



Conseil d'examen
du prix des médicaments
brevetés

Patented
Medicine Prices
Review Board

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

SNIUMP

3^e édition Compas

Rapport annuel sur les dépenses des régimes
publics d'assurance-médicaments 2015-2016

Rx



Canada 

Publié par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés
Mai 2017

CompassRx, 3^e édition : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments, 2015-2016 est offert sur le site Web du CEPMB en format électronique.

This document is also available in English under the title : *CompassRx, 3rd edition: Annual Public Drug Plan Expenditure Report, 2015/16.*

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés Centre Standard Life Case postale L40
333, avenue Laurier ouest
Bureau 1400
Ottawa (Ontario) K1P 1C1
Téléphone : 1-877-861-2350
613-952-7360
ATS 613-957-4373
Courriel : PMPRB.Information-Renseignements.CEPMB@pmprb-cepmb.gc.ca
Site Web : www.pmprb-cepmb.gc.ca

ISSN 2369-0526

N° de cat. : H79-6F-PDF

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par l'initiative du SNIUMP du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, 2017

À propos du CEPMB

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

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

L'initiative du SNIUMP

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

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

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

Remerciements

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

Le CEPMB tient à souligner les contributions suivantes :

- les membres du comité consultatif du SNIUMP, pour leur supervision et leurs conseils avisés dans le cadre de la rédaction du présent rapport;
- les membres du personnel du CEPMB pour leur contribution au contenu analytique du présent rapport :
 - Tanya Potashnik – directrice, Politiques et analyse économique
 - Elena Lungu – gestionnaire, SNIUMP
 - Greg McComb – analyste économique principal
 - Ai Chau – analyste SAS
 - Carol McKinley – conseillère en publications

Le CEPMB aimerait également remercier l'ICIS pour l'avoir aidé à générer l'ensemble de données brutes qui lui a permis de mener son analyse, ainsi que l'ACMTS pour avoir validé les données liées à son organisation.

Avis de non-responsabilité

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



Sommaire

Le rapport annuel *CompasRx* suit et analyse les pressions qui s'exercent sur le coût des médicaments d'ordonnance et qui induisent une variation des dépenses pour beaucoup de régimes publics d'assurance-médicaments canadiens. Après plusieurs années de croissance faible ou modérée, ces dépenses ont fait un bond de 9,9 % en 2015-2016 en raison d'un taux de croissance varié pour les deux grandes composantes de ces régimes : le coût des médicaments (12,0 %) et les frais d'exécution d'ordonnance (3,8 %).

Ce rapport donne un aperçu des facteurs qui ont contribué à cette augmentation et présente un examen rétrospectif des dernières tendances en matière de coûts. Afin de mettre les résultats en perspective, l'analyse a également permis de cerner les changements de politique notables aux échelons fédéral et provincial en ce qui concerne l'approbation, l'examen du prix et le remboursement des médicaments. Les constatations faites dans le rapport permettent de guider les discussions sur les politiques et aident les décideurs à prévoir l'évolution des pressions qui s'exercent sur le coût et à réagir.

Principales constatations

Les dépenses en médicaments d'ordonnance

engagées par les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont atteint 11,3 milliards de dollars en 2015-2016, soit une augmentation d'un milliard de dollars par rapport à l'exercice financier précédent qui représente un taux de variation de 9,9 % après des années de faible croissance.

- Le coût des médicaments représente le principal poste budgétaire, soit près des trois quarts (74,7 %) des dépenses totales, suivi des frais d'exécution d'ordonnance (21,8 %) et des marges bénéficiaires déclarées (3,5 %).
- En moyenne, les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont défrayé 79,7 % du coût total des 285 millions d'ordonnances délivrées à plus de 9 millions de bénéficiaires actifs.
- Le coût annuel moyen par ordonnance pour la population non-aînée (60 %) a continué d'augmenter en 2015-2016, mais plus rapidement que par les années passées. Le coût pour les aînés (40 %) s'est aussi accru, ce qui constitue un revirement par rapport à la tendance à la baisse des dernières années.

Le coût des médicaments dans les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP a grimpé de 12,0 % (ou 0,9 milliards de dollars) en 2015-2016 pour atteindre 8,4 milliards de dollars, surtout en raison de la consommation accrue de médicaments brevetés onéreux.

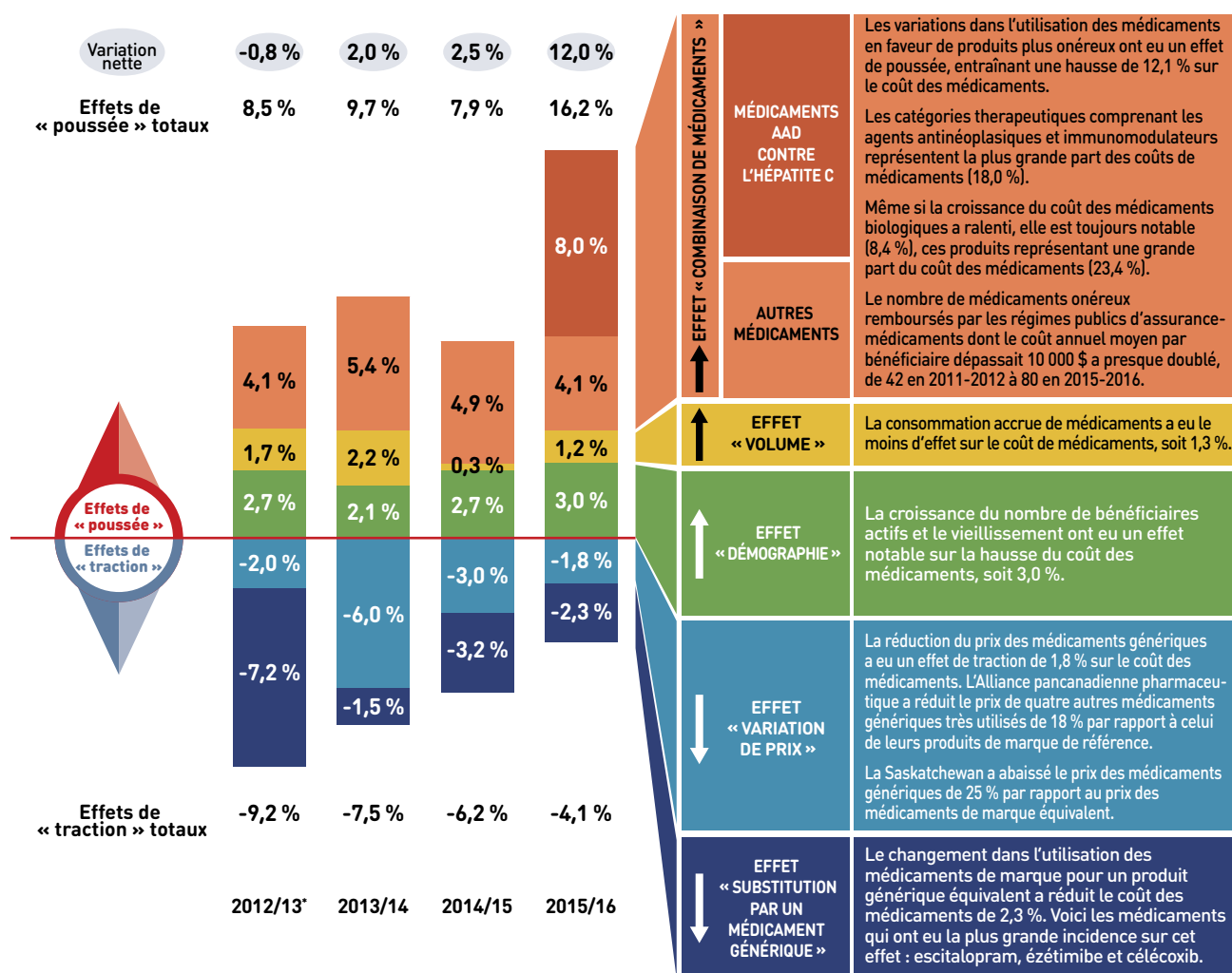
- L'augmentation notable du coût des médicaments fait suite à un certain nombre d'années de taux de variation négatif ou faible entre 2012-2013 et 2014-2015. Ce changement de tendance s'explique par les économies réduites découlant de la substitution par un médicament générique et de son prix, ainsi que des pressions accrues exercées par les médicaments plus onéreux.
- Les médicaments brevetés, le plus important segment du marché, ont connu une hausse de 18,8 % en 2015-2016, tandis que les médicaments dont les coûts annuels de traitement sont supérieurs à 10 000 \$ ont augmenté de 60,5 %. Ces médicaments sont utilisés par moins de 1 % des bénéficiaires des régimes publics d'assurance-médicaments et représentent 27,6 % des coûts des médicaments.

Méthode : Le modèle des inducteurs de coût, qui est un modèle déjà établi, a permis d'isoler les principaux facteurs qui contribuent à la variation du coût des médicaments et des frais d'exécution d'ordonnance.

L'analyse porte sur les régimes publics d'assurance-médicaments canadiens qui participent à l'initiative du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) : la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador, et le régime d'assurance-médicaments des services de santé non assurés de Santé Canada.

Source de données : La base de données du SNIUMP, gérée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), constitue la principale source de données du présent rapport.

- Certains facteurs, tels que les effets « démographie » et « volume », ont une incidence annuelle assez stable et prévisible, contribuant ensemble d'environ 4 % à la croissance des dépenses au cours d'une année donnée.
- L'incidence de l'utilisation accrue de médicaments plus onéreux (ou l'effet « combinaison de médicaments ») a généralement l'effet de poussée le plus prononcé sur le coût des médicaments dans les régimes publics, de l'ordre de 4 % à 5 %, comme on a pu le constater entre 2012-2013 et 2014-2015.
- En 2015-2016, l'effet « combinaison de médicaments » a exercé une forte pression à la hausse sur le coût des médicaments (12,1 %) en raison de l'utilisation des nouveaux médicaments novateurs antiviraux à action directe (AAD) contre l'hépatite C (8,0 %), ainsi que d'autres médicaments plus onéreux (4,1 %).
- Le contrepois exercé par les effets « substitution par un médicament générique » et « variation de prix » a faibli de 4,1 % en 2015-2016, suivant la tendance à la baisse régulière constatée depuis 2012-2013 (-9,2 %), parallèlement à la réduction de l'incidence de la réforme des prix des médicaments génériques et à la perte des brevets.



* Veuillez noter que les résultats de 2012-2013 ne tiennent pas compte des données des régimes publics d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique et de Terre-Neuve-et-Labrador.

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

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

Les frais d'exécution d'ordonnance dans les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP se sont accrus moins rapidement en 2015-2016 que durant les années précédentes, totalisant 2,5 milliards de dollars.

- La croissance des frais d'exécution d'ordonnance de 3,8 % (ou 90,7 millions de dollars) en 2015-2016 représente une baisse par rapport aux taux déclarés pour les années précédentes (p. ex. 7,3 % en 2014-2015).
- La variation du coût moyen d'exécution par ordonnance n'a pratiquement rien changé en 2015-2016 (-0,2 %), alors qu'elle a eu un effet de poussée considérable au cours des années précédentes.
- L'effet « taille d'ordonnance » n'a que très peu contribué à la croissance des frais d'exécution d'ordonnance en 2015-2016, suite aux politiques provinciales adoptées relativement au nombre ou à la durée des ordonnances.
- Les frais d'exécution d'ordonnance pour les médicaments brevetés ont diminué de 5,1 %, mais cette variation a été plus que compensée par la hausse des frais d'exécution d'ordonnance pour les médicaments génériques, laquelle reflète la tendance observée au cours des dernières années relativement à la substitution par des médicaments génériques découlant de la fin de la protection accordée par les brevets dont jouissaient de nombreux médicaments de premier plan.

Table des matières



Sommaire	ii
Introduction.....	3
Méthodes	4
Limites	5
1 Mise à jour des politiques, examen des prix et approbation des médicaments, 2015-2016	6
2 Tendances des dépenses en médicaments d'ordonnance, de 2011-2012 à 2015-2016	10
3 Les inducteurs du coût des médicaments, 2014-2015 et 2015-2016	21
Effet « variation de prix »	25
Effet « substitution par un médicament générique »	27
Effet « combinaison de médicaments »	28
4 Les inducteurs des frais d'exécution d'ordonnance, de 2014-2015 à 2015-2016	34
Références.....	40
Annexe A : Cinquante principaux médicaments brevetés par coût du médicament.....	41
Annexe B : Cinquante principaux médicaments génériques de sources diverses selon le coût du médicament.....	44
Annexe C : Cinquante principaux médicaments non brevetés de source unique selon le coût du médicament.....	47
Annexe D : Cinquante principaux fabricants selon le coût du médicament	50

Introduction



Après plusieurs années de croissance faible ou modérée, les dépenses en médicaments d'ordonnance des régimes publics d'assurance-médicaments ont fait un bond de 9,9 % en 2015-2016. Prenant appui sur les résultats des deux rapports précédents, la présente édition du rapport *CompasRx* explore les pressions qui s'exercent sur les coûts et qui ont contribué à cette importante croissance.

L'augmentation des dépenses en médicaments d'ordonnance est le résultat net de la variation des pressions qui s'exercent sur les coûts en ce qui concerne le prix, la combinaison de médicaments, la démographie et le volume. En 2015-2016, l'utilisation de médicaments plus onéreux a continué d'exercer une pression à la hausse sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments, alors que la pression à la baisse exercée par la réduction du prix et la substitution par un médicament générique s'est affaiblie. Le présent rapport fait une analyse des inducteurs de coût afin d'examiner, puis de quantifier avec précision, l'incidence des divers effets sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP.

L'analyse porte sur les régimes publics d'assurance-médicaments qui participent à l'initiative du SNIUMP, soit l'ensemble des régimes publics provinciaux (sauf celui du Québec), ainsi que le régime d'assurance-médicaments des services de santé non assurés de Santé Canada. Ces régimes sont à l'origine d'environ le tiers des dépenses annuelles totales en médicaments d'ordonnance au Canada.

Les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments canadiens représentent une part importante du budget global des soins de santé. Sur les 29,4 milliards de dollars versés par les Canadiens pour obtenir des médicaments d'ordonnance en 2014, la plus grande partie a été défrayée par les régimes publics d'assurance-médicaments (42,6 %); le reste a été assumé par les régimes privés (35,2 %) et directement par les ménages et les particuliers (22,2 %)¹.

Le rapport est divisé en quatre grandes sections. Les deux premières donnent le contexte de l'analyse des inducteurs de coût, notamment un aperçu des médicaments autorisés par le gouvernement fédéral et les examens du prix réalisés en 2015-2016, le résumé des politiques adoptées ayant une incidence sur les régimes et une revue des dernières tendances des taux de dépense et d'utilisation relatifs aux régimes publics d'assurance-médicaments. Les deux autres sections explorent les inducteurs de coût des deux principaux postes de dépenses en médicaments, soit le coût des médicaments et les frais d'exécution d'ordonnance. Plusieurs annexes, ainsi que les documents de référence¹, contiennent des renseignements supplémentaires détaillés.

Les résultats de cette analyse aideront les intervenants à prévoir et réagir à l'évolution des pressions qui s'exercent sur le coût touchant les régimes publics d'assurance-médicaments du Canada.

I Les documents de référence du SNIUMP donnent de plus amples renseignements sur des sujets comme les politiques et structures des régimes d'assurance-médicaments, les méthodes d'analyse et la terminologie, afin d'appuyer le contenu analytique des rapports sur le SNIUMP du CEPMB. Les liens menant aux documents de référence se trouvent à la page Études analytiques du SNIUMP du site Web du CEPMB.



Méthodes

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

Les données sur les initiatives des régimes publics d'assurance-médicaments et les mises à jour de politiques proviennent de sources publiques, notamment le *Document d'information sur les régimes du SNIUMP*² de l'ICIS et le *Provincial Reimbursement Advisor*³ d'IMS Broganà.

Les résultats de l'analyse portent sur les régimes publics d'assurance-médicaments participant au SNIUMP, soit ceux de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador, ainsi que sur le régime d'assurance-médicaments des services de santé non assurés de Santé Canada (SSNA). Les totaux indiqués incluent provenant de tous les régimes du SNIUMP inclus dans l'analyse.

L'analyse porte sur les variations des dépenses en médicaments d'ordonnance entre 2014-2015 et 2015-2016, ainsi que sur les dernières tendances en matière de dépenses et d'utilisation, en tenant surtout compte des données liées aux exercices 2011-2012 à 2015-2016. Le coût des médicaments, les frais d'exécution d'ordonnance et les marges

bénéficiaires dont fait état le présent rapport constituent les montants que les régimes publics du SNIUMP acceptent de rembourser. Pour de plus amples renseignements, voir le *Glossaire* qui se trouve dans la section « Documents de référence » de la page Études analytiques du SNIUMP sur le site Web du CEPMB.

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

L'analyse des inducteurs du coût des médicaments et des frais d'exécution d'ordonnance suit la démarche méthodologique décrite dans le rapport du CEPMB intitulé *Les facteurs de coût associés aux dépenses en médicaments prescrits – un rapport méthodologique*⁴.

Les analyses de la taille moyenne des ordonnances ainsi que de l'établissement du prix des médicaments se limitent aux formulations solides administrées par voie orale de façon à éviter les incohérences au niveau de la déclaration des données qui peuvent exister sur le plan de l'approvisionnement quotidien et du nombre d'unités des autres formulations.



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

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

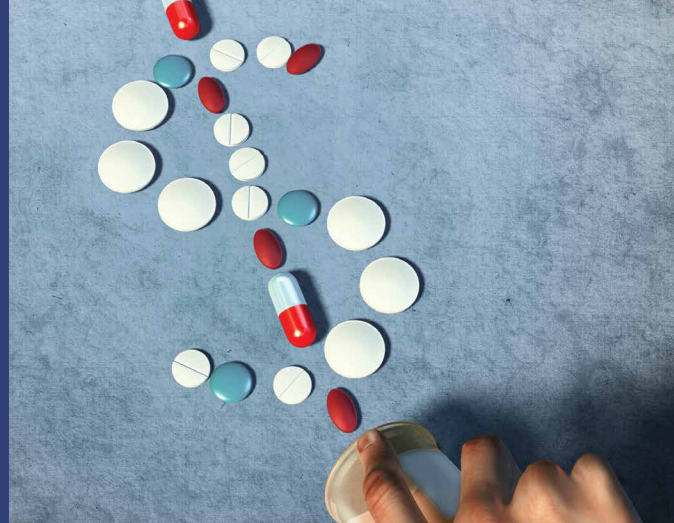
Les totaux relatifs aux régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP sont très asymétriques dans le cas de l'Ontario à cause de la taille de la province.

Cette édition du rapport *CompasRx* présente des données couvrant jusqu'à l'exercice 2015-2016 inclusivement. Les événements qui se sont produits dans l'environnement canadien depuis ce temps ne sont pas saisis dans le présent rapport.

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

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

1. Mise à jour des politiques, examen des prix et approbation des médicaments, 2015-2016



Au Canada, les régimes publics d'assurance-médicaments remboursent les bénéficiaires admissibles conformément à la structure de leur propre régime, puis mettent en place des politiques relatives au remboursement du coût des médicaments et des frais d'exécution d'ordonnance. Santé Canada, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) voient à l'approbation des médicaments, à l'examen des prix et à l'évaluation des technologies de la santé, respectivement. La présente section donne un aperçu des progrès accomplis par les gouvernements fédéral et provinciaux en 2015-2016.

Remboursement des régimes publics d'assurance-médicaments

Prix des médicaments

Par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP), les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral travaillent de concert à donner une plus grande valeur aux médicaments génériques et aux médicaments de marque au profit des régimes d'assurance-médicaments financés par les fonds publics. Voici les activités menées récemment par l'APP :

- **Médicaments génériques** : L'APP a entrepris la dernière étape d'une initiative visant à réduire le prix des médicaments génériques couramment utilisés de 18 % par rapport à leur produit de marque de référence. Ainsi, le 1^{er} avril 2015, quatre médicaments^{II} ont été ajoutés à la liste,

qui compte maintenant 14 médicaments. La dernière étape de l'initiative a pris fin le 1^{er} avril 2016, avec la réduction du prix de quatre autres médicaments^{III}, ce qui porte le nombre total à 18 médicaments. En outre, une période de transition d'un an a été instaurée le 1^{er} avril 2017, au cours de laquelle le prix de 6^{IV} des 18 molécules a été réduit davantage, passant de 18 % à 15 % du prix de marque de référence.

- **Médicaments de marque** : En date du 31 janvier 2017, 133 négociations conjointes ou ententes d'inscription de produits (EIP) concernant des médicaments de marque ont été conclues par l'APP, et des négociations sont en cours pour 38 autres médicaments^V.
- **Médicaments biosimilaires** : Avec l'apparition des médicaments biosimilaires, l'APP travaille à l'établissement d'un cadre stratégique concernant ces produits. Le 1^{er} avril 2016, elle a publié un ensemble de *principes fondamentaux* afin d'orienter les négociations et de préciser les attentes^{VI}.

Outre les initiatives de l'APP, le 1^{er} avril 2015, la Saskatchewan a également réduit le prix des médicaments génériques de 25 % par rapport au prix du médicament de marque équivalent.

Un aperçu des initiatives d'établissement du prix des médicaments génériques mises en place depuis l'adoption de politiques en la matière en 2010 se trouve dans la section « Documents de référence » de la page Études analytiques du SNIUMP sur le site Web du CEPMB.

II Clopidogrel, gabapentin, metformine et olanzapine.

III Clorhydrate de donepezil, ézétimibe, quétiapine et zopiclone.

IV Atorvastatine, amlodipine, simvastatine, pantoprazole, ramipril et clopidogrel.

V Le coût des médicaments saisi dans la base de données du SNIUMP ne tient pas compte des prix des ententes d'inscription de produits.

VI *Produits biologiques ultérieurs – Principes fondamentaux* – Disponible à l'adresse : http://www.pmprovincesterritoires.ca/phocadownload/pcpa/2016/fr-seb_first_principles_20160401_2.pdf

Frais d'exécution d'ordonnance

Entre 2013-2014 et 2015-2016, la plupart des régimes ont imposé de légères hausses à leur plafond de remboursement des frais d'exécution d'ordonnance, qui vont de 0,15 \$ à environ 0,90 \$ par ordonnance. Voici quelques autres changements dignes de mention :

- L'Alberta a gelé les frais d'exécution d'ordonnance à 12,30 \$ jusqu'au 1^{er} avril 2017;
- L'Île-du-Prince-Édouard a augmenté les frais per capita pour des soins infirmiers privés, qui sont passés de 73,55 \$ à 75,02 \$;
- L'Ontario a réduit de 1,26 \$ les frais d'exécution d'ordonnance pour les résidents des établissements de soins de longue durée et a invité les pharmaciens à délivrer des ordonnances de 100 jours d'approvisionnement pour les médicaments à usage chronique.

Structure du régime

Deux provinces ont apporté des modifications importantes à la structure de leur régime d'assurance-médicaments en 2015-2016 :

- En octobre 2015, l'Île-du-Prince-Édouard a lancé un nouveau programme de médicaments génériques pour les résidents de moins de 65 ans sans assurance privée, limitant ainsi à un maximum

de 19,95 \$ le prix qu'ils doivent déboursier pour obtenir des médicaments génériques d'ordonnance admissibles.

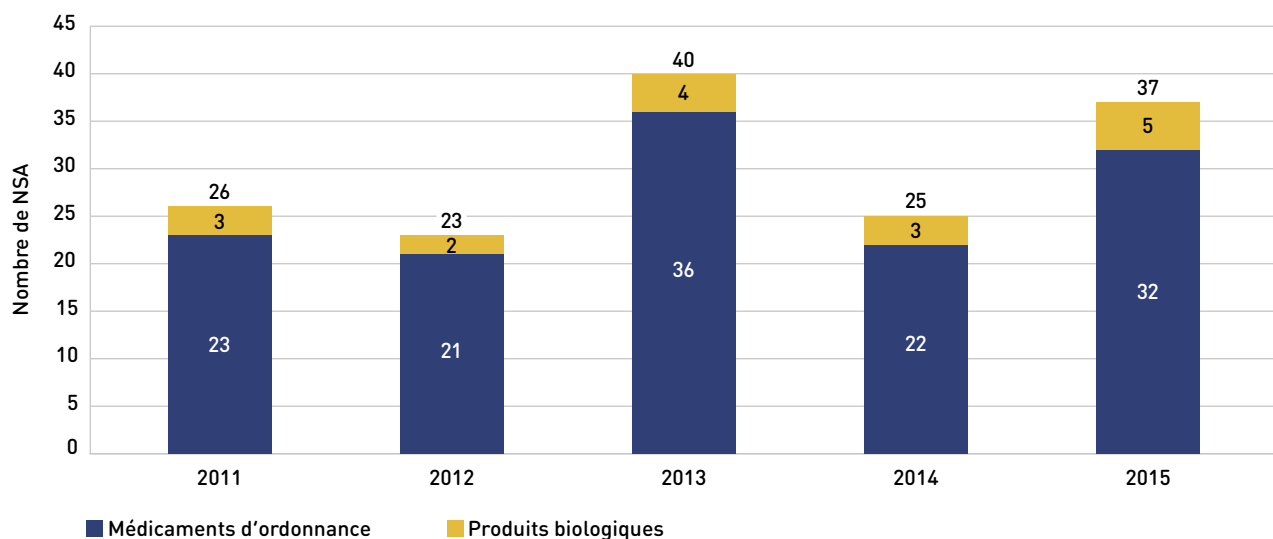
- L'Ontario a apporté des modifications pour encourager l'utilisation de médicaments génériques moins onéreux. Depuis octobre 2015, les patients sont tenus d'essayer au moins deux médicaments génériques – et d'en noter les effets indésirables – avant d'obtenir le remboursement d'un produit de marque par le régime public.

Santé Canada

Santé Canada accorde l'autorisation de commercialiser un médicament au Canada lorsqu'il a satisfait aux exigences réglementaires portant sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité. Le ministère délivre alors un avis de conformité (AC). La figure 1.1 rend compte du nombre de nouvelles substances actives (NSA) uniques approuvées par année civile entre 2011 et 2015⁵.

En 2015, Santé Canada a délivré un AC pour 37 NSA : 5 produits biologiques et 32 médicaments d'ordonnance. En guise de comparaison, 40 NSA ont été approuvées en 2013, alors qu'elles ont été moins nombreuses à l'être les autres années : 26 en 2011, 23 en 2012 et 25 en 2014.

Figure 1.1 Nombre de nouvelles substances actives (NSA) approuvées par Santé Canada, de 2011 à 2015



Source de données : Base de données sur les avis de conformité, Santé Canada.

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

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

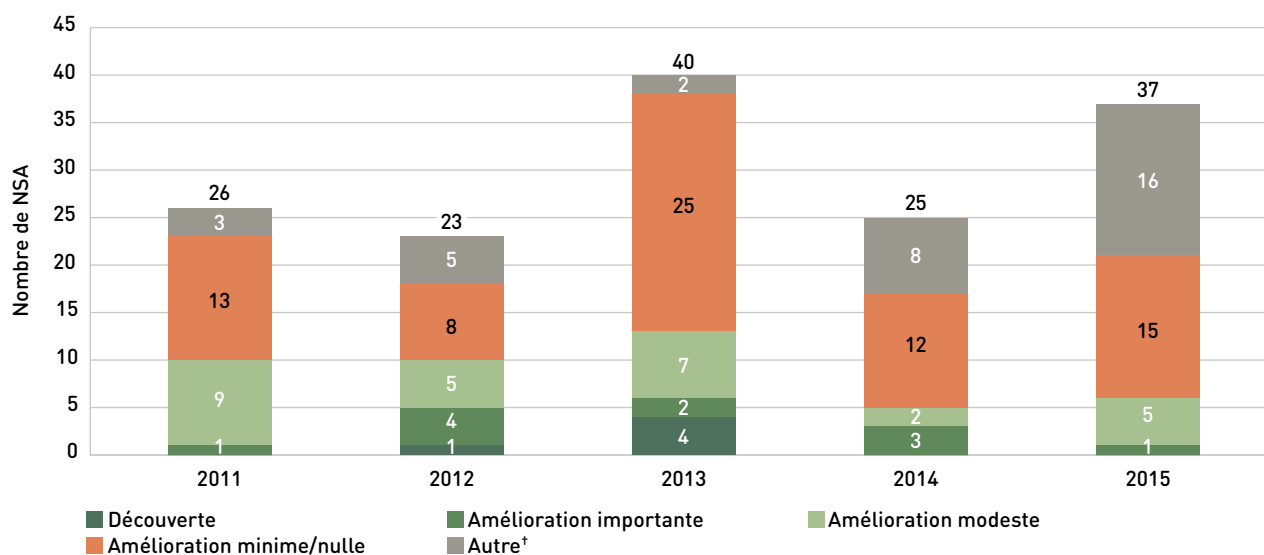
La figure 1.2 illustre la répartition des 151 NSA approuvées par Santé Canada entre 2011 et 2015, selon le niveau d'amélioration thérapeutique. Dans le cadre du processus de révision des prix, le CEPMB a fait l'examen scientifique de 117 de ces substances et déterminé que 62,4 % d'entre elles ne démontraient qu'une très légère, voire aucune amélioration par rapport aux thérapies existantes, alors que 23,9 % relevaient des améliorations modestes.

Au cours de cette période de cinq ans, seules 16 des 117 NSA examinées par le CEPMB ont été classifiées

dans la catégorie des améliorations importantes ou celle des découvertes. Cinq de ces médicaments ont eu une incidence notable sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments en 2015-2016, notamment le Sovaldi (sofosbuvir) contre l'hépatite C, l'Esbriet (pirfénidone) pour la fibrose pulmonaire et le Kalydeco (ivacaftor) pour la fibrose kystique, ainsi que deux médicaments contre le cancer par voie orale : Imbruvica (ibrutinib) utilisé dans le traitement des lymphomes et Pomalyst (pomalidomide) contre les myélomes multiples. Ces cinq médicaments ont tous été classés dans la catégorie des améliorations importantes.

Le CEPMB fait également rapport des tendances pharmaceutiques pour tous les produits médicinaux, ainsi que toutes les dépenses en recherche et en développement des titulaires de brevets. Le CEPMB consulte les Canadiens sur le besoin de refondre son *Compendium des politiques, des Lignes directrices et des procédures*. La première phase de ce processus a été lancée en juin 2016 avec la publication d'un document de discussion qui présente un cadre pour ces consultations⁶.

Figure 1.2 Nouvelles substances actives (NSA) examinées par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, selon le niveau d'amélioration thérapeutique, de 2011 à 2015*



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

* L'année de déclaration renvoie à l'année au cours de laquelle l'avis de conformité a été délivré (figure 1.1), et non à l'année au cours de laquelle le CEPMB a effectué son examen des prix.

† Nouvelles substances actives qui n'ont pas été déclarées au CEPMB à temps pour le *Rapport annuel de 2015*.

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

Le CEPMB compare le prix des médicaments brevetés canadiens au prix médian d'un panier de sept pays de comparaison (CEPMB7) : France, Italie, Allemagne, Suède, Suisse, Royaume-Uni et États-Unis. En 2015, les prix canadiens étaient résolument supérieurs aux prix du Royaume-Uni, de la France, de l'Italie et de la Suède, à égalité avec ceux de la Suisse et inférieurs à ceux de l'Allemagne. Le prix des médicaments aux États-Unis était 2,7 fois plus élevé qu'au Canada⁷.

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

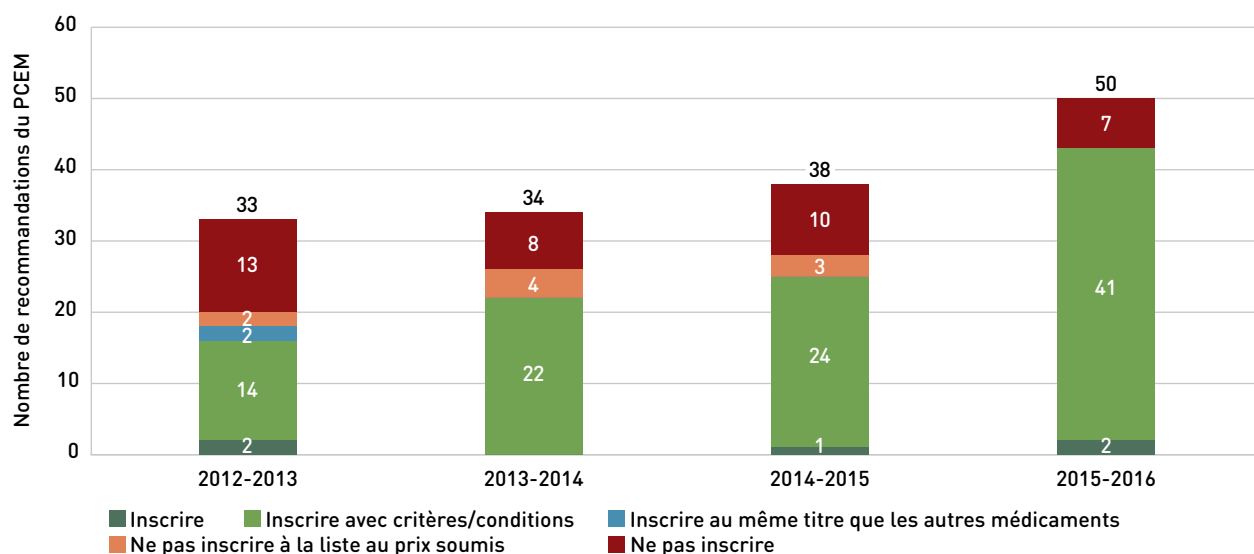
Le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) de l'ACMTS évalue les éléments de preuve cliniques, économiques et relatifs aux patients qui ont trait aux médicaments commercialisés au Canada et utilise cette information pour recommander des paiements et donner des

conseils aux régimes d'assurance-médicaments publics du Canada (sauf celui du Québec). Les provinces prennent ces recommandations en délibéré lorsqu'elles déterminent les médicaments à inscrire à leur formulaire et dans le cadre des négociations de prix.

La figure 1.3 résume les recommandations du PCEM pour les exercices 2012-2013 à 2015-2016⁸. Le nombre total des recommandations du PCEM est passé de 33 en 2012-2013 à 50 en 2015-2016. En 2012-2013, il y a eu presque autant de recommandations « *inscrire avec critères/conditions* » que « *ne pas inscrire* »; en 2015-2016, cette proportion a cependant changé : 41 des recommandations étaient d'« *inscrire avec critères/conditions* » et sept, de « *ne pas inscrire* ».

À compter du 1^{er} avril 2016, l'ACMTS n'accepte plus les prix soumis de façon confidentielle, car les prix soumis seraient indiqués dans les recommandations et les rapports.

Figure 1.3 Recommandations relatives à l'inscription du Programme commun d'évaluation des médicaments, de 2012-2013 à 2015-2016



Remarque : Certains médicaments peuvent faire l'objet de plusieurs recommandations, selon les diverses indications pour lesquelles ils sont examinés. Pour les besoins de la présente analyse, les catégories « *inscrire avec critères/conditions* » et « *inscrire avec critères/conditions cliniques* » ont été combinées.

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

2. Tendances des dépenses en médicaments d'ordonnance, de 2011-2012 à 2015-2016



Après plusieurs années de variation faible ou modérée des dépenses en médicaments d'ordonnance, le taux de variation annuel des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP a connu une forte croissance (9,9 %) en 2015-2016. Les régimes publics ont ainsi versé en tout 11,3 milliards de dollars pour rembourser 285,1 millions d'ordonnances délivrées à plus de 9 millions de bénéficiaires actifs. Cette croissance est avant tout attribuable à une hausse drastique du coût des médicaments (12,0 %), alors que les frais

d'ordonnance ont connu une augmentation plus modérée (3,8 %). Quant aux marges bénéficiaires déclarées, elles ont augmenté de 7,1 %. Même si l'arrivée de nouveaux traitements contre l'hépatite C a grandement contribué à la croissance du coût des médicaments, d'autres médicaments onéreux ont également exercé une forte pression à la hausse : l'utilisation de médicaments dont le coût annuel par bénéficiaire dépasse 10 000 \$ a augmenté de 60,5 % en 2015-2016.

Les dépenses déclarées dans cette section représentent la somme totale que les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont accepté de rembourser et englobent les trois composantes suivantes : coût des médicaments, frais d'ordonnance et marges bénéficiaires. Ces dépenses tiennent compte à la fois des portions des frais d'ordonnance payés par le régime et par les bénéficiaires, comme les quotes-parts et les franchises.

L'importante variation des niveaux de dépenses et d'utilisation entre les divers régimes publics du SNIUMP s'explique par les différences dans la structure et les politiques des régimes, ainsi que par les profils démographique et sanitaire des populations bénéficiaires. Ces facteurs viennent limiter la comparabilité des résultats d'un régime à l'autre. Les documents de référence contenant des renseignements supplémentaires sur la structure de chaque régime public d'assurance-médicaments et les politiques régissant les marges bénéficiaires et les frais d'ordonnance, ainsi qu'un glossaire des termes sont disponibles à la page des Études analytiques de SNIUMP sur le site Web du CEPMB.

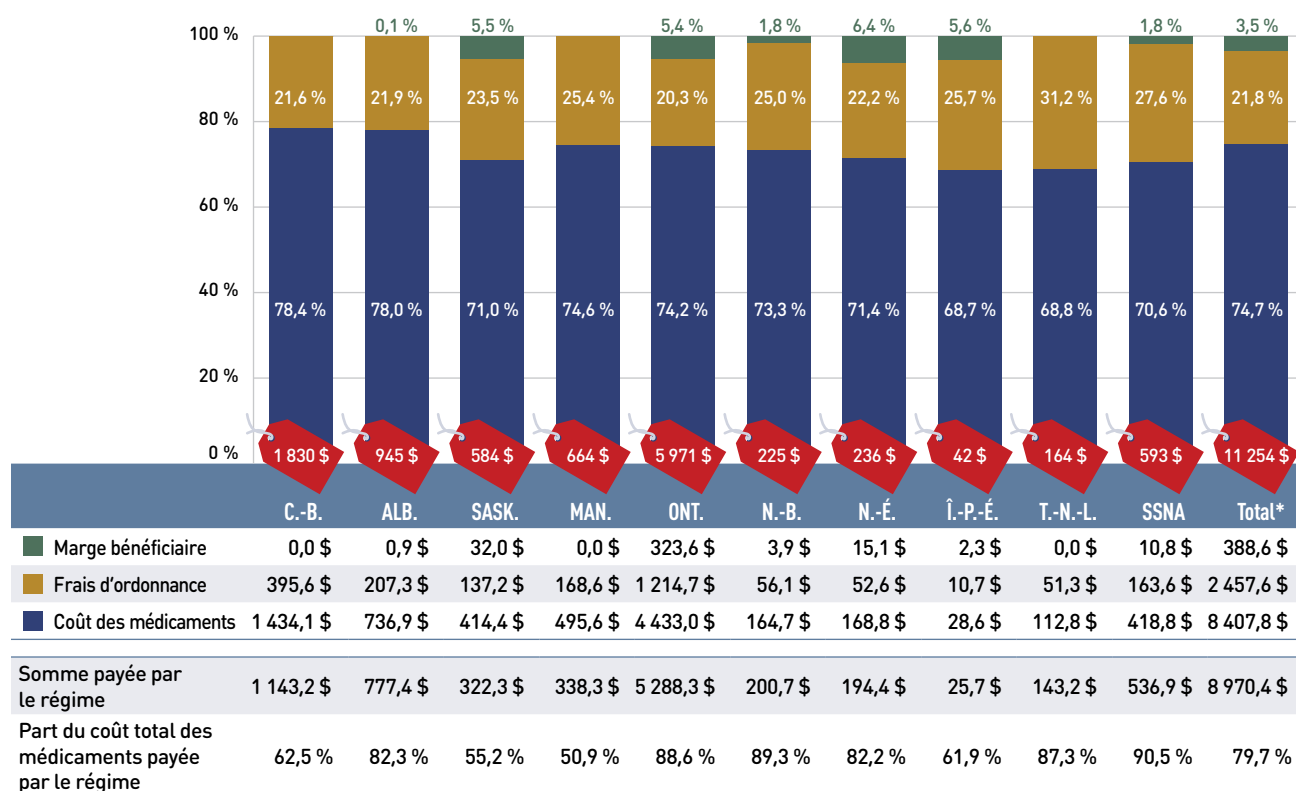
Un certain nombre de facteurs influencent la variation des dépenses en médicaments d'ordonnance d'une année à l'autre, entre autres l'utilisation de médicaments plus onéreux, la hausse du volume de médicaments utilisés, la variation de la taille d'ordonnance et des frais d'ordonnance, l'utilisation accrue de médicaments génériques, ainsi que la mise en place de politiques sur l'établissement du prix des médicaments génériques. L'incidence des divers effets sur le coût des médicaments et les frais d'ordonnance est présentée en détail aux sections 3 et 4, surtout les taux de variation entre 2014-2015 et 2015-2016.

Dépenses en médicaments d'ordonnance = **Coût des médicaments (74,7 %)** + **Frais d'exécution d'ordonnance (21,8 %)** + **Marges bénéficiaires (3,5 %)**

En 2015-2016, les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont versé au total 11,3 milliards de dollars pour des médicaments d'ordonnance. Comme dans les années antérieures, le coût des médicaments représente environ les trois quarts de la somme totale (74,7 %), suivi des frais

d'ordonnance (21,8 %) et des marges bénéficiaires (3,5 %) (voir la figure 2.1). Les régimes publics ont défrayé 79,7 % des dépenses totales, alors que les bénéficiaires ont payé le reste soit directement, soit par l'intermédiaire d'un assureur privé tiers.

Figure 2.1 Dépenses en médicaments d'ordonnance dans les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2015-2016 (en millions de dollars, part en %)



Remarque : Des frais accessoires de gros peuvent faire partie du coût du médicament ou de l'élément représenté par la marge bénéficiaire, selon les politiques de remboursement propres à chacun des régimes d'assurance-médicaments. Pour de plus amples renseignements sur les régimes, voir la section « Documents de référence » de la page Études analytiques du SNIUMP sur le site Web du CEPMB. Ce fait limite les possibilités de comparaison des tailles relatives de ces deux éléments des divers régimes. Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies.

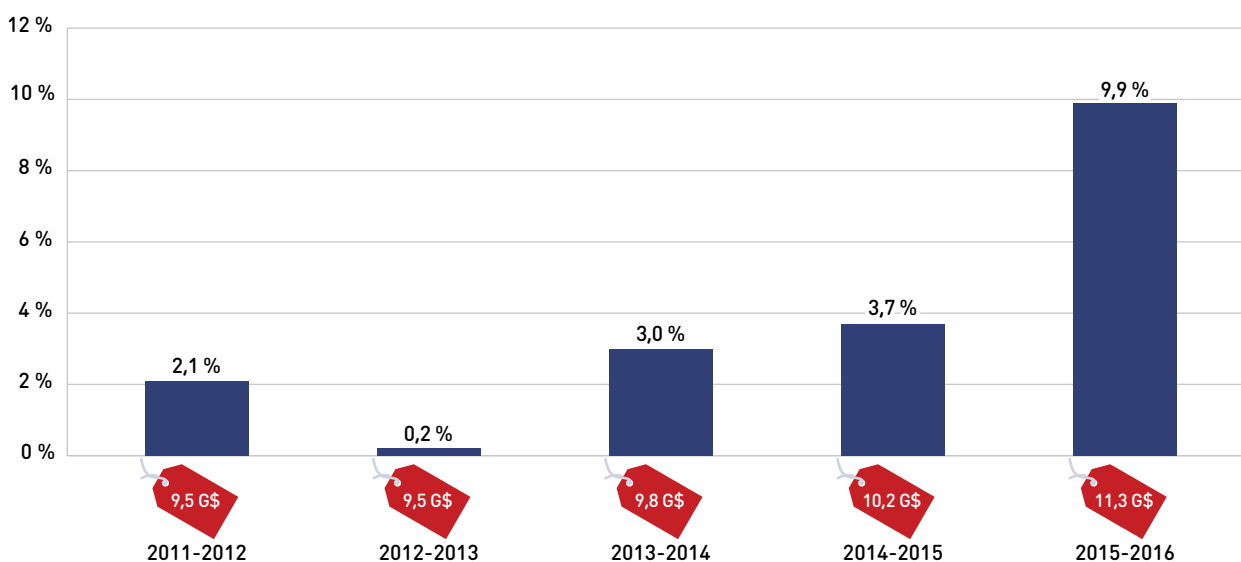
* Résultats totaux pour les régimes publics d'assurance-médicaments rapportés dans cette figure.

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

Entre 2014-2015 et 2015-2016, les dépenses totales en médicaments d'ordonnance des régimes publics d'assurance-médicaments du Canada ont fait un bond de 1 milliard de dollars. Cette hausse de 9,9 % était sans précédent par rapport aux années précédentes, au cours desquelles les taux de croissance allaient de 0,2 % à 3,7 % (voir la figure 2.2).

La croissance annuelle des dépenses en médicaments d'ordonnance dépend de l'augmentation du nombre de bénéficiaires actifs et du coût de leur traitement. Bien que la population générale des bénéficiaires des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP s'est accrue de 2,0 % en 2015-2016, soit un taux comparable aux années précédentes, le coût moyen d'une ordonnance tant pour les bénéficiaires âgés que pour les bénéficiaires non-âgés a considérablement augmenté.

Figure 2.2 Taux de variation annuel des dépenses en médicaments d'ordonnance, régimes publics du SNIUMP*, de 2011-2012 à 2015-2016



Remarque : Les niveaux de dépense en médicaments d'ordonnance pour 2011-2012 et 2012-2013 ne correspondent pas à ceux présentés dans la 1^{re} édition du *CompasRx* puisque les données de la Colombie-Britannique et de Terre-Neuve-et-Labrador n'étaient pas disponibles à l'époque.

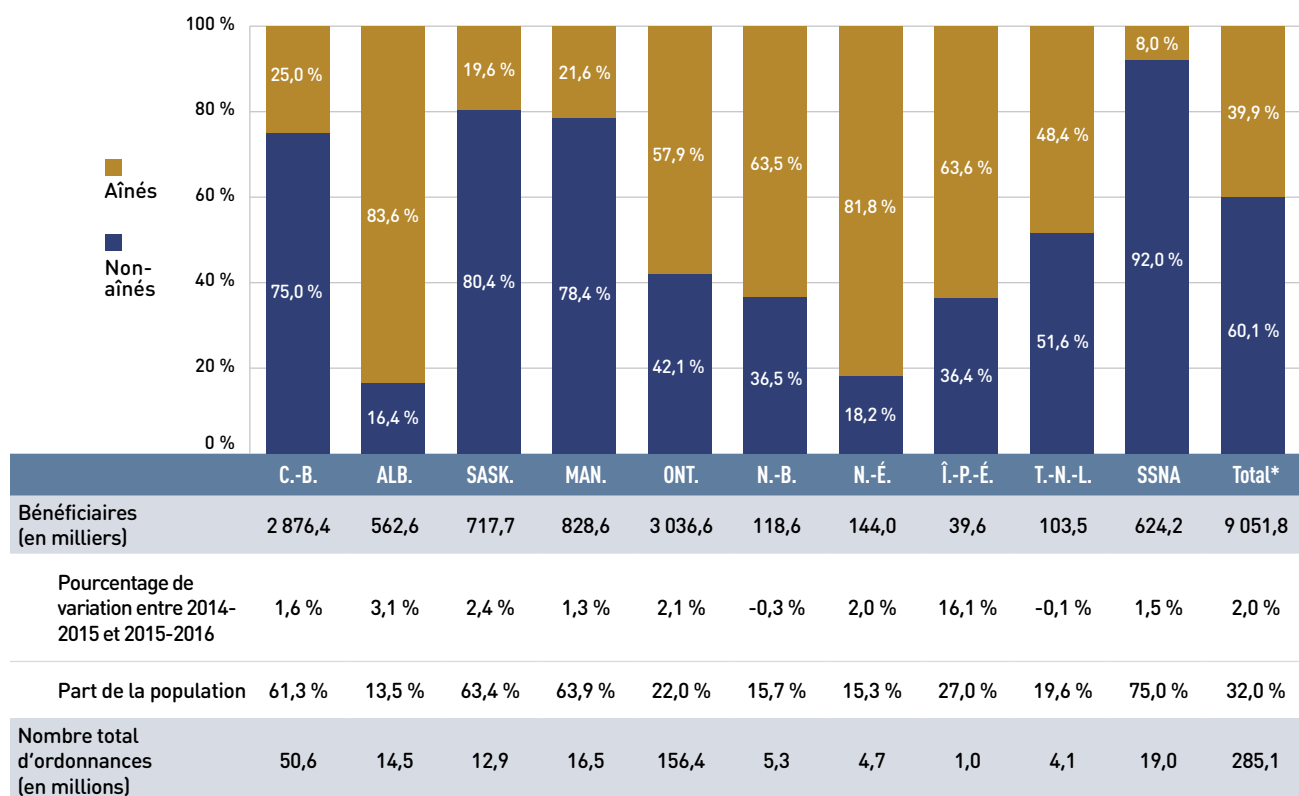
* Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et le Programme des services de santé non assurés.

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

En 2015-2016, plus de 9 millions de bénéficiaires actifs ont rempli quelque 285 millions d'ordonnances que les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont accepté de soumettre à la franchise ou de payer (en tout ou en partie). Les bénéficiaires non âgés forment la majorité (60 %) de la population générale des bénéficiaires actifs, même si la répartition entre bénéficiaires âgés et non âgés est assez différente d'une administration à l'autre en raison de la structure du régime et de ses critères d'admissibilité (voir la figure 2.3).

Même si la légère augmentation de 2,0 % de la population des bénéficiaires survenue en 2015-2016 a contribué à la croissance générale de 9,9 % des dépenses en médicaments d'ordonnance, la hausse du coût de traitement par bénéficiaire y a joué un rôle bien plus important.

Figure 2.3 Utilisation des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, bénéficiaires actifs âgés et non-âgés, 2015-2016



Remarque : Puisque l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard ne présentent pas au SNIUMP des données sur tous leurs sous-régimes, il se peut que la part constituée des bénéficiaires non-âgée soit sous-représentée.

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

Source de données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada, Tableau 051-0001 du CANSIM; *Rapport annuel du Programme des services de santé non assurés*, 2014-2015.

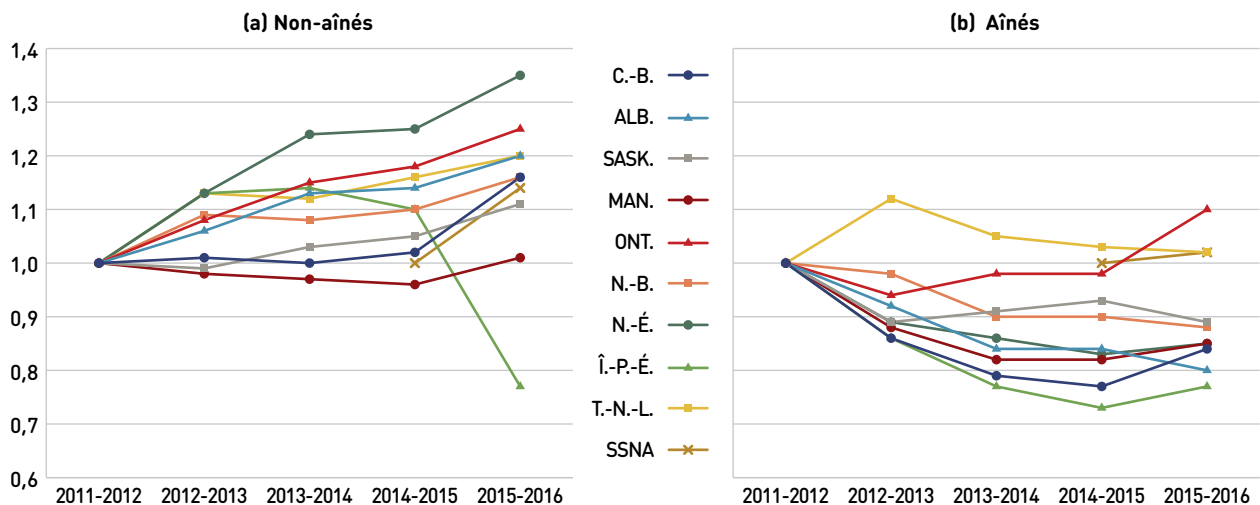
La figure 2.4 fait état des tendances liées au coût annuel moyen des ordonnances par bénéficiaire actif pour les personnes a) non-aînées et b) aînées entre 2011-2012 et 2015-2016. Les résultats sont exprimés en indice, en fonction d'un coût annuel moyen équivalant à la valeur de base 1 pour chaque régime et chaque groupe de patients en 2011-2012.

Le coût annuel moyen des ordonnances par bénéficiaire non-aîné a poursuivi son ascension en 2015-2016, mais de façon plus prononcée que les années précédentes. Cela dit, les résultats pour les aînés indiquent un revirement de tendance : après des années de déclin, le coût annuel moyen des ordonnances par bénéficiaire a fait un bond dans plusieurs régimes en 2015-2016. Cette tendance coïncide avec la mise en place de politiques d'établissement de prix des médicaments génériques, ainsi qu'avec le lancement de la version générique de certains grands médicaments ayant récemment perdu leur protection par brevet. L'augmentation du coût annuel des ordonnances par personne âgée survenue

en 2015-2016 est attribuable aux coûts accrus dans certains domaines thérapeutiques comme les médicaments ophtalmologiques, les médicaments contre le diabète, les immunosuppresseurs, les agents antithrombotiques et les antiviraux.

En analysant de plus près le coût annuel des ordonnances par bénéficiaire aîné, on constate des variations entre les régimes en ce qui concerne le taux de remboursement et les principaux domaines thérapeutiques (figure 2.5). Bien que les résultats soient présentés selon la moyenne par bénéficiaire, ils tiennent compte de l'utilisation thérapeutique de toute la population des aînés. Le coût annuel des ordonnances le plus élevé pour cette population se trouve dans les régimes publics des SSNA (2 342 \$) et de l'Ontario (2 163 \$), en raison des dépenses relativement élevées en médicaments contre le diabète et en médicaments ophtalmologiques, respectivement. Les régimes publics de la Colombie-Britannique et de l'Île-du-Prince-Édouard jouissent du plus faible coût par bénéficiaire (908 \$ et 1 015 \$, respectivement).

Figure 2.4 Indice du coût annuel moyen des ordonnances par bénéficiaire actif, non-aînés et aînés, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2011-2012 à 2015-2016



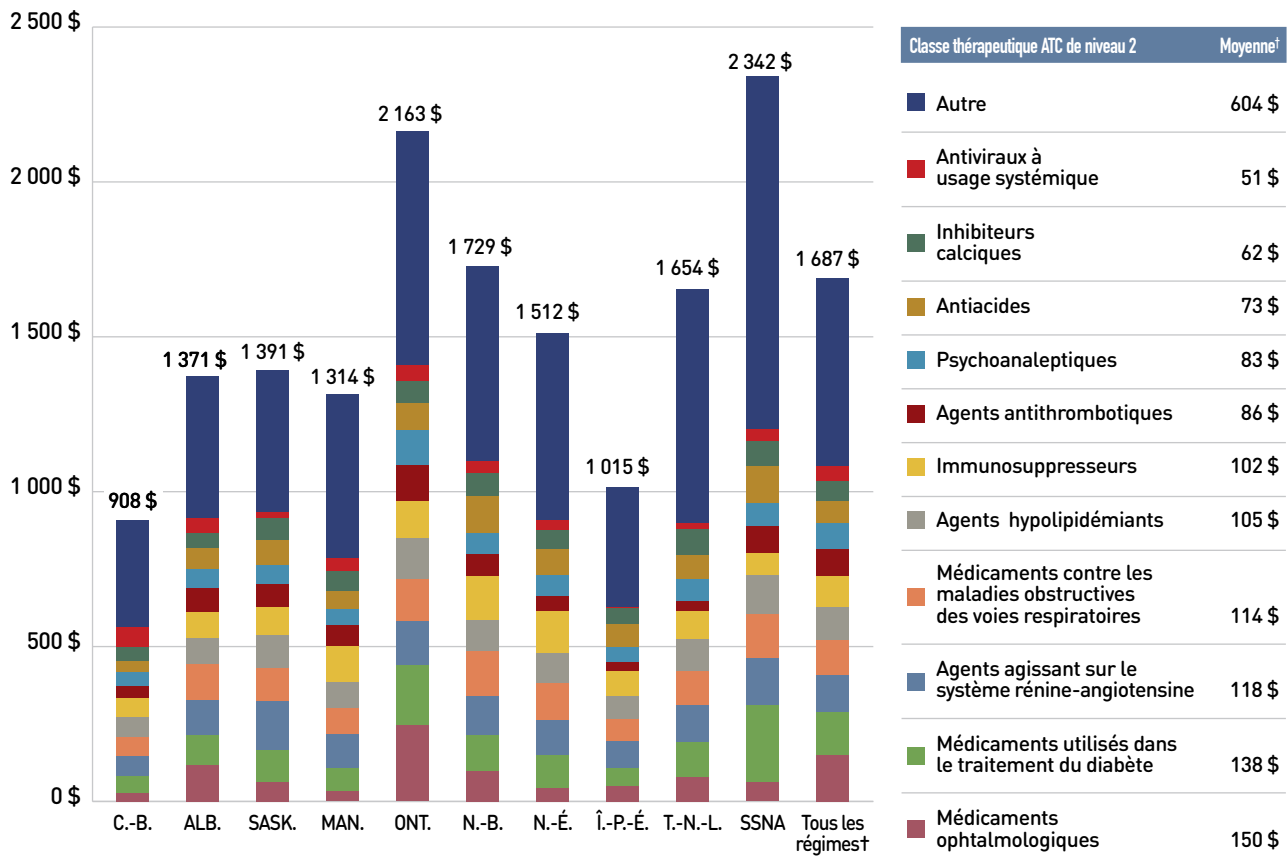
Remarque : En 2015, l'Île-du-Prince-Édouard a mis en place un nouveau programme de médicaments génériques pour les résidents de moins de 65 ans sans assurance privée, lequel vient limiter le prix qu'ils ont à déboursier pour obtenir des médicaments génériques d'ordonnance admissibles. Ce programme a permis une forte baisse du coût annuel des ordonnances par bénéficiaire en 2015-2016.

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

Le coût annuel moyen des ordonnances par bénéficiaire aîné dans tous les régimes était de 1 687 \$ en 2015-2016; une somme moyenne de 150 \$ et de 138 \$ est dépensée en médicaments ophtalmologiques et en médicaments contre le diabète, respectivement.

Compte tenu de la variabilité de la couverture des personnes non-aînées offerte par les divers régimes publics, le coût annuel moyen des ordonnances pour ce groupe de bénéficiaires ne permet qu'une comparaison limitée entre les administrations.

Figure 2.5 Coût annuel moyen des ordonnances par bénéficiaire actif aîné, selon les principales classes thérapeutiques ATC* de classe 2, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2015-2016



Remarque : La comparabilité des résultats entre régimes est limitée puisque, dans certaines administrations, il arrive que des médicaments soient obtenus dans le cadre de programmes spécialisés dont les données ne sont pas entrées dans la base de données du SNIUMP. Les résultats concernant les groupes d'aînés sont normalisés selon l'âge entre les régimes.

* Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) maintenu par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour la méthodologie sur l'établissement des statistiques concernant les produits médicamenteux.

† Résultats moyens pour les régimes publics d'assurance-médicaments rapportés dans cette figure.

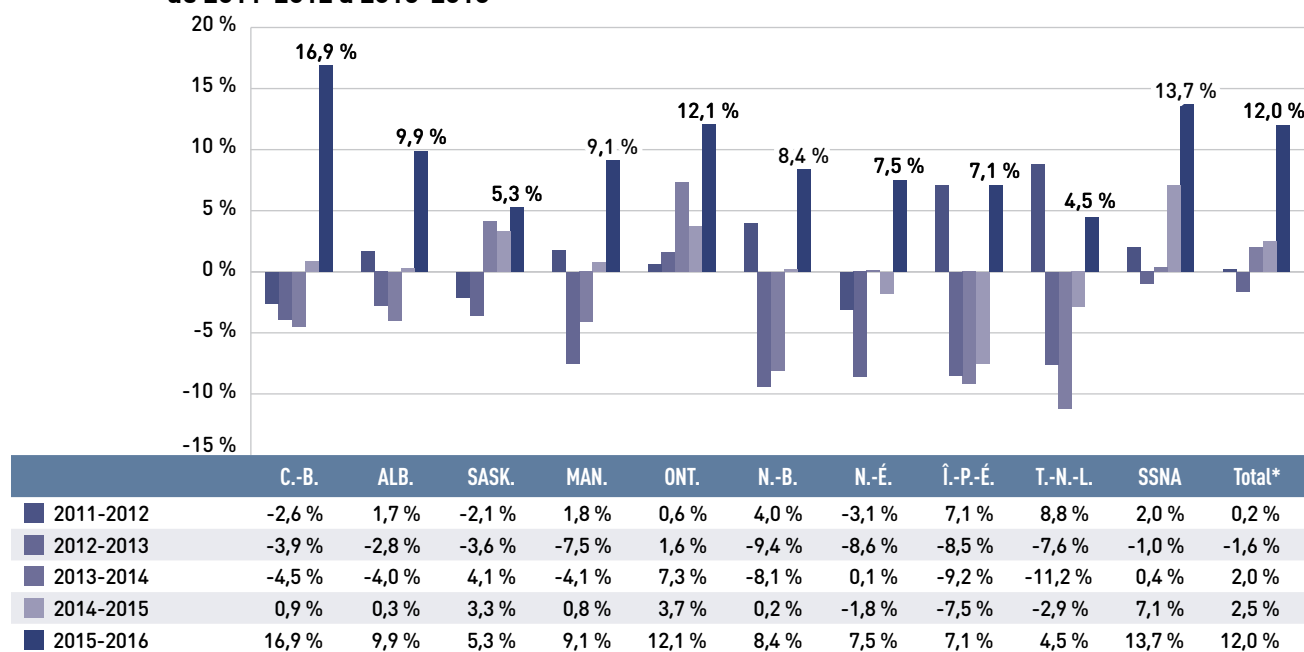
Source de données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

$$\text{Dépenses en médicaments d'ordonnance} = \text{Coût des médicaments (74,7 \%)} + \text{Frais d'exécution d'ordonnance (21,8 \%)} + \text{Marges bénéficiaires (3,5 \%)}$$

Le coût des médicaments représente la plus grande part des dépenses en médicaments d'ordonnance et il est le facteur qui influence le plus ces tendances. La croissance de ce coût a fait un bond de 12,0 % en 2015-2016, après un taux pratiquement inchangé en 2011-2012 (0,2 %), un taux de variation négatif en 2012-2013 (-1,6 %) et une croissance stable et modérée au cours des deux années suivantes (2,0 % et 2,5 %).

La figure 2.6 examine le taux de variation annuel du coût des médicaments pour chacun des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP entre 2011-2012 et 2015-2016. Même si le taux de variation en 2015-2016 n'était pas le même pour tous les régimes d'assurance-médicaments (de 4,5 % à 16,9 %), tous les régimes ont affiché un solide taux de croissance positif qui était, pour plusieurs d'entre eux, le plus haut taux observé en cinq ans.

Figure 2.6 Taux de variation annuel du coût des médicaments, régimes publics du SNIUMP, de 2011-2012 à 2015-2016



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

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

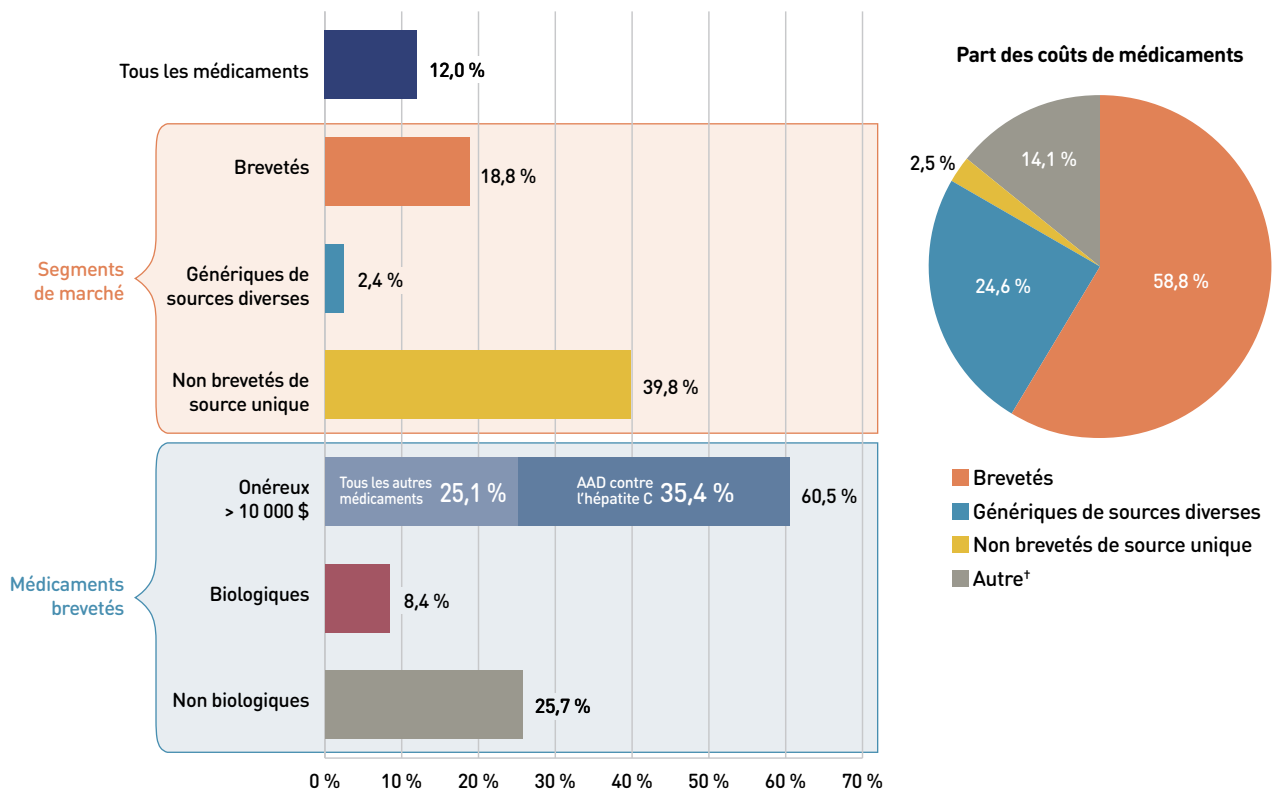
La figure 2.7 présente en détail le taux de variation annuel du coût des médicaments en 2015-2016 selon le segment de marché (diagramme à barres) et la part du marché correspondante (diagramme circulaire).

Les médicaments brevetés représentent le plus gros segment du marché avec 58,8 % du coût des médicaments. Avec une croissance considérable de 18,8 % en 2015-2016, ce sont eux qui ont le plus contribué à l'augmentation globale de 12,0 % du coût des médicaments. En particulier, les médicaments brevetés onéreux, c'est-à-dire dont le coût annuel moyen par bénéficiaire est supérieur à 10 000 \$, représentent le sous-segment dont la croissance a été la plus rapide, soit un taux de 60,5 %. Plus de

la moitié de cette croissance (35,4 %) est attribuable aux tout nouveaux médicaments AAD utilisés pour traiter l'hépatite C.

Les médicaments non brevetés de source unique ont également connu un taux de croissance remarquable de 39,8 %, mais leur incidence sur la croissance globale du coût des médicaments a été minime en raison de leur petite part de marché (2,5 % du coût des médicaments). Le taux de croissance des médicaments génériques de sources diverses, qui représentent le quart du coût des médicaments, a été plus modeste (2,4 %) en 2015-2016, ce qui a atténué la croissance globale du coût des médicaments.

Figure 2.7 Taux de variation annuel du coût des médicaments, selon le segment de marché, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, de 2014-2015 à 2015-2016



Remarque : Les médicaments onéreux, dont le coût annuel moyen d'un traitement est supérieur à 10 000 \$, comprennent à la fois les médicaments biologiques et non biologiques.

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

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

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

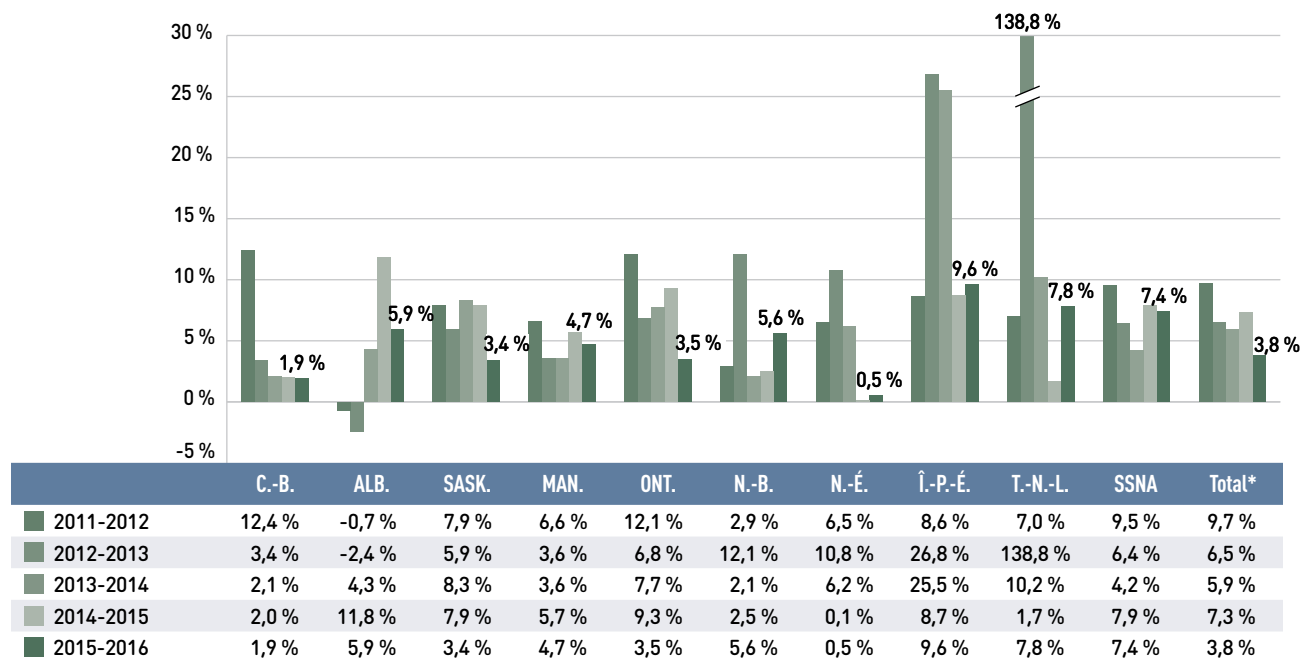
$$\text{Dépenses en médicaments d'ordonnance} = \text{Coût des médicaments (74,7 \%)} + \text{Frais d'exécution d'ordonnance (21,8 \%)} + \text{Marges bénéficiaires (3,5 \%)}$$

Les frais d'exécution d'ordonnance représentent la seconde part des dépenses en médicaments d'ordonnance. Dans l'ensemble, leur taux de croissance a décliné au cours des dernières années, chutant à 3,8 % en 2015-2016.

La figure 2.8 rend compte du taux de variation annuel des frais d'exécution d'ordonnance de chaque régime public d'assurance-médicaments du SNIUMP entre 2011-2012 et 2015-2016.

L'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et les SSNA ont enregistré un taux de croissance relativement élevé en 2015-2016 (9,6 %, 7,8 % et 7,4 %, respectivement); dans certains cas, cette hausse peut être attribuable aux modifications apportées à la structure du régime ou aux frais d'ordonnance remboursés. Les frais d'exécution d'ordonnance des autres régimes publics se sont accrus de 1,9 % à 5,9 %.

Figure 2.8 Taux de variation annuel des frais d'exécution d'ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2011-2012 à 2015-2016



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

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

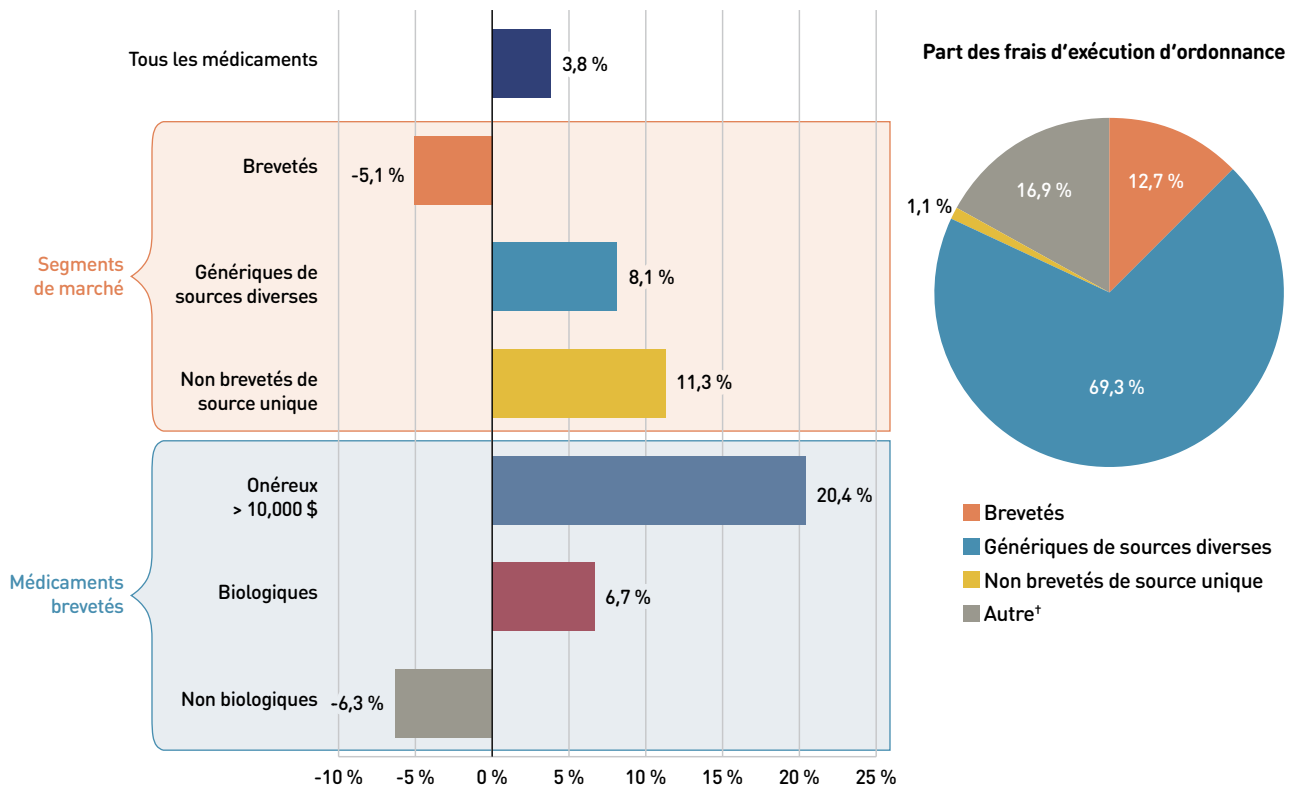
La figure 2.9 présente en détail le taux de variation annuel des frais d'exécution d'ordonnance en 2015-2016 selon le segment de marché (diagramme à barres) et la part du marché correspondante (diagramme circulaire).

Les médicaments génériques de sources diverses représentent le segment de marché le plus important (69,3 % des frais d'ordonnance). Avec une croissance notable de 8,1 % en 2015-2016, ce sont eux qui ont le plus contribué à la hausse globale de 3,8 % des frais d'ordonnance. Cette croissance a été en partie stimulée par la substitution par un médicament

générique, puisque les médicaments brevetés, industrie qui avait un taux de variation des frais d'ordonnance en déclin (-5,1 %) ont été abandonnés.

Le segment des médicaments non brevetés de source unique a connu un solide taux de croissance (11,3 %), mais son incidence sur la croissance globale des frais d'exécution d'ordonnance a été minime, compte tenu de sa faible part de marché (1,1 % des frais d'ordonnance). Les frais d'exécution d'ordonnance des médicaments onéreux se sont nettement accrus (20,4 %) en raison de leur plus grande utilisation.

Figure 2.9 Taux de variation annuel des frais d'exécution d'ordonnance, selon le segment de marché, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, de 2014-2015 à 2015-2016



Remarque : Les médicaments onéreux, dont le coût annuel moyen d'un traitement est supérieur à 10 000 \$, comprennent à la fois les médicaments biologiques et non biologiques.

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

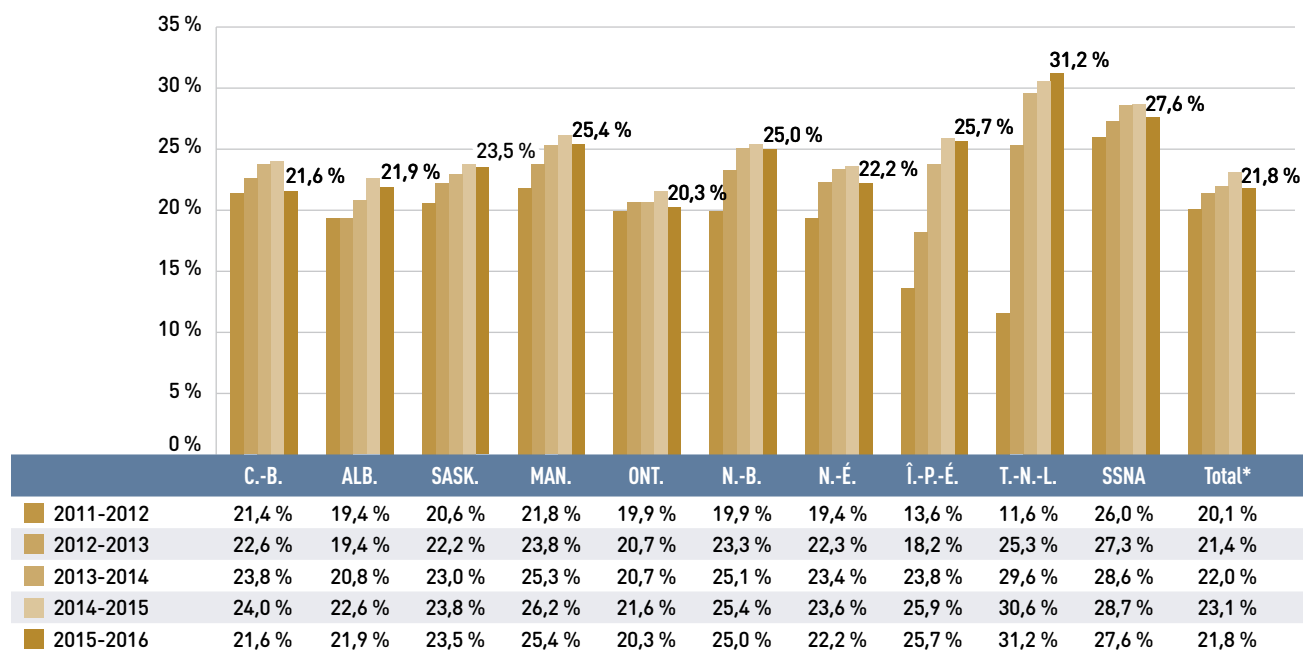
† Ce segment de marché englobe les appareils médicaux, les médicaments composés et autres produits qui sont remboursés par les régimes publics d'assurance-médicaments, mais qui n'ont pas d'identification numérique du médicament (DIN) attribué par Santé Canada.

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

Au cours des dernières années, la part des dépenses en médicaments d'ordonnance qui comprend les frais d'exécution d'ordonnance s'est accrue dans tous les régimes publics d'assurance-médicaments, puisque ces frais d'ordonnance ont augmenté plus rapidement que le coût des médicaments. En 2015-2016, cependant, cette tendance s'est

renversée, avec la hausse remarquable de la part du coût des médicaments, qui surpassait dorénavant la part des frais d'exécution d'ordonnance (21,8 %). La figure 2.10 illustre la tendance des frais d'exécution d'ordonnance exprimés en proportion des dépenses totales de chaque régime public du SNIUMP entre 2011-2012 et 2015-2016.

Figure 2.10 Frais d'exécution d'ordonnance annuels exprimés en proportion des dépenses en médicaments d'ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2011-2012 à 2015-2016



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

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



3. Les inducteurs du coût des médicaments, 2014-2015 et 2015-2016



En 2015-2016, le coût des médicaments des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP a fait un bond de 897,6 millions de dollars, pour atteindre 8,4 milliards de dollars. Cette hausse significative de 12,0 % est surtout attribuable à l'émergence de nouveaux traitements pour guérir l'hépatite C et à l'utilisation accrue d'autres médicaments onéreux. Ces deux facteurs ont entraîné une hausse du coût des médicaments, qui a augmenté de 12,1 %. La croissance du nombre de bénéficiaires actifs et de leur consommation de médicaments a exercé une poussée supplémentaire de

4,2 % sur le coût des médicaments. Prises ensemble, ces pressions représentent une hausse de 16,2 % et n'ont été que partiellement atténuées par la réduction (-4,1 %) du coût des médicaments attribuable à la substitution par un médicament générique et la réduction des prix. L'effet de traction (contrepois) de la substitution par un médicament générique et de la variation du prix a été moins prononcé en 2015-2016 qu'au cours des années précédentes en raison de l'influence réduite de la perte des brevets et de la chute du prix des médicaments génériques.

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

La variation du coût des médicaments s'explique par plusieurs effets, qui peuvent être regroupés selon les grandes catégories suivantes :

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

Effet «substitution par un médicament générique» : passage des médicaments de marque aux médicaments génériques.

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

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

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

L'analyse de la présente section repose sur un examen approfondi des inducteurs de coût afin d'isoler la contribution de chaque effet sur la variation globale du coût des médicaments entre 2014-2015 et 2015-2016. Les résultats permettent de répondre à la question suivante :

Dans quelle mesure le coût des médicaments des régimes publics d'assurance-médicaments aurait-il changé entre 2014-2015 et 2015-2016 si un seul facteur (p. ex., le prix des médicaments) avait changé pendant que tous les autres demeuraient stables?

Bien que chacun de ces facteurs soit déterminé en présupposant que les autres demeurent inchangés, en réalité, de nombreux facteurs évoluent en même temps, créant ainsi un effet résiduel ou croisé. L'effet croisé n'est pas présenté dans cette analyse, mais il est pris en considération dans la variation du coût total.

La hausse notable de 12,0 % du coût des médicaments en 2015-2016 fait suite à une croissance négative ou faible qui a duré un certain nombre d'années. L'analyse de ces tendances, illustrées à la figure 3.1, donne un aperçu de l'évolution annuelle des pressions sur le coût qui sont à l'origine de ces taux de croissance variables.

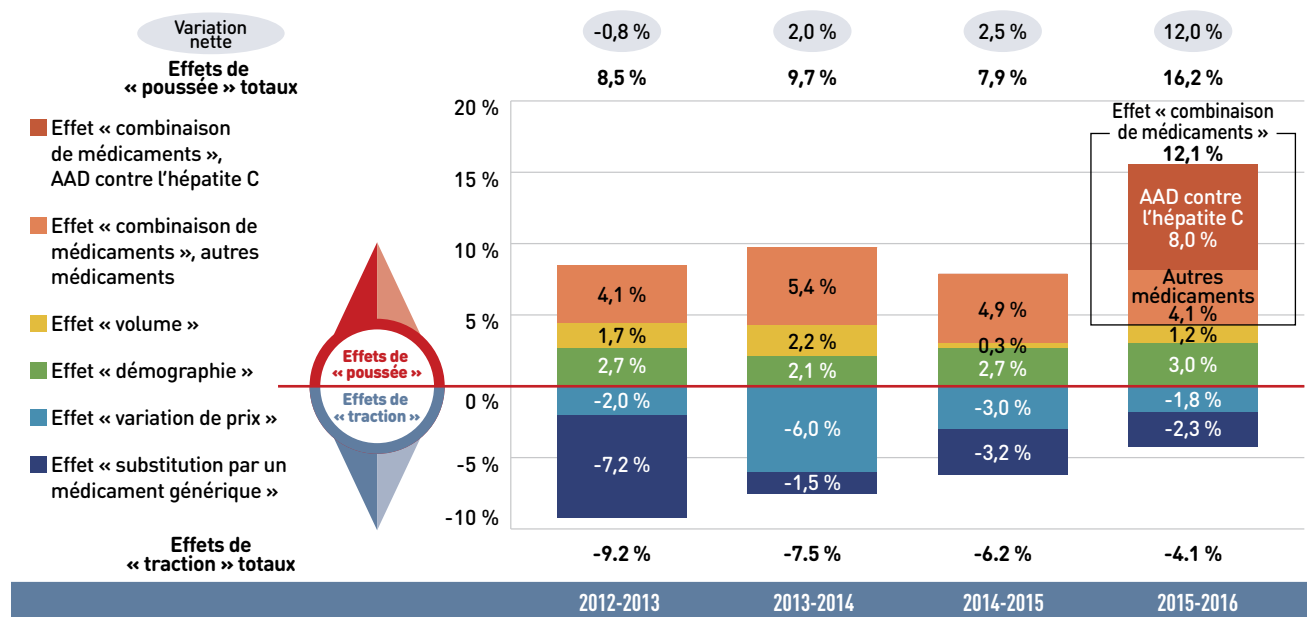
Certains inducteurs de coût, comme les effets « démographie » et « volume », sont assez prévisibles et contribuent ensemble à environ 4 % de la croissance du coût des médicaments chaque année. Cependant, les pressions exercées par d'autres facteurs tendent à fluctuer d'année en année, parvenant parfois à faire contrepoids aux autres et rendant difficile la tâche de prévoir les niveaux de coût à venir.

L'effet « combinaison de médicaments » a l'effet de poussée le plus prononcé sur le coût et il a été relativement stable entre 2012-2013 et 2014-2015, allant de 4 % à 5 %. En 2015-2016, cet effet a nettement augmenté à 12,1 %, en raison de l'arrivée sur le marché de médicaments AAD pour traiter l'hépatite C qui ont exercé une importante poussée à la hausse de 8,0 % sur le coût, donnant ainsi plus de poids à l'effet prévu des autres médicaments plus onéreux (4,1 %).

Ces pressions à la hausse sur le coût sont généralement contrebalancées par les effets « substitution par un médicament générique » et « variation de prix », lesquels ont exercé une pression à la baisse sur le coût. L'ampleur de ces effets varie d'année en année, selon l'arrivée de médicaments génériques sur le marché (expiration des brevets) et l'adoption de politiques provinciales en matière d'établissement de prix. Bien que les effets « substitution par un médicament générique » et « variation de prix » aient entraîné une importante réduction du coût des médicaments au cours des dernières années, leur effet de « traction » cumulatif sur le coût des médicaments s'est affaibli (-4,1 %) en 2015-2016. Sans ces effets d'économies de coût, le coût des médicaments des régimes publics du SNIUMP aurait augmenté de 16,2 % en 2015-2016.

Les tendances générales reflètent les pressions combinées qui s'exercent sur le coût et qui s'observent dans chacun des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP. La figure 3.2 rend compte des inducteurs de coût dans chacun de ces régimes en 2015-2016, exprimés en pourcentage et en taux de variation absolue du coût des médicaments.

Figure 3.1 Inducteurs du coût des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, de 2012-2013 à 2015-2016



Remarque : Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies. Les résultats de 2012-2013 ne tiennent pas compte des données des régimes publics d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique et de Terre-Neuve-et-Labrador.

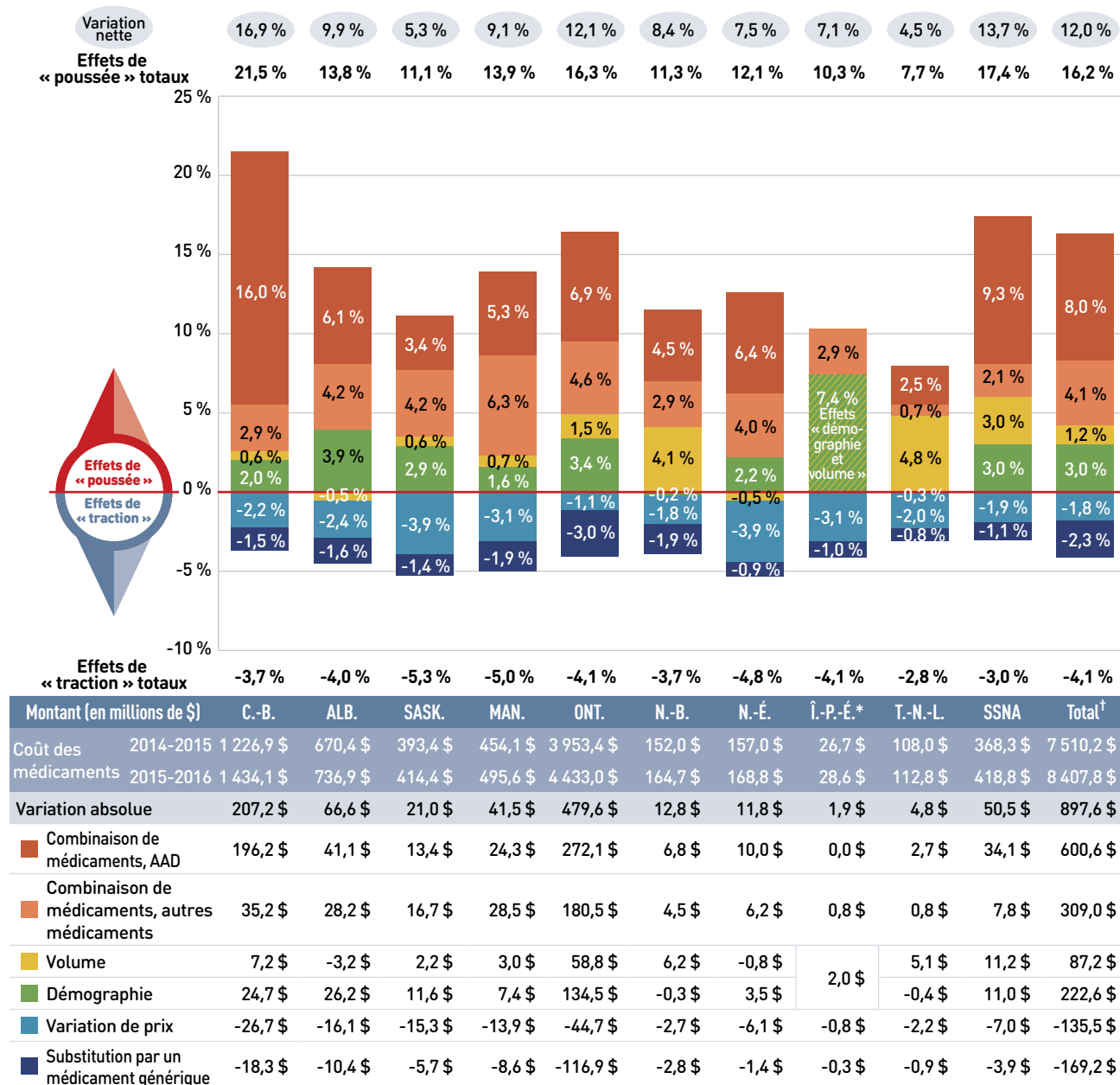
* Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et le Programme des services de santé non assurés.

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

Les taux de croissance du coût des médicaments ont grandement varié d'un régime à l'autre, allant de 4,5 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 16,9 % en Colombie-Britannique. Cependant, ces variations étaient surtout attribuables à l'ampleur différente de l'effet « combinaison de médicaments ». Les administrations ayant connu un taux de croissance

global plus élevé — Colombie-Britannique (16,9 %), Ontario (12,1 %) et les SSNA (13,7 %) — ont connu l'effet « combinaison de médicaments » le plus élevé (18,9 %, 11,5 % et 11,4 %, respectivement). Les nouveaux médicaments AAD contre l'hépatite C ont eu une incidence particulièrement forte sur le coût des médicaments en Colombie-Britannique (16,0 %).

Figure 3.2 Taux de variation du coût des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2014-2015 à 2015-2016



Remarque : Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies et qu'elles sont soumises à un effet croisé.

* Les effets « démographie » et « volume » ont été combinés pour l'Île-du-Prince-Édouard. En 2015, cette province a mis en place un programme des médicaments génériques pour les résidents de moins de 65 ans sans assurance privée, lequel vient limiter le prix qu'ils ont à déboursé pour obtenir des médicaments génériques d'ordonnance admissibles. Ce programme a provoqué une forte hausse du nombre de bénéficiaires et de la quantité de médicaments utilisés.

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

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

La hausse globale de 12,0 % du coût des médicaments dans les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP représente une croissance absolue de 897,6 millions de dollars, dont 909,6 millions sont directement attribuables à l'effet « combinaison de médicaments » : les nouveaux médicaments AAD contre l'hépatite C (600,6 millions de dollars) et l'utilisation accrue d'autres médicaments plus onéreux (309,0 millions de dollars). Bien que les nouveaux médicaments contre l'hépatite C aient eu l'incidence globale la plus prononcée, à l'échelon de chacun des régimes, ce sont les autres médicaments plus onéreux qui ont eu l'effet le plus imposant au Manitoba et en Saskatchewan. Cette variation de l'effet « combinaison de médicaments » entre les divers régimes publics d'assurance-médicaments peut être liée à la structure du régime, aux décisions relatives aux médicaments à inscrire au formulaire et au profil sanitaire de la population, entre autres choses.

L'effet « démographie » a fait grimper le coût des médicaments des régimes publics du SNIUMP de 3,0 % (222,6 millions de dollars) en 2015-2016. Une augmentation du nombre de Canadiens admissibles à la couverture pour aînés (65 ans

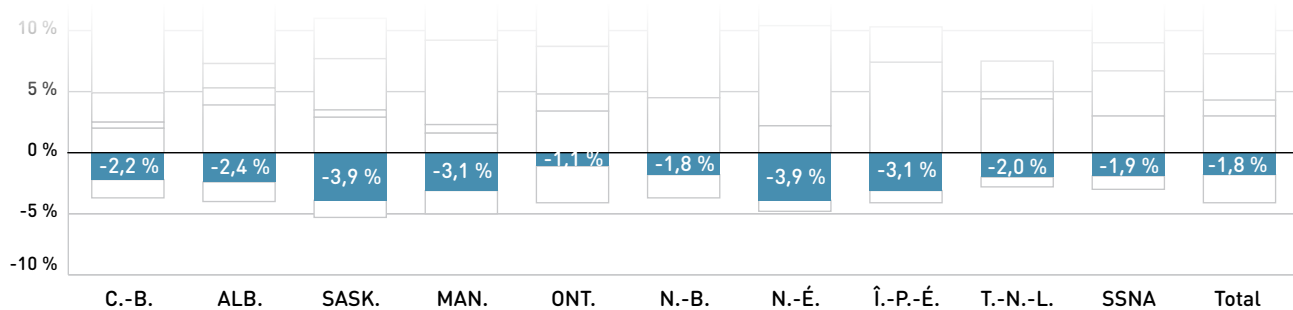
et plus) et le lancement de nouveaux sous-régimes (p. ex., admissibilité accrue à l'Île-du-Prince-Édouard) figurent parmi les facteurs qui expliquent cette croissance.

L'effet « volume », qui est resté assez stable au cours des dernières années, a fait pression sur le coût des médicaments pour l'accroître de 1,2 % (87,2 millions de dollars) en 2015-2016. Cet effet a été un important inducteur au Nouveau-Brunswick (4,1 %), à Terre-Neuve-et-Labrador (4,8 %) et pour les SSNA (3,0 %).

Les effets d'économies de coût qu'ont la substitution par un médicament générique (-2,3 % ou -169,2 millions de dollars) et la variation de coût (-1,8 % ou -135,5 millions de dollars) ont été d'une ampleur presque égale en 2015-2016 et ont été relativement uniformes dans toutes les administrations. Ensemble, ces effets ont offert des économies considérables (4,1 %) aux régimes publics du SNIUMP (304,7 millions de dollars).

Les trois sous-sections qui suivent examinent plus à fond les effets « variation de prix », « substitution par un médicament générique » et « combinaison de médicaments » pour 2015-2016.

Effet « variation de prix »



Cet effet tient compte des variations dans le prix des médicaments de marque et des médicaments génériques. En 2015-2016, la réduction du prix des médicaments a exercé une pression à la baisse sur le coût global (-1,8 %), ce qui s'est traduit par des économies de 135,5 millions de dollars pour les régimes publics du SNIUMP. Selon une analyse par segment de marché, cette pression à la baisse de l'effet « variation de prix » était surtout attribuable à la réduction du coût unitaire moyen remboursé des médicaments génériques de sources diverses, puisque le coût unitaire moyen des médicaments brevetés est demeuré relativement stable, alors que celui des médicaments non brevetés de source unique a augmenté (voir la figure 3.3).

La réduction du coût unitaire moyen remboursé pour les médicaments génériques en 2015-2016 était le résultat de deux grands projets de politiques (voir la section 1) : i) l'APP a abaissé le prix de quatre autres médicaments d'usage courant pour le ramener à 18 % du prix du médicament de marque équivalent^{VII}, et ii) la Saskatchewan a abaissé le prix des médicaments génériques de 35 % à 25 % du prix du médicament de marque. Un aperçu des politiques d'établissement des prix des médicaments génériques se trouve dans la section « Documents de référence » de la page Études analytiques du SNIUMP sur le site Web du CEPMB.

La figure 3.3 rend compte des tendances du coût unitaire moyen des médicaments entre 2009-2010 et 2015-2016 selon le segment de marché pour a) les médicaments brevetés, b) les médicaments génériques de sources diverses et c) les médicaments, ainsi que leur part de marché correspondante en

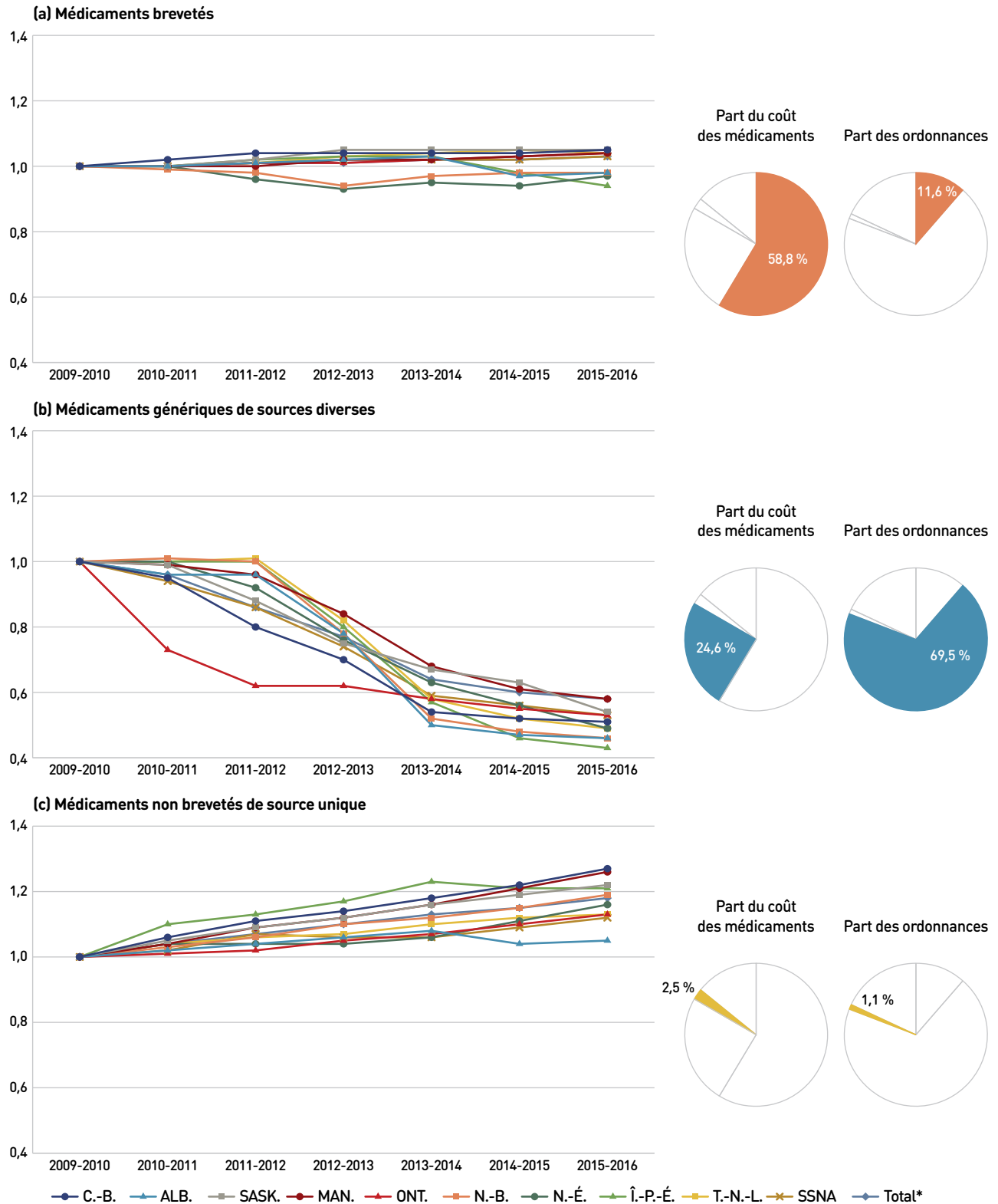
2015-2016. Les valeurs du coût unitaire moyen sont exprimées en indice, en donnant la valeur de 1 à l'année de base (2009-2010) et en fixant les valeurs des années subséquentes en fonction de ce montant. Les valeurs ont été calculées à partir de la moyenne pondérée des divers coûts unitaires moyens remboursés pour chaque médicament. L'analyse n'a tenu compte que des formulations solides à administrer par voie orale afin d'assurer la cohérence des données sur les coûts unitaires.

Au cours de la période de cinq ans, le prix des médicaments brevetés, lesquels représentent le plus grand segment de marché (58,8 %), est resté relativement stable, alors que le prix des médicaments non brevetés de source unique, lesquels représentent le plus petit segment de marché (2,5 %), a augmenté. Bien que le prix des médicaments non brevetés de source unique ait augmenté de 18 % en moyenne, l'incidence de ce segment de marché a été limitée, en raison de sa petite taille.

Le segment de marché des médicaments génériques de sources diverses a suivi une tendance similaire dans tous les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP (figure 3.3b) : un rapide déclin au cours des premières années, en raison de la réforme du prix des médicaments génériques, suivi d'une baisse plus progressive en 2014-2015 et 2015-2016, à mesure que le prix des médicaments génériques s'est stabilisé. La variation entre les différents régimes dépend du moment des réformes du prix des médicaments génériques, de l'ampleur des réductions de coût des médicaments génériques et des taux d'utilisation des médicaments génériques.

VII Clopidogrel, gabapentine, metformine et olanzapine.

Figure 3.3 Indice du coût unitaire moyen, médicaments brevetés, médicaments génériques de sources diverses et médicaments non brevetés de source unique, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2009-2010 à 2015-2016

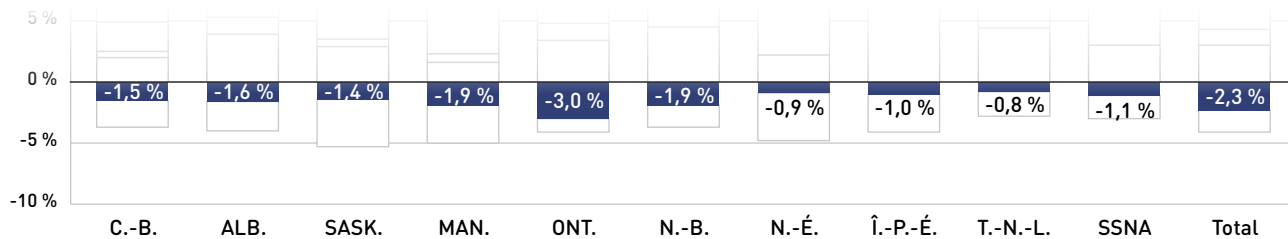


Remarque : Le coût unitaire moyen a été utilisé pour calculer l'indice. L'analyse se limite aux formulations solides à administrer par voie orale.

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

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

Effet « substitution par un médicament générique »



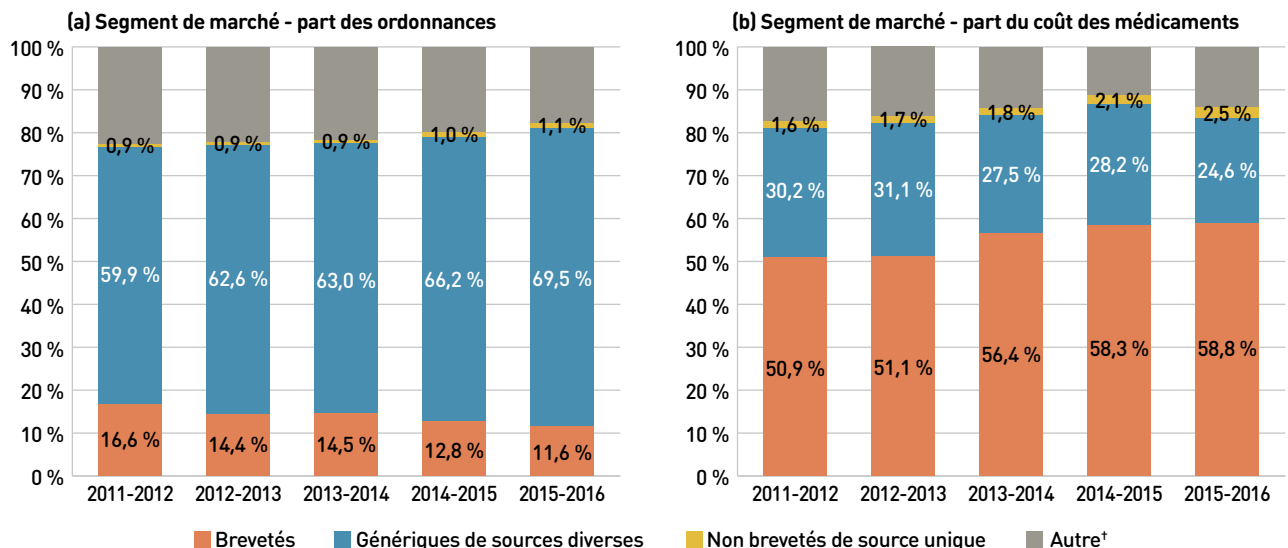
Cet effet tient compte de l'incidence du changement d'utilisation des médicaments de marque au profit des produits génériques équivalents. En 2015-2016, la substitution par un médicament générique a exercé une pression à la baisse sur le coût global des médicaments (-2,3 %), ce qui s'est traduit par des économies de 169,2 millions de dollars pour les régimes publics du SNIUMP. Les trois molécules suivantes sont à l'origine de la plus grande partie de ces économies : escitalopram (-0,6 %), ézétimibe (-0,5 %) et célécoxib (-0,3 %).

La figure 3.4 rend compte des tendances des cinq dernières années en matière de parts de marché, selon le segment de marché : médicaments brevetés, médicaments génériques de sources diverses et médicaments non brevetés de source unique. Les résultats démontrent que, même si la part des ordonnances liées aux

médicaments génériques de sources diverses s'est grandement accrue, passant de 59,9 % en 2011-2012 à 69,5 % en 2015-2016, la part du coût total des médicaments que représentent les médicaments génériques de sources diverses a beaucoup diminué au cours de la même période, passant de 30,2 % à 24,6 %. Cette situation découle des politiques provinciales d'établissement de prix des médicaments génériques.

Au cours de la même période, les médicaments brevetés, dont la part des ordonnances a diminué (de 16,6 % à 11,6 %), ont de plus en plus accaparé les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments (passant de 50,9 % à 58,8 %). Ce revirement découle de l'utilisation accrue des médicaments onéreux, comme les thérapies biologiques et les nouveaux médicaments AAD contre l'hépatite C.

Figure 3.4 Parts des ordonnances et du coût des médicaments selon le segment de marché, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, de 2011-2012 à 2015-2016

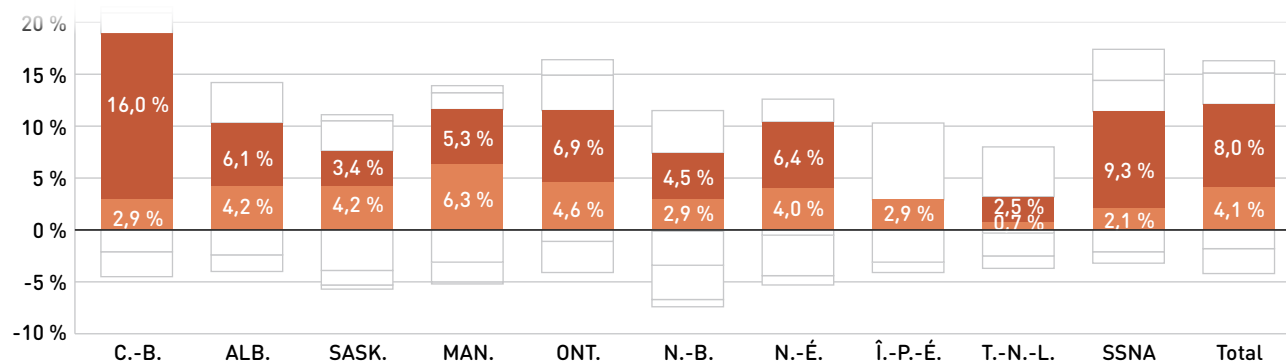


* Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et le Programme des services de santé non assurés.

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

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

Effet « combinaison de médicaments »



Cet effet tient compte du changement d'utilisation des médicaments abordables au profit des médicaments onéreux, y compris ceux qui sont arrivés sur le marché, qui s'y trouvaient déjà et qui sont restés sur le marché pendant la période étudiée. En 2015-2016, l'effet « combinaison de médicaments » a haussé le coût global des médicaments de 12,1 %, ce qui s'est traduit par une hausse des dépenses de 909,6 millions de dollars pour les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP.

La figure 3.5 rend compte des dix principaux médicaments qui ont le plus contribué à l'effet « combinaison de médicaments », soit 10,6 % de la hausse de 12,1 %. Les médicaments onéreux figurent en haut de la liste, bon nombre ayant un coût annuel par traitement dépassant 10 000 \$ et pour lesquels des milliers de bénéficiaires reçoivent un remboursement dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP.

L'émergence des antiviraux à action directe (AAD), qui offrent des traitements nouveaux et curatifs contre l'hépatite C chronique, a eu la plus forte incidence sur l'effet « combinaison de médicaments ». Le coût des médicaments AAD remontait à 600,6 millions de dollars en 2015-2016, et l'ensemble de ces médicaments explique 8,0 % de la hausse du coût des médicaments cette année-là. Trois de ces AAD^{VIII} — Harvoni, Sovaldi et Hologic Pak — font partie des six plus grands inducteurs de la hausse du coût des médicaments. À lui seul, Harvoni représente 6,0 % de la hausse de 12,1 % du coût, alors que Sovaldi ne représente que 1,6 % et Hologic Pak, que 0,27 % de cette croissance. Tous ces médicaments ont un coût annuel moyen par bénéficiaire assez élevé, soit 71 402 \$, 79 156 \$ et

48 303 \$, respectivement. Dans le cas d'Harvoni, le coût élevé du traitement, combiné au nombre relativement élevé de patients (6 377), a eu un effet de poussée de 455,3 millions de dollars sur le coût des médicaments pour les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP en 2015-2016.

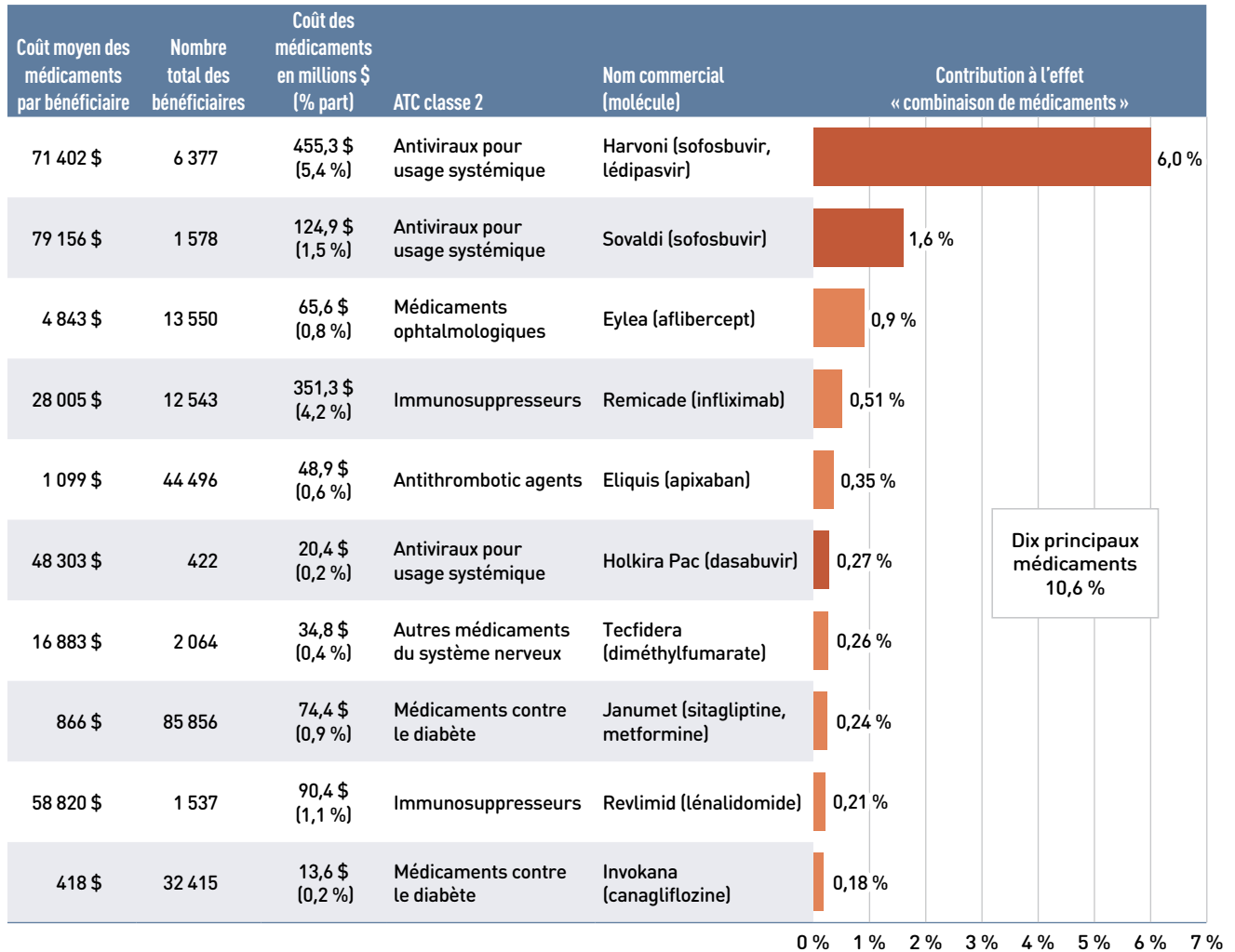
Bien que les nouveaux médicaments contre l'hépatite C aient largement contribué à la croissance du coût des médicaments en 2015-2016, d'autres médicaments onéreux y ont joué un rôle tout aussi important. Ainsi, le nouveau médicament Eylea contre la dégénérescence maculaire a fait l'objet d'une utilisation appréciable en 2015-2016 et se classe au troisième rang des médicaments à forte incidence, représentant 0,9 % de la croissance du coût des médicaments. Coûtant en moyenne 4 843 \$ par année, Eylea a été donné à une part importante des patients, soit 13 550 bénéficiaires actifs des régimes publics du SNIUMP.

Les autres médicaments ayant surtout contribué ont eu une incidence globale sur les coûts des médicaments allant de 0,18 % à 0,51 %.

Il convient de noter que la figure 3.5 rend compte de la contribution de ces dix principaux médicaments à la hausse du coût des médicaments en 2015-2016. Cette valeur diffère de la part du coût des médicaments attribuable à ces médicaments, illustrée au tableau correspondant. Ainsi, un médicament pourrait représenter une grande part du coût des médicaments et avoir une faible incidence sur la hausse du coût global des médicaments, telle que mesurée par l'effet « combinaison de médicaments », si la croissance de ce produit a été modérée.

VIII Selon les essais cliniques, les AAD se sont avérés beaucoup plus efficaces, ont demandé une durée de traitement plus courte et ont entraîné beaucoup moins d'effets secondaires que les thérapies traditionnelles. On estime que 254 987 Canadiens (Trubnikov, M. et coll., 2014) souffraient d'hépatite C chronique en 2011 et, en raison du coût élevé de ces médicaments, la couverture se limite souvent aux patients dont la maladie affiche un certain degré de gravité. Cela dit, la guérison complète du patient peut, à long terme, entraîner des économies pour le système de soins de santé.

Figure 3.5 Dix principaux médicaments contribuant à l'effet « combinaison de médicaments », régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, 2015-2016



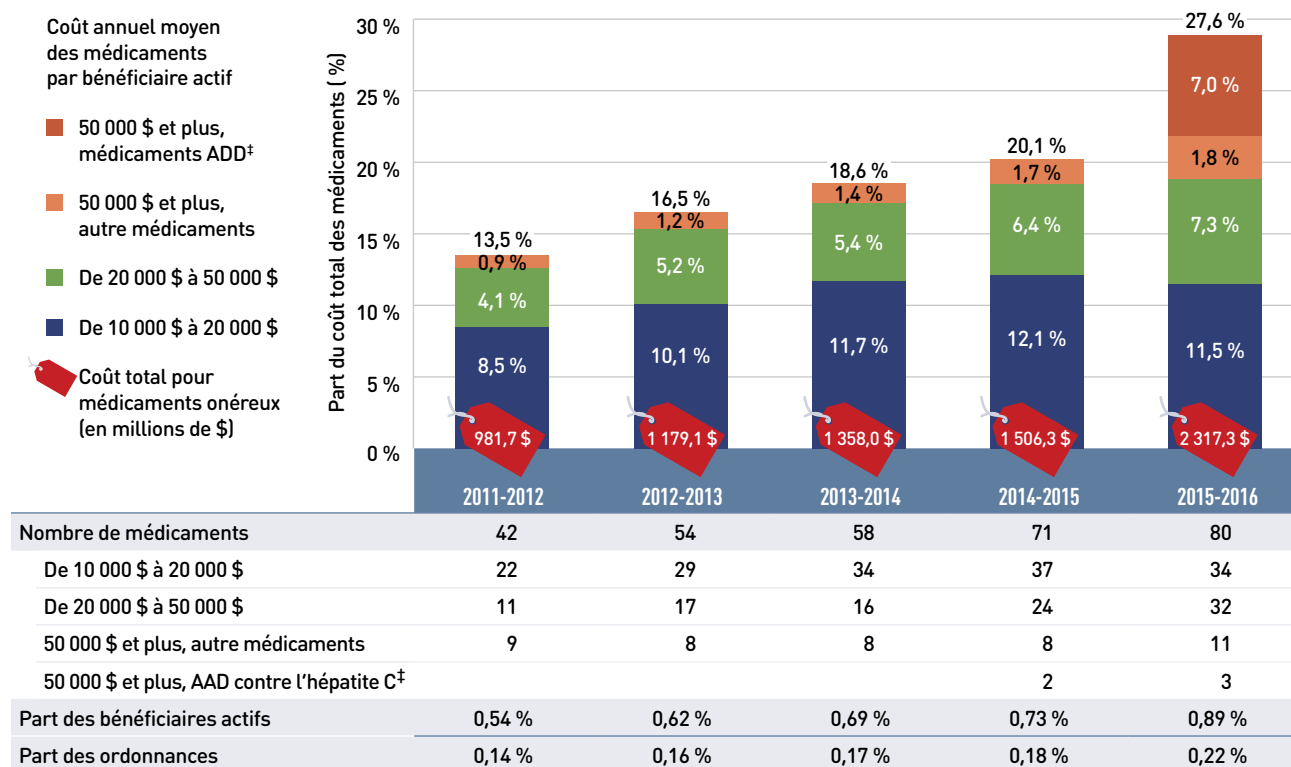
* Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et le Programme des services de santé non assurés.

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

Les régimes publics du SNIUMP remboursent un nombre croissant de médicaments onéreux qui visent souvent un nombre assez restreint de patients. En particulier, le nombre de médicaments ayant un coût annuel moyen par bénéficiaire de plus de 10 000 \$ a presque doublé : de 42 en 2011-2012, il était de 80 en 2015-2016. Ces médicaments, qui ne représentaient qu'un peu plus du dixième du coût global des médicaments du SNIUMP il y a cinq ans, sont à l'origine du quart de coût des médicaments en 2015-2016. Cette part importante du coût est attribuable à un tout petit pourcentage de bénéficiaires actifs (0,89 %).

La figure 3.6 rend compte des tendances de l'utilisation des médicaments onéreux entre 2011-2012 et 2015-2016 pour les tranches suivantes de coût moyen des médicaments par bénéficiaire actif déterminé au niveau du médicament : 10 000 \$ - 20 000 \$; 20 000 \$ - 50 000 \$ et plus de 50 000 \$. La part des nouveaux médicaments AAD contre l'hépatite C est présentée séparément pour 2015-2016. La figure présente également la part du coût des médicaments (diagramme en barres), celle des bénéficiaires actifs et des ordonnances, ainsi que le nombre de médicaments onéreux. Toutes ces mesures illustrent une croissance soutenue au cours des dernières années dans toutes les tranches de prix.

Figure 3.6 Tendances liées au nombre et au coût des médicaments onéreux*, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP†, de 2011-2012 à 2015-2016



Remarque : Ces résultats sont sous-estimés, puisque certains médicaments onéreux sont remboursés par l'entremise de programmes particuliers des régimes publics qui ne sont pas entrés dans les données du SNIUMP.

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

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

‡ Nouveaux médicaments antiviraux à action directe (AAD) utilisés dans le traitement de l'hépatite C; médicaments faisant partie de la tranche des 50 000 \$ et plus.

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

Le tableau 3.1 présente les dix principaux médicaments onéreux pour 2015-2016, classés selon leur coût annuel moyen des médicaments par bénéficiaire actif. Les huit premiers médicaments ont un coût de traitement dépassant 100 000 \$, et un nombre de patients relativement faible. Deux des ADD contre l'hépatite C — Sovaldi et Harvoni — figurent parmi les dix médicaments les plus onéreux.

Le tableau présente les résultats généraux des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP. Il y a d'importantes différences entre les régimes.

Bien que l'utilisation des médicaments biologiques continue d'augmenter, la croissance du coût a ralenti au cours des deux dernières années : après avoir atteint un sommet à 21,0 % en 2013-2014, le coût

des médicaments biologiques a augmenté de 11,1 % en 2014-2015 et de 8,9 % en 2015-2016. Cette forte croissance a permis aux médicaments biologiques de ravir une part croissante du coût total des médicaments dans les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, atteignant une part de 24,1 % en 2014-2015. En 2015-2016, cette part a légèrement diminué (23,4 %), à mesure que les nouveaux médicaments AAD contre l'hépatite C ont commencé à accaparer une part importante du marché. Pour ce qui est des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, les coûts liés aux médicaments biologiques ont presque doublé pour atteindre près de 2,0 milliards de dollars en 2015-2016, soit une augmentation par rapport à 1,1 milliards de dollars il y a tout juste cinq ans.

Tableau 3.1 Dix principaux médicaments ayant le coût annuel moyen par bénéficiaire actif le plus élevé, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, 2015-2016

Nom commercial (ingrédient)	Classe thérapeutique, ATC [†] classe 2	Coût moyen du médicament par bénéficiaire	Nombre de bénéficiaires actifs	Coût du médicament en millions de \$ (% de la part)
Elaprase (idursulfase)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	616 133 \$	7	4,3 \$ (0,05 %)
Myozyme (alglucosidase alfa)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	565 008 \$	18	10,2 \$ (0,12 %)
Soliris (éculizumab)	Immunosuppresseurs	427 790 \$	57	24,4 \$ (0,29 %)
Vpriv (vélaglucérase alfa)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	409 247 \$	9	3,7 \$ (0,04 %)
Kalydeco (ivacaftor)	Autres médicaments des voies respiratoires	191 292 \$	40	7,7 \$ (0,09 %)
Remodulin (tréprostnil)	Antithrombotiques	116 163 \$	45	5,2 \$ (0,06 %)
Zavesca (miglustat)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	114 326 \$	13	1,5 \$ (0,02 %)
Prolastin-C (inhibiteur d'alpha-1 protéinase)	Antihémorragiques	105 391 \$	86	9,1 \$ (0,11 %)
Sovaldi (sofosbuvir)	Antiviraux pour usage systémique	79 156 \$	1 578	124,9 \$ (1,5 %)
Harvoni (sofosbuvir, lédiripasvir)	Antiviraux pour usage systémique	71 402 \$	6 377	455,3 \$ (5,4 %)

Remarque : Ces résultats risquent d'être sous-estimés et la liste de médicaments, incomplète puisque certains médicaments onéreux sont remboursés par l'entremise de programmes particuliers des régimes publics qui ne sont pas entrés dans les données du SNIUMP.

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

† Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) maintenu par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour la méthodologie sur l'établissement des statistiques concernant les produits médicamenteux.

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

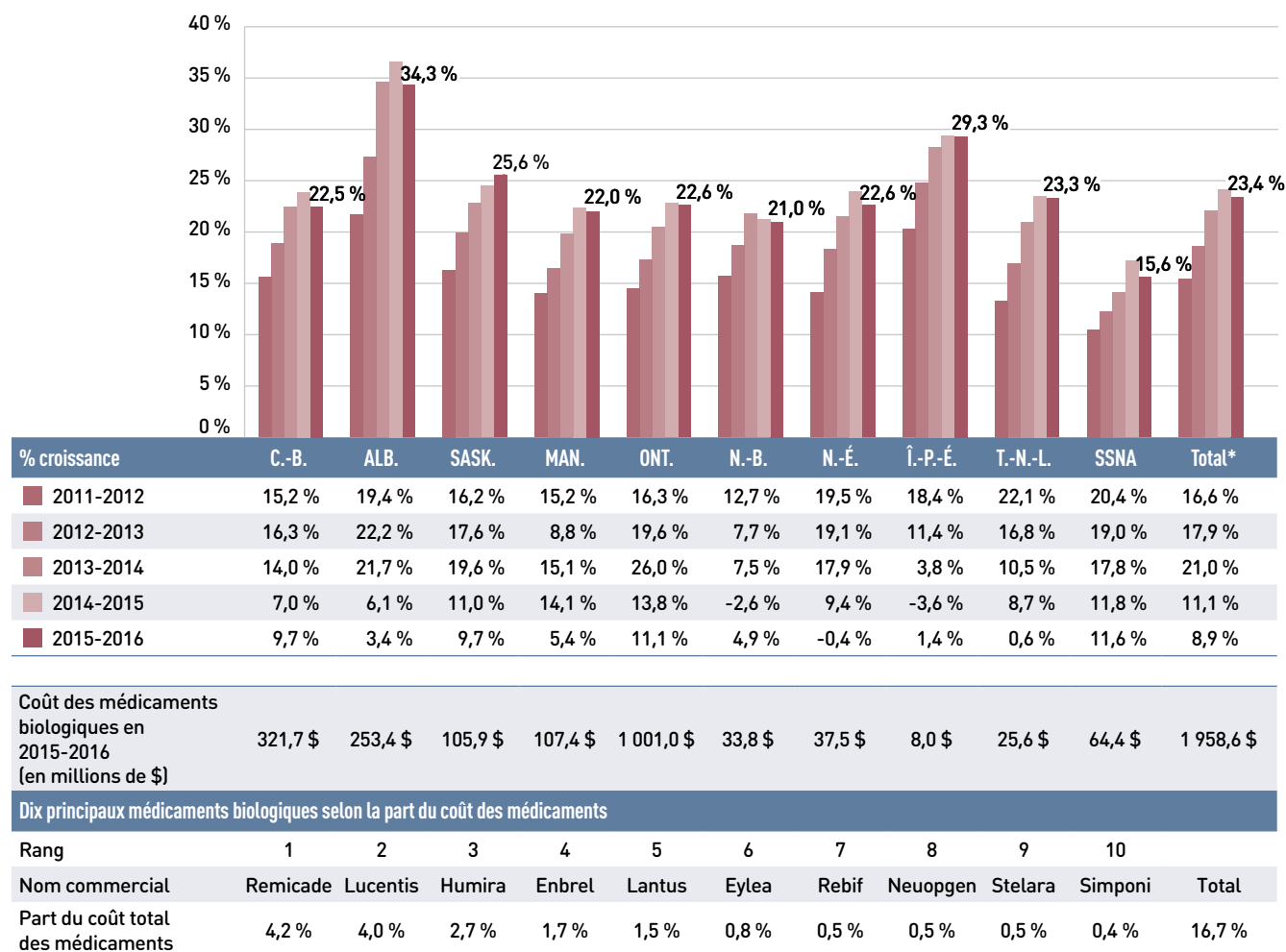
La figure 3.7 rend compte des tendances de la part que représentent les médicaments biologiques dans le coût total des médicaments pour les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, ainsi que de la croissance du coût des médicaments pour ce segment de marché. Elle présente également la liste des dix principaux médicaments biologiques.

L'Alberta et l'Île-du-Prince-Édouard affichaient le coût des médicaments biologiques le plus élevé par rapport au coût total des médicaments en 2015-2016 (34,3 % et 29,3 %, respectivement); alors que les

SSNA et l'Ontario présentaient le taux de croissance le plus élevé (11,6 % et 11,1 %, respectivement). Les variations entre les régimes peuvent être influencées entre autres par la conception des régimes, l'admissibilité et le profil morbide des populations.

Les dix principaux médicaments biologiques expliquent 16,7 % du coût total des médicaments du SNIUMP en 2015-2016; les quatre premiers — Remicade, Lucentis, Humira et Enbrel — représentent à eux seuls 12,6 % du total.

Figure 3.7 Part du coût total des médicaments attribuable aux médicaments biologiques, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2011-2012 à 2015-2016



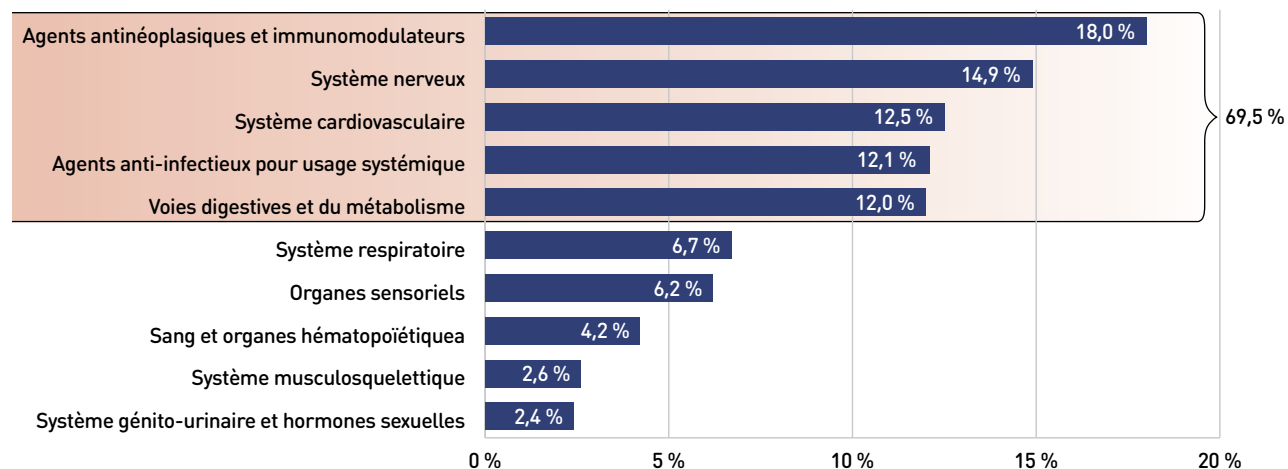
* Résultats totaux pour les régimes publics d'assurance-médicaments rapportés dans cette figure.

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

Une analyse selon la classe thérapeutique (figure 3.8) donne à penser que plus des deux tiers du coût total des médicaments en 2015-2016 étaient concentrés dans cinq grandes classes, les agents antinéoplasiques et immunomodulateurs représentant la part la plus élevée (18,0 %). La classe des agents anti-infectieux

pour usage systémique a subi la plus grande variation en doublant sa part de marché, qui est passée de 6,5 % en 2014-2015 à 12,1 % en 2015-2016, et en passant de la 6^e à la 4^e place. Cette hausse a été induite par l'arrivée des ADD pour le traitement de l'hépatite C.

Figure 3.8 Dix principales classes thérapeutiques ATC* de classe 1 selon la part du coût total des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP†, 2015-2016



* Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) maintenu par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour la méthodologie sur l'établissement des statistiques concernant les produits médicamenteux.

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

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

4. Les inducteurs des frais d'exécution d'ordonnance, de 2014-2015 à 2015-2016



En 2015-2016, les frais d'exécution d'ordonnance des régimes publics du SNIUMP ont augmenté de 90,7 millions de dollars, pour atteindre 2,5 milliards de dollars. Cela représente une croissance de 3,8 %, beaucoup plus faible que celle des années précédentes,

principalement en raison de la diminution de la pression exercée par les inducteurs de coût, surtout en ce qui concerne les effets des frais d'exécution d'ordonnance et de la taille des ordonnances.

Comme pour le coût des médicaments, la variation des frais d'exécution d'ordonnance est influencée par un certain nombre d'effets de « poussée » et de « traction » qui s'opposent. L'effet net de ces forces contraires produit le taux de variation global.

La variation des frais d'exécution d'ordonnance s'explique par plusieurs effets, qui peuvent être regroupés selon les grandes catégories suivantes :

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

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

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

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

L'analyse de la présente section repose sur un examen approfondi des inducteurs de coût afin d'isoler la contribution de chaque effet sur la variation globale des frais d'exécution d'ordonnance entre 2014-2015 et 2015-2016. Les résultats permettent de répondre à la question suivante :

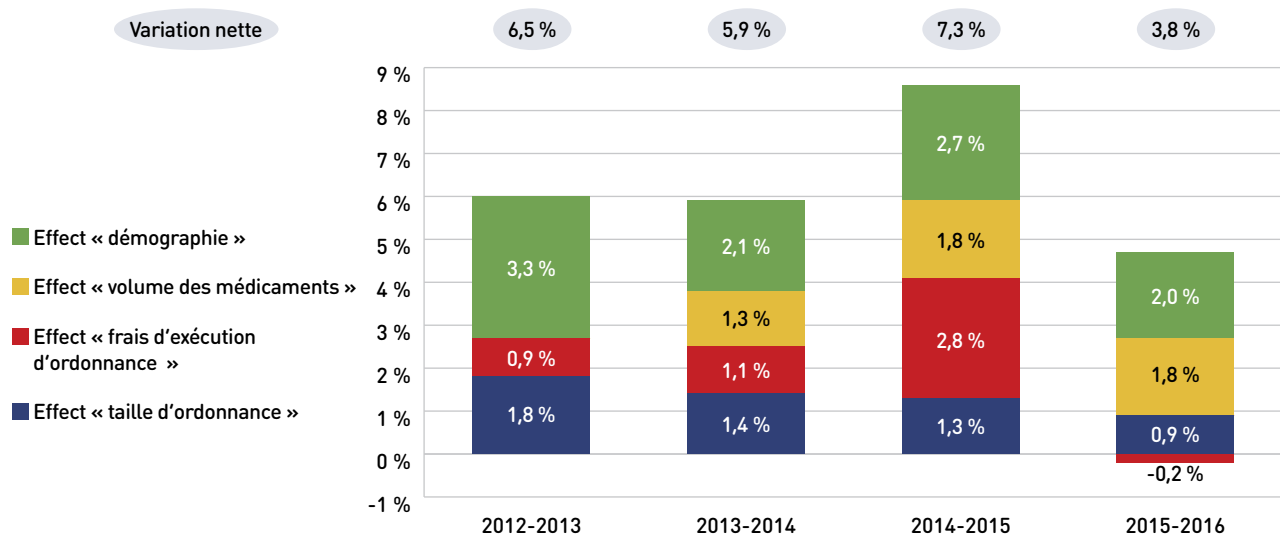
Dans quelle mesure les frais d'exécution d'ordonnance auraient-ils varié si un seul facteur (p. ex., les frais d'exécution moyens par ordonnance) avait changé pendant que tous les autres demeuraient stables?

Comme pour le coût des médicaments analysé à la section précédente, de nombreux facteurs évoluent en même temps, créant ainsi un effet résiduel ou croisé. L'effet croisé n'est pas présenté de façon distincte dans cette analyse, mais il est pris en considération dans la variation du coût total.

Après plusieurs années de croissance soutenue, au cours desquelles les frais d'exécution d'ordonnance sont passés de 5,9 % à 7,3 % entre 2012-2013 et 2014-2015, cette croissance a chuté à 3,8 % en 2015-2016. Ce taux de croissance plus faible découle des plus faibles pressions exercées par plusieurs inducteurs de coût (figure 4.1) :

- l'effet « démographie », qui était généralement le plus grand responsable de la croissance annuelle des frais d'exécution d'ordonnance (jusqu'à 3,3 % en 2012-2013), n'a été que de 2,0 % en 2015-2016;
- les variations des frais d'exécution moyens par ordonnance, qui ont eu un effet de poussée notable sur les frais d'exécution d'ordonnance au cours des années précédentes (allant de 0,9 % à 2,8 %), n'ont presque eu aucune incidence en 2015-2016 (-0,2 %), puisque les frais moyens par ordonnance ont faiblement baissé dans certains régimes alors qu'ils ont augmenté dans d'autres régimes (Tableau 4.1);
- l'effet « taille d'ordonnance », qui a été un important inducteur de coût dans les années précédentes (allant de 1,3 % à 1,8 %), n'a que modestement contribué à la croissance des frais d'exécution d'ordonnance en 2015-2016 suite à l'adoption de politiques provinciales concernant le nombre ou la taille des ordonnances.

Figure 4.1 Inducteurs des frais d'exécution d'ordonnance, régimes publics du SNIUMP*, de 2012-2013 à 2015-2016



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

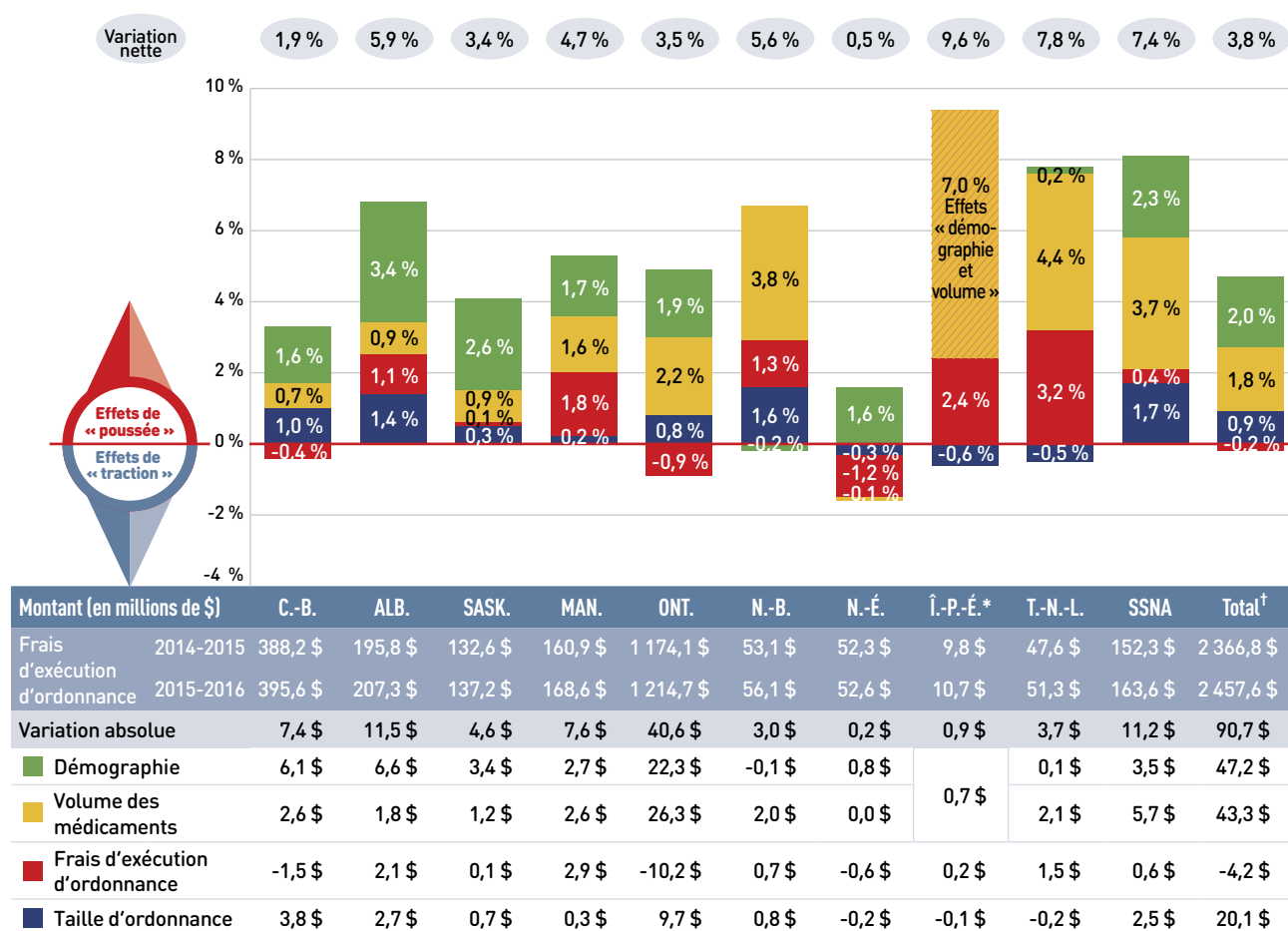
Source de données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Ces tendances générales des frais d'exécution d'ordonnance témoignent des pressions combinées exercées sur les dépenses de chacun des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP. La figure 4.2 rend compte des inducteurs des frais d'exécution d'ordonnance dans chacun de ces régimes en 2015-2016, exprimés en pourcentage et en taux de variation absolue des frais d'exécution d'ordonnance.

Le taux de variation des frais d'exécution d'ordonnance a grandement varié d'un régime à

l'autre, allant de 0,5 % en Nouvelle-Écosse à 9,6 % à l'Île-du-Prince-Édouard, en raison de la mise en œuvre d'un nouveau programme de médicaments génériques. Ce programme a provoqué une forte hausse du nombre de bénéficiaires et de la quantité de médicaments utilisés, ce qui s'est traduit par une forte pression à la hausse sur les frais d'exécution d'ordonnance exercée par les effets « démographie » et « volume ». Pour la plupart des autres administrations, la variation démographique a eu une contribution plus modeste (jusqu'à 3,4 %).

Figure 4.2 Taux de variation des frais d'exécution d'ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2014-2015 à 2015-2016



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

* Les effets « démographie » et « volume » ont été combinés pour l'Île-du-Prince-Édouard. En 2015, l'Île-du-Prince-Édouard a mis en œuvre un nouveau programme des médicaments génériques pour les résidents de moins de 65 ans sans assurance privée, limitant ainsi le prix qu'ils ont à déboursier pour obtenir des médicaments génériques d'ordonnance admissibles. Ce programme a provoqué une forte hausse du nombre de bénéficiaires et de la quantité de médicaments utilisés.

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

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

Une hausse de la quantité de médicaments utilisés est la principale cause de la croissance des frais d'exécution d'ordonnance en 2015-2016 à Terre-Neuve-et-Labrador (4,4 %), au Nouveau-Brunswick (3,8 %) et au sein des SSNA (3,7 %).

L'effet des frais d'exécution d'ordonnance a demeuré relativement stable dans la plupart des régimes, la plus grande croissance ayant eu lieu à Terre-Neuve-et-Labrador (3,2 %) et à l'Île-du-Prince-Édouard (2,4 %).

La contribution de l'effet « frais d'exécution d'ordonnance » est directement lié à la variation des frais d'exécution moyens par ordonnance, laquelle est influencée par les politiques de remboursement de chaque régime public d'assurance-médicaments. Un aperçu des politiques d'établissement des prix des médicaments génériques au sein des régimes publics d'assurance-médicaments se trouve à la section « Documents de référence » de la page Études analytiques du SNIUMP sur le site Web du CEPMB.

Le Tableau 4.1 rend compte des frais d'exécution moyens par ordonnance entre 2011-2012 et 2015-2016, ainsi que du taux de croissance entre 2014-2015 et 2015-2016 et du taux de croissance annuel composé pour toute la période. Les résultats sont une valeur moyenne de toutes les ordonnances et englobent divers frais d'exécution d'ordonnance.

Une analyse détaillée de la variation des frais d'exécution d'ordonnance donne à penser que le niveau des frais d'exécution d'ordonnance est lié à la taille d'ordonnance : les régimes dont les frais d'exécution d'ordonnance sont moins élevés remboursent généralement les ordonnances dont le nombre de jours d'approvisionnement est plus petit et vice versa. Ainsi, la Colombie-Britannique, l'Ontario et les SSNA, qui avaient les frais d'exécution d'ordonnance les moins élevés en 2015-16 (7,82 \$, 7,77 \$ et 8,61 \$, respectivement), ont remboursé les ordonnances d'une durée relativement plus courte (28,9, 25,5 et 22,5 jours d'approvisionnement par ordonnance, respectivement).

Tableau 4.1 Frais d'exécution moyens par ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2011-2012 à 2015-2016

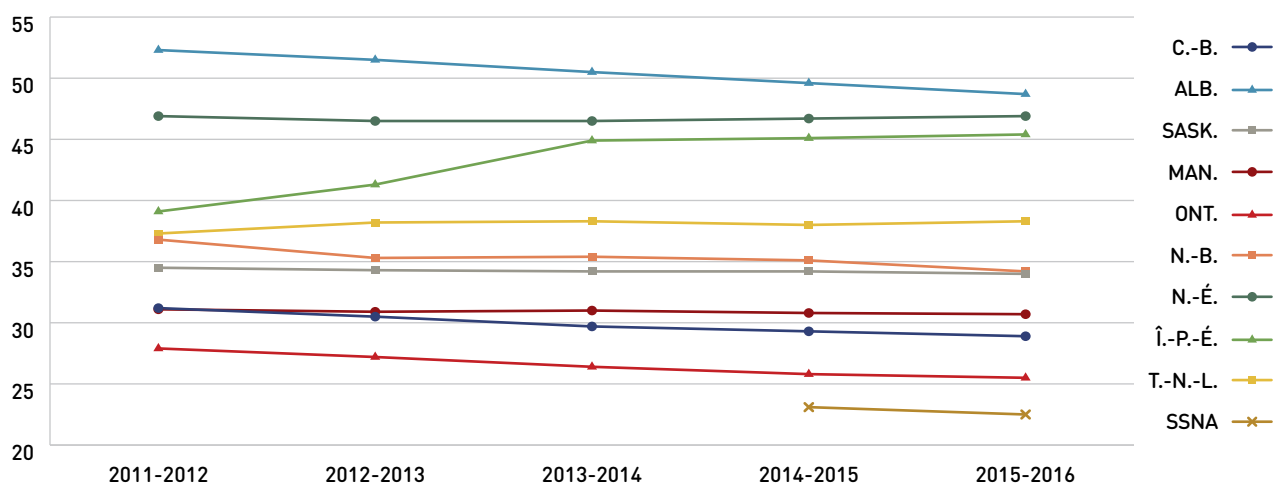
Régime public d'assurance-médicaments	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	Taux de croissance de 2014-2015 à 2015-2016	Taux de croissance annuel composé de 2011-2012 à 2015-2016
Colombie-Britannique	8,01 \$	8,01 \$	7,89 \$	7,85 \$	7,82 \$	-0,4 %	-0,6 %
Alberta	14,50 \$	13,43 \$	13,29 \$	14,13 \$	14,29 \$	1,1 %	-0,4 %
Saskatchewan	9,29 \$	9,64 \$	10,12 \$	10,59 \$	10,60 \$	0,1 %	3,3 %
Manitoba	9,58 \$	9,73 \$	9,84 \$	10,03 \$	10,19 \$	1,8 %	1,6 %
Ontario	7,34 \$	7,43 \$	7,54 \$	7,83 \$	7,77 \$	-0,9 %	1,4 %
Nouveau-Brunswick	9,83 \$	10,45 \$	10,36 \$	10,41 \$	10,54 \$	1,3 %	1,8 %
Nouvelle-Écosse	10,32 \$	11,08 \$	11,49 \$	11,31 \$	11,18 \$	-1,2 %	2,0 %
Île-du-Prince-Édouard	6,82 \$	8,46 \$	10,31 \$	10,21 \$	10,46 \$	2,4 %	11,3 %
Terre-Neuve-et-Labrador	4,76 \$	11,20 \$	12,20 \$	12,19 \$	12,58 \$	3,2 %	27,5 %
SSNA	-	-	-	8,57 \$	8,61 \$	0,4 %	0,4 %

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

La figure 4.3 illustre la tendance des jours d'approvisionnement par ordonnance entre 2011-2012 et 2015-2016. Les résultats représentent la valeur moyenne de toutes les ordonnances pour les formulations solides à administrer par voie orale et couvrent les médicaments de marque et les médicaments génériques utilisés pour les soins aigus et de maintien.

Selon les données, la taille d'ordonnance a été stable ou a légèrement diminué dans la plupart des régimes publics d'assurance-médicaments. Le Nouveau-Brunswick et les SSNA ont connu la réduction de la taille moyenne d'ordonnance la plus prononcée en 2015-2016 (-2,6 % et -2,7 %, respectivement). Cette réduction a exercé une pression à la hausse sur les frais d'exécution d'ordonnance (figure 4.2), puisqu'un plus grand nombre d'ordonnances ont été nécessaires pour délivrer un volume de médicaments donné.

Figure 4.3 Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2011-2012 à 2015-2016



	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance, 2015-2016	28,9	48,7	34	30,7	25,5	34,2	46,9	45,4	38,3	22,5
Pourcentage de variation de 2014-2015 à 2015-2016	-1,4 %	-1,8 %	-0,6 %	-0,3 %	-1,2 %	-2,6 %	0,4 %	0,7 %	0,8 %	-2,7 %

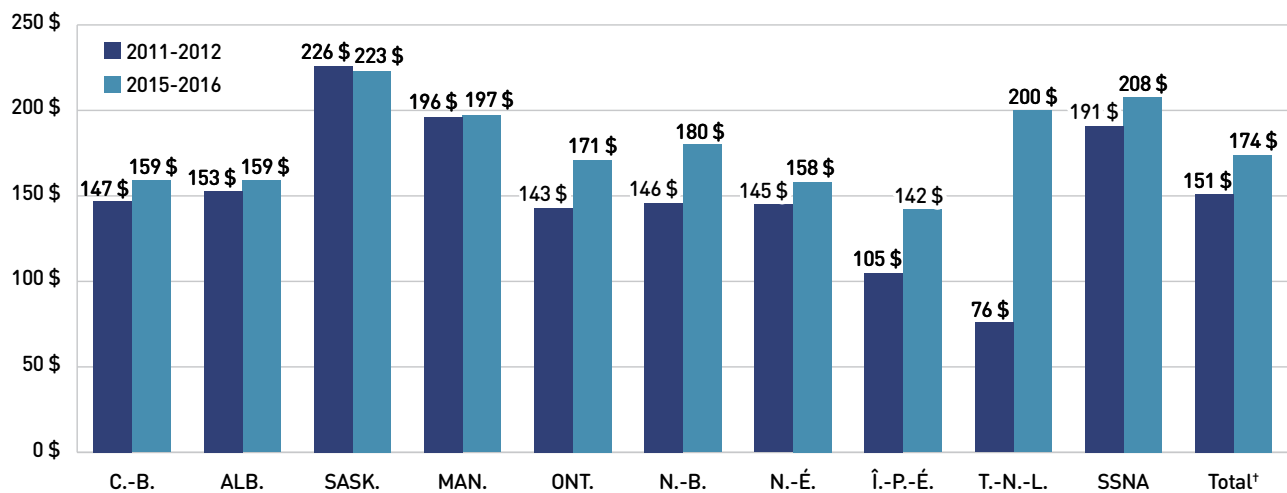
Remarque : Les données se rapportent aux formulations solides à administrer par voie orale seulement.

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

La figure 4.4 donne une comparaison plus pratique des frais d'exécution d'ordonnance entre les régimes en utilisant un certain groupe de médicaments offerts dans toutes les administrations : les 18 médicaments génériques assujettis aux politiques de l'APP, lesquelles ont réduit leur prix de 18 % par rapport au prix du médicament de marque équivalent. Les frais d'exécution d'ordonnance pour un million de comprimés de chaque médicament sont présentés pour deux ans : 2011-2012 et 2015-2016. Ces médicaments représentent 16,2 % de tous les frais d'exécution d'ordonnance assumés par les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP.

En règle générale, les frais d'exécution d'ordonnance remboursés par les régimes publics ont augmenté entre 2011-2012 et 2015-2016, même si l'ampleur de cette hausse varie considérablement. La Saskatchewan, le Manitoba, Terre-Neuve-et-Labrador et les SSNA ont remboursé certains des frais d'exécution d'ordonnance les plus élevés, soit environ 200 000 \$ ou plus pour un million de comprimés. Il convient de noter que le profil sanitaire du groupe des bénéficiaires et les types de médicaments prescrits (soins aigus ou de maintien) influencent le nombre moyen de jours d'approvisionnement et, de ce fait, les frais d'exécution d'ordonnance globaux pour chaque régime.

Figure 4.4 Frais d'exécution d'ordonnance (en milliers de dollars) pour un million de comprimés de 18 médicaments génériques courants*, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2011-2012 et 2015-2016



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

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

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

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



Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. 2016. *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2016 : regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments*. Ottawa : ICIS. Disponible à l'adresse : <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC3333> (page consultée en janvier 2017).
2. Institut canadien d'information sur la santé. 2016. *Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits – Document d'information sur les régimes, Juillet 2016*. Ottawa : ICIS. Disponible à l'adresse : <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?pf=PFC3234&lang=fr&media=0> (page consultée en janvier 2017).
3. IMS Brogan Strategic Information Services. 2015 et 2016. *Provincial Reimbursement Advisor (PRA)*. Volume 18 (2, 3, 4) et volume 19 (1, 2).
4. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. 2013. *Les facteurs de coût associés aux dépenses en médicaments d'ordonnance – Un rapport méthodologique*. Ottawa : CEPMB. Disponible à l'adresse : <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=887&lang=fr> (page consultée en janvier 2017).
5. Santé Canada. 2017. *Base de données des avis de conformité (AC)*. Disponible à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/notices-avis/noc-acc/index-fra.php> (page consultée en janvier 2017).
6. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. 2016. *Modernisation des Lignes directrices du CEPMB : document de discussion*. Ottawa : CEPMB. Disponible à l'adresse : <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/fr/nouvelles-et-activités/consultations/grandes-consultations-actuelles/repenser-les-lignes-directrices/document-de-discussion> (page consultée en janvier 2017).
7. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. 2016. *Rapport annuel 2015 du CEPMB*. Ottawa : CEPMB. Disponible à l'adresse : <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/fr/reporting/annual-reports> (page consultée en janvier 2017).
8. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. 2017. *Programme commun d'évaluation des médicaments*. Disponible à l'adresse : <https://www.cadth.ca/fr/product-type/programme-commun-devaluation-des-medicaments-0> (page consultée en janvier 2017).



Annexe A : Cinquante principaux médicaments brevetés par coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, 2015-2016 (en millions de \$)

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total [†]	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
1	Harvoni (sofosbuvir, lédirasvir)	Gilead Sciences Canada Inc.	455,33 \$	150,28 \$	32,90 \$	9,26 \$	19,50 \$	204,84 \$	5,55 \$	8,17 \$	0,00 \$	2,13 \$	22,70 \$
2	Remicade (infliximab)	Janssen Inc.	351,27 \$	87,02 \$	64,39 \$	32,21 \$	33,28 \$	105,31 \$	6,22 \$	9,88 \$	2,17 \$	4,41 \$	6,37 \$
3	Lucentis (ranibizumab)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	336,60 \$	-	44,05 \$	3,63 \$	-	279,23 \$	4,33 \$	-	0,19 \$	2,74 \$	2,42 \$
4	Humira (adalimumab)	AbbVie Corporation	226,54 \$	66,80 \$	34,19 \$	18,81 \$	20,45 \$	63,11 \$	3,15 \$	7,61 \$	1,76 \$	3,94 \$	6,72 \$
5	Advair (salmétérol, propionate de fluticasone)	GlaxoSmithKline Inc.	156,86 \$	20,31 \$	19,50 \$	5,48 \$	11,49 \$	85,58 \$	4,41 \$	3,17 \$	0,29 \$	1,69 \$	4,94 \$
6	Enbrel (étanercept)	Immune Corporation	139,86 \$	29,89 \$	18,49 \$	9,07 \$	14,51 \$	51,39 \$	2,46 \$	3,87 \$	0,73 \$	1,37 \$	8,09 \$
7	Sovaldi (sofosbuvir)	Gilead Sciences Canada Inc.	124,91 \$	37,80 \$	7,50 \$	3,47 \$	3,63 \$	59,18 \$	1,01 \$	1,37 \$	0,00 \$	0,61 \$	10,34 \$
8	Lantus (insuline glargine)	Sanofi-aventis Canada Inc.	124,64 \$	18,37 \$	12,14 \$	9,04 \$	2,85 \$	67,27 \$	1,40 \$	1,45 \$	0,14 \$	0,11 \$	11,85 \$
9	Cymbalta (duloxétine)	Eli Lilly Canada Inc.	101,63 \$	0,73 \$	10,07 \$	6,01 \$	3,38 \$	76,98 \$	0,20 \$	0,32 \$	-	0,04 \$	3,92 \$
10	Coversyl (péridopril erbumine)	Servier Canada Inc.	100,26 \$	7,00 \$	10,57 \$	6,27 \$	5,65 \$	59,81 \$	3,08 \$	2,74 \$	0,38 \$	1,42 \$	3,34 \$
11	Spiriva (tiotropium)	Boehringer Ingelheim	98,37 \$	7,33 \$	13,33 \$	3,69 \$	1,95 \$	65,09 \$	2,18 \$	2,19 \$	0,24 \$	0,65 \$	1,74 \$
12	Revlimid (lénalidomide)	Celgene Inc.	90,40 \$	-	-	-	7,23 \$	73,79 \$	2,72 \$	3,49 \$	0,25 \$	1,89 \$	0,83 \$
13	Januvia (sitagliptine)	Merck Canada Inc.	86,20 \$	0,02 \$	3,54 \$	2,07 \$	1,51 \$	71,76 \$	1,11 \$	0,85 \$	0,00 \$	0,12 \$	5,23 \$
14	Janumet (sitagliptine, chlorhydrate de metformine)	Merck Canada Inc.	74,40 \$	0,01 \$	3,22 \$	0,97 \$	0,03 \$	66,58 \$	0,75 \$	0,23 \$	0,00 \$	0,01 \$	2,58 \$
15	Symbicort (fumarate de formotérol dihydraté, budésonide)	AstraZeneca Canada Inc.	73,27 \$	9,46 \$	11,49 \$	2,93 \$	4,91 \$	39,86 \$	1,01 \$	1,44 \$	0,15 \$	0,59 \$	1,42 \$
16	Xarelto (rivaroxaban)	Bayer Inc.	72,83 \$	7,88 \$	8,89 \$	2,96 \$	2,70 \$	46,61 \$	1,58 \$	0,92 \$	0,10 \$	0,25 \$	0,94 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total†	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
17	Eylea (afibercept)	Bayer Inc.	65,60 \$	-	-	1,36 \$	-	62,57 \$	1,15 \$	-	0,14 \$	0,14 \$	0,24 \$
18	Tecta (pantoprazole)	Takeda Canada Inc.	63,81 \$	9,58 \$	4,83 \$	1,83 \$	-	37,67 \$	5,76 \$	1,33 \$	0,87 \$	0,04 \$	1,90 \$
19	Invega Sustenna (palipéridone)	Janssen Inc.	59,17 \$	16,81 \$	0,87 \$	1,93 \$	0,91 \$	32,19 \$	1,81 \$	0,18 \$	-	0,33 \$	4,14 \$
20	Flovent HFA (propionate de fluticasone)	GlaxoSmithKline Inc.	54,61 \$	10,93 \$	1,35 \$	3,61 \$	3,13 \$	22,53 \$	2,14 \$	1,56 \$	0,33 \$	2,04 \$	6,98 \$
21	Abitify (aripiprazole)	Bristol-Myers Squibb Canada	51,93 \$	9,29 \$	1,00 \$	0,85 \$	3,48 \$	35,15 \$	0,55 \$	0,22 \$	0,03 \$	0,06 \$	1,30 \$
22	Eliquis (apixaban)	Bristol-Myers Squibb Canada	48,90 \$	3,46 \$	3,52 \$	1,00 \$	1,32 \$	38,80 \$	0,21 \$	0,28 \$	0,03 \$	0,01 \$	0,28 \$
23	Pradaxa (dabigatran etexilate)	Boehringer Ingelheim	42,20 \$	3,04 \$	4,94 \$	1,17 \$	1,52 \$	29,66 \$	0,82 \$	0,64 \$	0,05 \$	0,07 \$	0,28 \$
24	Neupogen (filgrastim)	Amgen Canada Inc.	39,33 \$	8,20 \$	1,58 \$	0,23 \$	-	26,84 \$	0,37 \$	-	0,16 \$	1,13 \$	0,82 \$
25	Stelara (ustekinumab)	Janssen Inc.	38,08 \$	6,73 \$	7,17 \$	1,90 \$	2,45 \$	15,54 \$	0,74 \$	1,30 \$	0,11 \$	1,26 \$	0,87 \$
26	Prolia (denosumab)	Amgen Canada Inc.	36,87 \$	0,72 \$	0,41 \$	0,24 \$	0,41 \$	34,79 \$	0,09 \$	0,13 \$	-	0,00 \$	0,08 \$
27	Simponi (golimumab)	Janssen Inc.	36,14 \$	7,69 \$	5,29 \$	2,46 \$	1,82 \$	13,45 \$	0,79 \$	1,21 \$	0,23 \$	1,13 \$	2,06 \$
28	Copaxone (acétate de glatiramer)	Teva Canada Limited	35,12 \$	6,36 \$	10,74 \$	3,85 \$	4,00 \$	8,19 \$	0,61 \$	-	0,28 \$	0,55 \$	0,56 \$
29	Tecfidera (fumarate de diméthyle)	Biogen Canada Inc.	34,80 \$	9,20 \$	6,87 \$	5,70 \$	2,01 \$	6,82 \$	1,93 \$	1,09 \$	0,00 \$	0,96 \$	0,31 \$
30	Viread (fumarate de ténofovir disoproxil)	Gilead Sciences Canada Inc.	34,80 \$	7,40 \$	3,36 \$	0,34 \$	1,30 \$	22,14 \$	0,05 \$	0,09 \$	-	-	0,11 \$
31	Zytiga (acétate d'abiratéronne)	Janssen Inc.	34,05 \$	-	-	-	3,30 \$	28,74 \$	1,00 \$	0,44 \$	0,04 \$	0,52 \$	-
32	Novorapid (insuline aspart)	Novo Nordisk Canada Inc.	33,13 \$	4,22 \$	2,82 \$	0,96 \$	2,21 \$	18,65 \$	0,48 \$	0,91 \$	0,40 \$	0,22 \$	2,26 \$
33	Truvada (fumarate de ténofovir disoproxil, emtricitabine)	Gilead Sciences Canada Inc.	30,46 \$	-	-	1,52 \$	2,17 \$	21,08 \$	0,73 \$	-	-	0,26 \$	4,70 \$
34	Actonel DR (risédronate sodique)	Warner Chilcott Canada Co.	29,87 \$	-	-	0,18 \$	-	29,69 \$	-	-	-	-	-
35	Botox (onabotulinum toxine A)	Allergan Inc.	29,79 \$	5,70 \$	3,44 \$	0,89 \$	1,39 \$	16,45 \$	0,36 \$	0,71 \$	-	-	0,84 \$
36	Lumigan RC (bimatoprost)	Allergan Inc.	29,68 \$	4,82 \$	2,47 \$	0,89 \$	1,82 \$	17,70 \$	0,39 \$	0,65 \$	0,15 \$	0,31 \$	0,48 \$
37	Oxycodone (chlorhydrate d'oxycodone)	Purdue Pharma	29,61 \$	1,19 \$	7,37 \$	1,19 \$	2,70 \$	15,27 \$	0,63 \$	0,21 \$	-	0,21 \$	0,84 \$
38	Risperdal/Consta (rispéridone)	Janssen Inc.	29,04 \$	4,75 \$	0,41 \$	1,49 \$	1,66 \$	15,81 \$	1,39 \$	0,24 \$	0,24 \$	0,29 \$	2,78 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total†	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
39	Trajenta (linagliptine)	Boehringer Ingelheim	28,50 \$	4,31 \$	1,39 \$	0,73 \$	0,67 \$	20,27 \$	0,36 \$	0,03 \$	0,00 \$	0,02 \$	0,71 \$
40	Orencia (abatacept)	Bristol-Myers Squibb Canada	27,16 \$	7,88 \$	4,22 \$	1,33 \$	1,06 \$	9,67 \$	0,32 \$	0,94 \$	0,04 \$	0,14 \$	1,57 \$
41	Valtrex (valacyclovir)	GlaxoSmithKline Inc.	25,58 \$	12,72 \$	2,98 \$	2,67 \$	2,83 \$	1,83 \$	0,23 \$	0,27 \$	0,06 \$	0,18 \$	1,82 \$
42	Atripla (emtricitabine, fumarate de ténofovir disoproxil, éfavirenz)	Bristol-Myers Squibb et Gilead Sciences, LLC	25,07 \$	-	-	1,22 \$	0,95 \$	20,21 \$	0,81 \$	-	-	0,16 \$	1,71 \$
43	Humalog (insuline lispro)	Eli Lilly Canada Inc.	24,56 \$	3,76 \$	2,20 \$	2,51 \$	2,09 \$	10,06 \$	0,63 \$	0,42 \$	0,43 \$	0,18 \$	2,28 \$
44	Levemir Penfill (insuline détémir)	Novo Nordisk Canada Inc.	24,48 \$	2,90 \$	-	1,32 \$	0,09 \$	17,98 \$	0,28 \$	0,69 \$	0,03 \$	0,10 \$	1,08 \$
45	Tiazac XC (chlorhydrate de diltiazem)	Valeant Canada LP/ Valeant Canada S.E.C.	24,39 \$	2,68 \$	3,23 \$	0,60 \$	1,33 \$	14,46 \$	0,67 \$	0,54 \$	0,09 \$	0,44 \$	0,36 \$
46	Soliris (éculizumab)	Alexion Pharma GmbH	24,38 \$	-	4,12 \$	-	-	20,27 \$	-	-	-	-	-
47	Lupron Depot (acétate de leuprolide)	AbbVie Corporation	23,42 \$	0,90 \$	0,08 \$	0,20 \$	0,29 \$	19,05 \$	0,66 \$	0,76 \$	0,09 \$	0,66 \$	0,72 \$
48	Stribild (fumarate de ténofovir disoproxil, emtricitabine, élvitegravir)	Gilead Sciences Canada Inc.	21,93 \$	-	-	1,01 \$	1,27 \$	16,83 \$	0,75 \$	-	-	-	2,07 \$
49	Concerta (chlorhydrate de méthylphénidate)	Janssen Inc.	21,90 \$	5,59 \$	-	5,45 \$	2,92 \$	4,35 \$	0,09 \$	0,03 \$	0,01 \$	0,01 \$	3,44 \$
50	Eprex (époétin alfa)	Janssen Inc.	21,34 \$	-	1,08 \$	2,37 \$	0,29 \$	15,13 \$	0,65 \$	0,27 \$	-	0,32 \$	1,23 \$
Total			3 793,07 \$	603,74 \$	382,02 \$	168,87 \$	184,46 \$	2 136,23 \$	68,61 \$	62,87 \$	10,21 \$	33,72 \$	142,25 \$
Part de tous les médicaments brevetés			78 %	79 %	84 %	76 %	75 %	76 %	74 %	77 %	81 %	72 %	74 %

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

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

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

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



Annexe B : Cinquante principaux médicaments génériques de sources diverses, selon le coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, 2015-2016 (en millions de \$)

Rang	Ingrédient	Total [†]	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
1	Atorvastatine	115,64 \$	20,86 \$	11,45 \$	4,79 \$	7,25 \$	60,66 \$	1,97 \$	2,61 \$	0,50 \$	1,47 \$	4,09 \$
2	Rosuvastatine	74,07 \$	11,97 \$	7,01 \$	4,04 \$	3,63 \$	39,13 \$	1,72 \$	2,36 \$	0,44 \$	1,68 \$	2,09 \$
3	Amlodipine	61,47 \$	9,84 \$	6,37 \$	2,75 \$	3,38 \$	34,28 \$	0,90 \$	1,43 \$	0,36 \$	0,34 \$	1,82 \$
4	Pantoprazole	47,78 \$	1,85 \$	8,82 \$	2,57 \$	1,39 \$	29,37 \$	0,58 \$	0,64 \$	0,09 \$	0,18 \$	2,30 \$
5	Ramipril	43,51 \$	13,26 \$	3,51 \$	1,92 \$	2,35 \$	17,75 \$	0,72 \$	0,80 \$	0,22 \$	0,68 \$	2,31 \$
6	Gabapentine	40,59 \$	11,16 \$	3,97 \$	2,07 \$	3,18 \$	12,87 \$	1,04 \$	0,78 \$	0,20 \$	0,13 \$	5,20 \$
7	Chlorhydrate de metformine	31,33 \$	5,81 \$	3,20 \$	1,31 \$	2,22 \$	14,41 \$	0,58 \$	0,81 \$	0,23 \$	0,57 \$	2,18 \$
8	Rabéprazole sodique	31,19 \$	4,37 \$	0,69 \$	2,49 \$	2,00 \$	16,06 \$	0,26 \$	1,83 \$	0,10 \$	1,45 \$	1,95 \$
9	Quétiapine	31,01 \$	3,91 \$	1,17 \$	1,27 \$	2,10 \$	17,85 \$	1,40 \$	0,52 \$	0,11 \$	0,90 \$	1,77 \$
10	Venlafaxine	29,57 \$	8,22 \$	2,13 \$	2,42 \$	2,78 \$	10,20 \$	0,81 \$	0,67 \$	0,12 \$	0,70 \$	1,52 \$
11	Oméprazole	28,59 \$	0,74 \$	3,93 \$	1,61 \$	4,93 \$	10,56 \$	1,13 \$	1,66 \$	0,28 \$	1,10 \$	2,65 \$
12	Olanzapine	27,89 \$	5,16 \$	0,92 \$	0,68 \$	1,66 \$	15,74 \$	1,12 \$	0,39 \$	0,15 \$	0,45 \$	1,62 \$
13	Fentanyl	27,68 \$	2,82 \$	1,45 \$	1,56 \$	1,59 \$	19,07 \$	0,31 \$	0,41 \$	0,02 \$	0,04 \$	0,41 \$
14	Clopidogrel	25,62 \$	3,04 \$	1,95 \$	1,00 \$	1,97 \$	15,20 \$	0,58 \$	0,74 \$	0,09 \$	0,36 \$	0,69 \$
15	Escitalopram	24,28 \$	6,68 \$	1,67 \$	0,54 \$	0,39 \$	13,92 \$	0,02 \$	0,03 \$	-	0,01 \$	1,01 \$
16	Simvastatine	23,12 \$	5,22 \$	2,32 \$	1,27 \$	1,15 \$	10,65 \$	0,53 \$	0,79 \$	0,15 \$	0,52 \$	0,54 \$

Suite à la page suivante

Rang	Ingrédient	Total [†]	C.-B.	ALB.	SASK	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
17	Chlorhydrate de donépézil	22,92 \$	1,91 \$	1,17 \$	0,20 \$	0,42 \$	17,87 \$	0,45 \$	0,49 \$	0,10 \$	0,24 \$	0,07 \$
18	Sertraline	21,68 \$	5,73 \$	1,15 \$	1,59 \$	1,83 \$	8,55 \$	0,58 \$	0,55 \$	0,09 \$	0,52 \$	1,10 \$
19	Nifédipine	21,44 \$	2,63 \$	2,00 \$	0,79 \$	2,11 \$	10,20 \$	1,07 \$	0,77 \$	0,11 \$	0,73 \$	1,03 \$
20	Lansoprazole	21,44 \$	0,79 \$	4,93 \$	0,51 \$	0,13 \$	14,22 \$	0,17 \$	0,06 \$	-	0,01 \$	0,61 \$
21	Prégabaline	21,41 \$	0,18 \$	-	1,50 \$	0,01 \$	18,46 \$	0,16 \$	0,31 \$	0,01 \$	0,05 \$	0,73 \$
22	Ézétimibe	19,73 \$	0,01 \$	1,39 \$	1,29 \$	0,29 \$	15,14 \$	0,44 \$	0,45 \$	0,04 \$	0,27 \$	0,42 \$
23	Citalopram	19,62 \$	4,90 \$	1,40 \$	1,63 \$	2,06 \$	6,60 \$	0,72 \$	0,73 \$	0,16 \$	0,37 \$	1,05 \$
24	Tartrate de métoprolol	19,57 \$	3,72 \$	2,39 \$	1,26 \$	1,94 \$	6,96 \$	0,55 \$	1,03 \$	0,16 \$	0,84 \$	0,72 \$
25	Chlorhydrate de diltiazème	19,21 \$	4,39 \$	1,41 \$	0,81 \$	1,18 \$	9,50 \$	0,60 \$	0,51 \$	0,13 \$	0,22 \$	0,45 \$
26	Lévodopa carbidopa	19,05 \$	3,09 \$	1,83 \$	0,83 \$	1,33 \$	10,55 \$	0,35 \$	0,42 \$	0,09 \$	0,22 \$	0,33 \$
27	Amoxicilline	18,09 \$	5,65 \$	0,77 \$	1,81 \$	1,81 \$	5,41 \$	0,17 \$	0,18 \$	0,06 \$	0,33 \$	1,89 \$
28	Salbutamol	17,49 \$	4,31 \$	0,62 \$	0,99 \$	1,32 \$	7,13 \$	0,59 \$	0,51 \$	0,10 \$	0,38 \$	1,53 \$
29	Ranitidine	17,09 \$	3,76 \$	0,54 \$	1,33 \$	1,19 \$	6,55 \$	0,44 \$	0,89 \$	0,15 \$	0,91 \$	1,34 \$
30	Chlorhydrate de bupropion	16,49 \$	3,83 \$	1,20 \$	1,20 \$	1,79 \$	7,02 \$	0,29 \$	0,25 \$	0,02 \$	0,18 \$	0,72 \$
31	Acétaminophène chlorhydrate d'oxycodone	16,45 \$	1,57 \$	0,72 \$	-	0,94 \$	11,45 \$	0,13 \$	0,10 \$	0,07 \$	0,40 \$	1,04 \$
32	Paroxétine	16,33 \$	3,68 \$	1,02 \$	1,36 \$	1,57 \$	5,99 \$	0,50 \$	0,50 \$	0,09 \$	0,64 \$	0,98 \$
33	Fluoxétine	16,25 \$	4,55 \$	1,14 \$	1,53 \$	1,85 \$	5,04 \$	0,34 \$	0,30 \$	0,07 \$	0,34 \$	1,09 \$
34	Rispéridone	15,96 \$	3,24 \$	0,45 \$	1,05 \$	1,24 \$	7,52 \$	0,72 \$	0,27 \$	0,10 \$	0,44 \$	0,95 \$
35	Riséronate sodique	15,03 \$	0,27 \$	1,64 \$	0,40 \$	0,18 \$	11,58 \$	0,22 \$	0,49 \$	0,03 \$	0,07 \$	0,15 \$
36	Gliclazide	15,02 \$	0,54 \$	1,11 \$	0,65 \$	1,47 \$	8,48 \$	0,31 \$	0,66 \$	0,15 \$	0,40 \$	1,27 \$
37	Céphalexine	14,99 \$	4,43 \$	0,85 \$	1,34 \$	1,41 \$	4,45 \$	0,17 \$	0,25 \$	0,05 \$	0,24 \$	1,80 \$
38	Chlorhydrate d'hydromorphone	14,95 \$	3,79 \$	0,93 \$	1,19 \$	0,71 \$	6,95 \$	0,26 \$	0,44 \$	0,08 \$	0,04 \$	0,54 \$
39	Clozapine	14,93 \$	8,07 \$	0,38 \$	1,20 \$	2,58 \$	-	0,82 \$	0,00 \$	-	0,42 \$	1,47 \$
40	Candésartan cilexétel	14,75 \$	2,09 \$	1,51 \$	0,86 \$	0,61 \$	8,19 \$	0,29 \$	0,38 \$	0,06 \$	0,40 \$	0,35 \$
41	Valsartan	14,67 \$	1,67 \$	2,37 \$	1,04 \$	0,86 \$	7,78 \$	0,09 \$	0,35 \$	0,07 \$	0,10 \$	0,35 \$
42	Zopiclone	14,25 \$	3,09 \$	4,92 \$	-	3,23 \$	0,11 \$	1,27 \$	0,69 \$	0,08 \$	0,87 \$	-

Suite à la page suivante

Rang	Ingrédient	Total†	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
43	Chlorhydrate de tamsulosine	13,30 \$	2,63 \$	2,35 \$	0,80 \$	0,74 \$	5,59 \$	0,42 \$	0,18 \$	0,09 \$	0,22 \$	0,28 \$
44	Épinéphrine	13,20 \$	5,08 \$	0,62 \$	1,35 \$	1,44 \$	2,83 \$	0,15 \$	0,08 \$	0,00 \$	0,05 \$	1,60 \$
45	Nitroglycérine	13,14 \$	2,01 \$	1,47 \$	0,61 \$	0,63 \$	6,51 \$	0,46 \$	0,64 \$	0,11 \$	0,34 \$	0,35 \$
46	Méthotrexate	13,13 \$	3,35 \$	1,79 \$	0,63 \$	0,84 \$	4,90 \$	0,23 \$	0,34 \$	0,05 \$	0,18 \$	0,82 \$
47	Nabilone	13,07 \$	2,90 \$	0,78 \$	0,02 \$	1,54 \$	7,35 \$	0,22 \$	0,10 \$	-	0,07 \$	0,10 \$
48	Irbesartan	12,66 \$	0,93 \$	1,87 \$	0,60 \$	1,17 \$	7,09 \$	0,17 \$	0,29 \$	0,05 \$	0,11 \$	0,38 \$
49	Chlorhydrate de méthadone	12,17 \$	0,36 \$	0,07 \$	-	0,39 \$	8,70 \$	0,52 \$	-	0,22 \$	0,46 \$	1,46 \$
50	Lévétiracétam	11,95 \$	2,82 \$	1,43 \$	1,37 \$	0,87 \$	3,64 \$	0,26 \$	0,28 \$	0,06 \$	0,17 \$	1,05 \$
	Total	1 224,77 \$	216,88 \$	108,78 \$	64,03 \$	83,65 \$	606,03 \$	27,80 \$	29,96 \$	5,71 \$	21,81 \$	60,17 \$
	Part de tous les médicaments génériques de sources diverses	61 %	58 %	61 %	58 %	51 %	64 %	62 %	60 %	63 %	58 %	56 %

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

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

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

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



Annexe C : Cinquante principaux médicaments non brevetés de source unique selon le coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments choisis du SNIUMP*, 2015-2016 (en milliers de \$)

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total [†]	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
1	Fragmin anti-factor Xa (daltéparine sodique)	Pfizer Canada Inc.	37 266 \$	10 130 \$	3 172 \$	725 \$	3 243 \$	17 342 \$	493 \$	1 189 \$	36 \$	1 \$	935 \$
2	Olmotec (olmésartan médoxomil)	Merck Canada Inc.	31 539 \$	2 209 \$	3 585 \$	3 058 \$	-	19 827 \$	1 037 \$	917 \$	154 \$	-	752 \$
3	Rebif (interféron bêta-1a)	EMD Serono division d'EMD Inc. Canada	21 683 \$	4 220 \$	4 732 \$	2 280 \$	1 698 \$	6 970 \$	887 \$	-	211 \$	339 \$	347 \$
4	Zoladex LA dépôt sous forme d'injection (goseréline)	AstraZeneca Canada Inc.	18 698 \$	16 \$	-	-	66 \$	16 388 \$	621 \$	999 \$	133 \$	247 \$	228 \$
5	Innohep fiole multidoses (tinzaparine sodique)	Leo Pharma Inc.	12 025 \$	417 \$	4 437 \$	1 822 \$	-	5 010 \$	1 \$	-	-	-	338 \$
6	Rapaflo (siltosine)	Actavis Specialty Pharmaceuticals Co	10 581 \$	-	-	-	-	10 581 \$	-	-	-	-	-
7	Crème vaginale Premarin (œstrogènes conjugués)	Pfizer Canada Inc.	7 885 \$	2 623 \$	987 \$	750 \$	538 \$	2 250 \$	156 \$	123 \$	41 \$	112 \$	305 \$
8	Olestyr (résine de cholestyramine)	PendoPharm division de Pharmascience Inc.	7 492 \$	1 712 \$	837 \$	414 \$	326 \$	3 420 \$	175 \$	249 \$	48 \$	131 \$	182 \$
9	Aranesp sans HAS (darbépoéine alfa)	Amgen Canada Inc.	7 000 \$	-	7 000 \$	-	-	-	-	-	-	-	-
10	Aggrenox (dipyridamole acide acétylsalicylique)	Boehringer Ingelheim	6 230 \$	46 \$	691 \$	99 \$	68 \$	5 080 \$	39 \$	49 \$	-	36 \$	121 \$
11	Tivicay (dolutégravir)	ViiV Healthcare ULC	5 846 \$	-	-	470 \$	299 \$	3 883 \$	196 \$	-	-	12 \$	986 \$
12	Remodulin (tréprostnilil)	United Therapeutics Corporation	5 180 \$	1 625 \$	-	-	-	2 661 \$	894 \$	-	-	-	-
13	Xtandi (enzalutamide)	Astellas Pharma Canada Inc.	5 047 \$	-	-	-	161 \$	4 116 \$	330 \$	131 \$	70 \$	240 \$	-
14	Trandate (chlorhydrate de labétalol)	Paladin Labs Inc.	4 646 \$	1 003 \$	361 \$	299 \$	453 \$	1 714 \$	125 \$	275 \$	45 \$	101 \$	268 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total†	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	I.-N.-L.	SSNA
15	Levemir Penfill (insuline détérimir)	Novo Nordisk Canada Inc.	4 477 \$	-	4 477 \$	-	-	-	-	-	-	-	-
16	Creon minimicrosphères (protéase amylase lipase)	BGP Pharma ULC	4 368 \$	1 048 \$	494 \$	387 \$	443 \$	1 616 \$	229 \$	21 \$	-	1 \$	128 \$
17	Elaprase (idursulfase)	Shire Human Genetic Therapies Inc.	4 313 \$	-	-	-	-	4 313 \$	-	-	-	-	-
18	Apo-Mycophenolic Acid (acide mycophénolique)	Apotex Inc.	4 236 \$	-	-	422 \$	103 \$	3 505 \$	40 \$	-	-	-	166 \$
19	Elmiron (polysulfate de pentosan sodique)	Janssen Inc.	4 169 \$	2 226 \$	299 \$	82 \$	413 \$	356 \$	175 \$	323 \$	17 \$	86 \$	191 \$
20	Trelstar (triptoréline)	Allergan Pharma Co.	4 160 \$	-	-	-	-	3 419 \$	100 \$	539 \$	91 \$	-	11 \$
21	Fucidine (acide fusidique)	Leo Pharma Inc.	3 850 \$	674 \$	150 \$	442 \$	172 \$	1 767 \$	138 \$	54 \$	5 \$	199 \$	250 \$
22	HP-Pac (lansoprazole amoxicilline clarithromycine)	Takeda Pharmaceuticals America Inc.	3 640 \$	1 541 \$	158 \$	78 \$	39 \$	1 075 \$	4 \$	43 \$	-	55 \$	647 \$
23	Humatrope (somatropine diluée)	Eli Lilly Canada Inc.	3 012 \$	818 \$	250 \$	79 \$	263 \$	986 \$	62 \$	-	-	405 \$	148 \$
24	Bezalip SR (bézafibrate)	Actavis Specialty Pharmaceuticals Co.	2 966 \$	-	240 \$	7 \$	462 \$	2 113 \$	9 \$	32 \$	-	16 \$	88 \$
25	Pentoxifyline SR (pentoxifyline)	AA Pharma Inc.	2 920 \$	614 \$	327 \$	128 \$	62 \$	1 592 \$	21 \$	9 \$	7 \$	89 \$	70 \$
26	TobraDex gouttes ophtalmiques (dexaméthasone tobramycine)	Alcon Canada Inc.	2 905 \$	783 \$	350 \$	267 \$	81 \$	1 096 \$	53 \$	64 \$	4 \$	65 \$	143 \$
27	Humulin (insuline isophane)	Eli Lilly Canada Inc.	2 894 \$	964 \$	182 \$	311 \$	258 \$	564 \$	112 \$	190 \$	25 \$	146 \$	142 \$
28	Fluanxol depot (décanoate de flupentixol)	Lundbeck Canada Inc.	2 811 \$	516 \$	49 \$	184 \$	121 \$	1 628 \$	36 \$	39 \$	-	45 \$	192 \$
29	Codeine Contin controlled release (codéine)	Purdue Pharma	2 777 \$	297 \$	-	40 \$	168 \$	1 686 \$	122 \$	73 \$	3 \$	21 \$	368 \$
30	Cytomel (liothyronine)	Pfizer Canada Inc.	2 613 \$	210 \$	257 \$	-	156 \$	7 \$	20 \$	23 \$	-	7 \$	37 \$
31	Apo-Quinapril/HCTZ (quinapril hydrochlorothiazide)	Apotex Inc.	2 544 \$	687 \$	140 \$	124 \$	137 \$	1 217 \$	17 \$	62 \$	6 \$	91 \$	62 \$
32	Nplate (romiplostim)	Amgen Canada Inc.	2 471 \$	178 \$	-	-	-	2 293 \$	-	-	-	-	-
33	Soriatane (acitrétine)	Actavis Specialty Pharmaceuticals Co.	2 155 \$	379 \$	107 \$	119 \$	153 \$	1 046 \$	76 \$	86 \$	7 \$	60 \$	122 \$
34	Serevent Diskus (salmétérol)	GlaxoSmithKline Inc.	2 004 \$	353 \$	-	113 \$	157 \$	1 155 \$	73 \$	23 \$	3 \$	7 \$	120 \$
35	One-Alpha (alfacalcidol)	Leo Pharma Inc.	1 961 \$	842 \$	48 \$	53 \$	9 \$	799 \$	52 \$	39 \$	-	21 \$	99 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total†	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
36	Prolopa (lévodopa benserazide)	Hoffmann-La Roche Limited	1 902 \$	158 \$	149 \$	30 \$	73 \$	1 428 \$	7 \$	32 \$	-	14 \$	12 \$
37	Apo-Amiodipine-Atorvastatin (amlodipine atorvastatine solvate atorvastatine calcique propylène glycol)	Apotex Inc.	1 888 \$	-	-	157 \$	-	1 620 \$	11 \$	73 \$	-	-	26 \$
38	Loitriderm (clotrimazole bétaméthasone)	Merck Canada Inc.	1 812 \$	-	559 \$	496 \$	35 \$	-	129 \$	266 \$	-	34 \$	293 \$
39	Flecaïnide (acétate de flécaïnide)	AA Pharma Inc.	1 756 \$	343 \$	166 \$	151 \$	124 \$	889 \$	26 \$	14 \$	-	2 \$	39 \$
40	pms-Amantadine hydrochloride (chlorhydrate d'amantadine)	Pharmascience Inc.	1 693 \$	332 \$	143 \$	155 \$	89 \$	811 \$	31 \$	56 \$	9 \$	29 \$	38 \$
41	Mestinon USP (bromure de pyridostigmine)	Valeant Canada LP/ Valeant Canada S.E.C.	1 601 \$	287 \$	173 \$	131 \$	121 \$	719 \$	28 \$	62 \$	7 \$	22 \$	50 \$
42	Benzacilin topique (peroxyde de benzoyle clindamycine)	Valeant Canada LP/ Valeant Canada S.E.C.	1 594 \$	-	8 \$	452 \$	-	958 \$	-	-	-	27 \$	149 \$
43	Imipramine (chlorhydrate d'imipramine)	AA Pharma Inc.	1 510 \$	367 \$	137 \$	109 \$	122 \$	594 \$	25 \$	65 \$	13 \$	41 \$	38 \$
44	Lovenox avec agent de conservation (enoxaparine sodique)	Sanofi-aventis Canada Inc.	1 505 \$	-	1 505 \$	-	-	-	-	-	-	-	-
45	Lomotil (chlorhydrate de diphenoxylate sulfate d'atropine)	Pfizer Canada Inc.	1 487 \$	148 \$	294 \$	92 \$	25 \$	798 \$	28 \$	33 \$	2 \$	57 \$	8 \$
46	Delatestryl (éнанthane de testostérone)	Valeant Canada LP/ Valeant Canada S.E.C.	1 487 \$	243 \$	196 \$	150 \$	130 \$	634 \$	10 \$	33 \$	3 \$	13 \$	75 \$
47	Cyclen (norgestimate éthinyl estradiol)	Janssen Inc.	1 480 \$	644 \$	29 \$	332 \$	242 \$	124 \$	4 \$	6 \$	-	13 \$	85 \$
48	Bromocriptine (bromocriptine)	AA Pharma Inc.	1 413 \$	492 \$	59 \$	135 \$	164 \$	428 \$	19 \$	28 \$	3 \$	32 \$	54 \$
49	Efudex (fluorouracil)	Valeant Canada LP/ Valeant Canada S.E.C.	1 408 \$	392 \$	154 \$	74 \$	70 \$	655 \$	28 \$	18 \$	8 \$	4 \$	5 \$
50	Locacorten Vioform Eardrops (fluméthasone pivalate clioquinol)	Paladin Labs Inc.	1 323 \$	323 \$	45 \$	69 \$	72 \$	683 \$	25 \$	22 \$	4 \$	22 \$	58 \$
Total			272 223 \$	41 756 \$	36 949 \$	15 286 \$	11 316 \$	141 816 \$	6 664 \$	6 260 \$	955 \$	2 843 \$	8 376 \$
Part de tous les médicaments non brevetés de source unique			82 %	73 %	91 %	80 %	72 %	86 %	85 %	83 %	83 %	67 %	68 %

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

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

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

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



Annexe D : Cinquante principaux fabricants selon le coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, 2015-2016 (en millions de \$)

Rang	Entreprise	Total†	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
1	Gilead Sciences Canada Inc.	682,87 \$	197,49 \$	44,44 \$	16,45 \$	28,19 \$	334,62 \$	8,35 \$	9,64 \$	-	3,10 \$	40,59 \$
2	Janssen Inc.	678,83 \$	142,95 \$	81,87 \$	51,91 \$	53,74 \$	278,07 \$	14,34 \$	14,64 \$	2,84 \$	9,32 \$	29,14 \$
3	Apotex Inc.	509,30 \$	74,43 \$	40,50 \$	24,82 \$	46,74 \$	262,68 \$	10,07 \$	9,76 \$	1,92 \$	8,77 \$	29,61 \$
4	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	507,84 \$	17,74 \$	66,11 \$	7,42 \$	6,77 \$	386,96 \$	9,05 \$	3,70 \$	0,57 \$	4,50 \$	5,02 \$
5	Teva Canada Limited	434,21 \$	59,35 \$	36,11 \$	25,49 \$	34,45 \$	228,84 \$	8,32 \$	9,91 \$	1,85 \$	8,77 \$	21,13 \$
6	AbbVie Corporation	277,00 \$	75,86 \$	34,95 \$	19,82 \$	22,39 \$	95,78 \$	4,10 \$	8,52 \$	1,85 \$	4,63 \$	9,11 \$
7	GlaxoSmithKline Inc.	275,14 \$	52,63 \$	26,49 \$	13,80 \$	19,67 \$	128,84 \$	7,33 \$	5,61 \$	0,80 \$	4,36 \$	15,62 \$
8	Merck Canada Inc.	255,92 \$	11,72 \$	15,11 \$	9,10 \$	5,27 \$	195,50 \$	4,06 \$	3,22 \$	0,25 \$	0,83 \$	10,85 \$
9	Sandoz Canada Incorporated	254,07 \$	40,10 \$	22,03 \$	12,24 \$	14,54 \$	141,19 \$	3,58 \$	6,10 \$	0,73 \$	3,48 \$	10,10 \$
10	Bayer Inc.	218,55 \$	26,48 \$	14,82 \$	11,58 \$	10,33 \$	138,94 \$	4,60 \$	2,76 \$	0,43 \$	2,82 \$	5,78 \$
11	Boehringer Ingelheim	203,28 \$	21,53 \$	22,05 \$	7,18 \$	5,93 \$	131,65 \$	4,44 \$	4,11 \$	0,55 \$	1,64 \$	4,21 \$
12	Pharmascience Inc.	202,08 \$	45,19 \$	15,96 \$	14,30 \$	14,59 \$	82,79 \$	5,12 \$	6,00 \$	0,87 \$	5,18 \$	12,08 \$
13	AstraZeneca Canada Inc.	189,28 \$	31,38 \$	18,46 \$	10,55 \$	8,33 \$	108,97 \$	2,16 \$	3,51 \$	0,42 \$	1,28 \$	4,23 \$
14	Eli Lilly Canada Inc.	174,41 \$	14,62 \$	15,32 \$	11,65 \$	8,84 \$	104,84 \$	2,76 \$	2,42 \$	0,90 \$	3,32 \$	9,75 \$
15	Sanofi-aventis Canada Inc.	171,02 \$	23,26 \$	14,86 \$	11,20 \$	4,18 \$	97,11 \$	2,13 \$	2,41 \$	0,34 \$	0,80 \$	14,73 \$
16	Pfizer Canada Inc.	164,17 \$	33,77 \$	11,13 \$	7,79 \$	12,05 \$	84,58 \$	3,18 \$	3,05 \$	0,26 \$	1,65 \$	6,72 \$
17	Bristol-Myers Squibb Canada	157,54 \$	21,76 \$	10,03 \$	3,63 \$	8,42 \$	103,41 \$	2,25 \$	2,14 \$	0,11 \$	0,72 \$	5,08 \$
18	Immunex Corporation	149,89 \$	32,41 \$	20,35 \$	9,42 \$	15,08 \$	54,60 \$	2,53 \$	4,57 \$	0,73 \$	1,46 \$	8,74 \$

Suite à la page suivante

Rang	Entreprise	Total ¹	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
19	Actavis Pharma Company	148,83 \$	26,21 \$	12,98 \$	5,25 \$	10,67 \$	81,51 \$	1,87 \$	2,69 \$	0,40 \$	1,57 \$	5,88 \$
20	Servier Canada Inc.	140,59 \$	7,56 \$	15,31 \$	10,76 \$	9,22 \$	81,49 \$	4,70 \$	3,98 \$	0,50 \$	2,10 \$	4,97 \$
21	Mylan Pharmaceuticals ULC	133,81 \$	24,80 \$	11,83 \$	5,24 \$	12,65 \$	63,55 \$	3,50 \$	3,33 \$	0,45 \$	2,37 \$	6,10 \$
22	Sanis Health Inc.	121,21 \$	43,13 \$	22,84 \$	13,82 \$	16,38 \$	0,24 \$	5,67 \$	5,72 \$	0,80 \$	4,52 \$	8,09 \$
23	Novo Nordisk Canada Inc.	112,70 \$	14,64 \$	12,65 \$	4,30 \$	5,54 \$	59,83 \$	2,04 \$	4,67 \$	0,75 \$	2,51 \$	5,77 \$
24	Purdue Pharma	107,69 \$	8,95 \$	11,30 \$	6,78 \$	7,57 \$	63,65 \$	2,85 \$	2,22 \$	0,10 \$	0,76 \$	3,52 \$
25	Amgen Canada Inc.	101,73 \$	9,92 \$	11,72 \$	0,49 \$	0,41 \$	70,91 \$	2,61 \$	0,41 \$	0,16 \$	2,12 \$	2,98 \$
26	Celgene Inc.	97,55 \$	-	-	-	7,58 \$	80,71 \$	2,83 \$	3,47 \$	0,25 \$	1,88 \$	0,82 \$
27	Takeda Canada Inc.	89,52 \$	12,61 \$	6,07 \$	3,01 \$	0,59 \$	55,77 \$	6,08 \$	1,65 \$	0,91 \$	0,22 \$	2,62 \$
28	Hoffmann-La Roche Limited	76,28 \$	15,22 \$	6,43 \$	5,02 \$	6,07 \$	34,25 \$	1,40 \$	1,91 \$	0,22 \$	1,39 \$	4,37 \$
29	Ranbaxy Pharmaceuticals Canada Inc.	74,04 \$	21,24 \$	6,02 \$	2,39 \$	4,15 \$	35,17 \$	1,37 \$	0,63 \$	0,13 \$	0,60 \$	2,55 \$
30	Allergan Inc.	68,58 \$	13,31 \$	7,07 \$	2,27 \$	3,66 \$	37,18 \$	0,99 \$	1,64 \$	0,20 \$	0,45 \$	1,80 \$
31	Biogen Canada Inc.	61,88 \$	15,51 \$	9,93 \$	7,04 \$	6,24 \$	15,08 \$	4,06 \$	1,09 \$	0,33 \$	1,61 \$	0,98 \$
32	BGP Pharma ULC	61,06 \$	16,63 \$	6,22 \$	2,87 \$	3,99 \$	25,85 \$	1,17 \$	1,66 \$	0,24 \$	0,81 \$	1,63 \$
33	Valeant Canada LP/ Valeant Canada S.E.C.	58,62 \$	11,81 \$	5,67 \$	3,48 \$	3,71 \$	27,74 \$	1,44 \$	1,07 \$	0,19 \$	0,97 \$	2,54 \$
34	AA Pharma Inc.	54,04 \$	12,15 \$	4,13 \$	3,12 \$	3,28 \$	25,10 \$	1,08 \$	1,36 \$	0,23 \$	1,34 \$	2,26 \$
35	Warner Chilcott Canada Co.	48,88 \$	5,36 \$	2,07 \$	1,86 \$	1,41 \$	36,09 \$	0,38 \$	0,38 \$	0,01 \$	0,43 \$	0,88 \$
36	Astellas Pharma Canada Inc.	45,03 \$	0,18 \$	1,35 \$	1,76 \$	3,35 \$	34,19 \$	1,69 \$	0,35 \$	0,10 \$	0,29 \$	1,78 \$
37	Leo Pharma Inc.	40,55 \$	6,23 \$	5,74 \$	3,34 \$	0,93 \$	20,82 \$	0,41 \$	0,29 \$	0,03 \$	0,37 \$	2,39 \$
38	ViiV Healthcare ULC	40,37 \$	-	-	1,65 \$	3,08 \$	30,87 \$	0,77 \$	-	-	0,41 \$	3,60 \$
39	Taro Pharmaceuticals Inc.	38,43 \$	6,93 \$	2,30 \$	1,98 \$	2,71 \$	20,09 \$	0,59 \$	0,83 \$	0,20 \$	0,67 \$	2,13 \$
40	Sivem Pharmaceuticals ULC	37,49 \$	9,60 \$	9,34 \$	3,01 \$	3,08 \$	0,00 \$	2,89 \$	2,47 \$	1,59 \$	0,36 \$	5,14 \$
41	PendoPharm a Division of Pharmascience Inc.	33,65 \$	8,20 \$	2,69 \$	1,78 \$	1,75 \$	15,13 \$	0,69 \$	0,68 \$	0,14 \$	0,46 \$	2,13 \$
42	Alcon Canada Inc.	30,43 \$	6,37 \$	3,02 \$	2,61 \$	2,56 \$	11,46 \$	0,75 \$	1,33 \$	0,13 \$	0,52 \$	1,68 \$

Suite à la page suivante

Rang	Entreprise	Total†	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
43	Shire Pharma Canada ULC	25,77 \$	3,64 \$	1,13 \$	2,13 \$	1,50 \$	15,09 \$	0,13 \$	0,09 \$	0,00 \$	0,08 \$	1,99 \$
44	Paladin Labs Inc.	25,57 \$	9,15 \$	2,40 \$	1,34 \$	1,76 \$	7,68 \$	0,44 \$	0,76 \$	0,10 \$	0,38 \$	1,56 \$
45	Bristol-Myers Squibb and Gilead Sciences LLC	25,07 \$	-	-	1,22 \$	0,95 \$	20,21 \$	0,81 \$	-	-	0,16 \$	1,71 \$
46	EMD Serono a Division of EMD Inc. Canada	23,32 \$	4,90 \$	4,77 \$	2,28 \$	2,05 \$	7,53 \$	0,89 \$	-	0,21 \$	0,34 \$	0,35 \$
47	Genzyme Canada a Division of Sanofi-aventis Canada Inc.	21,72 \$	3,09 \$	-	0,94 \$	0,43 \$	15,88 \$	0,35 \$	0,61 \$	-	0,26 \$	0,16 \$
48	Alexion Pharma GmbH	20,27 \$	-	-	-	-	20,27 \$	-	-	-	-	-
49	UCB Canada Inc.	18,97 \$	3,27 \$	0,19 \$	0,87 \$	0,53 \$	12,86 \$	0,06 \$	0,40 \$	0,00 \$	0,05 \$	0,74 \$
50	Actavis Specialty Pharmaceuticals Co.	16,24 \$	0,38 \$	0,46 \$	0,13 \$	0,64 \$	13,96 \$	0,08 \$	0,12 \$	0,01 \$	0,08 \$	0,39 \$
	Total	7 505,29 \$	1 243,66 \$	696,22 \$	371,09 \$	447,95 \$	3 999,53 \$	152,96 \$	147,88 \$	23,80 \$	96,71 \$	325,60 \$

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

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

† Résultats totaux pour les régimes publics d'assurance-médicaments rapportés dans cette figure,

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