



Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2018

Regard sur les régimes publics
d'assurance médicaments



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

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
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-756-7 (PDF)

© 2018 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2018 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments*. Ottawa, ON : ICIS; 2018.

This publication is also available in English under the title *Prescribed Drug Spending in Canada, 2018: A Focus on Public Drug Programs*.

ISBN 978-1-77109-755-0 (PDF)

Table des matières

Remerciements	4
À propos de l'ICIS	5
Points saillants	5
À propos du présent rapport	7
Introduction	7
Dépenses des régimes publics d'assurance médicaments par grande catégorie thérapeutique	8
Catégories de médicaments ayant contribué aux dépenses et à leur croissance	10
Médicaments biologiques	14
Médicaments contre l'hépatite C	15
Inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2	17
Variations selon l'âge	17
Opioïdes et médicaments contre la dépendance aux opioïdes	20
Variations selon le sexe	22
Variations selon le revenu du quartier	22
Médicaments génériques et médicaments biosimilaires	24
Utilisateurs à coûts élevés	25
Différences en matière de couverture des régimes publics d'assurance médicaments	28
Dépenses des hôpitaux et des régimes publics d'assurance médicaments liées aux médicaments contre le cancer	31
Conclusion	33
Annexe A : Tableaux de données	34
Annexe B : Aperçu des régimes d'assurance médicaments et des listes de médicaments assurés	44
Aperçu des régimes d'assurance médicaments	44
Aperçu des listes de médicaments assurés	47
Annexe C : Texte de remplacement pour les images	48
Références	50

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) remercie les groupes suivants pour leur contribution au rapport *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2018 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments* :

- Programme de médicaments sous ordonnance, ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador
- Régime provincial d'assurance médicaments, ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard
- Services pharmaceutiques, ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse
- Direction des services pharmaceutiques, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
- Régime public d'assurance médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec
- Division des programmes publics de médicaments, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- Direction des programmes de médicaments, ministère de la Santé du Manitoba
- Direction du régime d'assurance médicaments et des prestations complémentaires, ministère de la Santé de la Saskatchewan
- Services pharmaceutiques et de santé, ministère de la Santé de l'Alberta
- Programme d'assurance maladie et d'assurance médicaments, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
- Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Services aux Autochtones Canada
- Programme d'assurance médicaments, ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon

Il convient de noter que les analyses et les conclusions figurant dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions des organismes mentionnés ci-dessus.

À propos de l'ICIS

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur les systèmes de santé du Canada et sur la santé des Canadiens.

Nous fournissons des données et une information comparables et exploitables qui favorisent une amélioration rapide des soins de santé, de la performance des systèmes de santé et de la santé de la population dans tout le Canada. Nos intervenants utilisent dans leurs processus décisionnels notre vaste gamme de bases de données, de mesures et de normes sur la santé, en parallèle avec nos rapports et analyses fondés sur des données probantes. Soucieux de protéger la vie privée des Canadiens, nous assurons la confidentialité et l'intégrité des renseignements sur la santé que nous fournissons.

Points saillants

Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments représentent 41,8 % des dépenses en médicaments prescrits au Canada. Le présent rapport examine en profondeur les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, à partir des données recueillies dans le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) de l'ICIS. Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments ne comprennent pas les sommes consacrées aux médicaments fournis dans les hôpitaux ni aux médicaments financés par les organismes de lutte contre le cancer ou d'autres programmes spéciaux.

Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments ont augmenté de 4,6 % en 2017, une hausse semblable à celle observée en 2016.

- Les antiviraux visant à traiter l'hépatite C et les agents antinéovascularisation utilisés dans le traitement de la dégénérescence maculaire occupaient les 2 premiers rangs des médicaments ayant contribué à la croissance des dépenses.
- La croissance observée dans la catégorie des médicaments contre l'hépatite C était en grande partie attribuable à 2 nouveaux médicaments.
- Les économies engendrées par l'arrivée de nouveaux génériques et les politiques de tarification ont par ailleurs continué à contrebalancer une partie de la croissance. Les dépenses ont considérablement diminué au sein de plusieurs catégories, notamment celle des statines, des inhibiteurs de la pompe à protons et des autres antidépresseurs.

Les médicaments anti-TNF, utilisés dans le traitement d'affections telles que la polyarthrite rhumatoïde et la maladie de Crohn, ont occasionné la plus grande part des dépenses en médicaments pour une sixième année consécutive.

- Les médicaments anti-TNF représentaient en effet 8,2 % des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments. Ils étaient suivis des antiviraux visant à traiter l'hépatite C (5,0 %).
- À l'heure actuelle, dans le cas des 2 médicaments anti-TNF pour lesquels il existe une version biologique similaire, les biosimilaires ne comptent que pour 1,4 % des dépenses, mais il sera important de surveiller leur utilisation.

Environ 1 Canadien sur 4 (22,7 %) a reçu des indemnités dans le cadre d'un régime public d'assurance médicaments en 2017.

- Les personnes vivant dans un quartier à faible revenu et celles vivant dans une région rurale ou éloignée étaient plus susceptibles d'avoir reçu des indemnités dans le cadre d'un régime public d'assurance médicaments que les personnes vivant dans un quartier à revenu élevé et celles vivant dans une région urbaine.
- Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments par bénéficiaire indemnisé étaient également plus élevées chez les personnes vivant dans un quartier à faible revenu; elles étaient toutefois plus faibles chez les personnes vivant dans une région rurale ou éloignée.

La part des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments liées aux utilisateurs à coûts élevés continue d'augmenter.

- En 2017, 2,3 % des bénéficiaires ont reçu une indemnité de 10 000 \$ ou plus par les régimes d'assurance médicaments, ce qui représente plus du tiers des dépenses (36,6 %).
- Environ le quart des dépenses étaient liées à des médicaments qui coûtaient en moyenne 10 000 \$ ou plus par personne.

À propos du présent rapport

Le rapport *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2018* présente une analyse approfondie des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments au Canada en 2017. Il examine les types de médicaments qui ont entraîné la majorité des dépenses selon le sexe, l'âge et le revenu du quartier. Il se penche aussi sur les diverses catégories de médicaments qui ont contribué aux tendances observées dans les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments. Pour obtenir des précisions sur la méthodologie et les termes employés dans le présent rapport, consulter le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2018 — notes méthodologiques](#).

Des tableaux de données supplémentaires, qui présentent notamment les principales catégories de médicaments selon les dépenses et le taux d'utilisation, sont accessibles sur le site Web de l'ICIS : [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2018 — tableaux de données](#).

Il est à noter que les chiffres présentés dans le rapport (y compris dans les tableaux et les figures) sont arrondis et que, par conséquent, leur somme pourrait ne pas correspondre au total.

Veuillez envoyer vos commentaires et questions à l'équipe responsable du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) à medicaments@icis.ca.

Introduction

Les dépenses en médicaments prescrits devraient atteindre 33,7 milliards de dollars en 2018, soit une hausse de 4,2 % par rapport à 2017. Le financement des médicaments prescrits provient de sources multiples. Dans le secteur public, on compte notamment les régimes provinciaux, territoriaux et fédéraux d'assurance médicaments et les caisses de sécurité sociale (comme les commissions des accidents du travail). Dans le secteur privé, on trouve les assureurs privés, ainsi que les ménages ou les particuliers qui assument eux-mêmes le coût des médicaments.

Le présent rapport offre une analyse approfondie des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments en 2017, à partir des données sur les demandes de remboursement de médicaments soumises au Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) de l'ICIS par l'ensemble des provinces, le Yukon et un régime fédéral administré par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Services aux Autochtones Canada. Pour la toute première fois, le rapport inclut des données provenant du Québec.

Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments représentent 41,8 % des dépenses en médicaments prescrits, selon le rapport [Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2018](#)¹ de l'ICIS. Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments ne comprennent pas les sommes consacrées aux médicaments fournis dans les hôpitaux ni aux médicaments financés par les organismes de lutte contre le cancer ou d'autres programmes spéciaux.

En 2018, selon les prévisions, le secteur public aura financé 42,7 % des dépenses en médicaments prescrits, ce qui représente 14,4 milliards de dollars. Ce secteur affiche ainsi un taux de croissance annuel de 5,0 %, alors que le taux observé dans le secteur privé est de 3,6 %. La part du secteur public dans le financement des dépenses en médicaments prescrits variait d'une province à l'autre, les proportions les plus faibles étant observées au Nouveau-Brunswick (30,3 %) et en Nouvelle-Écosse (33,2 %) et les plus fortes, en Alberta (45,4 %) et en Saskatchewan (47,6 %). Dans le cas du secteur privé, les dépenses en médicaments prescrits engagées par des assureurs privés ont atteint 12,3 milliards de dollars (36,6 %), tandis que le reste (7,0 milliards de dollars, ou 20,7 %) a été financé par les ménages canadiens.

Dépenses des régimes publics d'assurance médicaments par grande catégorie thérapeutique

La répartition des dépenses selon les grandes catégories thérapeutiques donne un aperçu des types d'affections associées à la majorité des dépenses en médicaments. On entend par grande catégorie thérapeutique un groupe de substances chimiques distinctes qui agissent sur le même organe ou système corporel (voir le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2018 — notes méthodologiques](#)).

Parmi les 14 grandes catégories thérapeutiques, les antinéoplasiques et les immunomodulateurs étaient à l'origine de la plus grande part des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments (19,3 %), même si une bonne portion des dépenses publiques liées à ces médicaments est financée par les organismes de lutte contre le cancer et les hôpitaux et, de fait, ne figure pas dans les dépenses des régimes publics. Les médicaments pour le système nerveux, qui constituaient la plus grande proportion des dépenses en 2016, figuraient désormais au deuxième rang (17,2 %).

Au total, 465,5 millions de dollars (3,4 % des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments) ont été dépensés sur des produits autres que des médicaments. Les fournitures pour diabétiques ont entraîné la proportion la plus élevée des dépenses consacrées aux produits autres que des médicaments, soit 65,6 %. Les services pharmaceutiques, comme les examens de médicaments et les vaccinations, arrivaient au deuxième rang, avec 17,3 % des dépenses liées à des produits autres que les médicaments, malgré la baisse des dépenses (de 93,3 à 80,6 millions) observée de 2016 à 2017. Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments consacrées aux bandes réactives pour glycémie ont également diminué de 4,5 %, se chiffrant à 256,6 millions de dollars en 2017. Cette baisse est en partie attribuable aux changements apportés aux listes de médicaments assurés afin de limiter le nombre de bandes réactives remboursées par personne par année^{2, 3}.

Tableau 1 Pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments et taux d'utilisation, par grande catégorie thérapeutique*, 2017

Grande catégorie thérapeutique	DTR (en millions de dollars)	Pourcentage des DTR	Taux d'utilisation (%)
Antinéoplasiques et immunomodulateurs	2 614,9	19,3	3,4
Système nerveux	2 328,1	17,2	47,3
Appareil digestif et métabolisme	1 727,4	12,8	40,1
Système cardiovasculaire	1 615,5	12,0	48,3
Anti-infectieux à usage systémique	1 211,1	9,0	47,7
Appareil respiratoire	807,3	6,0	22,9
Organes sensoriels	787,0	5,8	12,0
Sang et organes hématopoïétiques	682,2	5,0	14,0
Système musculosquelettique	365,6	2,7	24,4
Système génito-urinaire et hormones sexuelles	286,2	2,1	16,4
Préparations hormonales systémiques	226,5	1,7	19,9
Médicaments dermatologiques	125,0	0,9	21,0
Autres	111,4	0,8	0,8
Produits antiparasitaires, insecticides et répulsifs	22,0	0,2	4,2
Non attribué [†]	139,8	1,0	2,5
Produits autres que des médicaments	465,5	3,4	21,5
Total	13 515,4	100,0	s.o.

Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Cette catégorie comprend les produits pharmaceutiques auxquels aucun code du système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) n'a été attribué.

DTR : dépenses totales des régimes.

s.o. : sans objet.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

De façon générale, la répartition des dépenses selon les grandes catégories thérapeutiques était semblable pour toutes les autorités compétentes. Les antinéoplasiques et immunomodulateurs et les médicaments pour le système nerveux constituaient les 2 plus grandes proportions des dépenses dans 8 des 12 autorités compétentes. Ils figuraient également parmi les 4 principales grandes catégories thérapeutiques pour toutes les autorités compétentes, à l'exception de la DGSPNI (voir le tableau A1 à l'annexe A). De nombreux facteurs peuvent influencer sur la répartition des dépenses, notamment la structure du régime d'assurance médicaments, la santé et les caractéristiques démographiques des bénéficiaires du régime, la liste des médicaments assurés et les tendances en matière de prescription. Pour obtenir une liste complète de ces facteurs, consulter le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2018 — notes méthodologiques](#).

Catégories de médicaments ayant contribué aux dépenses et à leur croissance

Cette section présente les catégories de médicaments représentant la plus grande proportion des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments (tableau 2) et celles qui ont le plus contribué à la croissance des dépenses (tableau 3) en 2017. La répartition des dépenses par catégorie de médicaments donne un portrait détaillé des types d'affections traitées. Les catégories de médicaments sont considérées comme des groupes de substances chimiques distinctes qui agissent de façon similaire dans le traitement de troubles médicaux semblables.

Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments se sont chiffrées à 13,5 milliards de dollars en 2017, soit une hausse de 4,6 % par rapport à 2016ⁱ. Ce taux de croissance est semblable à celui observé en 2016 (voir le tableau A2 à l'annexe A). Les 10 principales catégories de médicaments représentaient le tiers des dépenses des régimes d'assurance médicaments en 2017. Pour une sixième année consécutive, les médicaments anti-TNF (utilisés pour traiter des affections telles que la polyarthrite rhumatoïde et la maladie de Crohn) ont engendré la plus grande part des dépenses, suivis par les antiviraux utilisés dans le traitement de l'hépatite C. En 2017, 2 catégories de médicaments ont fait leur apparition dans la liste des 10 principales catégories de médicaments : les inhibiteurs directs du facteur Xa (utilisés dans le traitement ou la prévention d'AVC et le traitement des thrombo-embolies veineuses) et les immunosuppresseurs sélectifs (utilisés dans le traitement de diverses formes d'arthrite et de plusieurs autres affections, ainsi que dans les transplantations d'organes). Soliris (éculizumab), utilisé dans le traitement de certaines affections sanguines rares, représentait 21,3 % des dépenses en immunosuppresseurs sélectifs. Ces 2 catégories figuraient également parmi les principales catégories de médicaments ayant contribué à la croissance des dépenses en 2017 et 2016.

i. Ce montant ne tient pas nécessairement compte des rabais consentis par les fabricants de médicaments.

Tableau 2 Les 10 principales catégories de médicaments selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments*, 2017

Catégorie de médicaments	Usages courants	DTR (en millions de dollars)	Pourcentage des DTR	Taux d'utilisation (%)	DTR par bénéficiaire indemnisé (en dollars)
Inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (médicaments anti-TNF)	Polyarthrite rhumatoïde, maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Crohn	1 105,3	8,2	0,5	19 341
Antiviraux visant à traiter l'hépatite C[†]	Hépatite C	673,7	5,0	0,1	56 069
Agents antinéovascularisation[‡]	Dégénérescence maculaire liée à l'âge, œdème maculaire secondaire et diabétique	615,2	4,6	0,5	9 225
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Hypercholestérolémie	380,7	2,8	28,3	128
Autres antipsychotiques	Schizophrénie, trouble bipolaire	328,8	2,4	2,2	1 300
Adrénérergiques en association avec des corticostéroïdes ou d'autres médicaments, à l'exclusion des anticholinergiques	Asthme, emphysème, bronchite chronique	311,7	2,3	4,5	609
Inhibiteurs de protéines kinases oraux	Divers types de cancer	305,8	2,3	0,1	30 506
Immunosuppresseurs sélectifs	Diverses formes d'arthrite, transplantation d'organe, plusieurs autres affections	298,6	2,2	0,4	7 007

Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2018 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments

Catégorie de médicaments	Usages courants	DTR (en millions de dollars)	Pourcentage des DTR	Taux d'utilisation (%)	DTR par bénéficiaire indemnisé (en dollars)
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	288,3	2,1	21,0	124
Inhibiteurs directs du facteur Xa	Thrombo-embolie veineuse, prévention des AVC, prévention de la thrombose veineuse profonde	272,3	2,0	3,0	768
Total des 10 catégories		4 580,4	33,9	s.o.	s.o.

Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

s.o. : sans objet.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé;
Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Tableau 3 Les 10 principales catégories de médicaments selon leur contribution à la croissance des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments*, 2017

Catégorie de médicaments	Usages courants	Hausse des DTR (en millions de dollars)	Contribution à la croissance des DTR (%)	Taux de croissance annuel (%)
Antiviraux visant à traiter l'hépatite C [†]	Hépatite C	96,8	16,3	16,8
Agents antinéovascularisation [‡]	Dégénérescence maculaire liée à l'âge, œdème maculaire secondaire et diabétique	72,4	12,2	13,3
Inhibiteurs de protéines kinases oraux	Divers types de cancer	67,5	11,3	28,3
Immunosuppresseurs sélectifs	Diverses formes d'arthrite, transplantation d'organe, plusieurs autres affections	63,0	10,6	26,8
Inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (médicaments anti-TNF)	Polyarthrite rhumatoïde, maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Crohn	58,5	9,8	5,6
Inhibiteurs directs du facteur Xa	Thrombo-embolie veineuse, prévention des AVC, prévention de la thrombose veineuse profonde	57,6	9,7	26,8
Inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2)	Diabète sucré de type 2	56,5	9,5	114,3
Autres immunosuppresseurs	Polyarthrite rhumatoïde, transplantation rénale, myélome multiple	53,0	8,9	26,3
Inhibiteurs d'interleukines	Diverses formes d'arthrite, psoriasis	31,9	5,4	36,1
Associations d'hypoglycémifiants oraux	Diabète sucré de type 2	30,9	5,2	21,3
Toutes les catégories[‡]		594,8	100	4,6

Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) non associés et les autres antidépresseurs ont cessé de figurer parmi les 10 principales catégories de médicaments selon les dépenses totales des régimes d'assurance médicaments, se classant respectivement au douzième et au dix-septième rang en 2017. Les dépenses consacrées aux autres antidépresseurs ont diminué (de 235,9 millions de dollars en 2016 à 196,4 millions en 2017) en raison notamment de la mise en marché d'une version générique de la duloxétine en 2016.

Les dépenses consacrées aux 2 catégories les plus utilisées parmi les 10 principales catégories de médicaments — à savoir les IPP (couramment utilisés dans le traitement du reflux gastro-œsophagien) et les statines (utilisées dans le traitement de l'hypercholestérolémie) — ont diminué de 7,9 % et de 3,2 % en 2017 (voir le tableau A3 à l'annexe A). Le fait que le prix de certains médicaments ait été négocié à la baisse par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) pourrait expliquer en partie ces diminutions⁴. Ainsi, depuis le 1^{er} avril 2017, le prix du pantoprazole (un IPP), des statines (atorvastatine et simvastatine) et de 3 autres médicaments correspond à 15 % du prix de l'équivalent de marque (au lieu de 18 %).

Médicaments biologiques

Les dépenses consacrées aux médicaments biologiques ont légèrement augmenté. Elles représentaient 21,6 % des dépenses totales en 2017, soit une proportion semblable à celle observée en 2016 et en 2015. Parmi les 10 principales catégories de médicaments à l'origine des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, 3 appartiennent à la classe des médicaments biologiques : les médicaments anti-TNF, les agents antinéovascularisation (utilisés dans le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge) et les immunosuppresseurs sélectifs.

Les médicaments anti-TNF ont contribué à la plus grande part des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, soit 8,2 %, en plus de se classer au cinquième rang des catégories ayant contribué à la croissance des dépenses. Les agents antinéovascularisation ont quant à eux engendré 4,6 % des dépenses et se sont classés au deuxième rang des catégories ayant contribué à la croissance des dépenses. Ces catégories de médicaments ont été utilisées par une faible proportion des bénéficiaires (0,5 %), mais ont entraîné des coûts élevés par patient (environ 19 341 \$ par bénéficiaire indemnisé pour les anti-TNF et 9 225 \$ pour les agents antinéovascularisation).

Les médicaments anti-TNF étaient liés à la plus grande part des dépenses des régimes d'assurance médicaments dans toutes les provinces, sauf en Ontario où ils occupaient le troisième rang, après les agents antinéovascularisation et les antiviraux visant à traiter l'hépatite C (voir le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2018 — tableaux de données](#)). Lucentis (ranibizumab) et Eylea (aflibercept) étaient à l'origine de presque toutes les dépenses consacrées aux agents antinéovascularisation par les régimes (99,9 %) en 2017. Les dépenses publiques consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces médicaments en Alberta, sont financées dans le cadre de programmes spéciaux qui ne sont pas pris en compte dans le SNIUMP.

Les immunosuppresseurs sélectifs se sont classés au huitième rang des catégories de médicaments ayant contribué aux dépenses et au quatrième rang de celles ayant contribué à la croissance des dépenses en 2017. Plusieurs médicaments de cette catégorie ont affiché une croissance notable en 2017, notamment le tofacitinib (utilisé dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde), le védolizumab (utilisé dans le traitement de la colite ulcéreuse et de la maladie de Crohn), l'éculizumab et l'alemtuzumab (utilisés dans le traitement de la sclérose en plaques). L'éculizumab a été intégré aux listes de médicaments assurés au titre des régimes publics d'assurance médicaments en 2011 et les autres, en 2016 ou en 2017, quoique les médicaments ne soient pas tous couverts au sein de toutes les autorités compétentes.

Médicaments contre l'hépatite C

Mis en marché en 2014, les médicaments contre l'hépatite C ont occasionné la deuxième plus grande part (5,0 %) des dépenses des régimes d'assurance médicaments en 2017, en plus de se hisser au premier rang des catégories ayant contribué à la croissance des dépenses, avec une proportion de 16,3 % de la croissance totale. Le fait que certaines autorités compétentes aient étendu la couverture de ces médicaments à toutes les personnes admissibles ayant reçu un diagnostic d'hépatite C chronique, sans égard au type ou à la gravité de l'affection, pourrait expliquer ce résultat dans une certaine mesure. En 2016, les médicaments contre l'hépatite C occupaient le huitième rang des catégories responsables de la croissance des dépenses. Les différents médicaments ayant contribué aux dépenses et à leur croissance au sein de la catégorie ont considérablement changé en 2017.

Les dépenses liées à Sovaldi (sofosbuvir) et à Harvoni (lédipasvir/sofosbuvir), qui représentaient 88,7 % des dépenses consacrées à la catégorie de médicaments en 2016, ont diminué de 330,4 millions de dollars en 2017. Les dépenses liées à 2 nouveaux médicaments mis en marché en 2016 — Zepatier (elbasvir et grazoprévir) et Epclusa (sofosbuvir et velpatasvir) — ont quant à elles augmenté de 472,2 millions de dollars, représentant 70,4 % des dépenses des régimes d'assurance médicaments consacrées à cette catégorie de médicaments en 2017. Epclusa est le premier produit à avoir été approuvé pour le traitement de tous les génotypes du virus de l'hépatite C⁵. Le prix des nouveaux médicaments est semblable à celui de leurs prédécesseurs : chacun coûte de 51 000 \$ à 57 000 \$ par patient. En moyenne, les régimes publics d'assurance médicaments ont dépensé 51 652 \$ par bénéficiaire indemnisé pour Zepatier, 53 347 \$ pour Sovaldi, 54 772 \$ pour Harvoni et 57 037 \$ pour Epclusa en 2017. Le recours aux nouveaux médicaments a été observé presque uniquement chez les nouveaux utilisateurs de médicaments contre l'hépatite C. En effet, à peine 1,8 % des utilisateurs de Zepatier ou d'Epclusa avaient présenté une demande de remboursement pour un autre médicament contre l'hépatite C par le passé.

Comme les 3 catégories de médicaments biologiques, la catégorie des médicaments contre l'hépatite C présente un faible taux d'utilisation (0,1 % des bénéficiaires). Néanmoins, cette catégorie affiche le coût moyen le plus élevé parmi les 10 principales catégories de médicaments ayant contribué aux dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, soit 56 069 \$ par bénéficiaire indemnisé. En 2017, elle figurait aussi parmi les 5 principales catégories de médicaments ayant contribué aux dépenses des régimes publics d'assurance médicaments dans toutes les autorités compétentes, sauf à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse et au Québec (voir le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2018 — tableaux de données](#))ⁱⁱ. Terre-Neuve-et-Labrador et le Québec enregistrent les 2 plus faibles taux de cas déclarés d'hépatite C parmi toutes les provinces du Canada. Le taux de la Nouvelle-Écosse est toutefois légèrement supérieur à la moyenne canadienne, ce qui donne à penser que d'autres facteurs expliquent les dépenses moins élevées observées dans cette province⁶.

ii. Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP. L'Île-du-Prince-Édouard a dépensé 1,7 million de dollars pour son programme de lutte contre l'hépatite C en 2017. Si ces dépenses avaient été prises en compte, la catégorie se serait classée au deuxième rang au chapitre des dépenses des régimes d'assurance médicaments.

Inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2

Les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2), utilisés dans le traitement du diabète de type 2, continuent de contribuer de façon importante à la croissance des dépenses. Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments liées aux inhibiteurs du SGLT2, notamment Forxiga (dapagliflozine), Invokana (canagliflozine) et Jardiance (empagliflozine), ont augmenté : de 49,4 millions de dollars en 2016, elles sont passées à 105,9 millions de dollars en 2017, ce qui représente un taux de croissance de 114,3 % (tableau 3). Les inhibiteurs du SGLT2 figurent parmi les quelques agents de deuxième intention que l'on recommande d'ajouter à la metformine, c'est-à-dire à l'agent thérapeutique de première intention, si cette dernière ne permet pas d'atteindre les objectifs glycémiques^{7, 8}. Parmi les personnes déjà atteintes de diabète de type 2 qui ont commencé à prendre des inhibiteurs du SGLT2 en 2016, 93,1 % ont utilisé de la metformine dans les 6 mois qui ont précédé ou suivi le recours aux inhibiteurs du SGLT2.

Variations selon l'âge

Comme il fallait s'y attendre, les catégories de médicaments responsables de la majorité des dépenses diffèrent considérablement selon qu'il s'agit de personnes âgées ou de personnes de moins de 65 ans. Seulement une catégorie de médicaments — les anti-TNF — figure dans les 10 principales catégories de médicaments à la fois pour les personnes âgées (tableau 4) et celles de moins de 65 ans (tableau 5). Les personnes âgées sont à l'origine de 57,4 % des dépenses totales des régimes d'assurance médicaments dans les 12 autorités compétentes, mais ne constituent que 45,3 % des bénéficiaires actifs (voir le tableau B1 à l'annexe B).

Les agents antinéovascularisation ont occasionné la plus grande part des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments pour les personnes âgées (7,5 %). En effet, 94,3 % des dépenses dans cette catégorie de médicaments sont consacrées aux personnes âgées, ce qui rend compte de la différence dans la prévalence de la dégénérescence maculaire liée à l'âge entre les 2 groupes d'âge.

Les statines — catégorie de médicaments la plus utilisée chez les personnes âgées⁹ — se classent au troisième rang et représentent 4,0 % des dépenses totales. Les inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase 4 (DPP-4), utilisés dans le traitement du diabète de type 2, ont fait leur apparition dans la liste des 10 catégories les plus coûteuses chez les personnes âgées en 2017, tandis que les dérivés de la dihydropyridine (utilisés dans le traitement de l'hypertension artérielle) n'y figurent plus (onzième rang en 2017).

Tableau 4 Les 10 principales catégories de médicaments selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments liées aux personnes âgées*, 2017

Catégorie de médicaments	Usages courants	DTR (en millions de dollars)	Pourcentage des DTR	Taux d'utilisation (%)
Agents antinéovascularisation[†]	Dégénérescence maculaire liée à l'âge, œdème maculaire secondaire et diabétique	580,2	7,5	1,1
Inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (médicaments anti-TNF)	Polyarthrite rhumatoïde, maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Crohn	340,2	4,4	0,3
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Hypercholestérolémie	309,6	4,0	48,7
Inhibiteurs directs du facteur Xa	Thrombo-embolie veineuse, prévention des AVC, prévention de la thrombose veineuse profonde	254,9	3,3	6,0
Adrénérergiques en association avec des corticostéroïdes ou d'autres médicaments, à l'exclusion des anticholinergiques	Asthme, emphysème, bronchite chronique	234,6	3,0	6,9
Inhibiteurs de protéines kinases oraux	Divers types de cancer	224,8	2,9	0,1
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	207,8	2,7	31,5
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA), non associés	Insuffisance cardiaque congestive, hypertension artérielle	202,4	2,6	24,2
Autres immunosuppresseurs	Polyarthrite rhumatoïde, transplantation rénale, myélome multiple	201,3	2,6	0,3
Inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase 4 (DPP-4)	Diabète sucré de type 2	166,8	2,2	3,7
Total des 10 catégories		2 722,7	35,2	s.o.

Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

s.o. : sans objet.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Tableau 5 Les 10 principales catégories de médicaments selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments liées aux personnes de moins de 65 ans*, 2017

Catégorie de médicaments	Usages courants	DTR (en millions de dollars)	Pourcentage des DTR	Taux d'utilisation (%)
Inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (médicaments anti-TNF)	Polyarthrite rhumatoïde, maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Crohn	765,1	13,3	0,6
Antiviraux visant à traiter l'hépatite C†	Hépatite C	543,2	9,4	0,1
Autres antipsychotiques	Schizophrénie, trouble bipolaire	274,9	4,8	2,6
Immunosuppresseurs sélectifs	Diverses formes d'arthrite, transplantation d'organe, plusieurs autres affections	203,5	3,5	0,4
Médicaments contre la dépendance aux opioïdes	Toxicomanie	174,7	3,0	1,4
Antiviraux visant à traiter l'infection au VIH, associations	Infection au VIH	168,5	2,9	0,3
Diazépines, oxazépines, thiazépines et oxépines	Schizophrénie, trouble bipolaire	165,8	2,9	4,9
Autres antiépileptiques	Épilepsie, douleur neuropathique	119,1	2,1	5,7
Sympathomimétiques à action centrale	TDAH	107,2	1,9	3,2
Alcaloïdes naturels de l'opium	Gestion de la douleur modérée à intense	105,1	1,8	4,9
Total des 10 catégories		2 627,0	45,6	s.o.

Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

TDAH : trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

s.o. : sans objet.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé;

Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Les médicaments anti-TNF étaient liés à la plus grande part des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments pour les personnes de moins de 65 ans (13,3 %), suivis des antiviraux visant à traiter l'hépatite C (9,4 %) et des autres antipsychotiques (4,8 %). Par opposition, les médicaments contre l'hépatite C se classaient au quatorzième rang des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments pour les personnes âgées (1,7 %). Les sympathomimétiques à action centrale, utilisés dans le traitement du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), ont par ailleurs fait leur entrée au classement des principales catégories de médicaments visant les personnes de moins de 65 ans, tandis que les autres antidépresseurs l'ont quitté.

Opioïdes et médicaments contre la dépendance aux opioïdes

Les opioïdes constituent une catégorie de médicaments principalement utilisée pour soulager la douleur. Bien qu'ils offrent des avantages thérapeutiques considérables, ils présentent aussi un risque d'abus. Une mauvaise utilisation des opioïdes peut causer de graves préjudices, voire la mort^{10, 11}. Le Canada affiche l'un des taux de consommation d'opioïdes par habitant les plus élevés au monde. Cette distribution importante d'opioïdes coûte non seulement cher aux systèmes de santé, mais elle représente aussi un danger pour la santé et la sécurité publique en raison des risques de préjudices associés aux opioïdes¹⁰.

Les alcaloïdes naturels de l'opium, comme la morphine et la codéine, se classaient au vingtième rang des principales catégories de médicaments selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments en 2017. Les dépenses liées à cette catégorie se chiffraient à 186,7 millions de dollars, ce qui représente 1,4 % des dépenses totales des régimes et 66,8 % des dépenses consacrées aux opioïdes. Les alcaloïdes naturels de l'opium figuraient en outre au dixième rang chez les personnes de moins de 65 ans avec des dépenses publiques de 105,1 millions de dollars, soit 1,8 % des dépenses totales des régimes. Il est à noter que ces valeurs ne tiennent pas compte des dépenses engagées par les assureurs privés et les ménages qui, si on les combine, sont probablement plus élevées chez les personnes de moins de 65 ans que chez les personnes âgées.

Les dépenses liées aux alcaloïdes naturels de l'opium ont diminué (de 195,7 millions de dollars en 2016 à 186,7 millions de dollars en 2017). Si on inclut tous les opioïdes, les dépenses sont passées de 301,2 millions de dollars en 2014 à 279,3 millions de dollars en 2017. Cette tendance cadre avec les résultats d'une récente étude de l'ICIS, qui révélaient que la quantité totale d'opioïdes délivrés au Canada avait baissé de 10,1 % de 2016 à 2017¹². Cette diminution découle sans doute de plusieurs facteurs, comme la mise en œuvre de nouvelles lignes directrices de traitement et le retrait d'opioïdes à forte activité des listes de médicaments assurés au sein de plusieurs autorités compétentes¹³⁻¹⁵.

Les médicaments visant à traiter la dépendance aux opioïdes arrivaient au cinquième rang des catégories ayant contribué aux dépenses des régimes pour les personnes de moins de 65 ans. Ces médicaments sont le plus souvent utilisés pour traiter la dépendance aux opioïdes illicites, comme l'héroïne, mais peuvent également être utilisés pour la prise en charge de la douleur^{16, 17}. En 2017, 174,7 millions de dollars ont été consacrés à des médicaments utilisés pour traiter la dépendance aux opioïdes chez les personnes de moins de 65 ans. Cette somme représentait 96,9 % des dépenses des régimes d'assurance médicaments dans la catégorie. La majorité des dépenses (74,0 % en 2017) était liée à la méthadone (vendue sous les noms de marque Metadol et Methadose), bien que la proportion des dépenses consacrées à la buprénorphine en association avec la naloxone (Suboxone) ait augmenté (de 15,8 % en 2014 à 26,0 % en 2017). Les 2 traitements présentent chacun des avantages et des inconvénients. Toutefois, les nouvelles lignes directrices de pratique clinique publiées en 2018 préconisent le recours, dans la mesure du possible, à une association de buprénorphine et de naloxone (plutôt qu'à la méthadone) à titre de traitement de première intention en raison d'un moindre risque d'effets secondaires, y compris de surdose, et d'une certaine souplesse au chapitre des schémas posologiques¹⁸⁻²⁰.

Variations selon le sexe

En 2017, les femmes étaient à l'origine de 51,3 % des dépenses totales des régimes d'assurance médicaments et constituaient 55,4 % des bénéficiaires actifs à l'échelle des 12 autorités compétentes (voir le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2018 — tableaux de données](#)). 8 des 10 principales catégories de médicaments ayant contribué aux dépenses des régimes étaient identiques chez les 2 sexes (voir les tableaux A4 et A5 à l'annexe A).

Les médicaments anti-TNF ont occasionné la plus grande part des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments liées aux hommes et aux femmes. Les agents antinéovascularisation et les antiviraux visant à traiter l'hépatite C ont également figuré parmi les 3 catégories les plus coûteuses chez les 2 groupes. Les IPP se sont classés au septième rang chez les femmes, mais au treizième chez les hommes, tandis que les antiviraux pour traiter l'infection au VIH se sont classés au huitième rang chez les hommes, mais au trente-quatrième rang chez les femmes.

En dépit de dépenses similaires, un écart notable a été observé entre les hommes et les femmes en ce qui concerne le taux d'utilisation des statines (34,0 % chez les hommes, contre 23,8 % chez les femmes). Ce résultat indique que les dépenses par bénéficiaire consacrées à cette catégorie de médicaments étaient plus élevées chez les femmes que chez les hommes.

Variations selon le revenu du quartier

Le tableau 6 examine en détail les dépenses consacrées aux 10 principales catégories de médicaments selon le quintile de revenu du quartier. Dans les 7 autorités compétentes où le quartier a pu être déterminé, 5 catégories de médicaments figuraient parmi les 10 principales catégories de tous les quintiles de revenu du quartier. Les médicaments anti-TNF et les antiviraux visant à traiter l'hépatite C étaient responsables de la plus grande part des dépenses des régimes d'assurance médicaments dans tous les quintiles de revenu du quartier, bien que la part attribuable aux médicaments anti-TNF était plus marquée chez les personnes vivant dans les quartiers à revenu élevé. La part des dépenses associée à 2 catégories d'antipsychotiques et aux médicaments visant à traiter la dépendance aux opioïdes était beaucoup plus élevée chez les personnes vivant dans les quartiers à faible revenu, tandis que celle associée aux immunosuppresseurs sélectifs, aux inhibiteurs d'interleukines et aux inhibiteurs directs du facteur Xa était beaucoup plus élevée chez les personnes vivant dans les quartiers à revenu élevé (voir le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2018 — tableaux de données](#)).

Tableau 6 Les 10 principales catégories de médicaments selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, selon le quintile de revenu du quartier, autorités compétentes sélectionnées*, 2017

Catégorie de médicaments	1 (revenus les plus faibles)	2	3	4	5 (revenus les plus élevés)
	Pourcentage des dépenses totales des régimes				
Inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (médicaments anti-TNF)	11,8 %	15,9 %	19,1 %	21,6 %	22,6 %
Antiviraux visant à traiter l'hépatite C [†]	10,1 %	7,9 %	7,1 %	6,1 %	4,9 %
Immunosuppresseurs sélectifs	1,8 %	2,6 %	2,8 %	3,4 %	3,6 %
Autres antipsychotiques	3,9 %	2,6 %	2,1 %	1,8 %	1,6 %
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	2,5 %	2,5 %	2,4 %	2,2 %	2,3 %
Adrénérgiques en association avec des corticostéroïdes ou d'autres médicaments, à l'exclusion des anticholinergiques	2,4 %	2,5 %	2,3 %	2,1 %	2,1 %
Diazépines, oxazépines, thiazépines et oxépines	3,3 %	2,2 %	1,8 %	1,6 %	1,4 %
Médicaments contre la dépendance aux opioïdes	3,2 %	1,9 %	1,5 %	1,2 %	1,1 %
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA), non associés	1,9 %	1,9 %	1,8 %	1,7 %	1,7 %
Alcaloïdes naturels de l'opium	2,0 %	1,8 %	1,6 %	1,5 %	1,5 %

Remarques

* En date de juillet 2018, 7 autorités compétentes soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement permettant de déterminer le code postal des patients : Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon.

† Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

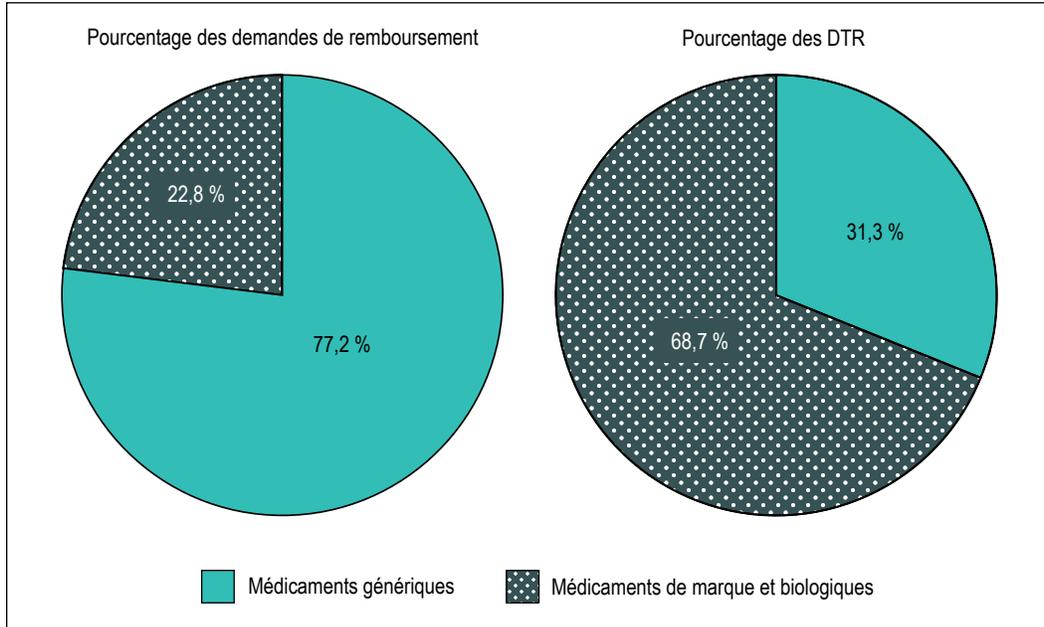
Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux plus, version 6D, Statistique Canada.

Médicaments génériques et médicaments biosimilaires

En 2017, les produits génériques représentaient 31,3 % des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments (figure 1), une baisse par rapport à 33,3 % en 2015 et à 32,9 % en 2016. Bien que la part des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments consacrées aux médicaments génériques varie d'une autorité compétente à l'autre, les dépenses en produits génériques ont diminué au cours des 4 dernières années dans chacune des autorités compétentes (voir le tableau A6 à l'annexe A). Le taux d'utilisation des produits génériques est demeuré relativement stable au cours de cette période; ces produits représentaient 77,2 % des demandes acceptées en 2017, contre 75,7 % en 2015 et 77,2 % en 2016.

Figure 1 Part en pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments et des demandes de remboursement acceptées, selon le type de médicaments*, 2017



Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

La part des dépenses attribuable aux médicaments génériques n'explique pas entièrement le phénomène de remplacement des produits de marque par les versions génériques, puisque ces dernières ne sont pas toujours disponibles (surtout lorsque le médicament de marque est protégé par brevet). Dans les cas où des produits génériques étaient offerts, ces derniers étaient associés à 82,3 % des dépenses et à 91,7 % des demandes de remboursement en 2017.

Un médicament biologique similaire, ou médicament biosimilaire, est un médicament dont on a démontré le caractère très semblable à un médicament biologique déjà autorisé pour la vente. Étant donné la taille, la complexité et la variabilité naturelle des médicaments biologiques et puisque les médicaments biologiques sont créés dans des cellules vivantes, plutôt qu'avec des produits chimiques, un médicament biosimilaire et son médicament biologique de référence peuvent être semblables, sans être identiques²¹. Étant donné que le processus de fabrication des produits biosimilaires est relativement complexe, il se peut que l'utilisation de ces produits ne permette pas de réaliser des économies aussi grandes que celles réalisées avec les médicaments génériques. L'entrée sur le marché des biosimilaires laisse toutefois présager des économies de coûts²². En septembre 2018, 7 biosimilaires étaient en vente au Canada et leur utilisation était modeste²³. Par exemple, dans le cas de l'infliximab et de l'étanercept, les 2 médicaments anti-TNF pour lesquels il existe des versions biosimilaires (mises en marché en 2014 et en 2016 respectivement), les biosimilaires ont représenté 2,4 % des demandes de remboursement et 1,4 % des dépenses en 2017. Bien que les biosimilaires n'aient pas eu une grande incidence à ce jour, la situation peut changer avec le temps, et il sera important de surveiller leur utilisation au cours des prochaines années.

Utilisateurs à coûts élevés

En 2017, la majeure partie des dépenses en médicaments du secteur public étaient attribuables à un nombre relativement restreint de bénéficiaires. Les régimes publics d'assurance médicaments ont accordé une indemnisation de 2 500 \$ ou plus en médicaments à 13,8 % des bénéficiaires, ce qui représente 69,7 % des dépenses en médicaments du secteur public. Inversement, les remboursements de médicaments s'élevaient à moins de 500 \$ pour plus de la moitié (54,5 %) des bénéficiaires, ce qui représente à peine 5,6 % des dépenses des régimes (tableau 7).

Tableau 7 Pourcentage des bénéficiaires indemnisés et des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, selon les dépenses des régimes par bénéficiaire indemnisé*, 2017

Dépenses des régimes par bénéficiaire indemnisé	Pourcentage des bénéficiaires indemnisés	Pourcentage des DTR
Moins de 500 \$	54,5	5,6
500 à 1 499 \$	22,7	13,3
1 500 à 2 499 \$	9,0	11,4
2 500 à 4 999 \$	8,3	18,8
5 000 à 9 999 \$	3,2	14,3
10 000 \$ ou plus	2,3	36,6

Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

Sources

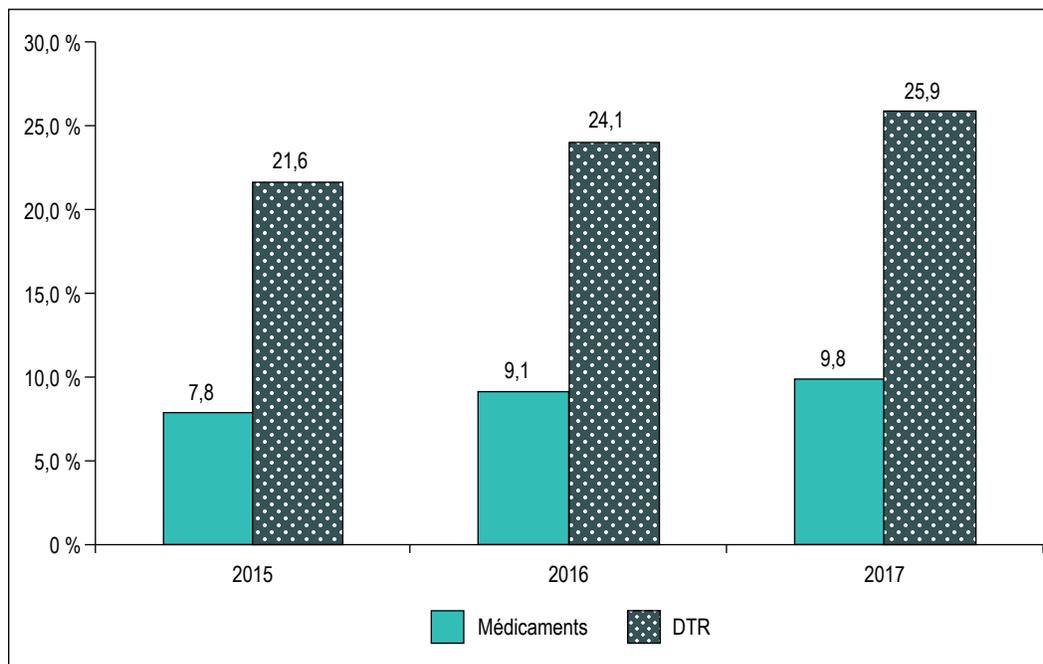
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

La part des dépenses des régimes d'assurance médicaments liées aux bénéficiaires ayant fait l'objet de remboursements de 10 000 \$ ou plus est passée de 34,5 % en 2016 à 36,6 % en 2017, alors que la proportion des bénéficiaires inclus dans cette catégorie n'a que très légèrement augmenté, passant de 2,1 à 2,3 %.

La répartition des coûts varie selon l'autorité compétente (voir le tableau A7 à l'annexe A). Le pourcentage des bénéficiaires pour lesquels le régime d'assurance médicaments a remboursé moins de 500 \$ en médicaments varie de 79,5 % à l'Île-du-Prince-Édouard et 76,9 % en Saskatchewan à 34,1 % au Yukon et 42,0 % au Nouveau-Brunswick. La proportion des bénéficiaires ayant reçu un remboursement de 2 500 \$ ou plus en médicaments est nettement moins élevée, variant de 18,4 % au Yukon et 17,6 % au Manitoba à 4,0 % à l'Île-du-Prince-Édouard et 6,6 % en Saskatchewan. La variation des dépenses selon l'autorité compétente repose sur de nombreux facteurs, notamment la structure du régime d'assurance médicaments, les médicaments inscrits sur la liste des médicaments assurés ainsi que la santé et les caractéristiques démographiques des bénéficiaires du régime (voir l'annexe B).

La part des dépenses liées aux médicaments coûteux a également continué d'augmenter. Les médicaments qui coûtaient en moyenne 10 000 \$ ou plus par bénéficiaire représentaient 25,9 % des dépenses en 2017, contre 24,1 % en 2016 (figure 2) et 16,1 % en 2014 (voir le tableau A8 à l'annexe A). Les médicaments anti-TNF et les médicaments contre l'hépatite C étaient par ailleurs responsables de 53,1 % de ces dépenses.

Figure 2 Pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments liées aux médicaments coûtant en moyenne 10 000 \$ ou plus par bénéficiaire indemnisé et pourcentage par rapport au total des médicaments remboursés*, 2015 à 2017



Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.
DTR : dépenses totales des régimes.

Les produits pharmaceutiques auxquels Santé Canada n'a pas attribué de code du système de classification ATC, ainsi que les produits auxquels on a attribué un pseudo-numéro d'identification de médicaments (PDIN) sont exclus.

Sources

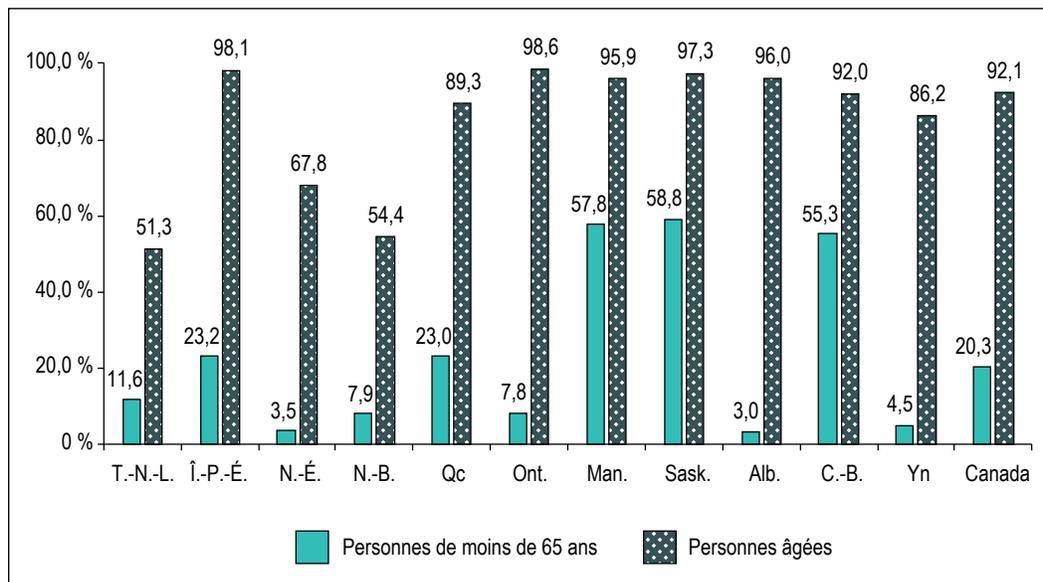
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Parmi les 6 médicaments de 10 000 \$ ou plus ayant occasionné les plus grandes dépenses par bénéficiaire indemnisé, 5 étaient des anti-TNF ou des médicaments contre l'hépatite C, l'infliximab (un anti-TNF) étant responsable de la plus grande proportion (3,7 %) des dépenses des régimes (voir le tableau A9 à l'annexe A). 2 médicaments contre l'hépatite C — Zepatier (elbasvir et grazoprévir) et Epclusa (sofosbuvir et velpatasvir) — et un médicament utilisé dans le traitement d'affections liées à la leucémie lymphoïde chronique — Imbruvica (ibrutinib), qui a été mis en marché en 2014 — ont par ailleurs fait leur apparition dans la liste des 10 médicaments les plus coûteux en 2017.

Différences en matière de couverture des régimes publics d'assurance médicaments

Bien que toutes les régions du Canada offrent un régime public d'assurance médicaments, la structure de ces régimes varie considérablement d'une autorité compétente à l'autre. La couverture offerte aux personnes âgées est assez similaire dans la plupart des autorités compétentes, alors que celle offerte aux personnes de moins de 65 ans est moins uniforme d'un régime à l'autre (consulter l'annexe B pour obtenir des précisions). Étant donné que les régimes publics d'assurance médicaments offrent une couverture plus complète aux personnes âgées et que ces dernières utilisent plus de médicaments que tout autre groupe d'âge, il n'est pas étonnant de constater qu'en 2017, 92,1 % des personnes âgées comptaient au moins une demande de remboursement acceptée par un régime public d'assurance médicaments, que ce soit pour un remboursement ou pour déduction d'une franchise. Chez les personnes de moins de 65 ans, cette proportion atteignait 20,3 %. À l'échelle de la population, le pourcentage de personnes ayant reçu une indemnisation dans le cadre d'un régime public d'assurance médicaments était beaucoup moins marqué. En effet, 81,2 % des personnes âgées et 11,1 % des personnes de moins de 65 ans ont été indemnisées en 2017, ce qui représente le quart (22,7 %) de la population générale. Le pourcentage de personnes âgées ayant présenté au moins une demande de remboursement variait, allant de 98,6 % en Ontario à 51,3 % à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 3). Dans une certaine mesure, les proportions moins élevées observées à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick pourraient découler d'un recours plus marqué aux régimes privés d'assurance médicaments chez les personnes âgées de ces provinces (voir l'annexe B). Le pourcentage de personnes de moins de 65 ans ayant présenté une demande de remboursement à un régime public allait quant à lui de 58,8 % en Saskatchewan à 3,0 % en Alberta (figure 3). Les proportions moins élevées observées en Nouvelle-Écosse et en Alberta s'expliquent en grande partie par le fait que les demandes de remboursement relatives aux régimes d'assurance médicaments destinés aux prestataires de l'aide au revenu âgés de moins de 65 ans ne sont pas soumises au SNIUMP.

Figure 3 Proportion de bénéficiaires actifs en pourcentage de la population, personnes âgées et personnes de moins de 65 ans*, selon l'autorité compétente, 2017



Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

La DGSPNI n'est pas incluse dans l'analyse puisque sa clientèle n'est pas connue.

En Nouvelle-Écosse et en Alberta, les demandes de remboursement de médicaments présentées par les prestataires de l'aide au revenu âgés de moins de 65 ans ne sont pas soumises au SNIUMP. La proportion de personnes de moins de 65 ans ayant présenté des demandes de remboursement pourrait donc être sous-estimée dans ces provinces.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec; Estimations démographiques, Statistique Canada, juillet 2017.

Les personnes vivant dans un quartier à faible revenu étaient les plus susceptibles d'avoir reçu des indemnisations dans le cadre d'un régime public d'assurance médicaments en 2017 : 18,4 % d'entre elles comptaient au moins une demande remboursée (c.-à-d. une demande dont au moins une partie du coût a été remboursée), comparativement à 13,6 % des personnes vivant dans un quartier à revenu élevé. Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments par bénéficiaire indemnisé variaient de manière semblable en fonction du revenu. Elles se chiffraient à 1 524 \$ pour les résidents des quartiers à faible revenu, contre 1 342 \$ pour les résidents des quartiers à revenu élevé (tableau 8). Cette différence est en partie attribuable à la structure des régimes publics d'assurance médicaments et au fait que les résidents des quartiers à faible revenu assument généralement une plus petite part des coûts. Elle pourrait également être liée aux écarts dans l'état de santé en fonction du revenu.

Tableau 8 Dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, selon le quintile de revenu du quartier*, 2017

Quintile de revenu	Pourcentage de la population dont les demandes de remboursement ont été acceptées	Pourcentage de la population dont les demandes de remboursement ont été payées	Pourcentage des DTR	DTR par bénéficiaire indemnisé (en dollars)
Q1 (revenus les plus faibles)	38,3	18,4	24,7	1 524
Q2	40,6	16,4	21,1	1 458
Q3	41,7	15,8	19,7	1 415
Q4	43,3	14,9	18,5	1 407
Q5 (revenus les plus élevés)	40,2	13,6	16,0	1 342
Région urbaine	42,0	15,3	78,7	1 481
Région rurale	38,0	18,4	21,3	1 289

Remarques

* En date de juillet 2018, 7 autorités compétentes soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement permettant de déterminer le code postal des patients : Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon.

DTR : dépenses totales des régimes.

En Alberta, les demandes de remboursement de médicaments présentées par les prestataires de l'aide au revenu âgés de moins de 65 ans ne sont pas soumises au SNIUMP. La proportion des personnes ayant présenté des demandes de remboursement pourrait donc être sous-estimée, en particulier dans les quartiers à faible revenu.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Estimations démographiques et Fichier de conversion des codes postaux plus, version 6D, Statistique Canada; données personnalisées, Division de la démographie, Statistique Canada.

Les personnes vivant dans une région rurale ou éloignée étaient plus susceptibles d'avoir reçu des indemnités dans le cadre d'un régime public d'assurance médicaments (18,4 % d'entre elles comptaient au moins une demande remboursée) que celles vivant dans une région urbaine (15,3 %). Toutefois, la somme remboursée par les régimes publics d'assurance médicaments pour chaque bénéficiaire était moins élevée en milieu rural ou éloigné (1 289 \$) qu'en milieu urbain (1 481 \$).

Dépenses des hôpitaux et des régimes publics d'assurance médicaments liées aux médicaments contre le cancer

Le financement et l'administration des programmes de médicaments contre le cancer varient d'une autorité compétente à l'autre. Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments ne comprennent pas les sommes consacrées aux médicaments fournis dans les hôpitaux ni aux médicaments financés par les organismes de lutte contre le cancer ou d'autres programmes spéciaux. Toutefois, certains régimes publics d'assurance médicaments couvrent les médicaments contre le cancer utilisés dans un milieu extrahospitalier (c.-à-d. à l'extérieur des hôpitaux). Les demandes remboursées par les régimes publics d'assurance médicaments qui soumettent des données au SNIUMP sont incluses dans la présente analyse, tandis que les demandes présentées au Outpatient Cancer Drug Benefit Program de l'Alberta, à la BC Cancer Agency et à la Saskatchewan Cancer Agency ne sont pas soumises au SNIUMP (consulter le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2018 — notes méthodologiques](#) pour obtenir des précisions).

Les dépenses consacrées aux médicaments contre le cancer représentaient 7,9 % des dépenses totales des régimes publics d'assurance médicaments dans les 7 provinces pour lesquelles des données étaient disponibles pour 2017. En 2016, soit l'année la plus récente pour laquelle des données sur les dépenses hospitalières étaient disponibles, 2,2 milliards de dollars ont été consacrés aux médicaments dans les hôpitaux (ce résultat n'inclut pas les hôpitaux du Québec). Dans les provinces qui déclarent les dépenses hospitalières liées aux médicaments en fonction du type de médicament, environ le tiers (33,5 %) des dépenses en médicaments des hôpitaux étaient liées au cancer (tableau 9).

Tableau 9 Dépenses des hôpitaux et des régimes publics d'assurance médicaments consacrées aux médicaments contre le cancer, par province, 2016 et 2017

Province	2016			2017	
	Dépenses des hôpitaux consacrées aux médicaments* (en millions de dollars)	Part des médicaments dans les dépenses totales des hôpitaux (%)	Dépenses des hôpitaux consacrées aux médicaments contre le cancer† (en millions de dollars)	Dépenses des régimes publics d'assurance médicaments consacrées aux médicaments contre le cancer‡ (en millions de dollars)	Part des médicaments contre le cancer§ dans les dépenses totales des régimes publics d'assurance médicaments (%)
T.-N.-L.	50,9	3,7	17,5	11,6	8,0
Î.-P.-É.	9,3	3,2	3,4	2,7	8,8
N.-É.	101,2	4,8	35,6	20,8	10,0
N.-B.	70,6	4,5	30,9	21,4	9,0
Qc	n.d.	n.d.	n.d.	286,7	7,4
Ont.	1 227,4	5,5	388,7	457,4	8,0
Man.	81,8	2,9	n.d.	35,8	10,2
Sask.	54,3	2,6	n.d.	n.d.	n.d.
Alb.	239,3	3,0	86,9	n.d.	n.d.
C.-B.	328,1	4,6	162,5	n.d.	n.d.
Total	2 162,9	4,6	725,4	836,3	7,9

Remarques

* Ne comprend que les dépenses en médicaments engagées par les hôpitaux. Les dépenses en médicaments fournis dans les hôpitaux, mais remboursés par d'autres organismes, comme les organismes provinciaux de lutte contre le cancer, sont exclues. Par conséquent, les données sur les dépenses consacrées aux médicaments contre le cancer au Manitoba et en Saskatchewan ne sont pas disponibles. Les données sur les dépenses consacrées aux médicaments contre le cancer au Québec ne sont pas disponibles non plus.

† Les médicaments qui sont classés comme des antinéoplasiques selon les normes de la Base de données canadienne SIG sont considérés comme des médicaments contre le cancer dans cette analyse.

‡ Médicaments qui, en vertu de leur code du système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la santé, sont des antinéoplasiques et des immunomodulateurs associés à une indication approuvée de traitement du cancer (consulter le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2018 — notes méthodologiques](#) pour obtenir des précisions).

§ Les dépenses consacrées aux médicaments contre le cancer en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique sont financées par des organismes de lutte contre le cancer et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

n.d. : non disponible.

Sources

Base de données canadienne SIG et Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Conclusion

Le présent rapport décrit les dépenses engagées en 2017 par les régimes publics d'assurance médicaments de toutes les provinces, ainsi que par le Yukon et un programme fédéral administré par Services aux Autochtones Canada. Les dépenses au sein de ces autorités compétentes ont atteint 13,5 milliards de dollars en 2017. Les médicaments anti-TNF ont continué de représenter la plus grande part des dépenses (8,2 %) en 2017, suivis des antiviraux visant à traiter l'hépatite C (5,0 %) et des agents antinéovascularisation (4,6 %).

En 2017, les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments ont augmenté de 4,6 % dans les autorités compétentes à l'étude, un taux de croissance semblable à celui observé en 2016. Les médicaments contre l'hépatite C se sont hissés au premier rang des catégories ayant contribué à la croissance des dépenses, comme ils l'avaient fait en 2015. Toutefois, 2 nouveaux médicaments étaient responsables de la croissance dans cette catégorie.

Les dépenses ont considérablement diminué dans plusieurs catégories, dont 3 qui figuraient parmi les 10 principales catégories ayant contribué aux dépenses en 2016, ce qui a partiellement contrebalancé la croissance enregistrée dans d'autres catégories. Ces baisses visaient notamment les statines et les IPP (le prix de l'atorvastatine, de la simvastatine et du pantoprazole ayant été réduit, par suite des négociations de l'APP) ainsi que les autres antidépresseurs (la mise en marché d'une version générique de la duloxétine ayant permis de réaliser de grandes économies).

La proportion des dépenses liées aux utilisateurs à coûts élevés continue par ailleurs d'augmenter. La part des dépenses des régimes d'assurance médicaments liées aux bénéficiaires ayant fait l'objet de remboursements de 10 000 \$ ou plus a augmenté, passant de 34,5 % en 2016 à 36,6 % en 2017, alors que la proportion des bénéficiaires inclus dans cette catégorie est passée de 2,1 à 2,3 %. Une bonne partie de ces dépenses étaient liées à des médicaments coûteux (p. ex. des anti-TNF ou des médicaments contre l'hépatite C), lesquels ont occasionné le quart des dépenses des régimes d'assurance médicaments. Il sera donc important de continuer à surveiller les tendances relatives aux médicaments coûteux et aux utilisateurs à coûts élevés au cours des prochaines années.

Enfin, les personnes vivant dans un quartier à faible revenu étaient les plus susceptibles d'avoir reçu des indemnités dans le cadre d'un régime public d'assurance médicaments en 2017 : 18,4 % d'entre elles comptaient au moins une demande remboursée, contre 13,6 % des personnes vivant dans un quartier à revenu élevé. Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments par bénéficiaire indemnisé variaient aussi en fonction du revenu, allant de 1 524 \$ chez les personnes vivant dans un quartier à faible revenu à 1 342 \$ chez les personnes vivant dans un quartier à revenu élevé.

Annexe A : Tableaux de données

Tableau A1 Pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments selon la grande catégorie thérapeutique et l'autorité compétente*, 2017

Grande catégorie thérapeutique	Dépenses des régimes publics d'assurance médicaments selon l'autorité compétente (%)											
	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	DGSPNI
Antinéoplasiques et immunomodulateurs	20,2	27,5	26,1	23,6	18,7	16,8	38,0	27,6	27,3	23,4	18,2	8,6
Système nerveux	21,3	21,0	12,7	22,9	17,5	15,3	17,7	17,3	11,3	26,5	10,1	22,6
Appareil digestif et métabolisme	12,4	10,7	12,8	10,9	14,1	13,5	9,0	9,5	11,7	7,6	6,7	14,3
Système cardiovasculaire	16,0	13,8	17,5	12,6	13,2	11,5	8,0	10,6	15,2	8,9	7,9	9,0
Anti-infectieux à usage systémique	4,4	2,5	3,2	6,7	6,3	9,6	9,3	10,1	6,3	14,7	13,5	15,8
Appareil respiratoire	6,6	6,5	7,7	7,2	6,5	5,7	4,6	5,7	7,6	4,2	8,5	5,7
Organes sensoriels	2,9	3,6	2,1	4,4	5,5	8,7	0,7	2,4	2,7	0,8	1,4	1,4
Sang et organes hématopoïétiques	2,3	2,4	3,8	4,3	5,7	5,2	3,5	4,4	6,5	3,8	2,4	2,9
Système musculosquelettique	2,2	1,0	2,2	1,8	2,6	3,2	1,3	1,4	3,2	1,7	1,5	2,2
Système génito-urinaire et hormones sexuelles	1,9	1,5	1,7	1,9	2,6	2,1	1,3	1,4	2,6	1,1	1,1	2,5
Préparations hormonales systémiques (sauf hormones sexuelles et insulines)	1,9	1,0	2,4	1,5	2,1	1,5	2,0	1,0	2,1	1,4	1,0	1,0
Médicaments dermatologiques	1,4	0,9	1,1	0,7	0,7	1,0	0,6	0,9	0,8	0,6	0,5	1,9
Autres	0,3	0,2	0,2	0,3	0,9	1,1	0,2	0,4	0,3	0,5	0,2	0,8
Produits antiparasitaires, insecticides et répulsifs	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,6
Non attribué [†]	0,3	0,0	0,6	0,7	0,1	1,9	1,1	1,0	0,7	0,2	16,7	2,0
Produits autres que des médicaments	5,7	7,4	5,9	0,2	3,3	2,8	2,6	6,2	1,5	4,6	10,1	8,8

Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Cette catégorie comprend les produits pharmaceutiques auxquels aucun code du système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) n'a été attribué.

DGSPNI : Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Tableau A2 Taux de croissance annuel des bénéficiaires actifs et des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, selon l'autorité compétente*, 2013 à 2017

Autorité compétente†	Taux de croissance annuel (%)									
	Bénéficiaires actifs					Dépenses totales des régimes				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
T.-N.-L.	-1,7	-3,1	-0,3	-0,6	-1,0	-6,7	-2,8	4,8	3,7	-1,7
Î.-P.-É.	2,8	4,7	11,3	13,2	30,3	-5,8	-12,1	-1,9	15,3	6,0
N.-É.	2,2	1,7	2,0	2,2	2,4	0,0	0,1	4,2	3,2	6,2
N.-B.	0,2	1,8	2,9	1,4	2,1	-6,4	1,2	13,1	5,7	5,5
Qc‡	s.o.	s.o.	1,5	2,0	1,4	s.o.	s.o.	3,7	3,9	4,6
Ont.	3,0	2,9	2,0	2,7	2,6	7,2	5,1	8,3	5,0	4,8
Man.	0,2	2,6	1,6	1,0	0,6	-4,2	0,3	9,0	5,4	1,3
Sask.	2,2	1,9	2,1	2,8	1,4	1,3	6,4	5,1	2,9	6,9
Alb.	2,8	2,9	3,0	3,5	3,5	-2,5	1,8	10,0	0,8	6,8
C.-B.	0,5	0,2	1,1	1,9	1,1	-1,4	-0,6	15,9	3,1	1,5
Yn	1,6	3,9	4,3	5,1	5,2	-8,9	0,2	27,5	-6,4	7,3
DGSPNI	1,3	1,8	1,7	2,2	0,4	0,5	6,0	12,4	9,9	6,9
Total	s.o.	s.o.	1,7	2,2	1,7	s.o.	s.o.	7,7	4,4	4,6

Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les taux de croissance des autorités compétentes doivent être interprétés avec prudence, puisque les écarts peuvent être liés à des limites touchant les données. Par exemple, le SNIUMP ne contient pas les dépenses liées aux médicaments contre l'hépatite C de toutes les autorités compétentes.

‡ Les données du Québec antérieures à 2014 n'étaient pas disponibles.

DGSPNI : Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

s.o. : sans objet.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Tableau A3 Taux de croissance annuel des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments pour les 10 principales catégories de médicaments (dépenses totales des régimes)*, 2015 à 2017

Les 10 principales catégories de médicaments (DTR)	Taux de croissance annuel des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments (%)		
	2015	2016	2017
Inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (médicaments anti-TNF)	10,3	12,2	5,6
Antiviraux visant à traiter l'hépatite C [†]	817,9	7,0	16,8
Agents antinéovascularisation [‡]	12,1	-1,4	13,3
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	-3,2	0,4	-3,2
Autres antipsychotiques	13,4	16,0	8,5
Adrénérgiques en association avec des corticostéroïdes ou d'autres médicaments, à l'exclusion des anticholinergiques	1,8	0,1	-0,8
Inhibiteurs de protéines kinases oraux	17,1	36,6	28,3
Immunosuppresseurs sélectifs	28,1	30,2	26,8
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	0,4	-16,0	-7,9
Inhibiteurs directs du facteur Xa	66,3	39,4	26,8
Toutes les catégories	7,7	4,4	4,6

Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Tableau A4 Les 10 principales catégories de médicaments selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments liées aux femmes*, 2017

Catégorie de médicaments	Usages courants	DTR (en millions de dollars)	Pourcentage des DTR	Taux d'utilisation (%)
Inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (médicaments anti-TNF)	Polyarthrite rhumatoïde, maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Crohn	570,4	8,2	0,5
Agents antinéovascularisation†	Dégénérescence maculaire liée à l'âge, œdème maculaire secondaire et diabétique	355,3	5,1	0,6
Antiviraux visant à traiter l'hépatite C‡	Hépatite C	243,0	3,5	0,1
Immunosuppresseurs sélectifs	Diverses formes d'arthrite, transplantation d'organe, plusieurs autres affections	199,3	2,9	0,4
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Hypercholestérolémie	187,7	2,7	23,8
Adrénérergiques en association avec des corticostéroïdes ou d'autres médicaments, à l'exclusion des anticholinergiques	Asthme, emphysème, bronchite chronique	174,6	2,5	4,7
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	172,9	2,5	22,1
Inhibiteurs directs du facteur Xa	Thrombo-embolie veineuse, prévention des AVC, prévention de la thrombose veineuse profonde	135,3	2,0	2,7
Autres antipsychotiques	Schizophrénie, trouble bipolaire	134,7	1,9	2,0
Inhibiteurs de protéines kinases oraux	Divers types de cancer	132,6	1,9	0,1
Total des 10 catégories		2 305,9	33,3	s.o.

Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

s.o. : sans objet.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Tableau A5 Les 10 principales catégories de médicaments selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments liées aux hommes*, 2017

Catégorie de médicaments	Usages courants	DTR (en millions de dollars)	Pourcentage des DTR	Taux d'utilisation (%)
Inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (médicaments anti-TNF)	Polyarthrite rhumatoïde, maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Crohn	534,8	8,1	0,5
Antiviraux visant à traiter l'hépatite C†	Hépatite C	430,0	6,5	0,1
Agents antinéovascularisation‡	Dégénérescence maculaire liée à l'âge, œdème maculaire secondaire et diabétique	259,9	3,9	0,5
Autres antipsychotiques	Schizophrénie, trouble bipolaire	193,8	2,9	2,4
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Hypercholestérolémie	192,8	2,9	34,0
Inhibiteurs de protéines kinases oraux	Divers types de cancer	173,2	2,6	0,1
Autres immunosuppresseurs	Polyarthrite rhumatoïde, transplantation rénale, myélome multiple	150,6	2,3	0,3
Antiviraux visant à traiter l'infection au VIH, associations	Infection au VIH	145,8	2,2	0,3
Adrénérquiques en association avec des corticostéroïdes ou d'autres médicaments, à l'exclusion des anticholinergiques	Asthme, emphysème, bronchite chronique	137,0	2,1	4,3
Inhibiteurs directs du facteur Xa	Thrombo-embolie veineuse, prévention des AVC, prévention de la thrombose veineuse profonde	136,9	2,1	3,4
Total des 10 catégories		2 354,8	35,8	s.o.

Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

s.o. : sans objet.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé;

Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Tableau A6 Médicaments génériques en pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments et des demandes de remboursement acceptées, par autorité compétente*, 2014 à 2017

Autorité compétente	Pourcentage des DTR				Pourcentage des demandes de remboursement acceptées			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
T.-N.-L.	48,4	49,3	47,2	47,1	78,2	82,1	83,3	83,8
Î.-P.-É.	44,8	45,6	43,1	42,6	77,4	78,7	80,0	80,1
N.-É.	45,3	40,5	40,6	38,5	74,9	75,8	77,2	77,2
N.-B.	37,6	36,5	37,7	36,8	74,7	77,7	82,6	82,8
Qc	36,6	36,8	36,7	34,9	73,6	75,5	76,5	76,5
Ont.	30,6	30,2	29,3	27,7	72,4	75,6	77,3	77,1
Man.	36,2	32,7	31,1	30,1	78,6	80,0	80,6	80,4
Sask.	31,5	29,6	28,5	25,9	70,1	73,1	75,9	76,2
Alb.	31,4	29,9	31,8	30,0	73,5	74,7	76,2	76,5
C.-B.	37,6	32,6	32,6	31,6	71,5	74,7	77,8	78,4
Yn	36,9	27,9	32,4	31,6	78,5	79,8	80,7	80,7
DGSPNI	47,6	44,6	43,6	40,6	75,1	77,3	78,1	77,2
Total	34,4	33,3	32,9	31,3	73,2	75,7	77,2	77,2

Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

DGSPNI : Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé;

Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Tableau A7 Dépenses des régimes par bénéficiaire indemnisé, selon le pourcentage des bénéficiaires indemnisés et des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, par autorité compétente*, 2014 et 2017

Autorité compétente		Dépenses des régimes par bénéficiaire indemnisé											
		Moins de 500 \$		500 à 1 499 \$		1 500 à 2 499 \$		2 500 à 4 999 \$		5 000 à 9 999 \$		10 000 \$ ou plus	
		2014	2017	2014	2017	2014	2017	2014	2017	2014	2017	2014	2017
T.-N.-L.	BI (%)	46,9	45,8	30,0	31,6	10,6	10,1	8,5	8,1	2,7	2,9	1,3	1,6
	DTR (%)	6,8	6,5	20,8	19,8	15,7	13,7	22,4	19,8	13,6	13,2	20,8	27,0
Î.-P.-É.	BI (%)	66,1	79,5	23,4	13,2	4,9	3,4	3,6	2,5	1,3	0,8	0,8	0,7
	DTR (%)	15,3	14,9	26,5	20,2	12,4	11,6	16,2	15,1	11,1	10,3	18,4	27,9
N.-É.	BI (%)	41,5	44,7	34,3	32,7	11,3	10,1	9,2	8,4	2,4	2,2	1,2	1,7
	DTR (%)	7,0	7,1	21,9	19,1	15,9	13,3	22,8	19,5	11,3	9,9	21,1	31,1
N.-B.	BI (%)	41,8	42,0	31,9	30,7	11,6	11,7	9,4	9,3	3,3	3,4	2,0	2,9
	DTR (%)	5,3	4,7	18,5	14,9	14,4	12,3	20,8	17,2	14,0	12,5	26,9	38,4
Qc	BI (%)	57,4	58,0	22,3	21,3	7,8	7,6	7,7	7,7	3,1	3,3	1,7	2,1
	DTR (%)	6,5	6,1	15,6	13,7	11,9	10,6	21,1	19,4	16,5	16,3	28,4	33,9
Ont.	BI (%)	44,1	46,2	27,0	25,2	12,0	11,5	10,7	10,5	4,1	3,9	2,2	2,7
	DTR (%)	4,5	4,3	15,0	12,5	14,2	12,2	22,3	19,8	16,5	14,6	27,5	36,6
Man.	BI (%)	47,8	48,5	25,5	24,5	10,1	9,4	9,1	8,7	3,9	4,3	3,6	4,6
	DTR (%)	4,2	3,6	11,6	9,1	9,8	7,7	15,9	12,7	13,3	12,2	45,3	54,7
Sask.	BI (%)	70,8	76,9	16,2	11,9	5,7	4,6	4,6	3,8	1,5	1,4	1,2	1,4
	DTR (%)	8,2	7,3	17,4	13,1	13,3	10,9	18,8	15,9	12,1	11,3	30,3	41,5

Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2018 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments

Autorité compétente		Dépenses des régimes par bénéficiaire indemnisé											
		Moins de 500 \$		500 à 1 499 \$		1 500 à 2 499 \$		2 500 à 4 999 \$		5 000 à 9 999 \$		10 000 \$ ou plus	
		2014	2017	2014	2017	2014	2017	2014	2017	2014	2017	2014	2017
Alb.	BI (%)	49,3	50,8	31,0	29,2	9,7	9,9	6,1	6,4	1,9	1,7	2,0	2,0
	DTR (%)	8,1	7,8	21,1	18,5	14,4	13,8	15,9	15,6	10,3	8,0	30,2	36,4
C.-B.	BI (%)	58,0	59,5	21,9	19,8	7,8	7,4	7,4	7,3	2,9	3,1	2,0	2,9
	DTR (%)	7,6	6,3	15,1	11,0	11,8	8,9	19,9	15,9	15,4	13,3	30,3	44,6
Yn	BI (%)	35,1	34,1	33,5	33,6	13,1	13,9	10,5	10,6	5,0	4,2	2,9	3,6
	DTR (%)	3,8	3,5	15,0	13,4	12,0	11,5	17,3	15,6	16,2	12,5	35,6	43,6
DGSPNI	BI (%)	70,9	69,1	16,2	16,3	5,7	5,8	4,9	5,6	1,7	2,2	0,7	1,1
	DTR (%)	12,9	10,1	18,5	14,7	14,5	11,6	21,9	19,9	14,6	15,1	17,6	28,6
Total	BI (%)	53,1	54,5	24,2	22,7	9,3	9,0	8,3	8,3	3,2	3,2	1,8	2,3
	DTR (%)	6,1	5,6	15,9	13,3	13,2	11,4	21,0	18,8	15,6	14,3	28,1	36,6

Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

BI : bénéficiaires indemnisés.

DTR : dépenses totales des régimes.

DGSPNI : Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé;

Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Tableau A8 Pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments par bénéficiaire indemnisé et par médicament*, 2014, 2016 et 2017

Dépenses des régimes par bénéficiaire indemnisé et par médicament	2014		2016		2017	
	Pourcentage des DTR	Pourcentage du nombre de médicaments	Pourcentage des DTR	Pourcentage du nombre de médicaments	Pourcentage des DTR	Pourcentage du nombre de médicaments
Moins de 500 \$	50,2	69,4	45,2	67,5	43,6	67,2
500 à 1 499 \$	19,5	12,0	17,0	12,2	16,4	11,9
1 500 à 4 999 \$	5,7	7,1	6,5	7,1	7,1	7,1
5 000 à 9 999 \$	8,5	3,7	7,2	3,6	6,9	3,3
10 000 \$ ou plus	16,1	7,1	24,1	9,1	25,9	9,9

Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

Les produits pharmaceutiques auxquels Santé Canada n'a pas attribué de code du système de classification ATC, ainsi que les produits auxquels on a attribué un pseudo-numéro d'identification de médicaments (PDIN) sont exclus.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Tableau A9 Les 10 principaux médicaments coûtant en moyenne 10 000 \$ ou plus par bénéficiaire indemnisé selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments*, 2017

Médicament	Usages courants	DTR (en millions de dollars)	Pourcentage des DTR	DTR par bénéficiaire indemnisé (en dollars)
Infliximab	Polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn	498,1	3,7	28 947
Sofosbuvir et velpatasvir	Hépatite C	406,8	3,0	57 037
Adalimumab	Polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn	335,8	2,5	15 403
Lénalidomide	Divers cancers du sang	194,4	1,4	63 286
Étanercept	Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante	187,8	1,4	14 481
Sofosbuvir et lédipasvir	Hépatite C	160,8	1,2	54 772
Ibrutinib	Leucémie lymphoïde chronique	75,9	0,6	61 941
Ustékinumab	Psoriasis en plaques, maladie de Crohn, arthrite psoriasique	70,0	0,5	17 493
Elbasvir et grazoprévir	Hépatite C	67,4	0,5	51 652
Golimumab	Polyarthrite rhumatoïde, arthrite psoriasique, colite ulcéreuse, spondylarthrite ankylosante	64,5	0,5	13 618
Total des 10 médicaments		2 061,5	15,3	s.o.

Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

s.o. : sans objet.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé;

Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Annexe B : Aperçu des régimes d'assurance médicaments et des listes de médicaments assurés

Aperçu des régimes d'assurance médicaments

Bien que les 12 autorités compétentes incluses dans l'analyse offrent toutes des régimes publics d'assurance médicaments, la structure de ces régimes varie considérablement. Une différence majeure tient au fait que les régimes du Manitoba, de la Colombie-Britannique et de la DGSPNI offrent la même couverture pour toutes les tranches d'âge, tandis que les autres autorités compétentes proposent un régime distinct pour les personnes âgées.

Par ailleurs, la couverture offerte aux personnes de moins de 65 ans n'est pas uniforme d'un régime à l'autre. Au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, les coûts des médicaments sont remboursés s'ils dépassent un certain pourcentage du revenu de la personne. La plupart des autres autorités compétentes offrent des régimes semblables, mais seules les personnes qui n'ont pas accès à une assurance privée y sont admissibles. Dans toutes les autorités compétentes, une couverture est offerte aux personnes qui reçoivent une aide au revenu. Une couverture est également offerte dans toutes les provinces pour certains médicaments utilisés dans le traitement de maladies données, mais les maladies et les médicaments concernés varient.

Les différences dans la couverture offerte aux personnes de moins de 65 ans ainsi que les caractéristiques démographiques de la population ont une grande incidence sur la population de bénéficiaires actifs, et par le fait même, sur la répartition des dépenses du régime d'assurance médicaments selon le groupe d'âge. Dans les 3 régimes publics qui offrent une couverture semblable pour tous, les personnes de moins de 65 ans constituent la grande majorité des bénéficiaires actifs. Le pourcentage des dépenses totales associé à ce groupe d'âge est quant à lui un peu moindre, mais néanmoins important (tableau J1). Parmi ces 3 régimes, la proportion des bénéficiaires de moins de 65 ans varie de 73,4 % en Colombie-Britannique à 91,2 % à la DGSPNI. Cette grande proportion est attribuable à la structure du régime ainsi qu'à l'âge moyen relativement moins élevé de la population couverte. La part des dépenses des régimes liées aux personnes de moins de 65 ans varie de 64,1 % au Manitoba à 82,3 % à la DGSPNI.

Tableau B1 Dépenses des régimes publics d'assurance médicaments consacrées aux personnes âgées et aux personnes de moins de 65 ans, par autorité compétente*, 2017

Autorité compétente	Personnes de moins de 65 ans		Personnes âgées (65 ans et plus)	
	Pourcentage de bénéficiaires actifs	Pourcentage des DTR	Pourcentage de bénéficiaires actifs	Pourcentage des DTR
T.-N.-L.	48,9	49,5	51,1	50,5
Î.-P.-É.	50,6	45,9	49,4	54,1
N.-É. †	17,9	20,1	82,1	79,9
N.-B.	37,5	47,3	62,5	52,7
Qc	54,0	39,3	46,0	60,7
Ont.	28,8	35,4	71,2	64,6
Man.	77,3	64,1	22,7	35,9
Sask.	77,6	59,6	22,4	40,4
Alb. †	18,4	34,0	81,6	66,0
C.-B.	73,4	64,9	26,6	35,1
Yn	28,4	42,3	71,6	57,7
DGSPNI	91,2	82,3	8,8	17,7
Total	54,7	42,6	45,3	57,4

Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les données sur les demandes de remboursement présentées aux régimes d'assurance médicaments relatifs aux services communautaires de la Nouvelle-Écosse et de l'Alberta ne sont pas soumises au SNIUMP. Il y a donc sous-représentation des bénéficiaires de moins de 65 ans dans ces provinces.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

En Saskatchewan, la proportion des bénéficiaires de moins de 65 ans (77,6 %) est semblable à celle du Manitoba et de la Colombie-Britannique; cependant, la part des dépenses totales du régime attribuable aux personnes de moins de 65 ans (59,6 %) est légèrement inférieure en raison de différences dans le partage des coûts.

Dans les autres provinces, les personnes âgées constituent la plus grande part des bénéficiaires actifs et sont à l'origine de la majeure partie des dépenses des régimes. Le pourcentage de personnes âgées parmi les bénéficiaires varie de 46,0 % au Québec à 82,1 % en Nouvelle-Écosse, tandis que la part des dépenses liée à ce groupe d'âge varie de 50,5 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 79,9 % en Nouvelle-Écosse. Il faut noter que les données sur les demandes de remboursement présentées aux régimes d'assurance médicaments qui sont destinés aux prestataires de l'aide au revenu en Nouvelle-Écosse et en Alberta ne sont pas soumises au SNIUMP. Le pourcentage de personnes de moins de 65 ans dans les données de ces 2 provinces s'en trouve réduit, puisque seules les personnes de moins de 65 ans sont admissibles à ce type de régime.

Les régimes d'assurance médicaments se distinguent également par l'emploi de différents mécanismes de partage des coûts, comme la franchise ou la quote-part (ou une combinaison des 2), qui ont une incidence sur les montants payés par la personne et le régime pour chaque demande de remboursement. Les mécanismes de partage des coûts peuvent varier, même dans le cas de groupes systématiquement couverts comme les personnes âgées. En Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, certaines personnes âgées doivent payer une prime pour adhérer au régime, puis payer une quote-part pour chaque demande de remboursement. Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, l'Ontario et l'Alberta exigent une quote-part pour chaque demande de remboursement, mais aucune prime d'adhésion n'est imposée. Au Manitoba, les personnes âgées doivent payer une franchise correspondant à un certain pourcentage de leur revenu, après quoi le régime d'assurance médicaments couvre les coûts excédentaires. En Saskatchewan, certaines personnes âgées doivent payer une quote-part et d'autres, une franchise, en fonction de leur revenu. En Colombie-Britannique, une franchise est imposée, puis une quote-part s'applique à chaque demande de remboursement une fois le montant de la franchise atteint. Le régime de la DGSPNI couvre quant à lui tous les coûts admissibles pour tous les bénéficiaires, peu importe l'âge et le revenu.

Dans les autorités compétentes incluses dans l'analyse, les personnes couvertes par une commission provinciale ou territoriale des accidents du travail ou un régime fédéral d'assurance médicaments ne sont pas admissibles à l'assurance médicaments provinciale ou territoriale. Les régimes fédéraux d'assurance médicaments comprennent ceux gérés par

- le Service correctionnel du Canada;
- la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuitsⁱⁱⁱ;
- le ministère des Anciens Combattants.

iii. Ceci exclut les personnes âgées vivant en Ontario qui sont couvertes par la DGSPNI. Dans leur cas, les demandes de remboursement sont d'abord soumises au Programme de médicaments de l'Ontario, puis les coûts excédentaires sont remboursés par la DGSPNI.

En plus du survol présenté ici, un complément d'information sur les régimes publics d'assurance médicaments au Canada est offert dans le *Document d'information sur les régimes*²⁴ du SNIUMP, au icis.ca, ou sur les sites Web des divers régimes (voir le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2018 — notes méthodologiques](#)).

Aperçu des listes de médicaments assurés

Les différences dans le nombre et le type de médicaments inscrits aux listes des autorités compétentes constituent l'un des nombreux facteurs qui peuvent entraîner des variations dans l'utilisation des médicaments et les dépenses en médicaments. Parmi les autres facteurs, citons l'état de santé, l'âge et le sexe des bénéficiaires, les tendances en matière de prescription et l'accès à des traitements non pharmaceutiques.

En 2017, les catégories de médicaments couvertes par chacun des 12 régimes publics représentaient 92,4 % des demandes de remboursement et 74,5 % des dépenses des régimes liées aux personnes âgées. Pour les catégories de médicaments couvertes par au moins 11 des autorités compétentes, les proportions augmentent, atteignant 95,9 % des demandes de remboursement et 86,3 % des dépenses totales des régimes liées aux personnes âgées^{iv}. Puisqu'une très grande partie des dépenses des régimes est liée à des catégories de médicaments assurés dans la plupart des autorités compétentes, les différences entre les listes ne devraient pas avoir une grande incidence sur les variations dans les autorités compétentes en matière d'utilisation et de dépenses, du moins lorsqu'on considère l'ensemble des médicaments. En revanche, dans le cas de médicaments ou de catégories de médicaments particuliers, les différences entre les listes peuvent influencer considérablement sur l'utilisation d'une autorité compétente à l'autre. Il importe donc de tenir compte des écarts dans les listes lorsqu'on compare les statistiques d'utilisation ou de dépenses liées à certains médicaments ou certaines catégories de médicaments d'une autorité compétente à l'autre.

iv. Les produits pharmaceutiques auxquels Santé Canada n'a pas attribué de code du système de classification ATC, ainsi que les produits auxquels on a attribué un pseudo-numéro d'identification de médicaments (PDIN) sont exclus.

Annexe C : Texte de remplacement pour les images

Texte de remplacement et tableaux de données pour la figure 1 :
Part en pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments et des demandes de remboursement acceptées, selon le type de médicaments*, 2017

Type de médicaments	Pourcentage des dépenses totales des régimes
Médicaments génériques	31,3 %
Médicaments de marque et biologiques	68,7 %

Type de médicaments	Pourcentage des demandes de remboursement
Médicaments génériques	77,2 %
Médicaments de marque et biologiques	22,8 %

Remarque

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Texte de remplacement et tableau de données pour la figure 2 : Pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments liées aux médicaments coûtant en moyenne 10 000 \$ ou plus par bénéficiaire indemnisé et pourcentage par rapport au total des médicaments remboursés*, 2015 à 2017

Pourcentage des...	2015	2016	2017
dépenses totales des régimes liées aux médicaments coûtant en moyenne 10 000 \$ ou plus par bénéficiaire indemnisé	21,6 %	24,1 %	25,9 %
médicaments remboursés qui coûtaient en moyenne 10 000 \$ ou plus par bénéficiaire indemnisé	7,8 %	9,1 %	9,8 %

Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

Les produits pharmaceutiques auxquels Santé Canada n'a pas attribué de code du système de classification ATC, ainsi que les produits auxquels on a attribué un pseudo-numéro d'identification de médicaments (PDIN) sont exclus.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Texte de remplacement et tableau de données pour la figure 3 :
 Proportion de bénéficiaires actifs en pourcentage de la population, personnes âgées et personnes de moins de 65 ans*, selon l'autorité compétente, 2017

Autorité compétente	Proportion de bénéficiaires actifs de moins de 65 ans, en pourcentage de la population	Proportion de bénéficiaires actifs âgés, en pourcentage de la population
T.-N.-L.	11,6 %	51,3 %
Î.-P.-É.	23,2 %	98,1 %
N.-É.	3,5 %	67,8 %
N.-B.	7,9 %	54,4 %
Qc	23,0 %	89,3 %
Ont.	7,8 %	98,6 %
Man.	57,8 %	95,9 %
Sask.	58,8 %	97,3 %
Alb.	3,0 %	96,0 %
C.-B.	55,3 %	92,0 %
Yn	4,5 %	86,2 %
Canada	20,3 %	92,1 %

Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

La DGSPNI n'est pas incluse dans l'analyse puisque sa clientèle n'est pas connue.

En Nouvelle-Écosse et en Alberta, les demandes de remboursement de médicaments présentées par les prestataires de l'aide au revenu âgés de moins de 65 ans ne sont pas soumises au SNIUMP. La proportion de personnes de moins de 65 ans ayant présenté des demandes de remboursement pourrait donc être sous-estimée dans ces provinces.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec; Estimations démographiques, Statistique Canada, juillet 2017.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. [Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2018](#). 2018.
2. Institut de recherche en services de santé. [Limiting reimbursement for blood glucose test strips does not harm patients and reduces costs](#). Consulté le 14 août 2018.
3. Ontario Drug Policy Research Network. [Blood Glucose Test Strip Quantity Limits Across Canada](#). 2017.
4. Secrétariat du Conseil de la fédération. [Alliance pancanadienne pharmaceutique](#). Consulté le 31 août 2018.
5. Pacific Hepatitis C Network. [Hepatitis C Treatment Information Project: Comparing Hep C Treatments](#). Consulté le 31 août 2018.
6. Agence de la santé publique du Canada. [L'hépatite C au Canada en 2018 : document infographique](#). Consulté le 20 août 2018.
7. Booth G, Lipscombe L, Butalia S, Dasgupta K, Eurich D, Goldenberg, R, Houlden RL. [Pharmacologic management of type 2 diabetes: 2016 interim update](#). *Canadian Journal of Diabetes*. 2016.
8. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. [New Drugs for Type 2 Diabetes: Second-Line Therapy — Recommendations Report](#). 2017.
9. Institut canadien d'information sur la santé. [Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016](#). 2018.
10. Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance. [S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada](#). 2013.
11. Brands B, Paglia-Boak A, Sproule BA, Leslie K, Adlaf EM. [Nonmedical use of opioid analgesics among Ontario students](#). *Le Médecin de famille canadien*. 2010.
12. Institut canadien d'information sur la santé. [Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes et de benzodiazépines, de 2012 à 2017](#). 2018.
13. Centers for Disease Control and Prevention. [CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain — United States, 2016](#). *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Mars 2016.

14. Institut canadien d'information sur la santé. [Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes, de 2012 à 2016](#). 2017.
15. G Qi, Khoo W, Martins D, Tadrous M, Chiu Ma, Do MT, Gomes T. [Évaluation des premiers effets du retrait des opioïdes à forte concentration sur les schémas de prescription en Ontario](#). Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : *Recherche, politiques et pratiques*. Juin 2018.
16. Université McMaster. [Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic non-cancer pain](#). Consulté le 12 septembre 2018.
17. Centre de toxicomanie et de santé mentale. [La méthadone](#). Consulté le 12 septembre 2018.
18. Bruneau J et al. [Management of opioid use disorders: A national clinical practice guideline](#). CMAJ. 5 mars 2018.
19. Marteau D, McDonald R, Patel K. [The relative risk of fatal poisoning by methadone or buprenorphine within the wider population of England and Wales](#). *BMJ Open*. 2015.
20. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. [L'Ontario adopte des mesures pour prévenir l'abus d'opioïdes : la province accroît le système de signalement en aiguillant les patients vers un traitement de grande qualité](#) [communiqué]. 12 octobre 2016. Consulté le 12 septembre 2018.
21. Santé Canada. [Fiche de renseignements : médicaments biosimilaires](#). Août 2017.
22. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. [Potential Savings From Biosimilars in Canada](#). Avril 2017.
23. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. [Environmental Scan: Biosimilars — Regulatory, Health Technology Assessment, Reimbursement Trends, and Market Outlook](#). Janvier 2018.
24. Institut canadien d'information sur la santé. [Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits : document d'information sur les régimes](#). 2018.



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

18572-0918

