



# Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019

Regard sur les régimes publics  
d'assurance médicaments

Notes méthodologiques

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé  
495, chemin Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6  
Téléphone : 613-241-7860  
Télécopieur : 613-241-8120  
[icis.ca](http://icis.ca)  
[droitdauteur@icis.ca](mailto:droitdauteur@icis.ca)

ISBN 978-1-77109-881-6 (PDF)

© 2019 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments — notes méthodologiques*. Ottawa, ON : ICIS; 2019.

This publication is also available in English under the title *Prescribed Drug Spending in Canada, 2019: A Focus on Public Drug Programs — Methodology Notes*.

ISBN 978-1-77109-880-9 (PDF)

# Table des matières

Sources des données . . . . .	4
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits . . . . .	4
Base de données canadienne SIG . . . . .	5
Base de données sur les dépenses nationales de santé . . . . .	5
Sources des données sur les demandes de remboursement. . . . .	6
Remarques sur les provinces . . . . .	8
Limites . . . . .	9
Termes et définitions . . . . .	9
Méthodes générales . . . . .	12
Médicaments de marque, génériques, biologiques de référence et biologiques similaires . . . . .	12
Systèmes de classification des médicaments . . . . .	13
Méthodes de calcul . . . . .	14
Contribution à la croissance des dépenses . . . . .	15
Dépenses des hôpitaux . . . . .	15
Dépenses totales des régimes d'assurance médicaments . . . . .	15
Dépenses totales des régimes d'assurance médicaments par bénéficiaire indemnisé. . .	15
Médicaments anticancéreux. . . . .	15
Nombre de catégories de médicaments . . . . .	16
Pourcentage de la population dont les demandes de remboursement sont acceptées et réglées . . . . .	16
Taux d'utilisation . . . . .	16
Facteurs pouvant influencer sur l'utilisation des médicaments et les dépenses en médicaments au Canada . . . . .	17
Régimes provinciaux, territoriaux et fédéral d'assurance médicaments. . . . .	18

# Sources des données

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

Les données sur les demandes de remboursement de médicaments et les listes des médicaments assurés utilisées dans la présente analyse sont tirées du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Elles ont été soumises par les régimes publics provinciaux et territoriaux d'assurance médicaments de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, du Québec, de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Yukon, ainsi que par un régime fédéral d'assurance médicaments administré par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Services aux Autochtones Canada. Le SNIUMP contient des données pancanadiennes liées aux listes des médicaments assurés par les régimes publics, aux demandes de remboursement de médicaments et aux politiques des régimes, ainsi que des statistiques sur la population. Cette base de données favorise la réalisation en temps voulu d'analyses comparatives exactes et pertinentes, en vue de l'élaboration de politiques pharmaceutiques éclairées et de la gestion efficace des régimes publics d'assurance médicaments du Canada.

Le SNIUMP comprend les demandes acceptées par les régimes publics d'assurance médicaments, que ce soit pour remboursement ou pour l'application d'une franchise<sup>i</sup>, que le patient ait utilisé ou non les médicaments. Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments ne concernent pas les médicaments fournis dans les hôpitaux ni les médicaments financés par les organismes de lutte contre le cancer et d'autres programmes spéciaux.

Le SNIUMP ne contient pas de renseignements sur

- les ordonnances qui ont été délivrées, mais jamais exécutées;
- les ordonnances qui ont été exécutées, mais pour lesquelles les coûts des médicaments n'ont fait l'objet d'aucune demande de remboursement auprès des régimes publics ou dont la demande a été rejetée par ces derniers<sup>ii</sup>;
- les diagnostics ou les affections à l'origine des ordonnances.

---

i. Au Manitoba et en Saskatchewan, cela comprend les demandes de remboursement acceptées dans le cas des personnes admissibles à un régime provincial d'assurance médicaments, mais qui n'ont pas soumis une demande de couverture et qui, par conséquent, n'avaient pas de franchise définie.

ii. Au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, cela comprend toutes les demandes de remboursement de médicaments traitées pour documentation dans le système d'information sur les médicaments, y compris celles refusées ou non soumises au régime public d'assurance médicaments.

## Base de données canadienne SIG

La Base de données canadienne SIG (BDCS) contient des données sur les activités financières et statistiques des organismes de services de santé au Canada à partir de 1995-1996. Les données contenues dans la BDCS peuvent servir à établir le coût des activités des organismes de services de santé. Elles sous-tendent les rapports de gestion, dont les états financiers annuels à usage général, l'analyse du ratio financier et l'établissement du budget de fonctionnement.

## Base de données sur les dépenses nationales de santé

La Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS) de l'ICIS contient des macrostatistiques rétrospectives sur les dépenses de santé par province et territoire. La catégorie Médicaments de la BDDNS vise à mesurer la consommation finale, à l'extérieur des établissements, de médicaments achetés par des particuliers ou par des tiers payeurs en leur nom, généralement dans des points de vente au détail. Les données sur les dépenses en médicaments contenues dans la BDDNS sont des estimations qui représentent les coûts finals pour les consommateurs canadiens, y compris les honoraires du pharmacien, les marges bénéficiaires brutes et les taxes applicables. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la composante Médicaments de la BDDNS, consultez le rapport *Tendances des dépenses nationales de santé* de l'ICIS.

# Sources des données sur les demandes de remboursement

**Tableau** Sources des données sur les demandes de remboursement soumissionnées par les régimes publics d'assurance médicaments de 12 autorités compétentes

Autorité compétente	Description du régime ou du programme
Terre-Neuve-et-Labrador	65Plus Plan
	Access Plan
	Assurance Plan
	Foundation Plan
	Select Needs/Cystic Fibrosis Plan
	Select Needs/Growth Hormone Plan
Île-du-Prince-Édouard	Programme d'aide financière pour médicaments
	Programme d'immunisation
	Programme de couverture des coûts exorbitants en médicaments
	Programme de couverture des médicaments onéreux
	Programme de médicaments à l'intention des aînés
	Programme de médicaments génériques
	Programme de médicaments pour enfants pris en charge
	Programme de médicaments pour foyer de soins privé
	Programme de médicaments pour l'abandon du tabac
	Programme de médicaments pour le diabète
	Programme de médicaments pour le traitement de maladies transmises sexuellement
	Programme de prestations de santé familiales
Programme de thérapie de remplacement des opioïdes	
Nouvelle-Écosse	Diabetes Assistance Program
	Drug Assistance for Cancer Patients
	Family Pharmacare Program
	Palliative Home Care Drug Coverage Program
	Seniors' Pharmacare Program
	Under 65 — Long-Term Care Pharmacare Plan

Autorité compétente	Description du régime ou du programme
<b>Nouveau-Brunswick</b>	Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes aînées</li> <li>• Résidents de foyers de soins</li> <li>• Clients du ministère du Développement social</li> <li>• Résidents d'établissements résidentiels autorisés</li> <li>• Enfants pris en charge par le ministère du Développement social et enfants ayant des besoins spéciaux</li> <li>• Sclérose en plaques</li> <li>• VIH/sida</li> <li>• Fibrose kystique</li> <li>• Greffe d'organes</li> <li>• Insuffisance en hormones de croissance humaine</li> </ul> Programme d'avortement médical Régime médicaments du Nouveau-Brunswick
<b>Québec</b>	Régime public d'assurance médicaments
<b>Ontario</b>	Ministère des Services sociaux et communautaires Programme de médicaments de l'Ontario
<b>Manitoba</b>	Programme d'accès gratuit aux médicaments pour soins palliatifs Programme d'aide à l'emploi et au revenu Programme de médicaments dans les foyers de soins personnels/ centres de soins infirmiers Régime d'assurance médicaments
<b>Saskatchewan</b>	Programme universel
<b>Alberta</b>	Personnes âgées Régime non collectif Soins palliatifs
<b>Colombie-Britannique</b>	BC Palliative Care Drug Plan Bénéficiaires de prestations d'aide sociale de la Colombie-Britannique Enfants inscrits dans le programme At Home Fair PharmaCare Personnes atteintes de fibrose kystique Programme d'abandon du tabac Programme de médicaments sans frais pour les personnes atteintes de troubles mentaux Résidents permanents des établissements autorisés de soins en hébergement
<b>Yukon</b>	Programme d'aide aux malades chroniques Programme d'assurance médicaments du Yukon Programme d'assurance médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants
<b>Services aux Autochtones Canada</b>	Programme des services de santé non assurés

## Remarques sur les provinces

### Toutes les provinces

Les demandes de remboursement administrées par un régime ou un programme non public (p. ex. programme hospitalier ou organisme de lutte contre le cancer) et couvertes par la province ou le territoire ne sont pas soumises au SNIUMP.

### Île-du-Prince-Édouard

Les demandes de remboursement relatives aux programmes suivants sont incluses dans le SNIUMP : Programme d'aide financière pour médicaments, Programme d'immunisation, Programme de couverture des coûts exorbitants en médicaments, Programme de couverture des médicaments onéreux, Programme de médicaments à l'intention des aînés, Programme de médicaments génériques, Programme de médicaments pour enfants pris en charge, Programme de médicaments pour foyer de soins privé, Programme de médicaments pour l'abandon du tabac, Programme de médicaments pour le diabète, Programme de médicaments pour le traitement de maladies transmises sexuellement, Programme de prestations de santé familiales et Programme de thérapie de remplacement des opioïdes. Les demandes de remboursement relatives aux autres programmes ne sont pas soumises.

### Nouvelle-Écosse

Les demandes de remboursement relatives au régime Pharmacare Benefits du ministère des Services communautaires ne sont pas soumises.

### Alberta

Les demandes de remboursement relatives aux programmes Income Support, Alberta Adult Health Benefit, Assured Income for the Severely Handicapped et Alberta Child Health Benefit ne sont pas soumises au SNIUMP. Il en va de même pour les demandes de remboursement des résidents d'établissements de soins de longue durée.

### Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits

Depuis octobre 2017, les demandes de remboursement traitées au nom de la First Nations Health Authority en Colombie-Britannique ne sont plus soumises au SNIUMP.

## Limites

Les données sur les demandes de remboursement indiquent uniquement que le médicament a été délivré; par conséquent, elles ne reflètent pas toujours l'utilisation. Un patient peut utiliser la totalité, une partie seulement ou aucun des médicaments délivrés.

Le SNIUMP ne contient pas d'information sur les diagnostics ou les affections pour lesquelles les médicaments sont prescrits. Par conséquent, il est impossible de déterminer avec certitude quelles maladies contribuent aux dépenses des régimes publics d'assurance médicaments. Cependant, les indications les plus courantes des catégories de médicaments qui représentent la majeure partie des dépenses permettent d'obtenir un aperçu des principales maladies qui contribuent aux dépenses en médicaments.

## Termes et définitions

Prenez note que certains termes ci-dessous peuvent avoir d'autres définitions. Les définitions fournies ci-dessous ont pour but d'expliquer l'utilisation de ces termes dans le présent rapport.

**autorité compétente** : Autorité fédérale, provinciale ou territoriale responsable de la liste des médicaments assurés par le régime d'assurance médicaments et du paiement des demandes de remboursement acceptées.

**bénéficiaire actif** : Personne dont au moins une demande a été acceptée par un régime public d'assurance médicaments, que ce soit pour un remboursement ou pour l'application d'une franchise. Au Manitoba et en Saskatchewan, cela comprend les personnes dont une demande de remboursement a été acceptée et qui sont admissibles à un régime provincial d'assurance médicaments, mais qui n'ont pas soumis de demande de couverture et qui, par conséquent, n'ont pas de franchise définie.

**bénéficiaire indemnisé** : Demandeur dont au moins une demande a été payée au moins en partie par un régime d'assurance médicaments sous la forme d'une prestation.

**catégorie de médicaments** : Sous-groupe de substances chimiques regroupées par l'Organisation mondiale de la santé au quatrième niveau du système de classification ATC. À ce niveau, les sous-groupes sont théoriquement considérés comme des groupes de produits chimiques distincts qui agissent de façon similaire dans le traitement de troubles médicaux semblables (p. ex. le sous-groupe des statines comprend des substances comme l'atorvastatine, la rosuvastatine et la simvastatine).

**Classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) :** Système de classification qui divise les médicaments en groupes selon l'organe ou le système corporel sur lequel ils agissent, ainsi que leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques. La version 2019 du système de classification ATC est utilisée dans le présent rapport.

**couverture publique des médicaments :** Couverture des médicaments offerte par un régime fédéral, provincial, ou territorial.

**demande de remboursement :** Une ou plusieurs transactions, le résultat final indiquant qu'une ordonnance a été exécutée et délivrée contre paiement.

**demande de remboursement acceptée :** Demande de remboursement pour laquelle le régime d'assurance médicaments accepte au moins une partie du montant, que ce soit pour remboursement ou pour l'application d'une franchise.

**demande de remboursement réglée :** Demande de remboursement pour laquelle le régime d'assurance médicaments a remboursé au moins une partie du montant.

**dépenses du régime d'assurance médicaments :** Portion du coût des médicaments prescrits qui est remboursée par un régime d'assurance médicaments, y compris le coût du médicament, les honoraires professionnels facturés par la pharmacie et la marge de la pharmacie. Cette somme ne reflète pas nécessairement les rabais consentis par les fabricants de médicaments. Toute portion du coût qui est déboursée par la personne ou un assureur privé n'est pas prise en compte dans ce montant.

**dépenses du régime d'assurance médicaments par bénéficiaire indemnisé :** Montant moyen déboursé par le régime par personne ayant reçu un règlement pour au moins une partie d'une demande de remboursement.

**dépenses totales du régime d'assurance médicaments :** Voir *dépenses du régime d'assurance médicaments*.

**emplacement géographique (quartier) :** Terme qui résume le genre de la Classification des secteurs statistiques (CSSgenre), comme défini dans le guide de référence du Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+). L'emplacement géographique est défini comme une région urbaine (CSSgenres 1, 2 et 3) ou comme une région rurale ou éloignée (CSSgenres 4, 5, 6, 7 et 8). Le code postal du patient est utilisé pour cette mesure.

**franchise :** Montant total des dépenses en médicaments qu'un patient doit déboursé au cours d'une année donnée (ou d'une autre période déterminée) avant que le régime d'assurance médicaments ne rembourse toute portion du coût des médicaments. La franchise peut être un montant fixe ou un pourcentage du revenu (franchise fondée sur le revenu).

**grande catégorie thérapeutique** : Sous-groupe de substances chimiques regroupées par l'Organisation mondiale de la santé au premier niveau du système de classification ATC. À ce niveau, les groupes sont théoriquement considérés comme des groupes de substances chimiques distinctes qui agissent sur le même organe ou système corporel.

**indication** : Utilisation d'un médicament pour traiter une maladie en particulier. Par exemple, les inhibiteurs de la pompe à protons sont indiqués pour le reflux gastro-œsophagien.

**liste des médicaments assurés** : Liste officielle des produits couverts par un régime d'assurance médicaments et des conditions de la couverture offerte. Aux fins du SNIUMP, un produit couvert signifie un médicament, un produit, du matériel médical, de l'équipement ou un service couvert par un régime d'assurance médicaments.

**mécanismes de partage des coûts** : Façons selon lesquelles les coûts d'ordonnance peuvent être partagés entre les régimes d'assurance médicaments et leurs bénéficiaires (p. ex. quotes-parts, franchises, primes).

**médicament** : Substances chimiques regroupées par l'Organisation mondiale de la santé au cinquième niveau du système de classification ATC. Chaque code unique représente une entité chimique ou biologique distincte au sein de la catégorie de médicaments concernée.

**médicament remboursé** : Médicament ayant fait l'objet d'au moins une partie d'une demande payée par un régime d'assurance médicaments sous la forme d'une prestation.

**nouvel utilisateur** : Personne n'ayant soumis auparavant aucune demande de remboursement pour la catégorie de médicaments visée, mais qui a présenté au moins une demande de remboursement pour une autre catégorie de médicaments dans les 365 jours précédents d'une année civile donnée.

**partage des coûts** : Montant du coût total de l'ordonnance accepté par le régime qui n'est pas déboursé par celui-ci (c.-à-d. la part du coût total de l'ordonnance accepté par le régime qui est payée par le bénéficiaire ou par un autre régime ou assureur).

**patients en soins palliatifs** : Patients ayant été diagnostiqués par un médecin ou une infirmière praticienne comme étant en phase terminale d'une maladie, qui connaissent leur diagnostic, qui ont pris une décision libre et éclairée à propos d'une éventuelle réanimation et qui suivent un traitement axé sur des soins palliatifs et non curatifs.

**prime** : Montant que doit déboursé une personne pour adhérer à un régime d'assurance médicaments.

**quintile de revenu du quartier** : Comme défini dans le guide de référence du FCCP+, le revenu du quartier par équivalent-personne est une mesure du revenu du ménage ajustée en fonction de la taille du ménage. Le code postal du patient est utilisé pour cette mesure.

**quote-part** : Portion du coût de la demande de remboursement que les patients doivent payer à chaque demande. Il s'agit d'un montant fixe ou d'un pourcentage du coût total. Lorsque ce montant est calculé en pourcentage du coût total, on parle également d'une « coassurance ».

**régime d'assurance médicaments** : Régime qui fournit une couverture pour les médicaments à une population donnée; il possède des règles définies concernant l'admissibilité, le paiement et les médicaments couverts.

## Méthodes générales

### Médicaments de marque, génériques, biologiques de référence et biologiques similaires

Les médicaments de marque, génériques, biologiques de référence et biologiques similaires sont identifiés au moyen de la méthodologie élaborée par l'ICIS à partir de sources de données comme la Base de données sur les produits pharmaceutiques (BDPP), la Base de données des avis de conformité (AC) et le Registre des brevets de Santé Canada. Les médicaments sont classés dans l'une des catégories suivantes :

- 1. Produits de marque** : Nouveaux médicaments ou nouveaux ingrédients actifs soumis auprès de Santé Canada, comme indiqué dans la Base de données des AC de Santé Canada; produits portant un numéro de brevet indiqué dans le Registre des brevets de Santé Canada; produits fabriqués par une entreprise novatrice de recherche pharmaceutique.
- 2. Produits génériques** : Produits dont la description contient le nom de l'ingrédient actif principal employé par Santé Canada ou le préfixe d'un fabricant de médicaments génériques (p. ex. NOVO, APO, PMS, RATIO, SANDOZ); produits non définis ailleurs comme produits de marque, produits biologiques de référence ou produits biologiques similaires.

3. **Produits biologiques de référence** : Produits classés dans l'annexe D (produits biologiques), comme indiqué dans la BDPP de Santé Canada; nouveaux médicaments ou nouveaux ingrédients actifs soumis auprès de Santé Canada, comme indiqué dans la Base de données des AC de Santé Canada.
4. **Produits biologiques similaires ou biosimilaires** : Produits classés dans l'annexe D (produits biologiques) et décrits dans la monographie de produit comme similaires à un produit biologique de référence, comme indiqué dans la BDPP de Santé Canada.

Les produits en vente libre (classés dans la catégorie OTC dans la BDPP de Santé Canada) ont été exclus des analyses portant sur les médicaments de marque et génériques.

## Systèmes de classification des médicaments

Les médicaments peuvent être analysés à l'aide de nombreux systèmes de classification. Les systèmes suivants ont été utilisés dans le rapport *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019* :

- Numéro d'identification du médicament (DIN) attribué par Santé Canada : À chaque DIN correspond un fabricant, un nom de produit, un ou des ingrédients actifs, la teneur de chaque ingrédient actif et une forme posologique. Dans la présente analyse, les références aux médicaments ne s'appliquent qu'au niveau du DIN.
- Pseudo-numéro d'identification du médicament (PDIN) attribué par un régime d'assurance médicaments dans les cas où Santé Canada n'a pas attribué de DIN à un produit couvert : Un PDIN peut être attribué lorsqu'un produit couvert n'est pas un médicament (p. ex. une bande réactive pour glycémie); lorsqu'il s'agit d'un composé de plusieurs médicaments, chacun ayant son propre DIN; ou lorsqu'il s'agit d'un service de pharmacie (p. ex. un examen des médicaments).
- Version 2019 du système de classification ATC de l'Organisation mondiale de la santé, tel que décrit dans la BDPP de Santé Canada<sup>iii</sup> :
  - Dans ce système de classification, les médicaments sont divisés en groupes selon l'organe ou le système corporel sur lequel ils agissent, ainsi que leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques.
  - Ce système ne fait pas de distinction entre la teneur, la posologie, la voie d'administration ou la forme du médicament, sauf lorsque le nom l'indique (p. ex. corticostéroïde pour inhalation).

---

iii. Même si, en général, Santé Canada attribue un code ATC de niveau 5 aux médicaments, il peut dans certains cas leur attribuer un code de niveau 4, voire de niveau 3.

- Les médicaments sont classés en groupes répartis sur 5 différents niveaux :
  - Ils sont divisés en 14 groupes principaux (premier niveau), assortis d'un sous-groupe pharmacologique et thérapeutique (deuxième niveau).
  - Les niveaux 3 et 4 comprennent des sous-groupes chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques.
  - Les niveaux 2, 3 et 4 sont souvent utilisés pour identifier les sous-groupes pharmacologiques lorsque ceux-ci conviennent mieux que les sous-groupes thérapeutiques ou chimiques.
  - Le niveau 5 correspond à la substance chimique.
- Les médicaments associés à un DIN, mais sans code ATC sont automatiquement classés dans le groupe ATC « non attribué ».
- Les produits couverts auxquels on a attribué un PDIN sont automatiquement classés dans le groupe ATC « sans objet ».
- Le cas échéant, l'ICIS peut attribuer un DIN ou un PDIN à d'autres codes ATC. L'ICIS utilise aussi des codes pour des produits autres que des médicaments, dont les produits liés au diabète (Z99A), aux soins des plaies (Z99D), aux stomies (Z99F), aux autres fournitures médicales (Z99M), aux services d'inhalothérapie (Z99R) et aux services pharmaceutiques (Z99P).

Les dépenses des régimes d'assurance médicaments pour les produits avec DIN et PDIN pour lesquels un code ATC n'a pas été attribué sont incluses dans les sommes totales, mais les groupes « non attribué » et « sans objet » ne sont pas considérés comme des catégories de médicaments. Ces conditions s'appliquent à tout dénombrement de catégories de médicaments, à toute liste des 10 principales catégories (c.-à-d. que les listes ne tiennent pas compte des médicaments de ces groupes, même si leur utilisation ou les dépenses qui leur sont associées le justifient) et à toute analyse de médicaments (p. ex. substances chimiques ou médicaments coûteux).

## Méthodes de calcul

La présente analyse repose sur les demandes de remboursement de 2014 à 2018 provenant des 12 autorités compétentes qui soumettent des données sur les demandes de remboursement au SNIUMP (Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Yukon et Services aux Autochtones Canada), à l'exclusion du programme MedsCheck qui n'est pas inclus dans le Programme de médicaments de l'Ontario.

## Contribution à la croissance des dépenses

La contribution de chacune des catégories de médicaments à la croissance des dépenses est exprimée en pourcentage et est calculée en tant que variation des dépenses consacrées à la catégorie de médicaments, divisée par la variation dans les dépenses totales entre les 2 années consécutives.

## Dépenses des hôpitaux

La BDCS présente les données selon l'exercice. Les données de l'année civile sont calculées en additionnant 3 trimestres de l'exercice en cours et un trimestre de l'exercice précédent.

## Dépenses totales des régimes d'assurance médicaments

On calcule ces dépenses en additionnant les sommes payées pour chaque demande de remboursement acceptée.

## Dépenses totales des régimes d'assurance médicaments par bénéficiaire indemnisé

On calcule ces dépenses en divisant la somme totale versée par le régime public d'assurance médicaments par le nombre total de bénéficiaires indemnisés.

## Médicaments anticancéreux

Les catégories de médicaments anticancéreux incluses dans l'analyse ont été recensées au moyen des DIN attribués par Santé Canada et des codes suivants du système ATC de l'Organisation mondiale de la santé : L01 — agents antinéoplasiques (sauf le nintedanib [L01XE31], utilisé dans le traitement de la fibrose pulmonaire idiopathique), L02 — thérapie endocrinienne, L03AB05 — interféron alpha-2B, L03AC01 — aldesleukine, L03AX03 — vaccin BCG, L04AX02 — thalidomide, L04AX04 — lénalidomide, et L04AX06 — pomalidomide. Il est à noter que certains de ces médicaments ne sont pas utilisés seulement dans le traitement du cancer. De plus, étant donné que le SNIUMP ne consigne pas d'information sur les diagnostics, on ne peut confirmer qu'une demande de remboursement donnée est en lien avec le cancer ou non. Par conséquent, cette approche entraîne probablement une surestimation des dépenses en médicaments anticancéreux.

## Nombre de catégories de médicaments

Pour calculer le nombre de catégories de médicaments qu'un bénéficiaire indemnisé a utilisées au cours d'une année donnée, on compte le nombre de catégories de médicaments distinctes (niveau 4 du système de classification ATC) que cette personne a utilisées cette année-là, selon les demandes de remboursement acceptées. Ce nombre ne représente pas nécessairement le nombre de catégories de médicaments que la personne utilisait à un moment précis.

## Pourcentage de la population dont les demandes de remboursement sont acceptées et réglées

On calcule le **pourcentage de la population dont les demandes de remboursement sont acceptées** en divisant le nombre de bénéficiaires actifs d'une année donnée par la population<sup>iv</sup> de la province en juillet de la même année.

On calcule le **pourcentage de la population dont les demandes de remboursement sont réglées** en divisant le nombre de bénéficiaires remboursés d'une année donnée par la population<sup>iv</sup> de la province en juillet de la même année.

Il importe de noter que les dénominateurs utilisés dans les 2 calculs ci-dessus comprennent les personnes qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance médicaments de la province ou du territoire parce qu'elles bénéficient d'une autre source d'assurance (p. ex. au titre d'un régime fédéral ou privé d'assurance médicaments) ou sont admissibles au régime public, mais n'ont présenté aucune demande de calcul de leur franchise. Les pourcentages de personnes dont les demandes de remboursement sont acceptées et réglées seraient plus élevés si seule la population admissible et inscrite était prise en considération. Il faut également souligner que le pourcentage pourrait, en théorie, dépasser 100 % parce que le numérateur correspond au nombre cumulatif de bénéficiaires pendant toute l'année et que le dénominateur est calculé à un moment précis.

## Taux d'utilisation

On calcule ce taux en divisant le nombre de bénéficiaires actifs ayant fait au moins une demande de remboursement pour une catégorie donnée (grande catégorie thérapeutique ou catégorie de médicaments) par le nombre total de bénéficiaires actifs.

---

iv. Les données démographiques de Statistique Canada ont été utilisées dans ce calcul.

# Facteurs pouvant influencer sur l'utilisation des médicaments et les dépenses en médicaments au Canada

- Prix
  - Changement du prix unitaire des médicaments (brevetés et non brevetés)
  - Changements dans les marges bénéficiaires des détaillants et des grossistes, et dans les honoraires professionnels
  - Disponibilité de médicaments génériques
  - Prix internationaux
  - Inflation
- Introduction de nouveaux médicaments
- Volume d'utilisation des médicaments
  - Population
    - Variation de la taille de la population
    - Variation de la structure ou de la répartition de la population
    - Âge, sexe et origine ethnique
    - Variation de l'état de santé de la population
    - Apparition de nouvelles maladies
    - Épidémies
    - Prévalence et gravité de la maladie
  - Système
    - Changements et transition associés à la réforme du système de santé
    - Disponibilité d'assurances de tiers et accès à celles-ci
    - Changements apportés aux politiques et aux programmes
    - Étendue des listes de médicaments assurés des régimes d'assurance médicaments
    - Admissibilité et quotes-parts
  - Recherche et technologie
    - Nouvelles approches thérapeutiques
    - Médicaments remplaçant la chirurgie
    - Pharmacothérapie contre des maladies auparavant impossibles à traiter ou sous-traitées
    - Disponibilité de technologies de diagnostic plus nombreuses ou améliorées

- Résultats de recherche, stratégies de prévention ou de traitement basées sur des faits en matière de diagnostic ou de traitement
- Utilisation de programmes et de technologies pour surveiller les patients
- Industrie pharmaceutique
  - Élaboration de nouveaux produits pharmaceutiques (p. ex. nouveaux dosages, nouvelles formes, présentations de médicaments)
  - Promotion de médicaments auprès des médecins
  - Échantillonnage des médicaments
  - Publicité directe au consommateur
- Pratique et personnes (dispensateurs et consommateurs de soins de santé)
  - Variation des pratiques de prescription et de délivrance des médicaments
  - Nombre et combinaison de prescripteurs (spécialistes, omnipraticiens, infirmières praticiennes et autres)
  - Intervention de multiples médecins
  - Attentes et comportements des consommateurs
  - Observance du traitement

## Régimes provinciaux, territoriaux et fédéral d'assurance médicaments

Les sites Web suivants donnent un complément d'information sur les régimes publics d'assurance médicaments :

[Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program](#)

[Régime d'assurance médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard](#)

[Nova Scotia Pharmacare](#)

[Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick](#)

[Régime général d'assurance médicaments du Québec](#)

[Programme de médicaments de l'Ontario](#)

[Régime d'assurance médicaments du Manitoba](#)

[Saskatchewan Drug Plan](#)

[Alberta Prescription Drug Program](#)

[British Columbia PharmaCare](#)

[Programme d'assurance médicaments du Yukon](#)

[Régime d'assurance maladie des Territoires du Nord-Ouest](#)

[Régime d'assurance maladie du Nunavut](#)

[Programme des services de santé non assurés de Services aux Autochtones Canada](#)



**ICIS Ottawa**

495, chemin Richmond  
Bureau 600  
Ottawa (Ont.)  
K2A 4H6

**613-241-7860**

**ICIS Toronto**

4110, rue Yonge  
Bureau 300  
Toronto (Ont.)  
M2P 2B7

**416-481-2002**

**ICIS Victoria**

880, rue Douglas  
Bureau 600  
Victoria (C.-B.)  
V8W 2B7

**250-220-4100**

**ICIS Montréal**

1010, rue Sherbrooke Ouest  
Bureau 602  
Montréal (Qc)  
H3A 2R7

**514-842-2226**

---

icis.ca

20984-1019

