



Conseil d'examen
du prix des médicaments
brevetés

Patented
Medicine Prices
Review Board



4^e édition Compas Rx

Rapport annuel sur les dépenses des régimes
publics d'assurance-médicaments **2016-2017**



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

SNIUMP

Canada 

Publié par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés
Septembre 2018

CompasRx, 4^e édition : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments, 2016-2017 est offert en format électronique sur le site Web du CEPMB.

This document is also available in English under the title :
CompassRx, 4th edition: Annual Public Drug Plan Expenditure Report, 2016-2017.

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

Tél. : 1-877-861-2350

ATS : 613-288-9654

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

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

ISSN 2369-0526

N° de cat. : H79-6F-PDF

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par l'initiative du SNIUMP du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, 2018

À propos du CEPMB

Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) est un organisme public respecté qui contribue de façon unique et précieuse à la durabilité des dépenses en produits pharmaceutiques au Canada au moyen des mesures suivantes :

- fournir 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;
- exercer un contrôle efficace sur les prix des médicaments brevetés grâce à l'exercice responsable et efficace 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).

Conformément à l'article 90 de la Loi sur les brevets, le SNIUMP a le mandat de procéder à des analyses pour fournir aux décideurs et aux gestionnaires des régimes publics d'assurance-médicaments des renseignements essentiels concernant le prix et l'utilisation des médicaments sur ordonnance et les tendances relatives à leurs coûts. Grâce à cela, les responsables du système de santé canadien disposent de renseignements plus complets et exacts sur l'utilisation des médicaments, et sur les sources de pression sur les coûts.

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

Remerciements

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

Le CEPMB tient à souligner les contributions suivantes :

- les membres du Comité consultatif du SNIUMP, pour leur supervision et leurs conseils avisés dans le cadre de la rédaction du présent rapport;
- les membres du personnel du CEPMB pour leur contribution au contenu analytique du présent rapport :
 - Tanya Potashnik – directrice, Politiques et analyse économique;
 - Elena Lungu – gestionnaire, SNIUMP;
 - Nevzeta Bosnic – analyste économique principale;
 - Yvonne Zhang – analyste économique;
 - Ai Chau – analyste SAS;
 - Carol McKinley – conseillère en publications;
 - Sarah Parker – agente de communications subalterne.

Avis de non-responsabilité

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

Bien qu'ils soient en partie fondés sur des données fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les énoncés, les constatations, les conclusions, les points de vue et les opinions présentés dans ce rapport sont exclusivement ceux du CEPMB et ne doivent pas être interprétés comme appartenant à l'ICIS.



Sommaire

Le rapport CompasRx du CEPMB suit et analyse les facteurs liés au coût des médicaments d'ordonnance qui ont une incidence sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada. Après une hausse notable de 10,8 % en 2015-2016, les dépenses en médicaments d'ordonnance ont connu une hausse supplémentaire de 1,9 % en 2016-2017. Le coût des médicaments, y compris les marges bénéficiaires, représentait 79 % de ces dépenses, alors que les 21 % restants étaient attribuables aux frais d'exécution d'ordonnance.

Cette 4^e édition du rapport CompasRx donne un aperçu des facteurs qui ont contribué à l'augmentation du coût des médicaments et des frais d'exécution d'ordonnance en 2016-2017. On y trouve en outre un examen rétrospectif des dernières tendances en matière de coûts et d'utilisation dans les régimes publics d'assurance-médicaments.

La base de données du SNIUMP (Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits), gérée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), constitue la principale source de données du présent rapport. Ces données portent sur la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, le Yukon et le Programme des services de santé non assurés de Santé Canada.

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

Des améliorations méthodologiques ont été apportées dans cette édition de *CompasRx*. Désormais, l'analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont atteint le montant de leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public. Les coûts des médicaments incluent maintenant toutes les marges bénéficiaires associées, et les données du Yukon ont été ajoutées dans l'analyse des inducteurs de coûts pour les médicaments.

Principales constatations

À la suite d'une hausse marquée de 10,8 % en 2015-2016, les dépenses en médicaments d'ordonnance engagées par les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont atteint 10,7 milliards de dollars en 2016-2017, soit une hausse supplémentaire de 1,9 %.

- Au cours des cinq dernières années, les dépenses en médicaments d'ordonnance des régimes publics d'assurance-médicaments du Canada ont connu une hausse totale de 1,9 milliard de dollars, le taux de croissance annuel composé se situant à 4,1 %.
- Le coût des médicaments, qui représentait 79 % des dépenses en médicaments d'ordonnance en 2016-2017, a augmenté de 2,0 %, tandis que les frais d'exécution d'ordonnance, qui correspondaient aux 21 % restants des dépenses, ont augmenté de 1,6 %.
- En moyenne, les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont payé 86 % du coût total des 266 millions d'ordonnances délivrées à près de 6 millions de bénéficiaires actifs en 2016-2017.

Les augmentations du coût des médicaments dans les régimes publics du SNIUMP en 2016-2017 étaient principalement attribuables à l'utilisation accrue de médicaments plus onéreux, combinée à une réduction des économies génériques et à une diminution de l'utilisation des médicaments antiviraux à action directe contre l'hépatite C.

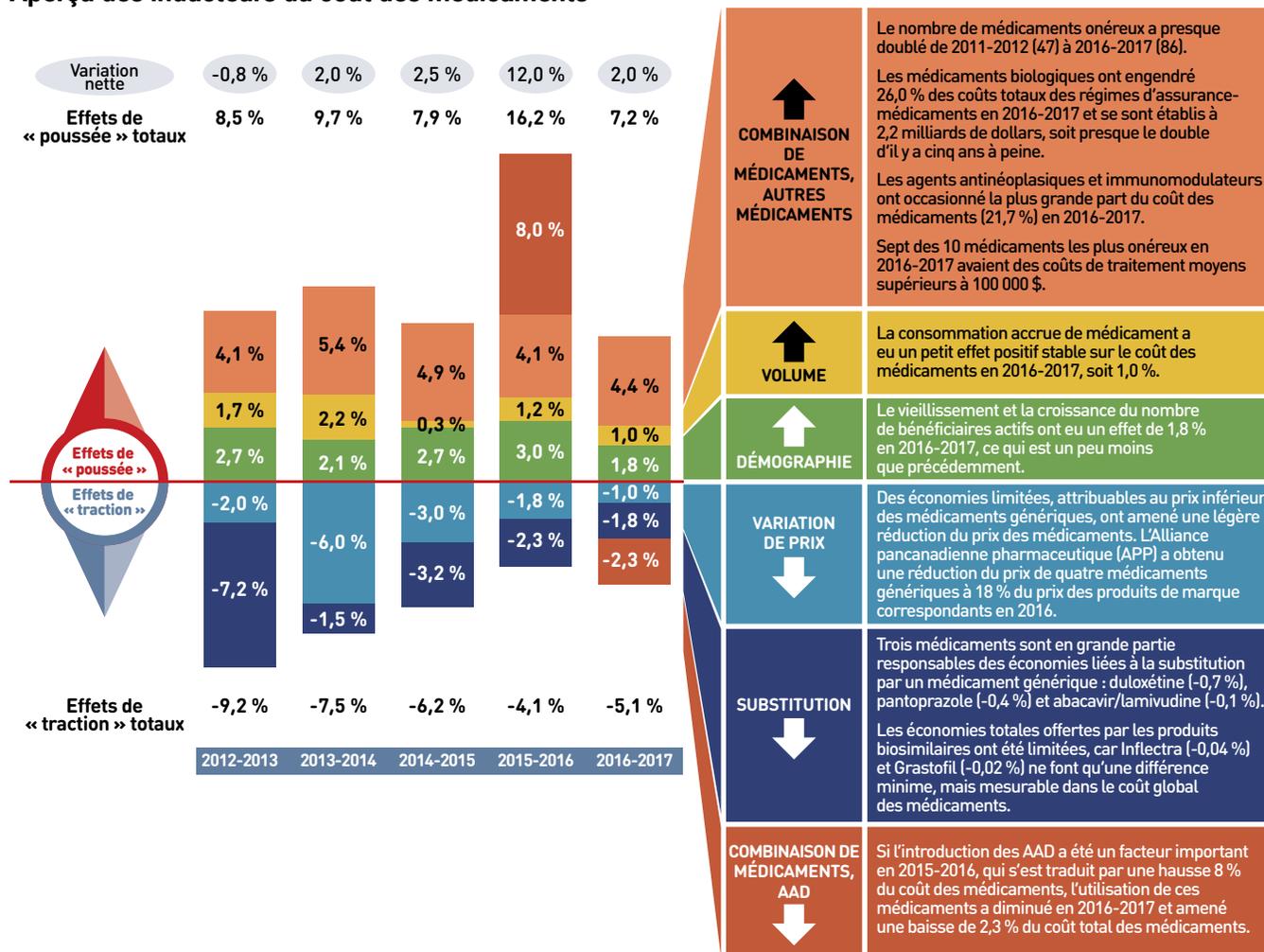
- L'effet cumulatif de la hausse de 2,0 % en 2016-2017 et de la forte hausse de 12 % en 2015-2016 a fait passer à 8,4 milliards de dollars le coût total des médicaments.
- La consommation accrue de médicaments onéreux (à l'exception des AAD) reste le facteur le plus influent, ayant fait grimper les coûts de 4,4 % en 2016-2017.
- À l'exception des AAD, les médicaments brevetés, qui constituent le plus important segment du marché, ont affiché une hausse de 5,7 % en 2016-2017. Pendant la même période, les médicaments dont les coûts annuels de traitement dépassent 10 000 \$ ont connu une hausse de 17,2 %. Utilisés par moins de 2 % des bénéficiaires des régimes publics d'assurance-médicaments, ces médicaments onéreux représentaient près de 28 % du coût total des médicaments en 2016-2017.

- Le recours aux nouveaux AAD dans le traitement curatif de l'hépatite C – qui avait eu un effet à la hausse de 8 % sur le coût des médicaments en 2015-2016 – a décliné légèrement en 2016-2017, principalement en raison d'une utilisation moindre. Après la conclusion d'une entente multipartite sur les prix en 2017, les régimes publics ont commencé à assouplir les critères qui régissent la couverture des AAD, ce qui pourrait influencer la croissance future du coût des médicaments.
- Les augmentations du nombre de bénéficiaires et de l'utilisation des médicaments ont fait grimper le coût

des médicaments de 2,8 % en 2016-2017, selon une tendance prévisible sur cinq ans. Cet effet était contrebalancé par les économies découlant des diminutions de prix et de la substitution par des médicaments génériques et biosimilaires.

- Le contreponds exercé par les diminutions de prix et la substitution par des médicaments génériques et biosimilaires a faibli graduellement de 2012-2013 (-9,2 %) à 2016-2017 (-2,8 %), en raison d'une influence réduite de la perte des brevets et de la réforme des prix des médicaments génériques.

Aperçu des inducteurs du coût des médicaments



Remarque : Les nouvelles méthodes n'ont pas été appliquées aux valeurs antérieures à 2016-2017, car il n'y aurait pas eu d'effet notable sur la contribution relative de chaque effet. Cette analyse se fonde sur l'information publique concernant l'établissement des prix. Elle ne reflète pas les réductions de prix confidentielles négociées par l'APP au nom des régimes publics. Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies et en raison des effets croisés. Les résultats de 2012-2013 ne tiennent pas compte des données des régimes publics d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique et de Terre-Neuve-et-Labrador. Les données du Yukon sont incluses en 2016-2017.

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

L'augmentation des frais d'exécution d'ordonnance dans les régimes publics du SNIUMP a ralenti pour la deuxième année consécutive, après trois années de forte croissance, ce qui a porté ces frais à 2,2 milliards de dollars.

- La croissance globale des frais d'exécution d'ordonnance en 2016-2017 a été de 1,6 % (ou 35,7 millions de dollars), ce qui est moins que les augmentations des années précédentes; cependant, les résultats étaient variables d'un régime à l'autre.
- Une hausse du nombre de bénéficiaires actifs a eu la plus grande incidence sur les frais d'exécution d'ordonnance en 2016-2017. Cette hausse a fait grimper de 1,9 % les coûts globaux, et l'augmentation la plus marquée (9,1 %) a été observée à l'Î.-P.-É.
- Bien que la plupart des régimes d'assurance-médicaments publics ont connu une faible augmentation des frais d'exécution moyens par ordonnance en 2016-2017, dans l'ensemble, les frais d'exécution d'ordonnance ont diminué de 1,1 %, à cause surtout d'une diminution de 2,4 % en Ontario.
- Globalement, les ordonnances de taille réduite ont amené une hausse de seulement 0,8 % en ce qui a trait aux frais d'exécution d'ordonnance en 2016-2017.



Table des matières

Sommaire	ii
Introduction	2
Méthodes	3
Limites	4
1. Tendances des dépenses en médicaments d'ordonnance, de 2012-2013 à 2016-2017	5
2. Les inducteurs du coût des médicaments, de 2015-2016 à 2016-2017	13
Effet « variation de prix »	16
Effet « substitution par un médicament générique »	18
Effet « combinaison de médicaments »	20
3. Les inducteurs des frais d'exécution d'ordonnance, de 2015-2016 à 2016-2017	26
Références	31
Annexe A : Examen des prix et approbation des médicaments	32
Annexe B : Cinquante principaux médicaments brevetés par coût du médicament	35
Annexe C : Cinquante principaux médicaments génériques de sources diverses, selon le coût du médicament,	38
Annexe D : Cinquante principaux médicaments non brevetés de source unique selon le coût du médicament	40
Annexe E : Cinquante principaux fabricants selon le coût du médicament	43



Introduction

Les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments du Canada représentent une part importante du budget global des soins de santé. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a estimé que le coût total des médicaments d'ordonnance au Canada s'élevait à 33,9 milliards de dollars en 2017. La plus grande partie (42,7 %) de ce coût a été assumée par les régimes publics d'assurance-médicaments et le reste, par les régimes privés (35,5 %) ou par les ménages et les particuliers (21,8 %)¹.

CompasRx est une publication annuelle du CEPMB qui étudie les tendances récentes des coûts et de l'utilisation des régimes publics d'assurance-médicaments, ainsi que les pressions financières changeantes qui contribuent à la croissance des dépenses en médicaments d'ordonnance. Une analyse des inducteurs du coût des médicaments et des frais d'exécution d'ordonnance permet de mesurer l'incidence des changements concernant la population de bénéficiaires, l'utilisation de médicaments moins chers ou plus chers, les frais d'ordonnance, le prix des médicaments et le volume de médicaments, ainsi que d'autres facteurs clés.

Cette édition du rapport porte sur l'exercice 2016-2017 et donne un aperçu rétrospectif des tendances récentes. Des améliorations méthodologiques ont été apportées afin que l'approche analytique soit plus uniforme à l'échelle des régimes, comme il est décrit dans la section suivante. Les résultats de cette analyse aideront les intervenants à prévoir l'évolution des pressions liées aux coûts que subissent les régimes publics d'assurance-médicaments, et à y réagir.

L'analyse porte sur les régimes publics d'assurance-médicaments qui participent à l'initiative du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP), qui englobe tous les régimes publics provinciaux (à l'exception du Québec), le Yukon et le Programme des services de santé non assurés de Santé Canada. Ces régimes représentent environ le tiers des dépenses annuelles totales en médicaments d'ordonnance au Canada. À noter que des données pour le Yukon ont été ajoutées à l'analyse du coût des médicaments dans cette édition.

Chacun des régimes publics d'assurance-médicaments rembourse les bénéficiaires admissibles selon sa structure particulière, et met en œuvre des politiques relatives au remboursement du coût des médicaments et des frais d'exécution d'ordonnance. Des résumés des structures et des politiques liées aux régimes sont présentés dans la section « Documents de référence » de la page Études analytiques du site Web du CEPMB.

En outre, Santé Canada, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) voient à l'approbation des médicaments, à l'examen des prix et à l'évaluation des technologies de la santé, respectivement. Des renseignements sur les approbations et les examens en 2016-2017 figurent à l'annexe A du présent rapport.



Méthodes

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

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

La méthodologie utilisée dans le rapport CompasRx est revue annuellement pour améliorer la pertinence des résultats. L'analyse de la présente édition porte exclusivement sur les données relatives aux bénéficiaires qui ont atteint le montant de leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public. Le terme « coût des médicaments » a également été redéfini de manière à inclure toute marge bénéficiaire connexe. Ces changements visent à fournir des résultats plus cohérents et comparables dans l'ensemble des régimes. L'incidence la plus forte sera sur les régimes qui offrent une couverture universelle fondée sur le revenu, comme la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Manitoba.

Les résultats historiques de la plupart des analyses, à l'exception des inducteurs du coût des médicaments et des frais d'exécution d'ordonnance, ont été actualisés pour cadrer avec la nouvelle méthodologie; par conséquent, les données du présent rapport ne correspondent peut-être pas entièrement aux éditions antérieures de CompasRx. Bien que la nouvelle méthodologie ait été appliquée au modèle des inducteurs de coût de 2016-2017, les années précédentes n'ont pas été mises à jour, car il n'y aurait pas eu de changement notable dans la contribution relative de chaque facteur.

L'analyse des inducteurs du coût des médicaments et des frais d'exécution d'ordonnance suit la démarche méthodologique décrite dans le rapport du CEPMB intitulé Les facteurs de coût associés aux dépenses en médicaments d'ordonnance – Un rapport méthodologique².

Les résultats présentés pour la Saskatchewan et le Manitoba comprennent les dépenses en médicaments d'ordonnance acceptées pour les personnes admissibles à la couverture, mais qui n'ont pas soumis de demande et, par conséquent, n'ont pas de franchise précise. 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 pour le Nouveau-Brunswick incluent le nombre de bénéficiaires actifs inscrits au programme de médicaments sur ordonnance pour les aînés de Croix-Bleue Medavie et les dépenses en médicaments qui s'y rattachent, compensées par les primes mensuelles. Le Yukon n'est pas inclus dans les analyses des frais d'exécution d'ordonnance en raison des limites des données.

Les analyses de la taille moyenne des ordonnances ainsi que de l'établissement du prix des médicaments se limitent aux formulations solides administrées par voie orale, de façon à éviter les incohérences au niveau de la déclaration des données qui peuvent exister sur le plan de l'approvisionnement quotidien et du nombre d'unités des autres formulations. Les niveaux du système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) déclarés dans le rapport suivent les données du SNIUMP de l'ICIS et correspondent au système de classification ATC défini par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour la méthodologie sur l'établissement des statistiques concernant les produits médicamenteux.

Un glossaire se trouve dans la section « Documents de référence » de la page Études analytiques du SNIUMP sur le site Web du CEPMB.



Limites

Les niveaux de dépenses et d'utilisation varient considérablement selon la province ou le territoire, et les comparaisons entre régimes sont limitées par la structure et les politiques des différents régimes publics d'assurance-médicaments, ainsi que par les profils démographique et sanitaire des populations bénéficiaires. Ainsi, les régimes publics d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba offrent une couverture universelle fondée sur le revenu, alors que les régimes publics des autres provinces offrent des programmes particuliers aux personnes âgées, aux bénéficiaires de l'aide au revenu et à divers groupes de patients; le Programme des SSNA fournit quant à lui une couverture universelle à toute sa population.

La base de données du SNIUMP comprend des données relatives aux sous-régimes propres à des administrations en particulier. Cela limite encore davantage la comparabilité des résultats entre les régimes. L'Alberta, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard, par exemple, fournissent des données sur une certaine portion de leurs sous-régimes au SNIUMP. Un résumé complet des sous-régimes disponibles dans la base de données du SNIUMP, ainsi que les critères d'admissibilité, est présenté dans la section « Documents de référence » de la page Études analytiques du SNIUMP sur le site Web du CEPMB.

Les totaux relatifs aux régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP sont fortement influencés par les données de l'Ontario, à cause de la taille de la province.

La présente édition du rapport CompasRx présente des données jusqu'à l'exercice 2016-2017 inclusivement. Les événements qui se sont produits dans l'environnement canadien depuis ce temps ne sont pas saisis dans le présent rapport.

Le coût des médicaments dont il est fait rapport est le montant que les régimes publics ont accepté de rembourser et ne prend pas en compte les ristournes et les remises déduites de la facture ni les réductions de prix découlant des ententes confidentielles portant sur l'inscription de produits.

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



1. Tendances des dépenses en médicaments d'ordonnance, de 2012-2013 à 2016-2017

Les dépenses en médicaments d'ordonnance ont connu une hausse supplémentaire de 1,9 % en 2016-2017, après une hausse marquée du taux de croissance l'année précédente. Le retour à un taux de croissance plus faible des dépenses en médicaments est attribuable à une baisse de l'utilisation des nouveaux médicaments contre l'hépatite C, plutôt qu'à des économies provenant du segment des produits génériques, lequel avait limité la hausse globale des dépenses au cours des années antérieures.

Le segment des médicaments brevetés onéreux (autres que les AAD contre l'hépatite C) reste le principal facteur de la croissance du coût des médicaments pour les régimes publics, les hausses annuelles ayant été stables – entre 4 % et 5 % – depuis les cinq dernières années.

Bref aperçu : Structures des régimes d'assurance-médicaments

Les niveaux de dépenses et d'utilisation déclarés dans la présente étude dépendent de la structure et des politiques particulières du régime de chaque administration, ainsi que des profils démographique et sanitaire de la population bénéficiaire. Il faut en tenir compte dans la comparaison des résultats entre les régimes.

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

Il n'y a pas eu de changement notable en ce qui concerne la structure des régimes publics en 2016-2017.

$$\text{Dépenses en médicaments d'ordonnance} = \text{Coût des médicaments (79 \%)} + \text{Frais d'exécution d'ordonnance (21 \%)}$$

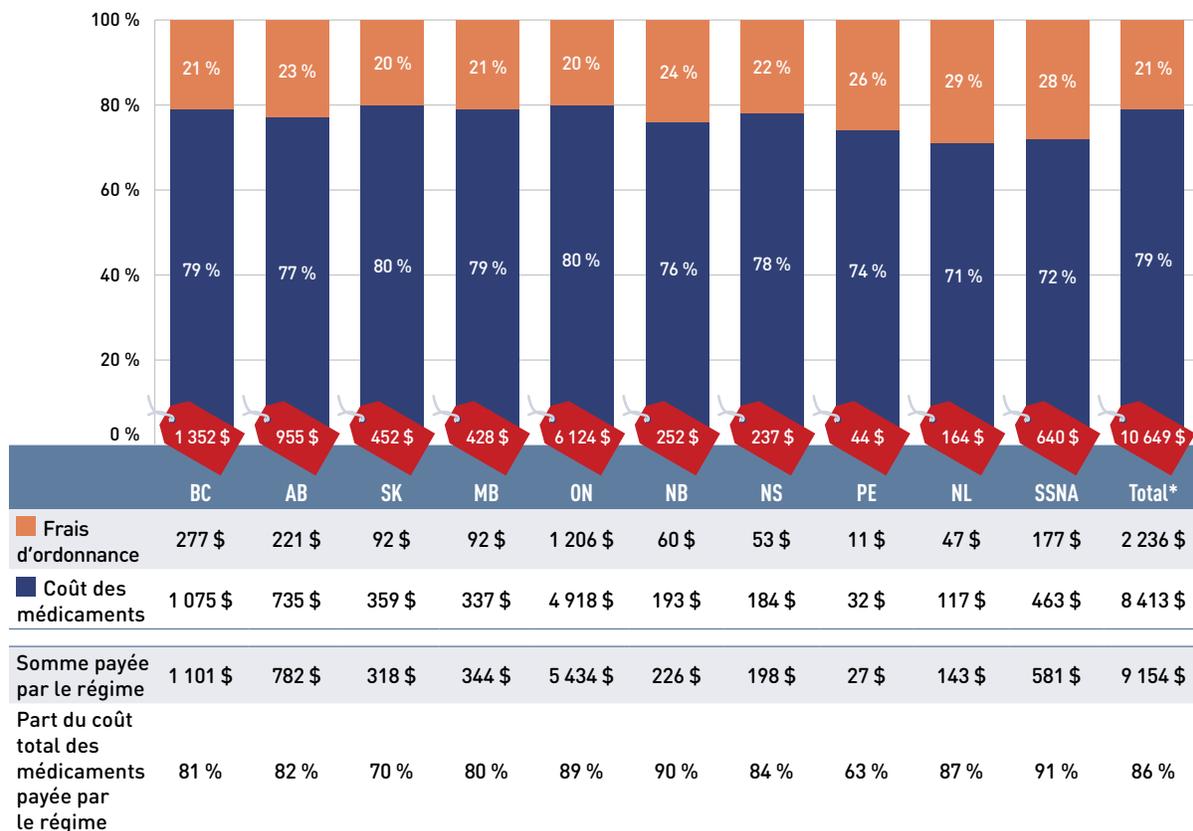
Après une hausse marquée de 10,8 % en 2015-2016, la croissance des dépenses en médicaments d'ordonnance pour les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP a augmenté de 1,9 % en 2016-2017. Cette croissance est attribuable à une augmentation de 2,0 % du coût des médicaments, y compris les marges bénéficiaires, et à une augmentation de 1,6 % des frais d'exécution d'ordonnance.

Les dépenses globales en 2016-2017 ont atteint 10,7 milliards de dollars, et les régimes publics d'assurance-médicaments ont remboursé un total d'environ 266 millions d'ordonnances délivrées à près de six millions de bénéficiaires actifs.

Les dépenses déclarées dans cette section représentent la somme totale que les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont accepté de rembourser et englobent le coût des médicaments, les frais d'exécution d'ordonnance et les marges bénéficiaires. Ces dépenses tiennent compte à la fois des portions des frais d'ordonnance payés par le régime et par les bénéficiaires, comme les quotes-parts et les franchises. En 2016-2017, la répartition entre les coûts des médicaments et les frais d'exécution d'ordonnance était d'environ 80 % et 20 %, comme le montre la figure 1.1.

En moyenne, les régimes publics ont payé 86 % des dépenses totales en médicaments d'ordonnance, alors que les bénéficiaires ont payé le reste soit directement, soit par l'intermédiaire d'un assureur privé tiers. La présente édition de CompasRx fait état d'une moins grande variation dans la part du coût total payée par le régime entre les administrations. Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'approche méthodologique améliorée, qui met l'accent exclusivement sur les données concernant les bénéficiaires qui ont atteint leur franchise et ont reçu un remboursement public, assure une comparaison plus uniforme entre les régimes.

Figure 1.1 Dépenses en médicaments d'ordonnance dans les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2016-2017 (en millions de dollars)



Remarque : Cette analyse ne comprend que les données sur les bénéficiaires qui ont atteint leur franchise et qui ont reçu un remboursement public. Les montants des marges bénéficiaires sont compris dans le coût des médicaments. Le Yukon n'est pas présenté en raison des limites des données sur les frais d'exécution d'ordonnance. Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies.

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

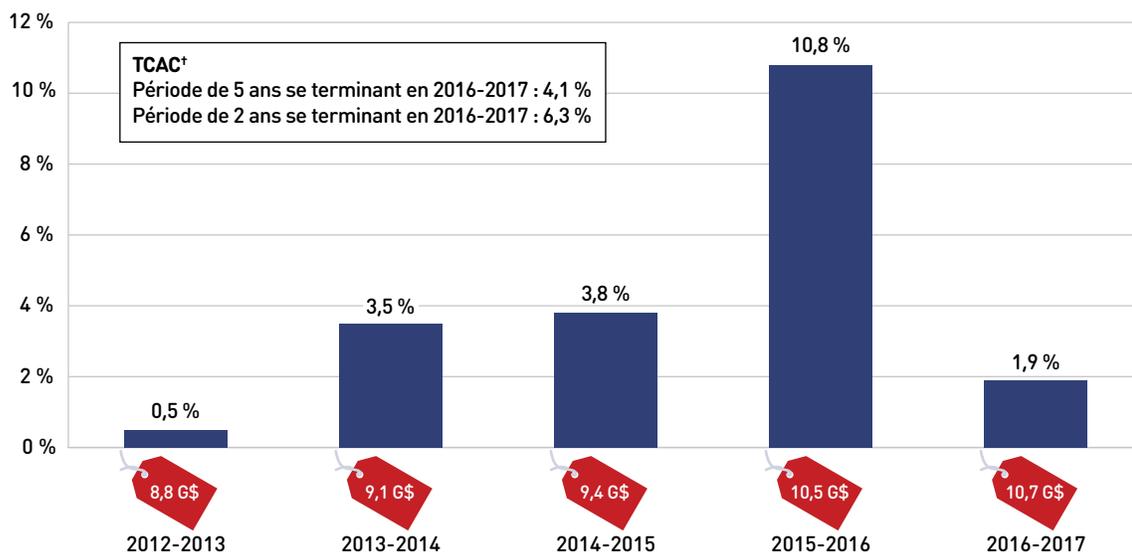
Source de données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

De 2012-2013 à 2016-2017, les dépenses totales en médicaments d'ordonnance des régimes publics d'assurance-médicaments du Canada sont passées de 8,8 milliards de dollars à 10,7 milliards de dollars, soit une augmentation de 1,9 milliard de dollars. Une part importante de cette augmentation, soit 1,1 milliard de dollars, s'est produite en 2015-2016. En 2016-2017, les dépenses totales associées aux ordonnances ont augmenté de 1,9 % et ont ajouté 0,2 milliard de dollars à la hausse substantielle de l'exercice précédent (figure 1.2).

La croissance annuelle des dépenses en médicaments d'ordonnance dépend de l'augmentation du nombre de bénéficiaires actifs et du coût de leur traitement.

En 2016-2017, la population bénéficiaire globale des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP a augmenté de 1,7 %. Près de six millions de bénéficiaires actifs ont fait exécuter quelque 266 millions d'ordonnances que les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont accepté de soumettre à la franchise ou de payer (en tout ou en partie). Les personnes âgées forment la majorité (59 %) de la population globale des bénéficiaires actifs, même si la répartition entre bénéficiaires âgés et non âgés est assez différente d'une administration à l'autre en raison de la structure et des critères d'admissibilité de chaque régime (figure 1.3).

Figure 1.2 Taux de variation annuel des dépenses en médicaments d'ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, de 2012-2013 à 2016-2017



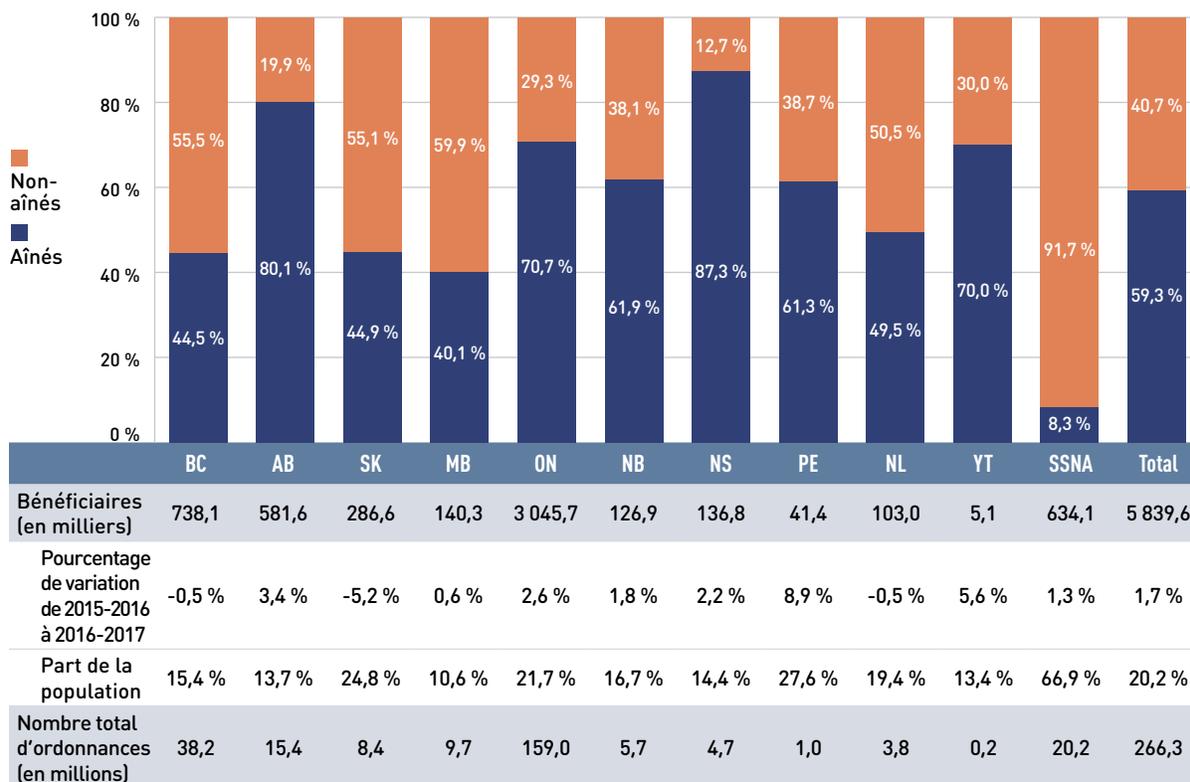
Remarque : Cette analyse ne comprend que les données sur les bénéficiaires qui ont atteint leur franchise et qui ont reçu un remboursement public. Les résultats historiques indiqués correspondent à cette nouvelle approche.

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

† Taux de croissance annuel composé.

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

Figure 1.3 Utilisation des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, bénéficiaires actifs âgés et non-âgés, 2016-2017



Remarque : Cette analyse ne comprend que les données sur les bénéficiaires qui ont atteint leur franchise et qui ont reçu un remboursement public. Les données sur les sous-régimes des administrations ne sont pas toutes indiquées dans le SNIUMP, ce qui peut avoir une incidence sur la répartition entre bénéficiaires âgés et non âgés.

Source de données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada, Tableau CANSIM 051-0005; Rapport annuel du Programme des services de santé non assurés, 2016-2017.

$$\text{Dépenses en médicaments d'ordonnance} = \text{Coût des médicaments (79 \%)} + \text{Frais d'exécution d'ordonnance (21 \%)}$$

Le coût des médicaments, y compris les marges bénéficiaires, représente la plus grande part des dépenses en médicaments d'ordonnance et est le facteur qui influence le plus les tendances globales. Après un pic en 2015-2016, le coût des médicaments a augmenté de 2,0 % en 2016-2017, ce qui représente un taux de croissance annuel composé de 7,3 % au cours des deux dernières années. Cela fait suite à un

taux de variation négatif en 2012-2013 (-1,0 %) et à deux années de croissance modérée (2,8 % par année). Le taux moyen de variation au cours des cinq dernières années s'est situé à 3,8 % dans l'ensemble des régimes publics.

Bien que le taux relativement faible de variation du coût des médicaments en 2016-2017 (2,0 %) semble être un retour aux taux de croissance déclarés au cours des années précédentes (p. ex. -1,0 % et 2,8 % de 2012-2013 à 2014-2015), les résultats antérieurs sont fondés sur des pressions très différentes en ce qui concerne les coûts.

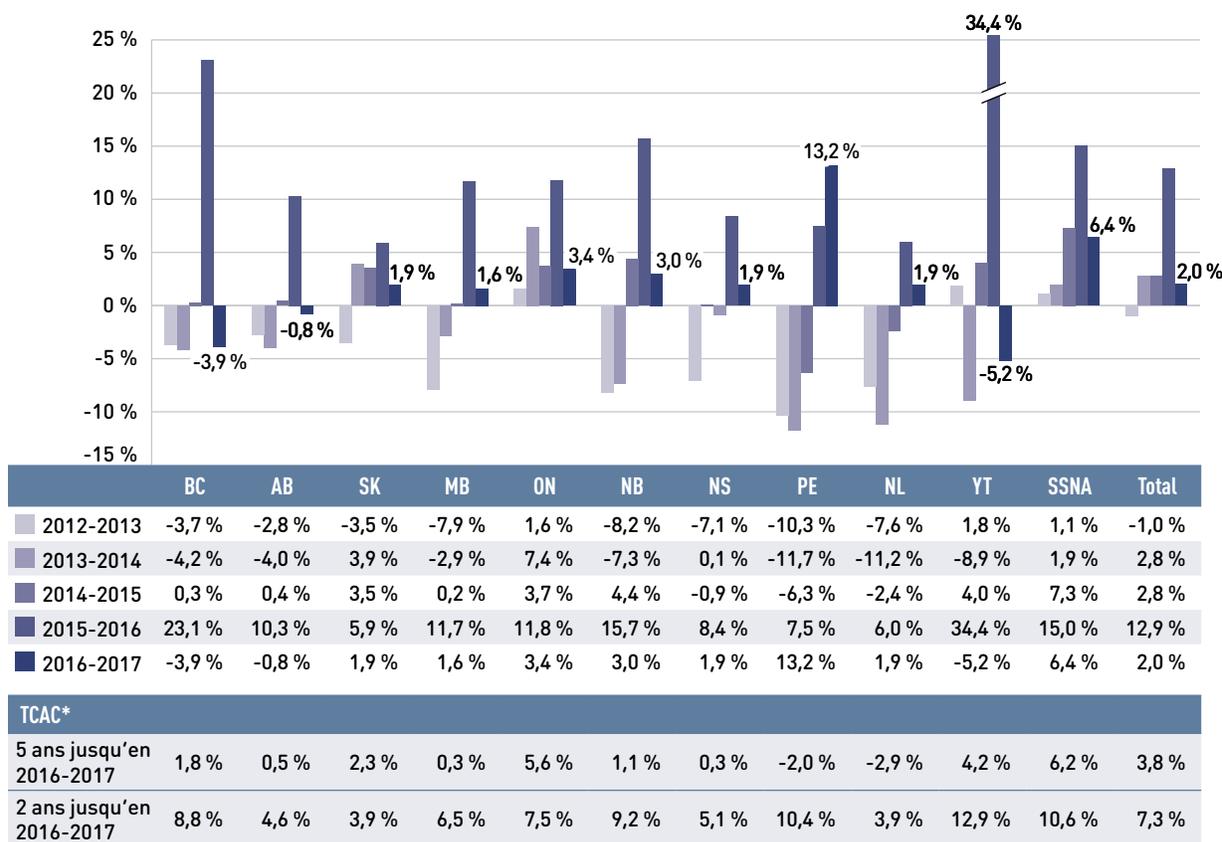
La figure 1.4 montre le taux de variation annuel du coût des médicaments pour chacun des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP de 2012-2013 à 2016-2017.

En 2016-2017, les taux ont varié considérablement d'un régime à l'autre, allant de -5,2 % au Yukon à 13,2 % à l'Île-du-Prince-Édouard, qui a récemment mis en œuvre un nouveau programme pour les résidents de moins de 65 ans sans assurance-médicaments privée. Les taux de variation négatifs observés dans certains régimes sont attribuables à une baisse des coûts liés aux médicaments antiviraux à action directe (AAD) qui sont utilisés depuis peu dans le traitement de l'hépatite C et qui avaient entraîné une hausse considérable des coûts au cours de l'exercice précédent.

Les médicaments brevetés représentent le plus grand segment du marché, soit 60,1 % du coût des médicaments

en 2016-2017. Bien que ce segment ait affiché un taux de variation relativement modeste de 2,0 %, sans l'influence modératrice des AAD, la croissance se serait établie à 5,7 %. La variation touchant la composante des médicaments onéreux correspond à ces résultats : le taux de variation pour les AAD contre l'hépatite C s'est situé à -13,1 % en 2016-2017, ce qui témoigne de la diminution des coûts par rapport à l'année précédente, tandis que d'autres médicaments onéreux ont affiché une croissance marquée de 17,2 %. Les médicaments non brevetés de source unique ont également enregistré un taux de croissance considérable (7,4 %), mais ils ne constituaient qu'une faible part du marché (3,9 %). Le coût des médicaments génériques de sources diverses, qui représentait près du quart du coût des médicaments, a augmenté de 2,7 % en 2016-2017.

Figure 1.4 Taux de variation annuel du coût des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2012-2013 à 2016-2017



Remarque : Cette analyse ne comprend que les données sur les bénéficiaires qui ont atteint leur franchise et qui ont reçu un remboursement public. Les résultats historiques indiqués correspondent à cette nouvelle approche.

* Taux de croissance annuel composé.

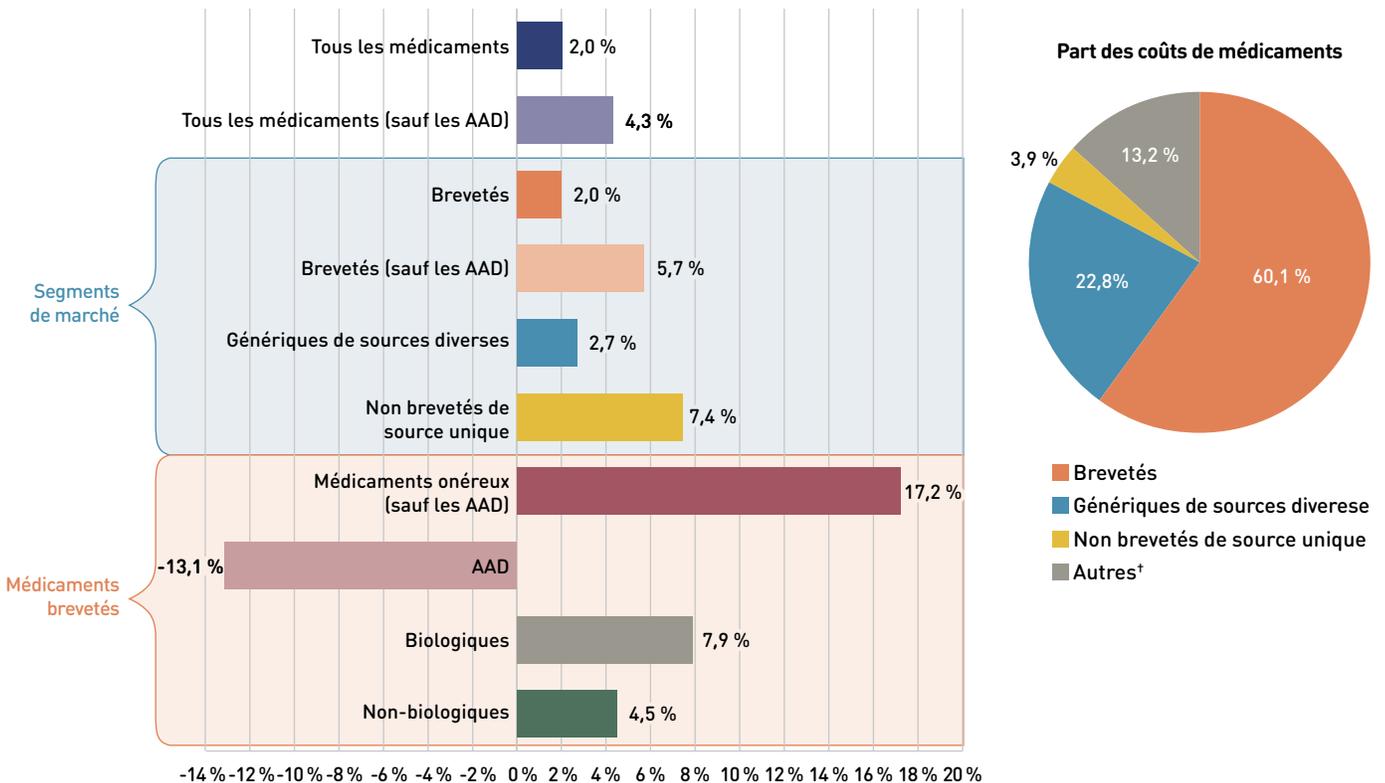
Source de données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Ces résultats globaux portent à croire que le taux de variation relativement faible du coût des médicaments en 2016-2017 est attribuable à des facteurs très différents de ceux des faibles taux des années précédentes. La faible croissance du coût des médicaments de 2012-2013 à 2014-2015 est attribuable aux économies liées au segment des produits génériques, tandis que la baisse de l'utilisation des médicaments AAD a tempéré le taux de variation en

2016-2017. La croissance du segment des médicaments onéreux demeure considérable. La prochaine section renferme d'autres précisions sur ces constatations.

La figure 1.5 présente en détail le taux de variation annuel du coût des médicaments de 2015-2016 à 2016-2017 selon le segment de marché (diagramme en barres) et la part du marché correspondante (diagramme circulaire).

Figure 1.5 Taux de variation annuel du coût des médicaments, selon le segment de marché, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, de 2015-2016 à 2016-2017



Remarque : Cette analyse ne comprend que les données sur les bénéficiaires qui ont atteint leur franchise et qui ont reçu un remboursement public. Les médicaments antiviraux à action directe (AAD) sont utilisés dans le traitement de l'hépatite C. Les médicaments onéreux sont associés à un coût annuel moyen de traitement supérieur à 10 000 \$ et comprennent à la fois les produits biologiques et non biologiques.

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

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

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

$$\text{Dépenses en médicaments d'ordonnance} = \text{Coût des médicaments (79 \%)} + \text{Frais d'exécution d'ordonnance (21 \%)}$$

Les frais d'exécution d'ordonnance représentent une part importante des dépenses en médicaments d'ordonnance. Dans l'ensemble, leur taux de croissance a baissé au cours des dernières années, chutant à 1,6 % en 2016-2017.

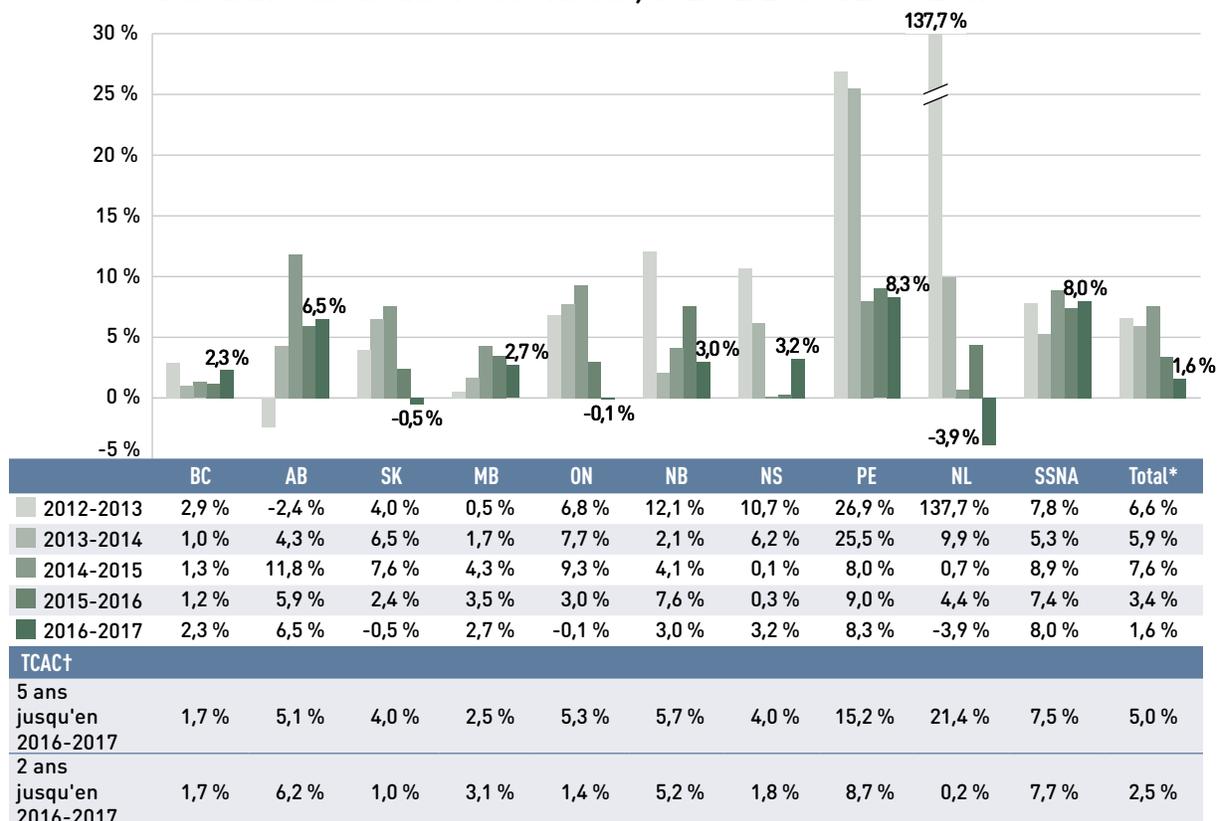
La figure 1.6 illustre le taux de variation annuel des frais d'exécution d'ordonnance de chaque régime public d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2012-2013 à 2016-2017. Les variations entre les administrations peuvent notamment être attribuables aux variations dans les frais d'exécution d'ordonnance et la structure du régime, ainsi qu'aux changements dans le nombre d'ordonnances et leur taille.

Bref aperçu : Frais d'exécution d'ordonnance

Les provinces suivantes ont apporté des changements aux frais d'exécution d'ordonnance en 2016-2017 :

- En Nouvelle-Écosse, les frais d'exécution d'ordonnance sont passés de 11,65 \$ à 11,75 \$ pour les fournitures de stomie, de 17,47 \$ à 17,62 \$ pour les préparations extemporanées (à l'exclusion de la méthadone et des produits injectables) et de 11,65 \$ à 11,75 \$ pour toutes les autres ordonnances (y compris la méthadone) à compter du 1^{er} avril 2016.
- L'Île-du-Prince-Édouard a porté à 12,36 \$ le montant maximal des honoraires professionnels remboursables et à 18,54 \$ le montant pour les produits extemporanés. Les honoraires fixés par résident de centre de soins privé sont de 76,52 \$.

Figure 1.6 Taux annuel de variation des frais d'exécution d'ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2012-2013 à 2016-2017



Remarque : Cette analyse ne comprend que les données sur les bénéficiaires qui ont atteint leur franchise et qui ont reçu un remboursement public. Les résultats historiques indiqués correspondent à cette nouvelle approche. Le Yukon n'est pas présenté en raison des limites des données disponibles.

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

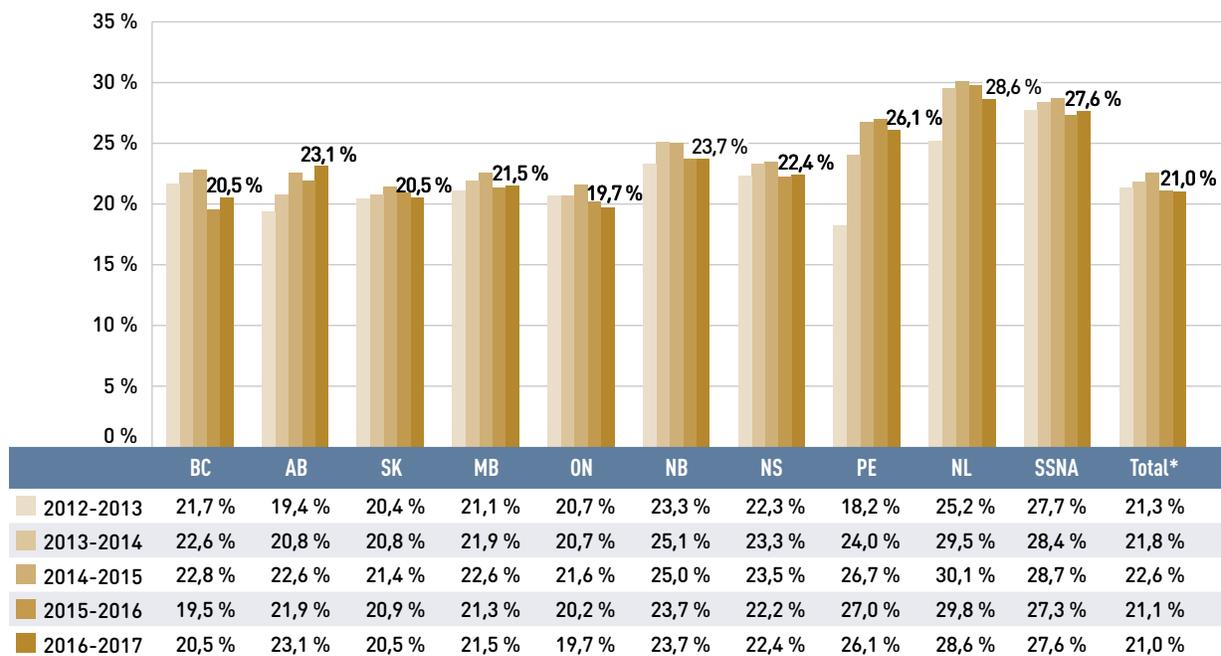
† Taux de croissance annuel composé.

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

Avant 2015-2016, la part des dépenses en médicaments d'ordonnance qui constitue les frais d'exécution d'ordonnance s'est accrue dans tous les régimes publics d'assurance-médicaments, puisque ces frais d'ordonnance ont augmenté plus rapidement que le coût des médicaments. La tendance s'est modifiée en 2015-2016 avec une augmentation importante du coût des médicaments, ce qui a légèrement

grugé la part des frais d'exécution d'ordonnance. La part globale des frais d'ordonnance est demeurée pratiquement inchangée en 2016-2017, à 21 %. La figure 1.7 illustre la tendance des frais d'exécution d'ordonnance exprimés en proportion des dépenses totales de chaque régime public du SNIUMP entre 2012-2013 et 2016-2017.

Figure 1.7 Frais d'exécution d'ordonnance annuels exprimés en proportion des dépenses en médicaments d'ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2012-2013 à 2016-2017



Remarque : Cette analyse ne comprend que les données sur les bénéficiaires qui ont atteint leur franchise et qui ont reçu un remboursement public. Les résultats historiques indiqués correspondent à cette nouvelle approche. Le Yukon n'est pas présenté en raison des limites des données disponibles.

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

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



2. Les inducteurs du coût des médicaments, de 2015-2016 à 2016-2017

Les taux de variation fluctuants du coût des médicaments au cours des dernières années découlent de l'adoption rapide des médicaments AAD contre l'hépatite C en 2015-2016, suivie d'une légère baisse de leur utilisation en 2016-2017. Parallèlement, d'autres forces du marché ont suivi une tendance assez prévisible, marquée par un effet de poussée soutenu de l'utilisation accrue de médicaments, en particulier des médicaments onéreux, ainsi que par une diminution de l'effet de traction à la baisse attribuable aux économies liées aux produits génériques.

La variation du coût des médicaments découle d'un certain nombre d'effets de « poussée » et de « traction ». L'effet net de ces forces opposées produit le taux global de variation.

Effet « variation de prix » : variation du prix des médicaments de marque et des médicaments génériques, déterminé en fonction de la molécule, du dosage et de la forme.

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

Effet « démographie » : variation du nombre de bénéficiaires actifs, ainsi que changement dans la répartition des bénéficiaires selon l'âge et le sexe.

Effet « volume » : variation du nombre d'ordonnances délivrées aux patients et du nombre moyen d'unités de médicament délivrées par ordonnance, ainsi que changement dans l'utilisation des divers dosages ou des diverses formes d'un ingrédient.

Effet « combinaison de médicaments » : changement dans l'utilisation des médicaments abordables et des médicaments onéreux, notamment ceux qui ont fait leur apparition sur le marché, qui sont disparus du marché ou qui sont restés sur le marché pendant la période de l'analyse.

L'analyse de la présente section repose sur un examen approfondi des inducteurs de coût pour déterminer la mesure dans laquelle le coût des médicaments des régimes publics aurait changé de 2015-2016 à 2016-2017 si un seul facteur (p. ex. le prix des médicaments) avait changé pendant que tous les autres demeuraient stables¹.

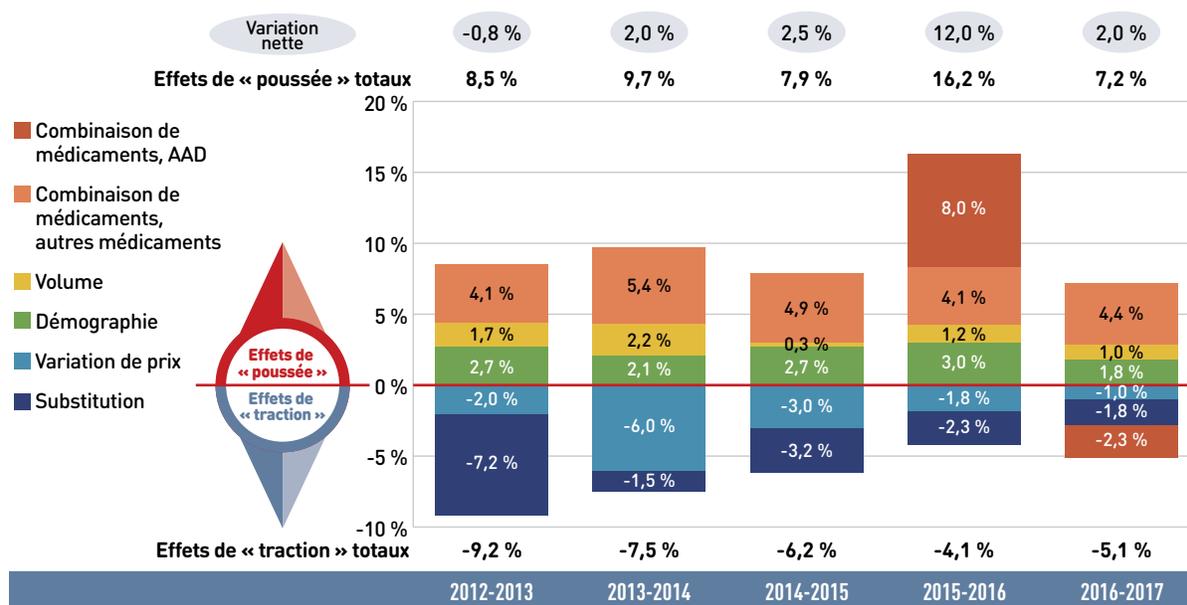
La figure 2.1 donne un aperçu des pressions exercées sur les taux de variation du coût des médicaments de 2012-2013 à 2016-2017. Au cours d'une année donnée, l'augmentation combinée du nombre de personnes et du volume de médicaments provoque une augmentation assez prévisible du coût de 3 % à 4 %. Néanmoins, le taux de variation net réel progressera à la hausse ou à la baisse selon l'effet net de deux forces importantes, mais opposées : l'effet de poussée attribuable à une plus grande utilisation de médicaments onéreux et l'effet de traction à la baisse découlant des réductions de prix et des substitutions par des médicaments génériques et biosimilaires moins coûteux.

Ces dernières années, l'effet de traction à la baisse des substitutions et des réductions de prix a diminué graduellement, passant de -9,2 % en 2012-2013 à -2,8 % en 2016-2017. Au cours de cette même période, l'utilisation accrue de médicaments onéreux, qui représente la plus grande contribution à l'augmentation globale du coût des médicaments, a eu une incidence annuelle relativement constante de 4 % à 5 %. En outre, les médicaments contre l'hépatite C ont eu une incidence considérable sur le coût des médicaments au cours des deux dernières années, l'ayant fait grimper de 8,0 % en 2015-2016, puis baisser légèrement de 2,3 % en 2016-2017.

Les résultats portent à croire que les tendances sous-jacentes actuelles sont caractérisées par des économies relativement faibles associées aux médicaments génériques et par une pression considérable des médicaments onéreux. Si le taux de croissance a été plutôt faible en 2016-2017, c'est surtout à cause de la réduction de l'utilisation des médicaments AAD, ce qui est un effet transitoire.

¹ En réalité, plusieurs facteurs évoluent en même temps, ce qui crée un effet résiduel ou croisé. L'effet croisé n'est pas présenté dans cette analyse, mais il est pris en compte dans la variation du coût total.

Figure 2.1 Inducteurs du coût des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, de 2012-2013 à 2016-2017



Remarque : Les valeurs des années antérieures à 2016-2017 n'ont pas été mises à jour à l'aide de la nouvelle méthode, car il n'y aurait pas eu de changement notable dans la contribution relative de chaque effet; par conséquent, les variations nettes indiquées ici diffèrent légèrement de celles présentées à la figure 1.4.

Cette analyse est fondée sur des renseignements publics sur les prix. Elle ne tient pas compte des réductions confidentielles des prix des médicaments négociées par l'APP au nom des régimes publics.

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

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

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

En 2016-2017, le taux de croissance des frais d'exécution d'ordonnance a grandement varié d'un régime à l'autre, allant de -5,6 % au Yukon à 13,4 % à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 2.2). Cependant, ces variations sont surtout attribuables à l'incidence variable de l'effet « combinaison de médicaments ». Les administrations ayant connu un taux de croissance global plus élevé comprenaient l'Île-du-Prince-Édouard (13,4 %), les SSNA (6,4 %), l'Ontario (3,4 %) et le Nouveau-Brunswick (3,0 %). L'incidence des médicaments AAD a également varié, la plus forte traction à la baisse ayant eu lieu au Yukon (-11 %), puis en Colombie-Britannique (-7,1 %), en Nouvelle-Écosse (-3,2 %) et au Manitoba (-3,1 %).

L'augmentation globale de 2,0 % du coût des médicaments dans les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP représente une croissance absolue de 168 millions de dollars.

L'effet « combinaison de médicaments » pour les médicaments onéreux (autres que les AAD contre l'hépatite C) a exercé la plus grande poussée sur le coût des médicaments, soit une hausse de 4,4 % ou 363 millions de dollars. En revanche,

une diminution de l'utilisation des AAD a fait baisser les coûts de 2,3 %, soit 186 millions de dollars. La variation de l'effet « combinaison de médicaments » entre les divers régimes publics d'assurance-médicaments peut être liée, entre autres, à la structure du régime, aux décisions relatives à l'inscription sur la liste des médicaments couverts et au profil sanitaire de la population.

L'effet « démographie » a fait grimper le coût des médicaments des régimes publics du SNIUMP de 1,8 % (151 millions de dollars) en 2016-2017. Une augmentation du nombre de Canadiens admissibles à la couverture pour aînés (65 ans et plus) et le lancement de nouveaux sous-régimes (p. ex. admissibilité accrue à l'Île-du-Prince-Édouard) figurent parmi les facteurs qui expliquent cette croissance.

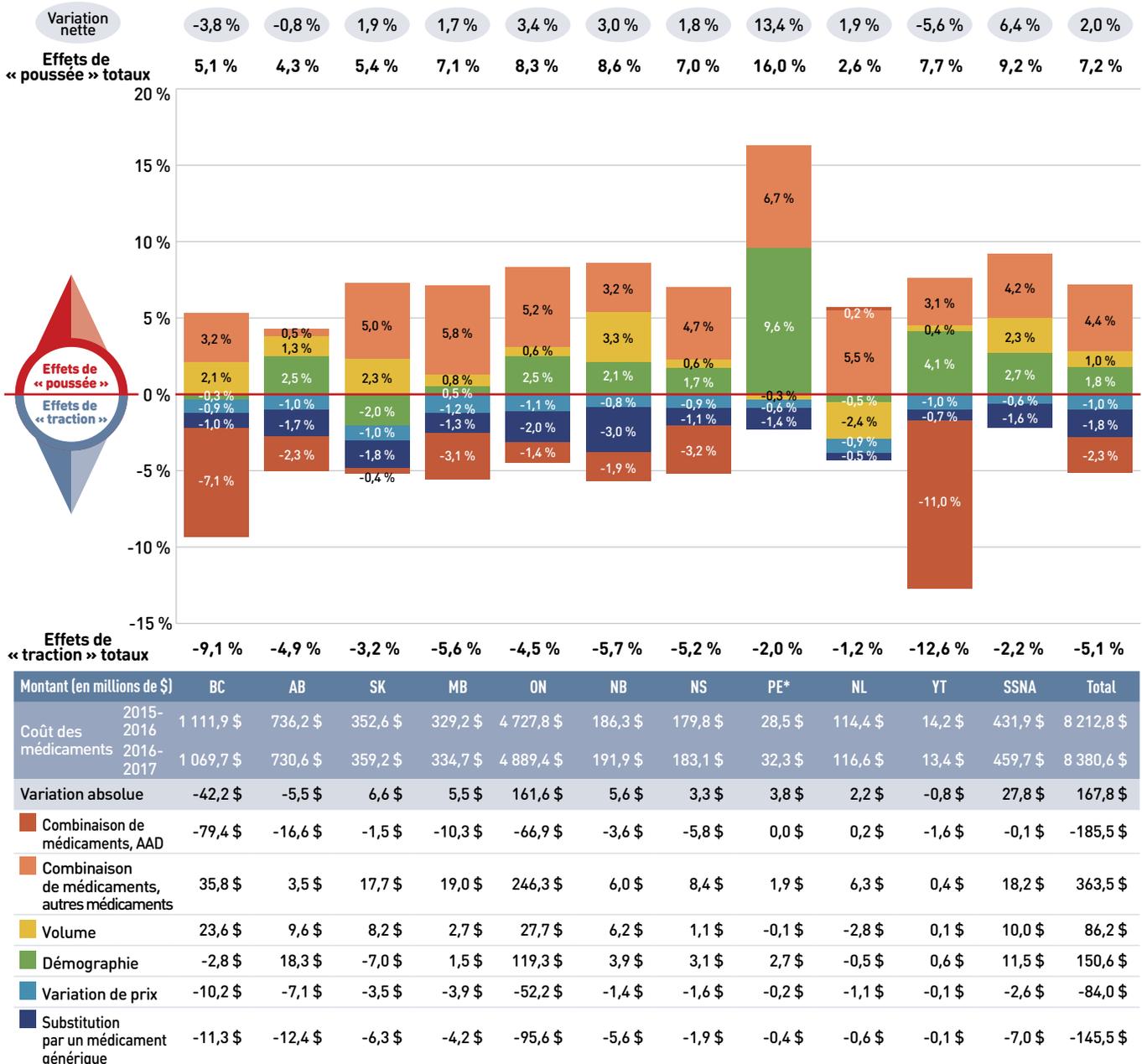
L'effet « volume », qui est resté assez stable au cours des dernières années, a fait pression sur le coût des médicaments pour l'accroître de 1,0 % (86 millions de dollars) en 2016-2017. Cet effet a été un important inducteur pour les administrations suivantes : Nouveau-Brunswick (3,3 %), Saskatchewan (2,3 %) et SSNA (2,3 %).

Les effets d'économies de coût qu'ont la substitution par un médicament générique (-1,8 % ou -145 millions de dollars) et les réductions de prix (-1,0 % ou -84 millions de dollars) ont été d'une ampleur presque égale en 2016-2017 et ont été relativement uniformes dans toutes les administrations. Ensemble, ces effets ont offert des

économies de 2,8 % aux régimes publics du SNIUMP (229 millions de dollars).

Les trois sous-sections qui suivent comportent un examen plus approfondi des effets « variation de prix », « substitution par un médicament générique » et « combinaison de médicaments » pour 2016-2017.

Figure 2.2 Taux de variation du coût des médicaments, régimes publics du SNIUMP, de 2015-2016 à 2016-2017



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

* En 2015, l'Î.-P.-E. a mis en place un programme des médicaments génériques pour les résidents de moins de 65 ans sans assurance privée, lequel vient limiter le prix qu'ils ont à déboursier pour obtenir des médicaments génériques d'ordonnance admissibles. Ce programme a provoqué une forte hausse du nombre de bénéficiaires et de la quantité de médicaments utilisés.

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

Effet « variation de prix »

La traction à la baisse relativement modeste de 1,0 % (84 millions de dollars) de l'effet « variation de prix » en 2016-2017 était principalement attribuable à la portée limitée des politiques d'établissement du prix des produits génériques mises en œuvre de 2015-2016 à 2016-2017. Cela se traduit par une réduction du coût unitaire moyen remboursé dans le segment de marché des médicaments génériques de sources diverses. Le coût unitaire moyen des médicaments brevetés est demeuré relativement stable, alors que celui des médicaments non brevetés de source unique a augmenté.

La diminution du coût des médicaments génériques en 2016-2017 découle surtout d'une initiative de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP), qui a abaissé le prix de quatre autres médicaments d'usage courant pour le ramener à 18 % du prix des médicaments de marque équivalents^{II}. Toute politique d'établissement du prix qui a été mise en œuvre après 2016-2017 n'est pas prise en compte dans ces résultats.

De 2009-2010 à 2016-2017, le prix des médicaments brevetés, lesquels représentent le plus grand segment de marché (60,1 % en 2016-2017), est resté relativement stable, alors que le prix des médicaments non brevetés de source unique, lesquels représentent le plus petit segment de marché (3,9 %), a augmenté. Malgré cette hausse importante, l'incidence du segment du marché à source unique non breveté a été limitée en raison de sa petite taille.

Le segment de marché des médicaments génériques de sources diverses a suivi une tendance similaire dans tous les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP : un rapide déclin au cours des premières années, en raison de la réforme du prix des médicaments génériques, suivi d'une baisse plus progressive de 2014-2015 à 2016-2017, à mesure que le prix des médicaments génériques s'est stabilisé. La variation entre les différents régimes dépend du moment des réformes du prix des médicaments génériques, de l'ampleur des réductions de coût des médicaments génériques et des taux d'utilisation des médicaments génériques.

La figure 2.3 fait état des tendances touchant les coûts unitaires moyens de 2009-2010 à 2016-2017 par segment de marché pour a) les médicaments brevetés; b) les médicaments génériques de sources diverses; c) les médicaments non brevetés de source unique, ainsi que leurs parts de marché correspondantes en 2016-2017.

Les résultats sont présentés sous la forme d'un indice, en donnant la valeur de 1 à l'année de base (2009-2010) et en fixant les valeurs des années subséquentes en fonction de ce montant. Les valeurs ont été calculées à partir de la moyenne pondérée des divers coûts unitaires moyens remboursés pour chaque médicament. L'analyse n'a tenu compte que des formulations solides à administrer par voie orale afin d'assurer la cohérence des données sur les coûts unitaires.

Bref aperçu : Initiatives de l'APP

Par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP), les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral travaillent de concert afin d'accroître la rentabilité des médicaments génériques et des médicaments de marque au profit des régimes d'assurance-médicaments financés par les fonds publics.

Médicaments génériques :

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

Le 1^{er} avril 2018, le prix de près de 70 médicaments parmi les plus prescrits au Canada ont été réduits de 25 % à 40 %, ce qui a généré des économies globales de jusqu'à 90 % par rapport au prix des équivalents de marque.

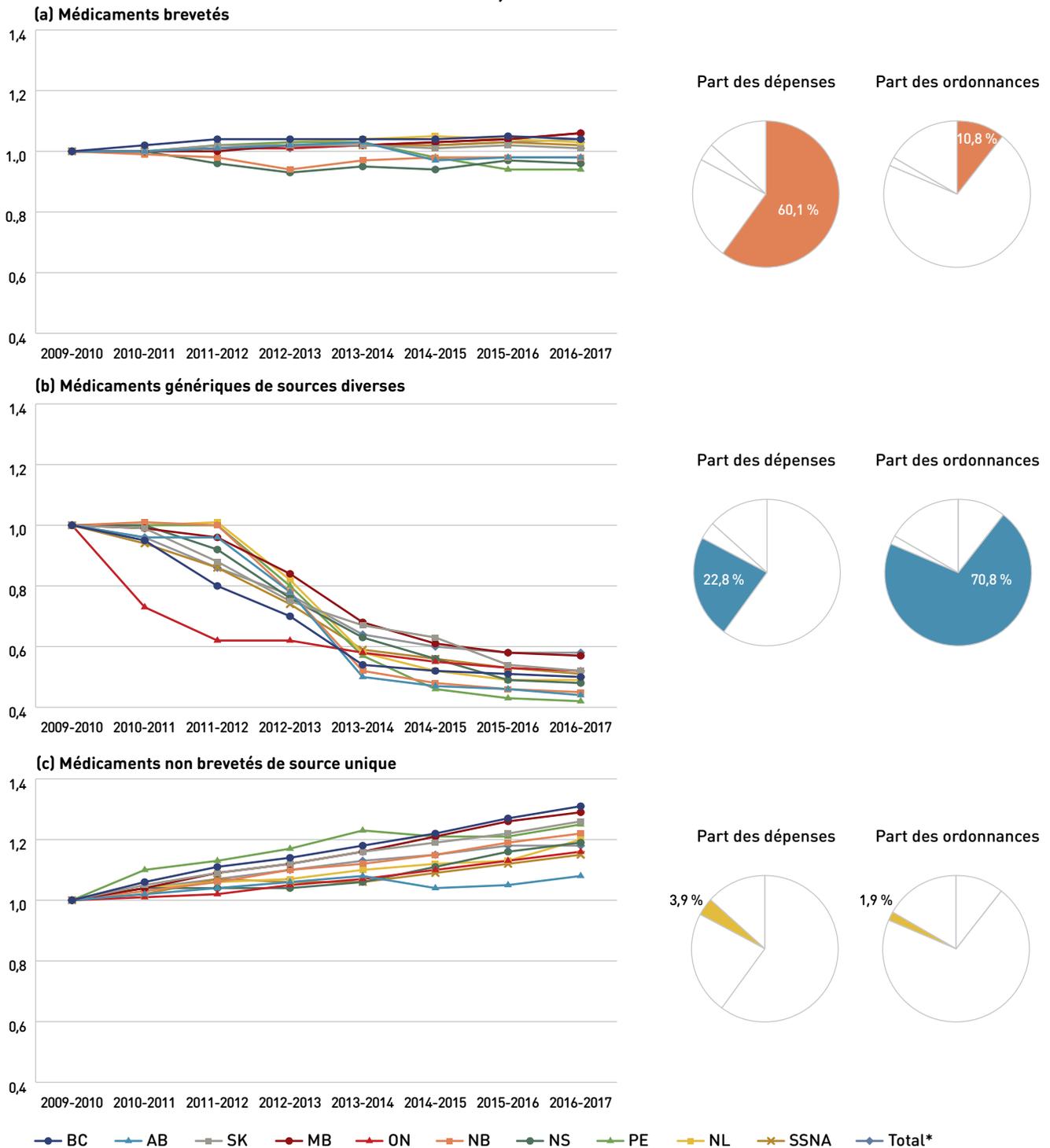
Médicaments de marque :

En date du 30 juin 2018, 219 négociations conjointes ou ententes d'inscription de produits (EIP) concernant des médicaments de marque avaient été conclues par l'APP, et des négociations étaient en cours pour 47 autres médicaments.

Pour plus de détails, voir l'aperçu des politiques d'établissement des prix des médicaments génériques et des initiatives de l'APP, qui se trouve dans les documents de référence à la page Études analytiques du SNIUMP sur le site Web du CEPMB.

II Clopidogrel, gabapentine, metformine et olanzapine.

Figure 2.3 Indice du coût unitaire moyen selon le segment de marché, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2009-2010 à 2016-2017



Remarque : Cette analyse ne comprend que les données sur les bénéficiaires qui ont atteint leur franchise et qui ont reçu un remboursement public. Les résultats historiques indiqués correspondent à cette nouvelle approche. Le Yukon n'est pas présenté en raison des limites des données.

Les valeurs ont été calculées à partir de la moyenne pondérée des divers coûts unitaires moyens remboursés pour chaque médicament. L'analyse se limite aux formulations solides à administrer par voie orale. La part restante des ordonnances et des dépenses englobe les instruments médicaux, les produits composés magistraux et les autres produits qui sont remboursés par les régimes publics d'assurance-médicaments, mais qui n'ont pas de numéro d'identification numérique du médicament (DIN) attribué par Santé Canada.

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

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

Effet « substitution par un médicament générique »

La substitution d'un médicament de marque par un médicament générique ou un médicament biosimilaire a exercé une pression à la baisse de 1,8 % sur le coût global des médicaments en 2016-2017, ce qui s'est traduit par des économies de 145 millions de dollars pour les régimes publics du SNIUMP. Les trois médicaments suivants ont été à l'origine de la majorité des économies découlant de la substitution : duloxétine (-0,7 %), pantoprazole (-0,4 %) et abacavir/lamivudine (-0,1 %). Les économies totales offertes par les produits biosimilaires ont été limitées, car Inflectra (-0,04 %) et Grastofil (-0,02 %) ne font qu'une différence minime, mais mesurable dans le coût global des médicaments.

La part des ordonnances pour les médicaments génériques de sources diverses a dépassé 70 % en 2016-2017, ce qui représente une hausse marquée par rapport à 58,9 % en 2011-2012. En revanche, la part correspondante du coût total des médicaments a diminué considérablement au cours de la même période, passant de 28,0 % à 22,8 %. Cette tendance sur six ans correspond à la fin de la période de perte des brevets, qui a été suivie de la mise en œuvre des politiques provinciales d'établissement du prix des médicaments génériques.

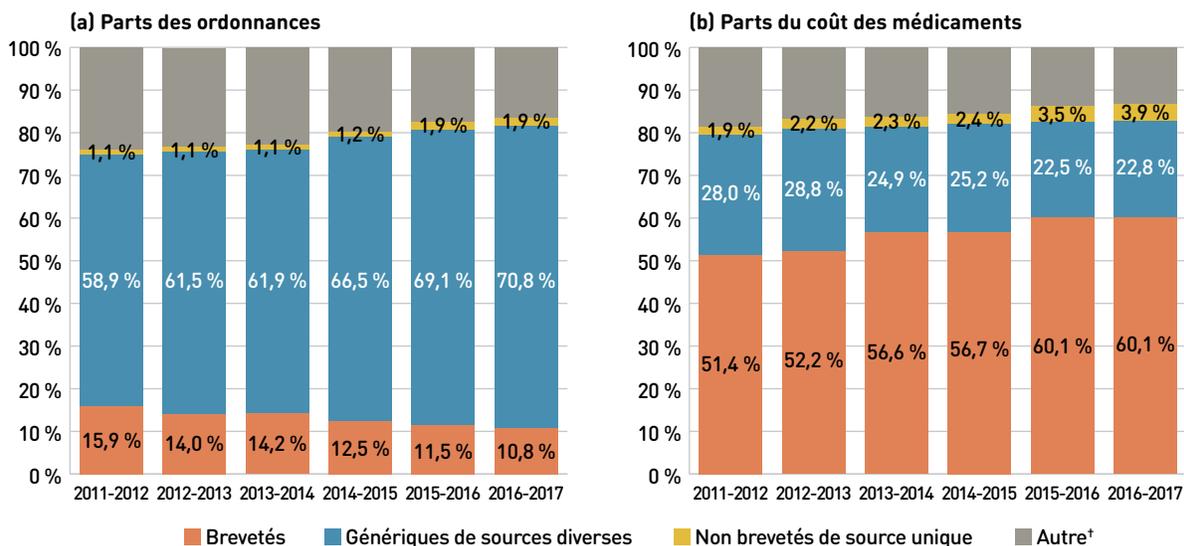
Bref aperçu : Médicaments biosimilaires

L'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) s'emploie à établir un cadre stratégique concernant les médicaments biosimilaires. Le 1^{er} avril 2016, elle a publié un ensemble de principes fondamentaux afin d'orienter les négociations et de préciser les attentes.

Au cours de la même période, les médicaments brevetés, dont la part des ordonnances a diminué (de 15,9 % à 10,8 %), ont de plus en plus accaparé les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments (passant de 51,4 % à 60,1 %). Ce changement découle de l'utilisation accrue des médicaments onéreux, comme les agents biologiques, les médicaments anticancéreux administrés par voie orale et les nouveaux médicaments AAD contre l'hépatite C.

La figure 2.4 illustre les tendances de 2011-2012 à 2016-2017 en matière de parts de marché, selon le segment de marché : médicaments brevetés, médicaments génériques de sources diverses et médicaments non brevetés de source unique.

Figure 2.4 Parts des ordonnances et du coût des médicaments selon le segment de marché, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, de 2011-2012 à 2016-2017



Remarque : Cette analyse ne comprend que les données sur les bénéficiaires qui ont atteint leur franchise et qui ont reçu un remboursement public. Les résultats historiques indiqués correspondent à cette nouvelle approche.

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

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

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

Comparativement aux marchés traditionnels des médicaments génériques, les économies découlant des médicaments biosimilaires sont limitées par une adoption plus lente et des réductions de prix plus faibles.

Un certain nombre de médicaments biosimilaires sont récemment entrés sur le marché canadien après l'approbation du premier médicament biosimilaire en 2009 (hormone de croissance Omnitrope de Sandoz Canada). Contrairement aux médicaments génériques, les médicaments biosimilaires ne sont pas identiques à leurs médicaments de référence, mais sont plutôt des versions très semblables^{III}.

Le tableau 2.1 donne un aperçu des médicaments biosimilaires récemment approuvés au Canada. Inflectra a été autorisé au Canada en 2014 et a été commercialisé

en 2016. En 2016-2017, ce médicament avait été autorisé pour la plupart des mêmes indications que son produit de référence Remicade en vue du traitement de maladies inflammatoires auto-immunes. Comparativement à d'autres produits biosimilaires, le prix d'Inflectra était très inférieur à celui du produit de référence, soit de 47 %. Toutefois, son adoption a été lente, le produit n'ayant obtenu qu'une part moyenne de 1,6 % du marché de l'infliximab jusqu'en 2016-2017.

Grastofil, médicament biosimilaire de Neupogen (filgrastim) qui stimule la croissance des globules blancs, affiche l'adoption la plus élevée, bien qu'elle soit encore modeste, dans les régimes publics à ce jour (en moyenne 4,7 % en 2016-2017).

Tableau 2.1 Médicaments biosimilaires récemment approuvés au Canada, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, 2016-2017

Produit biologique de référence		Produit biosimilaire				
Nom commercial (molécule)	Coût du médicament, M\$ (part)	Nom commercial	Autorisation de mise en marché	Premier remboursement	Réduction de prix [†] par rapport au médicament de référence	Part des ordonnances pour la molécule
Remicade (infliximab)	396,3 (4,7 %)	Inflectra	2014-01-15	T1-2016	46,8 %	1,6 %
Lantus (insulin glargine)	137,7 (1,6 %)	Basaglar	2015-01-09	T3-2017	25,0 %	S.O.
Neupogen (filgrastim)	42,4 (0,5 %)	Grastofil	2015-07-12	T4-2016	25,0 %	4,7 %
Enbrel (etanercept)	159,6 (1,9 %)	Brenzys	2016-08-31	T3-2017	33,7 %	S.O.
		Erelzi	2017-06-04	S.O.	37,2 %	S.O.

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

† Selon le prix figurant sur la liste des médicaments du Programme de médicaments de l'Ontario.

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

III L'autorisation par Santé Canada d'un médicament biosimilaire n'est pas une déclaration d'équivalence au médicament biologique de référence. Au Canada, le terme interchangeable désigne souvent la capacité d'un patient de passer d'un médicament à un autre médicament équivalent par l'entremise d'un pharmacien, sans l'intervention du médecin qui a rédigé l'ordonnance. Le pouvoir de déclarer deux produits interchangeables incombe à chaque province et territoire.

Effet « combinaison de médicaments »

En 2016-2017, le changement d'utilisation des médicaments abordables au profit des médicaments onéreux a fait augmenter le coût global des régimes d'assurance-médicaments du SNIUMP de 4,4 %, soit 363 millions de dollars. Cela n'inclut pas l'incidence des médicaments AAD contre l'hépatite C, qui est déclarée séparément.

Les antiviraux à action directe (AAD) utilisés dans le traitement de l'hépatite C ont eu un impact majeur sur les coûts des médicaments pour les régimes publics au cours des dernières années.

En 2015-2016, les AAD contre l'hépatite C avaient fait grimper de 8,0 % (600,6 M\$) le coût des médicaments dans les régimes publics. En tout, 8 448 bénéficiaires avaient reçu un remboursement, ce qui montre les besoins encore non satisfaits à ce moment. En 2016-2017, un peu moins de bénéficiaires (7 563) ont reçu un remboursement pour des AAD, les coûts correspondants s'élevant à 440,2 millions de dollars, soit 185,5 millions de dollars en moins que l'année précédente. Cette diminution a eu un effet à la baisse sur les coûts globaux, de l'ordre de -2,3 %^{IV}.

La figure 2.5 fait état des médicaments qui ont le plus contribué à l'effet « combinaison de médicaments »; les 10 principaux inducteurs positifs ont provoqué une poussée à la hausse de 4,0 % du coût global des médicaments. Les médicaments ophtalmologiques ont contribué positivement (Eylea) et négativement (Lucentis) à l'augmentation du coût des médicaments, s'annulant presque l'un l'autre. La plupart des autres inducteurs importants avaient des coûts de traitement annuels supérieurs à 10 000 \$, notamment les médicaments anticancéreux par voie orale, les immunosuppresseurs et les antiviraux. Les autres grands inducteurs ont servi au traitement d'affections plus courantes chez de plus grandes populations bénéficiaires. La part du coût total des médicaments pour chacun des 10 principaux inducteurs se trouve dans le tableau correspondant. Il convient de noter que cette valeur diffère de la contribution à l'effet « combinaison de médicaments », qui mesure la croissance (augmentation ou diminution des coûts au fil du temps) plutôt que les coûts eux-mêmes.

Bref aperçu : Médicaments AAD contre l'hépatite C

La nouvelle génération d'AAD^V contre l'hépatite C a été introduite à prix élevé. Par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP), des ententes d'établissement de prix ont été conclues relativement à la plupart de ces médicaments entre 2014 et 2016, mais la couverture se limitait aux patients dont la maladie correspondait à certaines formes ou à certains degrés de gravité. En 2017, une entente multipartite a été conclue par l'APP, qui portait sur plusieurs nouveaux médicaments en plus de ceux qui étaient déjà remboursés. Cette démarche visait à faire en sorte que la plupart des patients atteints d'hépatite C aient accès au financement public, tout en garantissant la viabilité financière et l'adoption d'une approche de négociation équitable pour les différents médicaments et fabricants.

Depuis l'entrée en vigueur de l'entente multipartite en 2017, les régimes publics ont assoupli les critères qui régissent la couverture des AAD et davantage de patients y ont maintenant accès. Cette décision aura probablement des répercussions sur la croissance des coûts liés aux AAD dans l'avenir, lesquels seront analysés dans cette publication.

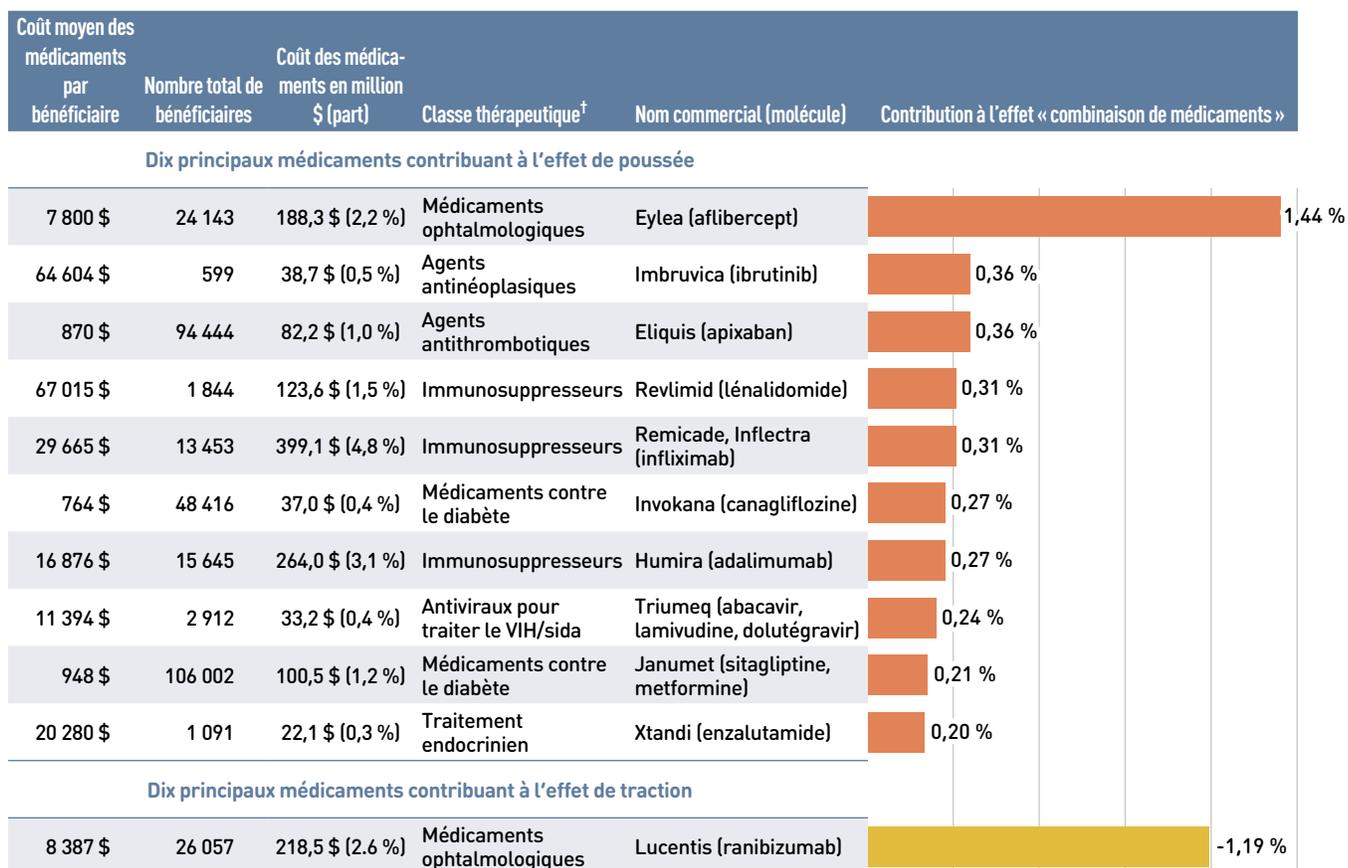
IV Les analyses présentées dans ce rapport ne tiennent pas compte des réductions confidentielles des prix.

V La première génération d'AAD contre l'hépatite C a été autorisée au Canada en 2011, puis elle a été retirée du marché; la nouvelle génération de ces médicaments est autorisée aux fins de vente au Canada depuis 2013.

Les régimes publics du SNIUMP remboursent un nombre croissant de médicaments onéreux qui visent souvent un nombre assez restreint de patients. Le nombre de médicaments ayant un coût annuel moyen par bénéficiaire supérieur à 10 000 \$ a presque doublé, passant de 47 en

2011-2012 à 86 en 2016-2017. Ces médicaments, qui représentaient 12,6 % du coût global des médicaments du SNIUMP en 2011-2012, ont atteint 27,7 % des coûts en 2016-2017. Cette part du coût est attribuable à un tout petit pourcentage de bénéficiaires actifs (1,67 %).

Figure 2.5 Principaux médicaments contribuant à l'effet « combinaison de médicaments », régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, 2016-2017



Remarque : Cette analyse ne comprend que les données sur les bénéficiaires qui ont atteint leur franchise et qui ont reçu un remboursement public.

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

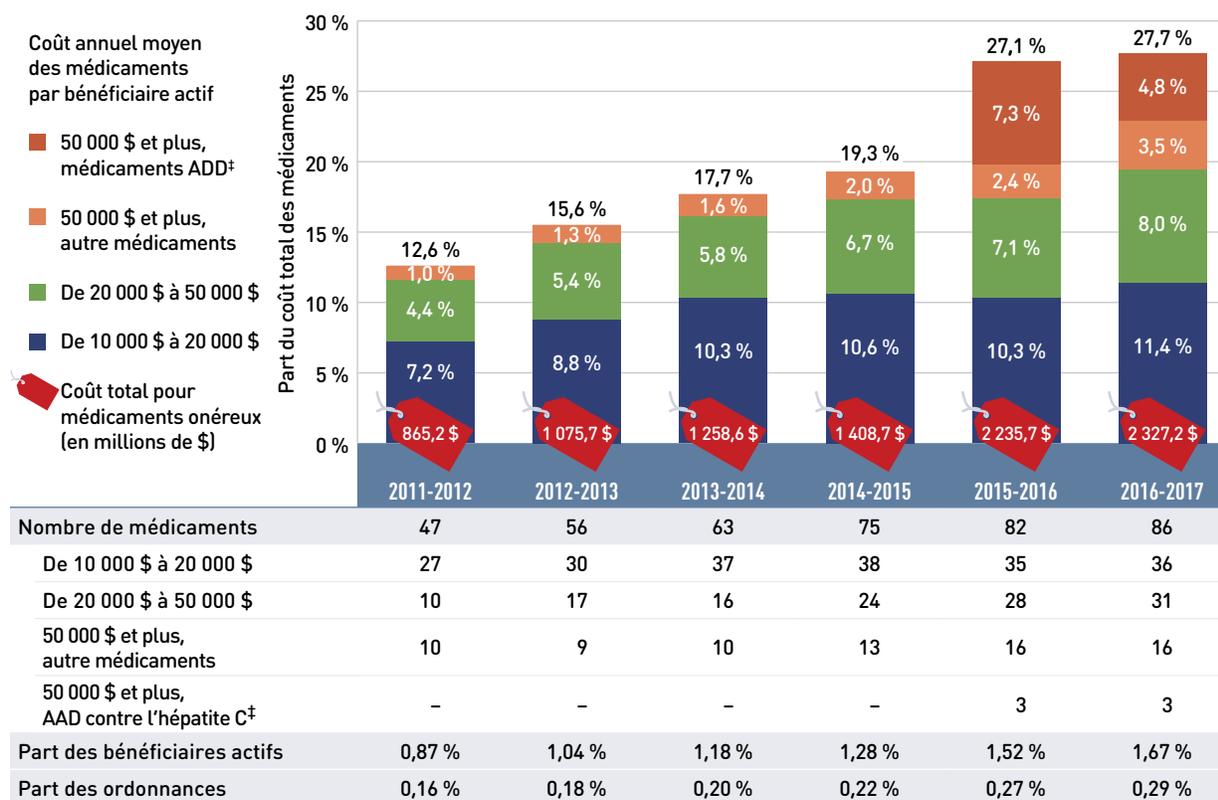
† La classe thérapeutique est basée sur le niveau 2 de l'ATC, à l'exception des antiviraux servant à traiter le VIH/sida. Les résultats ne tiennent pas compte des administrations qui ont des programmes spéciaux pour les médicaments ophtalmologiques.

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

Bien qu'il y ait eu une croissance soutenue du coût de tous les médicaments onéreux ces dernières années, la hausse la plus marquée a été enregistrée dans la tranche des coûts les plus élevés (50 000 \$ et plus). La figure 2.6 fait état des tendances de l'utilisation des médicaments onéreux de 2011-2012 à 2016-2017 pour les tranches suivantes de coût moyen des médicaments par bénéficiaire actif déterminé au niveau du médicament : de 10 000 \$ à 20 000 \$; de 20 000 \$ à 50 000 \$ et 50 000 \$ et plus. La

part des nouveaux médicaments AAD pour le traitement de l'hépatite C est indiquée séparément à compter de 2015-2016. La figure présente également la part du coût des médicaments (diagramme en barres), des bénéficiaires actifs et des ordonnances, ainsi que le nombre de médicaments onéreux. Bien que la part des médicaments contre l'hépatite C ait diminué au cours de la dernière année, l'augmentation de la part des autres médicaments onéreux a plus que compensé la différence.

Figure 2.6 Tendances liées au nombre et au coût des médicaments onéreux, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP†, de 2011-2012 à 2016-2017



Remarque : Cette analyse ne comprend que les données sur les bénéficiaires qui ont atteint leur franchise et qui ont reçu un remboursement public. Les résultats historiques indiqués correspondent à cette nouvelle approche. Ces résultats peuvent être sous-estimés, puisque certains médicaments onéreux sont remboursés par l'entremise de programmes spéciaux des régimes publics qui ne sont pas compris dans les données du SNIUMP.

* Coût annuel moyen des médicaments par bénéficiaire actif dépassant 10 000 \$.

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

‡ Médicaments antiviraux à action directe utilisés dans le traitement de l'hépatite C.

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

Le tableau 2.2 présente les dix principaux médicaments onéreux pour 2016-2017, classés selon leur coût annuel moyen par bénéficiaire actif. Les sept principaux médicaments ont un coût de traitement supérieur à 100 000 \$, et les 10 premiers comprennent un médicament AAD, Sovaldi. Signalons que le tableau 2.2 présente les résultats généraux des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, mais qu'il y a d'importantes différences entre les régimes.

Au cours des cinq dernières années, les médicaments biologiques ont représenté une part croissante du coût total des médicaments dans les régimes publics du SNIUMP. Cette part a atteint un nouveau sommet de 26,0 % en 2016-2017. Bien que la croissance ait ralenti au cours des trois dernières années, le coût total a grimpé à 2,2 milliards de dollars en 2016-2017, soit près du double du coût de 1,4 milliard de dollars en 2012-2013. Les dix principaux médicaments biologiques expliquent 18,4 % du coût total des médicaments du SNIUMP en 2016-2017; les quatre premiers – Remicade, Lucentis, Humira et Enbrel – représentent à eux seuls 12,8 % du total.

Tableau 2.2 Dix principaux médicaments ayant le coût annuel moyen par bénéficiaire actif le plus élevé, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, 2016-2017

Nom commercial (molécule)	Classe thérapeutique, ATC niveau 2	Coût moyen du médicament par bénéficiaire [†]
Myozyme (alglucosidase alfa)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	596 513 \$
Soliris (éculizumab)	Immunosuppresseurs	433 796 \$
VPRIV (vélaglucérase alfa)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	360 203 \$
Kalydeco (ivacaftor)	Autres médicaments des voies respiratoires	255 608 \$
Remodulin (tréprostiniil)	Antithrombotiques	124 874 \$
Zavesca (miglustat)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	113 445 \$
Prolastin C (inhibiteur de l'alpha 1-protéinase)	Antihémorragique	104 213 \$
Pheburane (phénylbutyrate de sodium)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	76 178 \$
Somavert (pegvisomant)	Hormones hypophysaires et hypothalamiques et analogues	70 594 \$
Sovaldi (sofosbuvir)	Antiviraux pour usage systémique	68 716 \$

Remarque : Cette analyse ne comprend que les données sur les bénéficiaires qui ont atteint leur franchise et qui ont reçu un remboursement public. Cette liste de médicaments ne comprend pas les médicaments onéreux remboursés dans le cadre de programmes spéciaux.

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

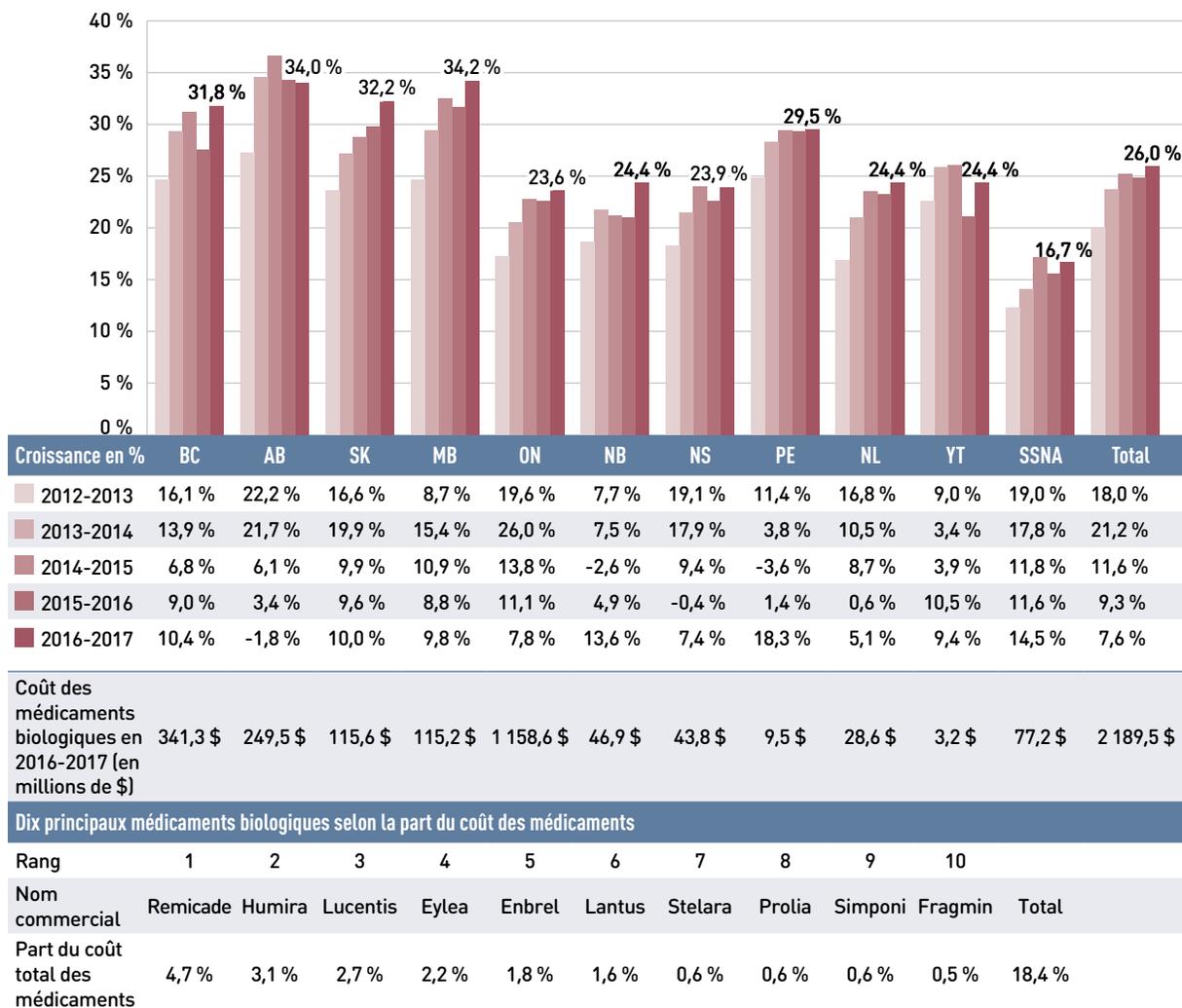
† Représente le coût total des médicaments divisé par le nombre total de bénéficiaires et peut donc inclure les bénéficiaires dont les coûts de traitement sont incomplets.

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

La figure 2.7 illustre les tendances de la part que représentent les médicaments biologiques dans le coût total des médicaments pour les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, ainsi que la croissance du coût des médicaments pour ce segment de marché. Elle présente également la liste actuelle des dix principaux médicaments biologiques.

Le Manitoba et l'Alberta ont affiché le coût des médicaments biologiques le plus élevé par rapport au coût total des médicaments en 2016-2017 (34,2 % et 34,0 %, respectivement); alors que l'Île-du-Prince-Édouard et les SSNA ont enregistré le taux de croissance le plus élevé (18,3 % et 14,5 %, respectivement). Les variations d'un régime à l'autre peuvent être attribuables, entre autres, à la structure du régime, à l'admissibilité au remboursement et au profil sanitaire des populations.

Figure 2.7 Part du coût total des médicaments attribuable aux médicaments biologiques, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2012-2013 à 2016-2017



Remarque : Cette analyse ne comprend que les données sur les bénéficiaires qui ont atteint leur franchise et qui ont reçu un remboursement public. Les résultats historiques indiqués correspondent à cette nouvelle approche.

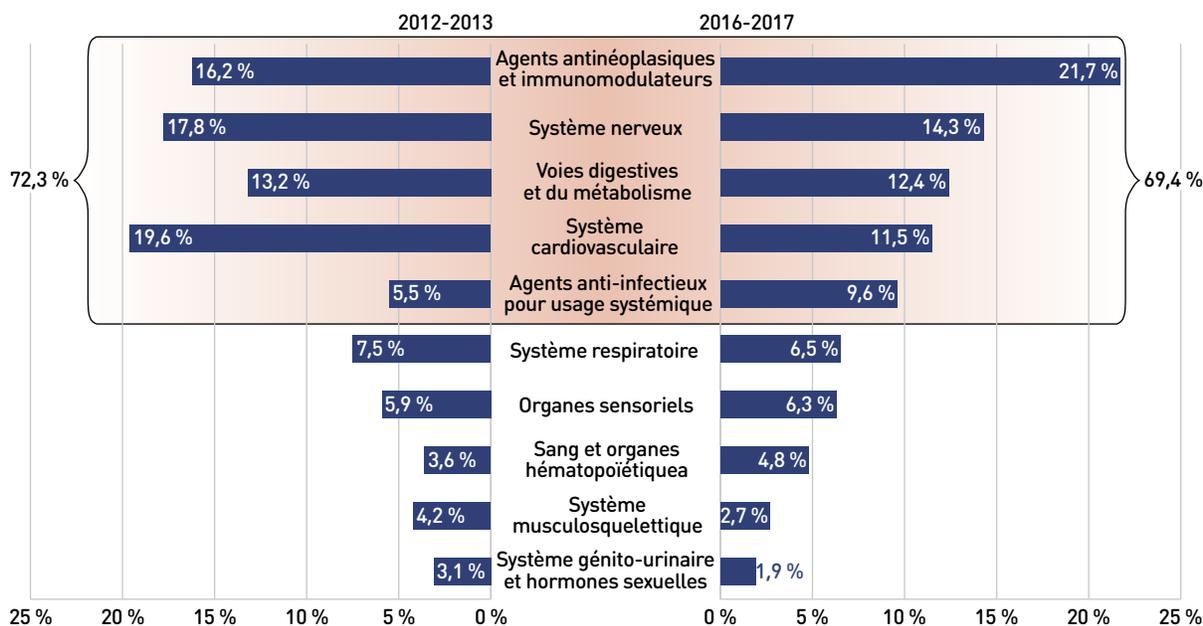
Source de données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Une analyse par classe thérapeutique donne à penser que plus des deux tiers du coût total des médicaments en 2016-2017 étaient concentrés dans quelques classes. Les agents antinéoplasiques et immunomodulateurs ont affiché la part la plus élevée (21,7 %) du coût total des médicaments en 2016-2017, alors qu'ils arrivaient au 3^e rang (16,2 %) en 2012-2013. Les médicaments du système nerveux représentaient la deuxième part des coûts en importance, comme en 2012-2013, malgré une plus faible part du coût total (14,3 %) en 2016-2017. Les médicaments pour le système cardiovasculaire qui, comme

les médicaments pour le système nerveux, comprennent des médicaments à coût relativement faible utilisés par un grand nombre de bénéficiaires actifs, ont également généré une part plus faible des coûts en 2016-2017; en revanche, les agents antinéoplasiques et immunomodulateurs, qui sont des médicaments à coût élevé généralement utilisés par un petit nombre de bénéficiaires, ont affiché une part sensiblement plus élevée du coût des médicaments.

La figure 2.8 présente une comparaison des dix principales classes thérapeutiques selon leur part du coût des médicaments en 2012-2013 et en 2016-2017.

Figure 2.8 Dix principales classes thérapeutiques ATC de niveau 1 selon la part du coût total des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, 2012-2013 et 2016-2017



Remarque : Cette analyse ne comprend que les données sur les bénéficiaires qui ont atteint leur franchise et qui ont reçu un remboursement public. Les résultats pour le Yukon n'ont été inclus que pour 2016-2017.

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

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



3. Les inducteurs des frais d'exécution d'ordonnance, de 2015-2016 à 2016-2017

Le taux de variation des frais d'exécution d'ordonnance a diminué pour la deuxième année consécutive, après trois années de forte croissance. Une augmentation plus faible du volume global d'unités délivrées aux patients et une diminution de la moyenne globale des frais d'ordonnance ont contribué à une croissance plus faible en 2016-2017.

Comme pour le coût des médicaments, un certain nombre d'effets de « poussée » et de « traction » influent sur la variation des frais d'exécution d'ordonnance. L'effet net de ces forces opposées produit le taux global de variation.

Effet « démographie » : variation du nombre de bénéficiaires actifs, ainsi que changement dans la répartition des bénéficiaires selon l'âge et le sexe.

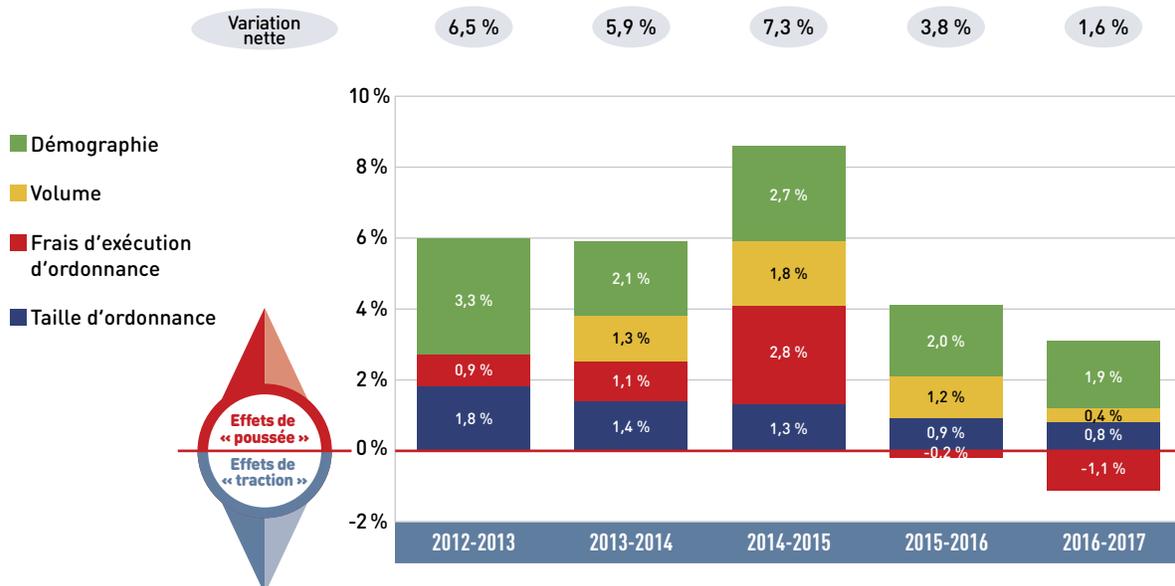
Effet « volume des médicaments » : variation du nombre d'unités délivrées aux patients.

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

Effet « taille d'ordonnance » : variation du nombre d'unités de médicaments délivrées par ordonnance.

L'analyse de la présente section repose sur un examen approfondi des inducteurs de coût pour déterminer la mesure dans laquelle le coût des médicaments des régimes publics aurait changé de 2015-2016 à 2016-2017 si un seul facteur (p. ex. les frais d'exécution moyens) avait changé pendant que tous les autres demeuraient stables^{VI}.

Figure 3.1 Inducteurs des frais d'exécution d'ordonnance, régimes publics du SNIUMP*, de 2012-2013 à 2016-2017



Remarque : Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies et qu'elles sont soumises à un effet croisé. Le Yukon n'est pas présenté en raison des limites des données.

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

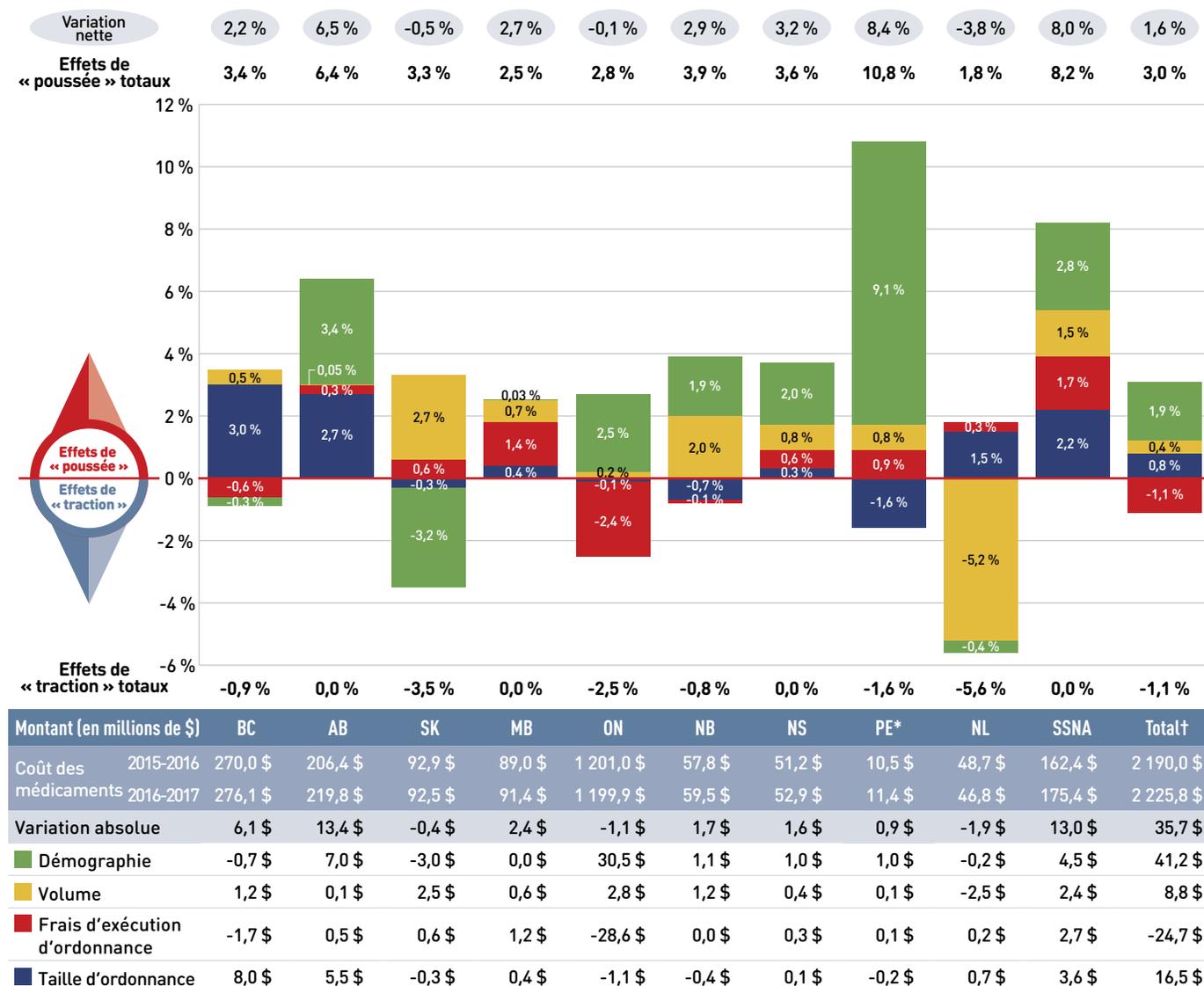
Source de données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

VI En réalité, plusieurs facteurs évoluent en même temps, ce qui crée un effet résiduel ou croisé. L'effet croisé n'est pas présenté dans cette analyse, mais il est pris en compte dans la variation du coût total.

La figure 3.1 donne un aperçu des pressions exercées sur les frais d'exécution d'ordonnance au cours de la période de cinq ans allant de 2012-2013 à 2016-2017. L'effet « démographie » a suivi une tendance assez prévisible, ayant augmenté les coûts d'un peu plus de 2 %, en moyenne, chaque année au cours des quatre dernières années. En outre, bien que l'effet de la taille des ordonnances délivrées ait graduellement diminué au cours des cinq dernières années, il est demeuré pratiquement inchangé (un peu moins de 1 %) au cours des

deux dernières années. En revanche, l'incidence des frais d'exécution d'ordonnance a fluctué d'une année à l'autre : ce facteur a entraîné une baisse des coûts de 1,1 % en 2016-2017, après avoir exercé une poussée à la hausse de 2,8 % en 2014-2015. L'effet « volume des médicaments » a régressé pour atteindre 0,4 % en 2016-2017 alors qu'il était assez stable auparavant, de l'ordre de 1,3 à 1,8 %, ce qui témoigne d'un ralentissement de la croissance du nombre d'unités de médicaments délivrées aux patients.

Figure 3.2 Taux de variation des frais d'exécution d'ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2015-2016 à 2016-2017



Remarque : Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies et qu'elles sont soumises à un effet croisé. Le Yukon n'est pas présenté en raison des limites des données.

* En 2015, l'Île-du-Prince-Édouard a mis en œuvre un nouveau programme des médicaments génériques pour les résidents de moins de 65 ans sans assurance privée, limitant ainsi le prix qu'ils ont à déboursier pour obtenir des médicaments génériques d'ordonnance admissibles. Il en a résulté une augmentation considérable et continue de la population de bénéficiaires.

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

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

Les frais d'exécution d'ordonnance dans les régimes publics du SNIUMP ont augmenté de 1,6 %, soit 35,7 millions de dollars, en 2016-2017, pour atteindre un total de 2,2 milliards de dollars. Ce taux de croissance a été inférieur aux 3,8 % enregistrés en 2015-2016. Il s'agit de la deuxième baisse de croissance en deux ans, après trois années de forts taux allant de 5,9 % à 7,3 %.

Le taux global de variation des frais d'exécution a grandement varié d'un régime à l'autre (figure 3.2), allant d'un sommet de 8,4 % à l'Île-du-Prince-Édouard à un minimum de -3,8 % à Terre-Neuve-et-Labrador. La forte croissance à l'Île-du-Prince-Édouard a été alimentée par une augmentation importante de l'effet « démographie » après l'instauration du nouveau programme de médicaments en 2015. À Terre-Neuve-et-Labrador, la réduction des frais d'exécution d'ordonnance a été attribuable à un effet « volume » négatif considérable.

Dans d'autres administrations, la croissance globale des frais d'exécution d'ordonnance a été plus modérée. En Ontario, la pression à la hausse découlant de l'effet « démographie » a été contrebalancée par un effet « frais d'exécution » négatif, ce qui montre l'incidence totale de la diminution des frais d'exécution d'ordonnance pour les résidents des établissements de soins de longue durée mise en œuvre en octobre 2015; la variation nette a été de -0,1 %.

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

En 2016-2017, les frais d'exécution moyens par ordonnance ont légèrement augmenté pour la plupart des régimes du SNIUMP, tandis que l'Ontario a connu une baisse relativement forte de 2,4 % en raison de la nouvelle politique. Au cours des cinq dernières années, l'Île-du-Prince-Édouard, la Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador ont connu la plus forte croissance des frais d'exécution d'ordonnance, les taux de croissance annuels composés s'établissant respectivement à 6,9 %, 2,9 % et 2,5 %.

Le tableau 3.1 rend compte des frais d'exécution moyens par ordonnance de 2012-2013 à 2016-2017, ainsi que du taux de croissance de 2015-2016 à 2016-2017 et du taux de croissance annuel composé pour toute la période. Les résultats sont une valeur moyenne de toutes les ordonnances et englobent divers frais d'exécution d'ordonnance. Un aperçu des politiques d'établissement des prix des médicaments génériques au sein des régimes publics d'assurance-médicaments se trouve à la section « Documents de référence » de la page Études analytiques du SNIUMP sur le site Web du CEPMB.

Tableau 3.1 Frais d'exécution moyens par ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2012-2013 à 2016-2017

Régime d'assurance-médicaments	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	Taux de croissance de 2015-2016 à 2016-2017	TCAC* de 2012-2013 à 2016-2017
Colombie-Britannique	7,55 \$	7,40 \$	7,35 \$	7,30 \$	7,26 \$	-0,6 %	-1,0 %
Alberta	13,43 \$	13,29 \$	14,13 \$	14,29 \$	14,33 \$	0,3 %	1,6 %
Saskatchewan	9,77 \$	10,30 \$	10,82 \$	10,91 \$	10,97 \$	0,6 %	2,9 %
Manitoba	8,90 \$	8,97 \$	9,19 \$	9,35 \$	9,48 \$	1,4 %	1,6 %
Ontario	7,43 \$	7,54 \$	7,83 \$	7,77 \$	7,59 \$	-2,4 %	0,5 %
Nouveau-Brunswick	10,45 \$	10,36 \$	10,41 \$	10,54 \$	10,54 \$	-0,1 %	0,2 %
Nouvelle-Écosse	11,08 \$	11,49 \$	11,31 \$	11,19 \$	11,25 \$	0,6 %	0,4 %
Île-du-Prince-Édouard	8,46 \$	10,31 \$	10,21 \$	10,93 \$	11,03 \$	0,9 %	6,9 %
Terre-Neuve-et-Labrador	11,20 \$	12,20 \$	12,19 \$	12,34 \$	12,39 \$	0,3 %	2,5 %
SSNA	-	-	8,57 \$	8,60 \$	8,74 \$	1,7 %	1,0 %

Remarque : Cette analyse ne comprend que les données sur les bénéficiaires qui ont atteint leur franchise et qui ont reçu un remboursement public. Les résultats historiques indiqués correspondent à cette nouvelle approche. Le Yukon n'est pas présenté en raison des limites des données.

*Taux de croissance annuel composé.

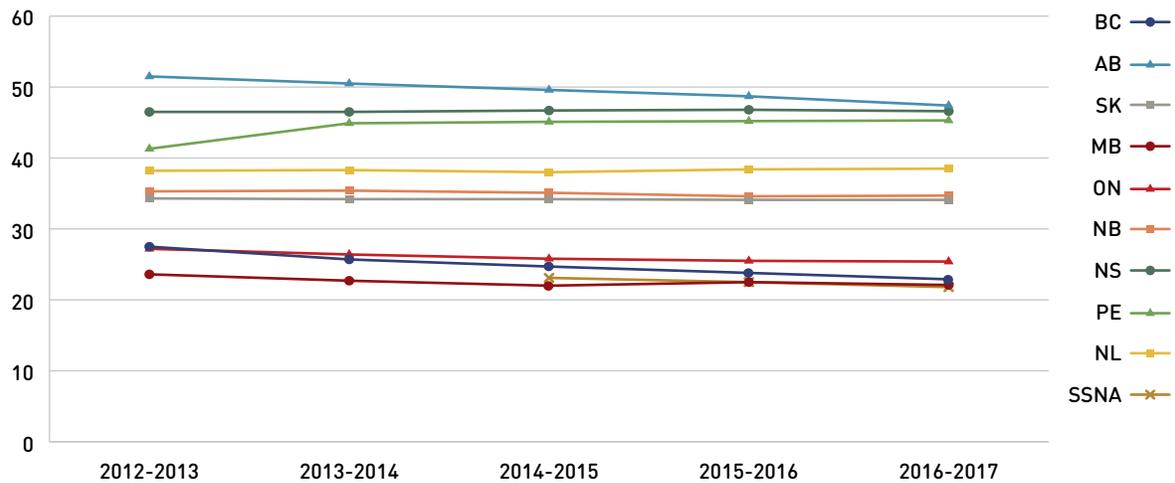
Source de données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Les frais d'exécution moyens par ordonnance sont également liés à la taille de l'ordonnance : les régimes dont les frais d'exécution d'ordonnance sont moins élevés remboursent généralement les ordonnances dont le nombre de jours d'approvisionnement est plus petit et vice versa. La Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario et les SSNA, qui avaient certains des frais d'ordonnance les moins élevés en 2016-2017, ont remboursé généralement les ordonnances d'une taille relativement petite. La diminution du nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance peut exercer une pression à la hausse sur les frais d'exécution d'ordonnance, car un plus grand nombre d'ordonnances sont nécessaires pour délivrer le même volume de médicaments.

De 2012-2013 à 2016-2017, la taille d'ordonnance est demeurée stable ou a légèrement diminué dans tous les régimes publics d'assurance-médicaments, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard. Depuis 2015-2016, la Colombie-Britannique et les SSNA ont connu les plus fortes baisses proportionnelles de la taille moyenne d'ordonnance, soit -3,9 % et -3,0 %, respectivement.

La figure 3.3 illustre la tendance du nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance de 2012-2013 à 2016-2017. Les résultats représentent la valeur moyenne de toutes les ordonnances pour les formulations solides à administrer par voie orale et couvrent les médicaments de marque et les médicaments génériques utilisés pour les soins aigus et d'entretien.

Figure 3.3 Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2012-2013 à 2016-2017



	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	SSNA
Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance, 2016-2017	22,9	47,4	34,1	22,1	25,4	34,7	46,6	45,3	38,5	21,8
Pourcentage de variation de 2015-2016 à 2016-2017	-3,9 %	-2,7 %	-0,1 %	-1,9 %	-0,1 %	0,2 %	-0,4 %	0,2 %	0,3 %	-3,0 %

Remarque : Cette analyse ne comprend que les données sur les bénéficiaires qui ont atteint leur franchise et qui ont reçu un remboursement public. Les résultats historiques indiqués correspondent à cette nouvelle approche. Le Yukon n'est pas présenté en raison des limites des données.

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

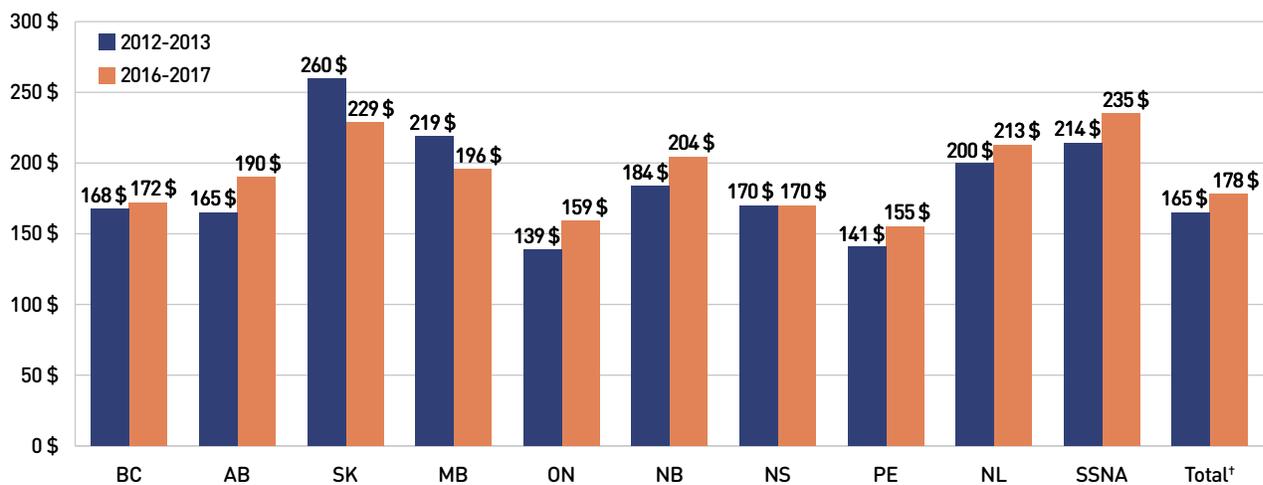
Bien que le nombre moyen de jours d'approvisionnement et les frais d'exécution par ordonnance soient des mesures utiles à des fins de comparaison, la liste des médicaments couverts par chaque régime tient également compte du coût d'ordonnance moyen. La comparaison des frais d'ordonnance d'une même série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

La figure 3.4 compare les frais d'exécution d'ordonnance des 18 médicaments génériques dont le prix a été réduit à 18 % de celui des produits de marque équivalents par l'intermédiaire de l'APP. Les frais d'exécution d'ordonnance pour un million de comprimés de chaque médicament sont présentés pour deux années : 2012-2013 et 2016-2017. Ces médicaments représentaient collectivement 18,4 % et 20,3 % du total des frais d'exécution d'ordonnance des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP en 2012-2013 et en 2016-2017, respectivement.

Les frais d'exécution d'ordonnance de 2012-2013 à 2016-2017 ont augmenté dans toutes les provinces, sauf en Saskatchewan, au Manitoba et en Nouvelle-Écosse. Les SSNA affichaient les frais d'exécution d'ordonnance les plus élevés en 2016-2017, soit 235 000 \$, succédant à la Saskatchewan, dont les frais d'exécution d'ordonnance avaient atteint 260 000 \$ en 2012-2013. Les taux d'augmentation les plus élevés ont été observés en Alberta et en Ontario, tandis que la Saskatchewan et le Manitoba ont connu les plus fortes baisses.

Bien que les mêmes médicaments aient été étudiés dans tous les régimes, le profil sanitaire des populations bénéficiaires et le type de traitement pour lequel les médicaments ont été prescrits (soins actifs ou traitement d'entretien) ont influé sur le nombre moyen de jours d'approvisionnement et, de ce fait, sur les frais d'exécution d'ordonnance globaux pour chaque régime.

Figure 3.4 Frais d'exécution d'ordonnance (en milliers de dollars) pour un million de comprimés de 18 médicaments génériques courants*, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2012-2013 et 2016-2017



Remarque : Les établissements de soins de longue durée ont été exclus de cette analyse puisque la fréquence d'exécution d'ordonnance n'y est parfois pas typique, en raison des besoins en soins plus spécialisés de leurs patients. Les sous-régimes suivants n'ont pas été inclus dans l'analyse. C.-B. : résidents permanents des établissements de soins en résidence agréés; Manitoba : maisons de soins infirmiers et soins à domicile; N.-B. : personnes vivant en résidences agréées, résidents de maisons de soins infirmiers; Ontario : soins de longue durée, soins à domicile et foyers de soins spéciaux. Le Yukon n'est pas présenté en raison des limites des données.

* Assujettis aux politiques de l'APP qui ont réduit le prix des médicaments génériques à 18 % du prix des médicaments de marque équivalents : atorvastatine, ramipril, venlafaxine, amlodipine, oméprazole, rabéprazole, rosuvastatine, pantoprazole, citalopram, simvastatine, clopidogrel, gabapentine, metformine, olanzapine, donépézil, ézétimibe, quétiapine et zopiclone.

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

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



Références

- 1 Institut canadien d'information sur la santé. 2017. Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2017 : regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments. Ottawa (Ont.) ICIS. Disponible en ligne : <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC3571> (page consultée en juin 2018).
- 2 Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. 2013. Les facteurs de coût associés aux dépenses en médicaments d'ordonnance – Un rapport méthodologique. Ottawa : CEPMB. Disponible à l'adresse : <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=887&lang=fr> (page consultée en juin 2018).



Annexe A : Examen des prix et approbation des médicaments

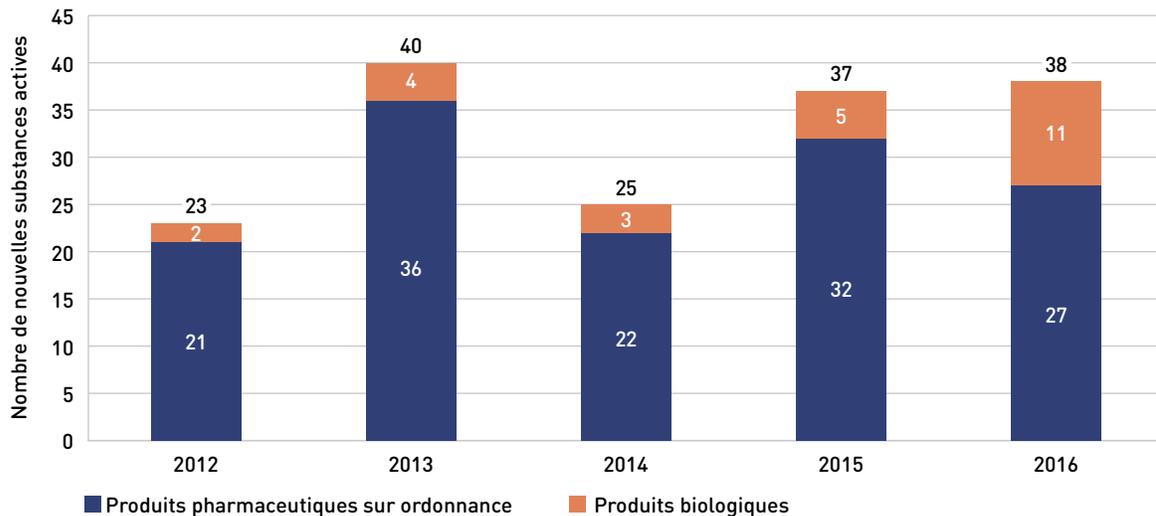
Au Canada, Santé Canada, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) voient à l'approbation des médicaments, à l'examen des prix et à l'évaluation des technologies de la santé, respectivement. La présente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

Santé Canada

Santé Canada accorde l'autorisation de commercialiser un médicament au Canada en délivrant un avis de conformité (AC) une fois que les exigences réglementaires en matière d'innocuité, d'efficacité et de qualité ont été satisfaites.

En 2016, Santé Canada a délivré un AC pour 38 nouvelles substances actives : 11 produits biologiques et 27 petites molécules pharmaceutiques. Le nombre de produits biologiques a augmenté de façon notable, étant passé à 11 en 2016, contre trois en 2014 et cinq en 2015 (figure A1)^{VIII}.

Figure A1 Nouvelles substances actives approuvées par Santé Canada, de 2012 à 2016



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

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

VII À noter que l'utilisation des termes « nouvelle substance active », « médicament » et « ingrédient médicinal » dans la présente section suit la terminologie normalisée utilisée par chaque établissement.

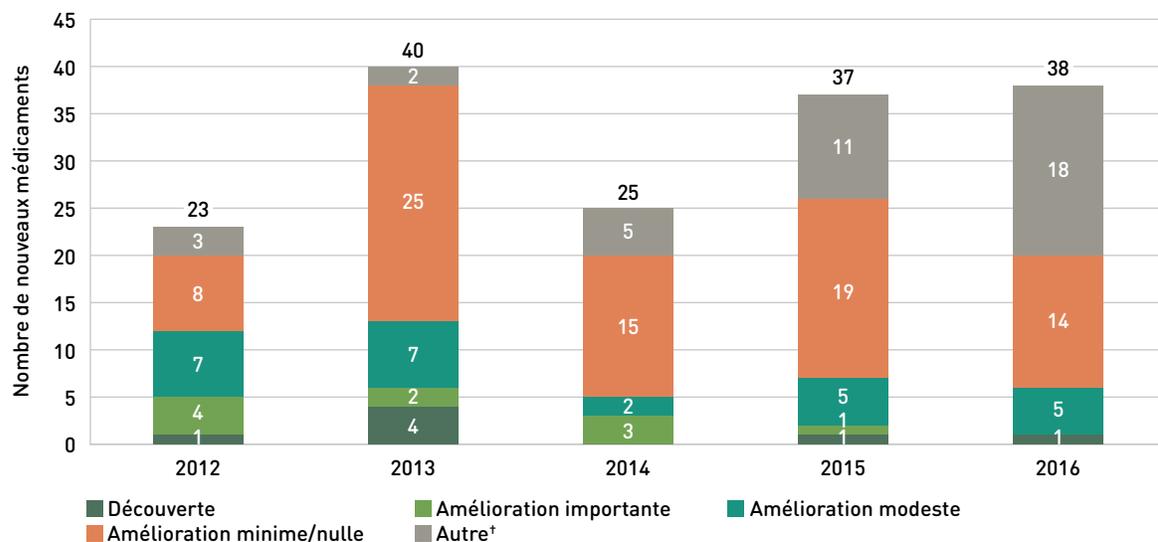
VIII Base de données des avis de conformité de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/notices-avis/noc-acc/index-fra.php>.

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

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

Le CEPMB a effectué des examens scientifiques pour 124 des 163 médicaments approuvés par Santé Canada de 2012 à 2016. Au cours de cette période de cinq ans, seulement 14 % de ces médicaments ont été classés dans la catégorie des améliorations importantes ou celle des découvertes. Parmi les autres, 65 % n'ont démontré qu'une très légère, voire aucune amélioration par rapport aux thérapies existantes, tandis que 21 % ont été classés dans la catégorie des améliorations modestes (figure A2).

Figure A2 Nouveaux médicaments examinés par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, selon le niveau d'amélioration thérapeutique, de 2012 à 2016*



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

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

† Nouveaux médicaments qui n'ont pas été déclarés au CEPMB à temps pour le Rapport annuel de 2016.

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

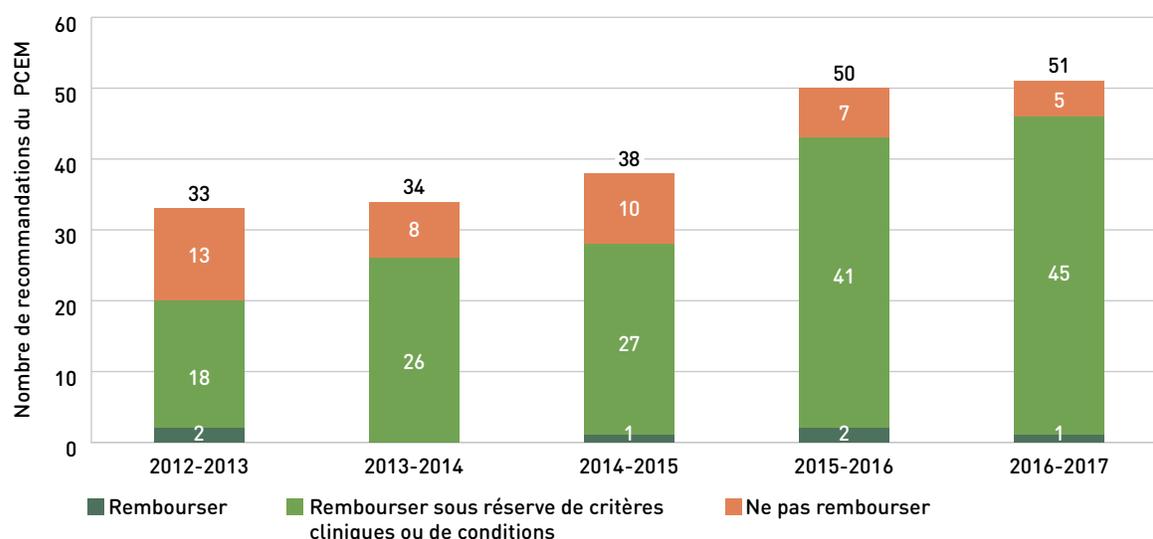
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMCTS)

Le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) de l'ACMCTS 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 celui du Québec). Les provinces prennent ces recommandations en délibéré lorsqu'elles déterminent les médicaments à inscrire à leur formulaire et dans le cadre des négociations de prix.

La figure A3 présente un résumé des recommandations du PCEM pour les exercices 2012-2013 à 2016-2017^{IX}. Le nombre total des recommandations du PCEM est passé de 33 en 2012-2013 à 51 en 2016-2017. En 2012-2013, la quantité de recommandations « rembourser sous réserve de critères cliniques ou de conditions » et « ne pas rembourser » était assez équilibrée (18 et 13), mais en 2016-2017, la proportion avait changé, 45 des recommandations étant « rembourser sous réserve de critères cliniques ou de conditions » et cinq étant « ne pas rembourser ».

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

Figure A3 Recommandations relatives au remboursement du Programme commun d'évaluation des médicaments, de 2012-2013 à 2015-2016



Remarque : Les médicaments peuvent faire l'objet de plusieurs recommandations, selon les diverses indications pour lesquelles ils sont examinés. L'ACMCTS utilise actuellement trois catégories de recommandations possibles pour orienter les décisions de remboursement des administrations participantes. Pour les besoins de la présente analyse, « rembourser sous réserve de critères cliniques ou de conditions » comprend les recommandations formulées avant mai 2016 pour « inscrire à la liste sous réserve de critères cliniques ou de conditions », « inscrire au même titre que les autres médicaments de la classe », et « ne pas inscrire à la liste au prix soumis ». Le terme « rembourser » correspond à la catégorie antérieure « inscrire » et, de même, « ne pas rembourser » correspond à « ne pas inscrire ».

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

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



Annexe B : Cinquante principaux médicaments brevetés par coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, 2016-2017 (en millions de \$)

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
1	Remicade (infliximab)	Janssen Inc.	396,25 \$	97,28 \$	74,79 \$	34,72 \$	37,14 \$	118,49 \$	8,90 \$	10,20 \$	2,09 \$	4,87 \$	0,52 \$	7,26 \$
2	Harvoni (sofosbuvir, ledipasvir)	Gilead Sciences Canada Inc.	296,06 \$	79,27 \$	18,38 \$	8,31 \$	9,07 \$	149,11 \$	3,48 \$	3,49 \$	-	2,55 \$	0,95 \$	21,46 \$
3	Humira (adalimumab)	AbbVie Corporation	264,03 \$	76,14 \$	39,80 \$	20,55 \$	22,91 \$	73,93 \$	5,74 \$	8,94 \$	2,41 \$	4,69 \$	0,57 \$	8,34 \$
4	Lucentis (ranibizumab)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	230,18 \$	-	11,13 \$	2,30 \$	-	207,42 \$	4,07 \$	-	0,19 \$	2,41 \$	0,02 \$	2,64 \$
5	Eylea (afibercept)	Bayer Inc.	188,33 \$	-	-	3,16 \$	-	180,66 \$	3,12 \$	-	0,41 \$	0,30 \$	0,05 \$	0,63 \$
6	Enbrel (étanercept)	Immunex Corporation	159,56 \$	33,62 \$	20,98 \$	9,75 \$	15,39 \$	60,03 \$	3,36 \$	5,01 \$	0,80 \$	1,19 \$	0,39 \$	9,03 \$
7	Advair (salmétérol, propionate de fluticasone)	GlaxoSmithKline Inc.	142,60 \$	15,28 \$	18,53 \$	4,80 \$	6,45 \$	82,68 \$	4,39 \$	3,25 \$	0,30 \$	1,70 \$	0,20 \$	5,04 \$
8	Lantus (insuline glargine)	Sanofi-aventis Canada Inc.	137,47 \$	14,01 \$	14,06 \$	9,05 \$	2,26 \$	78,20 \$	2,02 \$	1,90 \$	0,23 \$	0,18 \$	0,07 \$	13,49 \$
9	Revlimid (lénalidomide)	Celgene Inc.	123,58 \$	<0,01 \$	<0,01 \$	<0,01 \$	8,18 \$	98,96 \$	4,95 \$	5,33 \$	0,85 \$	3,85 \$	0,06 \$	1,41 \$
10	Coversyl (périndopril erbumine)	Servier Canada Inc.	104,69 \$	2,98 \$	12,11 \$	4,57 \$	1,80 \$	70,27 \$	3,70 \$	3,32 \$	0,47 \$	1,57 \$	0,03 \$	3,88 \$
11	Janumet (sitagliptine, chlorhydrate de metformine)	Merck Canada Inc.	100,45 \$	0,01 \$	3,97 \$	1,09 \$	0,09 \$	90,27 \$	1,12 \$	0,27 \$	<0,01 \$	0,01 \$	<0,01 \$	3,63 \$
12	Januvia (sitagliptine)	Merck Canada Inc.	96,86 \$	0,01 \$	4,53 \$	2,14 \$	1,01 \$	80,58 \$	1,50 \$	0,85 \$	0,02 \$	0,13 \$	0,01 \$	6,09 \$
13	Xarelto (rivaroxaban)	Bayer Inc.	86,83 \$	7,90 \$	10,74 \$	3,51 \$	2,16 \$	57,42 \$	1,98 \$	1,29 \$	0,16 \$	0,33 \$	<0,01 \$	1,35 \$
14	Sovaldi (sofosbuvir)	Gilead Sciences Canada Inc.	85,26 \$	19,36 \$	3,51 \$	2,52 \$	3,67 \$	43,79 \$	1,26 \$	0,65 \$	-	0,56 \$	-	9,92 \$
15	Eliquis (apixaban)	Bristol-Myers Squibb Canada	82,18 \$	5,14 \$	6,56 \$	2,10 \$	1,58 \$	65,10 \$	0,48 \$	0,50 \$	0,08 \$	0,05 \$	0,01 \$	0,57 \$
16	Invega Sustenna (palipéridone)	Janssen Inc.	76,22 \$	19,04 \$	1,03 \$	2,65 \$	1,49 \$	42,47 \$	2,53 \$	0,39 \$	0,07 \$	0,48 \$	0,03 \$	6,02 \$
17	Symbicort (fumarate de formotérol dihydraté, budésonide)	AstraZeneca Canada Inc.	74,39 \$	6,72 \$	11,95 \$	2,67 \$	2,22 \$	45,35 \$	1,16 \$	1,84 \$	0,17 \$	0,62 \$	0,06 \$	1,63 \$

suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
18	Spiriva (tiotropium)	Boehringer Ingelheim	74,11 \$	4,37 \$	9,77 \$	2,84 \$	1,26 \$	50,02 \$	1,75 \$	1,79 \$	0,21 \$	0,50 \$	0,08 \$	1,52 \$
19	Abilify (aripiprazole)	Otsuka Pharmaceutical Co. Ltd	60,97 \$	9,80 \$	1,19 \$	1,03 \$	2,76 \$	43,37 \$	0,71 \$	0,27 \$	0,05 \$	0,07 \$	<0,01 \$	1,72 \$
20	Stelara (ustekinumab)	Janssen Inc.	50,27 \$	7,54 \$	9,44 \$	3,09 \$	3,26 \$	20,25 \$	2,17 \$	1,69 \$	0,22 \$	1,55 \$	0,07 \$	1,00 \$
21	Prolia (denosumab)	Amgen Canada Inc.	49,23 \$	0,75 \$	0,86 \$	0,34 \$	0,27 \$	46,61 \$	0,10 \$	0,15 \$	<0,01 \$	<0,01 \$	0,01 \$	0,13 \$
22	Flovent HFA (propionate de fluticasone)	GlaxoSmithKline Inc.	47,89 \$	5,67 \$	1,41 \$	2,45 \$	1,20 \$	23,59 \$	2,16 \$	1,66 \$	0,35 \$	2,11 \$	0,09 \$	7,20 \$
23	Simponi (golimumab)	Janssen Inc.	46,67 \$	8,92 \$	6,32 \$	4,13 \$	2,42 \$	16,92 \$	1,52 \$	1,65 \$	0,31 \$	1,55 \$	0,01 \$	2,90 \$
24	Neupogen (filgrastim)	Amgen Canada Inc.	42,45 \$	6,95 \$	1,47 \$	0,17 \$	0,01 \$	31,10 \$	0,82 \$	<0,01 \$	0,10 \$	1,00 \$	0,06 \$	0,77 \$
25	Pradaxa (dabigatran etexilate)	Boehringer Ingelheim	42,36 \$	2,80 \$	4,75 \$	1,10 \$	0,95 \$	30,77 \$	0,83 \$	0,70 \$	0,07 \$	0,09 \$	-	0,32 \$
26	Viread (fumarate de ténofovir disoproxil)	Gilead Sciences Canada Inc.	39,32 \$	8,32 \$	4,00 \$	0,38 \$	1,38 \$	24,90 \$	0,08 \$	0,11 \$	-	0,01 \$	0,04 \$	0,11 \$
27	Tecfidera (fumarate de diméthyle)	Biogen Canada Inc.	39,24 \$	8,81 \$	7,86 \$	5,78 \$	2,18 \$	8,61 \$	2,61 \$	1,34 \$	0,09 \$	1,29 \$	0,18 \$	0,50 \$
28	Imbruvica (ibrutinib)	Janssen Inc.	38,70 \$	-	-	-	3,56 \$	31,90 \$	1,86 \$	0,57 \$	-	0,68 \$	-	0,13 \$
29	Holkira Pak (dasabuvir, paritaprevir, ritonavir)	AbbVie Corporation	38,60 \$	18,02 \$	2,59 \$	1,06 \$	1,23 \$	12,18 \$	0,44 \$	0,25 \$	-	0,17 \$	-	2,66 \$
30	Zytiga (acétate d'abiraterone)	Janssen Inc.	38,14 \$	-	-	-	2,44 \$	33,18 \$	1,02 \$	0,59 \$	0,19 \$	0,55 \$	-	0,15 \$
31	Soliris (éculizumab)	Alexion Pharma GmbH	37,58 \$	-	4,85 \$	-	0,87 \$	31,16 \$	0,19 \$	-	-	-	-	0,52 \$
32	Invokana (canagliflozine)	Janssen Inc.	37,00 \$	-	1,79 \$	0,76 \$	0,38 \$	31,42 \$	0,31 \$	0,01 \$	<0,01 \$	0,01 \$	-	2,34 \$
33	Trajenta (linagliptine)	Boehringer Ingelheim	36,49 \$	4,58 \$	1,85 \$	0,80 \$	0,45 \$	27,24 \$	0,50 \$	0,03 \$	0,01 \$	0,02 \$	<0,01 \$	1,00 \$
34	Copaxone (acétate de glatramère)	Teva Canada Ltd	35,28 \$	6,00 \$	10,85 \$	3,70 \$	3,87 \$	8,66 \$	0,66 \$	-	0,21 \$	0,59 \$	0,11 \$	0,62 \$
35	Novorapid (insuline aspart)	Novo Nordisk Canada Inc.	34,05 \$	3,16 \$	3,07 \$	0,97 \$	1,25 \$	20,82 \$	0,55 \$	1,07 \$	0,45 \$	0,27 \$	0,04 \$	2,40 \$
36	Botox (onabotulinum toxine A)	Allergan Inc.	33,78 \$	4,99 \$	4,27 \$	0,81 \$	1,04 \$	20,51 \$	0,37 \$	0,78 \$	-	-	0,06 \$	0,95 \$
37	Orencia (abatacept)	Bristol-Myers Squibb Canada	33,41 \$	10,02 \$	4,91 \$	1,65 \$	1,20 \$	11,79 \$	0,40 \$	1,14 \$	0,14 \$	0,12 \$	0,13 \$	1,89 \$
38	Triumeq (abacavir, lamivudine, dolutégravir)	ViiV Healthcare ULC	33,18 \$	-	-	1,21 \$	1,10 \$	28,81 \$	0,68 \$	-	-	0,33 \$	0,04 \$	1,00 \$
39	Actonel DR (risédronate sodique)	Allergan Pharma Co.	32,69 \$	-	-	0,17 \$	-	32,52 \$	-	-	-	-	-	-
40	Truvada (fumarate de ténofovir disoproxil, emtricitabine)	Gilead Sciences Canada Inc.	31,79 \$	-	-	1,49 \$	2,11 \$	21,63 \$	0,68 \$	-	-	0,28 \$	0,07 \$	5,53 \$

suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
41	Cymbalta (duloxétine)	Eli Lilly Canada Inc.	31,57 \$	0,32 \$	3,62 \$	1,22 \$	0,69 \$	23,83 \$	0,06 \$	0,07 \$	<0,01 \$	0,01 \$	0,01 \$	1,73 \$
42	Lumigan RC (bimatoprost)	Allergan Inc.	30,56 \$	2,90 \$	2,50 \$	0,84 \$	0,78 \$	21,24 \$	0,45 \$	0,78 \$	0,18 \$	0,34 \$	0,01 \$	0,54 \$
43	Risperdal Consta (rispéridone)	Janssen Inc.	29,54 \$	4,20 \$	0,48 \$	1,59 \$	1,51 \$	16,69 \$	1,19 \$	0,30 \$	0,26 \$	0,25 \$	0,03 \$	3,03 \$
44	Oxyneo (chlorhydrate d'oxycodone)	Purdue Pharma	28,96 \$	0,98 \$	7,47 \$	0,97 \$	2,32 \$	15,45 \$	0,62 \$	0,19 \$	0,03 \$	0,19 \$	-	0,74 \$
45	Lupron Depot (acétate de leuprolide)	AbbVie Corporation	26,89 \$	0,87 \$	0,13 \$	0,22 \$	0,19 \$	22,29 \$	0,85 \$	0,78 \$	0,12 \$	0,69 \$	-	0,75 \$
46	Gilenya (fingolimod)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	26,33 \$	8,14 \$	9,93 \$	0,51 \$	1,03 \$	4,11 \$	0,90 \$	0,76 \$	0,34 \$	0,14 \$	0,05 \$	0,41 \$
47	Rituxan (rituximab)	Hoffmann-La Roche Ltd	24,40 \$	8,17 \$	2,97 \$	1,33 \$	2,00 \$	5,74 \$	0,22 \$	0,90 \$	0,04 \$	0,18 \$	0,06 \$	2,79 \$
48	Jakavi (ruxolitinib)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	24,33 \$	-	-	-	1,30 \$	21,05 \$	1,04 \$	0,78 \$	-	0,09 \$	-	0,07 \$
49	Stribild (fumarate de ténofovir disoproxil, emtricitabine, cobicistat élvitegravir)	Gilead Sciences Canada Inc.	23,11 \$	-	-	0,93 \$	1,34 \$	17,73 \$	0,61 \$	-	-	0,07 \$	0,03 \$	2,40 \$
50	Tiazac XC (chlorhydrate de diltiazem)	Valeant Canada LP/ Valeant Canada S.E.C.	23,09 \$	1,36 \$	3,24 \$	0,50 \$	0,53 \$	15,29 \$	0,70 \$	0,57 \$	0,10 \$	0,44 \$	-	0,37 \$
Total			386,92 \$	516,41 \$	363,65 \$	155,93 \$	162,31 \$	2 316,11 \$	80,80 \$	66,16 \$	11,71 \$	39,08 \$	4,14 \$	150,58 \$
Part de tous les médicaments brevetés			76 %	81 %	83 %	75 %	76 %	74 %	73 %	76 %	74 %	75 %	71 %	72 %

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



Annexe C : Cinquante principaux médicaments génériques de sources diverses, selon le coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2016-2017 (en millions de \$)

Rang	Ingédient	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSMA
1	Atorvastatine	11,12 \$	11,78 \$	3,77 \$	2,41 \$	65,79 \$	2,23 \$	2,80 \$	0,58 \$	1,47 \$	0,16 \$	4,37 \$
2	Rosuvastatine	5,32 \$	7,74 \$	2,96 \$	1,03 \$	45,31 \$	2,05 \$	2,60 \$	0,54 \$	1,73 \$	0,04 \$	2,34 \$
3	Pantoprazole	3,15 \$	9,78 \$	2,63 \$	0,78 \$	40,45 \$	2,34 \$	1,22 \$	0,24 \$	0,36 \$	0,04 \$	3,20 \$
4	Amlodipine	5,82 \$	6,74 \$	2,34 \$	1,23 \$	38,48 \$	1,07 \$	1,57 \$	0,42 \$	0,37 \$	0,08 \$	2,04 \$
5	Gabapentine	8,74 \$	4,42 \$	1,86 \$	2,01 \$	15,00 \$	1,33 \$	0,87 \$	0,26 \$	0,13 \$	0,05 \$	5,85 \$
6	Ramipril	6,51 \$	3,44 \$	1,51 \$	0,75 \$	18,49 \$	0,78 \$	0,81 \$	0,26 \$	0,68 \$	0,10 \$	2,43 \$
7	Chlorhydrate de metformine	3,59 \$	3,27 \$	1,55 \$	0,81 \$	15,14 \$	0,67 \$	0,88 \$	0,26 \$	0,57 \$	0,05 \$	2,37 \$
8	Olanzapine	5,03 \$	0,92 \$	0,68 \$	1,38 \$	16,85 \$	1,29 \$	0,44 \$	0,18 \$	0,46 \$	0,02 \$	1,74 \$
9	Rabéprazole sodique	3,00 \$	0,69 \$	1,77 \$	0,75 \$	16,57 \$	0,30 \$	2,04 \$	0,12 \$	1,45 \$	0,01 \$	1,96 \$
10	Prégabaline	0,21 \$	-	1,42 \$	0,01 \$	24,79 \$	0,29 \$	0,42 \$	0,03 \$	0,09 \$	0,07 \$	1,06 \$
11	Quétiapine	3,21 \$	0,96 \$	0,90 \$	1,18 \$	15,66 \$	1,26 \$	0,43 \$	0,09 \$	0,63 \$	0,01 \$	1,48 \$
12	Clopidogrel	2,12 \$	1,97 \$	0,89 \$	0,94 \$	16,49 \$	0,65 \$	0,79 \$	0,09 \$	0,37 \$	0,02 \$	0,74 \$
13	Venlafaxine	4,67 \$	2,22 \$	1,38 \$	1,08 \$	11,28 \$	1,00 \$	0,74 \$	0,16 \$	0,76 \$	0,02 \$	1,63 \$
14	Oméprazole	0,56 \$	3,35 \$	1,15 \$	2,02 \$	10,11 \$	1,24 \$	1,75 \$	0,31 \$	1,05 \$	0,12 \$	2,68 \$
15	Fentanyl	2,32 \$	1,50 \$	1,46 \$	1,16 \$	16,27 \$	0,31 \$	0,41 \$	0,04 \$	0,06 \$	0,05 \$	0,36 \$
16	Escitalopram	3,68 \$	1,95 \$	0,28 \$	0,13 \$	15,78 \$	0,07 \$	0,10 \$	-	0,05 \$	0,01 \$	1,20 \$
17	Lansoprazole	0,45 \$	4,28 \$	0,39 \$	0,08 \$	15,08 \$	0,17 \$	0,07 \$	<0,01 \$	0,01 \$	0,01 \$	0,64 \$
18	Sertraline	3,30 \$	1,29 \$	1,06 \$	0,78 \$	10,18 \$	0,76 \$	0,67 \$	0,13 \$	0,59 \$	0,02 \$	1,32 \$
19	Lévodopa, carbidopa	2,64 \$	2,03 \$	0,82 \$	0,73 \$	11,95 \$	0,44 \$	0,49 \$	0,11 \$	0,25 \$	0,02 \$	0,40 \$
20	Duloxétine	0,28 \$	1,83 \$	0,84 \$	0,37 \$	15,15 \$	0,07 \$	0,07 \$	<0,01 \$	0,01 \$	0,01 \$	0,79 \$
21	Simvastatine	2,17 \$	2,20 \$	1,00 \$	0,41 \$	10,79 \$	0,55 \$	0,81 \$	0,15 \$	0,50 \$	0,03 \$	0,52 \$
22	Nifédipine	1,13 \$	1,86 \$	0,60 \$	0,71 \$	10,67 \$	1,13 \$	0,72 \$	0,13 \$	0,66 \$	0,02 \$	1,03 \$
23	Tartrate de métoprolol	2,19 \$	2,50 \$	1,23 \$	0,82 \$	7,35 \$	0,61 \$	1,09 \$	0,18 \$	0,83 \$	0,02 \$	0,76 \$
24	Chlorhydrate de diltiazem	2,50 \$	1,46 \$	0,70 \$	0,55 \$	10,02 \$	0,67 \$	0,55 \$	0,14 \$	0,21 \$	0,02 \$	0,46 \$
25	Gliclazide	0,61 \$	1,24 \$	0,70 \$	0,72 \$	10,30 \$	0,42 \$	0,77 \$	0,19 \$	0,43 \$	0,02 \$	1,53 \$
26	Chlorhydrate de donépézil	1,48 \$	1,08 \$	0,13 \$	0,24 \$	12,70 \$	0,32 \$	0,36 \$	0,07 \$	0,16 \$	0,01 \$	0,07 \$

suite à la page suivante

Rang	Ingédient	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
27	Acétaminophène, chlorhydrate d'oxycodone	16,39 \$	0,86 \$	0,73 \$	-	0,51 \$	12,44 \$	0,19 \$	0,11 \$	0,08 \$	0,41 \$	<0,01 \$	1,07 \$
28	Ranitidine	16,39 \$	2,54 \$	0,63 \$	1,07 \$	0,51 \$	7,63 \$	0,50 \$	0,95 \$	0,17 \$	0,92 \$	0,01 \$	1,44 \$
29	Clozapine	16,20 \$	8,55 \$	0,43 \$	1,62 \$	2,46 \$	-	0,89 \$	<0,01 \$	0,03 \$	0,51 \$	0,01 \$	1,70 \$
30	Rispéridone	16,08 \$	2,90 \$	0,46 \$	1,02 \$	0,94 \$	8,07 \$	0,80 \$	0,31 \$	0,12 \$	0,45 \$	0,01 \$	1,01 \$
31	Salbutamol	15,69 \$	2,41 \$	0,63 \$	0,78 \$	0,61 \$	7,88 \$	0,62 \$	0,55 \$	0,12 \$	0,41 \$	0,03 \$	1,65 \$
32	Citalopram	15,64 \$	2,47 \$	1,39 \$	0,98 \$	0,70 \$	6,87 \$	0,81 \$	0,77 \$	0,19 \$	0,35 \$	0,02 \$	1,09 \$
33	Chlorhydrate d'hydromorphone	15,49 \$	3,26 \$	0,98 \$	1,09 \$	0,57 \$	7,84 \$	0,34 \$	0,49 \$	0,10 \$	0,23 \$	0,01 \$	0,58 \$
34	Ézétimibe	15,37 \$	0,01 \$	1,00 \$	0,75 \$	0,12 \$	12,21 \$	0,35 \$	0,34 \$	0,03 \$	0,19 \$	<0,01 \$	0,36 \$
35	Riséronate sodique	14,91 \$	0,21 \$	1,61 \$	0,36 \$	0,10 \$	11,56 \$	0,24 \$	0,50 \$	0,03 \$	0,09 \$	<0,01 \$	0,19 \$
36	Nabilone	14,82 \$	2,59 \$	0,89 \$	0,02 \$	1,26 \$	9,25 \$	0,35 \$	0,19 \$	<0,01 \$	0,12 \$	0,01 \$	0,15 \$
37	Candésartan cilexétel	14,60 \$	1,51 \$	1,56 \$	0,66 \$	0,18 \$	9,07 \$	0,32 \$	0,41 \$	0,07 \$	0,41 \$	0,01 \$	0,39 \$
38	Valsartan	14,26 \$	1,19 \$	2,45 \$	0,80 \$	0,26 \$	8,52 \$	0,10 \$	0,37 \$	0,08 \$	0,10 \$	0,01 \$	0,38 \$
39	Fluoxétine	13,78 \$	2,68 \$	1,20 \$	0,98 \$	0,79 \$	5,68 \$	0,43 \$	0,32 \$	0,11 \$	0,36 \$	0,01 \$	1,20 \$
40	Paroxétine	13,52 \$	1,91 \$	1,02 \$	0,82 \$	0,60 \$	6,34 \$	0,56 \$	0,51 \$	0,10 \$	0,64 \$	0,02 \$	1,00 \$
41	Chlorhydrate de tamsulosine	13,34 \$	1,45 \$	2,54 \$	0,77 \$	0,31 \$	6,84 \$	0,49 \$	0,24 \$	0,09 \$	0,25 \$	0,03 \$	0,32 \$
42	Chlorhydrate de bupropion	13,30 \$	2,60 \$	1,18 \$	0,64 \$	0,61 \$	6,73 \$	0,31 \$	0,25 \$	0,03 \$	0,19 \$	0,02 \$	0,75 \$
43	Nitroglycérine	13,01 \$	1,77 \$	1,50 \$	0,62 \$	0,43 \$	6,69 \$	0,47 \$	0,68 \$	0,12 \$	0,33 \$	0,04 \$	0,35 \$
44	Acide valproïque	12,84 \$	2,87 \$	0,45 \$	0,67 \$	0,76 \$	6,21 \$	0,50 \$	0,19 \$	0,09 \$	0,35 \$	0,01 \$	0,74 \$
45	Ondansétron	12,52 \$	1,49 \$	2,67 \$	0,07 \$	1,18 \$	5,24 \$	0,16 \$	0,22 \$	<0,01 \$	0,03 \$	0,01 \$	1,46 \$
46	Céphalexine	12,21 \$	1,47 \$	0,87 \$	1,10 \$	0,38 \$	5,38 \$	0,19 \$	0,27 \$	0,06 \$	0,25 \$	0,01 \$	2,24 \$
47	Amoxicilline	12,16 \$	1,32 \$	0,81 \$	1,02 \$	0,33 \$	5,88 \$	0,19 \$	0,19 \$	0,08 \$	0,33 \$	0,01 \$	1,99 \$
48	Irbesartan	11,92 \$	0,58 \$	1,91 \$	0,45 \$	0,36 \$	7,55 \$	0,18 \$	0,30 \$	0,06 \$	0,11 \$	<0,01 \$	0,39 \$
49	Méthotrexate	11,58 \$	1,70 \$	1,77 \$	0,49 \$	0,37 \$	5,47 \$	0,29 \$	0,35 \$	0,06 \$	0,17 \$	0,01 \$	0,89 \$
50	Sulfate de morphine	10,95 \$	0,62 \$	0,89 \$	0,46 \$	0,79 \$	6,21 \$	0,33 \$	0,29 \$	0,07 \$	0,46 \$	0,01 \$	0,82 \$
	Total	1,165,04 \$	134,74 \$	110,06 \$	51,28 \$	38,25 \$	672,21 \$	31,60 \$	32,27 \$	6,60 \$	21,56 \$	1,34 \$	65,14 \$
	Part de tous les médicaments génériques de sources diverses	63 %	62 %	60 %	60 %	53 %	66 %	61 %	61 %	63 %	59 %	55 %	57 %

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



Annexe D : Cinquante principaux médicaments non brevetés de source unique selon le coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2016-2017 (en milliers de \$)

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
1	Fragmin anti-factor Xa (datéparine sodique)	Pfizer Canada Inc.	39 026 \$	9 585 \$	3 350 \$	861 \$	3 109 \$	19 009 \$	577 \$	1 320 \$	43 \$	6 \$	125 \$	1 041 \$
2	Levemir Penfill (insuline détémir)	Novo Nordisk Canada Inc.	37 158 \$	3 021 \$	4 574 \$	1 132 \$	97 \$	25 294 \$	327 \$	976 \$	64 \$	158 \$	23 \$	1 493 \$
3	Olmotec (olmésartan médoxomil)	Merck Canada Inc.	36 141 \$	1 216 \$	4 365 \$	2 129 \$	1 \$	25 028 \$	1 202 \$	1 134 \$	191 \$	-	1 \$	874 \$
4	Aubagio (térfunomide)	Sanofi Genzyme, a division of Sanofi-aventis Canada Inc.	20 860 \$	5 201 \$	1 595 \$	1 866 \$	1 082 \$	7 969 \$	1 442 \$	1 036 \$	94 \$	336 \$	19 \$	219 \$
5	Rebit (interféron bêta-1a)	EMD Serono, a division of EMD Inc. Canada	20 533 \$	3 572 \$	4 380 \$	2 315 \$	1 808 \$	6 859 \$	784 \$	-	183 \$	323 \$	36 \$	272 \$
6	Aranesp sans HAS (darbépoéine alfa)	Amgen Canada Inc.	15 517 \$	-	7 212 \$	130 \$	-	4 090 \$	1 166 \$	14 \$	-	1 102 \$	26 \$	1 776 \$
7	Innohep (tinzaparin sodique)	Leo Pharma Inc.	12 882 \$	386 \$	4 616 \$	1 884 \$	2 \$	5 585 \$	16 \$	4 \$	11 \$	-	-	378 \$
8	Lovenox avec agent de conservation (énoxaparine sodique)	Sanofi-aventis Canada Inc.	12 296 \$	224 \$	1 311 \$	514 \$	38 \$	9 118 \$	403 \$	63 \$	18 \$	202 \$	1 \$	404 \$
9	Crème vaginale Premarin (œstrogènes conjugués)	Pfizer Canada Inc.	5 932 \$	976 \$	976 \$	414 \$	140 \$	2 631 \$	169 \$	136 \$	46 \$	119 \$	10 \$	315 \$
10	Aggrenox (dipyridamole, acide acétylsalicylique)	Boehringer Ingelheim	5 833 \$	41 \$	605 \$	89 \$	34 \$	4 826 \$	40 \$	49 \$	-	37 \$	2 \$	110 \$
11	Apo-Mycophenolic Acid (acide mycophénolique)	Apotex Inc.	5 627 \$	22 \$	-	505 \$	115 \$	4 691 \$	60 \$	9 \$	-	-	11 \$	215 \$
12	Remodulin (tréprostinil)	United Therapeutics Corporation	4 847 \$	1 940 \$	-	-	29 \$	1 813 \$	848 \$	-	-	-	-	217 \$
13	Trandate (chlorhydrate de labétalol)	Paladin Labs Inc.	4 287 \$	596 \$	375 \$	241 \$	197 \$	1 949 \$	157 \$	310 \$	57 \$	104 \$	1 \$	301 \$
14	Lamisil (chlorhydrate de terbinafine)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	3 813 \$	-	266 \$	106 \$	5 \$	3 124 \$	42 \$	45 \$	-	46 \$	5 \$	175 \$
15	Fucidin (acide fusidique)	Leo Pharma Inc.	3 757 \$	325 \$	171 \$	321 \$	81 \$	2 112 \$	155 \$	61 \$	6 \$	217 \$	<0,1 \$	307 \$

suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
16	Elmiron (polysulfate de pentosan sodique)	Janssen Inc.	3 532 \$	1 673 \$	323 \$	90 \$	230 \$	318 \$	207 \$	365 \$	23 \$	92 \$	-	211 \$
17	Apo-Ciclesonide (ciclesonide)	Apotex Inc.	3 466 \$	-	-	8 \$	-	3 457 \$	-	-	-	-	-	-
18	Fluaxol Dépôt (décanoate de flupentixol)	Lundbeck Canada Inc.	3 178 \$	523 \$	52 \$	203 \$	107 \$	1 948 \$	40 \$	50 \$	-	49 \$	2 \$	204 \$
19	Nplate (romiplostim)	Amgen Canada Inc.	3 172 \$	153 \$	-	29 \$	-	2 956 \$	-	-	-	34 \$	-	-
20	Vimizim (élosulfase alfa)	BioMarin International Ltd	3 114 \$	-	-	-	-	1 412 \$	-	-	-	-	-	1 701 \$
21	Humatrope (somatropine diluée)	Eli Lilly Canada Inc.	3 079 \$	834 \$	245 \$	159 \$	276 \$	831 \$	107 \$	-	-	399 \$	8 \$	221 \$
22	Elaprase (idursulfase)	Shire Human Genetic Therapies Inc.	3 013 \$	-	-	-	-	3 013 \$	-	-	-	-	-	-
23	Lemtrada (alemtuzumab)	Sanofi Genzyme, a division of Sanofi-aventis Canada Inc.	3 003 \$	-	938 \$	1 024 \$	203 \$	772 \$	-	-	-	-	-	66 \$
24	Pentoxifylline SR (pentoxifylline)	AA Pharma Inc.	2 856 \$	439 \$	333 \$	117 \$	55 \$	1 689 \$	23 \$	19 \$	8 \$	95 \$	2 \$	77 \$
25	Codeine Contin à libération contrôlée (codéine)	Purdue Pharma	2 837 \$	250 \$	-	48 \$	138 \$	1 780 \$	125 \$	76 \$	7 \$	19 \$	19 \$	374 \$
26	Inflectra (infliximab)	Celltrion Healthcare Co. Ltd	2 823 \$	639 \$	127 \$	61 \$	53 \$	1 859 \$	28 \$	-	-	-	12 \$	44 \$
27	HP-Pac (lansoprazole, amoxicilline, clarithromycine)	Takeda Pharmaceuticals America Inc.	2 441 \$	409 \$	146 \$	51 \$	12 \$	1 089 \$	2 \$	42 \$	-	43 \$	1 \$	646 \$
28	Trelstar (triptorelin)	Allergan Pharma Co.	2 415 \$	5 \$	-	-	-	1 882 \$	96 \$	344 \$	66 \$	-	-	21 \$
29	Cerezyme (imigucrase)	Sanofi Genzyme, a division of Sanofi-aventis Canada Inc.	2 400 \$	-	-	-	1 074 \$	-	-	-	-	903 \$	-	423 \$
30	Tobradex (dexaméthasone, tobramycine)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	2 349 \$	269 \$	291 \$	178 \$	22 \$	1 247 \$	47 \$	72 \$	5 \$	65 \$	2 \$	152 \$
31	Apo-Lamivudine HBV (lamivudine)	Apotex Inc.	2 304 \$	1 043 \$	69 \$	28 \$	47 \$	1 023 \$	18 \$	16 \$	1 \$	4 \$	-	56 \$
32	Humulin (insuline isophane)	Eli Lilly Canada Inc.	2 301 \$	698 \$	142 \$	227 \$	175 \$	500 \$	103 \$	184 \$	23 \$	130 \$	2 \$	116 \$
33	Soriatane (acitrétine)	Actavis Specialty Pharmaceuticals Co.	2 293 \$	251 \$	126 \$	102 \$	68 \$	1 342 \$	86 \$	112 \$	13 \$	62 \$	-	133 \$
34	Depo-Medrol avec agent de conservation (acétate de méthylprednisolone)	Pfizer Canada Inc.	2 181 \$	187 \$	116 \$	40 \$	7 \$	1 538 \$	28 \$	75 \$	38 \$	43 \$	2 \$	106 \$

suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
35	Prolopa (lévodopa, benserazide)	Hoffmann-La Roche Ltd	2 094 \$	147 \$	163 \$	30 \$	55 \$	1 618 \$	11 \$	35 \$	-	14 \$	3 \$	16 \$
36	One-Alpha (alfacalcidol)	Leo Pharma Inc.	1 931 \$	666 \$	53 \$	58 \$	8 \$	906 \$	60 \$	44 \$	<0,1 \$	26 \$	5 \$	105 \$
37	Lotriderm (clotrimazole, bétaméthasone)	Merck Canada Inc.	1 861 \$	-	650 \$	379 \$	28 \$	-	134 \$	300 \$	-	36 \$	-	335 \$
38	Apo-Quinapril/ HCTZ (quinapril, hydrochlorothiazide)	Apotex Inc.	1 828 \$	202 \$	123 \$	65 \$	25 \$	1 219 \$	14 \$	55 \$	6 \$	68 \$	3 \$	49 \$
39	Cytomet (liothyronine)	Pfizer Canada Inc.	1 733 \$	1 170 \$	360 \$	-	74 \$	7 \$	27 \$	28 \$	-	9 \$	2 \$	56 \$
40	Lomotil (chlorhydrate de diphenoxylate, sulfate d'atropine)	Pfizer Canada Inc.	1 692 \$	136 \$	335 \$	87 \$	21 \$	973 \$	36 \$	40 \$	2 \$	54 \$	1 \$	7 \$
41	Apo-Flecainide (acétate de flecainide)	Apotex Inc.	1 684 \$	154 \$	224 \$	109 \$	49 \$	1 045 \$	33 \$	19 \$	4 \$	2 \$	-	45 \$
42	Mestinon USP (bromure de pyridostigmine)	Valeant Canada LP/ Valeant Canada S.E.C.	1 634 \$	203 \$	199 \$	114 \$	87 \$	837 \$	33 \$	73 \$	8 \$	20 \$	2 \$	57 \$
43	Grastofil (filgrastim)	Apotex Inc.	1 620 \$	259 \$	-	-	-	1 361 \$	-	-	-	-	-	-
44	Midodrine (chlorhydrate de midodrine)	AA Pharma Inc.	1 600 \$	291 \$	116 \$	57 \$	79 \$	924 \$	36 \$	20 \$	2 \$	15 \$	1 \$	59 \$
45	Clopixol Dépôt (décanoate de zuclopenthixol)	Lundbeck Canada Inc.	1 484 \$	474 \$	29 \$	183 \$	22 \$	483 \$	52 \$	13 \$	-	64 \$	-	165 \$
46	Thyrogen (thyrotropine alfa)	Sanofi Genzyme, a division of Sanofi-aventis Canada Inc.	1 400 \$	-	325 \$	-	-	987 \$	-	62 \$	-	-	-	26 \$
47	Benzaclin topique (peroxyde de benzoyle, clindamycine)	Valeant Canada LP/ Valeant Canada S.E.C.	1 396 \$	-	9 \$	80 \$	-	1 098 \$	-	-	-	26 \$	-	185 \$
48	Delatestryl (éнанthane de testostérone)	Valeant Canada LP/ Valeant Canada S.E.C.	1 395 \$	185 \$	217 \$	93 \$	40 \$	713 \$	13 \$	31 \$	3 \$	15 \$	<0,1 \$	85 \$
49	Imipramine (chlorhydrate d'imipramine)	AA Pharma Inc.	1 254 \$	192 \$	130 \$	75 \$	52 \$	615 \$	30 \$	66 \$	13 \$	40 \$	1 \$	39 \$
50	Efudex (fluorouracile)	Valeant Canada LP/ Valeant Canada S.E.C.	1 229 \$	127 \$	164 \$	51 \$	15 \$	796 \$	30 \$	25 \$	9 \$	5 \$	1 \$	4 \$
Total			307 101 \$	38 683 \$	39 802 \$	16 252 \$	9 757 \$	166 339 \$	8 778 \$	7 352 \$	944 \$	4 983 \$	328 \$	13 882 \$
Part de tous les médicaments non brevetés de source unique			85 %	80 %	90 %	86 %	83 %	87 %	87 %	84 %	82 %	78 %	49 %	74 %

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



Annexe E : Cinquante principaux fabricants selon le coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2016-2017 (en millions de \$)

Rang	Entreprise	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
1	Janssen Inc.	808,69 \$	147,31 \$	96,99 \$	56,59 \$	57,09 \$	360,80 \$	21,73 \$	16,88 \$	3,21 \$	11,15 \$	0,77 \$	36,18 \$
2	Gilead Sciences Canada Inc.	509,03 \$	108,24 \$	26,53 \$	14,48 \$	17,88 \$	286,09 \$	6,44 \$	4,25 \$	-	3,59 \$	1,08 \$	40,43 \$
3	Apotex Inc.	498,46 \$	46,10 \$	41,56 \$	19,74 \$	19,40 \$	304,21 \$	12,11 \$	10,96 \$	2,27 \$	9,20 \$	0,53 \$	32,38 \$
4	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	458,40 \$	23,34 \$	39,49 \$	8,00 \$	9,24 \$	345,88 \$	11,38 \$	6,35 \$	0,83 \$	5,54 \$	0,29 \$	8,05 \$
5	Teva Canada Ltd	407,17 \$	40,02 \$	38,04 \$	20,39 \$	17,41 \$	237,11 \$	9,50 \$	11,02 \$	2,16 \$	8,86 \$	0,33 \$	22,35 \$
6	AbbVie Corporation	337,39 \$	95,03 \$	42,53 \$	21,98 \$	24,79 \$	114,91 \$	7,10 \$	9,96 \$	2,54 \$	5,57 \$	0,67 \$	12,31 \$
7	Bayer Inc.	335,53 \$	13,75 \$	16,31 \$	11,58 \$	5,58 \$	266,59 \$	6,90 \$	3,30 \$	0,83 \$	3,26 \$	0,06 \$	7,36 \$
8	Merck Canada Inc.	289,74 \$	7,17 \$	16,92 \$	6,78 \$	2,62 \$	233,89 \$	5,15 \$	3,25 \$	0,32 \$	0,78 \$	0,07 \$	12,78 \$
9	Sandoz Canada Inc.	255,56 \$	28,89 \$	24,64 \$	11,57 \$	7,29 \$	154,99 \$	4,64 \$	6,83 \$	0,93 \$	3,97 \$	0,33 \$	11,48 \$
10	GlaxoSmithKline Inc.	241,00 \$	28,70 \$	24,33 \$	9,62 \$	9,34 \$	135,45 \$	7,39 \$	6,12 \$	0,84 \$	4,34 \$	0,34 \$	14,54 \$
11	Boehringer Ingelheim	211,36 \$	18,54 \$	21,15 \$	6,26 \$	4,25 \$	145,70 \$	4,48 \$	4,13 \$	0,58 \$	1,42 \$	0,17 \$	4,67 \$
12	AstraZeneca Canada Inc.	192,42 \$	23,19 \$	20,41 \$	8,35 \$	4,16 \$	121,19 \$	2,80 \$	4,60 \$	0,57 \$	1,51 \$	0,24 \$	5,41 \$
13	Sanofi-aventis Canada Inc.	186,84 \$	18,97 \$	16,97 \$	11,23 \$	2,89 \$	112,26 \$	3,02 \$	3,01 \$	0,52 \$	0,98 \$	0,09 \$	16,91 \$
14	Pharmascience Inc.	186,04 \$	26,65 \$	16,74 \$	11,55 \$	7,10 \$	94,21 \$	5,56 \$	6,08 \$	1,01 \$	4,56 \$	0,28 \$	12,29 \$
15	Immunex Corporation	159,56 \$	33,62 \$	20,98 \$	9,75 \$	15,39 \$	60,03 \$	3,36 \$	5,01 \$	0,80 \$	1,19 \$	0,39 \$	9,03 \$
16	Pfizer Canada Inc.	156,60 \$	22,10 \$	11,68 \$	5,61 \$	9,97 \$	88,84 \$	3,91 \$	3,90 \$	0,49 \$	1,95 \$	0,25 \$	7,89 \$
17	Servier Canada Inc.	145,39 \$	3,35 \$	17,41 \$	7,52 \$	2,68 \$	95,44 \$	5,53 \$	4,79 \$	0,60 \$	2,34 \$	0,04 \$	5,69 \$
18	Sanis Health Inc.	143,15 \$	25,35 \$	24,36 \$	9,74 \$	7,35 \$	46,80 \$	7,17 \$	6,62 \$	1,02 \$	4,64 \$	0,53 \$	9,57 \$
19	Bristol-Myers Squibb Canada	143,01 \$	15,57 \$	11,92 \$	4,08 \$	4,84 \$	96,42 \$	2,27 \$	2,45 \$	0,29 \$	0,64 \$	0,28 \$	4,25 \$
20	Celgene Inc.	138,62 \$	0,01 \$	-	-	8,88 \$	112,65 \$	5,02 \$	5,62 \$	0,85 \$	4,03 \$	0,13 \$	1,43 \$
21	Mylan Pharmaceuticals ULC	122,48 \$	16,78 \$	11,29 \$	4,11 \$	5,95 \$	67,70 \$	4,20 \$	3,07 \$	0,48 \$	2,22 \$	0,10 \$	6,58 \$
22	Purdue Pharma	116,26 \$	8,09 \$	12,11 \$	6,90 \$	6,11 \$	72,63 \$	3,24 \$	2,45 \$	0,18 \$	0,79 \$	0,09 \$	3,67 \$
23	Novo Nordisk Canada Inc.	114,57 \$	11,37 \$	13,28 \$	3,46 \$	2,84 \$	66,15 \$	2,24 \$	5,51 \$	0,89 \$	2,74 \$	0,16 \$	5,93 \$
24	Amgen Canada Inc.	114,02 \$	8,75 \$	12,35 \$	0,67 \$	0,28 \$	82,32 \$	3,42 \$	0,38 \$	0,10 \$	2,20 \$	0,18 \$	3,38 \$
25	Eli Lilly Canada Inc.	103,17 \$	11,74 \$	8,90 \$	6,44 \$	4,39 \$	53,89 \$	2,86 \$	2,42 \$	1,00 \$	3,42 \$	0,16 \$	7,96 \$

suite à la page suivante

Rang	Entreprise	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
26	Actavis Pharma Co.	84,05 \$	10,50 \$	8,59 \$	1,92 \$	2,76 \$	52,76 \$	1,33 \$	1,36 \$	0,23 \$	0,76 \$	0,11 \$	3,74 \$
27	Hoffmann-La Roche Ltd	83,78 \$	15,93 \$	8,04 \$	4,60 \$	5,76 \$	37,22 \$	2,04 \$	2,34 \$	0,42 \$	1,59 \$	0,13 \$	5,70 \$
28	Otsuka Pharmaceutical Co. Ltd	79,33 \$	15,31 \$	1,36 \$	1,87 \$	2,92 \$	53,43 \$	0,97 \$	0,33 \$	0,06 \$	0,16 \$	0,02 \$	2,89 \$
29	Allergan Inc.	71,43 \$	9,29 \$	7,90 \$	2,02 \$	2,06 \$	44,46 \$	1,06 \$	1,86 \$	0,24 \$	0,47 \$	0,08 \$	1,99 \$
30	Astellas Pharma Canada Inc.	67,58 \$	0,07 \$	1,37 \$	2,00 \$	4,44 \$	52,68 \$	2,38 \$	1,59 \$	0,36 \$	0,55 \$	0,06 \$	2,07 \$
31	Biogen Canada Inc.	67,40 \$	14,68 \$	11,23 \$	7,18 \$	6,31 \$	18,19 \$	4,58 \$	1,55 \$	0,32 \$	1,88 \$	0,23 \$	1,25 \$
32	Allergan Pharma Co.	56,95 \$	0,84 \$	0,72 \$	0,60 \$	0,20 \$	52,63 \$	0,22 \$	0,56 \$	0,09 \$	0,12 \$	<0,01 \$	0,96 \$
33	Valeant Canada LP/Valeant Canada S.E.C.	54,54 \$	6,12 \$	5,93 \$	1,85 \$	1,50 \$	32,53 \$	1,55 \$	1,25 \$	0,23 \$	0,98 \$	0,02 \$	2,58 \$
34	BGP Pharma ULC	52,72 \$	7,13 \$	6,68 \$	2,03 \$	1,58 \$	29,41 \$	1,24 \$	1,84 \$	0,28 \$	0,82 \$	0,05 \$	1,66 \$
35	AA Pharma Inc.	52,10 \$	11,44 \$	3,50 \$	3,15 \$	1,91 \$	24,84 \$	1,50 \$	1,49 \$	0,30 \$	1,02 \$	0,05 \$	2,92 \$
36	Sivem Pharmaceuticals ULC	51,41 \$	10,96 \$	13,54 \$	3,93 \$	4,85 \$	<0,01 \$	3,79 \$	3,68 \$	2,10 \$	0,84 \$	-	7,72 \$
37	Ranbaxy Pharmaceuticals Canada Inc.	48,43 \$	8,63 \$	5,27 \$	1,56 \$	1,09 \$	28,11 \$	0,68 \$	0,58 \$	0,12 \$	0,56 \$	0,12 \$	1,71 \$
38	ViiV Healthcare ULC	47,11 \$	-	-	2,01 \$	2,27 \$	38,16 \$	1,01 \$	-	-	0,48 \$	0,04 \$	3,14 \$
39	Sanofi Genzyme, a division of Sanofi-aventis Canada Inc.	42,38 \$	5,20 \$	2,86 \$	3,55 \$	4,05 \$	21,66 \$	1,44 \$	1,16 \$	0,09 \$	1,24 \$	0,02 \$	1,11 \$
40	Leo Pharma Inc.	41,99 \$	3,08 \$	6,01 \$	2,86 \$	0,39 \$	25,74 \$	0,46 \$	0,33 \$	0,04 \$	0,39 \$	0,02 \$	2,66 \$
41	Alexion Pharma GmbH	37,58 \$	-	4,85 \$	-	0,87 \$	31,16 \$	0,19 \$	-	-	-	-	0,52 \$
42	Taro Pharmaceuticals Inc.	37,40 \$	3,31 \$	2,39 \$	1,75 \$	1,54 \$	22,94 \$	0,79 \$	0,95 \$	0,22 \$	0,70 \$	0,03 \$	2,78 \$
43	Shire Pharma Canada ULC	27,24 \$	2,71 \$	1,50 \$	1,98 \$	1,01 \$	16,54 \$	0,37 \$	0,15 \$	0,03 \$	0,11 \$	0,02 \$	2,83 \$
44	UCB Canada Inc.	25,38 \$	4,68 \$	0,97 \$	1,17 \$	0,60 \$	15,85 \$	0,12 \$	0,64 \$	0,10 \$	0,21 \$	0,04 \$	1,01 \$
45	Pendopharm, a division of Pharmascience Inc.	24,56 \$	4,49 \$	1,84 \$	1,48 \$	0,93 \$	12,04 \$	0,59 \$	0,49 \$	0,12 \$	0,37 \$	0,02 \$	2,18 \$
46	Paladin Labs Inc.	22,83 \$	5,61 \$	2,61 \$	1,05 \$	0,90 \$	9,09 \$	0,49 \$	0,86 \$	0,14 \$	0,40 \$	0,02 \$	1,65 \$
47	EMD Serono, a division of EMD Inc. Canada	22,54 \$	4,33 \$	4,43 \$	2,33 \$	2,16 \$	7,50 \$	0,85 \$	-	0,18 \$	0,38 \$	0,04 \$	0,35 \$
48	Bristol-Myers Squibb and Gilead Sciences LLC	21,89 \$	-	-	0,94 \$	0,87 \$	17,79 \$	0,61 \$	-	-	0,13 \$	0,11 \$	1,42 \$
49	McNeil Consumer Healthcare, a division of Johnson & Johnson Inc.	18,79 \$	13,91 \$	0,02 \$	0,01 \$	0,15 \$	1,32 \$	<0,01 \$	0,02 \$	0,01 \$	<0,01 \$	-	3,37 \$
50	Auro Pharma Inc.	17,71 \$	2,53 \$	1,79 \$	0,58 \$	0,76 \$	10,11 \$	0,29 \$	0,30 \$	0,06 \$	0,26 \$	<0,01 \$	1,01 \$
Total		7 531,58 \$	943,40 \$	690,29 \$	328,77 \$	309,61 \$	4 412,32 \$	179,98 \$	162,31 \$	29,03 \$	105,32 \$	8,85 \$	361,72 \$

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