



Conseil d'examen
du prix des médicaments
brevetés

Patented
Medicine Prices
Review Board

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

SNIUMP

1^{ère} édition Compas

Rapport annuel sur les dépenses des régimes
publics d'assurance-médicaments 2012-2013

Rx



Canada 

Publié par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés
*CompasRx du SNIUMP : Rapport annuel sur les dépenses
des régimes publics d'assurance-médicaments, 1^{ère} édition*
se trouve en format électronique à l'adresse : www.pmprb-cepmb.gc.ca

This document is also available in English under the title
NPDUIS CompassRx: Annual Public Drug Plan Expenditure Report, 1st Edition

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

Téléphone : 1-877-861-2350
613-952-7360
Télécopieur : 613-952-7626
ATS : 613-957-4373
Courriel : pmprb@pmprb-cepmb.gc.ca
Site Web : www.pmprb-cepmb.gc.ca

ISSN 2369-0526
N° de catalogue : H79-6/2013F-PDF

Le CEPMB

Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) est un organisme indépendant qui détient des pouvoirs quasi judiciaires. Il a été créé par le Parlement en 1987.

Le CEPMB est investi d'un double rôle : veiller à ce que les prix auxquels les brevetés vendent leurs médicaments brevetés au Canada ne soient pas excessifs et faire rapport des tendances des prix de vente de tous les médicaments ainsi que des dépenses de recherche et développement (R-D) des brevetés.

Le CEPMB rend annuellement compte au Parlement, par l'intermédiaire du ministre de la Santé, de ses activités, des tendances des prix de tous les médicaments et des dépenses de R-D des brevetés.

L'initiative du SNIUMP

Le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) fournit des analyses critiques des tendances des prix des médicaments d'ordonnance, de l'utilisation faite de ces médicaments et des coûts en médicaments au Canada. Les résultats de ces analyses éclairent le processus de décision des régimes d'assurance-médicaments fédéraux, provinciaux et territoriaux participants.

L'initiative du SNIUMP est un partenariat entre le CEPMB et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Elle a été lancée en 2001 par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.

Remerciements

Le présent rapport a été rédigé par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) au titre 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 surveillance et leurs conseils d'expert dans la préparation du présent rapport.
- Le personnel du SNIUMP au CEPMB pour sa contribution au contenu analytique du présent rapport :
 - Tanya Potashnik – Directrice, Politiques et analyse économique
 - Elena Lungu – Gestionnaire, SNIUMP
 - Greg McComb – Analyste économique principal
 - Gary Warwick – Analyste économique principal
 - Orlando Manti – Économiste principal
 - Ai Chau – Analyste SAS
 - Le groupe scientifique et l'équipe de révision du CEPMB

Avis de non-responsabilité

Le SNIUMP est une initiative de recherche qui fonctionne indépendamment des activités de réglementation et de présentation de rapports du CEPMB. Les déclarations et les opinions exprimées dans le présent rapport du SNIUMP ne représentent pas la position du CEPMB à l'égard de toute question de réglementation.

Certaines parties du présent document sont fondées sur des données et des renseignements fournis par l'Institut canadien d'information sur la santé. Toutefois, les analyses, conclusions, opinions et déclarations exprimées dans le présent document ne sont pas celles de l'Institut canadien d'information sur la santé.



Sommaire

Le montant dépensé pour des médicaments d'ordonnance au Canada concourt considérablement aux coûts des soins de santé globaux. Les taux d'augmentation des dépenses en médicaments ayant été maintenus à deux chiffres il y a une décennie, le taux annuel a ensuite progressivement baissé pour atteindre 1,2 % en 2012 (ICIS 2014).

Pour faciliter la compréhension des tendances récentes des dépenses en médicaments d'ordonnance et prévoir l'orientation que prendront les niveaux de dépenses futures, le rapport CompasRx du SNIUMP présente une analyse exhaustive des inducteurs de coûts des dépenses en médicaments d'ordonnance de certains régimes publics d'assurance-médicaments du Canada. L'analyse prend dans le collimateur les plus importantes pressions qui s'exercent sur les coûts, mesure leurs effets sur les niveaux de dépenses et s'étend sur les facteurs qui déterminent les tendances des coûts, de l'établissement des prix et de l'utilisation dans les régimes publics. Le rapport surveille également les principaux faits nouveaux qui surviennent dans l'environnement canadien et qui ont trait à l'approbation, à l'examen, à l'établissement du prix et au remboursement des médicaments. Le rapport CompasRx de 2012-2013 du SNIUMP est la première édition de cette publication annuelle et fournit un niveau de référence pour les futurs rapports sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments.

Les variations des dépenses en médicaments d'ordonnance sont déterminées par un certain nombre d'effets de « poussée » et de « traction » opposés. Une augmentation de la population de bénéficiaires, la consommation de médicaments et l'utilisation de médicaments plus coûteux exercent une pression à la hausse sur les dépenses, ce qui se solde par un effet de « poussée »; par contre, les substitutions de médicaments génériques et les réductions de prix exercent un effet de « traction » à la baisse. Pendant une année donnée et dans un segment de marché donné, le poids de chacun de ces effets peut varier et, par conséquent, les taux de variation des dépenses en médicaments d'ordonnance évoluent au fil du temps et varient d'un régime public d'assurance-médicaments à l'autre.

L'analyse effectuée dans le présent rapport fait appel à un modèle d'inducteurs de coût afin de désagréger et de quantifier les effets qu'exerce chacun des principaux moteurs de changement sur les deux principaux éléments des dépenses en médicaments d'ordonnance : les coûts des médicaments et les frais d'exécution d'ordonnance. Elle prend en compte quatre grandes catégories d'effets : la démographie, le volume, le prix et la combinaison de médicaments.

La principale source de données de ce rapport est la base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les résultats sont présentés pour un certain nombre de régimes publics d'assurance-médicaments dont des données étaient disponibles, en l'occurrence ceux de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard ainsi que le régime d'assurance-médicaments du Programme des services de santé non assurés de Santé Canada. L'étude se concentre sur les niveaux de coût et les inducteurs de coût au cours de l'exercice 2012-2013 et jette un regard rétrospectif sur les tendances qui se manifestent depuis 2008-2009.

La détermination des principaux moteurs de changement et l'effet qu'ils exercent sur les dépenses en médicaments d'ordonnance permet aux décideurs et aux chercheurs de comprendre les tendances de l'heure et de prévoir les pressions exercées par les futurs coûts et niveaux de dépenses.

Principales constatations

Survol des dépenses de 2012-2013

Les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments choisis ont totalisé 7,7 milliards de dollars en 2012-2013 et englobaient les éléments suivants : coûts des médicaments (74,4 %) et frais d'exécution (21,4 %) et marges bénéficiaires (4,2 %) des pharmacies.

Les régimes publics d'assurance-médicaments choisis ont payé 82,0 % des dépenses globales pour les médicaments d'ordonnance, la part restante étant assumée par les bénéficiaires des régimes publics d'assurance-médicaments, soit à titre personnel, soit par l'entremise d'un assureur privé tiers.

Élément « coût des médicaments »

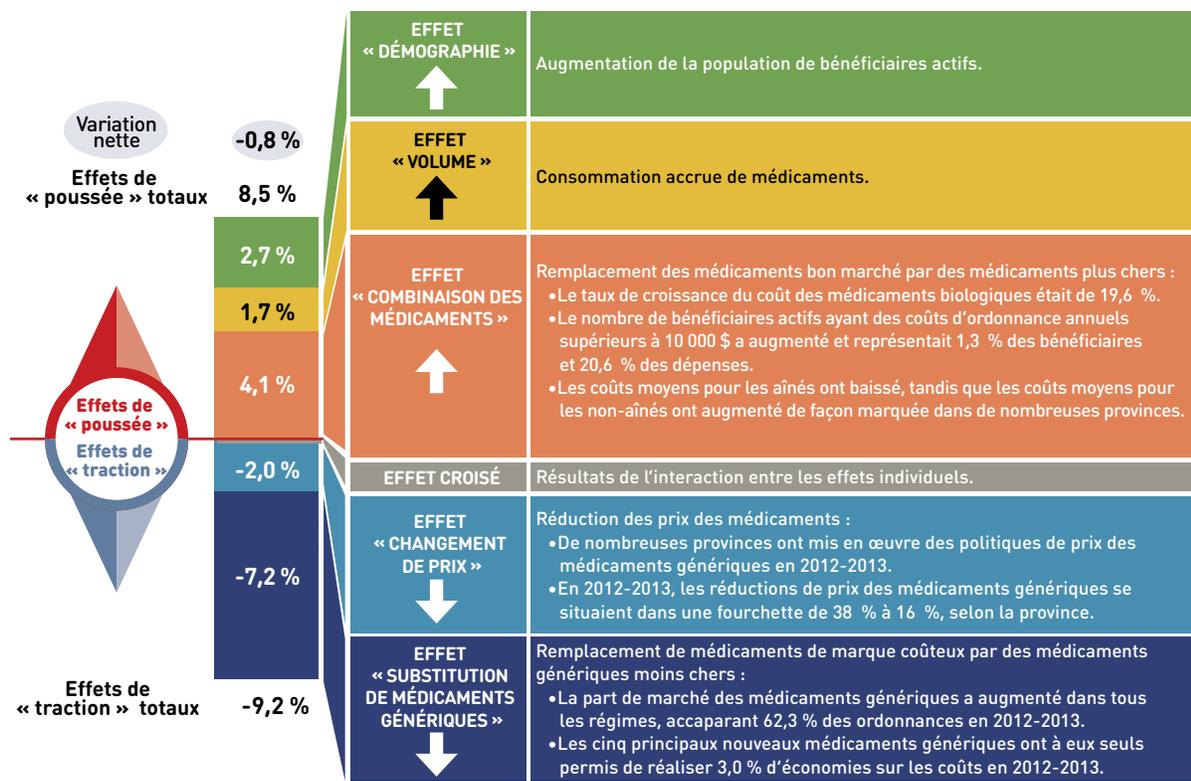
Les taux de variation de l'élément « coût des médicaments » des dépenses en médicaments d'ordonnance dans les régimes publics d'assurance-médicaments ont régulièrement baissé au cours des dernières années, les coûts globaux diminuant de 0,8 % en 2012-2013 par rapport à 2011-2012.

La faiblesse du taux de variation net était déterminée par des effets antagonistes de « poussée » (augmentation) et de « traction » (baisse), qui se sont presque annulés mutuellement.

Les effets « démographie », « volume » et « combinaison de médicaments » ont exercé un important effet de « poussée », et si ce n'avait été des économies réalisées grâce aux médicaments génériques, ils auraient fait croître le coût des médicaments de 8,5 % en 2012-2013.

La variation des prix des médicaments génériques et les effets de la substitution ont exercé un important effet de « traction », et en l'absence d'autres pressions sur les coûts, ils auraient fait baisser les coûts des médicaments de 9,2 % en 2012-2013.

Indicateurs de coût des médicaments 2012-2013



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

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

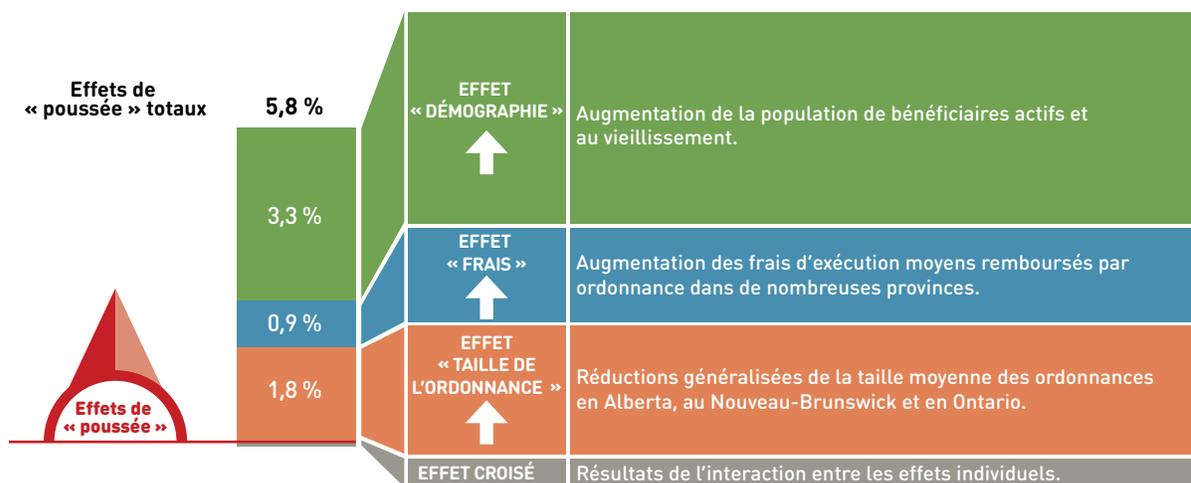
Élément « frais d'exécution »

Les dépenses liées aux frais d'exécution ont augmenté au cours des dernières années dans la plupart des régimes, car les niveaux globaux des frais ont enregistré une hausse de 5,8 % en 2012-2013 comparativement à 2011-2012.



Le taux de variation global des frais d'exécution était en général déterminé par des augmentations de la taille et de l'âge de la population de bénéficiaires actifs et une progression de la consommation de médicaments et des frais d'exécution, ainsi que par une tendance à la baisse de la taille des ordonnances dans certaines provinces.

Inducteurs des frais d'exécution de 2012-2013



Veuillez noter que les constatations clés générales cachent d'importantes variations au niveau de s provinces, lesquelles sont détaillées dans le rapport.

Milieu canadien de l'établissement des prix et du remboursement en 2012-2013

1. D'importantes politiques sur l'établissement des prix des médicaments génériques ont été mises en œuvre en 2012-2013 :
 - Quelques provinces ont abaissé le prix des médicaments génériques à 35 % (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard) et 40 % (Terre-Neuve-et-Labrador) par rapport à la marque de référence.
 - Les réformes des prix des médicaments génériques en Ontario, qui ont ramené les prix des médicaments génériques à 25 % du prix des médicaments de marque pour le régime public ont été étendues aux régimes privés d'assurance-médicaments et aux marchés des médicaments payés à titre personnel.
2. Le CEPMB a examiné 82 nouveaux médicaments en 2012 :
 - L'un était un médicament considéré comme une découverte, trois ont apporté la preuve d'une amélioration importante et six ont été classés comme apportant une amélioration modeste. Les 72 médicaments restants ont été classés comme représentant une amélioration minimale ou nulle.
3. Le Programme commun d'examen des médicaments a formulé des recommandations pour 33 médicaments en 2012-2013 :
 - Ajouter à la liste : 2; ajouter à la liste à la même manière que d'autres médicaments dans cette catégorie : 2; ajouter à la liste avec critère(s)/sous certaines conditions: 11; inscrire sous certains critères cliniques et/ou conditions : 3; ne pas inscrire à la liste au prix soumis : 2; et ne pas ajouter à la liste : 13.

Table des matières



Sommaire	iv
Introduction.....	3
Méthodes.....	4
Limites.....	5
1 Milieu canadien de l'établissement des prix et des remboursements, 2012-2013	6
2 Survol des dépenses en médicaments d'ordonnance et de la consommation, 2012-2013 ..	9
3 Tendances des dépenses en médicaments d'ordonnance, 2008-2009 à 2012-2013	14
4 Les inducteurs de coût des médicaments, 2011-2012 à 2012-2013	19
4.1 Effets « prix »	21
4.2 Effets « démographie »	26
4.3 Effets « volume »	29
4.4 Effets « combinaison de médicaments ».....	32
5 Les moteurs des dépenses liées aux frais d'exécution, 2011-2012 à 2012-2013	37
Références	45
Annexe A Concept des régimes publics d'assurance-médicaments	46
Annexe B Politiques d'établissement des prix des médicaments génériques dans les programmes provinciaux d'assurance-médicaments	51
Annexe C Politiques sur la marge bénéficiaire dans les régimes publics d'assurance-médicaments, 2012-2013.....	52
Annexe D Politiques sur les frais d'exécution dans les régimes publics d'assurance-médicaments, 2012-2013.....	53
Annexe E Cent principaux médicaments brevetés par coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments choisis du SNIUMP, 2012-2013	55
Annexe F Cent principaux médicaments non brevetés à fournisseur unique par coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments choisis du SNIUMP, 2012-2013	60
Annexe G Cent principaux médicaments génériques multisources par coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments choisis du SNIUMP, 2012-2013	65
Annexe H Cent principaux fabricants par coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments choisis du SNIUMP, 2012-2013.....	68
Annexe I Glossaire	71

Introduction



Le montant dépensé pour des médicaments d'ordonnance au Canada concourt considérablement aux coûts des soins de santé globaux. Les taux d'augmentation des dépenses en médicaments ayant été maintenus à deux chiffres il y a une décennie, le taux annuel a ensuite progressivement baissé pour atteindre 1,2 % en 2012¹.

Pour faciliter la compréhension des tendances récentes des dépenses en médicaments d'ordonnance et prévoir l'orientation que prendront les niveaux de dépenses futures, le rapport CompasRx du SNIUMP présente une analyse exhaustive des inducteurs de coûts des dépenses en médicaments d'ordonnance de certains régimes publics d'assurance-médicaments du Canada. Le rapport prend dans le collimateur les plus importantes pressions qui s'exercent sur les coûts, mesure leurs effets sur les niveaux de dépenses et s'étend sur les facteurs qui déterminent les tendances des coûts, de l'établissement des prix et de l'utilisation dans les régimes publics. Le rapport surveille également les principaux faits nouveaux qui surviennent dans l'environnement canadien et qui ont trait à l'approbation, à l'examen, à l'établissement du prix et au remboursement des médicaments. Le rapport CompasRx de 2012-2013 du SNIUMP est la première édition de cette publication annuelle et fournit un niveau de référence pour les futurs rapports sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments.

La faiblesse récente des taux de croissance des dépenses en médicaments d'ordonnance est le résultat net d'un certain nombre d'effets de « poussée » et de « traction » qui s'exercent sur les coûts. Des facteurs comme l'accroissement de la population de bénéficiaires, l'augmentation de la consommation de médicaments et l'utilisation de médicaments plus coûteux, pour n'en nommer que quelques-uns, exercent une pression à la hausse (« poussée ») sur les dépenses. En même temps, des facteurs tels que le remplacement par des médicaments génériques et les réductions de prix exercent une pression à la baisse (« traction ») sur les dépenses.

L'analyse effectuée dans le présent rapport fait appel à un modèle d'inducteurs de coût afin de désagréger et de quantifier les effets qu'exerce chacun des principaux moteurs de changement sur les deux éléments des dépenses en médicaments : les coûts des médicaments et les frais d'exécution d'ordonnance. Elle prend en compte quatre grandes catégories d'effets : la démographie, le volume, le prix et la combinaison de médicaments. Les sous-effets importants sont également analysés.

Dans une année et sur un segment de marché donné, le poids des effets antagonistes de « poussée » et de « traction » peuvent varier, selon les tendances du marché, les décisions en matière de remboursement, l'évolution des pratiques de traitement, etc. Ces taux de variation des dépenses en médicaments d'ordonnance évoluent au fil du temps et varient d'un régime public d'assurance-médicaments à l'autre.

La détermination des principaux moteurs de changement et des effets qu'ils exercent sur les dépenses en médicaments d'ordonnance permettront aux décideurs et aux chercheurs de comprendre les tendances de l'heure et de prévoir les pressions exercées par les coûts et les niveaux de dépenses à venir.

Le rapport est divisé en cinq sections : à la section 1, on suit la récente évolution de l'établissement des prix et du remboursement. La section 2 fournit un aperçu des dépenses en médicaments d'ordonnance et de leur niveau d'utilisation en 2012-2013 pour les régimes publics d'assurance-médicaments choisis au Canada. La section 3 présente un rapport sur les tendances quinquennales (2008-2009 à 2012-2013) des dépenses en médicaments d'ordonnance. Les sections 4 et 5 présentent une analyse des inducteurs de coûts des facteurs qui déterminent les dépenses en médicaments et les frais d'exécution respectivement.



Méthodes

La principale source de données de ce rapport est la base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP), qui a été élaborée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Cette base de données abrite des renseignements pancanadiens sur les programmes publics de médicaments, notamment des données au niveau des demandes de remboursement anonymes recueillies auprès des régimes qui participent à l'initiative du SNIUMP.

Les résultats sont présentés les régimes publics d'assurance-médicaments suivants: Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et le régime d'assurance-médicaments du Programme des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada. Les totaux incluent les données des régimes énumérés ci-dessus. Bien que la Colombie-Britannique et Terre-Neuve-et-Labrador participent à l'initiative du SNIUMP, les données pour ces provinces n'étaient pas disponibles au moment où l'étude a été effectuée. On trouvera une description détaillée des régimes disponibles dans la Base de données du SNIUMP dans un *Document d'information sur les régimes* produit par l'ICIS².

Dans le cadre de l'étude, nous analysons les données de 2008-2009 à 2012-2013 en nous penchant plus particulièrement sur les taux de variation des dépenses en médicaments d'ordonnance de 2011-2012 à 2012-2013. Les coûts des médicaments, les marges bénéficiaires des pharmacies et les frais d'exécution dont fait état la présente étude sont les montants acceptés pour remboursement par les régimes publics. Voir dans le glossaire de l'annexe I les définitions des autres variables du rapport.

Les résultats présentés pour la Saskatchewan et le Manitoba comprennent les dépenses en médicaments d'ordonnance acceptées pour les personnes admissibles à la couverture qui n'ont toutefois pas présenté de demande et, par conséquent, n'ont pas de franchise définie³. Pour le SSNA, les demandes de remboursement qui étaient coordonnées avec les régimes publics d'assurance-médicaments sont exclues de l'analyse afin de garantir la cohérence dans la déclaration des données annuelles.

Les résultats présentés pour le Nouveau-Brunswick comprennent le nombre de bénéficiaires actifs participant au *Medavie Blue Cross Seniors' Prescription Drug Program* ainsi que leurs dépenses liées aux médicaments, lesquelles sont contrebalancées par des primes mensuelles.

L'analyse des moteurs des dépenses en médicaments et des frais d'exécution suit l'approche méthodologique décrite en détail dans le rapport du CEPMB intitulé *Les facteurs de coût associés aux dépenses en médicaments d'ordonnance - Un rapport méthodologique, 2013*⁴.

Les analyses de la taille moyenne des ordonnances, ainsi que l'établissement des prix génériques, se limitaient aux formes solides par voie orale, ceci afin d'éviter des incohérences de la déclaration des données qui pourraient exister dans la déclaration de l'approvisionnement quotidien et d'unités des formes non orales.

Les données démographiques sont dérivées du *Rapport annuel sur les services de santé non assurés* et les données du recensement de Statistique Canada pour 2006 et 2011.



Les résultats présentés dans le présent rapport sont destinés à des examens individuels de chaque régime public. Les analyses comparatives entre régimes sont limitées par suite des différences entre les concepts des régimes, la démographie et des profils des maladies des populations de bénéficiaires admissibles.

Ainsi, par exemple la Saskatchewan et le Manitoba ont des régimes d'assurance-médicaments universels fondés sur le revenu, qui assurent une couverture généralisée à la population générale. D'autres régimes publics d'assurance-médicaments proposent des programmes ayant des structures de concept différentes pour les aînés, les bénéficiaires d'aide au revenu et divers groupes de patients.

Le Programme des services de santé non assurés assure une couverture universelle aux bénéficiaires des Premières Nations et inuits de tout le Canada. Cette population présente des profils démographiques et de santé particuliers qui sont différents de ceux qui sont remboursés par d'autres régimes publics.

La Base de données du SNIUMP comprend des données sur des sous-régimes propres à des administrations particulières. Ceci limite davantage encore la comparabilité des résultats d'un régime à l'autre. Par exemple, certains sous-régimes qui sont disponibles dans la plupart des provinces ne sont pas pris en compte dans les données de l'Alberta, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard. L'annexe A présente un résumé exhaustif des sous-régimes qui sont disponibles dans la Base de données du SNIUMP, ainsi que les critères d'admissibilité des bénéficiaires.

Les totaux des « régimes publics d'assurance-médicaments choisis » qui comprennent tous les régimes analysés dans le présent rapport sont fortement pondérés pour l'Ontario en raison de sa taille.

Les données sur les dépenses en médicaments d'ordonnance des régimes publics d'assurance-médicaments choisis ne représentent qu'un segment du marché des produits pharmaceutiques global et, partant, les constatations figurant dans le présent rapport ne doivent pas être extrapolées au marché canadien global. Les dépenses en médicaments d'ordonnance déclarées pour les régimes publics choisis s'élevaient à 7,7 milliards de dollars pendant l'exercice 2012-2013. À titre de comparaison, ce montant représente 64,2 % des 12,0 milliards de dollars dépensés pour les médicaments d'ordonnance dans le secteur public et 27,3 % des 28,3 milliards de dollars en dépenses canadiennes totales pour les médicaments d'ordonnance pendant l'année civile 2012¹.

Dans la présente édition de CompasRx, nous suivons l'évolution de la situation dans le milieu de l'établissement des prix et des remboursements et présentons les données jusqu'à l'exercice 2012-2013 inclusivement. Depuis, d'importants faits nouveaux se sont produits dans l'environnement canadien, qui ne sont pas pris en compte dans le présent rapport. L'édition actuelle de CompasRx fournit une base de référence à partir de 2012-2013. De futures éditions du rapport suivront l'évolution de la situation et présenteront les données des régimes publics d'assurance-médicaments pour les exercices suivants.

Il convient de noter que les coûts des médicaments signalés dans la présente étude sont les montants acceptés pour remboursement par les régimes publics et qu'ils ne rendent compte d'aucune remise déduite de la facture ou d'ententes confidentielles relatives à l'inscription des produits.

Milieu canadien de l'établissement des prix et des remboursements, 2012-2013



Dans cette section, nous présentons une vue d'ensemble de haut niveau des faits nouveaux qui se sont produits aux échelons provinciaux et fédéral et qui peuvent exercer un effet sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments et la consommation en 2012-2013.

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

Les renseignements figurant dans cette section ont été obtenus de sources publiquement disponibles, y compris le *Document d'information sur les régimes du SNIUMP*² et le *Provincial Reimbursement Advisor* d'IMS Brogan⁵.

Prix des médicaments génériques et de marque déposée

La plupart des provinces ont mis en œuvre des politiques sur l'établissement des prix des médicaments génériques en 2012-2013. Six provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard) ont abaissé les prix des médicaments génériques à 35 % des prix équivalents des médicaments de marque, tandis que Terre-Neuve-et-Labrador a ramené ce ratio à 40 %. En avril 2012, les réformes visant les médicaments génériques mises en œuvre dans le régime public de l'Ontario ont été étendues aux régimes privés d'assurance-médicaments et aux marchés des médicaments payés à titre personnel. Ces réformes ont ramené les prix des médicaments génériques à un maximum de 25 % du prix de marque de référence de la plupart des médicaments.

Depuis 2012-2013, des politiques sur l'établissement des prix des médicaments génériques ont été introduites par la suite, soit individuellement par les provinces ou dans le cas d'une approche

coordonnée de l'établissement des prix dirigée par le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé (GTIMS) du Conseil de la fédération⁶. L'incidence des politiques qui ont été introduites après 2012-2013 n'est pas prise en compte dans les données figurant dans le présent rapport. À l'annexe B, nous présentons un résumé des politiques sur l'établissement des prix des médicaments génériques mises en œuvre depuis 2010.

Le Conseil de la fédération, par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP), mène des négociations conjointes provinciales-territoriales pour les médicaments de marque afin d'obtenir une plus grande valeur pour les régimes d'assurance-médicaments financés par des deniers publics, qui ont abouti à ce qu'un total de 43 ententes relatives à l'inscription des produits (EIP) pour les médicaments de marque ont été terminées en juillet 2013 (10 médicaments) et juillet 2014 (33 médicaments). Les prix des EIP ne sont pas pris en compte dans les coûts des médicaments saisis dans la Base de données du SNIUMP.

Frais d'exécution

Plusieurs provinces ont augmenté leurs frais d'exécution en 2012-2013, certaines d'entre elles établissant une différence entre les pharmacies rurales et non rurales. La Saskatchewan a porté les frais d'exécution maximums de 9,85 \$ à 10,24 \$, tandis que l'Ontario les a relevés pour les pharmacies non rurales de 8,20 \$ à 8,40 \$ et établi la fourchette pour les pharmacies rurales de 9,45 \$ à 12,61 \$. La Nouvelle-Écosse a accru les frais d'exécution de 10,73 \$ à 10,90 \$. Au Nouveau-Brunswick, les frais d'exécution pour les médicaments non interchangeables et les préparations extemporanées ont été majorés le 1^{er} juin 2012 et comportaient notamment l'octroi de frais d'exécution supplémentaires de 2 \$ aux pharmacies rurales qui se qualifient.

Modifications du concept des régimes

L'Ontario a instauré un Système de surveillance des narcotiques qui est entré en service le 16 avril 2012, et qui a commencé à recueillir des données sur l'exécution d'ordonnances auprès de toutes les pharmacies de la province pour tous les médicaments contrôlés dispensés à la population ontarienne.

La Saskatchewan a majoré la quote-part maximale pour les régimes d'assurance-médicaments des aînés et des enfants, la portant de 15 \$ à 20 \$.

Le Manitoba a élargi la fourchette de la franchise annuelle qui s'établissait entre 2,73 % et 6,17 % du revenu des ménages à 2,81 % et 6,36 %. Le programme de pompes à insuline pédiatriques a été lancé le 12 avril 2012. Le 19 avril, Santé Manitoba a annoncé le Home Cancer Drug Program (programme de délivrance de médicaments anticancéreux à domicile) pour les Manitobains atteints du cancer. Le programme permet à ces patients d'avoir accès gratuitement à des médicaments oraux anticancéreux et pour soins de soutien particuliers admissibles en clinique externe.

Un programme de méthadone a été mis en œuvre à l'Île du Prince-Édouard le 20 novembre 2012 pour assurer la couverture du coût du Méthadol pour les clients qui étaient inscrits par le biais du Methadone Maintenance Program (traitement d'entretien à la méthadone) provincial.

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

À l'échelon national, trois institutions canadiennes approuvent les médicaments, en examinent les prix ou effectuent des évaluations de la technologie de la santé :

1. Santé Canada accorde l'autorisation de commercialiser un médicament au Canada lorsqu'il respecte les exigences réglementaires

en matière d'innocuité, d'efficacité et de qualité, et émet un avis de conformité (AC).

2. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) examine les prix des médicaments brevetés vendus au Canada et veille à ce qu'ils ne soient pas excessifs. Il fait également rapport des tendances qui se manifestent dans le secteur pharmaceutique à l'égard de toutes les dépenses en médicaments et la recherche-développement des brevetés.
3. L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) examine, dans le cadre de son Programme commun d'évaluation des médicaments, l'innocuité clinique et le rapport coût-efficacité des médicaments commercialisés au Canada et formule des recommandations sur les listes de médicaments aux régimes d'assurance-médicaments financés par l'État du Canada (à l'exclusion de celui du Québec).

Santé Canada

En 2012-2013, Santé Canada a émis 965 avis de conformité (AC)⁷ – voir le tableau 1.1.

Tableau 1.1 Avis de conformité de Santé Canada émis en 2012-2013

Situation pharmaceutique/biologique	N ^{bre} d'AC	Nom de marque, générique ou supplément	N ^{bre} d'AC
Médicaments pharmaceutiques d'ordonnance	912	Nom de marque	190
		Générique	479
Médicaments biologiques	53	Suppléments à des médicaments existants*	296
Total	965		

* Des AC ont été émis pour des raisons telles qu'un changement du nom du médicament, une nouvelle indication ou concentration, un nouvel endroit de fabrication ou un nouveau processus pour la fabrication d'un médicament.

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

En 2012, le CEPMB a examiné 82 nouveaux produits pharmaceutiques et a classé chacun d'eux en fonction de son niveau d'amélioration thérapeutique (voir le tableau 1.2).

Dans le cadre de son mandat en matière de présentation de rapports, le CEPMB produit l'Indice des prix des médicaments brevetés (IPMB) afin de suivre les tendances des prix des médicaments brevetés. L'IPMB mesure la variation moyenne des prix départ-usine auxquels les produits médicamenteux brevetés sont vendus au Canada par rapport à l'année précédente. En 2012, l'IPMB a en moyenne augmenté légèrement de 0,6 %, tandis que l'Indice des prix à la consommation (IPC), une mesure de l'inflation, a crû de 1,5 %⁸.

Le Rapport annuel du CEPMB compare les prix des médicaments brevetés au Canada au prix médian d'un panier de sept pays de référence : la France, l'Italie, l'Allemagne, la Suède, la Suisse, le Royaume-Uni et les États-Unis. Les prix canadiens étaient de 7 % inférieurs à la médiane de ce panier en 2012⁸.

Tableau 1.2 Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, médicaments examinés en 2012 selon le niveau d'amélioration thérapeutique

Niveau d'amélioration thérapeutique	N ^{bre} de médicaments
Découverte	1
Amélioration importante	3
Amélioration modeste	6
Amélioration minimale / nulle	72
Total	82

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

En 2012-2013, l'ACMTS, dans le cadre du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM), a formulé des recommandations pour 33 médicaments – voir les résultats au tableau 1.3⁹.

Le 21 novembre 2012, l'ACMTS a mis en vigueur les options de recommandation révisées du Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM), notamment l'établissement de la catégorie « Ne pas inscrire au prix présenté » et le recours accru aux conditions liées au prix dans la catégorie « Inscrire assorti de critères et (ou) conditions cliniques ».

Tableau 1.3 Recommandations d'inscription à la liste du Programme commun d'évaluation des médicaments, 2012-2013

Recommandation	N ^{bre} de médicaments
Ajouter à la liste*	2
Ajouter à la liste à la même manière que d'autres médicaments dans cette catégorie	2
Ajouter à la liste avec critère(s)/sous certaines conditions	11
Inscrire sous certains critères cliniques et/ou conditions	3
Ne pas inscrire à la liste au prix soumis*	2
Ne pas ajouter à la liste*	13
Total	33

* Options de recommandation retenues ou introduites dans les options de recommandation révisées du CCEM le 21 novembre 2012.



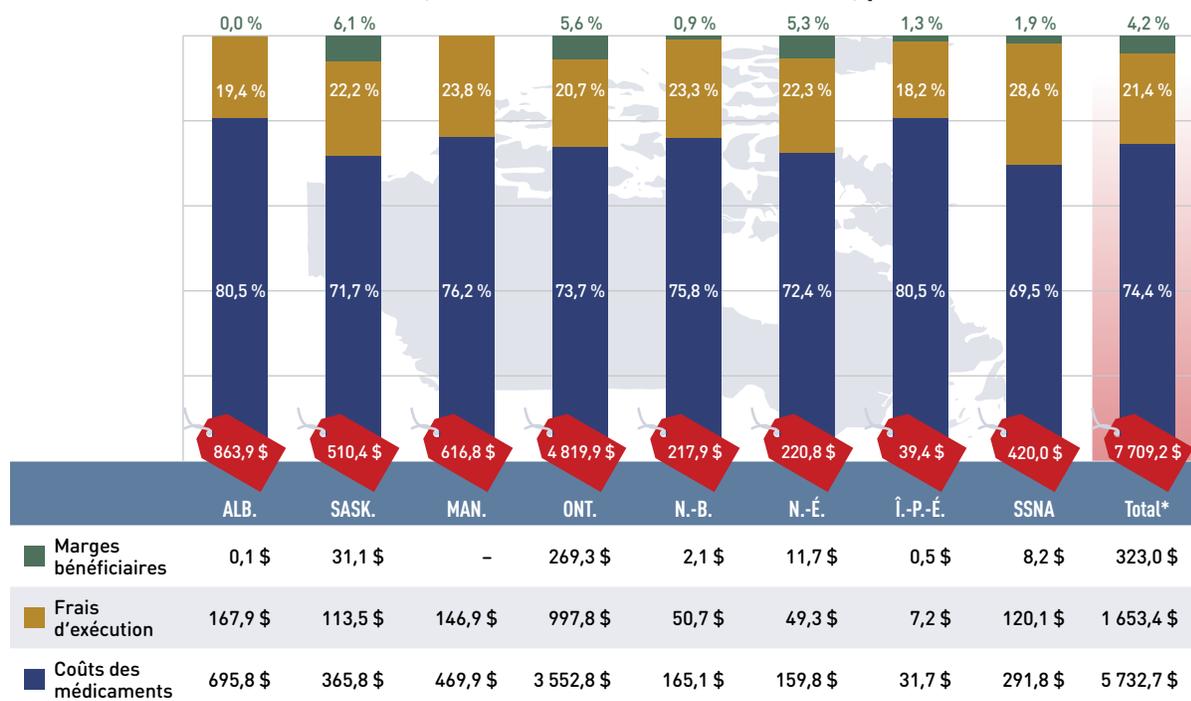
Survol des dépenses en médicaments d'ordonnance et de la consommation, 2012-2013

Dans cette section, nous présentons un aperçu des dépenses en médicaments d'ordonnance et de la consommation pour les régimes publics d'assurance-médicaments choisis au cours de l'exercice 2012-2013. Les dépenses déclarées ici comprennent les coûts des médicaments, les frais d'exécution et les marges bénéficiaires des pharmacies, le cas échéant. Il convient de noter que les dépenses comprennent à la fois les parties payées par les régimes et celles payées par les bénéficiaires, notamment les quotes-parts et les franchises. Elles représentent les montants acceptés par les régimes publics d'assurance-médicaments

pour la franchise ou aux fins de remboursement des bénéficiaires. Le glossaire à l'annexe I définit ces éléments de dépenses, et l'annexe A résume les concepts de régimes individuels. Un *Document d'information sur les régimes* produit par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) fournit une description détaillée des régimes disponibles dans la Base de données du SNIUMP.²

La figure 2.1 fait état des dépenses en médicaments d'ordonnance en 2012-2013, ainsi que des trois éléments des dépenses : les coûts des médicaments, les frais d'exécution et les marges bénéficiaires des pharmacies.

Figure 2.1 Dépenses en médicaments d'ordonnance dans les régimes publics d'assurance-médicaments choisis, 2012-2013 (en millions de dollars, part en %)



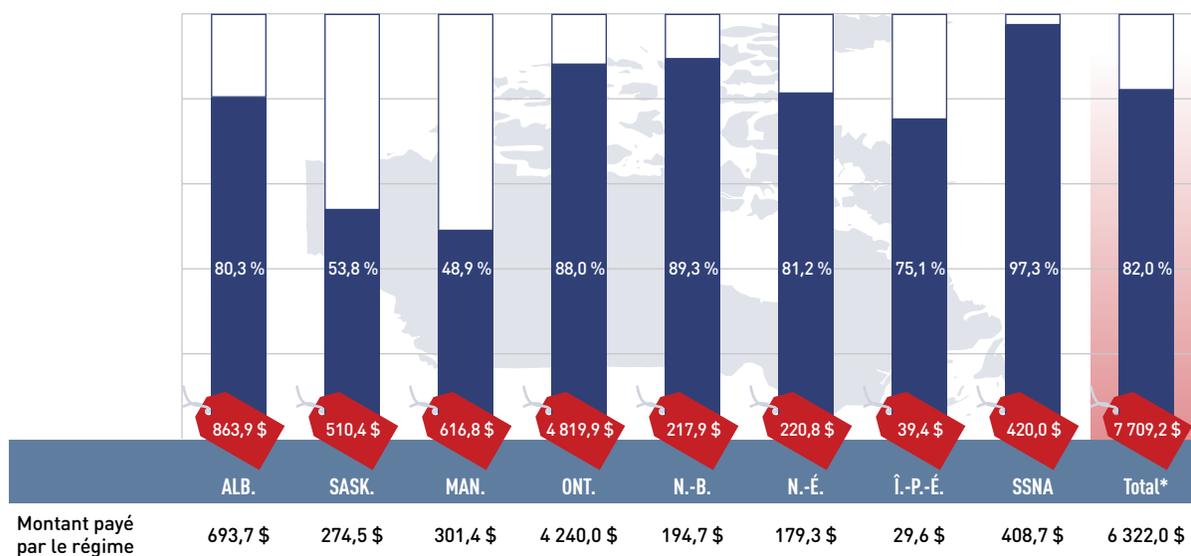
* Résultats totaux pour les régimes publics d'assurance-médicaments choisis rapportés dans cette figure.

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

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

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

Figure 2.2 Part des dépenses en médicaments d'ordonnance payée par les régimes pour les régimes publics d'assurance-médicaments choisis, 2012-2013 (en millions de dollars, part en %)



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

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

Le total des dépenses en médicaments d'ordonnance pour les régimes d'assurance-médicaments était de 7 709,2 millions de dollars, dont près des trois quarts (74,4 %) correspondaient à l'élément « coût des médicaments ». Les frais d'exécution représentaient 21,4 % et les marges bénéficiaires des pharmacies 4,2 %.

Les dépenses en médicaments d'ordonnance diffèrent fortement d'un régime à l'autre, ce qui est imputable principalement aux variations de la taille de la population de bénéficiaires, mais rend compte également des profils démographiques et des maladies des populations, ainsi que des différences de concept des régimes. La taille relative des trois éléments de dépenses varie également d'un régime à l'autre, du fait des différences stratégiques en matière de remboursement des coûts des médicaments, des marges des pharmacies et des frais d'exécution, ainsi que de la quantité d'unités dispensées par ordonnance et du choix des médicaments.

Les annexes C et D résument les politiques régissant les marges bénéficiaires des pharmacies et les frais d'exécution, respectivement, des régimes publics d'assurance-médicaments en 2012-2013.

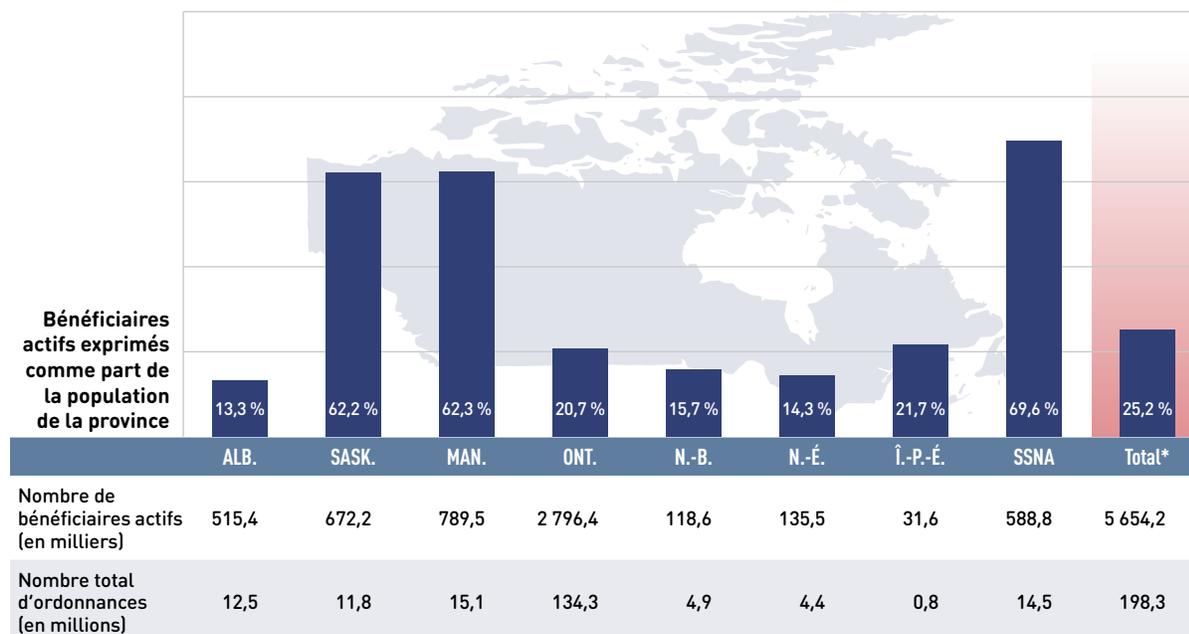
Une portion des dépenses en médicaments d'ordonnance signalées dans la figure 2.1 est remboursée par les régimes publics, tandis que le reste est payé par les bénéficiaires, soit par leurs propres moyens ou par assureur privé tiers. La figure 2.2 indique la part payée par les régimes publics.

Les résultats donnent à penser que les régimes ont payé 82,0 % des dépenses totales pour les médicaments d'ordonnance des bénéficiaires, ce qui comporte les coûts des médicaments, les frais d'exécution et les marges bénéficiaires des pharmacies.

Les variations entre administrations sont principalement imputables aux différences de concept des régimes et des structures particulières de partage des coûts entre le gouvernement et les patients (annexe A). Ces différents limitent la comparabilité des résultats des administrations.

Par exemple, les régimes publics d'assurance-médicaments de la Saskatchewan et du Manitoba fournissent une couverture fondée sur le revenu à la population générale. Les dépenses constituent des montants acceptés pour des individus admissibles à la couverture qui n'ont toutefois pas présenté de demande et qui, par conséquent, n'ont pas de franchise définie.³

Figure 2.3 Nombre de bénéficiaires actifs et nombre connexe d'ordonnances dans les régimes publics d'assurance-médicaments choisis, 2012-2013



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

Source des données : Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada, CANSIM Tableau 051-0001; *Programme des services de santé non assurés, Rapport annuel, 2011-2012.*

La figure 2.3 donne le nombre de bénéficiaires actifs exprimé comme nombre absolu et comme part de la population totale pour chaque administration en 2012-2013^{10,11}. Elle fait également état du nombre d'ordonnances qui ont été acceptées pour remboursement.

Près de 5,7 millions de bénéficiaires actifs avaient présenté 198,3 millions d'ordonnances acceptées pour une franchise ou payées (en tout ou en partie) par des régimes publics d'assurance-médicaments. Ces bénéficiaires représentaient un quart (25,2 %) des populations clientes totales des provinces et du SSNA.

Les variations de la part de bénéficiaires actifs de la population sont liées au concept du régime, les régimes fondés sur le revenu de la Saskatchewan (62,2 %) et du Manitoba (62,3 %) fournissant une couverture pour les médicaments à la population générale. D'autres régimes, qui concentrent leur couverture sur les aînés, les bénéficiaires d'aide au revenu et divers groupes de patients affichaient une représentation plus faible de bénéficiaires actifs

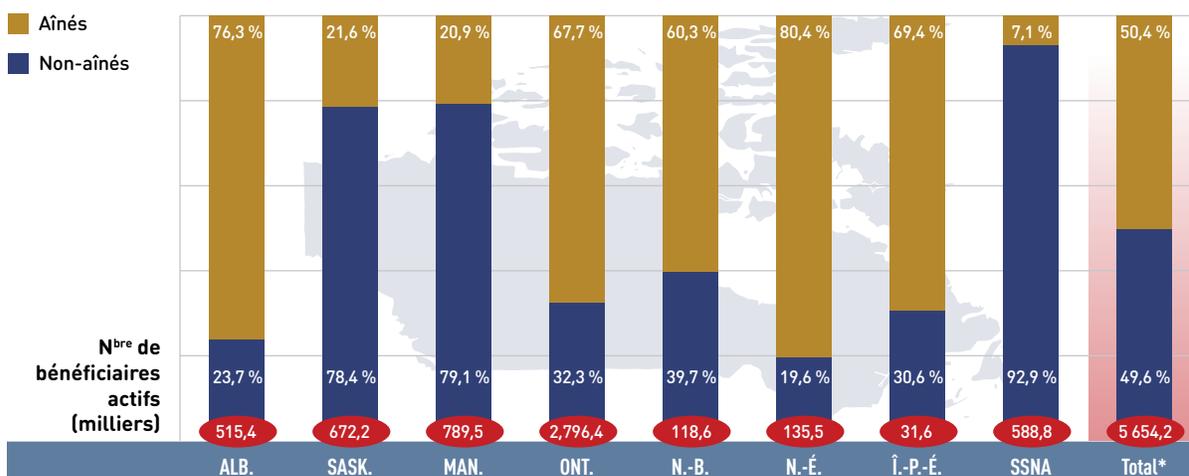
dans la population, qui se situait dans une fourchette de 13,3 % à 21,7 %. Quoiqu'il en soit, ces provinces versent également une part plus élevée du coût des ordonnances pour leurs bénéficiaires actifs (figure 2.2).

Le SSNA a enregistré le taux de participation le plus élevé (69,6 %), car il fournissait une couverture universelle à ses clients.

La figure 2.4 signale les parts de bénéficiaires non aînés et aînés en 2012-2013. Globalement, dans l'ensemble des régimes, il y avait un partage presque égal entre les non-aînés et les aînés, soit de 49,6 % et 50,4 % respectivement.

Cependant, il y avait d'importants écarts de la distribution au niveau de l'administration compétente, qui étaient liés principalement au concept du régime. Comme nous en avons précédemment discuté, la Saskatchewan et le Manitoba ont des régimes fondés sur le revenu et, partant, une représentation relativement élevée de non-aînés (78,4 % et 79,1 % respectivement).

Figure 2.4 Parts des bénéficiaires actifs non aînés et aînés dans régimes publics d'assurance-médicaments choisis, 2012-2013



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

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

Dans d'autres régimes, la part de bénéficiaires non aînés se situait dans une fourchette de 19,6 % à 39,7 %. Dans le SSNA, les non-aînés représentaient 92,9 %, ce qui rend compte de son profil démographique unique.

L'Alberta, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard ne présentent pas de données au SNIUMP pour tous leurs sous-régimes et, par conséquent, leurs parts de non-aînés peuvent être sous-représentées.

La figure 2.5 présente le coût moyen annuel des médicaments d'ordonnance par bénéficiaire aîné en 2012-2013, stratifié par tranches d'âge de cinq ans. En limitant les données aux aînés, on obtient une meilleure comparabilité entre les régimes.

À quelques exceptions près, les résultats indiquent que le coût annuel des médicaments pour les aînés était plus élevé dans les groupes d'âge supérieur. Le coût moyen des médicaments pour tous les régimes a augmenté, passant de 1 351 \$ pour les bénéficiaires âgés de 65 à 69 ans à 2 159 \$ pour ceux âgés de plus de 85 ans, car la comorbidité et les états chroniques augmentent généralement avec l'âge.

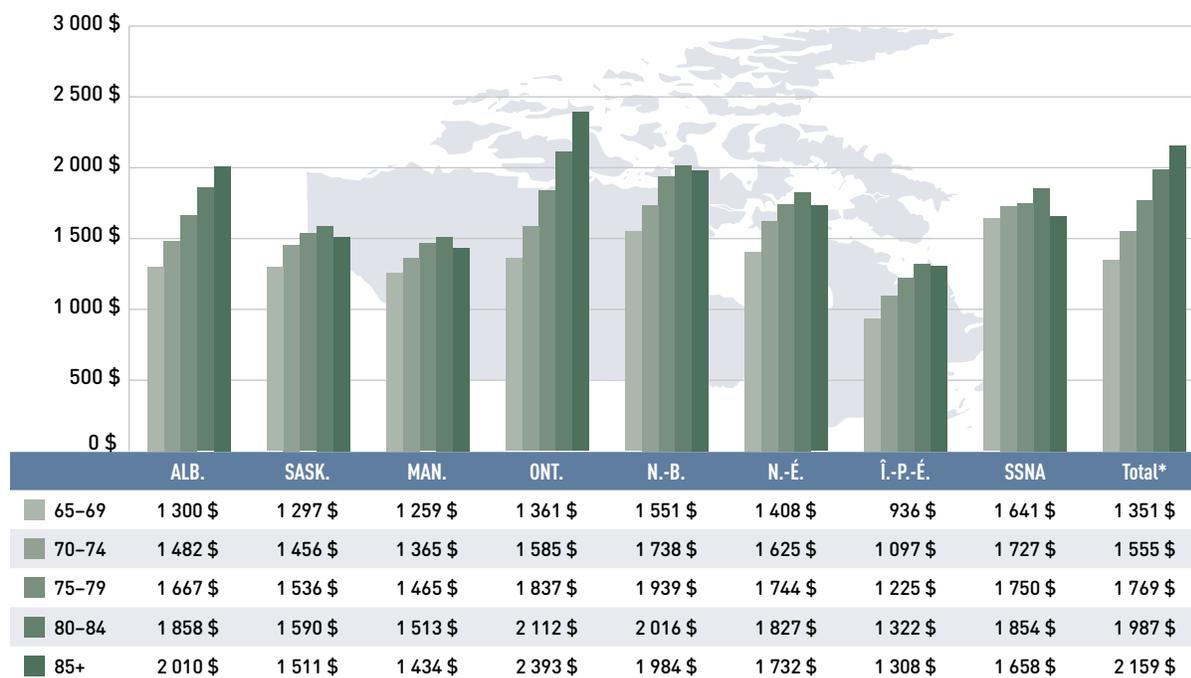
Les coûts annuels des médicaments varient quelque peu selon les administrations pour ces groupes d'âge. Les raisons peuvent en être des différences de concept des régimes, le profil des maladies de la population, la couverture des médicaments ou les habitudes en matière d'ordonnances.

La figure 2.6 montre la répartition des bénéficiaires actifs dans certains régimes d'assurance-médicaments en 2012-2013 en fonction de leurs niveaux de coût des médicaments d'ordonnance annuels : <500 \$, 500 \$ à 1 000 \$, 1 000 \$ à 10 000 \$ et 10 000 \$+ . La part des bénéficiaires actifs pour chacun de ces groupes est présentée dans la figure 2.6a, les parts correspondantes des dépenses en médicaments d'ordonnance étant fournies à la figure 2.6b.

Les résultats montrent que les bénéficiaires dont les coûts sont élevés, avec des coûts d'ordonnance annuels de 10 000 \$ ou plus représentaient une faible proportion des bénéficiaires actifs, se situant dans une fourchette de 0,6 % à 2,1 % selon le régime. Cependant, ils représentaient une part disproportionnée des dépenses, qui allait de 15,5 % à 24,1 % dans l'ensemble des régimes publics d'assurance-médicaments. Il est plus probable que ces bénéficiaires à coûts élevés sont ceux qui présentent des états chroniques, des comorbidités¹¹ ou qui ont besoin de traitements accompagnés de thérapies coûteuses, notamment les médicaments biologiques.

À l'inverse, ceux dont les coûts de traitement annuels étaient inférieurs à 1 000 \$ représentaient la majorité des bénéficiaires actifs dans la plupart des régimes et se situaient dans une fourchette de 51,0 % à 81,5 %. Ces bénéficiaires représentaient une part relativement faible des dépenses en médicaments d'ordonnance, et s'échelonnaient de 10,6 % à 25,4 % du total pour 2012-2013.

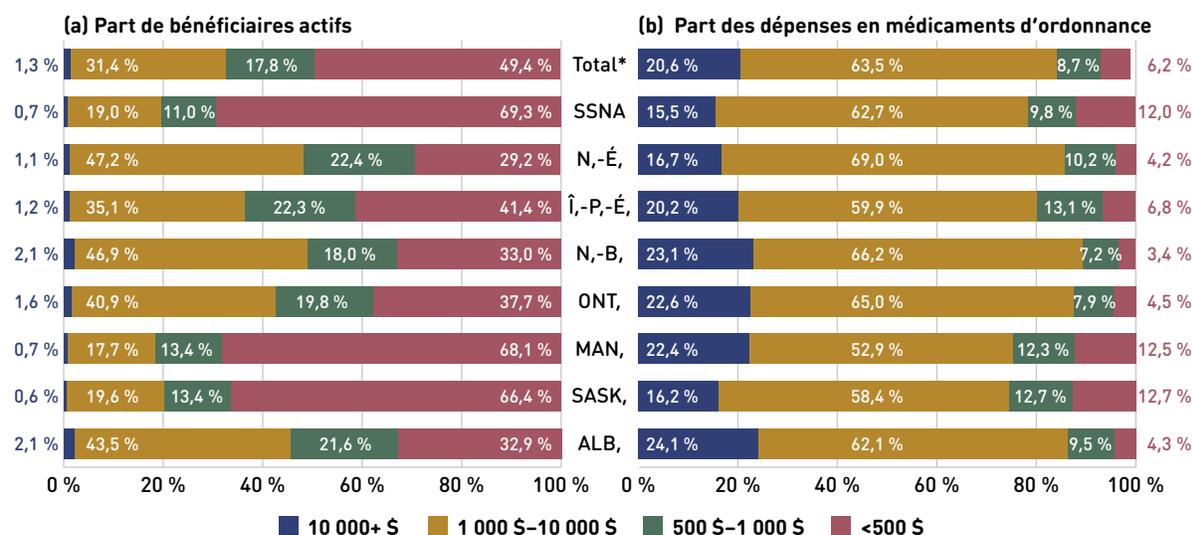
Figure 2.5 Coût moyen annuel des médicaments d'ordonnance par bénéficiaire âgé, par tranche d'âge de cinq ans, régimes publics d'assurance-médicaments choisis, 2012-2013



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

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

Figure 2.6 Part des bénéficiaires actifs et des dépenses en médicaments d'ordonnance, selon les niveaux annuels du coût des médicaments d'ordonnance individuels, régimes publics d'assurance-médicaments choisis, 2012-2013



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

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

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

Tendances des dépenses en médicaments d'ordonnance, 2008-2009 à 2012-2013



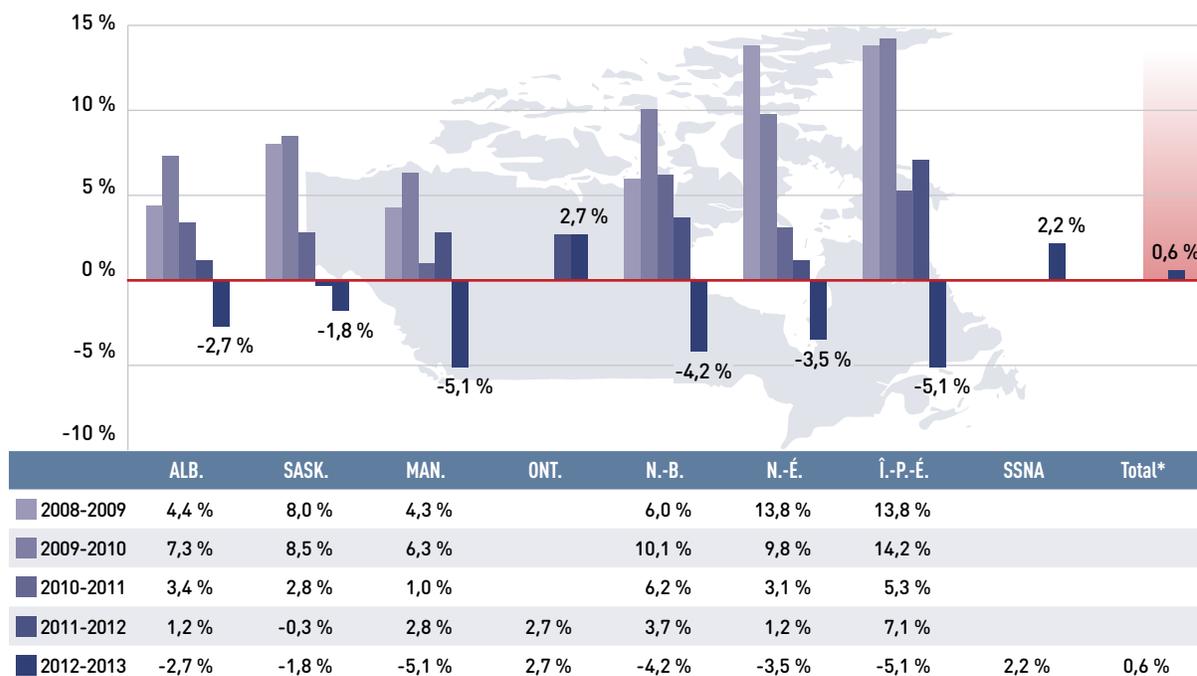
Un examen des récentes tendances des dépenses en médicaments d'ordonnance et de leurs éléments (figures 3.1 à 3.3) donne à penser que les taux de variation des médicaments ont non seulement baissé au cours des dernières années, mais qu'ils enregistrent en fait des valeurs négatives pour la plupart des régimes publics d'assurance-médicaments choisis en 2012-2013.

L'analyse au niveau des bénéficiaires (figures 3.4 et 3.5) indique que cette tendance est étayée par une réduction des coûts moyens de la population

d'âinés. Cependant, l'analyse révèle également des augmentations des coûts moyens pour les non-âinés et une croissance de la population de prestataires à coût élevé.

En raison du manque de données disponibles, un nombre limité d'années est déclaré pour l'Ontario (2010-2011 à 2012-2013) et le SSNA (2011-2012 à 2012-2013). Les dépenses en médicaments d'ordonnance déclarées comprennent les coûts des médicaments, les frais d'exécution et les marges bénéficiaires des pharmacies, le cas échéant.

Figure 3.1 Taux annuel de variation des dépenses en médicaments d'ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments choisis, de 2008-2009 à 2012-2013



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

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

La figure 3.1 présente les taux annuels de variation des dépenses en médicaments d'ordonnance pour les exercices 2008-2009 à 2012-2013. La croissance a considérablement ralenti au cours des dernières années, la plupart des régimes publics affichant de faibles taux de variation positifs ou négatifs.

En 2012-2013, les taux de variation s'établissaient en moyenne à 0,6 % pour les régimes publics d'assurance-médicaments choisis. Pour la plupart des régimes (à l'exception de ceux de l'Ontario et du SSNA), ces taux ont glissé vers les valeurs négatives, allant de -5,1 % au Manitoba et à l'Île-du-Prince-Édouard à -1,8 % en Saskatchewan. Le taux de croissance de l'Ontario et du SSNA était modique, avec 2,7 % et 2,2 % respectivement.

Un certain nombre de facteurs déterminent la variation des dépenses en médicaments d'ordonnance, notamment les effets « démographie », du volume, du prix et de la combinaison de médicaments. On en discute en détail aux sections 4 et 5 en se concentrant sur les taux de variation de 2011-2012 à 2012-2013.

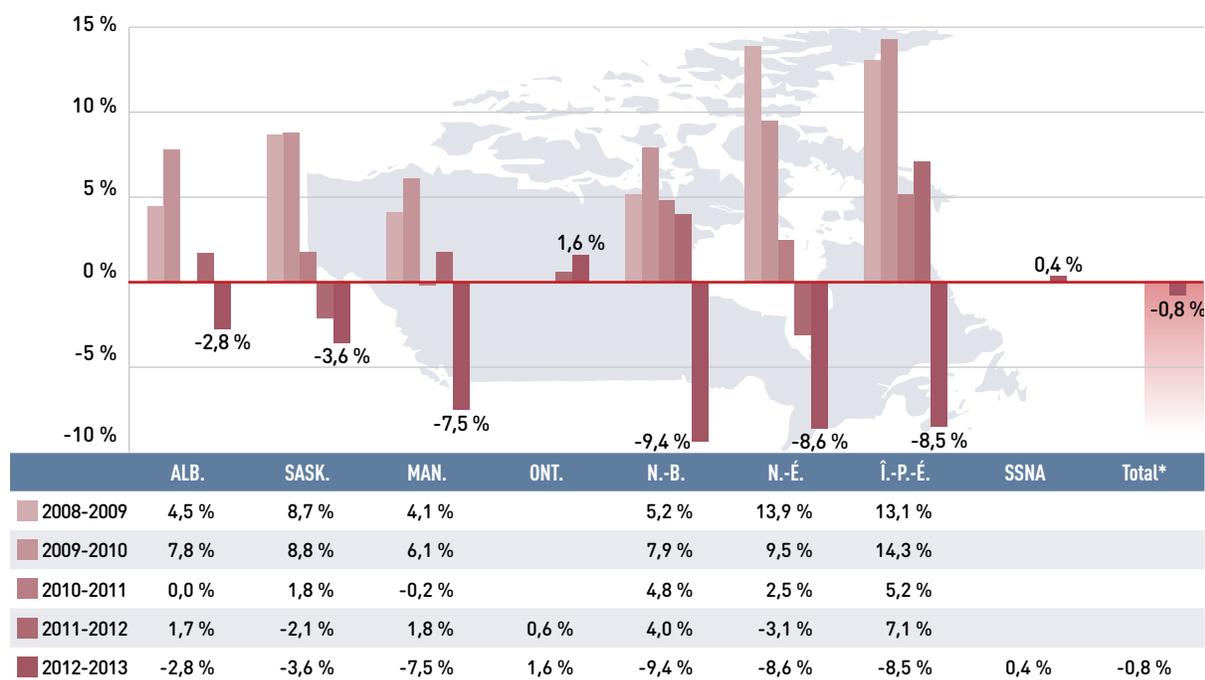
La figure 3.2 présente les taux de variation du coût des médicaments, qui est l'élément le plus important des dépenses en ordonnances (74,4 % en 2012-2013, voir la figure 2.1).

Bien que le coût global des médicaments n'ait baissé que de 0,8 % en 2012-2013, certains régimes ont constaté d'importantes réductions au cours des dernières années. Par exemple, le taux de variation en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard a reculé, passant de 13,9 % et 13,1 % respectivement en 2008-2009 à -8,6 % et -8,5 % en 2012-2013. Le Nouveau-Brunswick a enregistré la plus forte baisse du coût des médicaments en 2012-2013, soit une réduction de 9,4 %. Le coût des médicaments a également régressé de façon marquée au Manitoba (-7,5 %), suivi par les deux autres provinces de l'Ouest, la Saskatchewan à -3,6 % et l'Alberta à -2,8 %.

Les taux de variation du coût des médicaments de l'Ontario et du SSNA de 2012-2013 étaient modestes, soit de 1,6 % et 0,4 %, respectivement.

Bien que ces taux de variation aient fourni aux budgets des régimes d'assurance-médicaments un répit dont ils avaient bien besoin, après avoir enregistré des taux de croissance supérieurs les années précédentes, les résultats sont déterminés par d'importants effets antagonistes de « poussée » (positifs) et de « traction » (négatifs) qui s'annulent presque les uns les autres. À la section 4, nous présentons une analyse détaillée des facteurs qui ont déterminé les coûts des médicaments de 2011-2012 à 2012-2013.

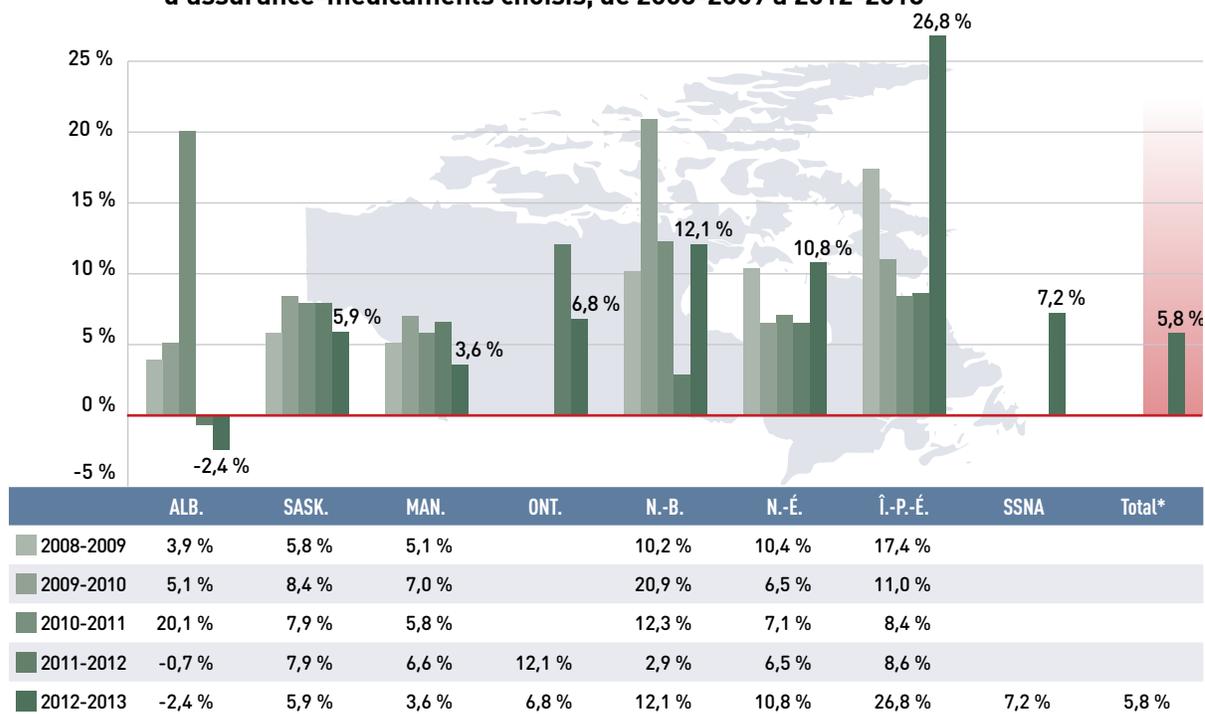
Figure 3.2 Taux annuel de variation des coûts des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments choisis, de 2008-2009 à 2012-2013



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

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

Figure 3.3 Taux annuel de variation des dépenses pour les frais d'exécution, régimes publics d'assurance-médicaments choisis, de 2008-2009 à 2012-2013



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

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

La figure 3.3 présente les taux annuels de variation de l'élément « frais d'exécution » du coût des ordonnances. Ces taux présentent une réalité différente de celle du coût global des ordonnances signalé dans la figure 3.1.

Contrairement aux coûts des médicaments, les dépenses liées aux frais d'exécution ont augmenté ces dernières années dans la plupart des régimes publics d'assurance-médicaments. En 2012-2013, le taux de variation total moyen était de 5,8 %. Les taux étaient les plus élevés dans les provinces de l'est, allant de 26,8 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 12,1 % et 10,8 % au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse respectivement.

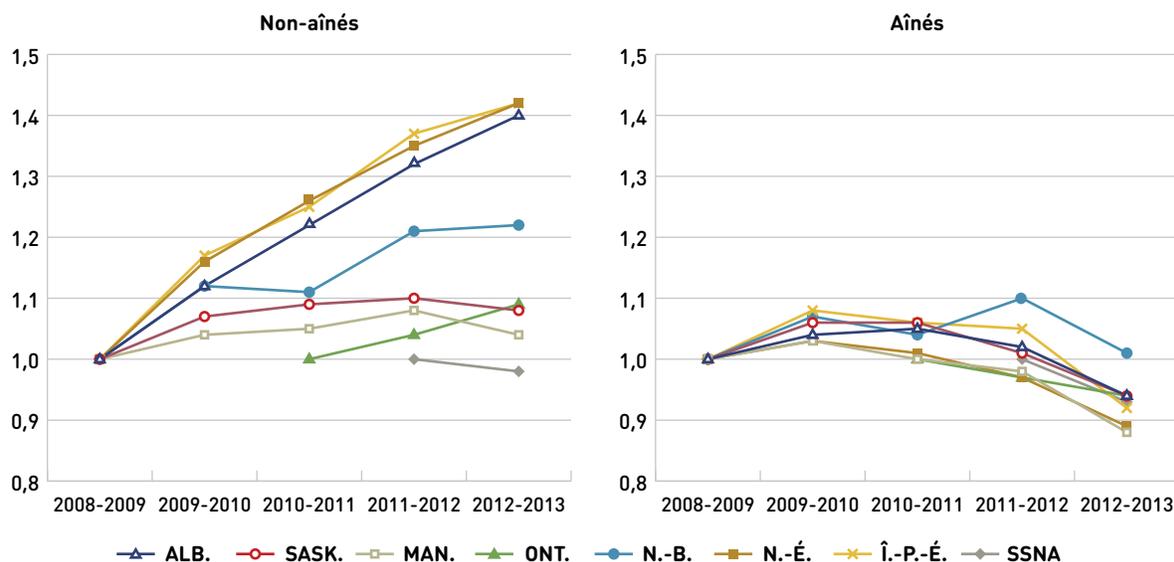
Le Manitoba, la Saskatchewan et l'Ontario ont affiché des taux modérés de croissance des dépenses

liées aux frais d'exécution, qui allaient de 3,6 % à 6,8 %. L'Alberta est la seule province qui a enregistré des taux de variation négatifs pendant les deux derniers exercices (-2,4 % en 2012-2013 et -0,7 % en 2011-2012). Ils faisaient suite à une augmentation de 20,1 % en 2010.

Les variations entre administrations sont principalement déterminées par les variations des frais d'exécution ou du volume des prescriptions remboursés par chaque régime. Les résultats ne tiennent pas compte des honoraires pour les services professionnels de pharmacie autres que la délivrance de médicaments.

À la section 5, nous présentons une analyse détaillée des facteurs qui influent sur les dépenses liées aux frais d'exécution de 2011-2012 à 2012-2013.

Figure 3.4 Indice du coût annuel moyen des ordonnances par bénéficiaire, non-aînés et aînés, régimes publics d'assurance-médicaments choisis, de 2008-2009 à 2012-2013



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

La figure 3.4 fait état des tendances du coût annuel moyen des ordonnances par bénéficiaire actif pour les non-aînés et les aînés, de 2008-2009 à 2012-2013. On a utilisé un indice pour ramener le coût annuel moyen dans chaque régime et pour chaque groupe de patients pour l'année de référence 2008-2009 à la valeur de 1. Les valeurs pour les années ultérieures ont ensuite été calculées par rapport à cette année de base.

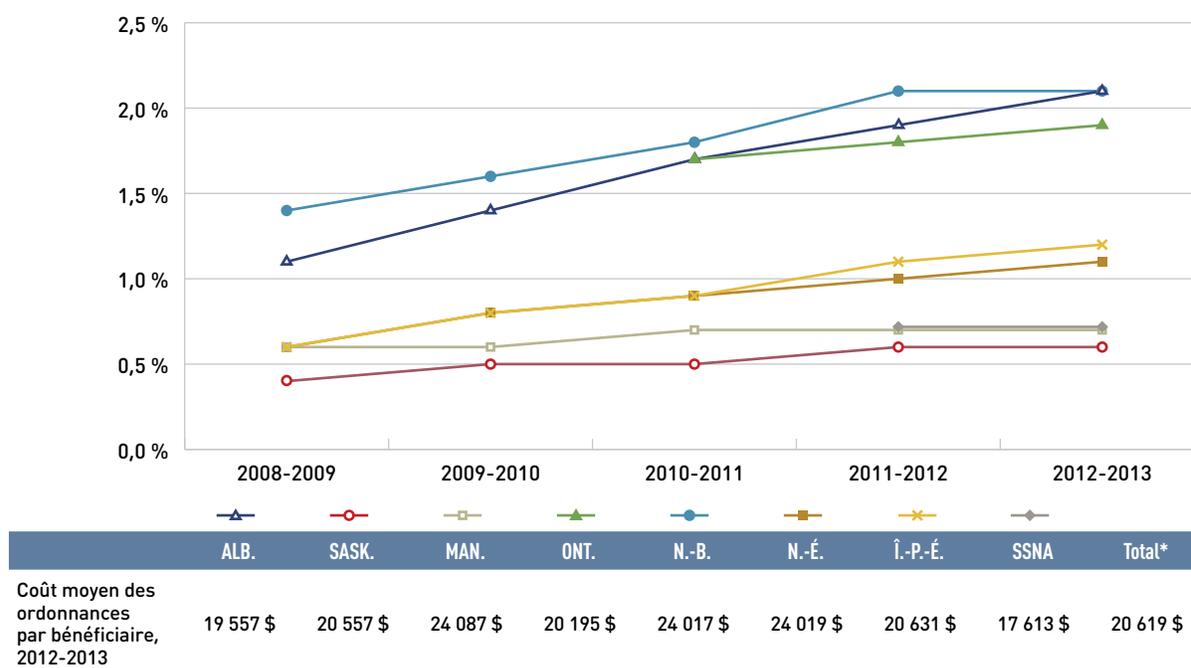
En raison du manque de données disponibles, l'indice pour l'Ontario démarre en 2010-2011 et celui du SSNA en 2011-2012.

Il convient de noter que le niveau du coût moyen des ordonnances a varié d'un régime à l'autre, comme le signale la figure 2.5 pour la population d'aînés.

Les résultats indiquent que le coût annuel de la pharmacothérapie pour les bénéficiaires aînés a baissé, principalement parce qu'ils prennent bon nombre de médicaments qui ont profité du lancement de médicaments génériques et des politiques d'établissement de prix des médicaments génériques.

Par contraste, le coût pour le traitement de patients non aînés a rapidement augmenté pour plusieurs régimes publics d'assurance-médicaments. Ceci peut être imputable à l'accroissement de la consommation de médicaments coûteux, notamment des médicaments biologiques, et l'introduction de nouveaux sous-régimes dans plusieurs administrations qui ont étendu la couverture pour les médicaments aux non-aînés (p. ex., le Family Pharmacare Program de la Nouvelle-Écosse lancé en mars 2008). Les régimes de la Saskatchewan et le SSNA, qui fournissent une couverture à la population générale, ont enregistré une baisse du coût moyen annuel des ordonnances pour les non-aînés.

Figure 3.5 Part des patients dont les coûts annuels des médicaments d'ordonnance s'élèvent à plus de 10 000 \$, régimes publics d'assurance-médicaments choisis, de 2008-2009 à 2012-2013



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

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

La figure 3.5 fait état des tendances de la part des bénéficiaires dont les coûts sont élevés, en l'occurrence ceux dont le coût annuel des médicaments d'ordonnance a dépassé 10 000 \$. Les résultats indiquent que bien que la proportion de ces patients ait été relativement faible ($\leq 2,1$ %, voir la figure 2.6), elle a augmenté dans tous les régimes publics d'assurance-médicaments de 2008-2009 à 2012-2013.

En 2012-2013, le coût annuel moyen des ordonnances par bénéficiaire pour ce groupe allait de 17 613 \$ dans le SSNA à un peu plus de 24 000 \$ au Manitoba, au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse.



Les inducteurs de coût des médicaments, 2011-2012 à 2012-2013

Les variations du coût des médicaments sont déterminées par un certain nombre d'effets de « poussée » et de « traction ». L'accroissement de la population de bénéficiaires, la consommation de médicaments et l'utilisation de médicaments plus coûteux a exercé une pression à la hausse sur les coûts, ce qui a débouché sur un effet de « poussée », tandis que les substitutions de médicaments génériques et les réductions de prix ont exercé un effet de « traction » à la baisse. L'effet net de ces forces antagonistes produit le taux de variation global.

Pendant une année et sur un segment de marché donnés, le poids de chacun de ces effets peut varier, et par conséquent, les taux de variation du coût des médicaments évoluent au fil du temps et varient d'un régime public d'assurance-médicaments à l'autre.

Pour cette section du rapport CompasRx du SNIUMP, nous présentons une analyse exhaustive des inducteurs de coût qui prend dans le collimateur les pressions les plus importantes qui s'exercent sur les coûts, mesure leurs effets sur les niveaux du coût des médicaments et s'étend sur les facteurs qui déterminent les tendances des coûts, de l'établissement des prix et de la consommation dans les régimes publics.

Dans cette édition du rapport, nous nous concentrons sur les taux de variation des dépenses en médicaments pour les régimes d'assurance-médicaments choisis au cours des exercices 2011-2012 à 2012-2013. Nous analysons quatre grandes catégories d'effets, ainsi que leurs sous-effets correspondants :

Effets « prix »

- Effet « **variation de prix** » – variation des prix des médicaments de marque et génériques
- Effet « **substitution de médicaments génériques** » – passage des produits de marque aux médicaments génériques

Les effets « démographie »

- Effet « **population** » – variations du nombre de bénéficiaires actifs
- Effet « **âge** » – variations de la distribution de la population selon les tranches d'âge
- Effet « **sexe** » – variations de la distribution de la population en fonction du sexe

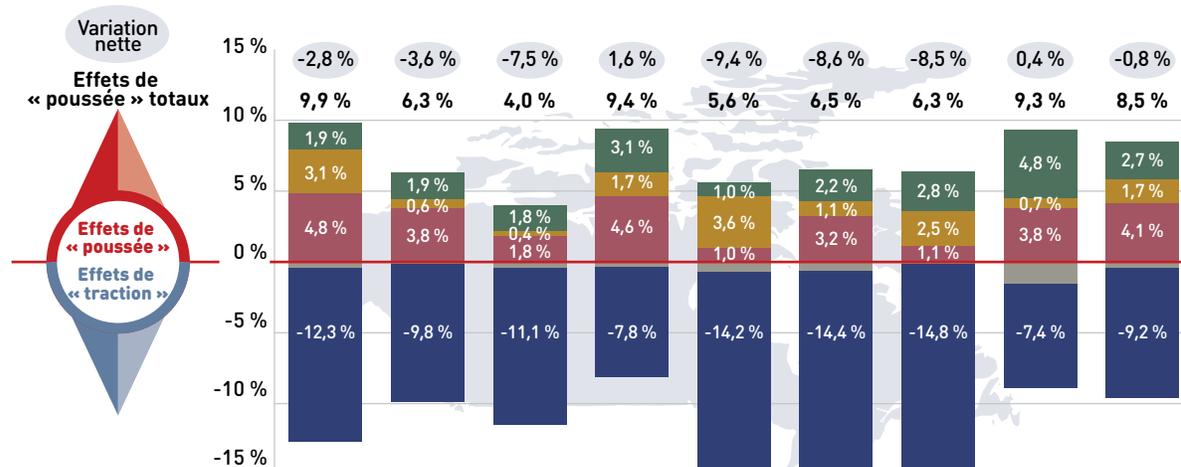
Effets « volume »

- Effet « **volume des ordonnances** » – variations du nombre d'ordonnances administrées aux patients
- Effet « **taille de l'ordonnance** » – variations du nombre moyen d'unités d'un médicament prescrit par ordonnance
- Effet « **concentration-forme** » – variation de l'utilisation de diverses concentrations ou formes d'un ingrédient

Effets « combinaison de médicaments »

- Effet « **médicament existant** » – variation de la consommation de médicaments disponibles en 2011-2012 et 2012-2013
- Effet « **nouveau médicament** » – variation de la consommation de médicaments qui sont arrivés sur le marché en 2012-2013
- Effet « **médicament retiré** » – variation de la consommation de médicaments qui ont été retirés du marché en 2012-2013

Figure 4.1 Taux de variation du coût des médicaments par effet « démographie », « volume », « prix » et « combinaison de médicaments », régimes publics d'assurance-médicaments choisis, de 2011-2012 à 2012-2013



Montant (en millions de \$)	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	SSNA	Total*
Coût des médicaments 2011-2012	715,8 \$	379,4 \$	507,9 \$	3 495,8 \$	182,1 \$	174,8 \$	34,7 \$	290,6 \$	5 781,1 \$
Coût des médicaments 2012-2013	695,9 \$	365,8 \$	469,9 \$	3 552,8 \$	165,1 \$	159,8 \$	31,7 \$	291,8 \$	5 732,7 \$
Changement absolu	-19,9 \$	-13,6 \$	-38,0 \$	57,0 \$	-17,0 \$	-14,9 \$	-3,0 \$	1,2 \$	-48,3 \$
Effets									
Démographie	13,8 \$	7,3 \$	9,2 \$	109,8 \$	1,9 \$	3,8 \$	1,0 \$	14,0 \$	157,5 \$
Volume	22,3 \$	2,1 \$	1,8 \$	59,3 \$	6,5 \$	1,9 \$	0,9 \$	1,9 \$	96,7 \$
Combinaison de médicaments	34,7 \$	14,4 \$	9,1 \$	160,9 \$	1,8 \$	5,6 \$	0,4 \$	11,0 \$	238,0 \$
Prix	-88,0 \$	-37,0 \$	-56,2 \$	-271,3 \$	-25,9 \$	-25,3 \$	-5,1 \$	-21,6 \$	-530,4 \$
Croisé	-2,7 \$	-0,5 \$	-2,0 \$	-1,7 \$	-1,4 \$	-1,0 \$	0,0 \$	-4,2 \$	-10,2 \$

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

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

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

Chacun de ces effets a été déterminé en posant comme hypothèse que tous les autres effets demeuraient constants au cours des périodes d'analyse. Les résultats fournissent des réponses aux questions suivantes :

« De combien le coût des régimes publics d'assurance-médicaments aurait-il varié entre 2011-2012 et 2012-2013 si un seul facteur (p. ex., le prix des médicaments) avait changé alors que tous les autres étaient demeurés les mêmes? »

En fait, de multiples facteurs changent en même temps, ce qui crée un effet résiduel ou croisé, qui est également déclaré pour prendre en compte le changement total.

La figure 4.1 indique le taux de variation du coût des médicaments pour les régimes publics d'assurance-médicaments choisis au cours des exercices 2011-2012 à 2012-2013, désagrégé en quatre catégories d'effets générales. Le graphique à barres et le tableau connexe montrent les incidences de chaque effet exprimées sous forme de pourcentage et de variation absolue des coûts des médicaments, respectivement.

Le taux global de variation dans tous les régimes était de -0,8 % (soit -48,3 millions de dollars en termes absolus). La faiblesse des taux de variation nets dans les régimes publics était déterminée par de puissants effets antagonistes de « poussée » (augmentation) et de « traction » (diminution) qui s'annulaient presque les uns les autres.

Les effets « prix » exerçaient la plus forte « traction » sur les niveaux de coût des médicaments, la mise en œuvre des réductions de prix des médicaments génériques et des substitutions de médicaments génériques débouchant sur d'importantes économies pour les régimes publics. Si tous les autres facteurs étaient demeurés les mêmes, la baisse des prix des médicaments, ainsi que le remplacement de médicaments de marque coûteux par des produits génériques moins chers auraient réduit les coûts des médicaments en 2012-2013 de 9,2 % en moyenne (530,4 millions de dollars).

À l'inverse, les effets « démographie », « volume » et « combinaison de médicaments » ont exercé un important effet de « poussée », faisant augmenter les niveaux de coût des médicaments. Cet effet de « poussée » a réduit à néant la plupart ou toutes les économies de coûts découlant de la substitution de médicaments génériques et la réduction des prix. N'eût été de l'influence des effets « prix », l'effet combiné des augmentations des populations de bénéficiaires actifs, du volume de médicaments consommés et de la consommation de médicaments plus coûteux aurait fait augmenter les niveaux de coût des médicaments en 2012-2013 de 8,5 % en moyenne (492,2 millions de dollars).

Individuellement, les effets « démographie », « volume » et « combinaison de médicaments » ont fait grimper les niveaux de coût des médicaments en 2012-2013 de 2,7 % (157,5 millions de dollars), à 1,7 % (96,7 millions de dollars) et 4,1 % (8,0 millions de dollars) respectivement. L'effet croisé combiné des effets individuels était de -0,2 % (-10,2 millions de dollars).

Dans les sections suivantes, chacune des grandes catégories d'effets est examinée de façon plus détaillée.

4.1 Effets « prix »

La catégorie générale d'effets « prix » peut être ventilée davantage pour saisir l'incidence exacte des effets « variation de prix » et « substitution de médicaments génériques ». Ces effets ont exercé un effet de « traction » marqué sur les niveaux de coût des médicaments en 2012-2013, ce qui a débouché sur d'importantes économies de coût pour les régimes publics.

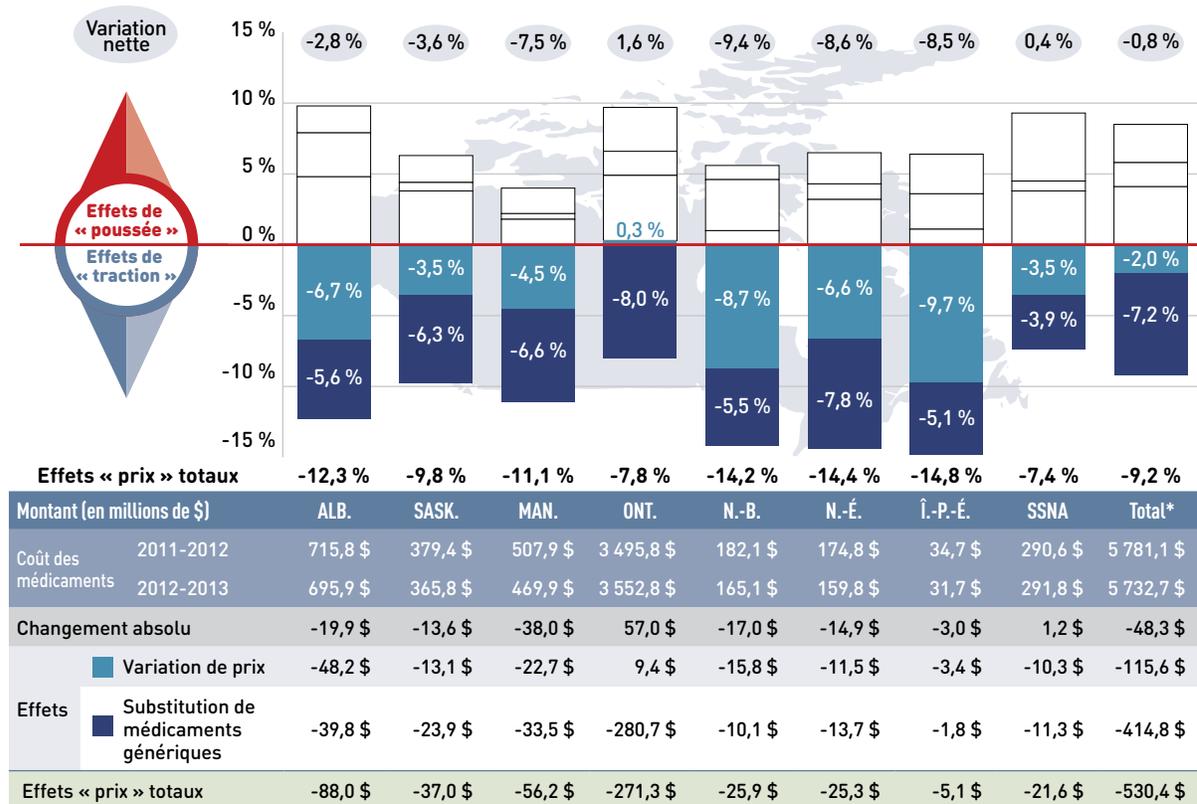
Effet « variations de prix »

Cet effet illustre l'incidence des variations des prix des médicaments et il est déterminé au niveau de la concentration, de la forme et du médicament de marque ou générique. Il peut avoir des incidences favorables (augmentation) ou négatives (diminution) sur le coût des médicaments, si les prix des médicaments de marque augmentent ou si ceux des médicaments génériques diminuent, respectivement. Par exemple, la récente réforme du prix des médicaments génériques qui a abouti à une baisse des prix se traduirait par un effet « variation de prix » négatif sur le coût des médicaments. Dans le cadre de cette analyse, les prix des médicaments sont mesurés comme le coût unitaire moyen accepté pour le remboursement.

Effet « substitution de médicaments génériques »

Cet effet rend compte de l'incidence du remplacement de médicaments de marque coûteux par des produits génériques moins coûteux et exerce un effet négatif (diminution) sur les coûts des médicaments.

Figure 4.1.1 Taux de variation des coûts des médicaments imputables aux effets « prix », régimes publics d'assurance-médicaments choisis, de 2011-2012 à 2012-2013



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

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

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

La figure 4.1.1 montre le taux de variation du coût des médicaments de 2011-2012 à 2012-2013 en se concentrant sur deux effets « prix » : la variation de prix et la substitution de médicaments génériques. Le graphique à barres et le tableau connexe montrent les incidences d'une année à l'autre de chaque effet exprimées comme variation relative et absolue du coût des médicaments.

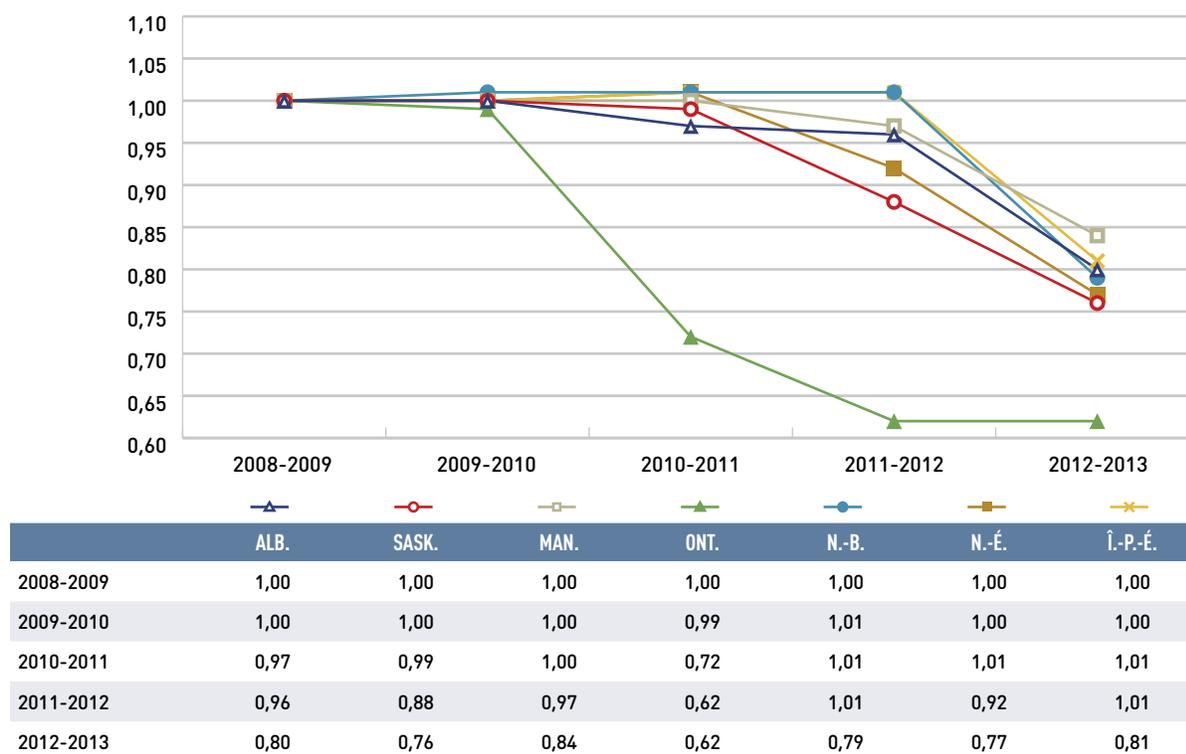
La baisse de 2,0 % des niveaux de coût globaux des médicaments en 2012-2013 était en grande partie attribuable aux réformes du prix des médicaments génériques (annexe B). Les variations de l'incidence de l'effet « variation de prix » dans l'ensemble des régimes proviennent de ce que les réformes des prix des médicaments génériques sont intervenues à des moments différents et de l'ampleur des réductions de prix, ainsi que des taux de consommation de médicaments génériques.

La plupart des régimes ont réduit le prix des médicaments génériques à 35 % de celui des médicaments de marque équivalents en 2012-2013, ce qui a débouché sur un effet de « traction » sur les coûts allant de 3,5 % à 9,7 %.

L'Ontario a déjà mis en œuvre une réforme des prix des médicaments génériques en 2010, réduisant le prix des médicaments génériques à 25 % de celui des médicaments de marque de référence. Les économies engendrées par ces réductions plus précoces ont été réalisées en 2011-2012. Comme les prix des médicaments génériques sont demeurés pour ainsi dire constants en 2012-2013, l'effet « variation de prix » pour l'Ontario a été positif avec 0,3 %.

La substitution de médicaments génériques ou le remplacement de la consommation de médicaments de marque par celle de médicaments génériques moins chers a résulté en une réduction moyenne de 7,2 % du coût des médicaments dans l'ensemble des régimes publics en 2012-2013. Il s'agit du résultat de la tendance que l'on appelle communément « chute des brevets », dans le cadre de laquelle un certain nombre de médicaments de marque qui se vendent le mieux ont atteint la fin de leur vie brevetée et sont assujettis à la concurrence de médicaments génériques pour la première fois.

Figure 4.1.2 Indice du coût unitaire moyen des médicaments génériques, régimes publics d'assurance-médicaments choisis, de 2008-2009 à 2012-2013



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

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

L'incidence de cet effet est davantage comparable entre les régimes, car les substituts génériques sont devenus disponibles dans toutes les administrations à peu près en même temps. Les petites variations entre administrations peuvent être dues à des profils de maladies particuliers de la population admissible et aux taux de consommation des nouveaux médicaments rendus génériques.

Les figures supplémentaires dans cette section fournissent des statistiques à l'appui des indices de prix, de la part des médicaments génériques des ordonnances et des coûts des médicaments et des économies réalisées grâce aux médicaments génériques pour les régimes publics choisis.

L'effet « variation de prix » est en majeure partie le résultat d'une réduction du coût unitaire moyen remboursé pour les médicaments génériques, car les prix des médicaments de marque ont été relativement stables au cours des cinq dernières années.

La figure 4.1.2 montre la tendance du coût unitaire moyen des médicaments génériques de 2008-2009 à 2012-2013 sous forme d'indice.

L'indice est calculé en utilisant la moyenne pondérée pour le coût des variations du coût

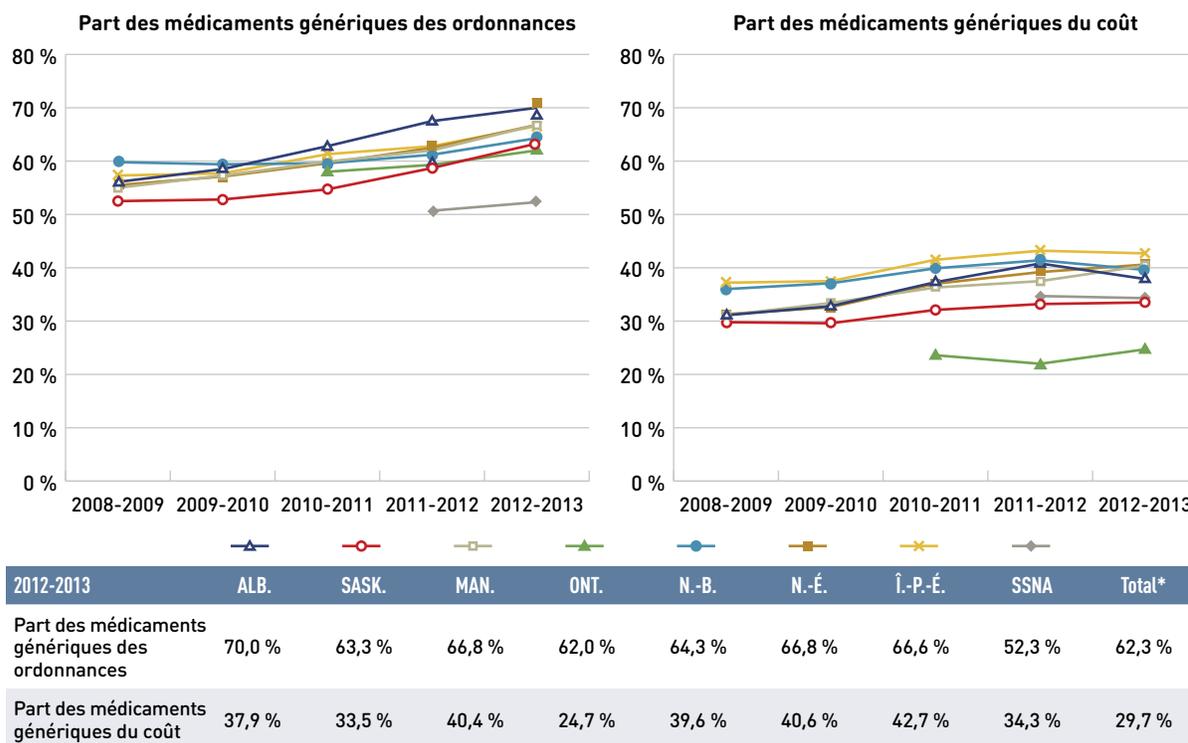
unitaire moyen au niveau du médicament individuel. Cette approche est semblable à celle utilisée par Statistique Canada pour calculer l'Indice des prix à la consommation. Cette analyse a été limitée aux formes solides administrées par voie orale pour garantir la cohérence dans la déclaration des unités.

Les résultats indiquent une baisse rapide des prix des médicaments génériques pour l'Ontario à partir de 2010-2011, et une baisse plus progressive en 2012-2013 pour les autres régimes. Ces variations rendent compte du moment de l'introduction de la réforme du prix des médicaments génériques (voir l'annexe B). Les réductions moyennes des prix des médicaments génériques allaient de 38 % à 16 % au cours des dernières années selon la province.

Il convient de noter que les données du SSNA n'étaient pas disponibles pour cette période.

L'important effet négatif qu'exerce la substitution de médicaments génériques sur les coûts des médicaments est le résultat de l'augmentation de la part de marché accaparée par les médicaments génériques.

Figure 4.1.3 Part des médicaments génériques des ordonnances et du coût des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments choisis, de 2008-2009 à 2012-2013



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

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

La figure 4.1.3 fait état des tendances de la part des ordonnances et des coûts des médicaments totaux représentées par les médicaments génériques de 2008-2009 à 2012-2013.

Les résultats montrent une augmentation marquée de la part des médicaments génériques des ordonnances dans l'ensemble des régimes publics d'assurance-médicaments : de 52,5 % à 59,8 % en 2008-2009 et de 62,0 % (Ont.) à 70,0 % (Alb.) en 2012-2013. La part des médicaments génériques du marché en 2012-2013 était la plus faible dans le SSNA avec 52,3 %.

La variation de la part du coût des médicaments représentée par les médicaments génériques était moins prononcée parce que les prix des médicaments génériques ont en même temps dans toutes les administrations.

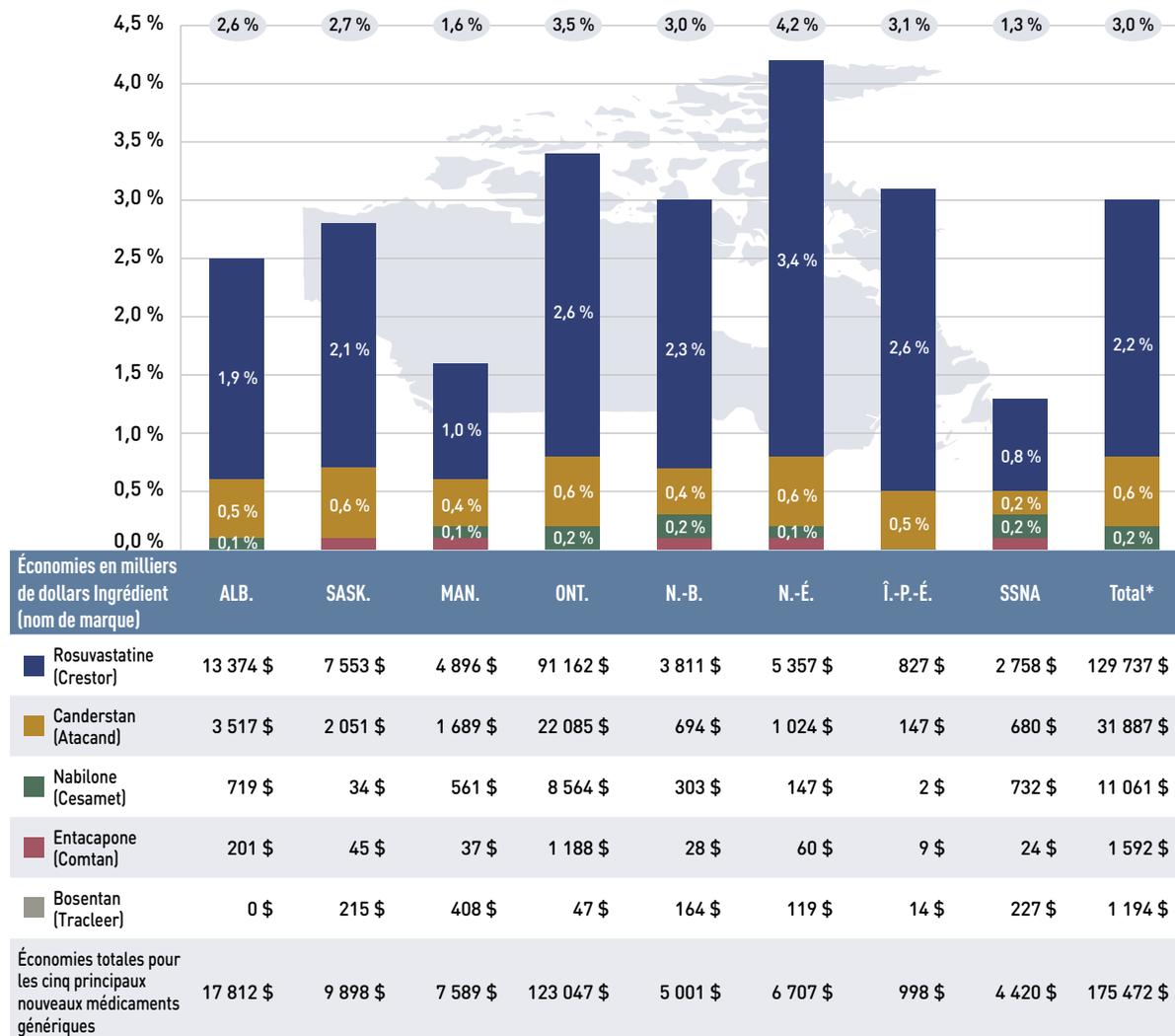
La part des coûts des médicaments représentée par les médicaments génériques en 2012-2013 allait de 33,5 % à 42,7 % dans l'ensemble des administrations, sauf en Ontario, où elle était de 24,7 %. Ceci était principalement attribuable aux prix relativement faibles des médicaments génériques disponibles en Ontario à l'époque,

ainsi qu'aux plus faibles taux de consommation de médicaments génériques comparativement à ceux des autres régimes.

Les différences des parts de marché des médicaments génériques dans l'ensemble du Canada sont déterminées par de nombreux facteurs, entre autres, le profil des maladies de la population, les pratiques en matière d'ordonnance, la couverture des produits de marque et les niveaux de prix des médicaments génériques.

La figure 4.1.4 désigne les cinq principaux nouveaux médicaments génériques en 2012-2013 et déclare les économies qu'ils ont permis de réaliser dans les régimes publics choisis. Les économies réalisées grâce aux médicaments génériques ont été calculées en soustrayant le coût réel des médicaments de 2012-2013 pour les cinq médicaments génériques d'une estimation du coût des produits de marque correspondants, s'ils avaient conservé leur exclusivité sur le marché. Les économies ont été exprimées en termes absolus (milliers) et sous forme de pourcentage des dépenses totale pour les médicaments pour 2012-2013.

Figure 4.1.4 Économies pour les cinq principaux nouveaux médicaments génériques en 2012-2013, régimes publics d'assurance-médicaments choisis (% des dépenses en médicaments totales, en milliers de dollars)



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

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

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

Les résultats donnent à penser que les régimes ont économisé approximativement 175,5 millions de dollars, soit 3,0 % des dépenses totales pour les médicaments en 2012-2013 à la suite de l'arrivée des cinq principaux médicaments génériques sur le marché. La plupart des économies découlaient de l'arrivée comme médicament générique de l'agent hypolipidémiant rosuvastatine (Crestor), estimées à 129,7 millions de dollars, soit 2,2 % des dépenses totales pour les médicaments. L'arrivée sur le marché comme médicament générique du médicament antihypertensif candesartan (Atacand) a permis aux régimes d'économiser environ 31,9 millions de dollars (0,6 %), tandis que l'arrivée sur le marché comme

médicament générique de l'antiémétique Nabilone (Cesamet) a abouti à des économies d'environ 11,1 millions de dollars (0,2 %) en 2012-2013.

Les différences des économies dans l'ensemble des régimes publics d'assurance-médicaments étaient le résultat du moment de l'arrivée de médicaments génériques ou de leur inscription sur la liste des médicaments, du niveau de la remise de prix sur les médicaments génériques et du taux de consommation des médicaments dans la population de bénéficiaires actifs. (Voir à l'annexe G une liste des 100 médicaments génériques multisources qui se vendent le mieux).

4.2 Effets « démographie »

Sous les effets « démographie » on trouve les effets individuels suivants :

Effet « population »

Cet effet rend compte de la mesure dans laquelle un changement survenu dans la population de bénéficiaires actifs contribue à une variation des coûts des médicaments. Il convient de noter que dans la population d'un régime public d'assurance-médicaments, cet effet peut également tenir compte de l'élément « vieillissement », car les personnes deviennent admissibles à la couverture lorsqu'elles deviennent aînées.

Effet « vieillissement »

Cet effet illustre l'incidence des changements qui surviennent dans la répartition de la population selon les tranches d'âge. Une population plus âgée est généralement associée à une augmentation de la consommation et du coût des médicaments

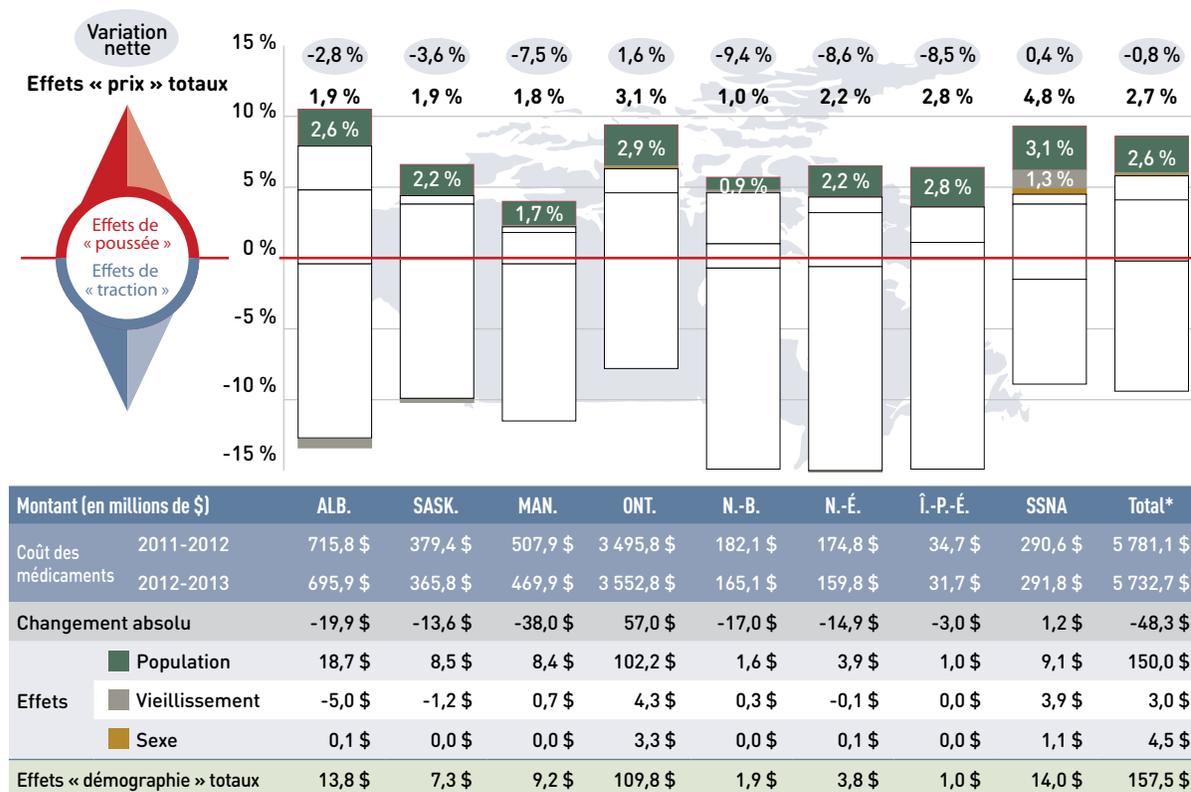
(figure 2.5). Par conséquent, les changements démographiques dans le sens d'une population plus âgée ou plus jeune peuvent accroître ou réduire légèrement les dépenses en médicaments, respectivement.

Effet « sexe »

Cet effet tient compte des incidences des changements de la répartition selon le sexe de la population. À moins que des changements importants se produisent, on s'attend à ce que cet effet soit minime.

La figure 4.2.1 illustre le taux de variation du coût des médicaments pour les régimes publics d'assurance-médicaments choisis de 2011-2012 à 2012-2013, en se concentrant sur les trois effets « démographie » : population, vieillissement et sexe. Le graphique à barres et le tableau connexe ci-après montrent les incidences d'une année à l'autre de chaque effet exprimées comme variation relative et absolue du coût des médicaments.

Figure 4.2.1 Taux de variation des coûts des médicaments par suite de l'effet démographique, régimes publics d'assurance-médicaments choisis, de 2011-2012 à 2012-2013

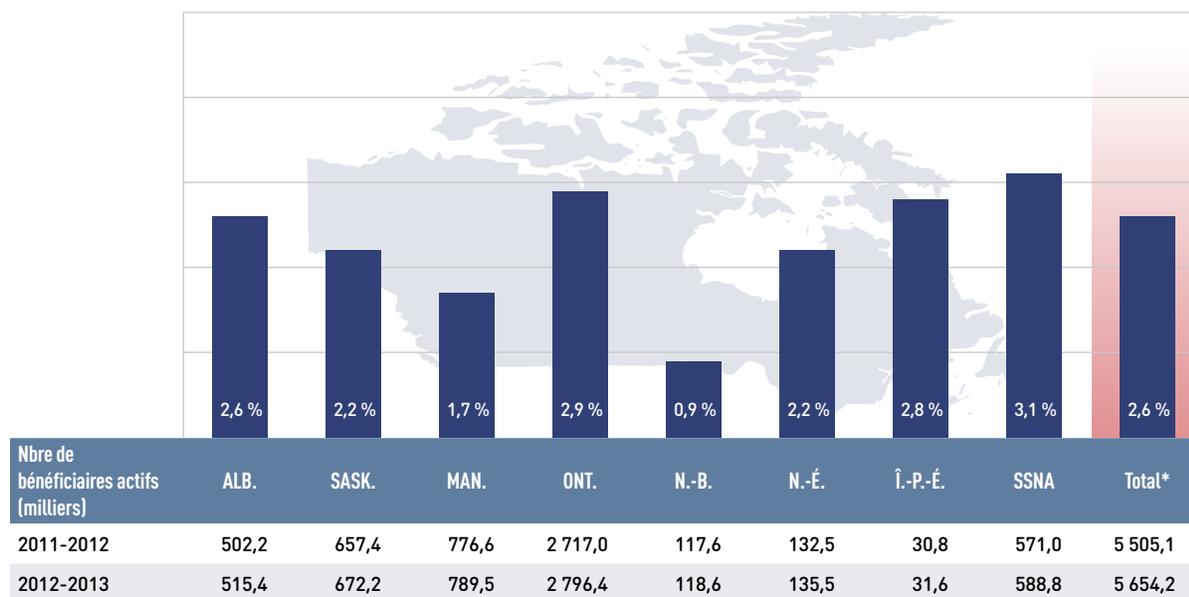


*Résultats totaux pour les régimes publics d'assurance-médicaments choisis rapportés dans cette figure.

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

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

Figure 4.2.2 Taux de variation des populations de bénéficiaires actifs, régimes publics d'assurance-médicaments choisis, de 2011-2012 à 2012-2013



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

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

L'augmentation de la taille de la population de bénéficiaires actifs a exercé une pression à la hausse sur le coût des régimes d'assurance-médicaments de l'ordre d'environ 150,0 millions de dollars ou 2,6 %. On peut établir une corrélation directe avec l'augmentation de la population de bénéficiaires actifs déclarée dans la figure 4.2.2.

Les effets « vieillissement » et « sexe » ont eu un impact négligeable sur la variation du coût des médicaments. En règle générale, l'effet « vieillissement » devrait avoir une incidence à long terme sur le coût des médicaments, et l'on en discute plus à fond dans la figure 4.2.3.

Les résultats de cette analyse font état du vieillissement de la population de bénéficiaires actifs dans les régimes publics d'assurance-médicaments, qui est différent du vieillissement de la population canadienne. À mesure que la population canadienne vieillit, le nombre de personnes admissibles à la couverture pour aînés (65 ans et +) croît et fait augmenter la taille de la population de bénéficiaires dans les régimes publics. Cette dernière tendance est prise en compte dans l'effet « population » illustré à la figure 4.2.1.

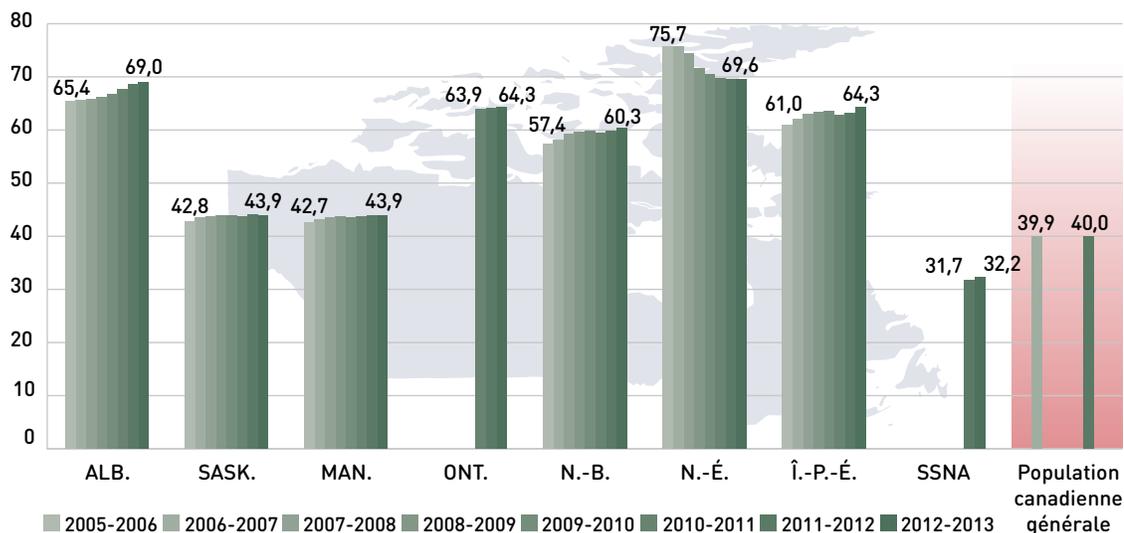
Les deux prochaines figures apportent des informations statistiques à l'appui des constatations sur la croissance et le vieillissement des populations de bénéficiaires.

La figure 4.2.2 montre le taux de croissance du nombre de bénéficiaires actifs de 2011-2012 à 2012-2013 (graphique à barres), tandis que le tableau connexe fait état du nombre total de bénéficiaires actifs pour chaque exercice.

Dans tous les régimes, les populations de bénéficiaires actifs ont crû à un taux moyen de 2,6 %, qui se situait dans une fourchette de 0,9 % à 3,1 %.

Cette augmentation peut résulter de la croissance de la population globale d'une administration, du vieillissement de la population (augmentation du nombre d'aînés admissibles à la couverture) et/ou à une refonte du régime qui étend la couverture à de nouveaux groupes de populations ou de patients.

Figure 4.2.3 Âge moyen des populations de bénéficiaires actifs, régimes publics d'assurance-médicaments choisis et Canada, de 2005-2006 à 2012-2013



Source des données : Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; données de la population canadienne générale tirées du recensement pour 2006 et 2011 de Statistique Canada.

La figure 4.2.3 montre l'âge moyen des populations de bénéficiaires actifs dans les régimes publics d'assurance-médicaments choisis de 2005-2006 à 2012-2013, ainsi que l'âge moyen de la population canadienne en 2006 et en 2011 selon Statistique Canada¹³.

L'âge moyen des bénéficiaires des régimes d'assurance-médicaments a augmenté progressivement de 2006-2007 à 2012-2013 dans toutes les administrations, sauf une. Faisait exception la Nouvelle-Écosse, qui a enregistré une baisse de l'âge moyen lorsque la couverture pour les médicaments a été étendue afin d'inclure une population plus jeune avec l'instauration du Family Pharmacare Program.

Les régimes publics d'assurance-médicaments ont remboursé des bénéficiaires qui étaient en majorité plus âgés que la population canadienne. Le Canadien moyen était âgé de 40,0 ans en 2012, tandis que l'âge moyen des bénéficiaires actifs allait de 60,3 à 69,6 ans pour les régimes d'assurance-médicaments axés sur les aînés.

L'âge moyen des bénéficiaires dans des programmes universels (Saskatchewan et Manitoba) était plus proche de la moyenne canadienne, tandis que les bénéficiaires du SSNA étaient plus jeunes par suite du profil démographique unique de sa population cliente.

Au cours des prochaines décennies, le vieillissement de la population canadienne devrait progressivement faire augmenter la pression qu'il exerce sur les dépenses en médicaments. Statistique Canada prévoit que la proportion de la population du Canada âgée de 65 ans et plus augmentera et passera de 15,7 % en 2014 à une fourchette de 24 % à 28 % en 2063¹⁴. Une étude du SNIUMP publiée précédemment discute de cet « effet baby-boomers » et de ses répercussions sur les dépenses en médicaments¹⁵.

4.3 Effets « volume »

Les effets « volume » comprennent l'effet « volume des ordonnances », l'effet « taille de l'ordonnance » et l'effet « concentration-forme ». En 2012-2013, les effets « volume » combinés ont exercé un faible effet de poussée sur les niveaux de coût des médicaments.

Les effets « volume » sont contrôlés en posant que le nombre et le profil « âge-sexe » des populations de bénéficiaires actifs demeure constant de 2011-2012 à 2012-2013. De cette façon, ces effets sont purement le résultat de l'exposition accrue aux médicaments d'un groupe de bénéficiaires actifs normalisé.

Effet « volume des ordonnances »

Cet effet illustre l'incidence que les variations du nombre d'ordonnances administrées à un groupe normalisé de bénéficiaires actifs (âge, sexe et taille) exercent au cours des deux périodes visées par l'analyse. De nombreux facteurs influent sur cet effet, notamment l'utilisation de plusieurs médicaments, la présence de comorbidité et la persistance du traitement, entre autres choses.

Effet « taille de l'ordonnance »

Cet effet rend compte des variations du nombre moyen d'unités administrées par ordonnance pour un médicament donné. L'augmentation de cette mesure détermine l'augmentation du coût des médicaments, à moins qu'elle soit compensée par la réduction du nombre d'ordonnances (c.-à-d. effet « volume des ordonnances »).

Effet « concentration-forme »

Cet effet montre les variations de l'utilisation des différentes concentrations ou formes d'un ingrédient. Les médicaments sont habituellement disponibles dans une variété de combinaisons concentration-forme pour lesquelles le coût par unité peut varier considérablement. Des médicaments plus forts sont habituellement plus coûteux, et une augmentation de leur consommation pourrait contribuer positivement à une variation du coût des médicaments.

La figure 4.3.1 présente le taux de variation du coût des médicaments pour les régimes publics d'assurance-médicaments choisis de 2011-2012 à 2012-2013 en se concentrant sur les trois effets « volume » : volume des ordonnances, taille de l'ordonnance et concentration-forme. Le graphique à barres et le tableau connexe montrent les incidences d'une année à l'autre de chaque effet exprimées comme variation relative et absolue des coûts des médicaments.

Bien que les sous-effets « volume » aient varié considérablement, certains régimes affichant des effets positifs tandis que d'autres enregistraient des effets négatifs, les incidences étaient en général minimales, à quelques exceptions remarquables près.

Le volume des ordonnances était un important inducteur de coût en Alberta, en Ontario et au Nouveau-Brunswick, qui a fait grimper le coût des médicaments de 3,5 %, de 2,4 % et de 4,4 % respectivement. Dans le même temps, la taille de l'ordonnance exerçait un faible effet de traction dans les mêmes régimes (-0,4 %, -0,8 % et -1,2 % respectivement). Ces résultats indiquent que, bien que la taille de l'ordonnance en Alberta, en Ontario et au Nouveau-Brunswick diminue, le volume de consommation augmente.

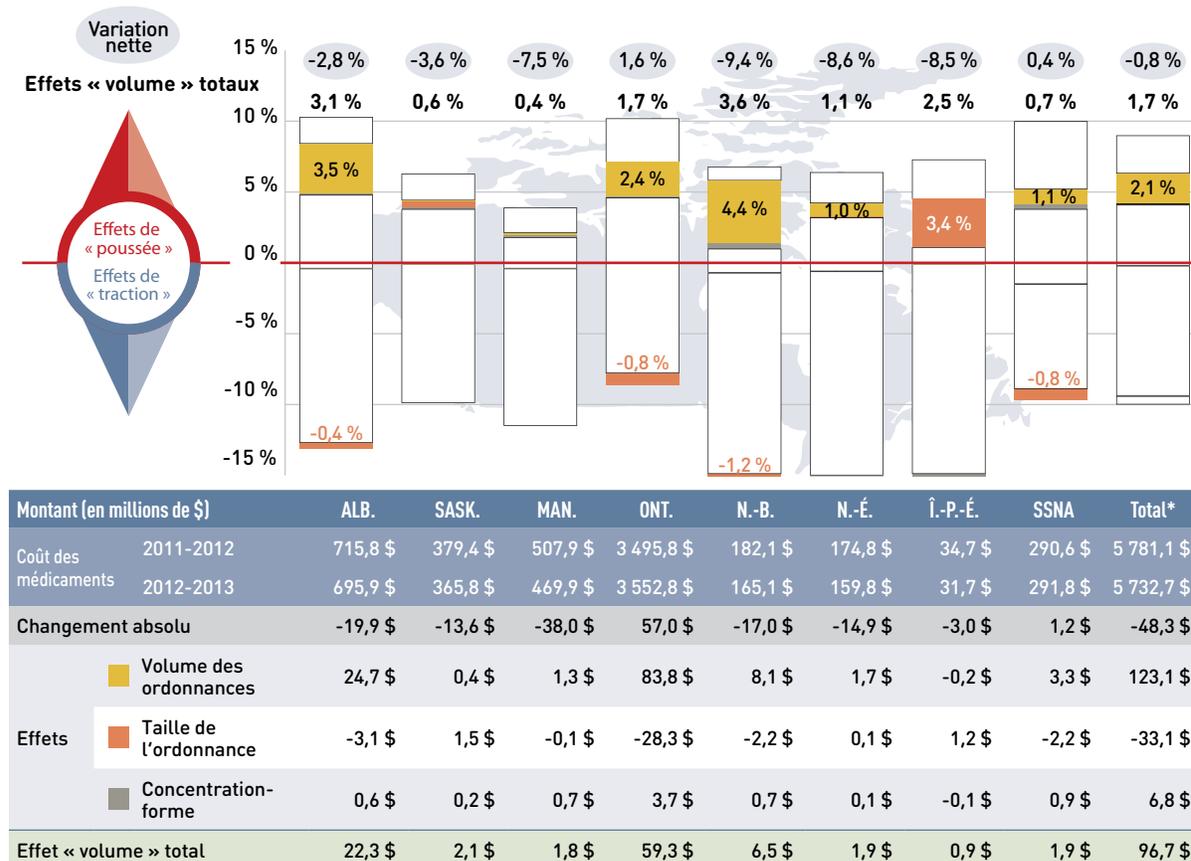
L'effet « concentration-forme » a eu une incidence minimale sur la variation du coût des médicaments dans tous les régimes.

Les figures 4.3.2 et 4.3.3 fournissent de l'information à l'appui des constatations sur le nombre moyen d'ordonnances par bénéficiaire actif et les tendances de la taille de l'ordonnance. Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur la taille de l'ordonnance, voir la section 5, figures 5.3.a, 5.3.b et 5.3.c.

L'effet « volume des ordonnances » dont fait état à la figure 4.3.1 rend compte des variations du nombre moyen d'ordonnances exécutées par bénéficiaire actif. La figure 4.3.2 donne cette mesure pour 2011-2012 et 2012-2013, accompagnée de la variation en pourcentage sur les deux années.

Comme pour les résultats de l'effet « volume des ordonnances », on constate une augmentation marquée du nombre moyen d'ordonnances exécutées par bénéficiaire en Alberta, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (2,7 %, 2,5 % et 4,6 % respectivement). Le SSNA a également enregistré une augmentation du nombre d'ordonnances par bénéficiaire de 2,8 %.

Figure 4.3.1 Taux de variation des coûts des médicaments par suite des effets « volume », régimes publics d'assurance-médicaments choisis, de 2011-2012 à 2012-2013

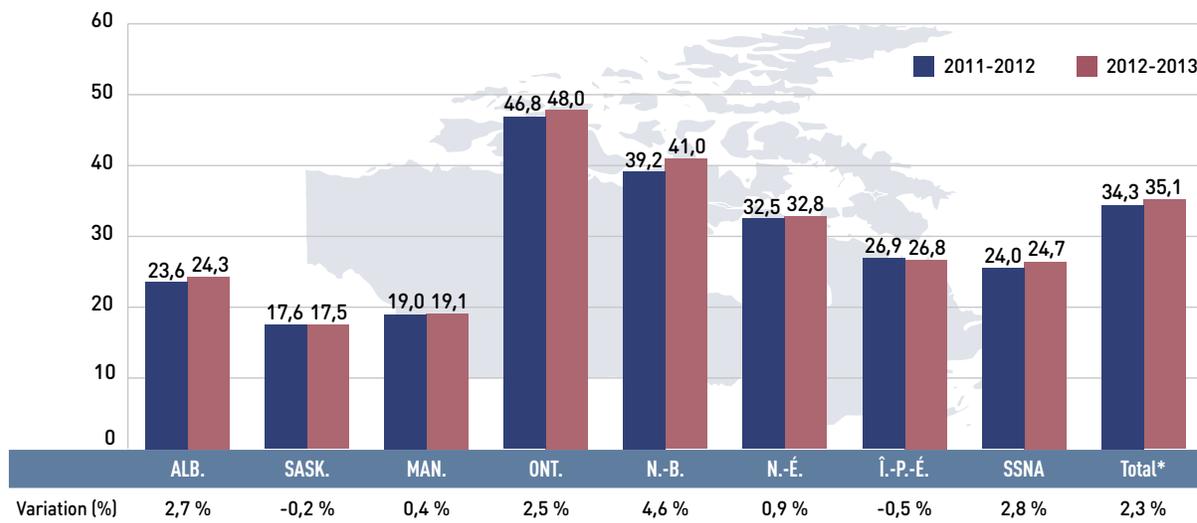


*Résultats totaux pour les régimes publics d'assurance-médicaments choisis rapportés dans cette figure.

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

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

Figure 4.3.2 Nombre moyen d'ordonnances par bénéficiaire actif, régimes publics d'assurance-médicaments choisis, de 2011-2012 à 2012-2013



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

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

Il convient de noter que ce taux d'augmentation est différent de celui déclaré pour l'effet « volume des ordonnances », parce qu'il tient compte des variations démographiques, notamment le vieillissement et les changements de la répartition par sexe.

Dans l'ensemble des régimes publics d'assurance-médicaments, les écarts du nombre moyen d'ordonnances par bénéficiaire actif sont imputables au profil démographique et au profil thérapeutique des bénéficiaires, ainsi qu'aux pratiques en matière d'ordonnance et d'exécution.

L'effet « taille de l'ordonnance » mesure l'incidence qu'exercent les variations de la quantité moyenne de médicaments distribués par ordonnance.

La figure 4.3.3 montre la tendance de la taille moyenne des ordonnances en termes d'unités physiques de 2008-2009 à 2012-2013. Il convient de noter que les données déclarées sont restreintes aux formules solides administrées par voie orale.

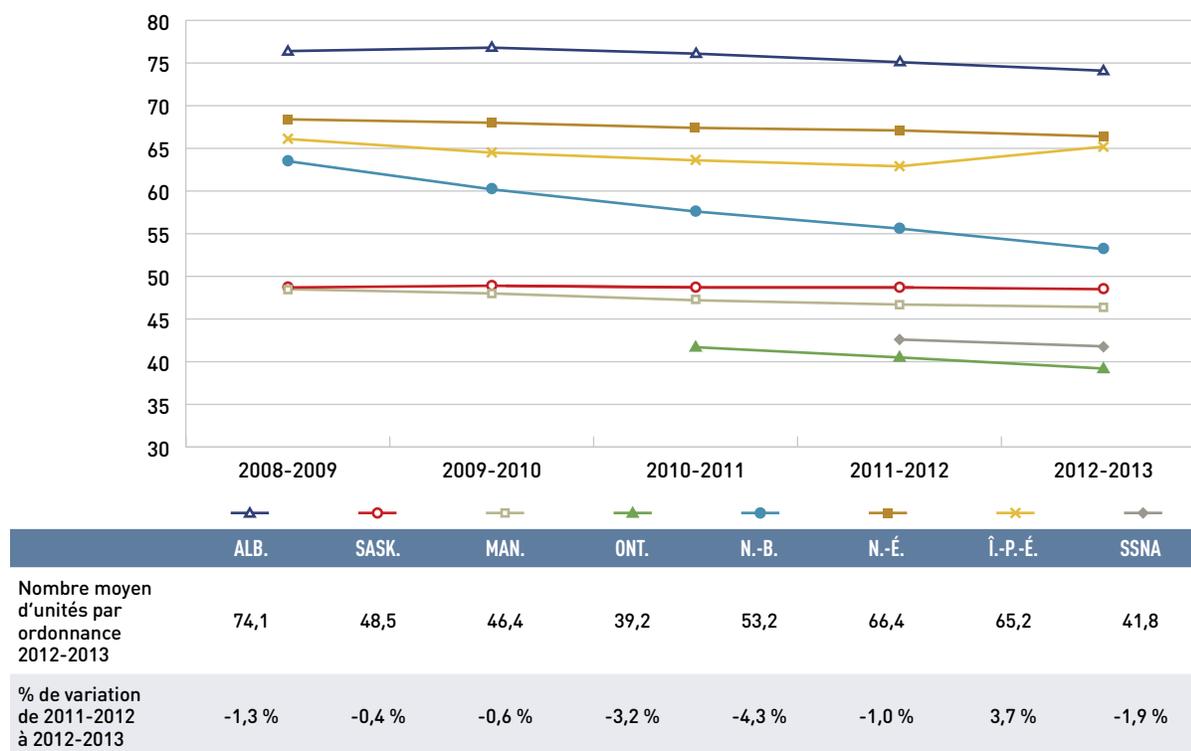
Les résultats donnent à penser que la taille moyenne des ordonnances a soit été stable ou a affiché une légère tendance à la baisse.

Pareillement à ce qui était le cas dans les constatations sur le modèle d'inducteurs de coût, il y a eu en 2012-2013 une baisse marquée de la taille moyenne des ordonnances en Alberta, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (-1,3 %, -3,2 % et -4,3 % respectivement).

Il convient de noter que le taux de diminution du nombre moyen d'unités par ordonnance est différent de celui déclaré pour l'effet « taille de l'ordonnance », parce que le premier tient compte des variations démographiques, notamment le vieillissement et de tout changement de la répartition par sexe.

Le taille de l'ordonnance est un *effet à double sens* : il exerce l'effet contraire sur les dépenses liées aux frais d'exécution, car les ordonnances plus courtes augmentent le nombre d'honoraires et, de ce fait, font grimper le coût des frais d'exécution. Ce sujet est couvert plus à fond à la section 5.

Figure 4.3.3 Nombre moyen d'unités physiques par ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments choisis, solides administrés par voie orale, de 2008-2009 à 2012-2013



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

4.4 Effets « combinaison de médicaments »

Les effets « combinaison de médicaments » comprennent les sous-effets individuels et suivants :

Effet « médicament existant »

Cet effet illustre les incidences des changements de parts de marché entre ingrédients qui sont disponibles pendant les deux périodes visées par l'analyse (c.-à-d. les exercices 2011-2012 et 2012-2013). Cet inducteur peut rendre compte des changements des schémas thérapeutiques, des pratiques en matière d'ordonnance des médecins et (ou) de la prévalence des maladies dans la population. L'incidence du remplacement d'un médicament par un autre et du déplacement des parts du marché entre les classes thérapeutiques et sous-classes thérapeutiques est prise en compte par cet effet.

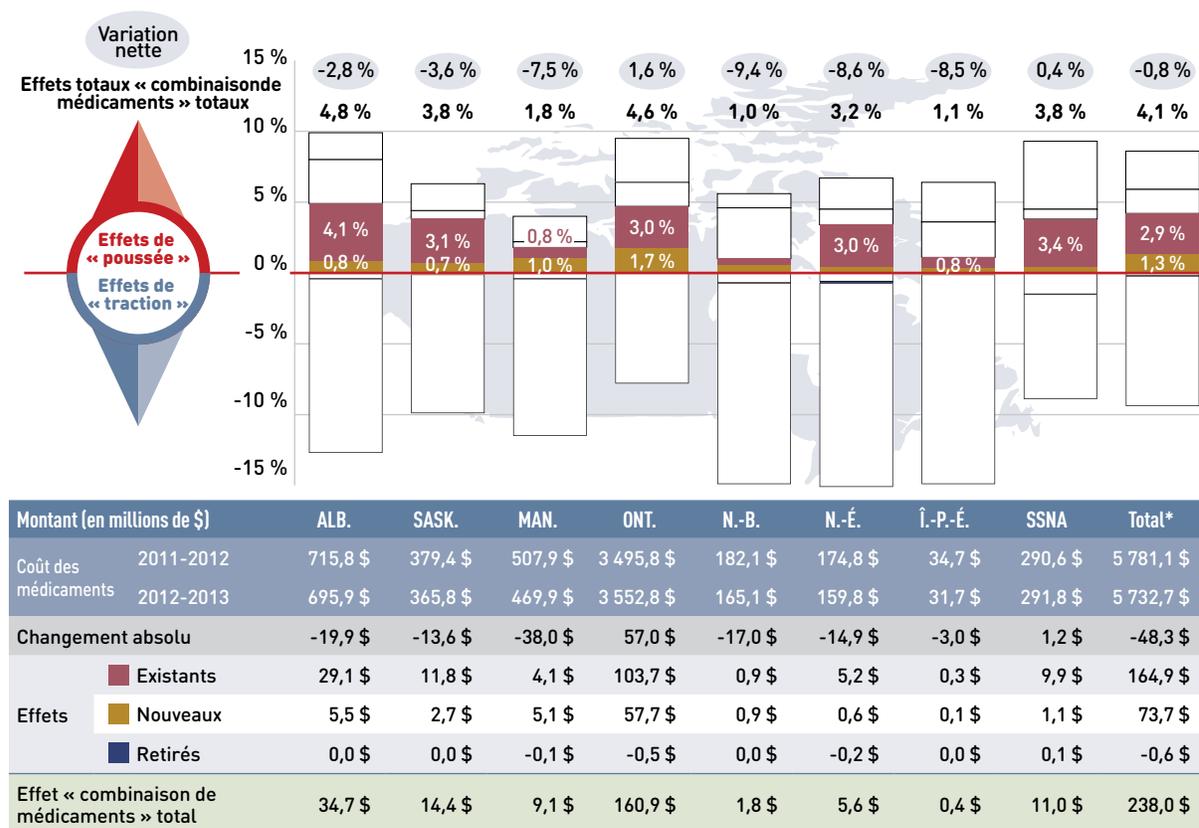
Effet « nouveau médicament »

Cet effet rend compte de l'incidence que les changements de consommation exercent sur les médicaments qui sont arrivés sur le marché pendant la deuxième période (2012-2013). Comme de nouveaux médicaments sont constamment lancés, il s'agit ici d'un important inducteur de coût. Les nouveaux médicaments moins coûteux proposent des économies (effet de « traction ») et les nouveaux médicaments plus coûteux se soldent par des augmentations de coût (effet de « poussée »). Cet inducteur mesure l'effet net de ces deux forces antagonistes.

Effet « retrait de médicament »

Cet effet tient compte de l'incidence de la consommation de médicaments qui sont retirés du marché pendant la deuxième période (2012-2013). Son incidence sera minime, à moins que des médicaments fortement utilisés ou coûteux soient retirés.

Figure 4.4.1 Taux de variation des coûts des médicaments par suite des effets « combinaison de médicaments », régimes publics d'assurance-médicaments choisis, de 2011-2012 à 2012-2013



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

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

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

La figure 4.4.1 indique le taux de variation du coût des médicaments pour les régimes publics d'assurance-médicaments choisis de 2011-2012 à 2012-2013 en se concentrant sur les trois effets « combinaison de médicaments » : médicaments existants, nouveaux médicaments et médicaments retirés. Le graphique à barres et le tableau connexe montrent les incidences d'une année à l'autre de chaque effet exprimées comme variation relative et absolue du coût des médicaments.

Les résultats indiquent que la croissance des dépenses en médicaments existants exerçait un important effet de « poussée » sur le coût des médicaments en Alberta (4,1 %), en Saskatchewan (3,1 %), en Ontario (3,0 %), en Nouvelle-Écosse (3,0 %) et dans le SSNA (3,4 %). L'effet « médicament existant » a atteint en moyenne 2,9 % dans tous les régimes, ce qui se traduit par une augmentation de 164,9 millions de dollars des coûts des médicaments en 2012-2013.

Les nouveaux médicaments ont exercé un effet de 1,3 % (73,7 millions de dollars) sur le coût des médicaments pour les régimes choisis. L'effet « médicaments retirés » était négligeable.

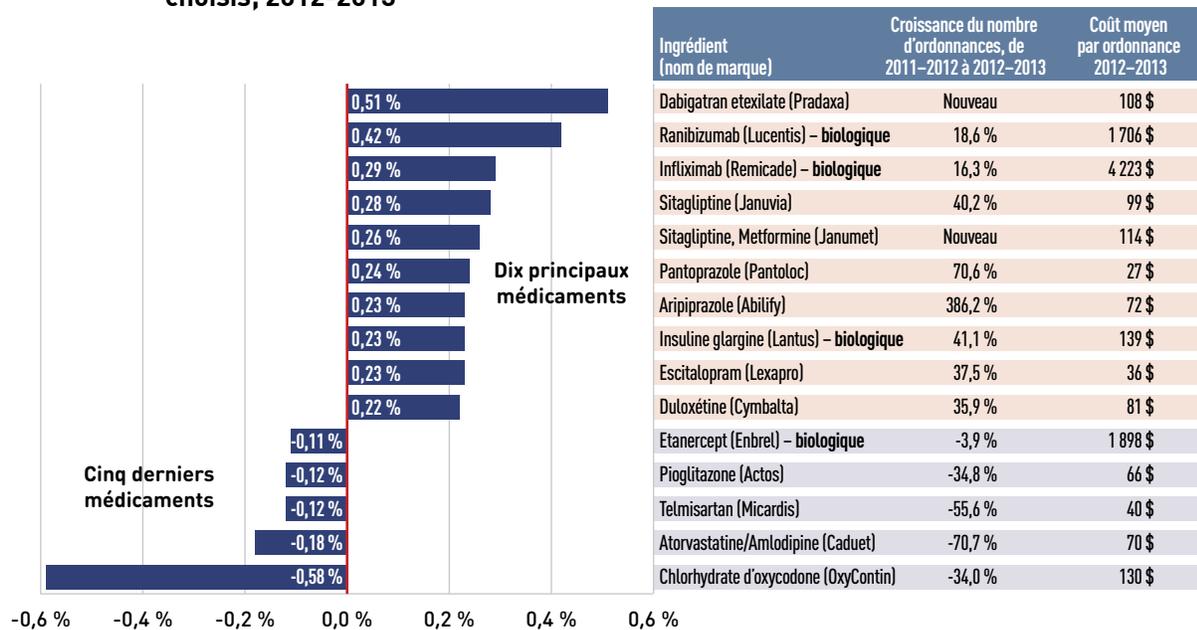
Les figures 4.4.2 et 4.2.3 donnent de l'information sur les médicaments exerçant un effet important et les classes thérapeutiques qui expliquent ces résultats.

La figure 4.4.2 ventile davantage la croissance de 4,1 % du coût des médicaments attribuable à l'effet « médicaments nouveaux et existants » en dix principaux médicaments et cinq derniers médicaments qui ont influé sur cet inducteur. Les médicaments déclarés ont un coût moyen relativement élevé par ordonnance et affichent d'importantes augmentations (dix principaux) ou baisses (derniers cinq) de la consommation en 2012-2013, mesurées par le nombre d'ordonnance.

La pression la plus importante qui s'est exercée sur le coût des médicaments en 2012-2013 était causée par le nouveau médicament antithrombotique Pradaxa, qui a fait grimper les coûts de 0,51 %. Les médicaments biologiques coûteux Lucentis, Remicade et Lantus ont fait croître les niveaux de coût des médicaments de 0,42 %, 0,29 % et 0,23 % respectivement, car leur consommation a augmenté de façon marquée (18,6 %, 16,3 % et 41,1 %, respectivement). Deux médicaments qui traitent le diabète, Januvia et Janumet (nouvel entrant), ont également fait augmenter le coût des médicaments de 0,28 % et de 0,26 % respectivement.

Parmi les cinq derniers médicaments, l'oxycodone a exercé le plus important effet de « traction » sur les coûts des médicaments, car il est à l'origine d'une baisse de 0,58 % du coût des médicaments

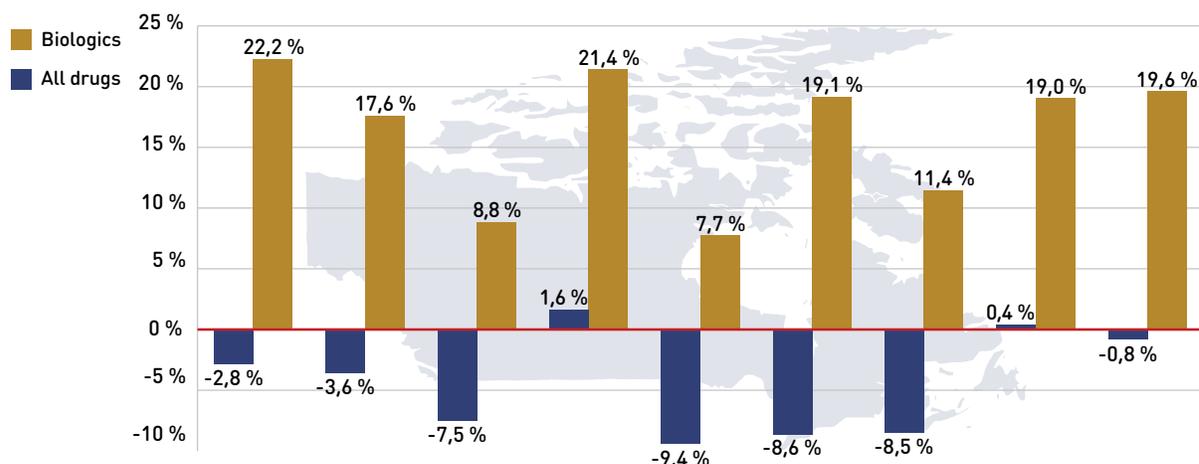
Figure 4.4.2 Dix principaux et cinq derniers médicaments contribuant à l'effet « médicaments nouveaux et existants », tous les régimes publics d'assurance-médicaments choisis; 2012-2013



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

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

Figure 4.4.3 Taux de variation des coûts des médicaments biologiques comparativement à tous les médicaments, tous les régimes publics d'assurance-médicaments choisis, de 2011-2012 à 2012-2013



Coût des médicaments biologiques en 2012-2013 (en millions de \$)	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	SSNA	Total*
	189,7 \$	72,7 \$	77,6 \$	615,5 \$	30,8 \$	29,2 \$	7,8 \$	44,0 \$	1 067,3 \$

Dix principaux médicaments biologiques selon la part du coût total des médicaments, régimes d'assurance-médicaments choisis, 2012-2013											
Rang	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Coût total des dix principaux médicaments biologiques
Nom de marque	Lucentis	Remicade	Humira	Enbrel	Lantus	Novolin	Rebif	Eprex	Levemir	Neupogen	
Part du coût total des médicaments	4,1 %	3,0 %	1,8 %	1,7 %	1,0 %	1,0 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	14,1 %

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

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

de 2012-2013 par rapport à l'année précédente. L'utilisation de l'ingrédient a diminué lorsque les régimes publics ont rayé l'OxyContin de la liste et que la version qui résiste davantage aux trucages, OxyNEO, a été lancée.

Il est à noter que la liste des médicaments qui exercent est un effet important est, dans une grande mesure, une indication des résultats que l'Ontario a enregistré en raison de la taille relativement importante de son régime public et de son poids dans les résultats totaux déclarés pour les régimes choisis.

La figure 4.4.3 fait état des taux de variation du coût des médicaments pour les médicaments biologiques, comparativement aux taux de variation du coût total des médicaments de 2011-2012 à 2012-2013.

On a constaté une importante augmentation du coût des médicaments pour les médicaments biologiques (19,6 %), ce qui contraste avec

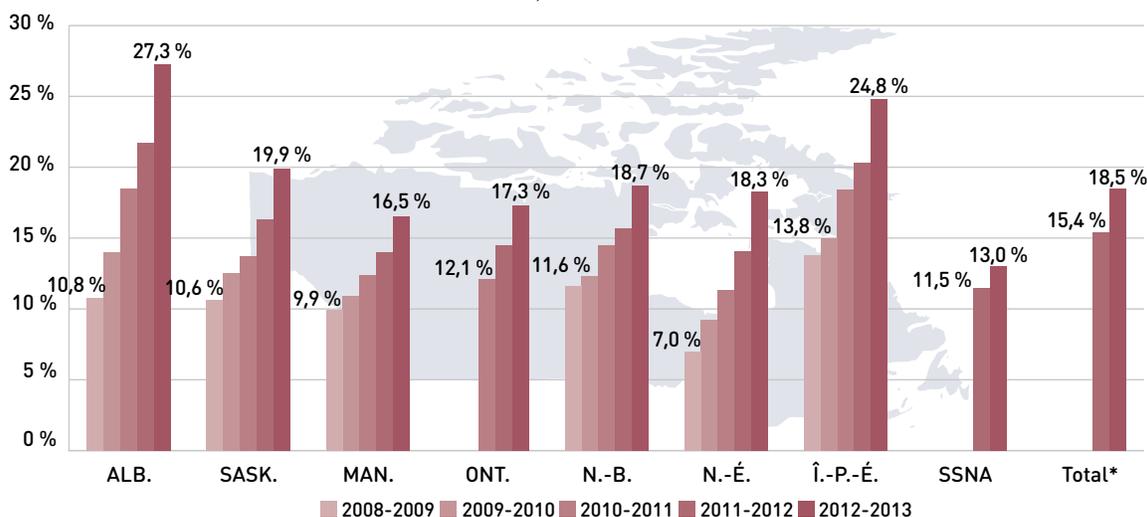
le faible taux global de variation du coût des médicaments (-0,8 %) dans les régimes publics d'assurance-médicaments choisis.

Les différences des taux de croissance des médicaments biologiques entre les provinces peuvent être imputables aux décisions en matière d'inscription sur la liste, à la prévalence des maladies traitées par ce groupe de médicaments ainsi qu'à des facteurs démographiques.

Le taux de variation relativement élevé du coût des médicaments biologiques comparativement à celui de tous les autres médicaments indiqués à la figure 4.4.3 a débouché sur l'accroissement du marché accaparé par les médicaments biologiques, qui en 2012-2013 représentaient 18,5 % des coûts totaux des médicaments.

La figure 4.4.4 présente la part du coût total des médicaments représentée par les médicaments biologiques de 2008-2009 à 2012-2013.

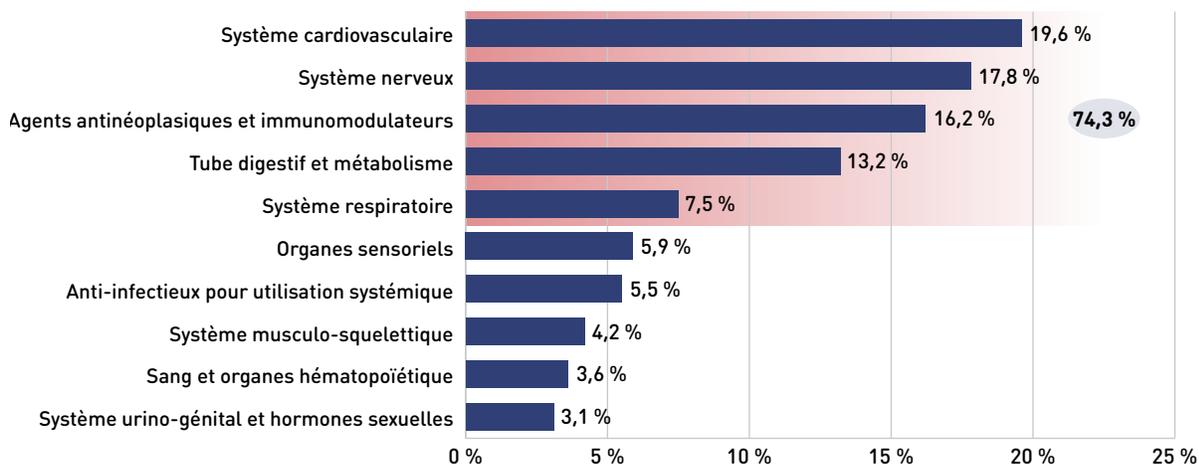
Figure 4.4.4 Part des médicaments biologiques du coût total des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments choisis, de 2008-2009 à 2012-2013



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

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

Figure 4.4.5 Les dix principales catégories thérapeutiques ATC de niveau 1 selon la part du coût total des médicaments, tous les régimes publics d'assurance-médicaments choisis, 2012-2013



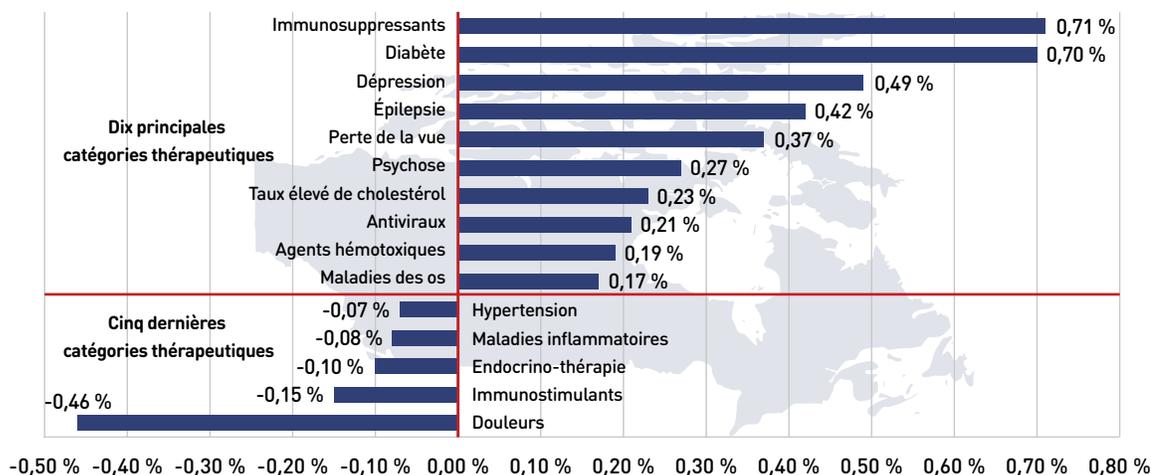
Nota : Les catégories thérapeutiques indiquées sont la catégorie de niveau 1 du Système de classification anatomique thérapeutique et chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la santé. Les régimes publics d'assurance-médicaments choisis comprennent l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario,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

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

L'Alberta et l'Île-du-Prince-Édouard ont affiché les niveaux les plus élevés de coûts liés aux médicaments biologiques par rapport au coût total des médicaments en 2012-2013 (27,3 % et 24,8 % respectivement).

La figure 4.4.5 indique les parts des dépenses en médicaments engagées en 2012-2013 pour les principales catégories thérapeutiques exprimées comme total pour tous les régimes. Le niveau 1 du Système de classification anatomique thérapeutique et chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la Santé sert de référence et renvoie au principal groupe anatomique.

Figure 4.4.6 Dix principales et cinq dernières catégories thérapeutiques ATC de niveau 2 contribuant à l'effet « nouveaux médicaments » et « médicaments existants », régimes publics d'assurance-médicaments choisis; 2012-2013



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

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

Les résultats indiquent que les dépenses se concentraient sur quelques rares catégories thérapeutiques, cardiovasculaires (19,6 %), les médicaments pour le système nerveux (17,8 %), les agents antinéoplasiques et immunomodulateurs (16,2 %), les médicaments pour le tube digestif et le métabolisme (13,2 %) et ceux pour le système respiratoire (7,5 %) représentant environ les trois quarts (74,3 %) des dépenses totales pour des médicaments en 2012-2013.

Certaines de ces catégories, notamment le système cardiovasculaire et le système nerveux, comprennent des médicaments qui sont relativement bon marché, mais qui sont consommés par un grand nombre de bénéficiaires actifs. Au contraire, les agents antinéoplasiques et immunomodulateurs sont utilisés habituellement par un petit nombre de bénéficiaires, mais ce sont souvent des médicaments onéreux.

La figure 4.4.6 présente les dix principales et les cinq dernières sous-catégories thérapeutiques qui contribuent à l'effet « médicament existant » de l'exercice 2011-2012 à 2012-2013, exprimées comme total pour tous les régimes. Le niveau 2 ATC sert de référence et renvoie au sous-groupe pharmacologique/thérapeutique.

Les résultats donnent à penser qu'un important effet de « poussée » s'est produit sous l'effet des médicaments immunosuppresseants et a majoré le coût des médicaments en 2012-2013 de 0,71 %. Cette catégorie comprend quelques-uns des médicaments biologiques qui connaissent une croissance rapide signalés aux figures 4.4.2 et 4.4.3.

Les médicaments contre le diabète ont également exercé un important effet de « poussée » sur la croissance (0,70 %). Cette catégorie rend également compte de quelques-uns des médicaments signalés à la figure 4.4.2.

Quelques rares catégories ont exercé un effet de « traction » à la baisse sur le coût des médicaments, principalement les médicaments analgésiques, qui ont fait baisser le coût des médicaments de 0,46 %.



Les moteurs des dépenses liées aux frais d'exécution, 2011-2012 à 2012-2013

Dans cette section du rapport CompasRx du SNIUMP, nous présentons une analyse exhaustive des facteurs qui déterminent les dépenses pour les frais d'exécution, mesurent leur incidence et s'étendent sur les facteurs qui déterminent les tendances des niveaux de consommation et des honoraires dans les régimes publics d'assurance-médicaments. Dans cette édition du rapport, nous nous concentrons sur les taux de variation des dépenses liées aux frais d'exécution pour les régimes d'assurance-médicaments choisis au cours des exercices 2011-2012 à 2012-2013. Nous analysons quatre effets :

Effet « démographie »

Semblable aux effets « démographie » abordés dans les inducteurs de coût des médicaments, cet effet englobe les changements de la taille de la population, ainsi que le profil de vieillissement et de répartition par sexe.

Effet « frais »

Cet effet montre l'effet qu'exercent les variations des frais d'exécution moyens par ordonnance.

Effet « taille de l'ordonnance »

Cet effet rend compte de l'incidence des variations du nombre moyen d'unités d'un médicament d'ordonnance. Cet effet détermine également le coût des médicaments, mais a l'effet contraire à celui qui a été examiné à la section 4. Une réduction de la taille de l'ordonnance exerce un effet à la hausse sur les dépenses liées aux frais d'exécution, car il faut davantage d'ordonnances pour dispenser la même quantité de médicaments.

Effet « volume des médicaments »

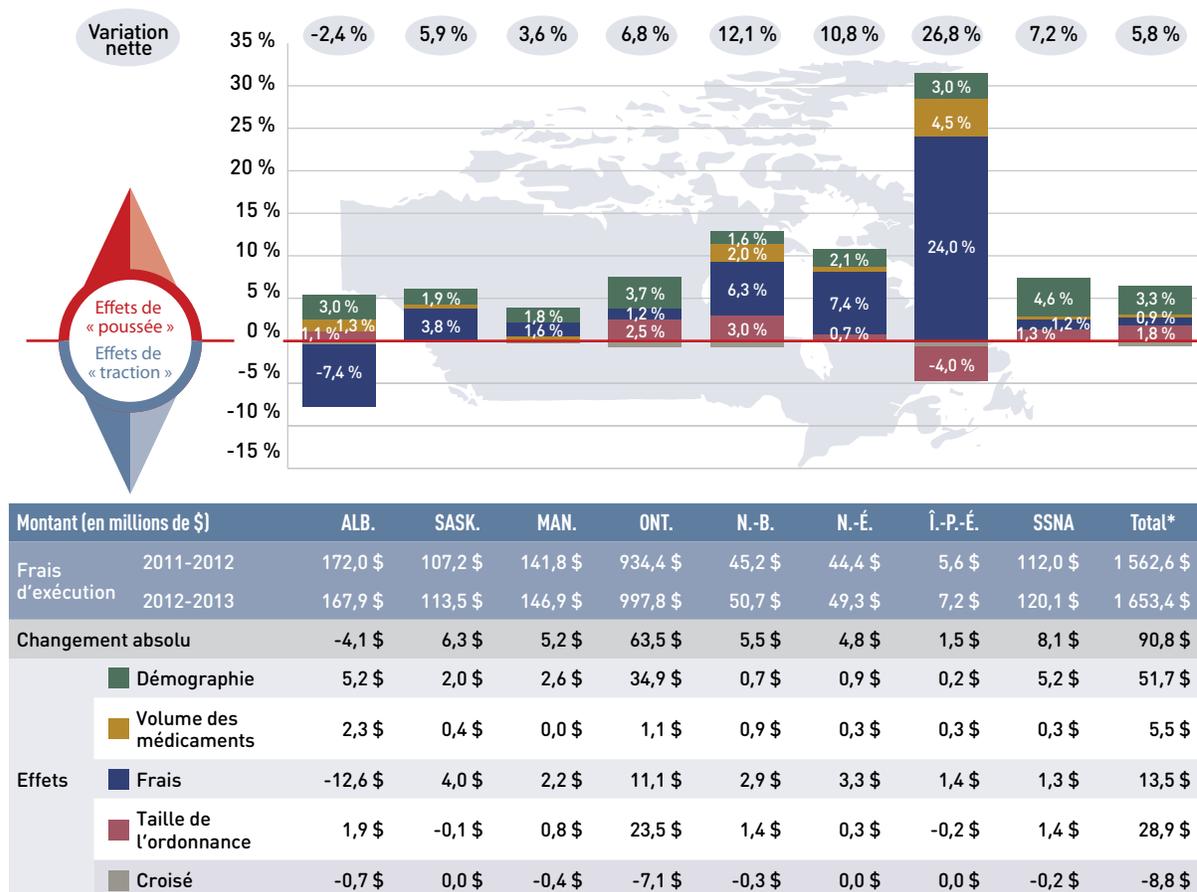
Cet effet montre l'effet qu'exercent les variations du nombre d'unités dispensées aux patients sur les deux périodes faisant l'objet de l'analyse (2011-2012 et 2012-2013). Une augmentation de cette mesure exerce un effet à la hausse sur les dépenses pour les frais d'exécution, car davantage de frais d'exécution sont perçus pour dispenser une quantité supérieure de médicaments.

Chacun de ces effets a été dérivé en supposant que tous les autres facteurs demeurent constants au cours des périodes faisant l'objet de l'analyse. Les résultats fournissent une réponse à la question suivante :

« De combien les dépenses pour les frais d'exécution auraient-elles varié si un seul facteur (p. ex., les frais d'exécution moyens par ordonnance) avait changé pendant que les autres demeuraient les mêmes? »

Comme dans le cas des coûts des médicaments analysés à la section précédente, de multiples facteurs changent simultanément, ce qui crée un effet résiduel ou croisé, qui est également déclaré afin de prendre en compte la variation totale.

Figure 5.1 Taux de variation des dépenses pour les frais d'exécution imputables aux effets « démographie », « frais », « nombre d'ordonnance » et « volume des médicaments », régimes publics d'assurance-médicaments choisis, de 2011-2012 à 2012-2013



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

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

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

La figure 5.1 indique les taux de variation des dépenses pour les frais d'exécution des régimes publics d'assurance-médicaments choisis, de l'exercice 2011-2012 à l'exercice 2012-2013, et ventile la variation en quatre catégories : effets « démographie », « frais », « taille de l'ordonnance » et « volume des médicaments ». On signale également un effet croisé. Le graphique à barres et le tableau connexe ci-après montrent les incidences d'une année à l'autre de chaque effet exprimées comme variation relative et absolue des dépenses liées aux frais d'exécution.

Globalement, les résultats de la plupart des effets ont varié considérablement d'un régime d'assurance-médicaments à l'autre. Relevons surtout que l'effet « frais » a exercé un effet de « traction » sur les dépenses pour les frais d'exécution en Alberta

(-7,4 %) et un effet de « poussée » à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick (24,0 %, 7,4 % et 6,3 % respectivement). Ces résultats sont liés directement aux taux de variation des frais d'exécution moyens par ordonnance signalés au Tableau 5.1.

De même, l'effet « taille de l'ordonnance » a exercé un effet positif dans quelques régimes publics, notamment au Nouveau-Brunswick (3,0 %), en Ontario (2,5 %) et en Alberta (1,1 %). Ces derniers sont analysés plus à fond aux figures 5.2 et 5.3a à c. L'effet de « traction » de la taille de l'ordonnance à l'Île-du-Prince-Édouard (-4,0 %) semble signaler une croissance de la taille de l'ordonnance au moment où les frais d'exécution moyen ont également augmenté.

Tableau 5.1 Frais d'exécution moyens par ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments choisis, de 2008-2009 à 2012-2013

Régime public d'assurance-médicaments choisis Taux de croissance de 2011-2012 à 2012-2013	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Taux de croissance de 2011-2012 à 2012-2013	Taux de croissance annuel composé de 2008-2009 à 2012-2013
Alberta	12,81 \$	13,07 \$	15,22 \$	14,50 \$	13,43 \$	-7,4 %	1,2 %
Saskatchewan	8,16 \$	8,54 \$	8,90 \$	9,29 \$	9,64 \$	3,8 %	4,3 %
Manitoba	9,06 \$	9,21 \$	9,39 \$	9,58 \$	9,73 \$	1,6 %	1,8 %
Ontario	-	-	7,00 \$	7,34 \$	7,43 \$	1,2 %	-
Nouveau-Brunswick	9,36 \$	10,05 \$	10,21 \$	9,83 \$	10,45 \$	6,3 %	2,8 %
Nouvelle-Écosse	9,88 \$	9,92 \$	10,08 \$	10,32 \$	11,08 \$	7,4 %	2,9 %
Île-du-Prince-Édouard	6,72 \$	6,77 \$	6,84 \$	6,82 \$	8,46 \$	24,0 %	5,9 %
SSNA	-	-	-	8,16 \$	8,26 \$	1,2 %	-

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

L'effet « volume des médicaments » a exercé un effet positif sur les dépenses liées aux frais d'exécution à l'Île-du-Prince-Édouard (4,5 %) et un effet modéré au Nouveau-Brunswick (2,0 %) et en Alberta (1,3 %). Pour les autres régimes, l'effet « volume des médicaments » était minime.

En comparaison, l'effet « démographie » était régulièrement positif dans tous les régimes, s'établissant en moyenne à 3,3 % de 2011-2012 à 2012-2013. Ce résultat rend compte à la fois des augmentations de la population de bénéficiaires actifs signalées à la figure 4.2.2 et du vieillissement de la population.

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

L'effet « frais » indiqué à la figure 5.1 est le résultat direct des augmentations des frais d'exécution moyens par ordonnance de 2011-2012 à 2012-2013 signalé au tableau 5.1. Ce tableau montre également les frais d'exécution moyens par ordonnance pour les exercices 2008-2009 à 2012-2013, ainsi que le taux de variation annuel composé. Les résultats sont une moyenne d'ensemble de toutes les

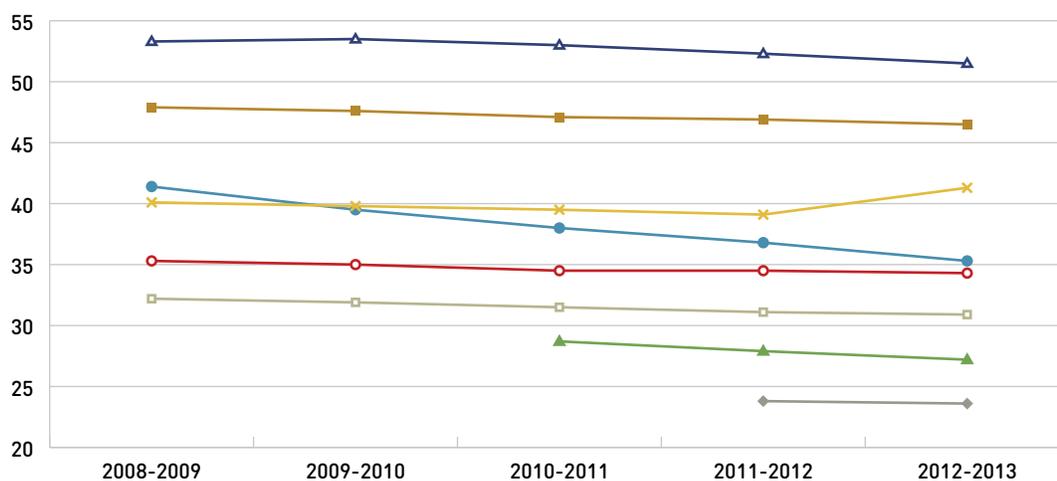
ordonnances et englobent un éventail de frais d'exécution remboursés par les régimes.

Les variations des niveaux des frais d'exécution d'un régime public à l'autre sont conformes aux politiques de remboursement (annexe D) et semblent présenter une corrélation avec le nombre moyen d'ordonnances déclaré à la figure 5.2.

Par exemple, l'Ontario et le SSNA, qui ont remboursé quelques-uns des frais d'exécution les plus faibles en 2012-2013 (7,43 \$ et 8,26 \$ respectivement en moyenne), ont également enregistré quelques-unes des plus faibles taille d'ordonnance mesurées par le nombre de jours moyens d'approvisionnement par ordonnance pour les solides administrés par voie orale (27,2 jours et 23,6 jours respectivement).

Par ailleurs, l'Alberta, qui a enregistré les frais d'exécution moyens par ordonnance les plus élevés en 2012-2013 (13,43 \$), affichait également la plus grande taille de l'ordonnance (51,5 jours). Il convient de noter que les frais d'exécution moyens en Alberta étaient à la baisse ces dernières années, passant d'un sommet de 15,22 \$ en 2010-2011 à 13,43 \$ en 2012-2013. Les marges bénéficiaires des pharmacies sont minimes dans ce régime, comme on le signale à la figure 2.1.

Figure 5.2 Nombre moyen de jours d’approvisionnement par ordonnance, régimes publics d’assurance-médicaments choisis, solides administrés par voie orale, de 2008-2009 à 2012-2013



	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	SSNA
Nombre moyen de jours d’approvisionnement par ordonnance 2012-2013	51,5	34,3	30,9	27,2	35,3	46,5	41,3	23,6
Variation (%) de 2011-2012 à 2012-2013	-1,4 %	-0,5 %	-0,7 %	-2,7 %	-3,9 %	-0,7 %	5,5 %	-0,8 %

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

Malgré les fortes variations des frais d’exécution et de la taille de l’ordonnance moyens d’un régime à l’autre, les dépenses liées aux frais d’exécution représentent souvent une portion comparable du coût total des ordonnances (19,4 % en Alberta et 20,7 % en Ontario – figure 2.1).

Les variations d’un régime à l’autre peuvent également rendre compte des approches différentes adoptées pour le remboursement de pharmacie par au moyen de politiques afférentes au coût des médicaments, aux marges bénéficiaires des pharmacies et aux frais d’exécution. Alors que les montants remboursés pour les frais d’exécution et la taille de l’ordonnance influent sur les dépenses liées aux frais d’exécution, les niveaux peuvent également être influencés par le profil des maladies de la population et les types de médicament utilisés principalement (p. ex., traitement en phase aiguë par opposition à traitement d’entretien).

L’effet « taille de l’ordonnance » signalé à la figure 5.1 est influencé par les variations du nombre moyen de jours d’approvisionnement par

ordonnance. La tendance du nombre de jours d’approvisionnement par ordonnance est signalée à la figure 5.2 pour les exercices 2008-2009 à 2012-2013. Les résultats sont une moyenne d’ensemble de toutes les ordonnances pour les formes solides administrées par voie orale et englobent tous les types de thérapie (en phase aiguë et d’entretien).

Le nombre de jours d’approvisionnement par ordonnance et le nombre d’unités physiques de médicaments par ordonnance (figure 4.3.3) sont des mesures de la taille de l’ordonnance. Cette dernière mesure est utilisée dans les modèles des inducteurs de coût des médicaments et des frais d’exécution.

Semblablement aux résultats présentés à la figure 4.2.3 sur le nombre moyen d’unités physiques de médicaments par ordonnance, les résultats sur le nombre moyen de jours d’approvisionnement par ordonnance donnent à penser que la taille de l’ordonnance était soit stable ou a fléchi légèrement pour la plupart des régimes publics d’assurance-médicaments de 2008-2009 à 2012-2013.

L'Alberta, l'Ontario et le Nouveau-Brunswick ont enregistré les baisses les plus marquées de la taille moyenne des ordonnances. Cette tendance a exercé un effet de « poussée » sur les dépenses liées aux frais d'exécution, car il a fallu davantage d'ordonnances pour dispenser un volume donné de médicaments. Dans la section suivante, nous examinons les variations de la taille de l'ordonnance dans les trois régimes au cours des dernières années.

Taille de l'ordonnance– études de cas

Les figures 5.3a, 5.3b et 5.3c illustrent des études de cas de variations de la taille de l'ordonnance dans trois régimes publics d'assurance-médicaments : Nouveau-Brunswick, Ontario et Alberta. Ces régimes ont enregistré des baisses marquées de la taille moyenne des ordonnances en 2012-2013 (figure 5.2) qui ont exercé des effets de « poussée » sur les dépenses liées aux frais d'exécution de 3,0 %, 2,5 % et 1,1 % respectivement (figure 5.1).

Pour ces études de cas, les 350 ingrédients principaux les plus utilisés en 2012-2013 dans des formes solides administrées par voie orale ont été choisis pour être analysés. La variation en pourcentage du nombre moyen de jours d'approvisionnement de 2008-2009 à 2012-2013 a été calculée pour l'Alberta et du Nouveau-Brunswick, et la variation en pourcentage de 2010-2011 à 2012-2013 a été calculée pour l'Ontario (compte tenu des données disponibles).

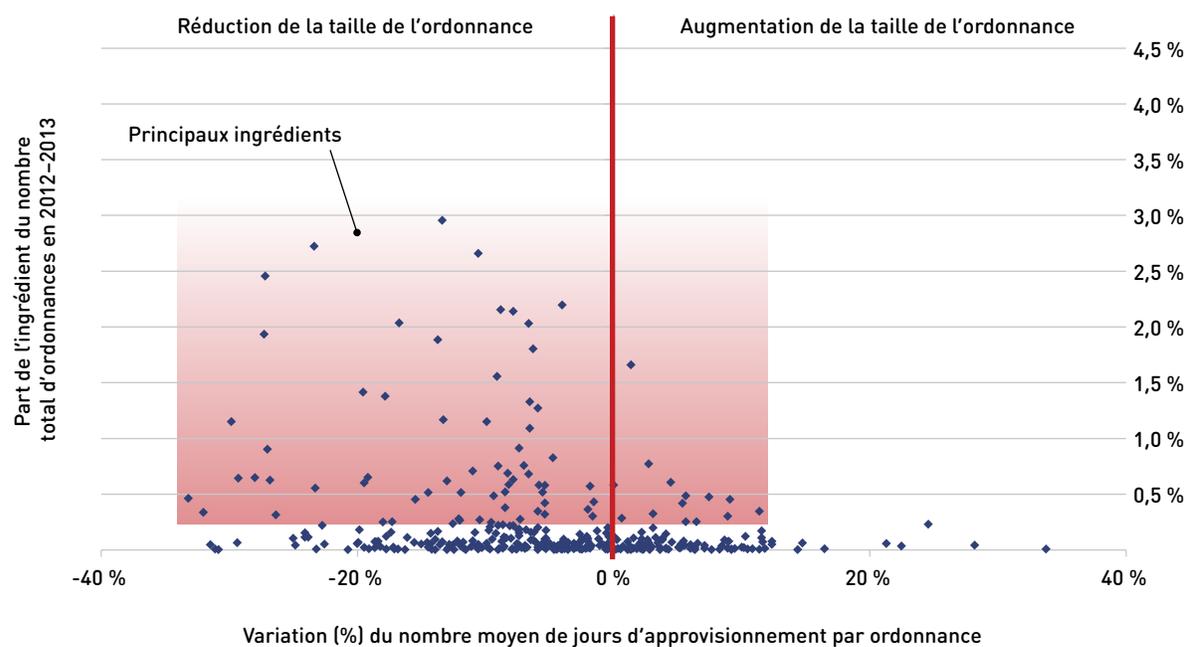
Les résultats sont présentés sous forme de diagrammes de dispersion au niveau des ingrédients, la variation en pourcentage du nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance étant représentée sur l'axe des abscisses et la part en pourcentage du volume total d'ordonnances pour chaque médicament sur l'axe des ordonnées.

Les figures fournissent également des tableaux indiquant les dix principaux médicaments sur le plan du volume des ordonnances et de leur variation correspondante de la taille de l'ordonnance.

La taille de l'ordonnance a diminué pour une importante proportion des ingrédients au Nouveau-Brunswick et en Alberta (73 % et 63 % des ingrédients respectivement). Dans les deux régimes publics d'assurance-médicaments, les ingrédients représentant les parts de marché les plus importantes en termes d'ordonnances ont affiché des baisses marquées de la durée des ordonnances.

Bien que la période d'étude en Ontario ait été plus restreinte, la figure 5.3c montre que la durée des ordonnances a baissé pour la plupart des ingrédients.

Figure 5.3a Nouveau-Brunswick : Variation en pourcentage de la taille de l'ordonnance par ingrédient, de 2008-2009 à 2012-2013

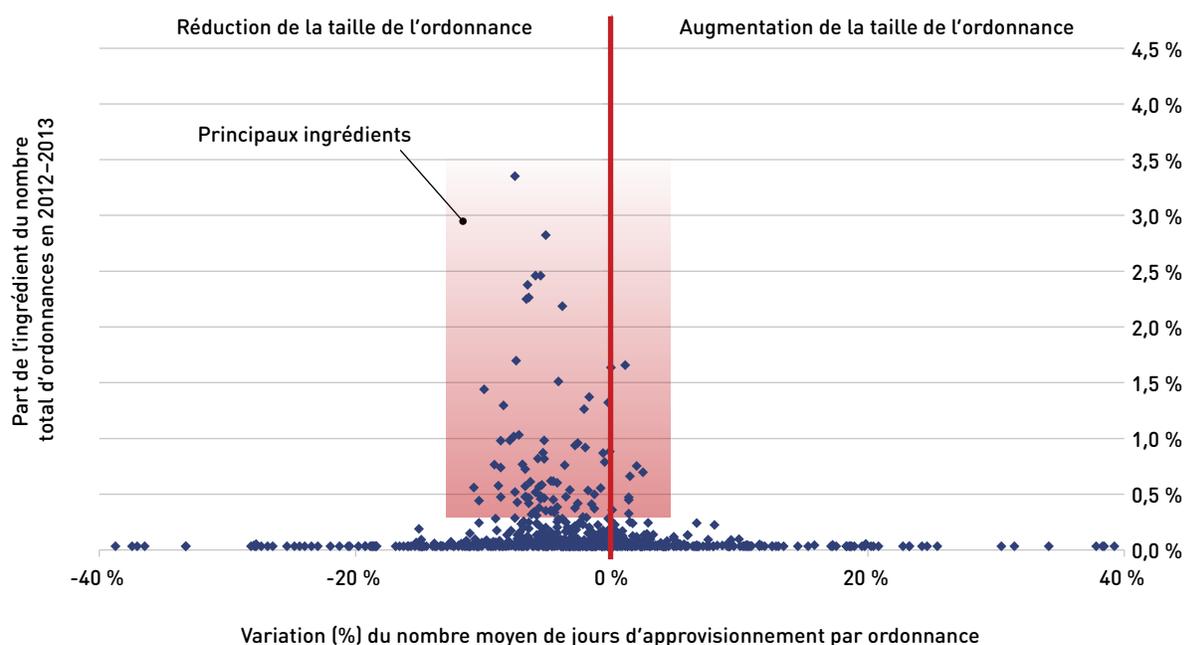


Ingrédient	Part en % du total des ordonnances 2008-2009	Part en % du total des ordonnances 2012-2013	Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance 2008-2009	Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance 2012-2013	Variation (%) de la taille de l'ordonnance de 2008-2009 à 2012-2013
Pantoprazole	0,6 %	2,9 %	45	38	-15,4 %
Zopiclone	1,7 %	2,7 %	30	22	-26,4 %
Levothyroxine	2,5 %	2,6 %	54	48	-12,3 %
Quétiapine	1,3 %	2,4 %	24	17	-30,6 %
Rosuvastatine	1,4 %	2,2 %	56	53	-5,1 %
Lorazépam	2,4 %	2,1 %	27	24	-10,4 %
Atorvastatine	2,5 %	2,1 %	56	50	-9,3 %
Citlopram	1,5 %	2,0 %	35	28	-19,1 %
Metformine	2,0 %	2,0 %	50	46	-8,0 %
Clonazépam	1,5 %	1,9 %	23	16	-30,7 %

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

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

Figure 5.3b Ontario : Variation en pourcentage de la taille de l'ordonnance par ingrédient, de 2008-2009 à 2012-2013

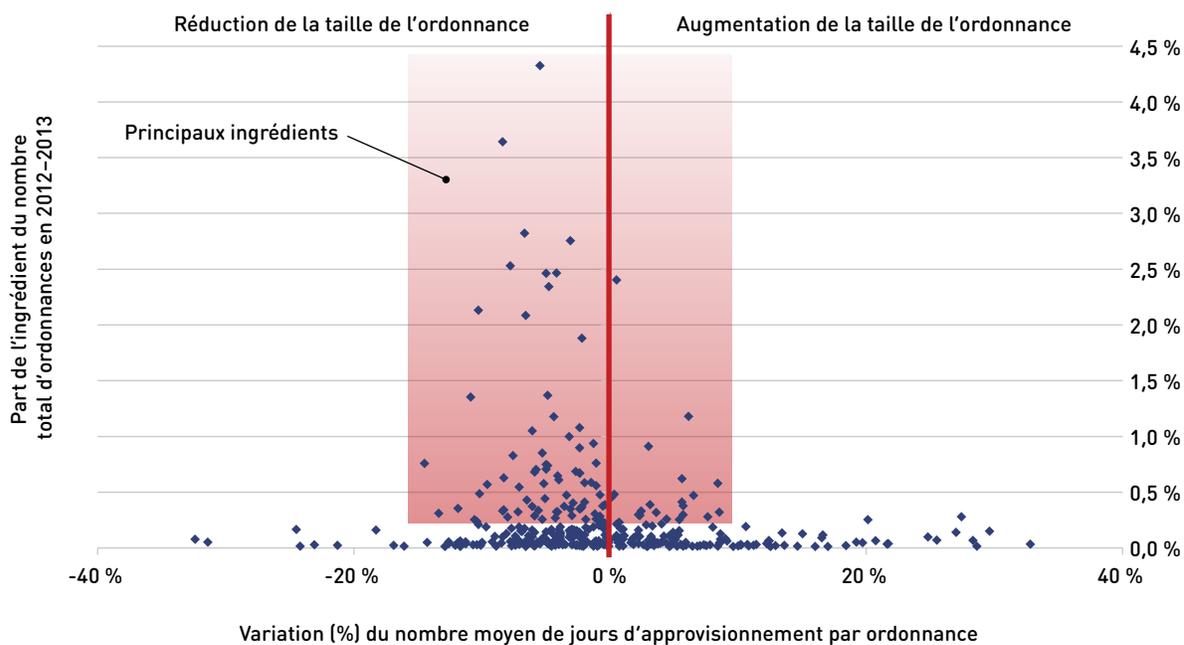


Ingrédient	Part en % du total des ordonnances 2008-2009	Part en % du total des ordonnances 2012-2013	Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance 2008-2009	Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance 2012-2013	Variation (%) de la taille de l'ordonnance de 2008-2009 à 2012-2013
Atorvastatine	3,5 %	3,4 %	39	36	-7,6 %
Levothyroxine	2,7 %	2,8 %	34	32	-5,2 %
Metformine	2,4 %	2,5 %	35	33	-5,6 %
Rosuvastatine	2,0 %	2,5 %	44	42	-6,0 %
Amlodipine	2,3 %	2,4 %	37	34	-6,6 %
Furosémide	2,4 %	2,3 %	20	19	-6,5 %
Pantaprazole	1,5 %	2,3 %	27	25	-6,7 %
Ramipril	2,5 %	2,2 %	36	34	-3,9 %
Tartrate de métoprolol	1,7 %	1,7 %	31	28	-7,5 %
Quétiapine	1,6 %	1,7 %	12	12	1,0 %

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

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

Figure 5.3c Alberta : Variation en pourcentage de la taille de l'ordonnance par ingrédient, de 2008-2009 à 2012-2013



Ingrédient	Part en % du total des ordonnances 2008-2009	Part en % du total des ordonnances 2012-2013	Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance 2008-2009	Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance 2012-2013	Variation (%) de la taille de l'ordonnance de 2008-2009 à 2012-2013
Levothroxine	4,0 %	4,3 %	66	63	-5,5 %
Atorvastatine	3,6 %	3,6 %	69	63	-8,4 %
Pantoprazole	1,9 %	2,8 %	55	51	-6,7 %
Metformine	2,4 %	2,8 %	63	61	-3,1 %
Amlodipine	2,2 %	2,5 %	66	60	-7,8 %
Rosuvastatine	1,4 %	2,5 %	73	69	-4,2 %
Ramipril	2,9 %	2,5 %	61	58	-5,0 %
Zopiclone	2,3 %	2,4 %	48	48	0,5 %
Métoprolol	2,2 %	2,3 %	57	54	-4,8 %
Warfarine	2,3 %	2,1 %	44	40	-10,3 %

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

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

Références



- ¹ Institut canadien d'information sur la santé. 2014. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*. Ottawa : ICIS, page 137. Sur Internet : http://www.cihi.ca/web/resource/fr/nhex_2014_report_fr.pdf (consulté en mars 2015)
- ² Institut canadien d'information sur la santé. 2012. *Base de données sur le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, – document d'information sur les régimes, juillet 2012*. Ottawa : ICIS.
- ³ Institut canadien d'information sur la santé. 2014. *Dépenses en médicaments prescrits au Canada 2012 : regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments*. Ottawa : ICIS, page 31-33. Sur Internet : https://secure.cihi.ca/free_products/Prescribed_Drug_Spending_in_Canada_FR.pdf (Consulté en mars 2015)
- ⁴ Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. 2013. *Les facteurs de coût associés aux dépenses en médicaments d'ordonnance – rapport méthodologique*. Ottawa : CEPMB. Sur Internet : <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=887&lang=fr> (consulté en mars 2015)
- ⁵ IMS Brogan Strategic Information Services. 2012 and 2013. *Provincial Reimbursement Advisor (PRA)*. Volume 15 (2, 3, 4) et Volume 16 (1 et 2).
- ⁶ Conseil de la fédération. Sur Internet : <http://www.canadaspremiers.ca/fr/> (consulté en mars 2015)
- ⁷ Santé Canada. 2013. *Base de données des avis de conformité (AC)*. Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/notices-avis/noc-acc/index-fra.php> (consulté en mars 2015)
- ⁸ Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. 2013. *Rapport annuel 2012 du CEPMB*. Ottawa : CEPMB. Sur Internet : http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/CMFiles/Publications/Annual%20Reports/2012/2012-Annual-Report_2013-10-17_FR.pdf (consulté en mars 2015)
- ⁹ Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. 2014. *Programme commun d'évaluation des médicaments*. Sur Internet : <http://www.cadth.ca/fr/products/cdr> (consulté en mars 2015)
- ¹⁰ Statistique Canada. 2012. *Population par année, par province et territoire*. Statistique Canada, tableau CANSIM 051 0001. Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/demo02a-fra.htm> (consulté en mars 2015)
- ¹¹ Programme des services de santé non assurés (SSNA). 2012. *Services de santé non assurés – Sommaire du rapport annuel, 2011-2012*. Ottawa : Santé Canada.
- ¹² De Coster et coll. 2005. *The High Cost of High-Cost Drug Users in Manitoba*. Winnipeg : Manitoba Centre for Health Policy, Université du Manitoba. Sur Internet : http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/high_cost_summ.pdf (consulté en mars 2015)
- ¹³ Statistique Canada. 2012. *Le Quotidien – Estimations de la population du Canada : âge et sexe*. Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/120927/dq120927b-fra.htm> (consulté en mars 2015)
- ¹⁴ Statistique Canada. 2014. *Estimations de la population du Canada : âge et sexe*. Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/140926/dq140926b-fra.htm> (consulté en mars 2015)
- ¹⁵ Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. 2010. *Effet des baby-boomers sur les dépenses en médicaments d'ordonnance et les demandes de remboursement*. Ottawa : CEPMB. Sur Internet : <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/cmfiles/npduis/NPDUIS-Baby-Boomer-f.pdf> (consulté en mars 2015)



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

Au tableau A1, nous présentons un résumé des concepts des régimes en 2012-2013 des régimes publics d'assurance-médicaments participant à l'initiative du SNIUMP, de la façon détaillée dans un document d'information sur les régimes réalisé par l'ICIS².

Tableau A1 Concepts des régimes publics d'assurance-médicaments, 2012-2013

Régime public d'assurance-médicaments	Description de la couverture																
Colombie-Britannique	<p>Régimes / admissibilité</p> <p>La Colombie-Britannique possède un programme universel comportant une variété de groupes de bénéficiaires et de sous-régimes : le régime Fair PharmaCare, qui fournit une aide régulière aux résidents nés en 1940 et après et une aide renforcée aux résidents qui font partie d'une famille dont au moins un des conjoints est né en 1939 ou avant; les résidents permanents d'établissements de soins en résidence agréés; les bénéficiaires de l'aide au revenu et les enfants et adolescents pris en charge; les personnes atteintes de fibrose kystique qui sont inscrites dans une clinique provinciale de traitement de la fibrose kystique; les enfants gravement handicapés âgés de 18 ans et moins; les médicaments psychiatriques pour les personnes inscrites par un centre de services de santé mentale; les services de gestion des médicaments fournis par des pharmacies, par exemple les vaccinations financées par l'État et l'examen de la pharmacothérapie d'un patient; les soins palliatifs à domicile; les patients inscrits au BC Centre for Excellence in HIV/AIDS; et un programme de renoncement au tabac.</p> <p>Partage des coûts</p> <p>La Colombie-Britannique avait des franchises annuelles fondées sur le revenu pour ses programmes d'aide Fair PharmaCare et Fair PharmaCare amélioré (voir les tableaux ci-après). Il n'y avait pas de franchise pour les autres régimes/programmes. Après que les franchises avaient été acquittées, les quotes-parts s'élevaient à 30 % du coût des médicaments d'ordonnance pour le programme Fair PharmaCare et 25 % pour le programme amélioré.</p> <p>Fair PharmaCare</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Revenu net de la famille</th> <th>Franchise approximative (% du revenu net)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><15 000 \$</td> <td>0 %</td> </tr> <tr> <td>15 000 \$-30 000 \$</td> <td>2 %</td> </tr> <tr> <td>>30 000 \$</td> <td>3 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fair PharmaCare – Aide renforcée</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Revenu net de la famille</th> <th>Franchise approximative (% du revenu net)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><33 000 \$</td> <td>0 %</td> </tr> <tr> <td>33 000 \$-50 000 \$</td> <td>1 %</td> </tr> <tr> <td>>50 000 \$</td> <td>2 %</td> </tr> </tbody> </table>	Revenu net de la famille	Franchise approximative (% du revenu net)	<15 000 \$	0 %	15 000 \$-30 000 \$	2 %	>30 000 \$	3 %	Revenu net de la famille	Franchise approximative (% du revenu net)	<33 000 \$	0 %	33 000 \$-50 000 \$	1 %	>50 000 \$	2 %
	Revenu net de la famille	Franchise approximative (% du revenu net)															
	<15 000 \$	0 %															
15 000 \$-30 000 \$	2 %																
>30 000 \$	3 %																
Revenu net de la famille	Franchise approximative (% du revenu net)																
<33 000 \$	0 %																
33 000 \$-50 000 \$	1 %																
>50 000 \$	2 %																
Alberta	<p>Régimes / admissibilité</p> <p>L'Alberta possède un Seniors Drug Program qui couvre les personnes âgées de 65 ans et plus et leurs personnes à charge admissibles, ainsi que les veufs et les veuves et leurs personnes à charge; une Palliative Coverage pour les résidents traités à domicile; et un Non-Group Coverage pour les résidents de moins de 65 ans. Les remboursements des demandes accordés aux résidents des établissements de soins de longue durée par l'intermédiaire de mesures de soutien du revenu, comme les programmes Alberta Adult Health Benefit, Assured Revenu for Severely Handicapped, Child Health Benefit, Child Intervention Services et Family Supports for Children with Disabilities ne sont pas communiqués au SNIUMP. Il y a plusieurs autres programmes, notamment l'Outpatient Cancer Drug Program et le Specialized High Cost Drug Program (qui comprend un financement des médicaments pour les greffes d'organe et de lutte contre le VIH/sida, ainsi que les coûts de plusieurs autres médicaments).</p> <p>Partage des coûts</p> <p>L'Alberta a établi les quotes-parts à 30 % de l'ordonnance jusqu'à concurrence de 25 \$ pour les aînés, les veufs et les veuves, les soins palliatifs et les bénéficiaires individuels. Les primes des <i>bénéficiaires individuels</i> étaient de 118,00 \$/mois pour les familles et de 63,50 \$/mois pour les célibataires. Les primes subventionnées pour les bénéficiaires individuels étaient proposées en fonction du revenu comme suit : 82,60 \$/mois pour les familles et 44,45 \$/mois pour les célibataires. Pour les soins palliatifs, la quote-part maximale était de 1 000 \$.</p>																

Saskatchewan

Régimes / admissibilité

La Saskatchewan dispose d'un programme universel comportant plusieurs régimes et groupes de bénéficiaires (à l'exception des personnes admissibles dans le cadre d'une autre agence, principalement des programmes fédéraux). Le programme universel est le **Special Support Program** qui vient en aide aux personnes dont les coûts en médicaments sont élevés par rapport à leurs revenus. Les autres groupes de bénéficiaires et régimes comprennent un **Seniors' Drug Plan** pour les personnes qui sont admissibles en fonction de leur revenu; les aînés bénéficiaires des prestations de supplément de revenu garanti ou du Saskatchewan Revenu Plan supplement; un **Children's Drug Program** pour les enfants âgés de 14 ans et moins; les **Supplementary Health and Family Health Benefits** pour lesquels l'admissibilité est établie par l'entremise des services sociaux; le programme **Saskatchewan Aids to Independent Living** pour les paraplégiques; des programmes de lutte contre la fibrose cystique et les maladies rénales; les **soins palliatifs**; l'**aide d'urgence** sous forme d'aide unique jusqu'à ce que le bénéficiaire puisse demander le Special Support, les bénéficiaires qui sont admissibles en vertu de plus d'un programme reçoivent la prestation la plus élevée calculée par le système au moment où le médicament est dispensé. Les demandes de médicaments inscrits sur la liste et de médicaments d'exception étaient présentées au SNIUMP, tandis que les médicaments couverts par des programmes spéciaux comme la Saskatchewan Cancer Agency n'étaient pas communiqués au SNIUMP.

Partage des coûts

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

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

Les quotes-parts étaient également versées pour les régimes/programmes suivants, notamment : le *Seniors Drug Plan* : jusqu'à 20 \$ par ordonnance; les régimes FHB, SIP et SRG : après acquittement de la franchise, une quote-part de 35 % pour les ordonnances s'appliquait assortie de certaines conditions, par exemple, pour les bénéficiaires du FHB, la quote-part ne s'appliquait pas aux enfants de moins de 18 ans, et pour les bénéficiaires du SIP et du SRG, la quote-part peut s'être appliquée à la couverture fondée sur le revenu.

Manitoba

Régimes / admissibilité

Le régime d'assurance-médicaments du Manitoba couvre tous les résidents de la province qui sont admissibles aux prestations en vertu de la *Loi sur l'aide à l'achat de médicaments sur ordonnance*, et comprend les résidents qui correspondent à la définition de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Pour être admissible, la personne doit faire partie d'une cellule familiale qui a dépensé plus d'argent pour un médicament précis lors d'une année de prestations que le montant de la franchise autorisée. D'autres sous-régimes couvrent les personnes qui touchent des prestations du **programme d'aide à l'emploi et au revenu**, les résidents de foyers de soins personnels qui touchent des prestations du **Programme de foyers de soins personnels**; les personnes qui sont en phase terminale et qui souhaitent demeurer à la maison du **programme d'accès gratuit aux médicaments pour soins palliatifs**; et les personnes qui ont besoin d'un traitement anticancéreux externe au moyen de médicaments oraux anticancéreux et de soutien spécifiques admissibles du **Programme de médicaments anticancéreux pris à domicile**. Les produits disponibles au titre de la partie 3 de la Liste des médicaments du Manitoba n'ont pas été communiqués au SNIUMP et ont été déclarés comme produits exceptionnels dans les rapports de demandes du SNIUMP.

Partage des coûts

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

Taux de la franchise pour la fourchette de revenus familiaux

Limite inférieure	Limite supérieure	Franchise
-	≤15 000 \$	2,81 %
>15 000 \$	≤21 000 \$	3,99 %
>21 000 \$	≤22 000 \$	4,03 %
>22 000 \$	≤23 000 \$	4,10 %
>23 000 \$	≤24 000 \$	4,16 %
>24 000 \$	≤25 000 \$	4,20 %
>25 000 \$	≤26 000 \$	4,25 %
>26 000 \$	≤27 000 \$	4,30 %
>27 000 \$	≤28 000 \$	4,34 %
>28 000 \$	≤29 000 \$	4,38 %
>29 000 \$	≤40 000 \$	4,41 %
>40 000 \$	≤42 500 \$	4,79 %
>42 500 \$	≤45 000 \$	4,91 %
>45 000 \$	≤47 500 \$	5,01 %
>47 500 \$	≤75 000 \$	5,08 %
>75 000 \$	-	6,36 %

Ontario

Régimes / admissibilité

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

Partage des coûts

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

Les candidats au Programme de médicaments Trillium ont payé une franchise trimestrielle fondée sur le revenu.

Les bénéficiaires du PMO ont versé des quotes-parts jusqu'à concurrence de 2 \$ par ordonnance s'il s'agissait :

- d'un aîné célibataire ayant un revenu annuel *inférieur* à 16 018 \$; un couple aîné dont le revenu annuel combiné est *inférieur* à 24 175 \$
- de personnes touchant des prestations en vertu de la *Loi sur le programme Ontario au travail* ou de la *Loi sur le programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*
- de personnes qui reçoivent des services professionnels dans le cadre du programme de soins à domicile
- de résidents d'établissements de soins de longue durée et de foyers de soins spéciaux
- des personnes qui sont admissibles au Programme de médicaments Trillium (lorsqu'ils ont atteint leur franchise trimestrielle)

Les bénéficiaires du PMO ont versé jusqu'à concurrence de 6,11 \$ pour les frais d'exécution par ordonnance lorsqu'ils ont atteint leur franchise annuelle de 100 \$ s'il s'agissait :

- d'un célibataire aîné ayant un revenu annuel *égal ou supérieur* à 16 018 \$
- d'un couple aîné dont le revenu annuel combiné est *égal ou supérieur* à 24 175 \$

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

Nouveau-Brunswick

Régimes / admissibilité

Le programme pour **aînés** auxquels sont admissibles les résidents qui touchent un supplément de revenu garanti ou qui sont admissibles selon le critère du revenu. Les autres programmes/régimes comprennent les **personnes atteintes de la fibrose cystique**; les **résidents d'établissements résidentiels agréés**; les clients de **Développement social**; les **enfants pris en charge par le ministère du Développement social** et les **enfants ayant des besoins spéciaux**; **insuffisance d'hormones de croissance humaine**; les **personnes atteintes de la sclérose en plaques**; le **régime du greffe d'organes**; le **VIH/sida** et les **résidents de foyers de soins**.

Partage des coûts

Les régimes suivants comportaient une franchise de 50 \$ par an : personnes atteintes de la fibrose cystique, personnes atteintes de la sclérose en plaques, régime du greffe d'organes, insuffisance d'hormones de croissance et VIH/sida.

Les quotes-parts ont varié d'un régime/programme à l'autre comme suit :

Quote-part par ordonnance pour les programmes/régimes d'assurance-médicaments du Nouveau-Brunswick

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

Nouvelle-Écosse Régimes / admissibilité

Le **Family Pharmacare Program** fournit de l'aide pour l'assurance-médicaments aux résidents de la Nouvelle-Écosse détenteurs d'une carte santé de la Nouvelle-Écosse valide. Les autres programmes/régimes comprennent **Drug Assistance for Cancer Patients** pour les familles dont le revenu brut est inférieur à 15 720 \$ et qui n'ont pas d'assurance-médicaments dans le cadre d'un quelconque autre programme, sauf Family Pharmacare; le **Diabetes Assistance Program** (ce programme n'accepte plus de nouveaux adhérents); le **Seniors' Pharmacare Program** qui est disponible pour les résidents âgés de 65 ans et plus. Les remboursements demandés qui ont été accordés dans le cadre des programmes du **ministère des Services communautaires** pour les résidents bénéficiaire de l'aide au revenu n'ont pas été communiqués au SNIUMP.

Partage des coûts

Pour le Seniors' Pharmacare Program, la Nouvelle-Écosse avait une prime annuelle maximale de 424 \$. Il n'y avait pas de prime pour les aînés célibataires ayant un revenu inférieur à 18 000 \$ ou ceux qui étaient mariés et dont le revenu conjoint était inférieur à 21 000 \$. Les aînés bénéficiaires du supplément de revenu garanti étaient également exemptés des primes. D'autres bénéficiaires aînés peuvent avoir payé une prime réduite : pour les célibataires ayant un revenu situé entre 18 000 \$ et 24 000 \$ et ceux qui étaient mariés et avaient un revenu conjoint situé entre 21 000 \$ et 28 000 \$.

Les programmes Family Pharmacare et Diabetes Assistance du Nouveau-Brunswick avaient des franchises annuelles maximales fondées sur une échelle de pourcentage mobile par rapport à la taille du revenu de la famille. Le programme Family Pharmacare de la Nouvelle-Écosse a également une quote-part annuelle maximale fondée sur la taille et le revenu de la famille.

Pour les quotes-parts, les bénéficiaires des programmes Family Pharmacare et Diabetes Assistance payaient 20 % par ordonnance (jusqu'au maximum pour le programme Family Pharmacare de la Nouvelle-Écosse. Il n'y avait pas de maximum pour le programme Diabetes Assistance). Les bénéficiaires aînés de Pharmacare versaient 30 % des coûts de l'ordonnance comme quote-part jusqu'à concurrence de 382 \$ par an.

Île-du-Prince-Édouard

Régimes / admissibilité

Le **Seniors Drug Cost Assistance** pour les personnes âgées de 65 ans et plus; le **High Cost Drug Program**, le **Diabetes Control Drug Program**; le **Family Health Benefit Program** pour les familles ayant un revenu inférieur au seuil; le **Nursing Home Drug Program**; le **Sexually Transmitted Disease Program**; le **Quit Smoking Program**; le **Financial Assistance Drug Program** et un **Catastrophic Drug Program** (qui a démarré le 1^{er} octobre 2013) pour tout résident permanent, dont les coûts annuels des médicaments payés à titre personnel pour les médicaments sur ordonnance admissibles plafonnaient à un montant n'excédant pas un ensemble établi de son revenu de ménage, désigné comme « plafond du ménage ». Pour être admissible au **Catastrophic Drug Program** : (i) le demandeur doit être un résident permanent qui est présent dans la province pendant six mois ou plus par an; (ii) le demandeur et les membres admissibles du ménage doivent présenter une déclaration de revenus de l'Île-du-Prince-Édouard pour l'année précédant celle pour laquelle ils demandent l'adhésion au programme pour demander des prestations; (iii) le demandeur doit être détenteur d'une carte santé valide de l'Île-du-Prince-Édouard.

Partage des coûts

Île-du-Prince-Édouard had co-payments per prescription that varied for each program/plan and some medications.

Quote-part par ordonnance pour les programmes/régimes d'assurance-médicaments ou de médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard

Programme/régime	Quote-part par ordonnance
Seniors Drug Cost Assistance Plan	Les premiers 8,25 \$ du coût du médicament plus les honoraires professionnels
Family Health Benefit Program	Les honoraires professionnels
High-Cost Drug Program	Portion fondée sur le revenu du médicament plus les honoraires professionnels
Insuline	10 \$ par 10 ml ou boîte de cartouches de 1,5 ml ou 20 \$ par boîte de cartouches de 3 ml
Bandelettes de test glycémique	11 \$ par ordonnance jusqu'à concurrence de 100 bandelettes tous les 30 jours
Médicaments oraux et matériel de tests d'urine	11 \$ par ordonnance
Médicaments antidiabétique coûteux	Portion fondée sur le revenu du coût du médicament plus les honoraires professionnels
Quit Smoking Program	Les patients étaient responsables de tous les coûts des médicaments approuvés, sauf les 75 premiers dollars par an, qui étaient payés par le programme.
Home Oxygen Program	Le programme d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard payait 50 % des dépenses admissibles jusqu'à concurrence de 200 \$ par mois.
Catastrophic Drug Program	Il s'agit d'un programme fondé sur le revenu. Lorsque les dépenses pour le médicament admissible payées à titre personnel dépassaient la limite du ménage annuelle, le programme couvrait toutes les dépenses supplémentaires pour le médicament admissible pendant l'année de programme.

Régimes / admissibilité

Terre-Neuve-et-Labrador met en œuvre cinq régimes d'assurance-médicaments dans le cadre du **Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program** :

- Le **65Plus Plan** pour les résidents âgés de 65 ans et plus qui touchent des prestations de la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti.
- Le **Foundation Plan** couvre les personnes et les familles touchant des prestations de soutien du revenu par l'entremise du Department of Advanced Education and Skills (ministère de l'Enseignement supérieur et des Compétences), les enfants pris en charge des Regional Health Authorities (instances de santé régionales) ou du Department of Child, Youth and Family Services (ministère des Services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille), selon le cas, les personnes ayant des démêlés avec les services correctionnels pour les jeunes communautaires, les personnes qui reçoivent des soutiens communautaires et les personnes qui sont des résidents subventionnés de foyers de soins de longue durée et de foyers de soins personnels.
- L'**Access Plan** couvre les résidents qui ont un faible revenu déterminé par le niveau de revenu net de la famille.
- L'**Assurance Plan** couvre les résidents qui assument le fardeau financier de coûts élevés des médicaments admissibles.
- Le **Select Needs Plan** couvre les résidents qui ont été diagnostiqués avec la fibrose kystique et les résidents âgés de 18 ans et moins qui présentent une insuffisance en hormone de croissance.

Partage des coûts

Les quotes-parts par ordonnance de Terre-Neuve variaient pour chaque programme/régime, comme suit :

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

Pour l'Access Plan, les quotes-parts par ordonnance du bénéficiaire variaient en fonction du revenu et de la situation familiale, comme suit :

Quotes-parts par ordonnance pour l'Access Plan de Terre-Neuve

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

Pour l'Assurance Plan, les coûts annuels des médicaments payés à titre personnel des particuliers et des familles étaient plafonnés conformément au tableau ci-après :

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

Régimes / admissibilité

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

Partage des coûts

-

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



Le tableau B1 présente un résumé, en date du 31 décembre 2014, des politiques de réduction des prix des médicaments génériques dans les diverses provinces ainsi que leurs dates d'entrée en vigueur.

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

Province	2010	2011	2012	2013*	2014*
Colombie-Britannique	15 octobre : 50 % médicaments génériques existants 42 % médicaments génériques nouveaux	4 juillet : 40 % tous les médicaments génériques	2 avril : 35 % tous les médicaments génériques	1 ^{er} avril : 25 % la plupart des médicaments génériques	1 ^{er} avril : 20 % la plupart des médicaments génériques
Alberta	1 ^{er} avril : 56 % médicaments génériques existants 45 % médicaments génériques nouveaux		1 ^{er} juillet : 35 % tous les médicaments génériques	1 ^{er} mai : 18 %	1 ^{er} avril : Prix le plus bas disponible pour les médicaments génériques existants; prix étagé pour les médicaments génériques nouveaux : 70 % pour un médicament générique 50 % pour deux médicaments génériques 25 % pour trois médicaments génériques 18 % pour quatre médicaments génériques ou plus
Saskatchewan		1 ^{er} avril : 40 % médicaments génériques nouveaux 1 ^{er} mai et 1 ^{er} juin : 45 % médicaments génériques existants 1 ^{er} avril et 1 ^{er} octobre : 35 % médicaments génériques dans les anciennes catégories de contrat d'offre à commandes	1 ^{er} avril : 35 %		
Manitoba	L'établissement des prix des médicaments génériques est régi par les ententes de gestion de l'utilisation conclues avec les fabricants, qui établissent que le prix d'un médicament générique est égal à celui pratiqué dans d'autres provinces choisies.				
Ontario	20 juillet : 25 %* régime public; 50 % régime privé et personnel	1 ^{er} avril : 25 %* régime public; 35 % régimes privé et personnel	1 ^{er} avril : 25 %* régimes public, privé et personnel		
Québec	Le Québec exige des fabricants de médicaments génériques qu'ils lui accordent le prix le plus bas offert dans les autres provinces.				
Nouveau-Brunswick			1 ^{er} juin : 40 % 1 ^{er} déc. : 35 %	1 ^{er} juin : 25 %	
Nouvelle-Écosse		1 ^{er} juill. : 45 %	1 ^{er} janv. : 40 % 1 ^{er} juill. : 35 %		12 nov. : 25 %
Île-du-Prince-Édouard			1 ^{er} juill. : 35 %	1 ^{er} déc. : 25 %	
Terre-Neuve-et-Labrador			1 ^{er} avril : 45 % 1 ^{er} oct. : 40 %	1 ^{er} avril : 35 % 1 ^{er} juill. : 25 %	

Nota : L'information est à jour au 31 décembre 2014. Il peut y avoir des exceptions dans le cas de l'établissement des prix des médicaments génériques.

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

† Depuis le 1^{er} avril 2013, les politiques générales des provinces concernant l'établissement des prix des médicaments génériques ne s'appliquent plus aux médicaments touchés par la politique d'établissement des prix de 18 % selon la Directive du Conseil de la fédération.

Le Québec n'a pas participé au Processus compétitif d'appel d'offres provincial et territorial visant les médicaments génériques, mais il en a profité en raison de sa politique du prix le plus bas.



Annexe C : Politiques sur la marge bénéficiaire dans les régimes publics d'assurance-médicaments, 2012-2013

Le tableau C1 présente un résumé des politiques sur la marge bénéficiaire de 2012-2013 des régimes publics d'assurance-médicaments qui participent à l'initiative du SNIUMP.

Tableau C1 Régime public d'assurance-médicaments markup policies, 2012-2013

Régime public d'assurance-médicaments	Politique sur la marge bénéficiaire										
Colombie-Britannique	<ul style="list-style-type: none"> • Pour la plupart des médicaments, maximum de 8 %. • Médicaments onéreux*, maximum 5 %. • Produits assujettis à l'établissement des prix du CMA, maximum 7 %. <p>* Médicaments onéreux s'entend de ceux pour lesquels le coût quotidien prévu d'une dose typique est égal ou supérieur à 40 \$ (coût annuel de 14 600 \$).</p>										
Alberta	Les prix figurant dans l'Alberta Health Drug Benefit List comprennent une marge bénéficiaire du grossiste, mais uniquement si le fabricant du médicament le distribue par l'entremise d'un grossiste. Dans ces cas, on demande au fabricant du médicament d'inclure une indemnité de distribution pouvant aller jusqu'à 7,5 %. Ceci comprend à la fois les produits provenant d'un fournisseur unique et les produits interchangeables.										
Saskatchewan	À quelques exceptions près, l'indemnité de marge bénéficiaire maximale calculée sur le coût des médicaments d'ordonnance était la suivante :										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Marge bénéficiaire sur le coût du médicament</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,01 \$-6,30 \$</td> <td>30 %</td> </tr> <tr> <td>6,31 \$-15,80 \$</td> <td>15 %</td> </tr> <tr> <td>15,81 \$-200,00 \$</td> <td>10 %</td> </tr> <tr> <td>>200,01 \$</td> <td>20 \$ max.</td> </tr> </tbody> </table>	Marge bénéficiaire sur le coût du médicament		0,01 \$-6,30 \$	30 %	6,31 \$-15,80 \$	15 %	15,81 \$-200,00 \$	10 %	>200,01 \$	20 \$ max.
Marge bénéficiaire sur le coût du médicament											
0,01 \$-6,30 \$	30 %										
6,31 \$-15,80 \$	15 %										
15,81 \$-200,00 \$	10 %										
>200,01 \$	20 \$ max.										
Manitoba	Aucune politique sur la marge bénéficiaire.										
Ontario	Maximum 8 % lorsque c'est autorisé.										
Nouveau-Brunswick	Pas de marge bénéficiaire sur le coût des ingrédients des médicaments du 1 ^{er} avril au 31 mai 2012. Pour le reste de l'exercice 2012-2013, une marge bénéficiaire de 4 % jusqu'à concurrence de 50 \$ était autorisée pour les médicaments interchangeables.										
Nouvelle-Écosse	Prix de liste du fabricant plus 10,5 % (maximum de 250 \$), y compris la méthadone, ou le prix remboursable maximal (PRM) ou le prix de remboursement de Pharmacare (PRP) plus 6,0 % (maximum de 250 \$) plus 0,75 \$ de frais de transition. Les exceptions comprennent : les fournitures de stomie – CMA plus 10,0 % (maximum de 50 \$) plus des frais de transition de 0,75 \$; et les produits composés préparés extemporanément (sauf la méthadone et les médicaments injectables) – CMA plus 2,0 % (maximum de 50 \$) plus 0,75 \$ de frais de transition.										
Île-du-Prince-Édouard	À compter du 1 ^{er} octobre 2012, une marge bénéficiaire maximale de 6 % était autorisée pour les médicaments figurant dans la liste des prix remboursables maximum (PRM); et de 10 % sur le coût des ingrédients pour les médicaments de marque pour lesquels le coût d'ordonnance était de 2 702 \$ ou moins, jusqu'à concurrence de 250 \$ par ordonnance, et 9,25 % sur le coût des ingrédients des médicaments de marque pour lesquels le coût d'ordonnance était de 2 703 \$ ou plus.										
Terre-Neuve et-Labrador	Une marge bénéficiaire de 8,5 %, qui était incluse dans le prix de liste sur la liste des prestations.										
SSNA	Le remboursement des pharmacies, qui peut ou non comprendre la marge bénéficiaire, a été déterminé par le SSNA ou négocié entre le SSNA et les associations de pharmaciens et variait d'une province à l'autre.										

Nota : AAC, Actual Acquisition Cost (coût d'acquisition réel).

Annexe D : Politiques sur les frais d'exécution dans les régimes publics d'assurance-médicaments, 2012-2013



Le tableau D1 présente un résumé du remboursement des frais d'exécution en 2012-2013 des régimes publics d'assurance-médicaments participant à l'initiative du SNIUMP².

Tableau D1 Remboursement des frais d'exécution des régimes publics d'assurance-médicaments, 2012-2013

Régime public d'assurance-médicaments	Politique sur les frais d'exécution												
Colombie-Britannique	En 2012-2013, les frais d'exécution maximum permis étaient de 10,00 \$. Les frais d'exécution n'étaient pas remboursés pour les insulines ou les aiguilles et les seringues pour l'insulinothérapie. Les autres remboursements comprenaient les honoraires des pharmacies qui fournissaient des services aux établissements de soins de longue durée qui touchaient 43,75 \$ par lit bénéficiant du service. Un programme incitatif rural fournissait une subvention par demande de remboursement (3,00 \$ à 10,50 \$) aux pharmacies rurales dont les volumes de demandes mensuelles étaient inférieurs à 1 700. Un programme d'administration de vaccins remboursait aux pharmacies 10 \$ pour chaque vaccin financé par l'État administré par un pharmacien autorisé.												
Alberta	L'Alberta remboursait les frais d'exécution aux pharmacies et versait une indemnité pour inventaire supplémentaire. Les frais imputés variaient en fonction du coût d'achat du médicament. Du 1 ^{er} avril 2012 au 31 mars 2013, les frais étaient les suivants : <table border="1" data-bbox="316 909 1247 1056"> <thead> <tr> <th>Coût d'acquisition</th> <th>Frais d'exécution</th> <th>Indemnité d'inventaire supplémentaire</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jusqu'à concurrence de 74,99 \$</td> <td>10,22 \$</td> <td>1,71 \$</td> </tr> <tr> <td>75 \$-149,99 \$</td> <td>15,53 \$</td> <td>2,00 \$</td> </tr> <tr> <td>150 \$ et plus</td> <td>20,94 \$</td> <td>5,03 \$</td> </tr> </tbody> </table> <p>L'Alberta remboursait également un droit supplémentaire maximum de 75 cents par minute en sus de sept minutes pour les ordonnances de remèdes composés. Pour certaines catégories de médicaments, notamment l'insuline et les contraceptifs oraux, le remboursement de la pharmacie ne pouvait pas dépasser le prix d'achat du produit médicamenteux multiplié par 5/3.</p>	Coût d'acquisition	Frais d'exécution	Indemnité d'inventaire supplémentaire	Jusqu'à concurrence de 74,99 \$	10,22 \$	1,71 \$	75 \$-149,99 \$	15,53 \$	2,00 \$	150 \$ et plus	20,94 \$	5,03 \$
Coût d'acquisition	Frais d'exécution	Indemnité d'inventaire supplémentaire											
Jusqu'à concurrence de 74,99 \$	10,22 \$	1,71 \$											
75 \$-149,99 \$	15,53 \$	2,00 \$											
150 \$ et plus	20,94 \$	5,03 \$											
Saskatchewan	Les frais d'exécution maximaux étaient établis à 10,25 \$ pour 2012-2013. La Saskatchewan versait un remboursement supplémentaire pour les ordonnances à l'essai, la méthadone, l'emballage de conformité et les médicaments composés.												
Manitoba	Au Manitoba, les fournisseurs de services de pharmacie étaient rémunérés au moyen d'honoraires professionnels fondés sur le marché. Les frais d'exécution ou les honoraires professionnels sont les coûts directs et indirects afférents aux fonctions d'exécution, de délivrance et de services cognitifs, y compris les conseils aux patients, et aux bénéficiaires. Les frais d'exécution sont réglementés en vertu du <i>Règlement sur le paiement de prestations pour les médicaments sur ordonnance</i> , qui définit les honoraires professionnels comme suit « montant que demande normalement un pharmacien aux personnes qui doivent assumer le paiement des honoraires sans remboursement ». Le règlement garantit que les fournisseurs de services de pharmacie établissent un honoraire cohérent fondé sur le marché pour lequel les clients qui paient en liquide reçoivent des services équivalents à ceux des bénéficiaires de Pharmacare. Les autres remboursements comprenaient des frais d'exécution maximum de 6,95 \$ pour le programme d'aide à l'emploi et au revenu. Pour les foyers de soins personnels, les pharmaciens recevaient un remboursement de 37,50 \$ par lit et par mois à Winnipeg et de 38,20 \$ par lit et par mois pour les régions rurales.												
Ontario	Les frais d'exécution pour les pharmacies non rurales étaient de 8,40 \$; pour les pharmacies rurales, les frais se situaient dans une fourchette de 9,45 \$ à 12,61 \$ en 2012-2013. Les frais d'exécution étaient établis à un maximum de deux honoraires par médicament par patient et par mois; les exceptions comprenaient les patients dans des établissements de soins de longue durée, les foyers de soins spéciaux et/ou des médicaments figurant sur la liste des médicaments exemptés.												

Nouveau-Brunswick Les montants versés pour les frais d'exécution ont changé le 1^{er} juin 2012, comme suit : 10,40 \$ pour chaque ordonnance pour un médicament interchangeable et une grille tarifaire variable pour le remboursement des médicaments non interchangeables ou les préparations extemporanées, de la façon décrite dans le tableau ci-après.

Coût des médicaments	Frais d'exécution pour les médicaments non interchangeables	Frais d'exécution pour les préparations extemporanées
0 \$-99,99 \$	10,40 \$	15,60 \$
100 \$-199,99 \$	12,90 \$	19,35 \$
200 \$-499,99 \$	18,00 \$	20,00 \$
500 \$-999,99 \$	23,00 \$	23,00 \$
1 000 \$-1 999,99 \$	63,00 \$	63,00 \$
2 000 \$-2 999,99 \$	83,00 \$	83,00 \$
3 000 \$-3 999,99 \$	103,00 \$	103,00 \$
4 000 \$-4 999,99 \$	123,00 \$	123,00 \$
5 000 \$-5 999,99 \$	143,00 \$	143,00 \$
Supérieur ou égal à 6 000 \$	163,00 \$	163,00 \$

Dans le cadre d'un incitatif pour les pharmacies rurales, on versait 2,00 \$ supplémentaires pour les 10 000 premières ordonnances exécutées pendant un exercice. Cet incitatif s'appliquait aux pharmacies qui étaient éloignées de 25 km ou plus.

Nouvelle-Écosse Les frais d'exécution pour les médicaments ou les fournitures y compris la méthadone étaient remboursés à raison de 10,90 \$. Faisaient exception les produits composés préparés extemporanément (à l'exception de la méthadone et des médicaments injectables) qui étaient remboursés à raison de 16,35 \$.

Île-du-Prince-Édouard Un nouvel accord en matière de services de pharmacie a été signé et a augmenté les frais d'exécution maximum autorisés de 8,20 \$ à 11,65 \$ à compter du 1^{er} octobre 2012. Les frais maximum autorisés pour les préparations extemporanées étaient égaux à 1,5 fois les frais d'exécution maximum autorisés. Le gouvernement remboursait les frais habituels et coutumiers que les pharmacies de détail imputaient aux clients qui ne sont pas admissibles en vertu du régime, jusqu'à concurrence des frais d'exécution maximum autorisés, conformément à l'entente.

Terre-Neuve-et-Labrador La grille des frais d'exécution pour le Foundation Plan, l'Access Plan et l'Assurance Plan a changé le 16 avril 2012, comme suit :

Coût des médicaments	Frais d'exécution
0 \$-49,99 \$	10,90 \$
50,00 \$-249,99 \$	21,95 \$
250,00 \$ +	49,85 \$

Un honoraire pour les préparations extemporanées égal à 1,5 fois les frais d'exécution était remboursé pour les produits composés. Ceci s'appliquait aux médicaments composés comprenant trois ingrédients ou davantage.

La grille des frais d'exécution pour le 65Plus Plan a changé le 16 avril 2012 comme suit :

Coût des médicaments	Frais d'exécution
0 \$-249,99 \$	10,90 \$
250,00 \$+	35,59 \$

SSNA Le remboursement des pharmacies, qui comprenait les frais d'exécution, était déterminé par le SSNA ou négocié entre le SSNA et les associations de pharmaciens et variait d'une province à l'autre.

Annexe E : Cent principaux médicaments brevetés par coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments choisis du SNIUMP, 2012-2013 (en millions de \$)



Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total*	AB	SK	MB	ON	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	SSNA
1	Lucentis (ranibizumab)	Novartis Pharma Canada Inc.	234,94 \$	42,62 \$	2,64 \$	-	185,64 \$	3,55 \$	-	0,21 \$	0,28 \$
2	Remicade (infliximab)	Janssen Inc.	173,70 \$	39,56 \$	19,36 \$	20,41 \$	74,02 \$	5,59 \$	8,90 \$	2,14 \$	3,73 \$
3	Advair (salmétérol)	GlaxoSmithKline Inc.	134,37 \$	19,28 \$	4,90 \$	10,91 \$	87,22 \$	4,05 \$	3,10 \$	0,27 \$	4,65 \$
4	Spiriva (tiotropium)	Boehringer Ingelheim	89,93 \$	13,43 \$	3,07 \$	1,62 \$	66,21 \$	2,02 \$	2,11 \$	0,21 \$	1,27 \$
5	Aricept (chlorhydrate de donépézil)	Pfizer Canada Inc.	89,35 \$	7,79 \$	1,45 \$	2,55 \$	72,74 \$	1,80 \$	2,33 \$	0,41 \$	0,29 \$
6	Enbrel (etanercept)	Immunex Corporation	78,71 \$	17,01 \$	7,48 \$	12,87 \$	28,93 \$	2,36 \$	3,14 \$	0,63 \$	6,29 \$
7	Ezetrol (ézétimibe)	Merck Canada Inc.	77,52 \$	6,86 \$	6,36 \$	1,32 \$	57,73 \$	1,78 \$	1,83 \$	0,14 \$	1,50 \$
8	Humira (adalimumab)	AbbVie Corporation	75,80 \$	22,46 \$	10,39 \$	14,48 \$	15,82 \$	2,11 \$	5,42 \$	1,45 \$	3,67 \$
9	Coversyl (périndopril erbumine)	Servier Canada Inc.	64,41 \$	6,65 \$	4,60 \$	3,50 \$	43,13 \$	2,24 \$	1,80 \$	0,28 \$	2,21 \$
10	Januvia (sitagliptine)	Merck Canada Inc.	64,27 \$	0,97 \$	0,93 \$	0,46 \$	58,69 \$	0,30 \$	0,40 \$	-	2,52 \$
11	Lantus (insuline glargine)	Sanofi-aventis Canada Inc.	59,00 \$	5,29 \$	4,52 \$	1,83 \$	40,87 \$	0,19 \$	0,25 \$	0,00 \$	6,05 \$
12	Oxyneo (chlorhydrate d'oxycodone)	Purdue Pharma	57,20 \$	7,16 \$	1,62 \$	2,90 \$	42,69 \$	0,90 \$	0,25 \$	0,05 \$	1,63 \$
13	Crestor (rosuvastatine)	AstraZeneca Canada Inc.	57,06 \$	5,01 \$	2,73 \$	7,72 \$	38,66 \$	0,41 \$	0,64 \$	0,13 \$	1,77 \$
14	Cymbalta (duloxétine)	Eli Lilly Canada Inc.	54,33 \$	4,59 \$	0,14 \$	2,09 \$	47,04 \$	0,12 \$	0,15 \$	-	0,20 \$
15	Revlimid (lénalidomide)	Celgene Inc.	53,06 \$	-	-	4,12 \$	44,82 \$	1,88 \$	1,83 \$	-	0,41 \$
16	Ciprallex (escitalopram)	Lundbeck Canada Inc.	50,92 \$	3,95 \$	-	0,01 \$	45,63 \$	-	0,02 \$	0,00 \$	1,31 \$
17	Symbicort (budésonide, formotérol dihydraté (fumarate))	AstraZeneca Canada Inc.	49,97 \$	9,56 \$	2,51 \$	4,13 \$	30,71 \$	0,78 \$	0,94 \$	0,11 \$	1,23 \$
18	Celebrex (célécoxib)	Pfizer Canada Inc.	44,28 \$	4,65 \$	3,36 \$	2,82 \$	29,80 \$	1,75 \$	0,39 \$	0,00 \$	1,50 \$
19	Flovent (propionate de fluticasone)	GlaxoSmithKline Inc.	43,82 \$	1,64 \$	3,56 \$	3,07 \$	24,83 \$	2,24 \$	1,64 \$	0,33 \$	6,51 \$
20	Gleevec (imatinib)	Novartis Pharma Canada Inc.	39,97 \$	-	-	4,77 \$	31,35 \$	1,30 \$	1,39 \$	0,32 \$	0,85 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total*	AB	SK	MB	ON	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	SSNA
21	Tecta (pantoprazole)	Takeda Canada Inc.	36,81 \$	2,63 \$	1,29 \$	-	24,26 \$	4,79 \$	2,18 \$	0,54 \$	1,10 \$
22	Copaxone (acétate de glatiramère)	Teva Pharmaceutical Industries Ltd	31,77 \$	12,89 \$	4,72 \$	3,51 \$	8,17 \$	1,39 \$	-	0,51 \$	0,59 \$
23	Pradaxa (dabigatran etexilate)	Boehringer Ingelheim	30,98 \$	4,07 \$	0,88 \$	0,39 \$	24,94 \$	0,33 \$	0,30 \$	0,00 \$	0,06 \$
24	Atripla (emtricitabine, fumarate de ténofovir disoproxil, éfavirenz)	Bristol-Myers Squibb and Gilead Sciences LLC	29,65 \$	-	1,69 \$	1,18 \$	23,64 \$	0,94 \$	-	-	2,20 \$
25	Truvada (fumarate de ténofovir disoproxil, emtricitabine)	Gilead Sciences Canada Inc.	28,20 \$	-	0,97 \$	2,15 \$	21,78 \$	0,82 \$	-	-	2,47 \$
26	Risperdal (risperidone)	Janssen Inc.	28,00 \$	0,45 \$	1,49 \$	1,54 \$	19,66 \$	1,97 \$	0,21 \$	0,27 \$	2,42 \$
27	Detrol (tartrate de toltérodine)	Pfizer Canada Inc.	27,22 \$	2,38 \$	1,08 \$	1,00 \$	21,27 \$	0,57 \$	0,43 \$	0,03 \$	0,46 \$
28	Seroquel (quétiapine)	AstraZeneca Canada Inc.	26,24 \$	0,20 \$	2,00 \$	0,96 \$	22,32 \$	0,67 \$	0,02 \$	-	0,06 \$
29	Eporex (époétin alfa)	Janssen Inc.	22,42 \$	1,91 \$	2,33 \$	0,48 \$	15,01 \$	0,95 \$	0,30 \$		1,45 \$
30	Tiazac (chlorhydrate de diltiazem)	Valeant Canada LP/Valeant Canada S.E.C.	22,36 \$	3,51 \$	0,64 \$	1,47 \$	15,09 \$	0,60 \$	0,57 \$	0,11 \$	0,37 \$
31	Novorapid (insuline aspart)	Novo Nordisk Canada Inc.	22,08 \$	1,93 \$	0,85 \$	1,98 \$	14,19 \$	0,35 \$	0,59 \$	0,46 \$	1,74 \$
32	Coversyl (péridopril erbumine, indapamide)	Servier Canada Inc.	21,31 \$	2,77 \$	2,61 \$	1,85 \$	11,57 \$	0,94 \$	0,70 \$	0,08 \$	0,80 \$
33	Actonel (risédronate sodique)	Warner Chilcott Canada Co.	21,29 \$	0,08 \$	1,14 \$	0,01 \$	20,00 \$	0,01 \$	0,01 \$	0,00 \$	0,04 \$
34	Kivexa (abacavir)	ViiV Healthcare ULC	20,23 \$	-	0,55 \$	2,18 \$	15,34 \$	0,44 \$	-	-	1,71 \$
35	Levemir (insuline détémir)	Novo Nordisk Canada Inc.	19,69 \$	2,52 \$	1,16 \$	0,00 \$	15,39 \$	0,00 \$	0,07 \$	-	0,55 \$
36	Avonex (interféron bêta-1a)	Biogen Idec Canada Inc.	18,72 \$	3,23 \$	1,37 \$	3,31 \$	7,57 \$	2,44 \$	-	0,39 \$	0,41 \$
37	Neupogen (filgrastim)	Amgen Canada Inc.	18,53 \$	1,61 \$	0,22 \$	0,81 \$	14,22 \$	0,59 \$	-	0,24 \$	0,83 \$
38	Lupron (acétate de leuprolide)	AbbVie Corporation	18,15 \$	0,09 \$	0,33 \$	0,27 \$	15,76 \$	0,46 \$	0,60 \$	0,12 \$	0,52 \$
39	Abilify (aripiprazole)	Bristol-Myers Squibb Canada	17,34 \$	0,42 \$	0,23 \$	1,12 \$	14,74 \$	0,29 \$	0,08 \$	0,00 \$	0,46 \$
40	Botox (onabotulinumtoxina)	Allergan Inc.	17,22 \$	2,10 \$	0,72 \$	1,16 \$	11,59 \$	0,56 \$	0,51 \$	-	0,58 \$
41	Invega (palipéridone)	Janssen Inc.	17,21 \$	0,30 \$	0,54 \$	0,01 \$	15,89 \$	-	0,01 \$	-	0,46 \$
42	Viread (fumarate de ténofovir disoproxil)	Gilead Sciences Canada Inc.	16,65 \$	1,75 \$	0,19 \$	0,95 \$	13,47 \$	0,10 \$	0,05 \$	-	0,14 \$
43	Janumet (sitagliptine)	Merck Canada Inc.	16,31 \$	0,43 \$	0,22 \$	-	15,02 \$	0,06 \$	0,05 \$	-	0,54 \$
44	Reyataz (atazanavir)	Bristol-Myers Squibb Canada	15,15 \$	-	0,56 \$	1,27 \$	11,06 \$	0,51 \$	-	-	1,76 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total*	AB	SK	MB	ON	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	SSNA
45	Simponi (golimumab)	Janssen Inc.	15,01 \$	3,64 \$	1,45 \$	-	7,51 \$	0,46 \$	0,65 \$	0,10 \$	1,19 \$
46	Prograf (tacrolimus)	Astellas Pharma Canada Inc.	14,91 \$	-	1,21 \$	2,11 \$	9,56 \$	0,96 \$	-	-	1,07 \$
47	Prezista (darunavir)	Janssen Inc.	14,73 \$	-	0,46 \$	1,24 \$	11,18 \$	0,46 \$	-	-	1,39 \$
48	Sutent (sunitinib)	Pfizer Canada Inc.	13,38 \$	-	-	1,23 \$	9,81 \$	0,72 \$	0,87 \$	0,34 \$	0,42 \$
49	Fosavance (acide atendronique)	Merck Canada Inc.	13,16 \$	0,42 \$	0,33 \$	-	12,26 \$	0,02 \$	0,06 \$	0,00 \$	0,07 \$
50	Wellbutrin (chlorhydrate de bupropion)	Valeant Canada LP/Valeant Canada S.E.C.	13,14 \$	1,49 \$	1,43 \$	1,84 \$	7,21 \$	0,26 \$	0,20 \$	0,01 \$	0,71 \$
51	Tracleer (bosentan)	Actelion Pharmaceuticals Ltd	12,91 \$	-	0,34 \$	2,64 \$	9,01 \$	0,17 \$	0,17 \$	0,02 \$	0,57 \$
52	Gd (amlodipine)	GenMed, a Division Of Pfizer Canada Inc.	11,98 \$	0,01 \$	3,28 \$	2,27 \$	5,75 \$	0,08 \$	0,32 \$	-	0,27 \$
53	Soliris (éculizumab)	Alexion Pharma International Sarl	11,73 \$	1,61 \$	-	0,38 \$	9,74 \$	-	-	-	-
54	Stelara (ustekinumab)	Janssen Inc.	11,60 \$	2,71 \$	0,68 \$	0,35 \$	6,47 \$	0,22 \$	0,85 \$	-	0,32 \$
55	Isentress (raltégravir)	Merck Canada Inc.	11,18 \$	-	0,26 \$	0,50 \$	9,75 \$	0,38 \$	-	-	0,29 \$
56	Concerta (chlorhydrate de méthylphénidate)	Janssen Inc.	11,18 \$	-	3,94 \$	2,53 \$	3,47 \$	0,02 \$	0,03 \$	0,01 \$	1,18 \$
57	Accupril (quinapril)	Pfizer Canada Inc.	11,13 \$	1,29 \$	0,73 \$	0,90 \$	7,40 \$	0,09 \$	0,30 \$	0,04 \$	0,39 \$
58	Temodal (témozolomide)	Merck Canada Inc.	11,10 \$	-	-	1,58 \$	8,26 \$	0,36 \$	0,67 \$	0,05 \$	0,18 \$
59	Rituxan (rituximab)	Hoffmann-La Roche Limited	10,76 \$	1,54 \$	0,70 \$	1,07 \$	5,55 \$	0,12 \$	0,66 \$	0,05 \$	1,08 \$
60	Novomix (protamine d'insuline aspart, insuline aspart)	Novo Nordisk Canada Inc.	10,65 \$	-	-	-	10,65 \$	-	-	-	0,00 \$
61	Champix (varénicline)	Pfizer Canada Inc.	10,65 \$	0,74 \$	1,42 \$	1,89 \$	5,30 \$	-	-	-	1,29 \$
62	Betaseron (interféron bêta-1b)	Bayer Inc.	10,56 \$	1,84 \$	1,73 \$	1,89 \$	4,38 \$	0,58 \$	-	0,07 \$	0,07 \$
63	Aranesp (darbépoéline alfa)	Amgen Canada Inc.	10,50 \$	7,38 \$	0,21 \$	0,01 \$	0,36 \$	1,17 \$	0,02 \$	-	1,34 \$
64	Orencia (abatacept)	Bristol-Myers Squibb Canada	10,19 \$	2,25 \$	1,03 \$	0,74 \$	4,48 \$	0,11 \$	0,56 \$	0,06 \$	0,95 \$
65	Myfortic (acide mycophénolique)	Novartis Pharma Canada Inc.	10,18 \$	-	0,49 \$	0,08 \$	8,95 \$	0,32 \$	0,01 \$	-	0,34 \$
66	Ran (pantoprazole)	Ranbaxy Pharmaceuticals Canada Inc.	9,95 \$	3,61 \$	0,34 \$	0,15 \$	5,55 \$	0,11 \$	0,02 \$	-	0,17 \$
67	Atacand (candésartan ciléxetil, d'hydrochlorothiazide)	AstraZeneca Canada Inc.	9,76 \$	1,51 \$	1,12 \$	0,73 \$	5,77 \$	0,14 \$	0,24 \$	0,03 \$	0,22 \$
68	Pegasys (ribavirine, peginterféron alfa-2a)	Hoffmann-La Roche Limited	9,40 \$	1,34 \$	0,91 \$	0,38 \$	5,85 \$	0,15 \$	0,12 \$	-	0,64 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total*	AB	SK	MB	ON	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	SSNA
69	Prolia (denosumab)	Amgen Canada Inc.	9,28 \$	0,07 \$	0,02 \$	0,13 \$	8,97 \$	0,02 \$	0,06 \$	-	0,02 \$
70	Mavik (trandolapril)	Abbott Laboratories, Limited	9,13 \$	1,08 \$	0,56 \$	0,68 \$	6,03 \$	0,08 \$	0,38 \$	0,03 \$	0,30 \$
71	Humalog (insuline lispro)	Eli Lilly Canada Inc.	8,85 \$	1,88 \$	1,32 \$	1,68 \$	0,93 \$	0,48 \$	0,35 \$	0,57 \$	1,64 \$
72	Enbrel (étanercept, eau)	Immunex Corporation	8,76 \$	2,11 \$	0,44 \$	0,83 \$	3,25 \$	0,19 \$	0,86 \$	0,13 \$	0,93 \$
73	Arimidex (anastrozole)	AstraZeneca Canada Inc.	8,37 \$	-	-	1,05 \$	6,43 \$	0,27 \$	0,32 \$	0,08 \$	0,22 \$
74	Biaxin (clarithromycine)	Abbott Laboratories, Limited	8,27 \$	0,83 \$	0,48 \$	0,75 \$	4,75 \$	0,16 \$	0,11 \$	-	1,18 \$
75	Novolin (insuline biosynthétique humaine isophane)	Novo Nordisk Canada Inc.	7,98 \$	1,85 \$	0,79 \$	1,64 \$	0,26 \$	0,54 \$	1,49 \$	0,25 \$	1,15 \$
76	Pulmicort (budésonide)	AstraZeneca Canada Inc.	7,92 \$	1,17 \$	1,40 \$	0,50 \$	3,54 \$	0,19 \$	0,43 \$	0,10 \$	0,62 \$
77	Victrelis (bocéprévir)	Merck Canada Inc.	7,92 \$	0,07 \$	0,14 \$	0,20 \$	7,45 \$	-	0,02 \$	-	0,03 \$
78	Diamicron (gliclazide)	Servier Canada Inc.	7,91 \$	0,27 \$	0,38 \$	0,45 \$	6,03 \$	0,06 \$	0,23 \$	0,06 \$	0,42 \$
79	Exjade (déférasirox)	Novartis Pharma Canada Inc.	7,90 \$	1,32 \$	0,41 \$	0,11 \$	5,54 \$	0,33 \$	0,14 \$	-	0,05 \$
80	Xarelto (rivaroxaban)	Bayer Inc.	7,84 \$	0,74 \$	0,46 \$	0,39 \$	5,97 \$	0,11 \$	0,08 \$	-	0,08 \$
81	Lumigan (bimatoprost)	Allergan Inc.	7,70 \$	1,76 \$	0,59 \$	1,37 \$	2,97 \$	0,23 \$	0,41 \$	0,09 \$	0,28 \$
82	Kaletra (lopinavir, ritonavir)	AbbVie Corporation	7,65 \$	-	0,24 \$	0,77 \$	5,64 \$	0,09 \$	-	-	0,91 \$
83	Vesicare (succinate de solifénacine)	Astellas Pharma Canada Inc.	7,64 \$	0,93 \$	0,19 \$	0,33 \$	5,56 \$	0,26 \$	0,21 \$	0,02 \$	0,14 \$
84	Eligard (acétate de leuprolide)	Sanofi-aventis Canada Inc.	7,54 \$	-	-	0,01 \$	6,79 \$	0,22 \$	0,26 \$	0,13 \$	0,13 \$
85	Omnaris (ciclésonide)	Takeda Canada Inc.	7,28 \$	-	0,17 \$	-	7,11 \$	-	-	-	-
86	Atrovent (bromure d'ipratropium)	Boehringer Ingelheim	7,28 \$	0,52 \$	0,48 \$	1,18 \$	2,41 \$	0,88 \$	1,00 \$	0,16 \$	0,64 \$
87	Dovobet (calcipotriol, bétaméthasone)	Leo Pharma Inc.	7,22 \$	0,73 \$	0,58 \$	-	5,50 \$	-	-	-	0,41 \$
88	Avelox (moxifloxacin)	Bayer Inc.	7,12 \$	0,81 \$	0,20 \$	0,43 \$	5,15 \$	0,27 \$	0,16 \$	0,01 \$	0,10 \$
89	Myozyme (alglucosidase alfa)	Genzyme Canada, une filiale de sanofi-aventis Canada, Inc.	7,04 \$	-	-	0,74 \$	6,30 \$	-	-	-	-
90	Onglyza (saxagliptine)	AstraZeneca Canada Inc.	6,97 \$	1,11 \$	0,20 \$	0,28 \$	5,31 \$	-	0,00 \$	-	0,07 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total*	AB	SK	MB	ON	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	SSNA
91	Mirena (lévonorgestrel)	Bayer Inc.	6,93 \$	0,13 \$	1,05 \$	1,04 \$	1,96 \$	0,17 \$	0,03 \$	0,01 \$	2,54 \$
92	Ran (rabéprazole sodique)	Ranbaxy Pharmaceuticals Canada Inc.	6,90 \$	0,22 \$	0,41 \$	0,15 \$	5,05 \$	0,17 \$	0,44 \$	0,09 \$	0,36 \$
93	Lipitor (atorvastatine)	Pfizer Canada Inc.	6,83 \$	0,64 \$	0,21 \$	0,06 \$	5,81 \$	0,02 \$	0,01 \$	0,01 \$	0,06 \$
94	Humalog (insuline lispro, protamine d'insuline lispro en suspension)	Eli Lilly Canada Inc.	6,72 \$	0,79 \$	-	0,50 \$	4,80 \$	0,22 \$	0,00 \$	0,10 \$	0,30 \$
95	Nasonex (furoate de mométasone)	Merck Canada Inc.	6,71 \$	0,02 \$	2,60 \$	2,59 \$	0,00 \$	0,05 \$	0,00 \$	0,16 \$	1,30 \$
96	Asacol (mésalazine)	Warner Chilcott Canada Co.	6,60 \$	1,33 \$	1,03 \$	1,19 \$	2,23 \$	0,26 \$	0,22 \$	0,03 \$	0,30 \$
97	Xeloda (capécitabine)	Hoffmann-La Roche Limited	6,52 \$	-	-	0,80 \$	4,86 \$	0,20 \$	0,39 \$	0,12 \$	0,16 \$
98	Nexium (ésoméprazole)	AstraZeneca Canada Inc.	6,50 \$	-	2,96 \$	3,53 \$	-	-	0,00 \$	-	0,00 \$
99	Travatan (travoprost)	Alcon Canada Inc.	6,40 \$	1,06 \$	0,56 \$	0,72 \$	3,22 \$	0,25 \$	0,33 \$	0,07 \$	0,19 \$
100	Actemra (tocilizumab)	Hoffmann-La Roche Limited	6,36 \$	0,60 \$	0,62 \$	0,52 \$	3,93 \$	0,10 \$	0,18 \$	-	0,41 \$
Total			2 655,87 \$	317,20 \$	147,99 \$	178,31 \$	1 776,43 \$	67,85 \$	57,06 \$	12,41 \$	98,63 \$
Part de tous les médicaments brevetés			88 %	90 %	85 %	85 %	89 %	85 %	87 %	92 %	83 %

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

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



Annexe F : Cent principaux médicaments non brevetés à fournisseur unique par coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments choisis du SNIUMP, 2012-2013 (en milliers de \$)

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Régimes totaux*	AB	SK	MB	ON	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	SSNA
1	Avodart (dutastéride)	GlaxoSmithKline Inc.	31 243 \$	4 636 \$	1 398 \$	1 346 \$	23 105 \$	359 \$	116 \$	14 \$	269 \$
2	Arthrotec (diclofénac sodique, misoprostol)	Pfizer Canada Inc.	25 942 \$	3 754 \$	2 280 \$	2 031 \$	14 314 \$	471 \$	589 \$	-	2 503 \$
3	Rebif (interféron bêta-1a)	EMD Serono, une division d'EMD Inc. Canada	23 380 \$	7 371 \$	3 203 \$	2 142 \$	8 087 \$	1 655 \$	-	434 \$	489 \$
4	Fragmin anti-Xa (daltéparine sodique)	Pfizer Canada Inc.	22 126 \$	2 785 \$	735 \$	2 463 \$	14 321 \$	314 \$	876 \$	0 \$	631 \$
5	Zoladex LA dépôt sous forme d'injection (goséréline)	AstraZeneca Canada Inc.	21 484 \$	3 \$	-	113 \$	19 212 \$	581 \$	1 076 \$	226 \$	273 \$
6	Olmotec (olmésartan médoxomil)	Merck Canada Inc.	13 590 \$	1 767 \$	1 597 \$	-	8 662 \$	577 \$	483 \$	88 \$	416 \$
7	Aggrenox (dipyridamole, acide acétylsalicylique)	Boehringer Ingelheim	8 853 \$	1 051 \$	135 \$	106 \$	7 306 \$	44 \$	66 \$	-	144 \$
8	Innohep fiole multidose (tinzaparine sodique)	LEO Pharma Inc.	8 411 \$	2 964 \$	1 073 \$	11 \$	4 064 \$	72 \$	9 \$	-	218 \$
9	Humulin (insuline isophane)	Eli Lilly Canada Inc.	7 521 \$	944 \$	1 429 \$	927 \$	988 \$	891 \$	836 \$	140 \$	1 365 \$
10	Olestyr (résine de cholestyramine)	Pendopharm une division de Pharmascience Inc.	5 093 \$	635 \$	379 \$	268 \$	3 217 \$	174 \$	211 \$	44 \$	166 \$
11	Trelstar (triptoréline)	Paladin Labs Inc.	4 010 \$	-	-	-	3 400 \$	84 \$	407 \$	99 \$	21 \$
12	Elaprase (idursulfase)	Shire Human Genetic Therapies Inc.	3 729 \$	-	-	-	3 729 \$	-	-	-	-
13	Dexedrine Spansule (sulfate de dexamphétamine)	Paladin Labs Inc.	3 591 \$	617 \$	320 \$	564 \$	1 176 \$	107 \$	121 \$	15 \$	671 \$
14	Tri-Cyclen (norgestimate, norgestimate, norgestimate)	Janssen Inc.	3 382 \$	86 \$	1 105 \$	1 032 \$	534 \$	66 \$	33 \$	10 \$	518 \$
15	pms-Ramipril-HCTZ (ramipril, hydrochlorothiazide)	Pharmascience Inc.	2 764 \$	238 \$	275 \$	-	1 783 \$	132 \$	203 \$	19 \$	113 \$
16	Bezalip SR (bézafibrate)	Actavis Group PTC ehf	2 585 \$	269 \$	7 \$	443 \$	1 716 \$	15 \$	40 \$	-	95 \$
17	Dilantin (phénytoïne sodique)	Pfizer Canada Inc.	2 499 \$	196 \$	194 \$	246 \$	1 465 \$	78 \$	62 \$	17 \$	241 \$
18	Serevent Diskus (salmétérol)	GlaxoSmithKline Inc.	2 370 \$	249 \$	169 \$	206 \$	1 476 \$	104 \$	31 \$	6 \$	129 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Régimes totaux*	AB	SK	MB	ON	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	SSNA
19	Fucidin (acide fusidique)	LEO Pharma Inc.	2 333 \$	145 \$	338 \$	133 \$	1 339 \$	106 \$	51 \$	5 \$	215 \$
20	Codéine Contin à libération contrôlée (codéine)	Purdue Pharma	2 294 \$	-	57 \$	162 \$	1 550 \$	116 \$	76 \$	2 \$	331 \$
21	HP-Pac (lansoprazole, amoxicilline, clarithromycine)	Takeda Pharmaceuticals America Inc.	2 226 \$	203 \$	99 \$	55 \$	1 155 \$	7 \$	47 \$	-	659 \$
22	Remodulin (tréprostnil)	United Therapeutics Corporation	2 114 \$	-	81 \$	153 \$	1 103 \$	588 \$	-	-	188 \$
23	Fluanxol Dépôt (décanoate de flupentixol)	Lundbeck Canada Inc.	2 079 \$	50 \$	170 \$	109 \$	1 514 \$	38 \$	27 \$	-	170 \$
24	Nitoman (tétrabenazine)	Valeant Canada LP / Valeant Canada S.E.C.	1 985 \$	162 \$	144 \$	258 \$	1 041 \$	149 \$	32 \$	22 \$	178 \$
25	Suboxone (buprénorphine, naloxone (chlorhydrate de naloxone sous forme de dihydrate))	RB Pharmaceuticals Limited	1 901 \$	123 \$	10 \$	46 \$	1 617 \$	29 \$	8 \$	21 \$	47 \$
26	Humatrope (somatropine, diluée)	Eli Lilly Canada Inc.	1 697 \$	227 \$	12 \$	362 \$	917 \$	99 \$	6 \$	-	75 \$
27	pms-Testostérone (undécanoate de testostérone)	Pharmascience Inc.	1 619 \$	-	-	-	1 460 \$	24 \$	73 \$	1 \$	60 \$
28	Cerezyme (imiglucérase)	Genzyme Canada, une filiale de Sanofi-aventis Canada Inc.	1 605 \$	-	-	935 \$	-	-	-	-	670 \$
29	Prolopa (lévodopa, benserazide)	Hoffmann-La Roche Limited	1 478 \$	101 \$	48 \$	78 \$	1 216 \$	3 \$	23 \$	-	8 \$
30	Elmiron (polysulfate de pentosan sodique)	Janssen Inc.	1 451 \$	302 \$	56 \$	326 \$	269 \$	131 \$	217 \$	14 \$	135 \$
31	Lotriderm (clotrimazole, bétaméthasone)	Merck Canada Inc.	1 395 \$	443 \$	343 \$	40 \$	-	125 \$	210 \$	-	234 \$
32	Thyrogen (thyrotropine alfa)	Genzyme Canada, une filiale de Sanofi-aventis Canada Inc.	1 328 \$	251 \$	-	-	992 \$	-	46 \$	-	38 \$
33	Granisetron (granisétron)	AA Pharma Inc.	1 310 \$	195 \$	-	-	1 032 \$	22 \$	-	-	60 \$
34	Imipramine (chlorhydrate d'imipramine)	AA Pharma Inc.	1 268 \$	162 \$	133 \$	132 \$	689 \$	33 \$	62 \$	14 \$	43 \$
35	Trizivir (abacavir, lamivudine, zidovudine)	ViiV Healthcare ULC	1 198 \$	-	18 \$	-	1 068 \$	37 \$	-	-	75 \$
36	Lomotil (chlorhydrate de diphénoxylate, sulfate d'atropine)	Pfizer Canada Inc.	1 194 \$	285 \$	94 \$	24 \$	725 \$	30 \$	30 \$	-	6 \$
37	Soriatane (acitrétine)	Actavis Group PTC ehf	1 189 \$	92 \$	72 \$	108 \$	727 \$	35 \$	61 \$	5 \$	88 \$
38	Delatestryl (éнанthane de testostérone)	Valeant Canada LP / Valeant Canada S.E.C.	1 150 \$	258 \$	114 \$	105 \$	578 \$	7 \$	24 \$	2 \$	61 \$
39	Ratio-IPRA SAL UDV (salbutamol, bromure d'ipratropium)	Teva Canada Limited	1 115 \$	233 \$	409 \$	126 \$	224 \$	1 \$	66 \$	7 \$	48 \$
40	Purinethol (mercaptapurine)	Teva Canada Limited	1 106 \$	-	42 \$	252 \$	692 \$	28 \$	23 \$	2 \$	68 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Régimes totaux*	AB	SK	MB	ON	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	SSNA
41	Mestinon USP (bromure de pyridostigmine)	Valeant Canada LP / Valeant Canada S.E.C.	1 070 \$	160 \$	99 \$	105 \$	593 \$	26 \$	39 \$	5 \$	45 \$
42	Metadol (chlorhydrate de méthadone)	Paladin Labs Inc.	1 052 \$	371 \$	51 \$	5 \$	235 \$	38 \$	72 \$	222 \$	59 \$
43	Micronor (noréthindrone)	Janssen Inc.	1 007 \$	19 \$	275 \$	284 \$	187 \$	16 \$	15 \$	2 \$	209 \$
44	Un-Alfa (alfacalcidol)	LEO Pharma Inc.	1 001 \$	63 \$	50 \$	13 \$	720 \$	44 \$	24 \$	1 \$	86 \$
45	Triquilar (levonorgestrel, levonorgestrel, levonorgestrel)	Bayer Inc.	935 \$	25 \$	277 \$	310 \$	110 \$	15 \$	7 \$	2 \$	189 \$
46	Flolan (époprosténol)	GlaxoSmithKline Inc.	925 \$	–	29 \$	–	729 \$	94 \$	–	60 \$	12 \$
47	Suprefact Dépôt (buséreléline)	Sanofi-aventis Canada Inc.	903 \$	–	–	7 \$	836 \$	10 \$	45 \$	–	5 \$
48	Glucagon (glucagon)	Eli Lilly Canada Inc.	879 \$	40 \$	46 \$	62 \$	644 \$	24 \$	20 \$	–	43 \$
49	Benzaclin topique (peroxyde de benzoyle, clindamycine)	Valeant Canada LP / Valeant Canada S.E.C.	797 \$	5 \$	342 \$	–	450 \$	–	–	–	–
50	Nplate (romiplostim)	Amgen Canada Inc.	797 \$	–	–	–	797 \$	–	–	–	–
51	Betoptic S ophthalmique (bétaxolol)	Alcon Canada Inc.	789 \$	87 \$	46 \$	55 \$	515 \$	26 \$	39 \$	8 \$	12 \$
52	Cyclen (norgestimate, éthynyl estradiol)	Janssen Inc.	752 \$	30 \$	304 \$	214 \$	113 \$	–	9 \$	1 \$	80 \$
53	Pancrease MT (lipase, protéase, amylase)	Janssen Inc.	727 \$	264 \$	125 \$	103 \$	91 \$	16 \$	36 \$	–	93 \$
54	Vepesid (étoposide)	Bristol-Myers Squibb Canada	725 \$	–	–	5 \$	675 \$	10 \$	25 \$	–	10 \$
55	Efudex (fluorouracil)	Valeant Canada LP / Valeant Canada S.E.C.	718 \$	99 \$	59 \$	69 \$	442 \$	26 \$	13 \$	6 \$	4 \$
56	Locacorten Vioform gouttes otiques (pivalate de fluméthasone, clioquinol)	Paladin Labs Inc.	698 \$	40 \$	61 \$	66 \$	436 \$	15 \$	17 \$	4 \$	58 \$
57	Clopixel Dépôt (décanoate de zuclopenthixol)	Lundbeck Canada Inc.	688 \$	33 \$	99 \$	22 \$	375 \$	54 \$	4 \$	1 \$	101 \$
58	Desipramine (désipramine)	AA Pharma Inc.	668 \$	69 \$	67 \$	81 \$	371 \$	17 \$	29 \$	5 \$	29 \$
59	Hydroval (valérate d'hydrocortisone)	TaroPharma, a division of Taro Pharmaceuticals Inc.	654 \$	42 \$	17 \$	12 \$	530 \$	16 \$	8 \$	–	28 \$
60	Teva-chlorpromazine (chlorpromazine)	Teva Canada Limited	597 \$	23 \$	53 \$	80 \$	327 \$	48 \$	20 \$	6 \$	40 \$
61	Glycopyrrolate injection USP (glycopyrrolate)	Sandoz Canada Incorporated	564 \$	44 \$	–	44 \$	268 \$	86 \$	73 \$	–	48 \$
62	Midodrine (chlorhydrate de midodrine)	AA Pharma Inc.	559 \$	45 \$	13 \$	54 \$	406 \$	14 \$	9 \$	1 \$	18 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Régimes totaux*	AB	SK	MB	ON	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	SSNA
63	Apo-Enalapril Maleate/HCTZ (maléate d'énalapril, hydrochlorothiazide)	Apotex Incorporated	552 \$	140 \$	235 \$	51 \$	-	25 \$	58 \$	-	42 \$
64	Mepron (atovaquone)	GlaxoSmithKline Inc.	543 \$	56 \$	4 \$	59 \$	362 \$	11 \$	-	-	52 \$
65	Flagystatin ovule vaginal (nystatine, métronidazole)	Sanofi-aventis Canada Inc.	491 \$	39 \$	-	5 \$	357 \$	5 \$	12 \$	1 \$	73 \$
66	ISDN (dinitrate d'isosorbide)	AA Pharma Inc.	474 \$	14 \$	9 \$	44 \$	364 \$	15 \$	13 \$	5 \$	11 \$
67	Methyl dopa (métyldopa)	AA Pharma Inc.	458 \$	36 \$	59 \$	37 \$	264 \$	20 \$	18 \$	2 \$	23 \$
68	Tears Naturelle II gouttes (hypromellose, dextrane)	Alcon Canada Inc.	457 \$	-	-	3 \$	308 \$	-	94 \$	-	52 \$
69	Duvoid (chlorure de bétanéchol)	Paladin Labs Inc.	456 \$	-	17 \$	42 \$	317 \$	35 \$	28 \$	3 \$	14 \$
70	Trifluoperazine (trifluopérazine)	AA Pharma Inc.	441 \$	22 \$	42 \$	56 \$	255 \$	23 \$	26 \$	6 \$	10 \$
71	Cyclomen (danazol)	Sanofi-aventis Canada Inc.	435 \$	42 \$	37 \$	24 \$	267 \$	14 \$	19 \$	-	31 \$
72	Apo-lamivudine-zidovudine (lamivudine, zidovudine)	Apotex Incorporated	434 \$	-	-	43 \$	297 \$	48 \$	-	-	46 \$
73	Topicort douce (désoximétasone)	Valeant Canada LP / Valeant Canada S.E.C.	419 \$	132 \$	45 \$	89 \$	-	27 \$	30 \$	12 \$	85 \$
74	Tapazole (thiamazole)	Paladin Labs Inc.	419 \$	69 \$	85 \$	144 \$	1 \$	9 \$	19 \$	5 \$	87 \$
75	CO exemestane (exémestane)	Cobalt Pharmaceuticals Company	418 \$	-	-	22 \$	321 \$	24 \$	39 \$	4 \$	8 \$
76	Zaroxolyn (métolazone)	Sanofi-aventis Canada Inc.	417 \$	75 \$	43 \$	35 \$	231 \$	5 \$	12 \$	1 \$	15 \$
77	Minestrin (acétate de noréthindrone, éthinyl estradiol)	Warner Chilcott Canada Co.	413 \$	14 \$	144 \$	119 \$	68 \$	8 \$	4 \$	0 \$	56 \$
78	Modafinil (modafinil)	AA Pharma Inc.	401 \$	57 \$	29 \$	116 \$	109 \$	30 \$	2 \$	1 \$	56 \$
79	Fludara (phosphate de fludarabine)	Sanofi-aventis Canada Inc.	400 \$	-	-	-	393 \$	-	-	-	6 \$
80	Cytomel (liothyronine)	Pfizer Canada Inc.	383 \$	175 \$	-	150 \$	7 \$	19 \$	13 \$	-	19 \$
81	Misoprostol (misoprostol)	AA Pharma Inc.	379 \$	27 \$	15 \$	25 \$	234 \$	15 \$	22 \$	15 \$	26 \$
82	Aldara p (imiquimod)	Valeant Canada LP / Valeant Canada S.E.C.	365 \$	102 \$	31 \$	89 \$	24 \$	53 \$	20 \$	22 \$	22 \$
83	Propyl-Thyracil (propylthiouracil)	Paladin Labs Inc.	360 \$	12 \$	40 \$	37 \$	237 \$	5 \$	6 \$	1 \$	22 \$
84	Dantrium (dantrolène sodique)	JHP Pharmaceuticals LLC	360 \$	22 \$	69 \$	19 \$	198 \$	26 \$	4 \$	2 \$	20 \$
85	Midamor (chlorhydrate d'amiloride)	AA Pharma Inc.	359 \$	47 \$	15 \$	15 \$	258 \$	4 \$	14 \$	-	6 \$
86	Cyklokapron (acide tranexamique)	Pfizer Canada Inc.	343 \$	79 \$	-	71 \$	38 \$	21 \$	11 \$	-	125 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Régimes totaux*	AB	SK	MB	ON	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	SSNA
87	Klean-Prep sol pdr (chlorure de potassium, polyéthylène glycol 3350, sulfate de sodium)	Pendopharm, a division of Pharmascience Inc.	339 \$	-	-	-	335 \$	-	-	-	4 \$
88	Viskazine (pindolol, hydrochlorothiazide)	Novartis Pharma Canada Inc.	328 \$	37 \$	39 \$	-	213 \$	11 \$	22 \$	-	6 \$
89	Ratio-Aclavulanate (amoxicilline, acide clavulanique (clavulanate de potassium))	Teva Canada Limited	322 \$	16 \$	4 \$	84 \$	95 \$	10 \$	7 \$	5 \$	101 \$
90	Cuprimine (d-pénicillamine)	Valeant Canada LP / Valeant Canada S.E.C.	320 \$	71 \$	9 \$	17 \$	183 \$	4 \$	18 \$	1 \$	17 \$
91	Fluanxol (flupentixol)	Lundbeck Canada Inc.	309 \$	14 \$	20 \$	60 \$	183 \$	17 \$	8 \$	1 \$	7 \$
92	Chlorthalidone (chlorthalidone)	AA Pharma Inc.	301 \$	37 \$	13 \$	14 \$	219 \$	5 \$	2 \$	0 \$	10 \$
93	Dapsone (dapsoné)	Jacobus Pharmaceutical Company, Inc.	295 \$	69 \$	58 \$	41 \$	69 \$	13 \$	10 \$	-	34 \$
94	Differin Top (adapalène)	Galderma Canada Inc.	292 \$	-	182 \$	14 \$	-	-	-	-	97 \$
95	Demulen (diacétate d'éthinodiol, éthinyl estradiol)	Pfizer Canada Inc.	292 \$	10 \$	53 \$	120 \$	64 \$	7 \$	3 \$	2 \$	34 \$
96	Cafergot (tartrate d'ergotamine, caféine)	Novartis Pharma Canada Inc.	278 \$	33 \$	-	0 \$	229 \$	3 \$	5 \$	-	8 \$
97	Stievamycin régulier (érythromycine, trétinoïne)	Stievamycin regular (erythromycin, tretinoin)	276 \$	0 \$	-	69 \$	135 \$	4 \$	2 \$	-	66 \$
98	Ratio-Sildenafil R (sildénafil)	Teva Canada Limited	269 \$	-	-	-	104 \$	82 \$	39 \$	-	44 \$
99	Taro-Carbamazépine (inhibiteur de l'alpha 1-protéinase)	Taro Pharmaceuticals Inc.	268 \$	3 \$	-	8 \$	215 \$	11 \$	0 \$	0 \$	31 \$
100	Revia (chlorhydrate de naltrexone)	Duramed Pharmaceuticals Inc. Une filiale de Barr Pharmaceuticals Inc.	268 \$	-	-	48 \$	70 \$	105 \$	6 \$	1 \$	37 \$
Total			259 443 \$	33 711 \$	19 850 \$	18 658 \$	155 342 \$	8 635 \$	7 334 \$	1 620 \$	14 294 \$
Part de tous les médicaments non brevetés à fournisseur unique			95 %	94 %	94 %	91 %	96 %	94 %	93 %	94 %	87 %

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

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

Annexe G : Cent principaux médicaments génériques multisources par coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments choisis du SNIUMP, 2012-2013 (en milliers de \$)



Rang	Ingrédient	Total*	AB	SK	MB	ON	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	SSNA
1	Atorvastatine	134,79 \$	23,86 \$	8,70 \$	8,73 \$	77,74 \$	3,95 \$	4,81 \$	1,08 \$	5,93 \$
2	Amlodipine	69,66 \$	12,56 \$	3,30 \$	4,30 \$	42,10 \$	1,68 \$	2,55 \$	0,74 \$	2,42 \$
3	Rosuvastatine	64,83 \$	10,01 \$	5,81 \$	2,67 \$	36,33 \$	3,01 \$	3,90 \$	0,72 \$	2,36 \$
4	Pantoprazole	52,24 \$	16,99 \$	2,25 \$	1,75 \$	28,70 \$	0,42 \$	0,10 \$	0,00 \$	2,02 \$
5	Ramipril	51,53 \$	8,85 \$	3,76 \$	4,70 \$	26,07 \$	1,99 \$	1,75 \$	0,53 \$	3,88 \$
6	Omeprazole	45,59 \$	8,92 \$	2,16 \$	5,26 \$	17,19 \$	3,12 \$	3,16 \$	0,64 \$	5,13 \$
7	Gabapentine	40,21 \$	7,23 \$	3,44 \$	6,56 \$	13,22 \$	1,70 \$	1,48 \$	0,38 \$	6,20 \$
8	Chlorhydrate de metformine	39,81 \$	6,96 \$	0,24 \$	5,97 \$	19,50 \$	1,26 \$	1,48 \$	0,53 \$	3,87 \$
9	Rabéprazole sodique	38,22 \$	1,61 \$	3,20 \$	2,27 \$	23,97 \$	0,67 \$	2,61 \$	0,30 \$	3,60 \$
10	Olanzapine	36,36 \$	2,31 \$	1,25 \$	3,25 \$	22,73 \$	2,86 \$	0,80 \$	0,42 \$	2,75 \$
11	Simvastatine	35,32 \$	6,22 \$	2,87 \$	2,91 \$	18,18 \$	1,49 \$	1,93 \$	0,42 \$	1,29 \$
12	Clopidogrel	34,55 \$	4,41 \$	2,10 \$	3,70 \$	20,06 \$	1,38 \$	1,62 \$	0,21 \$	1,07 \$
13	Venlafaxine	33,04 \$	4,94 \$	4,39 \$	5,33 \$	12,71 \$	1,66 \$	1,10 \$	0,24 \$	2,68 \$
14	Risédronate sodique	30,82 \$	2,60 \$	0,40 \$	0,32 \$	26,11 \$	0,42 \$	0,78 \$	0,04 \$	0,15 \$
15	Fentanyl	28,03 \$	1,54 \$	1,61 \$	2,52 \$	20,90 \$	0,38 \$	0,36 \$	0,03 \$	0,68 \$
16	Citalopram	27,79 \$	3,95 \$	2,91 \$	4,69 \$	10,60 \$	1,67 \$	1,39 \$	0,42 \$	2,17 \$
17	Lansoprazole	24,06 \$	7,94 \$	0,46 \$	0,28 \$	14,19 \$	0,39 \$	0,12 \$	0,01 \$	0,67 \$
18	Quétiapine	21,96 \$	1,58 \$	1,55 \$	4,09 \$	10,15 \$	1,66 \$	0,60 \$	0,20 \$	2,12 \$
19	Nifédipine	20,80 \$	2,19 \$	0,98 \$	2,72 \$	11,29 \$	1,54 \$	0,81 \$	0,13 \$	1,15 \$
20	Chlorhydrate de diltiazem	18,16 \$	2,39 \$	1,19 \$	1,98 \$	9,95 \$	1,08 \$	0,72 \$	0,24 \$	0,60 \$
21	Tartrate de métoprolol	17,38 \$	2,92 \$	1,32 \$	2,78 \$	7,12 \$	0,82 \$	1,39 \$	0,22 \$	0,81 \$
22	Paroxétine	16,78 \$	1,82 \$	1,88 \$	3,50 \$	6,38 \$	0,87 \$	0,73 \$	0,15 \$	1,45 \$
23	Risperidone	15,26 \$	0,78 \$	1,38 \$	1,74 \$	8,37 \$	1,19 \$	0,37 \$	0,16 \$	1,27 \$
24	Sertraline	14,79 \$	1,71 \$	1,51 \$	2,74 \$	6,37 \$	0,68 \$	0,54 \$	0,12 \$	1,11 \$
25	Valsartan	14,59 \$	3,54 \$	1,39 \$	1,16 \$	7,35 \$	0,16 \$	0,48 \$	0,10 \$	0,41 \$
26	Zopiclone	13,91 \$	7,29 \$	-	4,45 \$	0,05 \$	1,52 \$	0,51 \$	0,09 \$	0,00 \$
27	Irbésartan	13,83 \$	2,74 \$	0,89 \$	1,68 \$	7,25 \$	0,29 \$	0,43 \$	0,07 \$	0,47 \$
28	Lévodopa, carbidopa	13,39 \$	1,31 \$	0,73 \$	1,30 \$	9,05 \$	0,29 \$	0,35 \$	0,09 \$	0,27 \$
29	Candésartan cilexetil	13,34 \$	2,30 \$	1,15 \$	0,83 \$	7,53 \$	0,47 \$	0,56 \$	0,10 \$	0,39 \$
30	Warfarine sodique	13,03 \$	2,46 \$	1,14 \$	1,54 \$	6,28 \$	0,54 \$	0,62 \$	0,16 \$	0,28 \$
31	Fluoxétine	12,67 \$	1,81 \$	1,71 \$	2,66 \$	4,41 \$	0,41 \$	0,35 \$	0,11 \$	1,21 \$
32	Acide alendronique	12,62 \$	2,89 \$	0,63 \$	1,39 \$	5,93 \$	0,69 \$	0,62 \$	0,08 \$	0,38 \$
33	Ranitidine	12,54 \$	0,46 \$	1,56 \$	1,27 \$	6,31 \$	0,54 \$	0,96 \$	0,17 \$	1,29 \$
34	Aténolol	11,99 \$	1,35 \$	1,14 \$	0,92 \$	6,78 \$	0,58 \$	0,59 \$	0,21 \$	0,42 \$
35	Acétaminophène, chlorhydrate d'oxycodone	11,88 \$	0,60 \$	-	0,74 \$	9,39 \$	0,10 \$	0,08 \$	0,05 \$	0,90 \$
36	Galantamine	11,76 \$	1,26 \$	0,11 \$	0,18 \$	8,95 \$	0,53 \$	0,57 \$	0,13 \$	0,03 \$

Suite à la page suivante

Rang	Ingrédient	Total*	AB	SK	MB	ON	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	SSNA
37	Pravastatine sodique	11,45 \$	2,55 \$	0,88 \$	0,95 \$	5,64 \$	0,47 \$	0,55 \$	0,10 \$	0,32 \$
38	Amoxicilline	11,19 \$	0,66 \$	1,76 \$	1,66 \$	4,90 \$	0,17 \$	0,18 \$	0,05 \$	1,82 \$
39	Gliclazide	10,17 \$	1,75 \$	0,36 \$	1,16 \$	4,60 \$	0,39 \$	0,74 \$	0,15 \$	1,03 \$
40	Salbutamol	10,04 \$	0,56 \$	0,89 \$	1,03 \$	5,35 \$	0,50 \$	0,38 \$	0,09 \$	1,24 \$
41	Pioglitazone	10,01 \$	2,59 \$	0,67 \$	0,50 \$	4,77 \$	0,23 \$	0,16 \$	0,00 \$	1,09 \$
42	Ondansétron	9,62 \$	3,14 \$	–	1,15 \$	4,06 \$	0,21 \$	0,21 \$	–	0,85 \$
43	Chlorhydrate de tamsulosine	9,33 \$	2,74 \$	0,83 \$	0,75 \$	4,01 \$	0,56 \$	0,02 \$	0,15 \$	0,28 \$
44	Sulfate de morphine	9,10 \$	0,77 \$	0,48 \$	1,11 \$	5,30 \$	0,27 \$	0,17 \$	0,07 \$	0,93 \$
45	Acide valproïque	8,97 \$	0,44 \$	0,86 \$	1,10 \$	5,14 \$	0,55 \$	0,17 \$	0,10 \$	0,61 \$
46	Losartan potassique	8,79 \$	1,17 \$	0,77 \$	0,69 \$	4,91 \$	0,29 \$	0,47 \$	0,11 \$	0,37 \$
47	Céphalexine	8,51 \$	0,71 \$	1,31 \$	1,05 \$	3,71 \$	0,16 \$	0,21 \$	0,05 \$	1,30 \$
48	Maléate d'énalapril	8,48 \$	1,15 \$	0,01 \$	1,44 \$	4,15 \$	0,33 \$	0,22 \$	0,07 \$	1,12 \$
49	Valsartan, hydrochlorothiazide	8,47 \$	2,22 \$	1,21 \$	0,81 \$	3,64 \$	0,07 \$	0,26 \$	0,04 \$	0,23 \$
50	Méthotrexate	8,45 \$	1,49 \$	0,54 \$	0,86 \$	4,29 \$	0,19 \$	0,32 \$	0,04 \$	0,71 \$
51	Carvédilol	8,03 \$	2,20 \$	0,62 \$	0,61 \$	3,41 \$	0,40 \$	0,43 \$	0,05 \$	0,31 \$
52	Telmisartan	7,99 \$	1,13 \$	0,46 \$	0,53 \$	5,00 \$	0,24 \$	0,27 \$	0,15 \$	0,20 \$
53	Topiramate	7,85 \$	1,09 \$	1,17 \$	1,38 \$	3,18 \$	0,21 \$	0,07 \$	0,03 \$	0,71 \$
54	Finastéride	7,75 \$	1,13 \$	0,46 \$	0,85 \$	4,64 \$	0,20 \$	0,34 \$	0,01 \$	0,13 \$
55	Lisinopril	7,62 \$	1,79 \$	0,52 \$	1,36 \$	2,60 \$	0,48 \$	0,36 \$	0,12 \$	0,39 \$
56	Chlorhydrate d'hydromorphone	7,12 \$	0,59 \$	0,87 \$	0,53 \$	4,14 \$	0,20 \$	0,37 \$	0,06 \$	0,37 \$
57	Ciprofloxacine	6,87 \$	1,44 \$	0,11 \$	1,21 \$	2,97 \$	0,09 \$	0,24 \$	0,00 \$	0,81 \$
58	Furosémide	6,85 \$	0,76 \$	0,52 \$	0,66 \$	4,11 \$	0,24 \$	0,29 \$	0,04 \$	0,24 \$
59	Lamotrigine	6,66 \$	0,68 \$	1,31 \$	1,52 \$	2,24 \$	0,26 \$	0,16 \$	0,04 \$	0,45 \$
60	Épinéphrine	6,60 \$	0,55 \$	1,10 \$	1,39 \$	2,06 \$	0,13 \$	0,06 \$	0,00 \$	1,29 \$
61	Fénofibrate	6,56 \$	1,82 \$	0,31 \$	1,02 \$	2,32 \$	0,29 \$	0,33 \$	0,06 \$	0,42 \$
62	Fumarate de bisoprolol	6,51 \$	1,26 \$	0,09 \$	0,18 \$	4,28 \$	0,29 \$	0,22 \$	0,02 \$	0,16 \$
63	Azithromycine	6,50 \$	0,58 \$	0,62 \$	1,59 \$	2,60 \$	0,19 \$	0,09 \$	0,00 \$	0,84 \$
64	Irbésartan, hydrochlorothiazide	6,49 \$	1,69 \$	0,78 \$	1,23 \$	2,23 \$	0,06 \$	0,26 \$	0,02 \$	0,21 \$
65	Naproxène	6,27 \$	0,45 \$	0,62 \$	0,72 \$	2,93 \$	0,16 \$	0,19 \$	0,07 \$	1,12 \$
66	Léflunomide	6,23 \$	1,03 \$	0,56 \$	0,41 \$	3,35 \$	0,06 \$	0,12 \$	0,02 \$	0,68 \$
67	Mirtazapine	6,06 \$	0,80 \$	0,42 \$	0,89 \$	3,02 \$	0,28 \$	0,26 \$	0,06 \$	0,35 \$
68	Énalapril sodique	6,00 \$	1,30 \$	0,69 \$	1,71 \$	1,14 \$	0,21 \$	0,45 \$	0,06 \$	0,43 \$
69	Valacyclovir	5,96 \$	1,58 \$	1,34 \$	1,08 \$	0,71 \$	0,15 \$	0,17 \$	0,03 \$	0,91 \$
70	Baclofène	5,93 \$	0,58 \$	0,56 \$	0,57 \$	3,19 \$	0,18 \$	0,11 \$	0,03 \$	0,72 \$
71	Diclofénac sodique	5,74 \$	1,09 \$	0,71 \$	1,27 \$	1,69 \$	0,09 \$	0,12 \$	0,07 \$	0,70 \$
72	Térazosine	5,71 \$	0,54 \$	0,14 \$	0,32 \$	3,79 \$	0,21 \$	0,50 \$	0,02 \$	0,19 \$
73	Clonazépam	5,61 \$	0,53 \$	0,23 \$	1,11 \$	2,60 \$	0,40 \$	0,21 \$	0,03 \$	0,50 \$
74	Nabilone	5,56 \$	0,55 \$	0,03 \$	0,50 \$	3,60 \$	0,24 \$	0,10 \$	–	0,55 \$
75	Lévétiracétam	5,52 \$	0,84 \$	0,95 \$	0,82 \$	1,89 \$	0,19 \$	0,17 \$	0,03 \$	0,63 \$
76	Chlorhydrate de vérapamil	5,41 \$	0,91 \$	0,47 \$	0,79 \$	2,39 \$	0,35 \$	0,26 \$	0,08 \$	0,16 \$
77	Clozapine	5,14 \$	0,32 \$	0,68 \$	2,25 \$	0,01 \$	0,78 \$	0,00 \$	0,02 \$	1,07 \$
78	Dompéridone	5,08 \$	0,51 \$	0,30 \$	0,69 \$	2,62 \$	0,24 \$	0,39 \$	0,08 \$	0,24 \$
79	Méloxicam	5,01 \$	–	0,04 \$	0,11 \$	4,44 \$	0,17 \$	0,11 \$	–	0,14 \$
80	Chlorhydrate de trazodone	4,93 \$	0,75 \$	0,17 \$	0,95 \$	2,23 \$	0,18 \$	0,26 \$	0,03 \$	0,37 \$

Suite à la page suivante

Rang	Ingrédient	Total*	AB	SK	MB	ON	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	SSNA
81	Latanoprost	4,64 \$	0,55 \$	0,17 \$	0,26 \$	3,14 \$	0,15 \$	0,23 \$	0,04 \$	0,09 \$
82	Losartan potassique, hydrochlorothiazide	4,44 \$	0,69 \$	1,00 \$	0,52 \$	1,55 \$	0,13 \$	0,36 \$	0,03 \$	0,15 \$
83	Ursodiol	4,28 \$	0,71 \$	0,36 \$	0,41 \$	2,07 \$	0,12 \$	0,12 \$	0,02 \$	0,47 \$
84	Clarithromycine	4,24 \$	0,60 \$	0,44 \$	0,82 \$	1,28 \$	0,16 \$	0,11 \$	-	0,84 \$
85	Dichlorhydrate de pramipexole monohydraté	4,20 \$	0,69 \$	0,30 \$	0,46 \$	2,24 \$	0,18 \$	0,17 \$	0,02 \$	0,14 \$
86	Chlorhydrate d'amiodarone	4,19 \$	0,57 \$	0,32 \$	0,48 \$	2,36 \$	0,17 \$	0,14 \$	0,04 \$	0,11 \$
87	Sulfate d'hydroxychloroquine	4,14 \$	0,61 \$	0,24 \$	0,44 \$	2,15 \$	0,09 \$	0,12 \$	0,03 \$	0,45 \$
88	Glyburide	4,10 \$	0,24 \$	0,29 \$	0,61 \$	2,35 \$	0,08 \$	0,10 \$	0,03 \$	0,40 \$
89	Chlorhydrate de méthylphénidate	4,07 \$	0,06 \$	0,18 \$	1,14 \$	2,05 \$	0,11 \$	0,05 \$	0,03 \$	0,45 \$
90	Lorazepam	4,04 \$	0,19 \$	0,14 \$	0,36 \$	2,74 \$	0,19 \$	0,20 \$	0,02 \$	0,20 \$
91	Fosinopril sodique	3,92 \$	0,84 \$	0,21 \$	0,89 \$	1,60 \$	0,02 \$	0,10 \$	0,02 \$	0,24 \$
92	Timolol , dorzolamide (chlorhydrate de dorzolamide)	3,90 \$	0,22 \$	0,12 \$	0,17 \$	3,12 \$	0,08 \$	0,11 \$	0,02 \$	0,06 \$
93	Letrozole	3,87 \$	-	-	0,90 \$	2,36 \$	0,25 \$	0,26 \$	0,02 \$	0,09 \$
94	Clindamycine	3,62 \$	0,42 \$	0,56 \$	0,58 \$	1,15 \$	0,08 \$	0,06 \$	0,02 \$	0,75 \$
95	Carbamazépine	3,59 \$	0,34 \$	0,32 \$	0,64 \$	1,65 \$	0,15 \$	0,10 \$	0,03 \$	0,36 \$
96	Levonorgestrel, éthynyl estradiol	3,38 \$	0,05 \$	0,76 \$	1,08 \$	0,76 \$	0,05 \$	0,02 \$	0,01 \$	0,67 \$
97	Chlorhydrate d'alfuzosine	3,36 \$	0,03 \$	0,27 \$	0,37 \$	2,65 \$	-	0,00 \$	-	0,03 \$
98	Ésoméprazole	3,30 \$	-	-	3,25 \$	-	-	0,05 \$	-	-
99	Bicalutamide	3,24 \$	-	-	0,39 \$	2,41 \$	0,13 \$	0,22 \$	0,04 \$	0,05 \$
100	Rivastigmine	3,14 \$	0,35 \$	0,02 \$	0,11 \$	2,50 \$	0,06 \$	0,10 \$	0,00 \$	0,01 \$
Total		1 467,33 \$	229,87 \$	102,21 \$	159,29 \$	759,19 \$	55,78 \$	54,86 \$	11,91 \$	94,20 \$
Part de tous les médicaments génériques multisources		89 %	89 %	87 %	87 %	90 %	88 %	88 %	90 %	85 %

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

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



Annexe H : Cent principaux fabricants par coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments choisis du SNIUMP, 2012-2013 (en millions de \$)

Rang	Compagnie	Régimes totaux*	AB	SK	MB	ON	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	SSNA
1	Apotex Incorporated	497,95 \$	66,58 \$	19,31 \$	48,27 \$	298,16 \$	16,79 \$	11,67 \$	3,64 \$	33,53 \$
2	Novartis Pharma Canada Inc.	357,69 \$	51,64 \$	8,35 \$	10,35 \$	270,99 \$	8,33 \$	3,49 \$	0,75 \$	3,81 \$
3	Teva Canada Limited	355,54 \$	39,65 \$	26,35 \$	39,94 \$	193,96 \$	13,14 \$	15,99 \$	2,77 \$	23,75 \$
4	Janssen Inc.	323,96 \$	50,72 \$	33,36 \$	31,56 \$	166,28 \$	10,59 \$	12,03 \$	2,58 \$	16,84 \$
5	Pfizer Canada Inc.	315,93 \$	30,60 \$	19,31 \$	20,57 \$	218,02 \$	7,26 \$	7,29 \$	1,13 \$	11,75 \$
6	Merck Canada Inc.	282,32 \$	21,17 \$	17,58 \$	13,51 \$	208,90 \$	5,29 \$	5,43 \$	0,77 \$	9,68 \$
7	GlaxoSmithKline Inc.	237,95 \$	28,93 \$	11,83 \$	18,12 \$	151,69 \$	7,49 \$	5,52 \$	0,79 \$	13,57 \$
8	AstraZeneca Canada Inc.	208,31 \$	20,23 \$	13,58 \$	19,62 \$	141,76 \$	3,33 \$	4,10 \$	0,72 \$	4,99 \$
9	Pharmascience Inc.	164,17 \$	21,62 \$	18,01 \$	15,28 \$	76,16 \$	9,93 \$	8,29 \$	1,98 \$	12,89 \$
10	Sandoz Canada Incorporated	154,62 \$	30,99 \$	12,78 \$	14,36 \$	73,33 \$	4,60 \$	6,36 \$	1,39 \$	10,83 \$
11	Boehringer Ingelheim	150,58 \$	22,03 \$	5,55 \$	4,36 \$	108,47 \$	3,42 \$	3,62 \$	0,43 \$	2,71 \$
12	Mylan Pharmaceuticals Ulc	150,10 \$	19,72 \$	7,44 \$	21,29 \$	80,94 \$	5,38 \$	5,33 \$	0,82 \$	9,17 \$
13	Purdue Pharma	112,50 \$	11,34 \$	6,39 \$	7,44 \$	77,91 \$	2,70 \$	2,07 \$	0,18 \$	4,46 \$
14	AbbVie Corporation	103,79 \$	22,59 \$	11,05 \$	15,73 \$	38,80 \$	2,72 \$	6,02 \$	1,56 \$	5,32 \$
15	Sanofi-aventis Canada Inc.	97,01 \$	8,60 \$	6,19 \$	4,57 \$	66,59 \$	0,85 \$	1,16 \$	0,21 \$	8,83 \$
16	Ranbaxy Pharmaceuticals Canada Inc.	96,09 \$	18,13 \$	5,99 \$	16,17 \$	46,43 \$	3,09 \$	2,38 \$	0,66 \$	3,24 \$
17	Servier Canada Inc.	93,69 \$	9,71 \$	7,59 \$	5,81 \$	60,77 \$	3,24 \$	2,73 \$	0,42 \$	3,43 \$
18	Eli Lilly Canada Inc.	90,90 \$	9,75 \$	4,78 \$	6,59 \$	59,07 \$	2,54 \$	2,14 \$	1,08 \$	4,94 \$
19	Immunex Corporation	87,47 \$	19,13 \$	7,92 \$	13,69 \$	32,18 \$	2,55 \$	4,00 \$	0,76 \$	7,22 \$
20	Novo Nordisk Canada Inc.	76,06 \$	9,63 \$	4,35 \$	5,19 \$	45,99 \$	1,65 \$	3,48 \$	0,81 \$	4,96 \$
21	Bayer Inc.	74,02 \$	7,72 \$	8,71 \$	9,26 \$	38,26 \$	2,72 \$	2,28 \$	0,35 \$	4,73 \$
22	Cobalt Pharmaceuticals Company	68,95 \$	8,40 \$	3,08 \$	10,26 \$	39,78 \$	1,53 \$	1,75 \$	0,18 \$	3,97 \$
23	Hoffmann-La Roche Limited	63,35 \$	4,76 \$	4,10 \$	6,43 \$	40,12 \$	1,54 \$	2,00 \$	0,28 \$	4,11 \$
24	Sanis Health Inc.	61,98 \$	28,33 \$	12,19 \$	0,33 \$	-	6,11 \$	6,18 \$	1,07 \$	7,76 \$
25	Valeant Canada LP / Valeant Canada S.E.C.	61,47 \$	7,46 \$	6,14 \$	6,93 \$	34,35 \$	1,67 \$	1,45 \$	0,23 \$	3,24 \$
26	Bristol-Myers Squibb Canada	61,06 \$	4,82 \$	2,22 \$	4,54 \$	42,75 \$	1,53 \$	1,15 \$	0,16 \$	3,89 \$
27	Lundbeck Canada Inc.	54,33 \$	4,08 \$	0,32 \$	0,24 \$	47,87 \$	0,13 \$	0,06 \$	0,00 \$	1,62 \$
28	Celgene Inc.	53,09 \$	-	-	4,12 \$	44,82 \$	1,88 \$	1,83 \$	-	0,44 \$
29	Takeda Canada Inc.	51,09 \$	3,25 \$	1,91 \$	0,51 \$	35,90 \$	5,02 \$	2,41 \$	0,56 \$	1,54 \$
30	Actavis Pharma Company	49,12 \$	14,99 \$	2,70 \$	7,17 \$	18,19 \$	0,91 \$	2,10 \$	0,28 \$	2,76 \$
31	AA Pharma Inc.	48,78 \$	4,93 \$	3,58 \$	4,61 \$	28,73 \$	1,54 \$	2,08 \$	0,37 \$	2,94 \$
32	Gilead Sciences Canada Inc.	47,46 \$	2,13 \$	1,48 \$	3,20 \$	36,95 \$	0,96 \$	0,07 \$	-	2,67 \$

Suite à la page suivante

Rang	Compagnie	Régimes totaux*	AB	SK	MB	ON	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	SSNA
33	Amgen Canada Inc.	43,94 \$	11,08 \$	0,45 \$	0,97 \$	25,13 \$	3,28 \$	0,09 \$	0,24 \$	2,70 \$
34	Abbott Laboratories, Limited	41,18 \$	5,85 \$	2,70 \$	4,14 \$	23,43 \$	1,17 \$	1,48 \$	0,20 \$	2,21 \$
35	Warner Chilcott Canada Co.	32,85 \$	1,90 \$	2,89 \$	1,52 \$	24,98 \$	0,38 \$	0,39 \$	0,03 \$	0,75 \$
36	Teva Pharmaceutical Industries Ltd.	32,28 \$	12,89 \$	4,90 \$	3,51 \$	8,49 \$	1,39 \$	-	0,51 \$	0,59 \$
37	Astellas Pharma Canada Inc.	30,10 \$	0,96 \$	1,52 \$	2,60 \$	21,64 \$	1,46 \$	0,22 \$	0,02 \$	1,67 \$
38	Bristol-Myers Squibb and Gilead Sciences LLC	29,65 \$	-	1,69 \$	1,18 \$	23,64 \$	0,94 \$	-	-	2,20 \$
39	Allergan Inc.	28,60 \$	4,83 \$	1,68 \$	2,87 \$	15,74 \$	0,98 \$	1,16 \$	0,14 \$	1,21 \$
40	LEO Pharma Inc.	26,51 \$	4,35 \$	2,44 \$	0,70 \$	16,66 \$	0,37 \$	0,24 \$	0,03 \$	1,72 \$
41	ViiV Healthcare ULC	25,76 \$	-	0,94 \$	2,62 \$	19,34 \$	0,60 \$	-	-	2,27 \$
42	EMD Serono, une division d'EMD Inc. Canada	24,69 \$	7,38 \$	3,20 \$	2,53 \$	8,81 \$	1,74 \$	-	0,43 \$	0,59 \$
43	Biogen Idec Canada Inc.	23,54 \$	4,22 \$	1,89 \$	3,46 \$	9,34 \$	3,67 \$	-	0,39 \$	0,58 \$
44	Alcon Canada Inc.	22,94 \$	3,01 \$	1,62 \$	2,47 \$	12,65 \$	0,74 \$	1,30 \$	0,16 \$	0,99 \$
45	Taro Pharmaceuticals Inc.	21,38 \$	2,40 \$	1,43 \$	1,99 \$	12,61 \$	0,53 \$	0,74 \$	0,18 \$	1,50 \$
46	Paladin Labs Inc.	18,06 \$	2,20 \$	1,16 \$	1,63 \$	9,62 \$	0,50 \$	1,04 \$	0,40 \$	1,50 \$
47	Pendopharm, une division de Pharmascience Inc.	17,42 \$	1,90 \$	1,55 \$	1,35 \$	10,23 \$	0,61 \$	0,52 \$	0,13 \$	1,13 \$
48	Actelion Pharmaceuticals Ltd.	14,45 \$	-	0,34 \$	2,88 \$	10,04 \$	0,17 \$	0,17 \$	0,02 \$	0,84 \$
49	GenMed, a division of Pfizer Canada Inc.	14,04 \$	0,10 \$	3,63 \$	2,34 \$	7,08 \$	0,12 \$	0,37 \$	0,01 \$	0,37 \$
50	Alexion Pharma International Sarl	11,73 \$	1,61 \$	-	0,38 \$	9,74 \$	-	-	-	-
51	Shire Canada Inc.	10,70 \$	0,16 \$	0,69 \$	0,20 \$	9,28 \$	0,07 \$	0,11 \$	0,03 \$	0,16 \$
52	Genzyme Canada, une filiale de Sanofi-aventis Canada Inc.	9,97 \$	0,25 \$	-	1,68 \$	7,29 \$	-	0,05 \$	-	0,71 \$
53	Hospira Healthcare Corporation	7,90 \$	1,60 \$	0,38 \$	0,83 \$	3,86 \$	0,20 \$	0,33 \$	0,04 \$	0,67 \$
54	Aptalis Pharma Canada Inc.	7,66 \$	1,05 \$	0,52 \$	0,59 \$	4,38 \$	0,36 \$	0,28 \$	0,06 \$	0,43 \$
55	Ferring Inc.	6,79 \$	0,62 \$	0,65 \$	0,61 \$	4,22 \$	0,20 \$	0,16 \$	0,02 \$	0,31 \$
56	Shire Human Genetic Therapies Inc.	6,79 \$	-	-	-	6,79 \$	-	-	-	-
57	Mylan Specialty L.P.	6,50 \$	0,54 \$	1,08 \$	1,37 \$	2,04 \$	0,13 \$	0,06 \$	0,00 \$	1,28 \$
58	UCB Canada Inc.	6,28 \$	0,14 \$	0,16 \$	0,12 \$	5,61 \$	0,03 \$	0,06 \$	0,00 \$	0,15 \$
59	Mint Pharmaceuticals Inc.	5,87 \$	2,01 \$	0,45 \$	0,76 \$	1,55 \$	0,21 \$	0,42 \$	0,01 \$	0,46 \$
60	Fournier Pharma Inc.	5,26 \$	-	0,37 \$	1,00 \$	3,64 \$	0,00 \$	-	-	0,24 \$
61	Patriot, a division of Janssen Inc.	4,98 \$	0,50 \$	0,13 \$	0,05 \$	3,52 \$	0,27 \$	0,42 \$	0,05 \$	0,03 \$
62	Barr Laboratories Inc.	4,49 \$	0,05 \$	0,98 \$	1,60 \$	0,97 \$	0,07 \$	0,03 \$	0,01 \$	0,78 \$
63	Ratiopharm Inc., une division de Teva Canada Limited	4,29 \$	0,56 \$	0,27 \$	0,67 \$	2,08 \$	0,23 \$	0,08 \$	0,03 \$	0,37 \$
64	Duchesnay Inc.	3,98 \$	0,12 \$	0,72 \$	0,71 \$	1,25 \$	0,08 \$	0,06 \$	0,01 \$	1,03 \$
65	Takeda Pharmaceuticals America Inc.	3,83 \$	0,43 \$	0,26 \$	0,09 \$	2,08 \$	0,11 \$	0,10 \$	0,01 \$	0,76 \$
66	McNeil Consumer Healthcare, une division de Johnson & Johnson Inc.	3,79 \$	0,17 \$	0,07 \$	0,14 \$	0,20 \$	0,01 \$	0,02 \$	0,01 \$	3,17 \$

Suite à la page suivante

Rang	Compagnie	Régimes totaux*	AB	SK	MB	ON	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	SSNA
67	Actavis Group PTC ehf	3,77 \$	0,36 \$	0,08 \$	0,55 \$	2,44 \$	0,05 \$	0,10 \$	0,01 \$	0,18 \$
68	Vertex Pharmaceuticals	3,60 \$	1,40 \$	1,26 \$	–	0,19 \$	0,13 \$	0,17 \$	–	0,45 \$
69	Taropharma, une division de Taro Pharmaceuticals Inc.	3,40 \$	0,19 \$	0,09 \$	0,06 \$	2,84 \$	0,04 \$	0,03 \$	0,02 \$	0,12 \$
70	Euro-Pharm International Canada Inc.	3,28 \$	0,00 \$	0,02 \$	0,03 \$	3,05 \$	0,00 \$	–	–	0,17 \$
71	Sunovion Pharmaceuticals Canada Inc.	3,10 \$	0,24 \$	0,10 \$	0,04 \$	2,57 \$	0,04 \$	0,07 \$	–	0,04 \$
72	Ethypharm Inc.	2,99 \$	0,32 \$	0,05 \$	0,11 \$	1,88 \$	0,07 \$	0,08 \$	0,02 \$	0,46 \$
73	Triton Pharma Inc.	2,86 \$	0,16 \$	0,27 \$	0,18 \$	2,12 \$	0,02 \$	0,03 \$	0,00 \$	0,08 \$
74	Accel Pharma Inc.	2,66 \$	0,00 \$	0,66 \$	1,73 \$	0,07 \$	0,00 \$	0,00 \$	–	0,19 \$
75	Jamp Pharma Corporation	2,48 \$	0,27 \$	0,29 \$	0,14 \$	1,41 \$	0,04 \$	0,02 \$	0,06 \$	0,23 \$
76	Galderma Canada Inc.	2,26 \$	0,13 \$	0,31 \$	0,19 \$	1,13 \$	0,06 \$	0,07 \$	0,02 \$	0,35 \$
77	Dr. Reddy's Laboratories Inc.	2,19 \$	0,67 \$	0,23 \$	0,76 \$	0,32 \$	0,02 \$	0,01 \$	0,00 \$	0,16 \$
78	United Therapeutics Corporation	2,11 \$	–	0,08 \$	0,15 \$	1,10 \$	0,59 \$	–	–	0,19 \$
79	Accord Healthcare Inc.	1,99 \$	0,30 \$	0,00 \$	0,24 \$	1,17 \$	0,11 \$	0,12 \$	0,01 \$	0,04 \$
80	Odan Laboratories Ltd.	1,92 \$	0,47 \$	0,19 \$	0,13 \$	0,67 \$	0,15 \$	0,16 \$	0,01 \$	0,13 \$
81	GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Inc.	1,90 \$	0,08 \$	0,09 \$	0,04 \$	0,91 \$	0,06 \$	0,01 \$	0,01 \$	0,71 \$
82	RB Pharmaceuticals Limited	1,90 \$	0,12 \$	0,01 \$	0,05 \$	1,62 \$	0,03 \$	0,01 \$	0,02 \$	0,05 \$
83	Mayne Pharma International Pty Ltd.	1,85 \$	0,06 \$	0,18 \$	0,04 \$	1,27 \$	0,03 \$	0,03 \$	–	0,25 \$
84	Compagnie inconnue	1,78 \$	–	–	0,00 \$	1,66 \$	0,00 \$	0,00 \$	–	0,11 \$
85	Merus Labs Luxco S.A R.L.	1,71 \$	0,30 \$	0,03 \$	0,00 \$	1,34 \$	0,00 \$	0,02 \$	–	0,03 \$
86	Grifols Therapeutics Inc.	1,70 \$	–	–	0,65 \$	1,05 \$	–	–	–	–
87	Dominion Pharmacal	1,44 \$	0,00 \$	0,64 \$	–	0,19 \$	–	–	–	0,61 \$
88	Novopharm Limited	1,38 \$	0,17 \$	0,08 \$	0,11 \$	0,86 \$	0,04 \$	0,04 \$	0,01 \$	0,08 \$
89	Merus Labs International Inc.	1,15 \$	0,18 \$	0,11 \$	0,07 \$	0,68 \$	0,03 \$	0,04 \$	0,00 \$	0,05 \$
90	Erfa Canada 2012 Inc.	0,95 \$	0,15 \$	0,09 \$	0,11 \$	0,31 \$	0,14 \$	0,07 \$	0,01 \$	0,08 \$
91	Merz Pharmaceuticals GmbH	0,86 \$	0,13 \$	0,03 \$	0,13 \$	0,53 \$	0,00 \$	0,02 \$	–	0,02 \$
92	Omega Laboratories Ltd.	0,78 \$	0,17 \$	0,01 \$	0,04 \$	0,46 \$	0,02 \$	0,03 \$	–	0,05 \$
93	Pro Doc Limitee	0,77 \$	–	–	–	–	0,00 \$	–	–	0,77 \$
94	Sigmacon Lifesciences Inc.	0,75 \$	–	0,69 \$	–	–	–	–	–	0,06 \$
95	Valeo Pharma Inc.	0,74 \$	0,40 \$	0,01 \$	0,01 \$	0,11 \$	0,05 \$	0,05 \$	0,00 \$	0,11 \$
96	Medtech Products Inc.	0,64 \$	–	0,05 \$	0,05 \$	0,26 \$	0,01 \$	–	0,00 \$	0,28 \$
97	Aurobindo Pharma Limited	0,64 \$	0,03 \$	0,03 \$	–	0,51 \$	0,03 \$	0,01 \$	0,00 \$	0,04 \$
98	Auro Pharma Inc.	0,61 \$	0,04 \$	0,05 \$	0,02 \$	0,44 \$	0,01 \$	0,02 \$	0,00 \$	0,03 \$
99	Swedish Orphan Biovitrum AB	0,56 \$	–	0,10 \$	0,06 \$	0,31 \$	0,05 \$	0,04 \$	–	–
100	Cytex Pharmaceuticals Inc.	0,55 \$	0,07 \$	0,04 \$	0,04 \$	0,33 \$	0,01 \$	0,01 \$	0,00 \$	0,03 \$
Total		5 270,80 \$	682,94 \$	340,76 \$	445,27 \$	3 185,89 \$	162,90 \$	147,63 \$	30,30 \$	275,12 \$

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

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



Anatomique, thérapeutique, chimique (ATC) :

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

Bénéficiaire actif³ : Une personne dont la demande a été acceptée par un régime, soit aux fins de remboursement, soit pour l'appliquer à une franchise. Au Manitoba et en Saskatchewan, les demandeurs sont également des personnes dont les demandes ont été acceptées et qui sont admissibles à la couverture dans le cadre d'un programme d'assurance-médicaments provincial, mais qui n'ont pas présenté de demande et qui, par conséquent, n'ont pas de franchise définie.

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

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

supérieur au prix accepté, etc.) ne sont pas pris en compte dans ces montants. Les dépenses totales comprennent à la fois les montants versés par les bénéficiaires et ceux versés par le régime, notamment les quotes-parts et les franchises.

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

Franchise³ : Le montant total des dépenses en médicaments qu'un particulier doit payer pendant une année donnée (ou une autre période définie) avant qu'une part quelconque de ses coûts de médicaments soient remboursés par le régime d'assurance-médicaments. Une franchise peut être un montant fixe ou un pourcentage du total du revenu (franchise fondée sur le revenu).

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

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

Numéro d'identification du médicament (DIN) :

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

Ordonnance : Une demande¹⁵ pour laquelle le programme d'assurance-médicaments accepte au moins une portion du coût, soit pour une franchise ou aux fins de remboursement. Les coûts des demandes remboursées par un régime public d'assurance-médicaments et qui ont trait aux services professionnels de pharmacie autres que la délivrance de médicaments (notamment l'examen de la pharmacopée ou l'administration de vaccins) ne sont pas inclus dans la présente analyse.

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

Quote-part³ : La portion du coût de la demande de remboursement que les particuliers doivent payer chaque fois qu'ils présentent une demande. Il peut s'agir d'un montant fixe ou d'un pourcentage du total du coût de la demande de remboursement. Lorsqu'elle est calculée en pourcentage du coût total, on l'appelle également « coassurance ».

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

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

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

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

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

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