



2018

TELUS Santé

Rapport sur les tendances et références canadiennes

en matière de consommation
de médicaments



1. Introduction

2. Coûts et utilisation

3. Pérennité des régimes d'assurance médicaments : les outils de conception de régimes

- a. Politiques sur les médicaments génériques
 - b. Coassurance
 - c. Listes de médicaments gérées
 - d. Pharmacothérapies par étapes
-

4. Les médicaments de spécialité, aujourd'hui et demain

- a. Gammes de prix en hausse
 - b. Les régimes publics influencent l'adoption des biosimilaires
-

5. Les classes examinées de plus près : ce que disent les chiffres

- a. Dépression
 - b. Diabète
 - c. Cancer
 - d. Opiïdes
 - e. PCSK9s
 - f. Médicaments contre l'hépatite C
-

6. Incidence des politiques publiques

- a. L'Assurance-santé Plus de l'Ontario
 - b. Transparence des prix dans les pharmacies du Québec
 - c. Réduction du prix des médicaments génériques
-

7. Conclusion



1. Introduction

De plus en plus, il existe une double réalité à l'égard des régimes d'assurance médicaments : d'un côté, nous avons les médicaments de spécialité à coût élevé, qui représentaient 27 % des coûts admissibles en 2017 pour seulement 1 % des réclamants; de l'autre, les médicaments classiques qui ne sont pas des médicaments de spécialité, pour lesquels les taux de croissance annuelle des coûts sont stables ou en baisse, tandis que l'utilisation augmente lentement. Il faut ajouter à cela de nouvelles politiques publiques au niveau provincial et fédéral — comme l'Assurance-santé Plus de l'Ontario, les mesures d'adoption de produits biosimilaires et les médicaments génériques à bas prix — qui ont des répercussions sur les régimes privés.

Le Rapport 2018 sur Les tendances et références canadiennes en matière de consommation de médicaments de TELUS Santé décrit les principales tendances en matière de coûts et d'utilisation des régimes d'assurance médicaments privés en se fondant sur les données des demandes de règlement de plus de 11 millions d'adhérents assurés en 2017. Mais cela n'est qu'une partie de l'histoire. Les tendances en matière de conception des régimes d'assurance médicaments sont tout aussi importantes et sont traitées également dans le présent rapport. Bien que des progrès impressionnants aient été réalisés dans l'adoption de mesures telles que la coassurance et les politiques de remboursement obligatoire des médicaments génériques, leur mise en œuvre à grande échelle semble paralysée. D'autres outils de conception, comme les listes de médicaments gérées et les pharmacothérapies par étapes, demeurent largement sous-utilisés.



Lorsque nous regardons la réalité dans son ensemble, certains outils de conception de régimes élémentaires n'ont toujours pas été adoptés à grande échelle », fait remarquer Shawn O'Brien, directeur principal, TELUS Santé. « Ces outils établissent un juste équilibre entre la valeur et les coûts et, dans la plupart des cas, il n'y a aucune raison impérieuse de ne pas les mettre en place. »



Terminologie

Assuré : Toute personne couverte (c.-à-d. adhérent, conjoint ou enfant), qu'elle ait soumis une demande de règlement pendant la période considérée ou non

Certificat : L'adhérent couvert et les co-bénéciaires à charge qui lui sont rattachés (c.-à-d. conjoint, enfants)

Utilisation : Le nombre de demandes de règlement payées par certificat ou par assuré, selon le cas

Coût admissible : Le coût du médicament jugé admissible par TELUS Santé, avant l'application des paramètres fiscaux du régime (p. ex., de la coassurance)

Médicaments d'origine à fournisseur unique : Médicaments pour lesquels il n'existe aucun équivalent générique

Médicaments d'origine à fournisseurs multiples : Médicaments pour lesquels il existe un ou plusieurs équivalents génériques

Génériques : Médicaments équivalents aux médicaments d'origine, produits après l'expiration du brevet du médicament d'origine

Médicaments « réguliers » : Médicaments de synthèse qui sont généralement à faible coût

Médicaments de spécialité : Médicaments complexes, y compris les médicaments biologiques dont le coût est élevé (défini par TELUS Santé comme pouvant coûter 10 000 \$ ou plus par année par réclamant)

Médicament biologique d'origine : Médicament de spécialité commercialisé le premier qui contient des organismes vivants, également appelé « médicament biologique de référence »

Biosimilaire : Médicament biologique qui est similaire, mais non identique, au médicament biologique d'origine, produit après l'expiration du brevet du médicament d'origine



2. **Coûts et** utilisation



Hausse des coûts dictée par les médicaments de spécialité

Le coût mensuel total admissible par assuré a augmenté de 4,2 % au Canada en 2017. Cette hausse varie entre 3,8 % dans l'Ouest canadien et 5,3 % au Québec. Le résultat pour 2017 est légèrement inférieur à celui de 2016 (4,9 %) et comparable à celui de 2015 (4,1 %), ce qui indique un taux de croissance annuelle des coûts des régimes d'assurance médicaments relativement stable et prévisible.

L'augmentation des coûts d'ordonnance ainsi que l'utilisation accrue du régime d'assurance médicaments ont contribué à ce taux de croissance, le premier facteur étant le plus important. Si nous examinons les coûts, le coût admissible moyen par demande de règlement de médicaments d'ordonnance a augmenté de 3,2 % en 2017, avec un maximum de 3,9 % dans l'Ouest canadien et un niveau relativement bas de 3,0 % en Ontario.

L'écart grandissant entre le prix des médicaments classiques et celui des médicaments de spécialité à coût élevé dépeint un tableau plus complet : depuis 2008, le coût des médicaments classiques par certificat a en fait diminué de 0,3 % par année en moyenne, comparativement à une augmentation annuelle moyenne de 12,9 % sur neuf ans pour les médicaments de spécialité ([voir page 26](#) pour plus de détails sur les médicaments de spécialité).



TABLEAU 1 | Variation du coût mensuel admissible par assuré en 2017 par rapport à 2016, par région

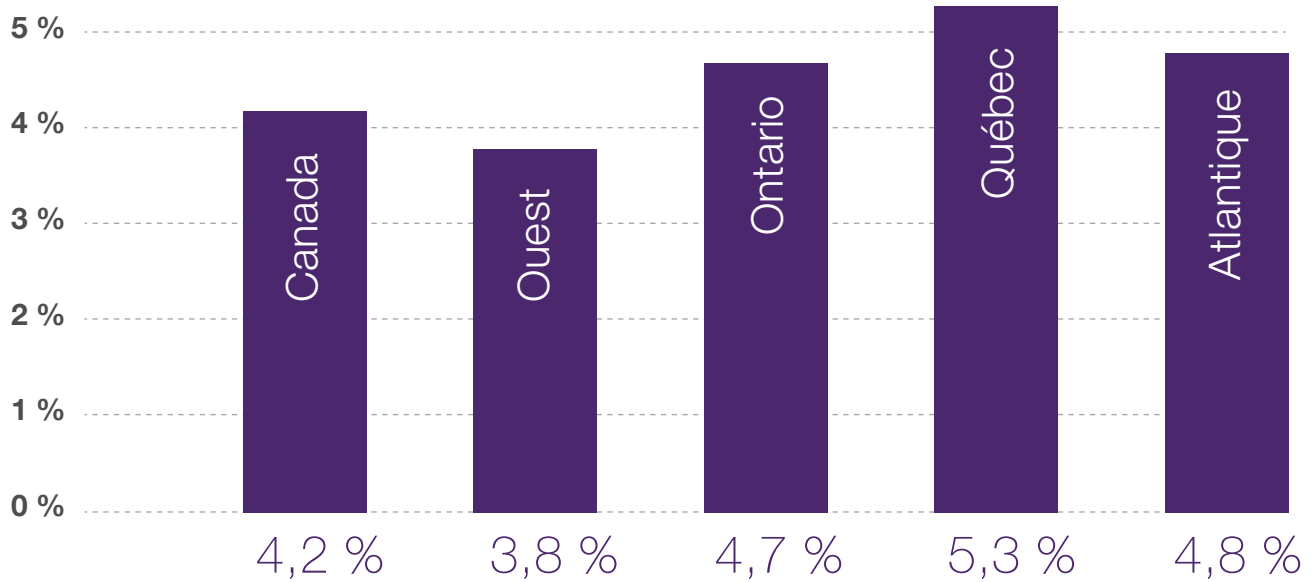
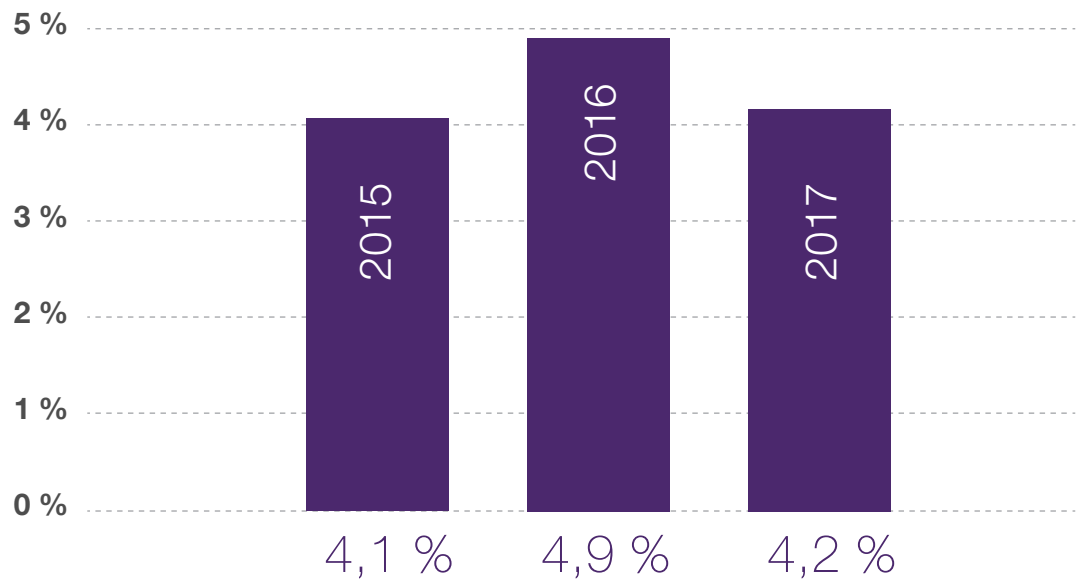


TABLEAU 2 | Variation du coût mensuel admissible par assuré, 2015 à 2017



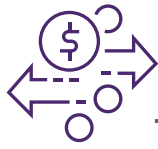


TABLEAU 3 | Variation du coût admissible par demande de règlement, par région

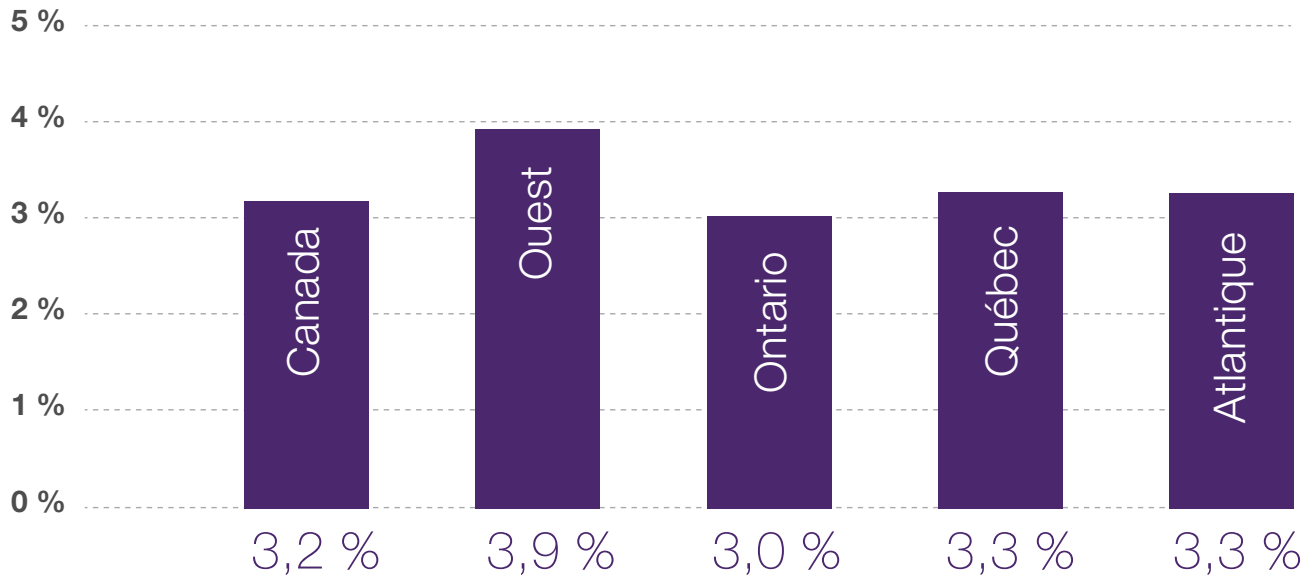
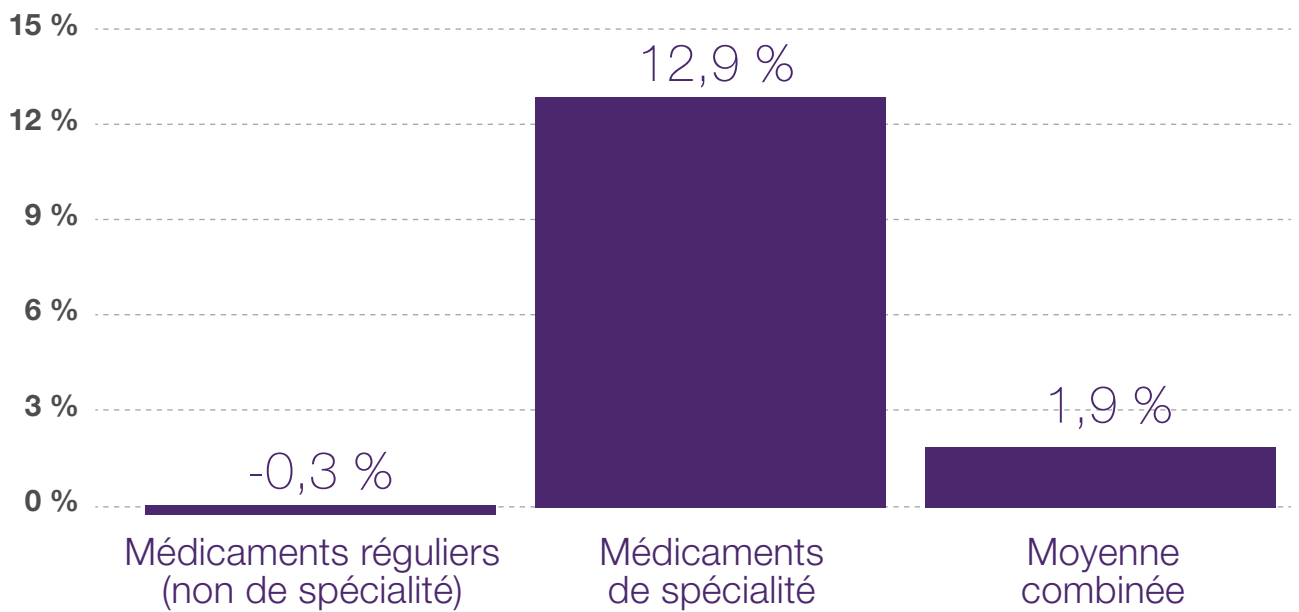


TABLEAU 4 | Augmentation annuelle moyenne du coût des médicaments par certificat, 2008 à 2017



Une utilisation qui augmente également

L'utilisation du régime d'assurance médicaments augmente également, mais à un rythme plus lent que pour les coûts admissibles. Le taux d'utilisation national a augmenté de 1,0 % en 2017, avec des variations considérables d'une région à l'autre : en tête, nous avons le Québec, avec 1,9 %, tandis que l'Ouest canadien a connu une légère baisse de 0,1 %.

Deux facteurs influencent l'utilisation : le nombre d'assurés qui présentent une demande de règlement et le nombre de demandes par réclamant. Le vieillissement de la population et la détection précoce des maladies chroniques entraînent une croissance lente, mais constante de ces deux facteurs. En 2017, 64,1 % des assurés ont présenté une demande de règlement, ce qui est comparable aux 64,3 % de 2016 et représente une hausse par rapport aux 62,1 % de 2015. Avant 2015, le pourcentage de réclamants par rapport au nombre d'assurés se situait entre 62 % et 63 %.

Le nombre de demandes de règlement par réclamant, entre-temps, progresse d'année en année. Les réclamants ont présenté en moyenne 10,0 demandes de règlement en 2017, comparativement à 9,9 en 2016 et à 9,8 en 2015 et 2014.



TABLEAU 5 | Variation de l'utilisation mensuelle par assuré, par région

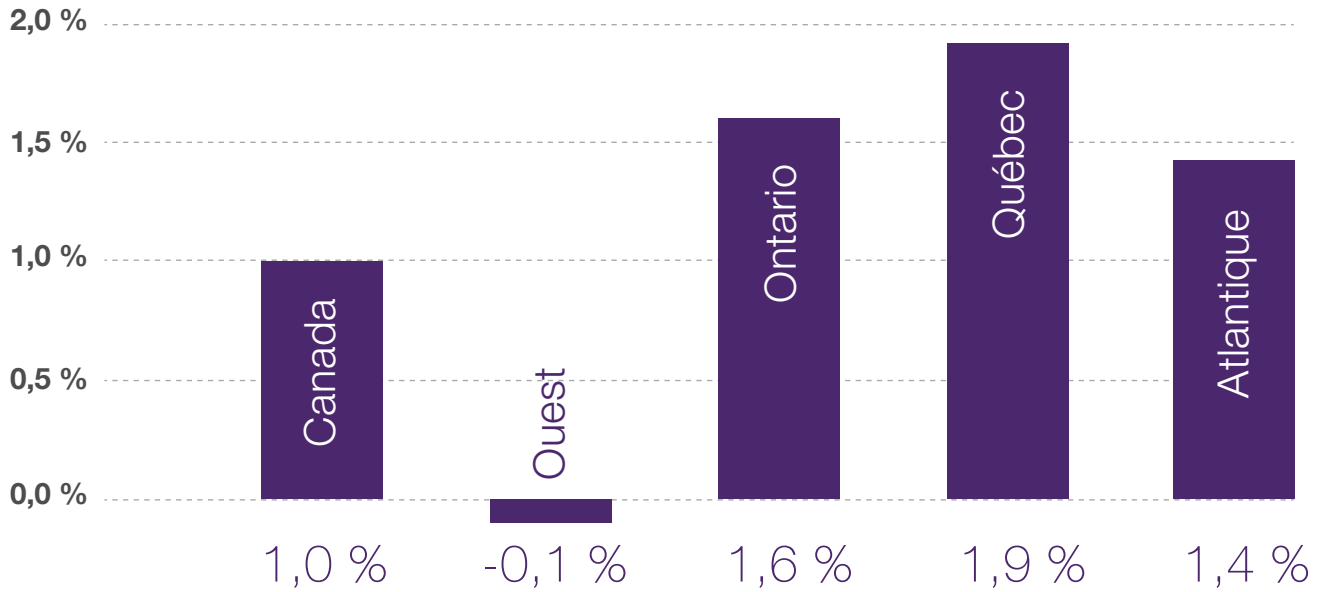
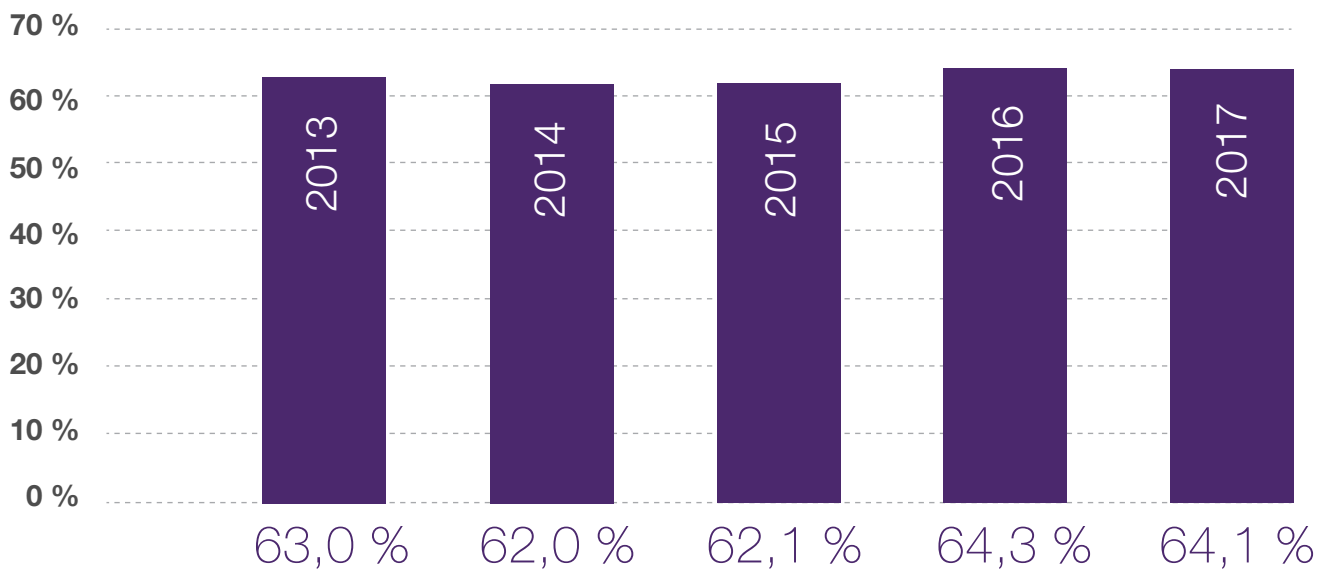


TABLEAU 6 | Nombre d'assurés ayant présenté une demande de règlement, 2013 à 2017



Résumé et recommandations

Bien que le coût mensuel moyen admissible par assuré continue de grimper d'année en année, la décroissance des coûts des médicaments classiques qui ne sont pas des médicaments de spécialité atténue, dans une certaine mesure, les répercussions des coûts des médicaments de spécialité. Étant donné que seulement 1 % des réclamants prennent des médicaments de spécialité, les efforts visant à gérer les coûts peuvent se concentrer davantage sur les 99 % de réclamants qui prennent des médicaments classiques.



- Mettre en œuvre et évaluer régulièrement des outils de conception de régimes pour gérer l'utilisation et les coûts des médicaments classiques d'usage chronique (voir la section suivante, « Pérennité des régimes d'assurance médicaments : les outils de conception de régimes »).
- Chercher, au-delà de la stratégie traditionnelle de conception de régimes d'assurance médicaments, d'autres stratégies à plus long terme, comme des programmes de mieux-être et des mesures de soutien à la prise en charge des maladies chroniques.



Nous ne devons pas oublier que l'utilisation est également en hausse, en grande partie en raison des maladies chroniques nécessitant une pharmacothérapie multiple qui ne comporte probablement pas de médicaments de spécialité », affirme Shawn O'Brien, directeur principal de TELUS Santé. « Les médicaments de spécialité ont tendance à faire la manchette, mais il est question de maladies rares et complexes qui ne pourraient pas être traitées efficacement autrement. Nous pouvons faire mieux pour gérer l'utilisation des médicaments classiques dans le traitement des maladies chroniques.



Données de référence supplémentaires

TABLEAU 7 | Aperçu des coûts et de l'utilisation en 2017, par région

	Canada	Ouest	Ontario	Québec	Atlantique
Coût mensuel admissible par certificat	91,34 \$	68,46 ¹ \$	101,14 \$	108,78 \$	113,09 \$
Coût mensuel admissible par adhérent	38,49 \$	29,19 ¹ \$	40,33 \$	51,00 \$	49,89 \$
Coût moyen admissible par Rx	71,77 \$	67,66 \$	81,20 \$	58,50 ² \$	79,74 \$
Utilisation mensuelle par assuré	0,54	0,43	0,50	0,87 ²	0,63

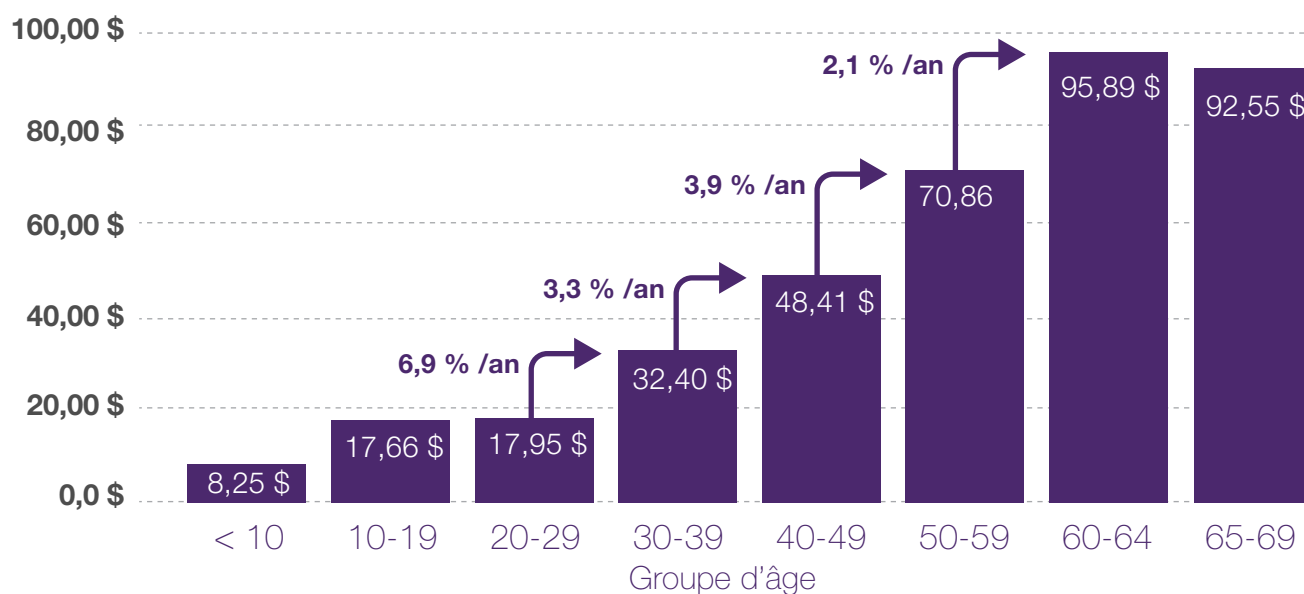
1 L'Ouest canadien a les coûts mensuels admissibles les plus bas par certificat et par adhérent car les régimes provinciaux d'assurance médicaments/ régimes universels d'assurance médicaments en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Saskatchewan deviennent automatiquement payeurs principaux lorsque les adhérents paient une franchise.

2 Le Québec a le coût d'ordonnance moyen le plus bas et le taux d'utilisation mensuel le plus élevé par adhérent, étant donné que la délivrance de 30 jours pour les médicaments chroniques est une pratique courante. Dans toutes les autres provinces (à l'exception de la Saskatchewan), les pharmaciens distribuent habituellement pour 60 ou 90 jours.

TABLEAU 8 | Âge moyen des adhérents et assurés, par région

	Canada	Ouest	Ontario	Québec	Atlantique
Adhérents	42,1	41,0	43,3	41,5	44,0
Assurés	33,1	32,5	33,7	33,3	35,3

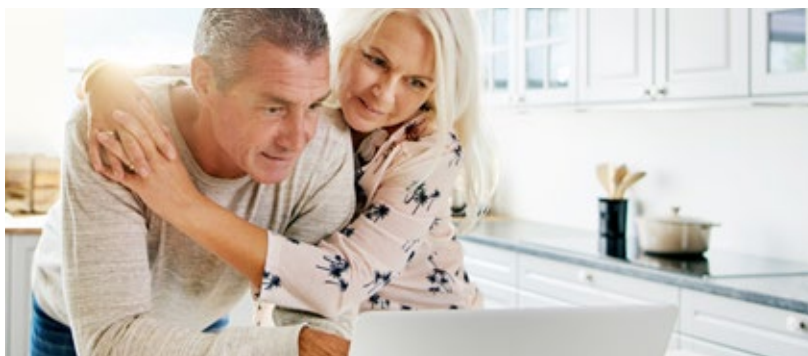
TABLEAU 9 | Variations du coût mensuel par assuré, par groupe d'âge



3. **Pérennité des régimes d'assurance médicaments :** les outils de conception de régimes



Il existe un certain nombre d'outils destinés aux régimes d'assurance médicaments qui peuvent servir non seulement à maîtriser les coûts, mais aussi à inciter les adhérents au régime à devenir des consommateurs plus avertis et à se responsabiliser par rapport à leur régime d'assurance maladie. Le Rapport 2018 sur les tendances et références canadiennes en matière de consommation de médicaments de TELUS Santé se penche sur les taux d'adoption de quatre de ces mesures, qui peuvent être considérées comme des éléments essentiels de la liste de contrôle des stratégies que tous les preneurs de régime doivent envisager.



Politiques sur les médicaments génériques

Lentement mais sûrement, les médicaments génériques augmentent leur part du volume des demandes de règlement dans le cadre des régimes d'assurance médicaments privés. Les médicaments génériques représentaient 63 % de toutes les ordonnances délivrées en 2017, comparativement à 62 % en 2016 et 60 % en 2015. Si l'on regarde cinq ans en arrière, jusqu'en 2013, la part des génériques en termes de volume était de 56 %. Au niveau régional, les provinces de l'Atlantique sont en tête avec 69 %, tandis que le Québec est en queue de peloton avec 60 %.

Comme prévu, la conception des régimes favorise clairement l'adoption des génériques. À l'échelle nationale, 84 % des assurés ont un régime comportant une politique sur les médicaments génériques, et ces politiques passent progressivement de la substitution facultative par des médicaments génériques (c.-à-d. que les médecins peuvent indiquer « ne pas substituer » sur les ordonnances et le régime remboursera le coût du médicament d'origine) au remboursement générique obligatoire (c.-à-d. que le

régime rembourse le coût du générique seulement, même si les médecins indiquent « ne pas substituer » et que le médicament d'origine est dispensé). Quarante-neuf pour cent des assurés ont maintenant un régime de remboursement générique obligatoire, comparativement à 29 % il y a cinq ans.

Il est également important de souligner que 16 % des assurés ont encore un régime sans aucune politique sur les médicaments génériques. Ces assurés adhèrent probablement à de grands régimes syndiqués, où les conventions collectives empêchent la mise en œuvre de telles politiques. Cette hypothèse se renforce lorsque nous examinons les données sous l'angle des groupes plutôt que des assurés : 83 % des groupes ont adopté des régimes à substitution générique obligatoire et seulement 5 % des groupes n'ont aucune politique sur les médicaments génériques.

« Ce que nous pouvons en conclure, c'est que les petits groupes et les petites entreprises sont plus susceptibles d'avoir des régimes à substitution générique obligatoire, alors qu'une poignée de groupes (en termes relatifs) dont la main-d'œuvre est très importante n'ont pas de régimes à substitution obligatoire », explique M. O'Brien. « L'adoption par ces grands preneurs de régime est une étape importante pour la mise en œuvre généralisée des régimes à substitution générique obligatoire. »

La mise en œuvre de stratégies qui augmentent l'utilisation de médicaments génériques réduit également le nombre de médicaments d'origine (ou « innovateurs ») à fournisseurs multiples dispensés (c.-à-d., les médicaments d'origine distribués dans un contexte où des médicaments génériques moins coûteux sont disponibles). En 2017, 7 % des ordonnances délivrées concernaient de tels médicaments, comparativement à 8 % en 2016 et à 10 % il y a cinq ans, en 2013. Le Québec est l'un des principaux responsables des réductions des deux dernières années, en raison du projet de loi 28, adopté à la fin de 2015, qui permet aux régimes privés de facturer aux adhérents la différence entre le coût du médicament générique et celui du médicament d'origine. « Si les patients veulent conserver le médicament d'origine, ils doivent payer la différence, ce qui amène un grand nombre d'entre eux à changer d'idée. C'est ainsi que nous avons pu constater d'importantes améliorations dans l'adoption des médicaments génériques en 2016 et 2017 », fait remarquer Jayson Gallant, directeur principal, Stratégie chez TELUS Santé.



TABLEAU 10 | Proportion des médicaments génériques exprimée en pourcentage des ordonnances délivrées, 2013 à 2017, par région

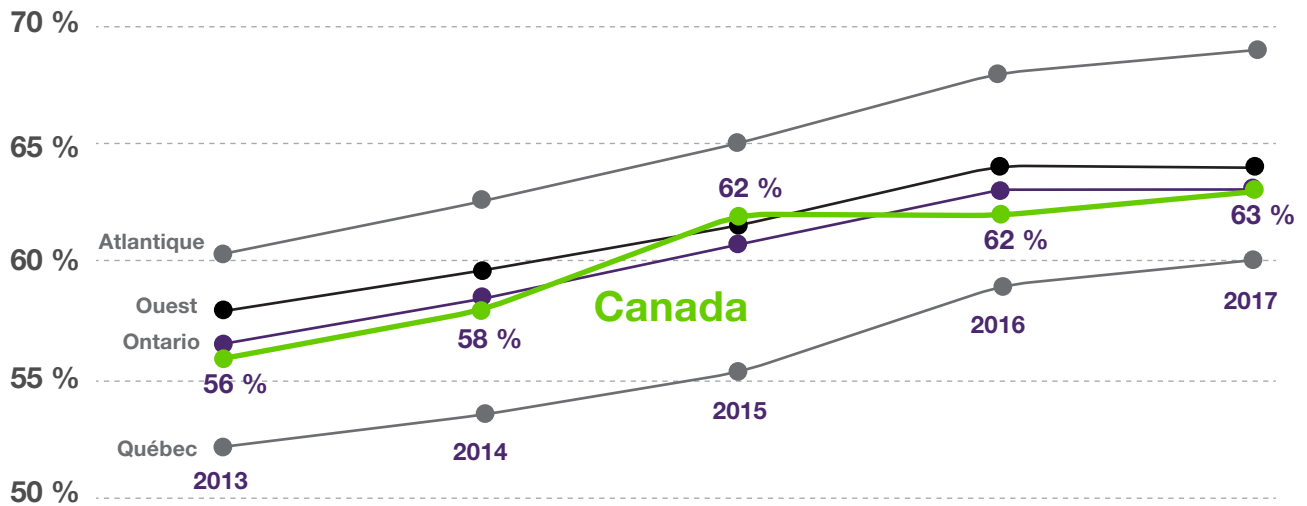


TABLEAU 11 | Assurés dont le régime comprend une politique sur les médicaments génériques, 2013 à 2017

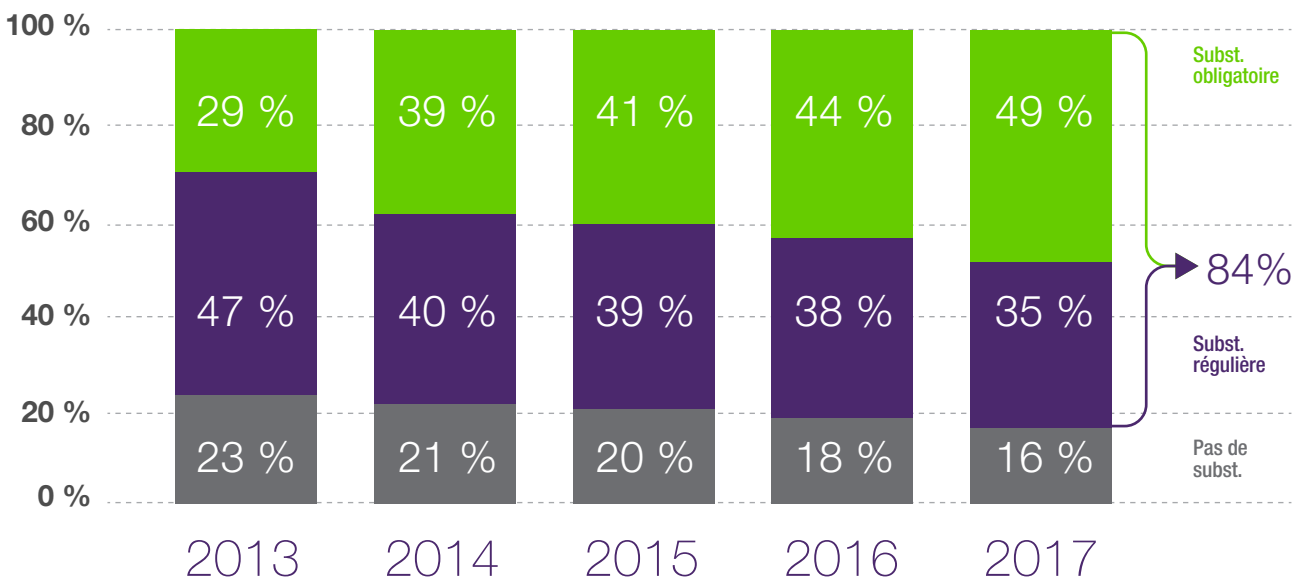
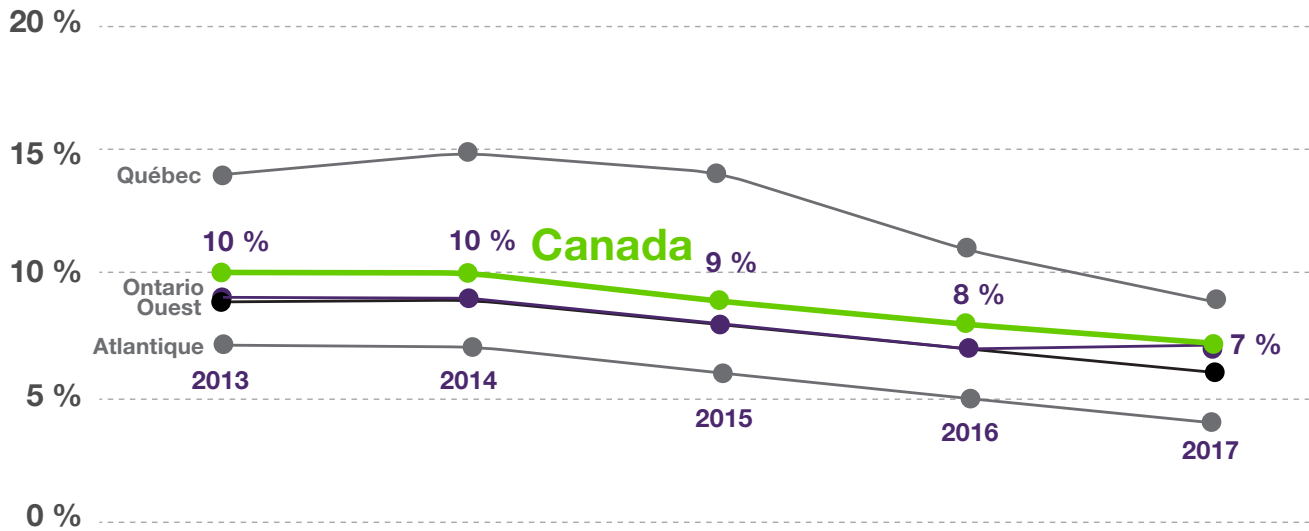


TABLEAU 12 | Politiques sur les médicaments génériques en 2017, assurés et groupes

	Assurés	Groupes
Substitution générique obligatoire	49 % 84 %	83 % 95 %
Substitution générique régulière	35 %	12 %
Aucune substitution générique	16 %	5 %

TABLEAU 13 | Proportion des médicaments à fournisseurs multiples exprimée en pourcentage des ordonnances délivrées, 2013 à 2017, par région



Coassurance

Trente et un pour cent des régimes collectifs ont couvert 100 % des coûts admissibles pour les demandes de règlement soumises en 2017, ce qui signifie que les 69 % restants comprennent une coassurance. Les chiffres sont cohérents lorsqu'on tient compte du nombre d'assurés. En effet, 30 % des assurés ont des régimes qui couvrent 100 % des coûts admissibles des médicaments, ce qui laisse 70 % ayant un régime qui exige un certain degré de coassurance. « C'est un signe positif : il y a là une occasion de réduire le pourcentage de régimes qui offrent une couverture à 100 % », indique M. O'Brien.



S'il n'y a pas de partage des coûts, il n'y a pas de consommateurisme ou de motivation financière amenant les adhérents à choisir un traitement moins coûteux et tout aussi efficace.



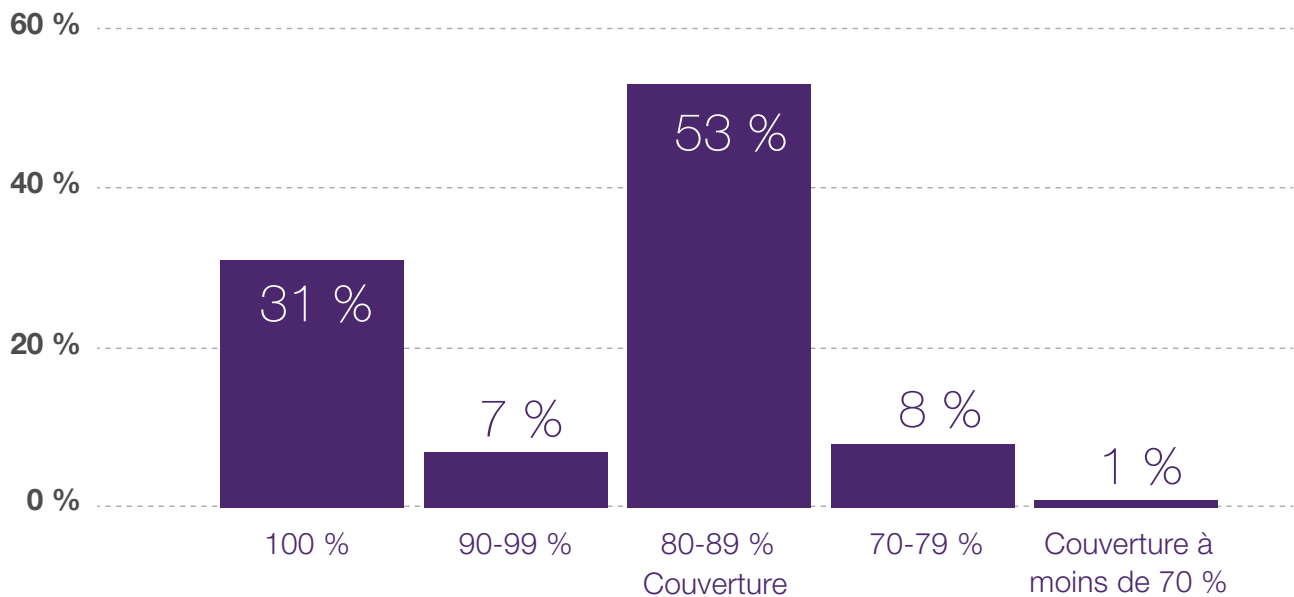
Certains preneurs de régime partagent les coûts en faisant en sorte que les employés versent des cotisations sous forme de retenues salariales plutôt que par le biais d'une coassurance au point de vente. Cependant, leur nombre est relativement faible. Pour ce qui est des autres régimes sans aucune forme de partage des coûts, la possibilité d'aller dans cette direction est toujours d'actualité, mais il faudra peut-être surmonter certains obstacles. « De nombreux milieux syndiqués offrent une couverture à 100 %, et les conventions collectives pourraient donc poser problème. De plus, les employeurs pourraient s'inquiéter des réactions négatives des adhérents au régime », dit M. O'Brien.

Le niveau de coassurance le plus souvent payé, et de loin, par les adhérents se situe entre 11 % et 20 % (c.-à-d. que le régime paie entre 80 % et 89 %). « D'après les données recueillies au fil des ans, il s'agit d'une proportion raisonnable et suffisante pour produire une modification de comportement », affirme M. O'Brien.





TABLEAU 14 | Répartition des régimes collectifs en fonction des niveaux de couverture



Listes de médicaments gérées

TELUS Santé calcule que, en 2017, 8 % des régimes privés comportaient une liste de médicaments gérée. « Malheureusement, le nombre de groupes qui utilisent une liste de médicaments gérée est encore assez faible », affirme Cory Cowan, directeur des services professionnels de TELUS Santé.



La nomenclature pourrait bien faire partie du problème — de nombreux preneurs de régime croient qu'ils en font déjà assez pour “gérer” les coûts en employant des mesures telles que la substitution générique et le plafonnement des honoraires professionnels des pharmaciens. Cependant, cela n’offre pas la possibilité réelle d’encourager l’utilisation de solutions thérapeutiques plus économiques grâce à une liste de médicaments gérée.



À l'heure actuelle, la plupart des régimes privés ont des listes ouvertes qui couvrent tous les médicaments approuvés par Santé Canada. « Toutefois, Santé Canada s'intéresse à l'innocuité et à l'efficacité, et non à la rentabilité. Il convient de noter que tous les régimes publics d'assurance médicaments ont des listes de médicaments gérées, mais que les régimes privés n'ont pas emboîté le pas. Une fois de plus, certaines préoccupations au sujet de l'expérience des adhérents au régime peuvent constituer un obstacle, du côté du privé », explique M. O'Brien.

Pour en savoir plus sur les listes de médicaments gérées, consultez l'article de TELUS Santé intitulé [Listes de médicaments gérées : facteurs clés à prendre en considération pour les preneurs de régime.](#)

Pharmacothérapies par étapes

Très peu de régimes ont actuellement recours aux pharmacothérapies par étapes, mais, si l'on examine de plus près les données sur les demandes de règlement pour certaines catégories de médicaments, on constate que cette mesure pourrait constituer une source importante d'économies pour les preneurs de régime. D'après les lignes directrices cliniques, les recherches cliniques disponibles et les analyses coût-efficacité, la pharmacothérapie par étapes encourage l'utilisation de traitements de première intention et de moindre coût avant que le paiement ne soit effectué pour les traitements de seconde ou de troisième intention, qui coûtent habituellement plus cher.



Le traitement par étapes pourrait être une solution en temps réel particulièrement utile pour les utilisations intensives, pour le 99 % des réclamants qui n'utilisent pas de médicaments de spécialité, affirme M. Cowan.

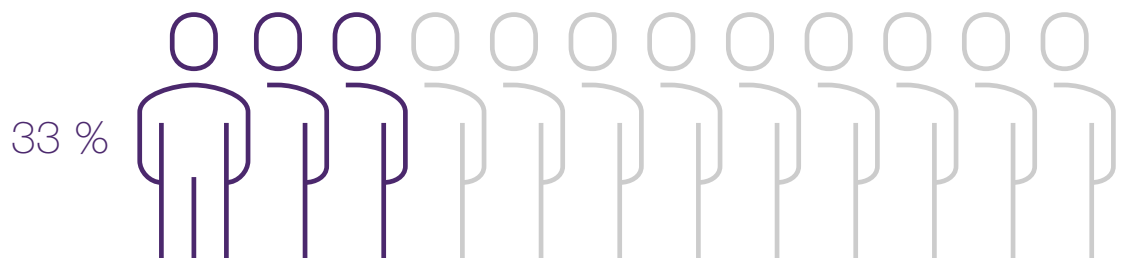


Les médicaments contre le diabète, qui se classent au deuxième rang sur la liste des 10 premières catégories de médicaments sur le plan des montants remboursés par les régimes privés, en sont un bon exemple. Les lignes directrices cliniques recommandent la metformine, un médicament générique, comme traitement de première intention pour la majorité des personnes qui reçoivent un diagnostic de diabète de type 2. Pourtant, une analyse des données

sur les demandes de règlement révèle qu'en 2017, un tiers des réclamants utilisaient un autre traitement, même s'ils n'avaient pas reçu au préalable une ordonnance de metformine. « Un tiers, c'est vraiment très élevé. On s'attendrait à une proportion de 10 % des réclamants au plus, probablement moins, qui auraient des raisons cliniques valables de recourir immédiatement à un traitement de deuxième intention », fait remarquer M. Cowan, pharmacien.

Les différences de coût sont importantes : la metformine coûte en moyenne environ 81 \$ par année par réclamant, comparativement à 650 \$ à 2 000 \$ par année pour les traitements de deuxième et de troisième intention qui sont plus récents.

TABLEAU 15 | Répartition des nouveaux utilisateurs de médicaments contre le diabète



Un tiers des nouveaux utilisateurs de médicaments contre le diabète n'avaient pas reçu une ordonnance pour la metformine, le traitement de première intention recommandé

Résumé et recommandations

Bien que les politiques de remboursement générique obligatoire aient connu des gains constants et que la majorité des régimes incluent la coassurance, les taux d'adoption pourraient bien avoir atteint un plateau en raison du nombre relativement faible de grands preneurs de régime qui n'ont pas mis en œuvre ces mesures. Par ailleurs, d'autres outils de gestion éprouvés, à savoir les listes de médicaments gérées et les pharmacothérapies par étapes, sont largement sous-utilisés. Les conventions collectives et les préoccupations au sujet des réactions des adhérents au régime pourraient faire partie des obstacles à l'adoption.

« Ces preneurs de régime attendent de voir ce qui va se passer ou essaient d'absorber les coûts, plutôt que d'apporter des changements. Également, peut-être qu'ils ont les mains liées jusqu'à la prochaine ronde de négociations syndicales. Quoi qu'il en soit, le moment est venu de miser davantage sur l'éducation; il faut montrer combien ces outils de conception de régimes offrent toujours des avantages aux adhérents », conclut M. O'Brien.



Régimes à substitution générique obligatoire – Pour que l’adoption passe au niveau supérieur, en particulier chez les grands employeurs ayant des conventions collectives, on peut se concentrer sur la réfutation des idées fausses. D’abord, celle concernant l’efficacité des médicaments génériques et sur l’idée, qui en découle, que les régimes à substitution générique obligatoire limitent les choix offerts aux patients. Les adhérents au régime peuvent toujours obtenir des médicaments d’origine s’il est prouvé qu’ils répondent à un besoin clinique ou si les adhérents choisissent de payer la différence entre le prix du médicament générique et celui du médicament d’origine. De plus, les économies réalisées grâce aux régimes à substitution générique obligatoire peuvent être réinvesties dans d’autres types d’avantages sociaux.

Coassurance – Pour les régimes qui offrent une couverture à 100 %, la coassurance peut être introduite lentement, tout en assurant des communications transparentes sur la nécessité de protéger la pérennité du régime d’assurance médicaments. Comme dans le cas des politiques sur les médicaments génériques, les employeurs peuvent aussi expliquer comment les économies seront réinvesties pour soutenir la santé des employés par d’autres moyens.

Listes de médicaments gérées – Les promoteurs des listes de médicaments gérées les décrivent souvent comme faisant partie de la progression naturelle des outils de conception, qui commence généralement par des mesures telles que la coassurance et les politiques sur les médicaments génériques. La clé du succès est la communication à grande échelle visant à réfuter les idées fausses selon lesquelles les listes de médicaments gérées sont un programme privatif (en ce sens qu’elles priveraient les adhérents de la possibilité de choisir leurs médicaments), ainsi qu’à réduire le risque de désorganisation à la pharmacie lorsque les adhérents obtiennent leurs médicaments d’ordonnance.

Pharmacothérapies par étapes – Les pharmacothérapies par étapes sont un outil de gestion négligé pour les catégories de médicaments à fort volume. Bien que le principe soit semblable à celui de l’autorisation préalable pour les médicaments à coût élevé et à faible volume, la pharmacothérapie par étapes exige beaucoup moins de ressources. Elle mobilise dans les faits les technologies de l’information, au point de distribution, pour vérifier les antécédents médicaux des adhérents et indiquer quand les patients pourraient recevoir un traitement à moindre coût (en respectant les lignes directrices cliniques).

Données de référence supplémentaires

TABLEAU 16 | Répartition du nombre de demandes de règlement d'ordonnance par type de médicament, 2013 à 2017

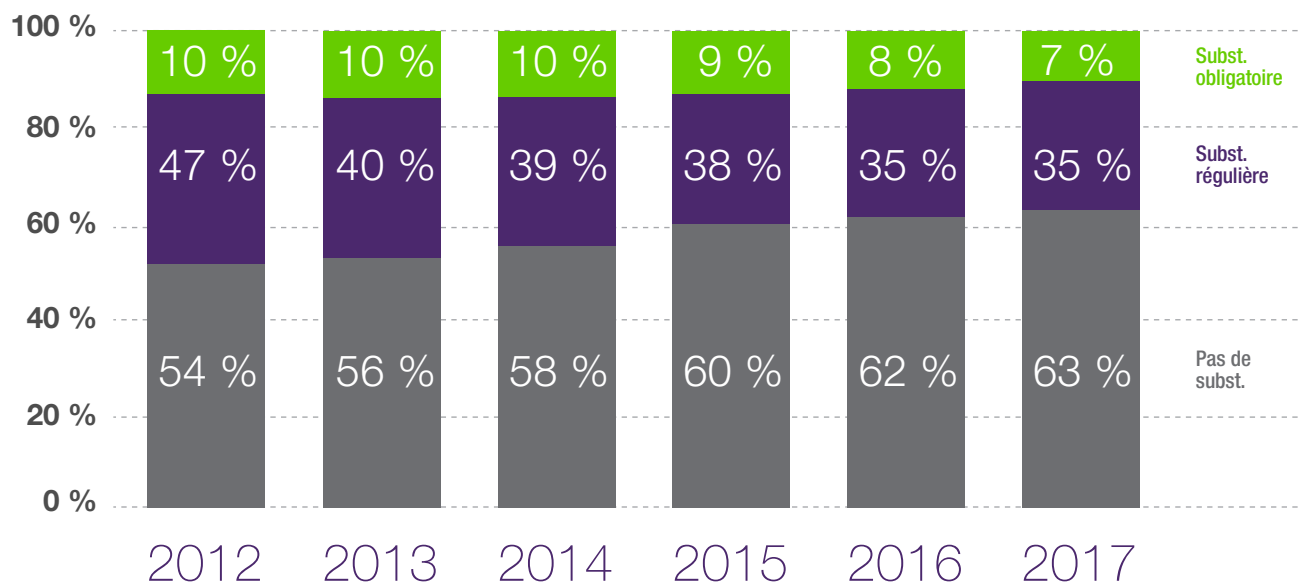
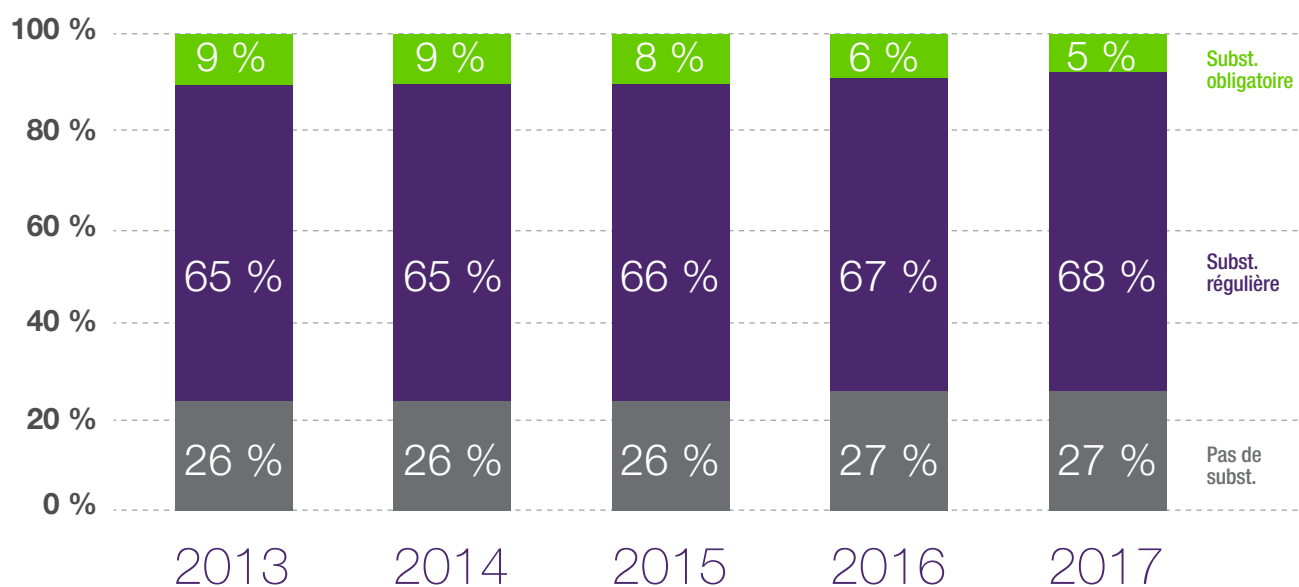


TABLEAU 17 | Répartition des coûts d'ordonnance admissibles par type de médicament, 2013 à 2017



4. **Les médicaments de spécialité,** aujourd'hui et demain



Gammes de prix en hausse

Depuis 2008, le prix moyen des médicaments de spécialité a augmenté de façon considérable, année après année. « En 2017, nous avons vu la première demande de règlement pour un montant de 1,2 million de dollars, pour un médicament destiné à traiter une maladie extrêmement rare et dévastatrice qui, jusqu'à présent, ne pouvait pas être traitée efficacement », a rappelé M. O'Brien.

Bien que le pourcentage d'assurés admissibles à un médicament de spécialité sera toujours très faible — 1 % de tous les réclamants en 2017, comparativement à 0,7 % il y a cinq ans — les coûts de ces médicaments ont fait grimper graduellement les dépenses des régimes d'assurance médicaments. Leur part de tous les coûts admissibles des régimes privés a atteint 27 % en 2017, contre 19 % il y a cinq ans et 11 % il y a dix ans (en 2008).

Si l'on considère les choses du point de vue des coûts mensuels par certificat, répartis sur l'ensemble des certificats, les implications potentielles sont importantes. En 2017, le coût mensuel par certificat pour les preneurs de régime était de 66 \$ pour les médicaments classiques (les médicaments qui ne sont pas de spécialité) et de 25 \$ pour les médicaments de spécialité, ce qui donne un coût total combiné de 91 \$ par mois. Si les tendances actuelles se maintiennent — le coût moyen des médicaments de spécialité grimpe de 12,9 % par année, comparativement à une croissance nulle ou négative du coût des médicaments classiques ([voir page 9](#)) — le coût mensuel du certificat pour les médicaments de spécialité rejoindra le coût du certificat pour les médicaments traditionnels en 2024. Le total combiné aura augmenté de 37 % pour atteindre 125 \$ par certificat mensuel.



Il s'agit d'une prévision linéaire reposant sur des données historiques, et présentée à des fins d'illustration pour faire ressortir ce qui pourrait se produire si rien ne change », explique M. O'Brien. « Nous ne devrions pas réagir en disant qu'il ne faut pas payer pour ces médicaments, mais plutôt examiner de plus près qui les paie et à quel point le régime privé devrait contribuer. Nous devons également examiner de plus près les biosimilaires — nous verrons apparaître un effet d'atténuation attribuable aux biosimilaires à bas prix, si leur adoption augmente.



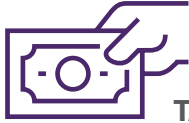


TABLEAU 18 | Médicaments de spécialité : part des réclamants et des coûts, 2008 à 2017

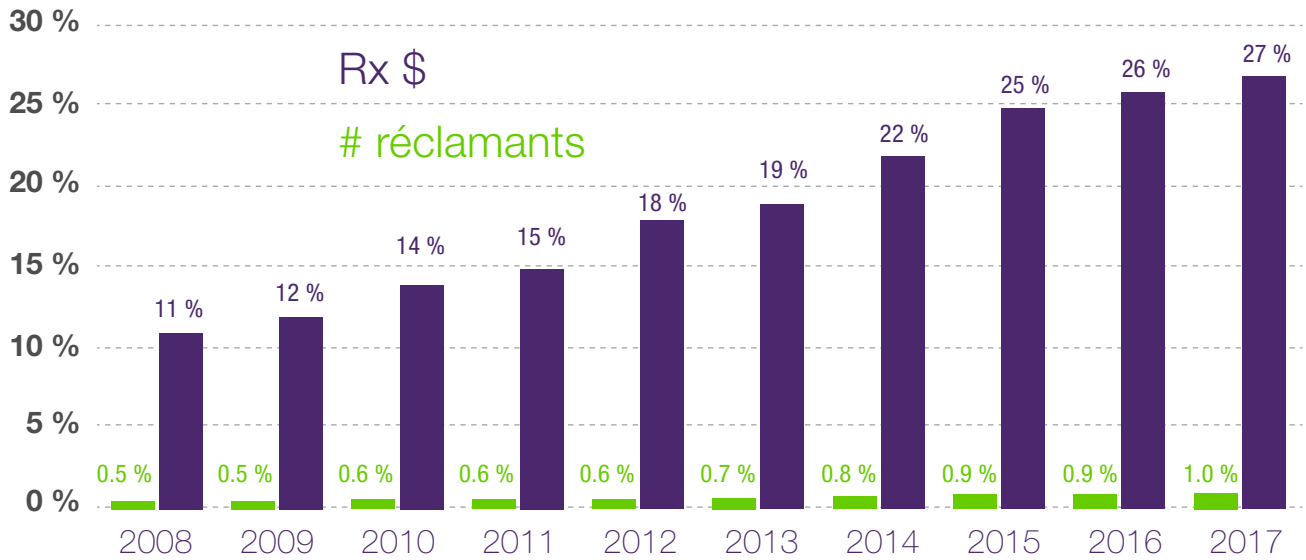
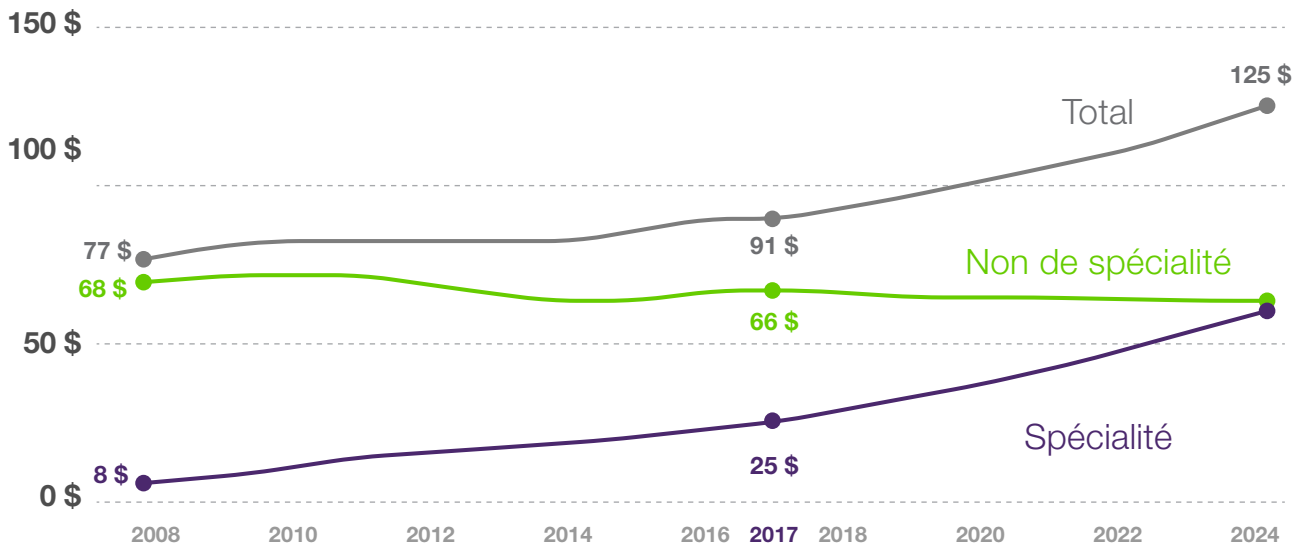


TABLEAU 19 | Coûts mensuels par certificat par type de médicament, 2008 à 2024 (prévision)



Les régimes publics influencent l'adoption des biosimilaires

Cinq médicaments biosimilaires sont disponibles au Canada depuis au moins un an. Bien que nous n'en soyons encore qu'au tout début, les données sur les médicaments de TELUS Santé indiquent que, dans la plupart des cas, l'adoption est plus lente que prévu au Canada. Par exemple, Inflectra, un médicament biosimilaire à Remicade, est disponible depuis septembre 2014 et son prix est fixé à 46 % de celui du médicament d'origine. Pourtant, Inflectra ne représentait que 1,5 % des coûts admissibles dans cette catégorie de médicaments en 2017 (en hausse par rapport à 0,4 % en 2016) et que 3,8 % des nouveaux réclamants (en hausse par rapport au 0,8 % de 2016).

Le faible taux d'adoption s'explique en partie par le fait que Santé Canada ne recommande pas à l'heure actuelle de faire passer automatiquement les patients qui prennent déjà un produit biologique d'origine à un produit biosimilaire moins coûteux. Les biosimilaires sont donc habituellement cantonnés aux nouveaux patients et aux patients n'ayant jamais été traités, et ce, en dépit du fait que les données des régimes privés indiquent que même les patients n'ayant jamais été traités demeurent beaucoup plus susceptibles de commencer leur traitement avec un médicament biologique d'origine.

Les régimes provinciaux prennent des mesures pour s'assurer que les patients n'ayant jamais reçu de traitement commencent par un biosimilaire, et on s'attend à ce que ces politiques stimulent l'adoption dans les régimes privés aussi. L'an dernier, au Québec, par exemple, le régime d'assurance médicaments a commencé à retirer de la liste les médicaments biologiques d'origine lorsqu'un produit biosimilaire devenait disponible (tout en continuant de couvrir le médicament d'origine pour les personnes qui le prenaient déjà).



Dans le cas de ces biosimilaires, nous commençons à voir une augmentation du côté privé également, car le fait qu'ils soient inscrits sur la liste du régime public influence les habitudes de prescription pour tous les patients, précise M. Gallant.



Les données sur un biosimilaire en particulier, Grastofil, illustrent de façon spectaculaire l'influence des politiques publiques. À l'échelle nationale, le pourcentage des coûts admissibles pour Grastofil a bondi à 23,7 % en 2017, comparativement à seulement 0,4 % en 2016. De même, 31,3 % des nouveaux réclameurs se sont vu prescrire le biosimilaire plutôt que le médicament biologique d'origine, Neupogen, ce qui représente une hausse certaine par rapport au faible taux de 1,0 % en 2016. La politique de remboursement de l'Ontario a marqué un tournant : à la fin de 2016, la province a inscrit Grastofil en vue d'un usage général dans son régime public d'assurance médicaments, alors que la couverture du produit biologique d'origine nécessite une autorisation supplémentaire dans le cadre du processus réservé aux usages limités.

« Rapidement, les médecins ont appris l'existence de cette politique de remboursement et ont prescrit avec une confiance croissante des médicaments biosimilaires, à tous les patients, qu'ils bénéficient d'un régime public ou privé », explique M. Cowan. C'est ainsi que, en septembre 2017, le nombre d'adhérents à un régime privé utilisant Grastofil en Ontario a dépassé le nombre de ceux qui utilisaient Neupogen.

Par opposition, le Québec n'a pas encore inscrit Grastofil sur sa liste de médicaments, et l'utilisation est pratiquement nulle chez les adhérents aux régimes publics et privés. « Ces deux provinces démontrent vraiment combien les politiques publiques de remboursement se répercutent sur l'expérience des payeurs privés », souligne M. Cowan.

Il est important de souligner que Grastofil se distingue également des autres biosimilaires parce qu'il est généralement utilisé comme traitement aigu (après des cycles de chimiothérapie), plutôt que comme traitement continu d'une maladie chronique. Les considérations relatives à la substitution d'un médicament biologique d'origine ne s'appliquent donc généralement pas, puisque les patients ne sont pas stabilisés par le médicament d'origine.

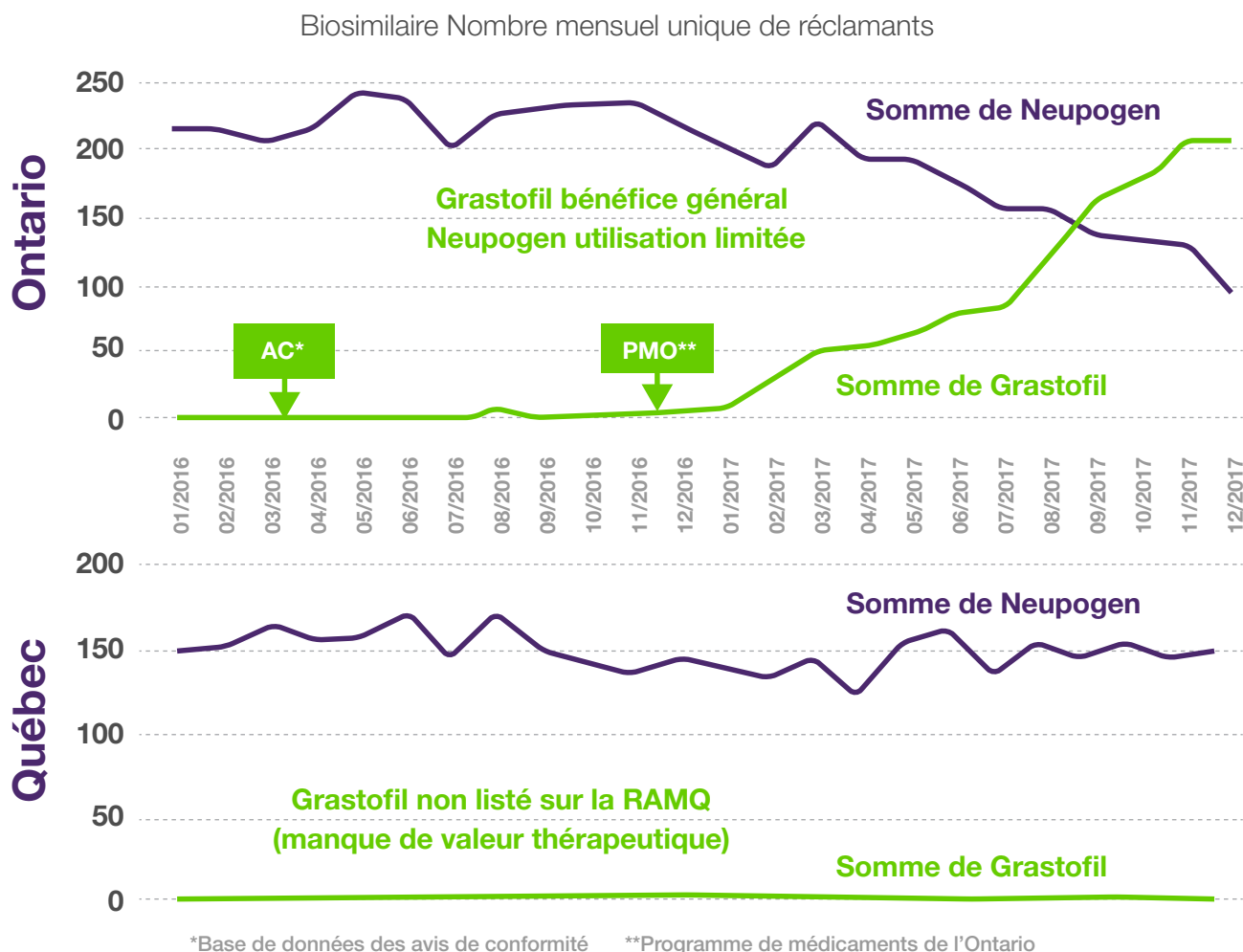
Si l'on se tourne vers l'avenir, deux biosimilaires ont récemment été approuvés par Santé Canada et huit autres pourraient entrer sur le marché canadien au cours des trois prochaines années. Les médicaments biologiques d'origine correspondants comptaient pour environ 270 millions de dollars en coûts admissibles en 2017, pour le Portefeuille d'affaires de TELUS Santé. « Si nous supposons avec prudence une réduction de 20 % du prix des biosimilaires, cela représentera plus de 50 millions de dollars d'économies pour les régimes privés — en supposant que tous les patients qui peuvent utiliser le biosimilaire le fassent », observe M. Cowan.



TABLEAU 20 | Adoption des biosimilaires à l'échelle nationale

	#		%	
	2016	2017	2016	2017
BRENZYS (etanercept)	0,09 %	2,70 %	0,01 %	0,99 %
INFLECTRA (infliximab)	0,84 %	3,83 %	0,36 %	1,48%
GRASTOFIL (filgrastim)	0,96 %	31,34 %	0,40 %	23,66 %
BASAGLAR (insuline glargine)	0,56 %	1,66 %	0,22 %	0,76 %

TABLEAU 21 | Adoption de Grastofil en Ontario et au Québec, 2016 à 2017



Résumé et recommandations

La pépinière de médicaments de spécialité étant ce qu'elle est, avec notamment des traitements novateurs à coût très élevé pour des maladies rares auparavant incurables, on peut s'attendre à ce que la part des coûts admissibles pour les médicaments de spécialité continue d'augmenter régulièrement. En parallèle, la première vague de médicaments biosimilaires culminera au cours des prochaines années, ce qui devrait ralentir quelque peu le taux de croissance, en supposant que l'adoption des biosimilaires puisse s'accélérer.

- Il a été démontré que les politiques provinciales qui appuient l'utilisation des biosimilaires pour les patients n'ayant jamais été traités favorisent la prescription de biosimilaires aux adhérents aux régimes privés; dans ce contexte, les assureurs peuvent contribuer à la dynamique en mettant en œuvre des politiques similaires pour les régimes privés au moyen de politiques d'autorisation préalable et de listes de médicaments gérées.
- Les payeurs publics et privés peuvent évaluer les dernières recherches sur le passage des produits biologiques d'origine aux biosimilaires, afin de déterminer si des politiques de substitution peuvent être mises en place pour certains médicaments et scénarios de patients individualisés (voir « Résultats positifs jusqu'à présent pour la substitution »).

Résultats positifs jusqu'à présent pour la substitution

En Europe, où les médicaments biosimilaires sont disponibles depuis plus longtemps qu'au Canada, les études cliniques démontrent systématiquement que les personnes qui sont passées d'un médicament biologique d'origine à un produit biosimilaire n'ont pas été touchées négativement. Une revue systématique récente, qui a évalué 90 études de substitution menées entre 1993 et 2017, a conclu que « le fait de passer d'un médicament de référence à un biosimilaire n'est pas intrinsèquement dangereux et que les patients, les professionnels de la santé et le public ne devraient pas présumer que cela pose un problème ».

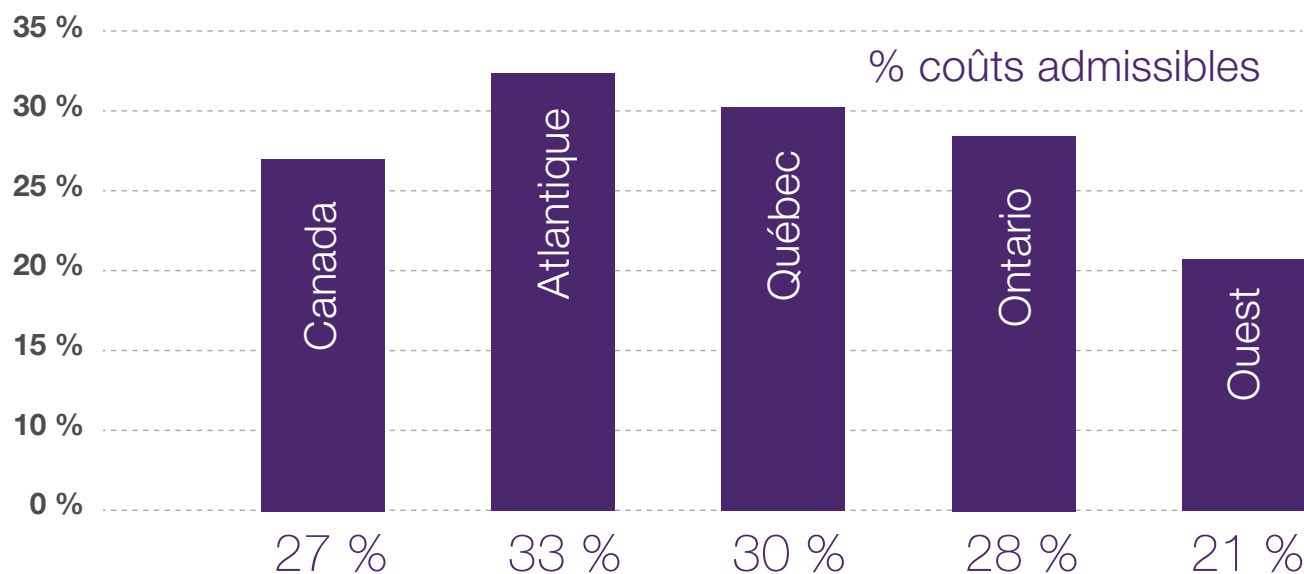
En 2017, une autre revue systématique, qui a évalué 53 études sur les substitutions, est arrivée à des conclusions similaires concernant la sécurité des patients et les résultats de santé; cependant, elle a également recommandé que la substitution « reste une décision clinique prise par le médecin traitant au cas par cas, en tenant compte du patient », et a précisé qu'« il ne devrait pas y avoir de substitution systématique en pharmacie »²

1 Cohen HP, Blauvelt A, Rifkin RM, et al. Switching Reference Medicines to Biosimilars: A Systematic Literature Review of Clinical Outcomes. *Drugs*. 2018 Mar;78(4):463-78.

2 Moots R, Azvedo V, Coindreau JL, et al. Switching Between Reference Biologics and Biosimilars for the Treatment of Rheumatology, Gastroenterology, and Dermatology Inflammatory Conditions: Considerations for the Clinician. *Curr Rheumatol Rep*. 2017 Jun;19(6):37.

Données de référence supplémentaires

TABLEAU 22 | Part des coûts admissibles des médicaments de spécialité par région, 2017



Remarques :

La part plus élevée des coûts pour la région de l'Atlantique reflète une utilisation accrue du fait que le bassin de population est prédisposé à certaines maladies génétiques pouvant être traitées par des médicaments de spécialité.

La part du coût des médicaments de spécialité en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Manitoba est bien inférieure à celle du reste du Canada en raison des régimes provinciaux d'assurance médicaments, qui deviennent le premier payeur dès que les adhérents au régime ont payé une franchise.

Les médicaments de spécialité dominent la pépinière de médicaments au Canada

Santé Canada évalue actuellement environ 70 nouveaux traitements pour les Canadiens. Vraisemblablement, environ 40 % de ceux-ci seront des médicaments de spécialité à coût élevé. En outre, un tiers des traitements potentiels entrent dans l'une des trois catégories suivantes : cancer, diabète et VIH/sida.

Il convient également de signaler l'arrivée imminente du premier médicament biologique pour les patients admissibles souffrant de migraines chroniques. Bien que son coût n'ait pas encore été annoncé au Canada, il a récemment été lancé aux États-Unis au coût de 6 900 \$US par année. Pour en savoir plus sur la gamme de médicaments au Canada, lisez l'article de TELUS Santé, [La pépinière des produits thérapeutiques : renseignements importants pour les régimes privés d'assurance médicaments](#).

5. Les classes examinées de plus près : ce que disent les chiffres



Les médicaments contre la polyarthrite rhumatoïde conservent leur première place sur la liste des 10 principales classes de médicaments sur le plan des montants accordés. Ils représentent 11,7 % du total des montants accordés, malgré le fait qu'ils ne représentent que 0,3 % des ordonnances, ce qui témoigne de l'incidence des coûts des médicaments biologiques de spécialité.

Les médicaments contre le diabète se maintiennent résolument en deuxième position avec 9,1 % des montants accordés et 6,6 % des ordonnances. De plus, si nous examinons les classements depuis 2014, nous constatons que la part des médicaments contre le diabète augmente régulièrement par rapport aux autres classes de la liste.

Mentionnons deux « grimpeurs rapides » : les médicaments pour les troubles cutanés, classés au quatrième rang en 2017 alors qu'ils étaient au huitième rang en 2014, et les médicaments contre le cancer, qui sont apparus pour la première fois sur la liste, en septième position. Pendant ce temps, les montants accordés pour les antidépresseurs sont passés de la troisième à la cinquième place, malgré le fait que cette classe de médicaments représente la plus grande part des ordonnances (8,8 %). Un examen attentif des chiffres fait ressortir certains des facteurs à l'origine de ces tendances.

TABLEAU 23 | Dix plus importantes classes de médicaments, selon le montant accordé, 2017

Condition de santé	2017			
	Rang	% par montant payé	% Rx	% réclamants
Polyarthrite rhumatoïde	1	11,7 %	0,3 %	0,5 %
Diabète	2	9,1 %	6,6 %	6,3 %
Asthme	3	5,7 %	5,7 %	18,4 %
Problèmes dermatologiques	4	5,3 %	4,1 %	21,2 %
Dépression	5	5,3 %	8,8 %	15,0 %
Hypertension	6	4,3 %	8,6 %	14,3 %
Cancer	7	3,6 %	0,5 %	1,3 %
Infections bactériennes (antibiotiques)	8	3,6 %	8,0 %	44,3 %
Sclérose en plaques	9	3,3 %	0,1 %	0,1 %
Ulcer	10	3,2 %	4,6 %	13,6 %

TABLEAU 24 | Dix plus importantes classes de médicaments, selon le montant accordé, 2014 à 2017

Classes de médicaments	2014		2015		2016		2017		Tendance 14-17
	Rang	% payé	Rang	% payé	Rang	% payé	Rang	% payé	
Polyarthrite rhumatoïde	1	10,6 %	1	11,0 %	1	11,7 %	1	11,7 %	+1,1 %
Diabète	2	8,1 %	2	8,3 %	2	8,8 %	2	9,1 %	+1,0 %
Asthme	4	5,6 %	4	5,5 %	4	5,6 %	3	5,7 %	+0,1 %
Problèmes dermatologiques	8	4,0 %	7	4,2 %	5	4,7 %	4	5,3 %	+1,3 %
Dépression	3	6,9 %	3	6,0 %	3	5,7 %	5	5,3 %	-1,6 %
Hypertension	5	4,7 %	5	4,5 %	6	4,5 %	6	4,3 %	-0,4 %
Cancer	13	2,8 %	14	2,8 %	12	3,0 %	7	3,6 %	+0,8 %
Infections bactériennes (antibiotiques)	6	4,3 %	6	4,4 %	7	3,8 %	8	3,6 %	-0,7 %
Sclérose en plaques	11	3,0 %	11	3,1 %	9	3,3 %	9	3,3 %	+0,3 %
Ulcer	7	4,3 %	8	4,1 %	8	3,6 %	10	3,2 %	-1,1 %
Hépatite	18	1,9 %	9	3,2 %	18	1,8 %	22	1,4 %	-0,5 %

Dépression

Les médicaments génériques apparus en 2016 et 2017 sont la principale raison pour laquelle cette classe a chuté de deux niveaux, à la cinquième place. « La substitution générique, et, plus précisément, les régimes de remboursement générique obligatoire sont clairement des stratégies de gestion efficaces. Si les régimes n'ont pas mis en place une politique de substitution générique, ils ne verront pas de tels chiffres », observe M.Cowan. Pour en savoir plus sur les politiques relatives aux médicaments génériques, [voir à la page 15](#).



Diabète

Les fabricants de produits pharmaceutiques ont lancé un certain nombre de traitements contre le diabète au cours des dernières années et d'autres sont en cours de développement. Ces traitements sont généralement indiqués pour un sous-ensemble de patients qui sont incapables de maîtriser leur diabète à l'aide d'un traitement de première intention à moindre coût, mais une analyse des données sur les médicaments de TELUS Santé suggère que ce n'est pas le cas. En fait, les nouveaux médicaments à coût élevé sont prescrits comme traitements de première intention chez environ un tiers des nouveaux patients diabétiques.

L'accumulation de données cliniques sur les traitements de deuxième intention influence probablement les habitudes de prescription des médecins. « Nous pouvons constater une hausse d'utilisation après chaque essai clinique positif », confirme M. Cowan. De plus, certains de ces nouveaux médicaments peuvent aider à la prise en charge du poids. Il reste que les lignes directrices cliniques recommandent que ces médicaments soient utilisés, dans la majorité des cas, lorsque le diabète ne peut être pris en charge par les traitements de première intention (ce qui inclut les modifications du mode de vie comme la perte de poids).

Les listes de médicaments gérées et les pharmacothérapies par étapes peuvent contribuer à ce que les médecins et les patients suivent les lignes directrices cliniques. Pour en savoir plus sur les pharmacothérapies par étapes, [voir à la page 21](#).

Cancer

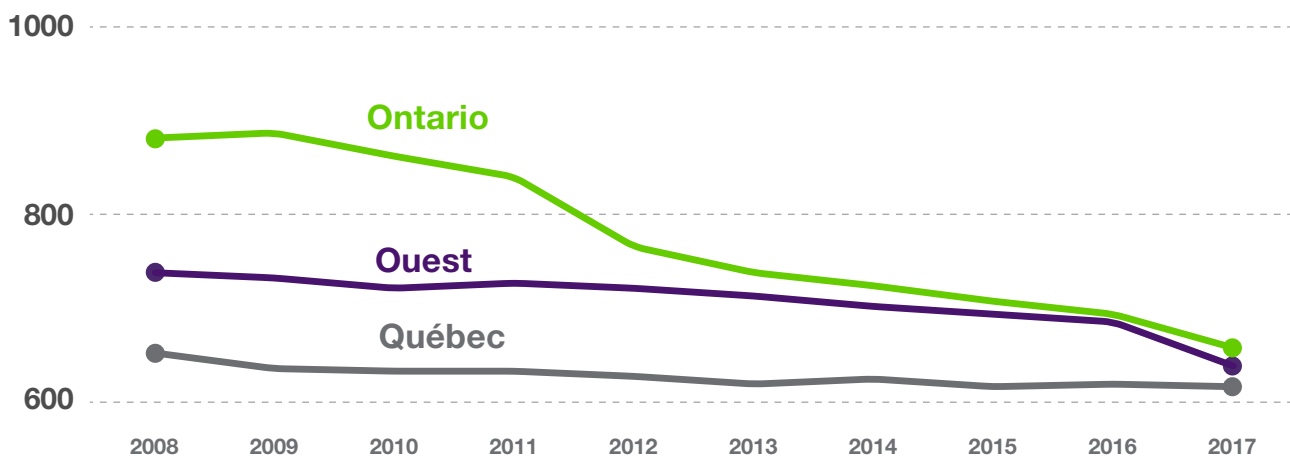
Les médicaments contre le cancer ont fait leur entrée sur la liste des 10 principales classes de médicaments en 2017, en partie grâce aux « avancées incroyables des traitements oncologiques », explique M. Cowan, et en partie parce que plus de médicaments peuvent être pris sous forme de pilule, par voie orale, plutôt que par perfusion ou injection dans un établissement de santé publique, ce qui signifie que les régimes privés couvrent les coûts.

Également, les plus récents traitements coûtent des dizaines de milliers de dollars par intervention, et les délais de traitement ont tendance à s'allonger puisque le médicament ralentit efficacement la progression du cancer. Comme pour les autres médicaments de spécialité à coût élevé, l'autorisation préalable et la gestion de cas devraient être considérées comme des outils de base pour favoriser des habitudes de prescription appropriées et l'observance du patient.

Opiïdes

La mise à jour des lignes directrices cliniques a permis de réduire efficacement les taux de prescription d'opioïdes, en particulier en Ontario. Il y a dix ans, en Ontario, il y avait 884 réclameurs d'opioïdes pour 100 000 assurés; en 2017, il y en avait 659. Les types d'opioïdes prescrits ont également changé, avec moins d'ordonnances d'oxycodone et de fentanyl ».

TABLEAU 25 | Réclameurs d'opioïdes par 100 000 assurés, 2008 à 2017



Inhibiteurs de la PCSK9 pour l'hypercholestérolémie

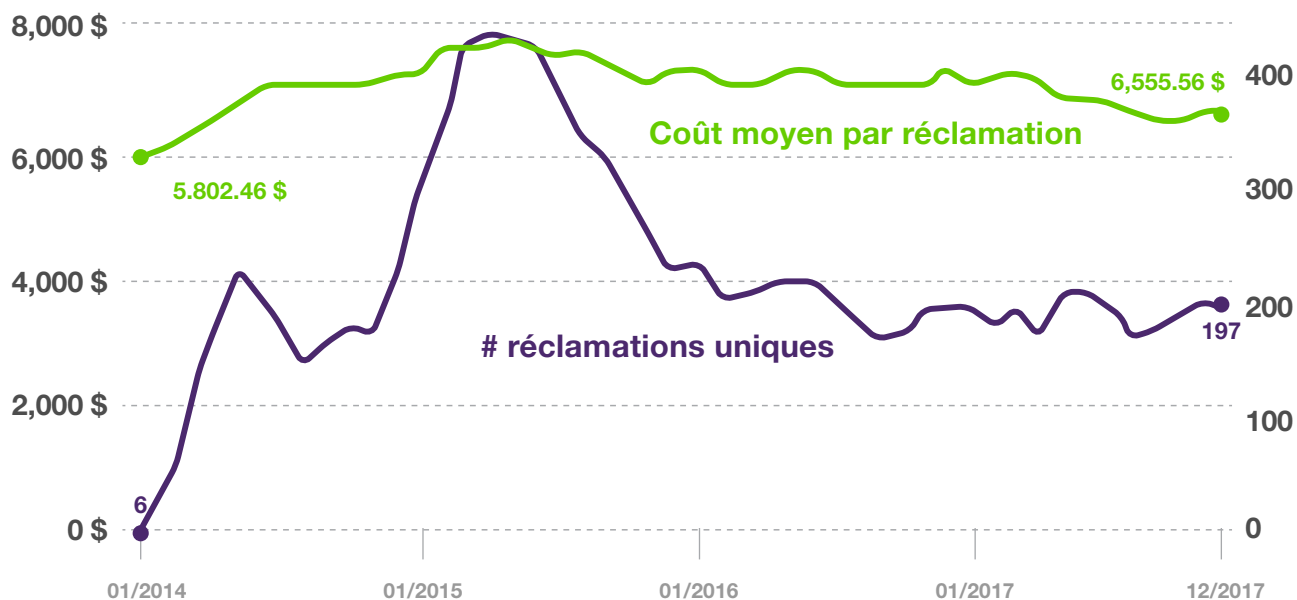
Les inhibiteurs de la PCSK9 sont une classe de médicaments biologiques destinés à traiter un sous-ensemble de patients présentant un taux de cholestérol élevé non contrôlé. Les données sur les demandes de règlement de 2017 semblent refléter une utilisation appropriée de ces médicaments, avec seulement sept réclameurs par 100 000 assurés à la fin de l'année. Cependant, l'activité de prescription augmente lentement, probablement en réaction à des données cliniques récentes qui démontrent une réduction des crises cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux. Dans ce contexte, l'autorisation préalable devrait continuer de garantir que ces médicaments sont prescrits de façon appropriée en se fondant sur des critères cliniques.

Médicaments contre l'hépatite C

L'année 2015 entrera dans l'histoire des régimes d'assurance médicaments comme « l'année de l'hépatite C », en raison de l'explosion du taux d'utilisation des nouveaux médicaments qui guérissent efficacement la maladie pour un coût de 50 000 \$ à 80 000 \$ par traitement. Depuis, l'utilisation a diminué à environ 200 prestataires par mois et continuera probablement de diminuer jusqu'en 2018. Fait tout aussi important, les taux de retraitement (des patients qui n'ont pas observé le traitement, pour quelque raison que ce soit) sont passés de 15 % dans les premiers jours à moins de 5 % au cours des deux dernières années.

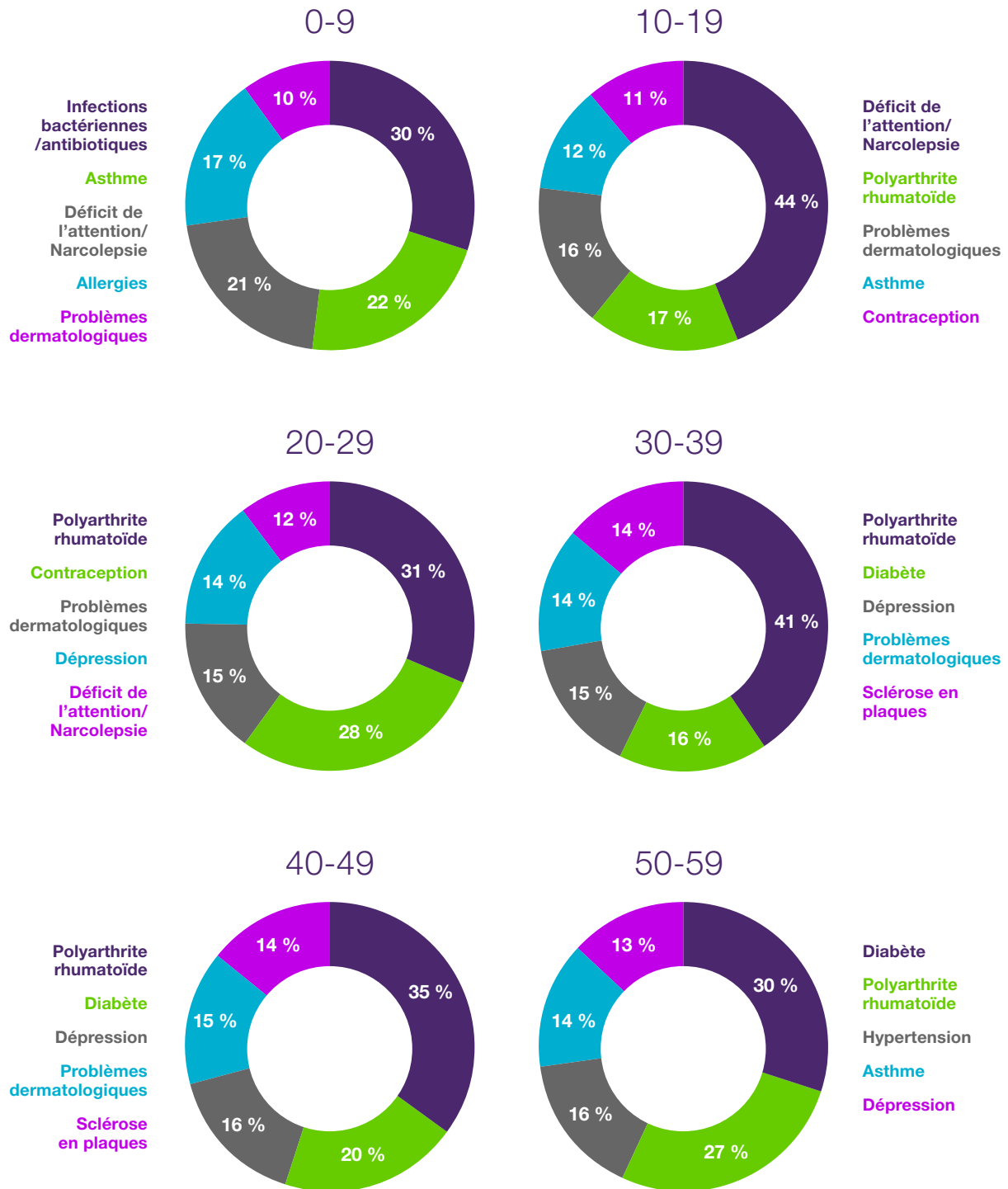
« Apparemment, ce fut un bon investissement. En fait, ce que nous avons ici, c'est un remède contre l'hépatite C, avec des taux de réussite variant entre 95 % et 100 % au cours des dernières vagues de traitement », explique Mark Jackson, pharmacien consultant chez TELUS Santé.

TABLEAU 26 | Réclamants de médicaments contre l'hépatite C, 2014 à 2017



Données de référence supplémentaires

TABLEAU 27 | Cinq plus importantes classes de médicaments accordés, selon l'âge



Résumé et recommandations

Les dix premières classes de médicaments selon les montants accordés constituent une feuille de route qui peut aider les preneurs de régime à diriger leurs efforts quand vient le temps de gérer leur régime d'assurance médicaments. Ces efforts devraient prévoir des outils de conception de régimes visant à favoriser un usage rentable des médicaments, tout en prenant acte de l'importance de ces médicaments dans le maintien de la santé et de la productivité des adhérents au régime (et possiblement dans la prévention des congés d'invalidité).



- Des maladies comme le diabète, la dépression et l'hypertension peuvent également être prises en charge, du moins en partie, au moyen de modifications du mode de vie. Les preneurs de régime peuvent ajouter des prestations en dehors du régime d'assurance médicaments classique ou les bonifier afin d'aider les adhérents atteints de maladies chroniques. Par exemple, le taux de réussite des modifications du mode de vie, comme la perte de poids et l'abandon du tabac, peut être amélioré grâce à des services de coaching individuel ou de groupe. Pour les adhérents souffrant de dépression, le counseling peut être aussi important que la prise de médicaments, et les preneurs de régime peuvent augmenter leur plafond annuel de counseling dans le cadre des prestations paramédicales.

6. **Incidence des** politiques publiques



L'Assurance-santé Plus de l'Ontario

En janvier 2018, l'Ontario a mis en œuvre le régime d'assurance médicaments Assurance-santé Plus pour les résidents de l'Ontario âgés de moins de 25 ans. Le programme rembourse systématiquement environ 4 400 médicaments inscrits au Programme de médicaments de l'Ontario (PMO; en guise de comparaison, plus de 10 000 médicaments sont couverts par la plupart des régimes privés), et peut couvrir d'autres médicaments par l'entremise du processus réservé aux usages limités (UL) de la province ou du Programme d'accès exceptionnel (PAE).

Les régimes privés ont acquitté environ deux fois moins de demandes de règlement pour ce groupe d'âge au premier trimestre de 2018 qu'au premier trimestre de 2017, et les montants accordés sont passés d'environ 19 millions de dollars en moyenne au cours de cette période de trois mois en 2017 à environ 12 millions de dollars en 2018. Les résultats pour 2018 montrent également qu'environ la moitié des demandes de règlement soumise par ce groupe d'âge concernaient des médicaments qui ne figurent pas sur la liste du PMO, tandis que la plupart des autres demandes de règlement concernaient des médicaments qui devraient progressivement se frayer un chemin à travers les exigences relatives aux UL et celles du PAE du PMO.



Près du quart des dépenses des régimes privés provient des montants résiduels pour les demandes de remboursement de médicaments d'origine, c'est-à-dire que l'Assurance-santé Plus de l'Ontario paie jusqu'à hauteur du coût du médicament générique, et que le régime privé paie la différence. « Les contraceptifs et les antidépresseurs sont les principaux facteurs expliquant ce coût pour les régimes privés », fait remarquer M. Cowan.

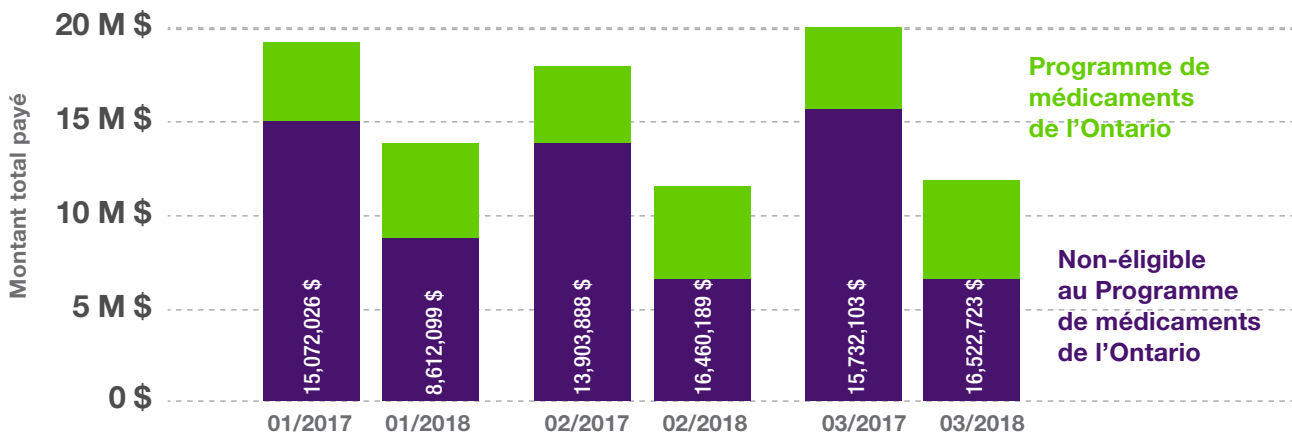
Au cours des trois premiers mois de 2018, l'Assurance-santé Plus de l'Ontario a généré des économies de 3,5 % pour l'ensemble des régimes privés; TELUS Santé estime que les économies pourraient atteindre 5,5 % d'ici la fin de l'année. Toutefois, il reste à voir à quel point cela se traduit par une réduction des primes. « Les réductions de prime pour ce groupe d'âge ne devraient pas représenter grand-chose dans l'expérience globale, à moins d'avoir un régime de type universitaire », prévient M. Cowan. M. Jackson ajoute :



Si vous retranchez une population en relativement bonne santé qui ne réclame pas grand-chose, vous vous retrouvez avec les réclamants les plus onéreux [lorsqu'il s'agit de calculer les primes futures]. Il se peut qu'elles ne diminuent pas autant que ce que les économies semblent indiquer.



TABLEAU 30 | Montants accordés aux résidents de l'Ontario de moins de 25 ans, T1 2017 par rapport au T1 2018



Transparence des prix dans les pharmacies du Québec

Depuis septembre 2017, par suite de l'adoption du projet de loi 92, les pharmacies québécoises doivent détailler les coûts suivants sur les reçus remis aux consommateurs : le coût du médicament, la marge bénéficiaire du grossiste et les frais exigés par le pharmacien (qui comprennent les honoraires du pharmacien, la marge bénéficiaire au détail et tous les autres frais facturés par le pharmacien).

« L'intention était de rendre les frais exigés par les pharmaciens plus visibles, car ils peuvent varier d'une pharmacie à l'autre. Cela pourrait également sensibiliser les adhérents au fait que les frais exigés par les pharmaciens sont plus élevés pour les régimes privés que pour les régimes publics », explique M. Gallant.

TELUS Santé a analysé les données des six premiers mois de demandes de règlement à la suite de la mise en œuvre des nouvelles règles et n'a constaté pratiquement aucun changement. « Les pharmaciens n'ont pas réduit leurs frais, et les adhérents n'ont pas opté pour des pharmacies où ces frais sont moins élevés », constate M. Gallant.

Réduction du prix des médicaments génériques

Le 1^{er} avril 2018, l'Alliance pharmaceutique pancanadienne (APP; cette organisation est composée des gouvernements provinciaux et du gouvernement fédéral) a mis en œuvre la dernière série de réductions de prix des médicaments génériques : soixante-dix médicaments coûtent maintenant 10 % à 18 % du coût du médicament d'origine correspondant (avec quelques variations d'une province à l'autre). Il est important de souligner, cependant, que ces prix diminuent de façon constante depuis plusieurs années; par exemple, les médicaments à 10 % du coût du médicament d'origine étaient déjà à 15 % auparavant. « L'APP continue de réduire le prix des médicaments — ce qui demeure positif pour les régimes privés, mais ils ne devraient pas s'attendre à des économies considérables », affirme M. Cowan.

TELUS Santé chiffre les économies moyennes pour les régimes privés à 2,6 %. « Il est évident que ce sont les régimes ayant des politiques sur les médicaments génériques qui tireront le plus de bénéfices », ajoute M. Cowan.

7. Conclusion





La gestion d'un régime d'assurance médicaments est, sans contredit, un processus comportant de nombreux éléments mobiles. Tout dernièrement, les politiques de remboursement public ont commencé à faire la démonstration de leur incidence sur les régimes privés. Le développement le plus remarquable et le plus complexe, cependant, a probablement été l'émergence de médicaments de spécialité à coût élevé. Leur valeur, à titre de traitements visant un très faible pourcentage d'adhérents, qui autrement seraient sans doute en invalidité, est incontestable et, au cours des dernières années, l'industrie a amélioré les mesures (comme l'autorisation préalable) visant à assurer un accès et une adhésion appropriés. Pourtant, leur prix — et l'indice de prix, année après année — continuent de soulever de fortes hésitations et des questions de pérennité.

Plus que jamais, nous nous devons d'accorder une attention accrue aux 99 % des réclamants qui ne font pas de demandes de règlement pour des médicaments de spécialité. Bien que l'adoption d'outils de conception de régimes pour gérer les coûts et l'utilisation de médicaments classiques (qui ne sont pas des médicaments de spécialité) soit en croissance, les données sur les demandes de règlement exposées dans le présent rapport indiquent que nous sommes loin d'une mise en œuvre à grande échelle. Ces outils de conception peuvent être vus comme une forme de lest donné aux régimes d'assurance médicaments, qui leur assure la stabilité nécessaire pour soutenir les demandes de remboursement de médicaments de spécialité ainsi que les innovations médicales qui changeront la vie des adhérents au régime qui en ont le plus besoin.

2018

TELUS Santé

**Rapport sur les tendances et
références canadiennes**

en matière de consommation
de médicaments

