



2019

TELUS Santé

**Rapport sur les tendances  
et références canadiennes**  
en matière de consommation  
de médicaments

 **TELUS**<sup>™</sup> Santé

# Avant-propos du rapport :

## Tendances en matière de santé et d'avantages sociaux

Le Rapport 2019 sur les tendances et références canadiennes en matière de consommation de médicaments de TELUS Santé (rapport de TELUS Santé) est rendu public tout juste 100 jours avant les élections fédérales qui auront lieu cet automne. Pour la plupart des Canadiens, la période préélectorale est l'occasion de se pencher sur les principaux enjeux, les politiques publiques et les promesses des différents partis politiques. L'un des enjeux politiques de l'heure est le système de santé, un élément de plus en plus présent dans la conversation publique.

Les politiciens et les responsables des politiques nationales débattent depuis des décennies des avantages et des défis associés au remboursement des médicaments prescrits. Certains, qui se situent à une extrémité du spectre politique, privilégient le modèle de couverture universelle financé par l'État alors que d'autres préfèrent une approche basée sur les besoins. La mise en place en 2016 du régime public Assurance-santé Plus de l'Ontario pour la population âgée de moins de 25 ans est un bon exemple de l'incidence que les changements de politiques peuvent avoir sur les Canadiens.

La mise en œuvre en 2016 ne fut pas sans écueil; les changements apportés aux listes de médicaments ont laissé certains patients sans couverture, obligés de payer eux-mêmes des médicaments auparavant remboursés par leur régime d'assurance privé. En avril 2019, le gouvernement ontarien récemment élu a réduit la portée de l'Assurance-santé Plus, revoyant sa politique de manière à ne couvrir que les personnes de moins de 25 ans sans assurance privée. Comme dans les années passées, le rapport de TELUS Santé continue d'évaluer les répercussions de ces politiques et changements réglementaires sur les travailleurs, de même que les grandes tendances pour ce qui touche les coûts, l'utilisation et les outils de conception des régimes privés.

Un des résultats clés du rapport de TELUS Santé a trait au coût des médicaments de spécialité (qui comprennent ceux qui sont utilisés pour traiter des cancers et des maladies rares), qui a continué de croître et pourrait bientôt dépasser celui des médicaments classiques. Une approche basée sur les besoins, en vertu de laquelle les payeurs publics assument les coûts de ces médicaments à prix élevé, aurait certainement pour effet de réduire la pression sur les employeurs preneurs de régimes. Toutefois, les patients voudront avoir l'assurance qu'ils recevront les meilleurs traitements et qu'ils continueront de jouir d'une qualité de vie acceptable si ce modèle se concrétisait.

Le plus récent développement en matière de politique s'est produit en juin, avec la publication du rapport final du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments, intitulé Une ordonnance pour le Canada : l'assurance-médicaments pour tous.



De nature essentiellement consultative pour le moment, le rapport du Conseil préconise l'élaboration d'ici 2022 d'une stratégie nationale détaillée pour le paiement des coûteux médicaments utilisés pour traiter des maladies rares. Ce projet, et l'engagement dans le budget fédéral de 2019 de fonds totalisant 500 millions de dollars par année à compter de 2022 et visant le paiement des médicaments à coût élevé pour traiter des maladies rares, constitue un changement marqué dans le financement du système de santé au Canada.

Un autre résultat important dans le rapport de TELUS Santé est celui qui montre que bien qu'on observe une utilisation croissante des médicaments biosimilaires (équivalents aux premiers médicaments de spécialité biologiques commercialisés, qui contiennent des organismes vivants) dans le traitement de certaines maladies, d'autres biosimilaires tirent de l'arrière. Afin d'encourager l'utilisation de ces médicaments novateurs, le gouvernement de la Colombie-Britannique est devenu ce printemps le premier payeur public à mettre en œuvre une politique de substitution obligatoire par des biosimilaires, ce qui a entraîné une hausse spectaculaire de l'emploi de ces médicaments. De tels changements de politiques devraient favoriser une baisse des coûts en médicaments et contribuer à la pérennité du système de santé. En outre, les gouvernements ont fait connaître leur intention de réinvestir les économies réalisées dans d'autres secteurs thérapeutiques.

Le changement crée des possibilités et l'instauration de ces nouvelles politiques offre à notre industrie l'occasion d'examiner de plus près les données sur les demandes de règlement pour voir ce qu'elles peuvent révéler. Les mégadonnées sont là et nous disposons des outils nécessaires pour faire des analyses et des prévisions comme jamais auparavant. Utilisons cette capacité pour éclairer nos décisions et concevoir des régimes d'assurance qui englobent des services élargis en matière de santé et de mieux-être, qui se coordonnent de manière harmonieuse avec les régimes publics et qui permettent d'atteindre les meilleurs résultats de santé possible pour les travailleurs d'aujourd'hui et de demain.

Comme c'est le cas avec tout changement, le sujet suscitera sans doute de nombreuses conversations autour des tables des conseils d'administration, qui se pencheront sur les tendances et discuteront des répercussions qu'auront ces réorientations majeures de politiques sur les volumes d'affaires, le secteur de l'assurance privée, les patients et les fournisseurs de soins de santé. J'encourage chacun d'entre nous à se tourner vers ses partenaires de confiance et à prendre le temps d'étudier les données, d'explorer différentes lignes de conduite et de déterminer les orientations qui jetteront les bases d'un cadre de santé globale au travail pour les Canadiens.

**Laura Mensch**

Vice-présidente, Gestion des régimes d'assurance santé, TELUS Santé

## 1. Introduction

---

## 2. Terminologie

---

## 3. Coûts et utilisation

- a. Tendances générales
  - b. Demandes de règlement et coûts admissibles par assuré
  - c. Incidence du régime Assurance-santé Plus de l'Ontario
  - d. Utilisation de médicaments génériques
- 

## 3. Outils de conception des régimes d'assurance

- a. Politiques sur les médicaments génériques
  - b. Coassurance et franchises
  - c. Listes de médicaments gérées
  - d. Plafonnement des honoraires professionnels des pharmaciens
  - e. Plafonds annuels et à vie
- 

## 4. Médicaments de spécialité

- a. Partage des coûts et réclamants
  - b. Médicaments biosimilaires
- 

## 5. Médicaments par classe thérapeutique

- a. Les 10 premières classes de médicaments selon les montants remboursés
  - b. Médicaments en voie de commercialisation
- 

## 6. Les classes de médicaments examinées de plus près

- a. Diabète
  - b. VIH
  - c. Migraine
- 

## 7. Conclusion



# 1. Introduction

---

## 2018 a été une année relativement tranquille

pour les régimes d'assurance médicaments privés. Toutefois, sous la surface apparemment calme, on observe une dynamique de plus en plus active entre les médicaments classiques (qui représentent 71 % des coûts admissibles et 98,9 % des réclamants) et les médicaments de spécialité à coût élevé (29 % des coûts et 1,1 % des réclamants). Maintenant plus que jamais, les preneurs de régime demandent des évaluations régulières des résultats de leur propre régime d'assurance afin de détecter les risques potentiels et de mettre en œuvre des mesures qui renforceront la capacité de leur régime de satisfaire à l'ensemble des demandes de règlement.

Le rapport 2019 de TELUS Santé décrit les principales tendances en matière de coûts et d'utilisation des régimes d'assurance médicaments privés ainsi qu'en ce qui concerne les taux d'adoption des outils de conception de régime tels que la substitution obligatoire par médicaments génériques et les listes de médicaments gérées. Les données de 2018, compilées en mai 2019, sont tirées de la base de données de TELUS Santé, qui couvre plus de 12 millions d'assurés, et compte plus de 112 millions de demandes de règlement pour des médicaments prescrits, ce qui représente un montant total de plus de 4,8 milliards de dollars.



Cette période de calme relatif est une bonne occasion pour les preneurs de régime d'examiner de plus près les demandes de règlement et la conception des régimes afin de voir comment leurs données s'insèrent ou non dans les tendances observées à l'échelle nationale ou régionale. Comme nous savons que les coûts associés au nombre croissant de maladies rares traitées et aux principales maladies chroniques liées au vieillissement et au mode de vie augmenteront sûrement, il est maintenant temps de revoir les stratégies de gestion des régimes d'assurance médicaments en place dans le but d'assurer la pérennité de ces régimes, affirme Shawn O'Brien, Directeur principal, Gestion et activation des données, TELUS Santé.



## Terminologie

Assuré :	Toute personne couverte (employé, conjoint ou enfant), qu'elle ait soumis une demande de règlement pendant la période considérée ou non; aussi appelé adhérent.
Biosimilaire :	Médicament biologique qui est similaire, mais non identique, au médicament biologique d'origine, produit après l'expiration du brevet du médicament d'origine.
Certificat :	Adhérent couvert et co-bénéficiaires à charge qui lui sont rattachés (conjoint, enfants).
Coût admissible :	Coût du médicament jugé admissible par TELUS Santé, avant l'application des paramètres financiers du régime (p. ex., la coassurance).
Générique :	Médicament équivalent au médicament d'origine, produit après l'expiration du brevet du médicament d'origine.
Médicament biologique d'origine :	Premier médicament de spécialité commercialisé qui contient des organismes vivants, également appelé « médicament biologique de référence » ou « médicament biologique innovateur ».
Médicament d'ordonnance classique :	Médicament de synthèse généralement à faible coût.
Médicament d'origine à fournisseurs multiples :	Médicament pour lequel il existe un ou plusieurs équivalents génériques.
Médicament d'origine à fournisseur unique :	Médicament pour lequel il n'existe aucun équivalent générique.
Médicaments de spécialité :	Médicaments complexes, qui comprennent les médicaments biologiques, dont le coût est élevé (définis par TELUS Santé comme pouvant coûter 10 000 \$ ou plus, par année, par réclamant).
Montant accordé :	Montant payé par le régime après l'application des paramètres financiers du régime.
Utilisation :	Nombre de demandes de règlement payées par certificat ou par assuré, selon le cas.



## 2. Coûts et utilisation

---

## Coûts – Tendances générales

Le régime Assurance-santé Plus de l'Ontario a eu des répercussions importantes sur les coûts et l'utilisation des régimes d'assurance médicaments en 2018. Le gouvernement provincial a institué ce régime d'assurance de premier payeur pour tous les enfants et les jeunes adultes de 24 ans ou moins en janvier 2018. Tout au long de l'année, Assurance-santé Plus a donc remboursé les médicaments antérieurement couverts par les régimes d'assurance privés. En avril 2019, le gouvernement ontarien a restructuré le régime de manière à limiter l'admissibilité aux personnes de moins de 25 ans qui n'ont pas accès à une assurance privée.

Afin d'illustrer l'incidence de l'Assurance-santé Plus de l'Ontario, le rapport 2019 de TELUS Santé montre les données sur les coûts et l'utilisation selon les groupes d'âge pertinents, soit les personnes de moins de 25 ans et celles de moins de 65 ans.

Les régimes d'assurance privés au Canada ont connu une baisse des coûts mensuels admissibles de 2,6 % en 2018. Comme prévu, l'Assurance-santé Plus de l'Ontario a été le principal facteur expliquant cette baisse. Néanmoins, même en retirant de l'équation les assurés de moins de 25 ans, le taux de croissance national en 2018 a été nul, à 0,0 %.

« Une autre raison pour laquelle les coûts des régimes d'assurance privés sont demeurés relativement stables en 2018 est probablement le prix moindre des médicaments génériques, à la suite de la mise en œuvre de la plus récente entente conclue entre l'Alliance pancanadienne pharmaceutique et les fabricants de médicaments génériques, » affirme M. O'Brien.

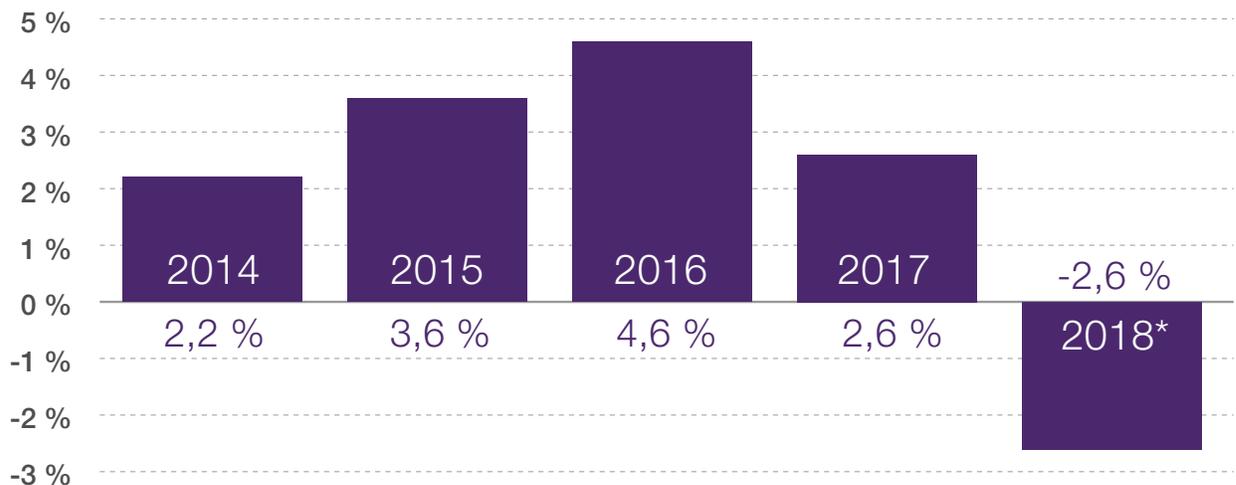
En avril 2018, les prix de près de 70 des médicaments génériques le plus fréquemment prescrits au Canada avaient encore diminué, certains de 90 % par rapport au prix du médicament d'origine.

On observe par ailleurs des variations régionales. Dans tous les groupes d'âge, les coûts admissibles mensuels moyens par assuré ont augmenté de 2,9 % au Québec, alors qu'ils ont légèrement fléchi dans l'Ouest canadien (-0,1 %) et dans les provinces de l'Atlantique (-0,9 %). En Ontario, les coûts admissibles mensuels ont baissé de 6,8 % dans tous les groupes d'âge, illustrant l'incidence de l'Assurance-santé Plus. Lorsqu'on ne tient pas compte des assurés de moins de 25 ans, les résultats de l'Ontario concordent avec ceux du reste du Canada (-0,7 %).

Si on élargit encore la perspective et qu'on examine les tendances en matière de coûts en comparant les coûts des médicaments classiques à coût peu élevé et ceux des médicaments de spécialité à coût élevé, il apparaît clairement que les coûts des uns compensent les coûts des autres. Au cours de 10 dernières années, le coût moyen des médicaments classiques a diminué de 2,1 % par année. Quant au coût moyen des médicaments de spécialité, il a augmenté de 10,8 % par année durant la même période. Lorsque les deux groupes de médicaments sont combinés (en gardant à l'esprit que seulement 1,1 % des réclamants utilisent les médicaments de spécialité), le taux de croissance des coûts moyens n'est plus que de 0,3 % par année sur 10 ans. Pour plus de détails sur les médicaments de spécialité, [voir la page 32](#).



**Tableau 1** | Variation du coût admissible mensuel par assuré, 2014 à 2018

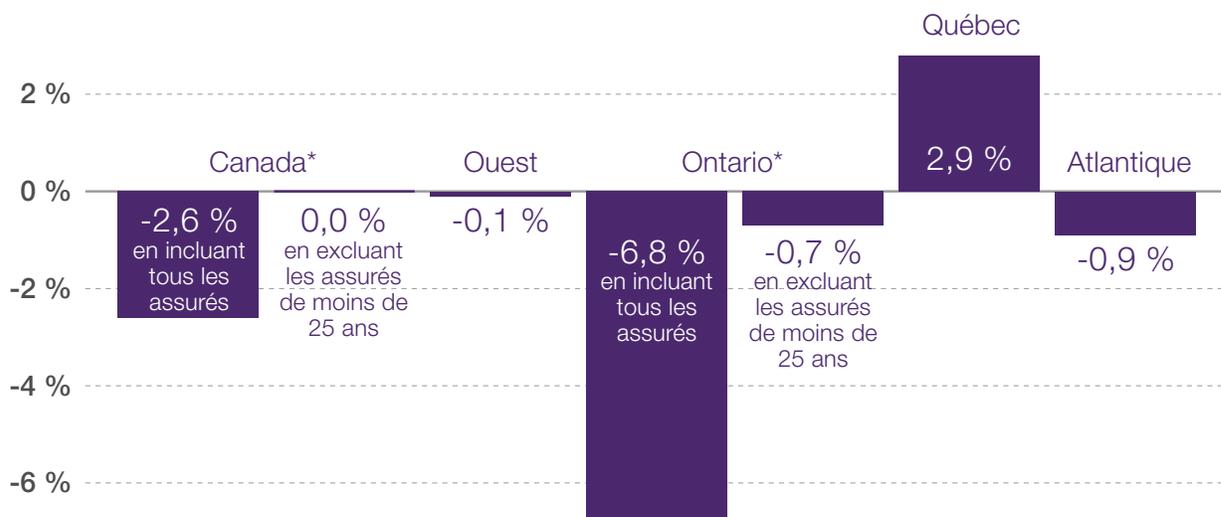


\* 0,0 % en excluant les assurés de moins de 25 ans

\* Les résultats de 2018 sont présentés par groupe d'âge pour illustrer l'incidence de l'Assurance-santé Plus de l'Ontario

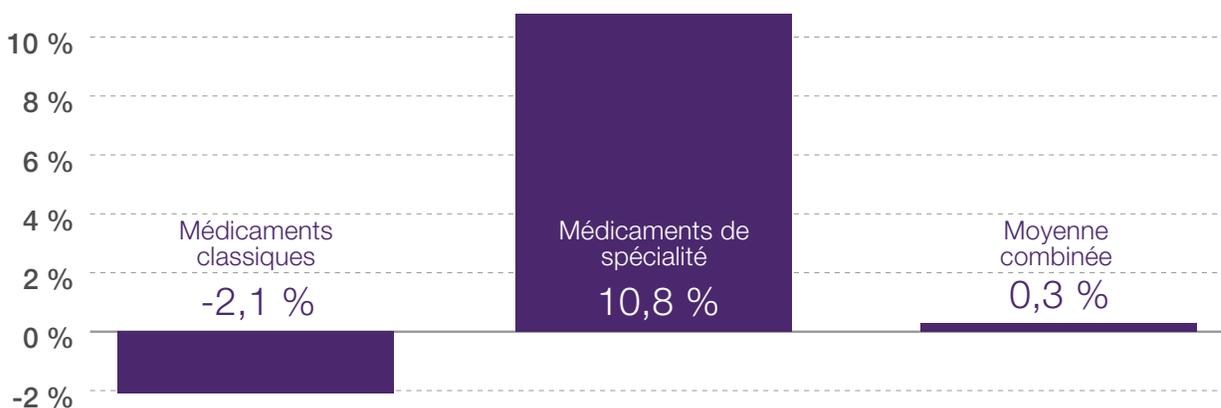


**Tableau 2** | Variation du coût admissible mensuel par assuré en 2018 par rapport à 2017, par région



\* Les résultats de 2018 sont présentés par groupe d'âge pour illustrer l'incidence de l'Assurance-santé Plus de l'Ontario

**Tableau 3** | Augmentation annuelle moyenne du coût des médicaments classique et des médicaments de spécialité, selon le coût mensuel par certificat, 2009 à 2018



## Utilisation – Tendances générales

En 2018, 59,4 % des assurés ont présenté une demande de règlement, ce qui représente une baisse par rapport aux 62,9 % de 2017 et aux 65,6 % de 2016. Toutefois, étant donné l'effet de l'Assurance-santé Plus de l'Ontario, il serait prématuré d'y voir une tendance soutenue. Lorsque les assurés de moins de 25 ans sont retirés de la base de données, 70,3 % des assurés ont fait une demande de règlement en 2018, résultat identique à celui de 2017 (70,3 %).

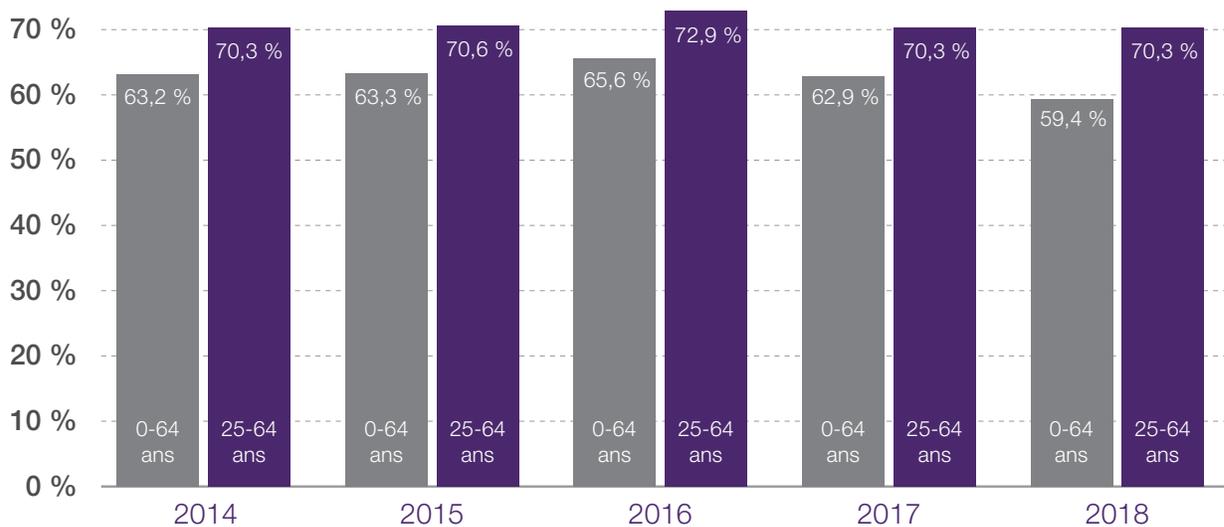
Le nombre moyen de demandes de règlement par réclamant est généralement stable, progressant légèrement d'année en année : 10,3 en 2018, 10,0 en 2017 et 9,8 il y a 5 ans, en 2014.

Globalement, le taux moyen d'utilisation mensuelle par assuré des régimes d'assurance privés a très peu changé au cours des cinq dernières années. En 2018, l'utilisation s'est chiffrée à 0,52 demande de règlement par assuré, par comparaison à 0,54 en 2017 et à 0,52 pour les trois années précédentes. Lorsque les assurés de moins de 25 ans sont retirés du calcul, le taux d'utilisation moyen grimpe à 0,71 pour les assurés de 25 à 64 ans, le même qu'en 2017 et qu'en 2016 (0,71 pour les deux années) et est comparable à celui de 2015 et de 2014 (0,69 pour les deux années).

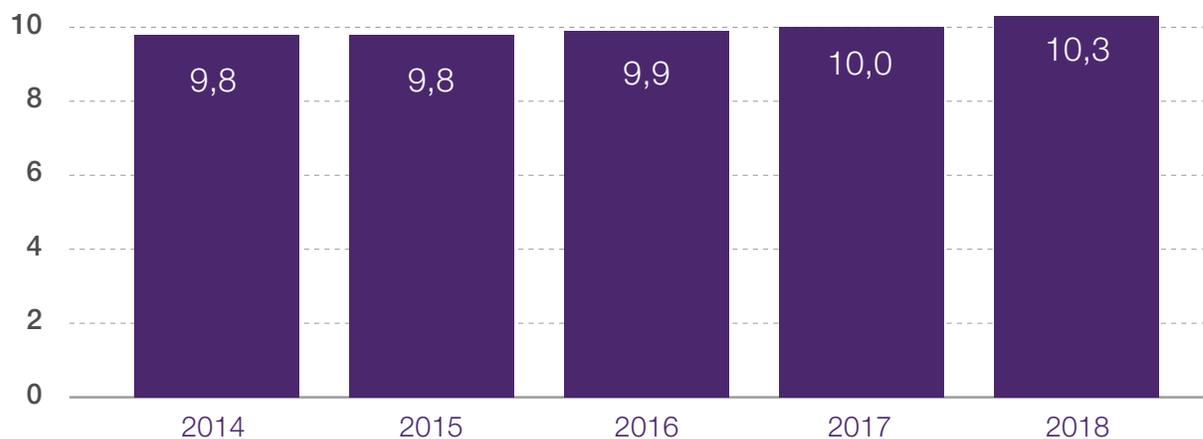




**Tableau 4** | Nombre d'assurés ayant présenté une demande de règlement, 2014 à 2018, groupes d'âge de 0 à 64 ans et de 25 à 64 ans



**Tableau 5** | Nombre de demandes de règlement par réclamant, 2014 à 2018





## **Demandes de règlement et coûts admissibles par assuré**

Le coût admissible moyen des demandes de règlement, pour la couverture de tous les assurés, a été de 37,40 \$ par mois ou de 448,80 \$ par année. À l'échelle régionale, le coût admissible moyen par assuré a été moins élevé dans l'Ouest canadien (29,28 \$), en raison des régimes d'assurance médicaments publics qui couvrent automatiquement les résidents lorsqu'ils atteignent le montant maximal de dépenses remboursables, basé sur le revenu.

Le coût admissible moyen par demande de règlement a été de 72,61 \$ en 2018. Multiplié par le nombre moyen de 10,3 demandes de règlement par réclamant par année, le coût moyen total des demandes de règlement par réclamant a été de 747,88 \$. Au Québec, les régimes privés ont affiché un coût moyen par demande de règlement moins élevé par rapport au coût national, soit 51,82 \$ comparativement à 72,61 \$, mais le taux d'utilisation mensuelle par assuré, de 0,86, s'est révélé beaucoup plus élevé que le taux national de 0,52. Cet écart s'explique par le fait que les Québécois renouvellent leurs ordonnances plus souvent, car les pharmaciens remettent habituellement une quantité de médicaments correspondant à 30 jours de traitement (par comparaison à 60 ou à 90 jours dans les autres provinces).

Comme prévu, les coûts admissibles augmentent avec l'âge. Les assurés âgés de moins de 10 ans coûtent aux régimes d'assurance seulement 6,42 \$ par mois, tandis que les assurés de 60 à 69 ans représentent des coûts atteignant 94,72 \$.

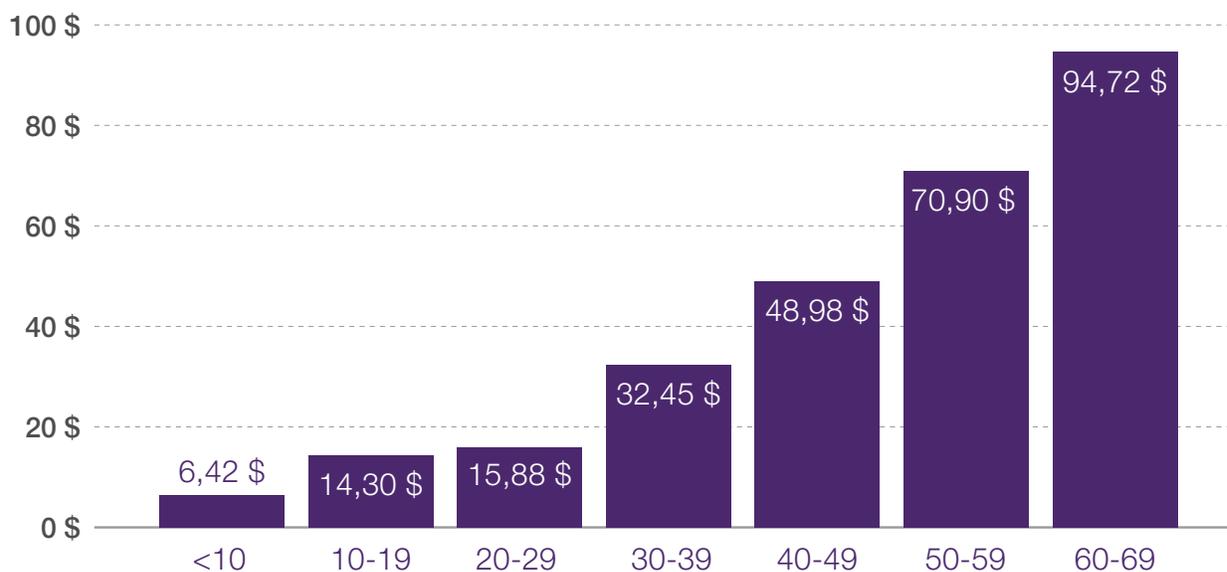


**Tableau 6** | Aperçu des coûts et de l'utilisation en 2018, par région

	Canada	Ouest	Ontario	Québec	Atlantique
Coût admissible mensuel par assuré	37,40 \$	29,28 \$ <sup>1</sup>	37,31 \$	51,82 \$	49,58 \$
Utilisation mensuelle par assuré	0,52	0,43	0,45	0,86 <sup>2</sup>	0,62
Coût admissible par demande de règlement	72,61 \$	68,06 \$	83,54 \$	59,91 \$ <sup>2</sup>	80,22 \$
Âge moyen des employés/adhérents	44,1	43,3	44,5	44,4	45,3

- 1 L'Ouest canadien obtient le plus faible coût admissible mensuel par assuré en raison des régimes d'assurance médicaments universelle de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de la Saskatchewan qui deviennent automatiquement les premiers payeurs une fois que l'adhérent a payé une franchise.
- 2 Le Québec affiche le plus faible coût admissible moyen et le taux d'utilisation mensuelle par assuré le plus élevé parce que les pharmaciens québécois remettent habituellement une quantité de médicaments correspondant à 30 jours de traitement, alors que cette période est plutôt de 60 ou de 90 jours dans les autres provinces.

**Tableau 7** | Coût admissible mensuel par assuré en 2018, par groupe d'âge

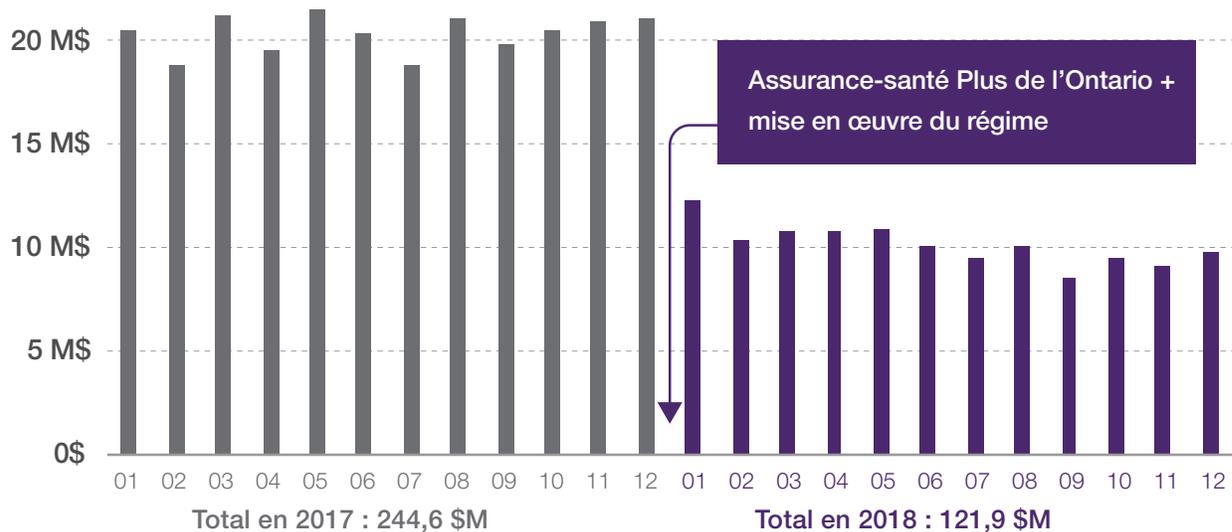


## Incidence du régime Assurance-santé Plus de l'Ontario

En Ontario, la mise en place en janvier 2018 du régime provincial Assurance-santé Plus a entraîné une chute du coût admissible mensuel de 54,4 % en 2018 par comparaison à 2017 pour les assurés de moins de 25 ans. Cette chute s'est traduite par une baisse globale des coûts de 6,8 % dans tous les groupes d'âge de la province, qui a à son tour contribué de façon marquée à la diminution des coûts de 2,6 % à l'échelle nationale.

En avril 2019, le gouvernement ontarien a resserré considérablement son régime Assurance-santé Plus, de manière à ce que seuls les résidents de moins de 25 ans sans aucune assurance privée y soient admissibles. « Les régimes d'assurance privés de l'Ontario peuvent s'attendre à ce que les coûts payés pour les assurés de moins de 25 ans reviennent presque exactement à ce qu'ils étaient avant l'instauration de l'Assurance-santé Plus », déclare Vishal Ravikanti, responsable des Services professionnels, TELUS Santé.

**Tableau 8** | Assurance-santé Plus de l'Ontario : avant et après la mise en œuvre



## Utilisation des médicaments génériques

La proportion de médicaments génériques prescrits remboursés par les régimes privés varie de 60 % en Ontario à 69 % dans les provinces de l'Atlantique. Toutes les régions ont connu une croissance constante au cours des cinq dernières années, en particulier le Québec, où la part des génériques est passée de 53 % en 2014 à 62 % en 2018. « Cette tendance lente, mais constante, est mue par l'adoption de politiques de substitution obligatoire », observe M. O'Brien ([voir page 22](#)).

**Recommandation :** Les régimes privés pourront peut-être faire augmenter l'utilisation des génériques de quelques points de pourcentage en appliquant des politiques de substitution obligatoire, ce qui aura pour effet de réduire le nombre de médicaments d'origine à fournisseurs multiples à rembourser. Au cours des dernières années, 7 % des médicaments remboursés par les régimes privés étaient des médicaments d'origine à fournisseurs multiples, ce qui signifie qu'il existe déjà un ou plusieurs équivalents génériques de ces médicaments sur le marché.

« Le médicament générique est considéré comme bioéquivalent au médicament d'origine, ce qui signifie que la plupart des patients y répondront aussi bien qu'au médicament d'origine. Dans les cas où le patient peut démontrer, preuves à l'appui, qu'il ne tolère pas le générique ou qu'il a une réaction indésirable à un ingrédient non médicinal du produit, les régimes à substitution obligatoire peuvent autoriser l'utilisation du médicament d'origine, au prix du médicament d'origine », déclare M. O'Brien.

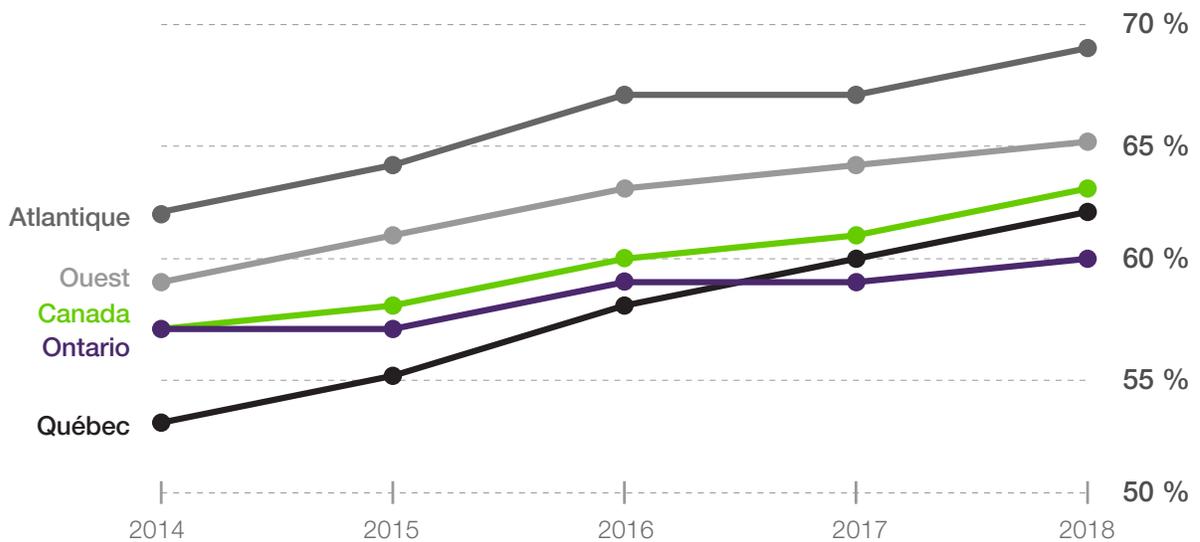
L'utilisation des médicaments à fournisseurs multiples varie selon les régions, de tout juste 4 % dans les provinces de l'Atlantique à 11 % au Québec.



**Recommandation :** Outre la substitution obligatoire par des équivalents génériques, la facturation directe des réclamants pourrait aussi entraîner une baisse du nombre de médicaments d'origine à fournisseurs multiples remboursés. Au Québec, par exemple, la réglementation autorisant les régimes privés à facturer aux adhérents la différence entre le prix du générique et celui du médicament d'origine a provoqué une baisse de l'utilisation des médicaments d'origine à fournisseurs multiples, qui est passée de 14 % en 2015 à 11 % en 2018.

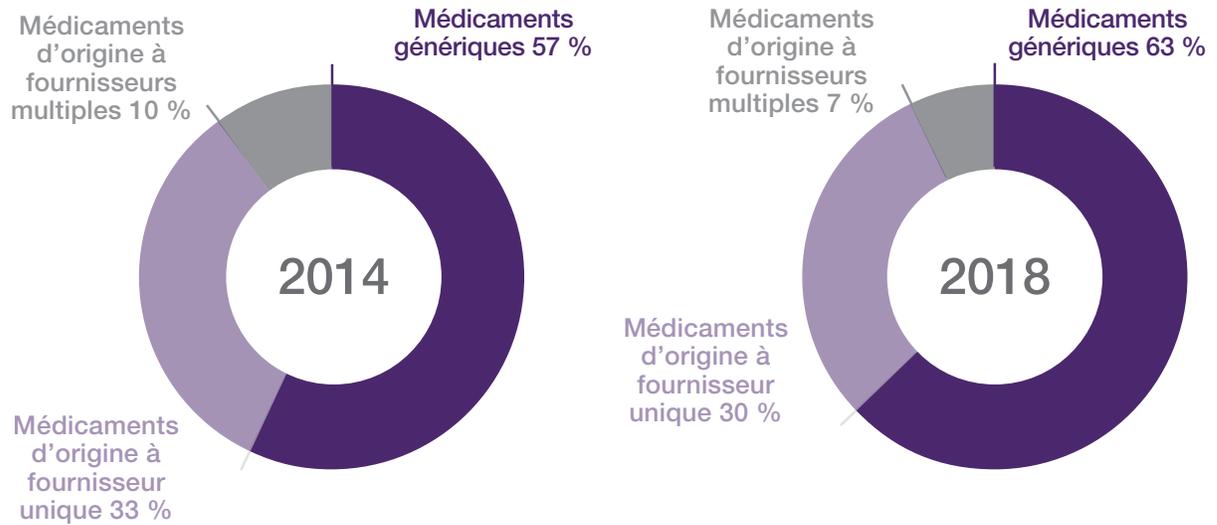
À l'échelle nationale, les médicaments génériques ont représenté en 2018 63 % des ordonnances délivrées et 26 % des coûts admissibles remboursés par les régimes privés, comparativement à 57 % et à 26 % respectivement en 2014. Le fait que le pourcentage des coûts soit resté inchangé malgré la hausse de volume est le reflet de la baisse des prix des génériques au cours des cinq dernières années. Les médicaments d'origine à fournisseur unique représentaient 33 % des ordonnances et 69 % des coûts en 2018, laissant une part de 7 % et de 5 %, respectivement, aux médicaments à fournisseurs multiples.

**Tableau 9 | Utilisation des médicaments génériques, 2014 à 2018, par région**

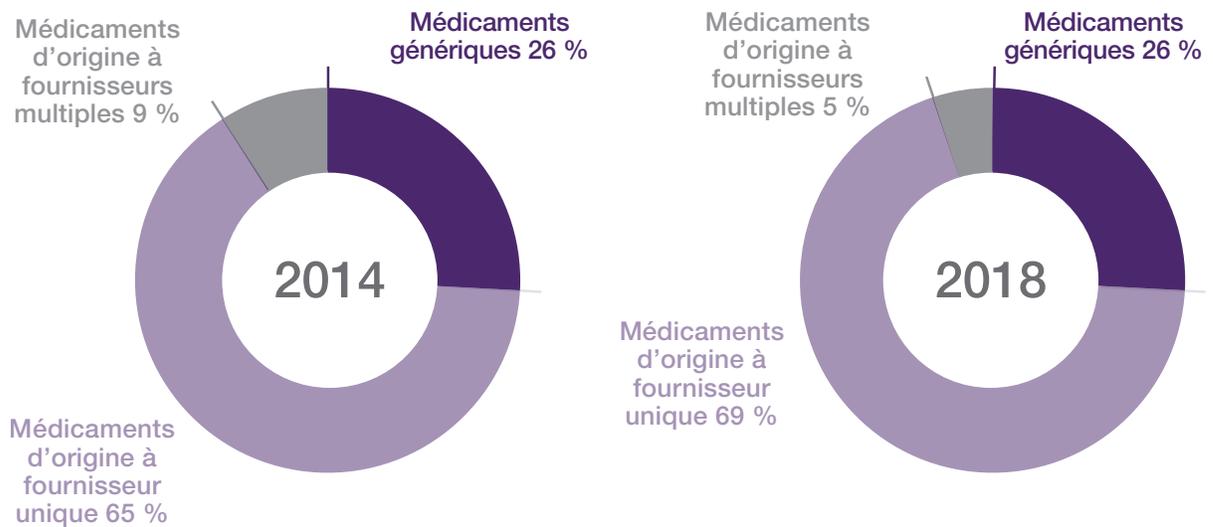




**Tableau 10** | Utilisation par catégorie de médicaments, 2014 et 2018



**Tableau 11** | Coûts admissibles par catégorie de médicaments, 2014 et 2018



## Résumé et recommandations

Le régime Assurance-santé Plus de l'Ontario a eu une incidence notable sur les résultats de 2018, entraînant une diminution de 2,6 % des coûts admissibles mensuels moyens des régimes d'assurance privés. Les preneurs de régime comptant un bon nombre d'employés en Ontario ont pu réaliser des économies après la mise en place de l'Assurance-santé Plus, mais ces gains ont disparu en avril 2019, lorsque le gouvernement a limité l'admissibilité au régime.



Lorsque les personnes de moins de 25 ans sont retirées des résultats nationaux, pour neutraliser l'effet de l'Assurance-santé Plus de l'Ontario, les coûts autant que l'utilisation en 2018 sont restés les mêmes qu'en 2017. Le nombre de demandes de règlement par réclamant semble toutefois augmenter très progressivement. Il semble évident qu'une tendance déflationniste associée au coût des médicaments classiques agit comme contrepoids à la tendance inflationniste liée aux médicaments de spécialité, dont le prix augmente de manière constante.

- Cette période de stabilité relative est une bonne occasion d'implanter les outils de conception de régime ou d'évaluer les outils existants dans le but de gérer efficacement l'utilisation et le remboursement des médicaments classiques prescrits pour traiter les maladies chroniques de sorte que les régimes privés soient en mesure de faire face aux demandes de remboursement des médicaments de spécialité à prix élevé.
- Les régimes privés pourront peut-être faire augmenter l'utilisation des génériques de quelques points de pourcentage en appliquant des politiques de substitution obligatoire, ce qui aura pour effet de réduire le nombre de médicaments d'origine à fournisseurs multiples à rembourser.
- La facturation directe des réclamants (p. ex. en facturant la différence entre le prix du générique et celui du médicament d'origine) pourrait aussi entraîner une baisse du nombre de médicaments d'origine à fournisseurs multiples.



### 3. Outils de conception des régimes d'assurance

---

Le rapport 2019 de TELUS Santé présente les taux d'adoption de cinq outils de conception de régime qui aident les employeurs à trouver le point d'équilibre entre la pérennité du régime et l'offre d'avantages sociaux concurrentiels importants pour les employés. Ces politiques de conception peuvent également inciter les adhérents au régime à devenir des consommateurs responsables par rapport à leur régime d'assurance maladie. Le rapport donne également un aperçu de l'adoption de plafonds annuels par les régimes d'assurance au cours des cinq dernières années.

## Politiques sur les médicaments génériques

Le rapport de TELUS Santé montre l'intégration progressive de la substitution obligatoire par des équivalents génériques dans la conception des régimes. En 2018, 61 % des assurés avaient des régimes comportant une politique de substitution obligatoire, alors que ce pourcentage était de 55 % en 2017 et de 44 % il y a cinq ans, en 2014. « La substitution obligatoire est maintenant inscrite d'emblée dans les ententes conclues avec les preneurs de régimes, ce qui fait que l'adoption de cette option devrait continuer à croître, à moins que les preneurs de régime décident d'y renoncer », affirme M. O'Brien.

Par ailleurs, 23 % des assurés avaient des régimes dotés d'une politique de substitution facultative par des génériques, qui permet aux réclamants ou aux médecins de refuser la substitution et le remboursement du coût du médicament d'origine. Quand les deux formes de politiques sur les médicaments génériques sont combinées, 84 % des assurés ont maintenant un régime comportant une option de substitution, comparativement à 82 % en 2017 et à 75 % en 2014.

Comme dans les années passées, un écart apparaît toutefois lorsque l'on compare le nombre d'assurés avec le nombre de régimes collectifs. Un nombre plus élevé de groupes (94 %) que d'assurés (84 %) ont une politique sur les génériques, et l'écart se creuse quand on considère seulement la substitution obligatoire : 85 % des groupes contre 61 % des assurés. Ceci s'explique par le fait qu'une poignée d'employeurs ayant des effectifs imposants n'ont pas adopté la substitution par des génériques, ou ont décidé d'y renoncer. Les syndicats y sont probablement pour quelque chose. « La substitution obligatoire est une question dont il faudra discuter durant les prochaines négociations de conventions collectives et il faudra probablement un certain temps pour convaincre les dirigeants syndicaux, qui y verront un recul de leurs acquis », explique M. O'Brien.

**Recommandation :** Les régimes d'assurance privés qui n'ont pas de politique de substitution par des génériques peuvent consulter leurs conseillers en avantages sociaux afin de cerner les principaux obstacles à l'adoption de telles politiques et de tenter de les éliminer. L'éducation et la collaboration seront probablement essentielles pour convaincre les adhérents et les syndicats qu'ils ne seront pas perdants et que les économies réalisées pourront être réinvesties dans d'autres aspects de leur régime d'assurance maladie.



**Tableau 12** | Assurés dont le régime comporte une politique sur les médicaments génériques, 2014 à 2018



**Tableau 13** | Politiques sur les médicaments génériques en 2018, assurés et groupes

	Assurés	Groupes
Substitution obligatoire	61 % <b>84 %</b>	85 % <b>94 %</b>
Substitution facultative	23 %	9 %
Pas de politique sur les médicaments génériques	15 %	6 %



## Coassurance et franchises

Les deux tiers des assurés (66 %) avaient un régime prévoyant une coassurance en 2018, comparativement à 69 % en 2017. Cette proportion s'élève à 76 % en ce qui concerne les régimes collectifs. Comme c'est le cas avec les politiques de substitution par des médicaments génériques, l'écart entre les assurés et les groupes reflète le fait qu'un nombre relativement petit de gros employeurs continue d'offrir une couverture à 100 %.

Parmi les assurés dont le régime comprend une coassurance, la grande majorité (63 %) paye une quote-part de 20 %, alors qu'un assuré sur cinq (21 %) assume 10 % du coût de ses médicaments. « La quote-part de 20 % est presque devenue la norme des régimes avec coassurance, ce qui laisse croire qu'il s'agit d'un montant à payer raisonnable, qui permet aux adhérents de comprendre la valeur de leur régime et de contribuer à son financement », observe M. O'Brien.

**Recommandation :** Pour assurer que la contribution globale des adhérents demeure raisonnable du fil du temps, il est recommandé d'établir un plafond à cette contribution.



Une quote-part sert d'outil pour souligner la valeur d'un régime. Sans quote-part, il y a absence de communication avec les adhérents au sujet des coûts et un manque de responsabilité partagée quant à la gestion du régime d'assurance médicaments, explique M. O'Brien.



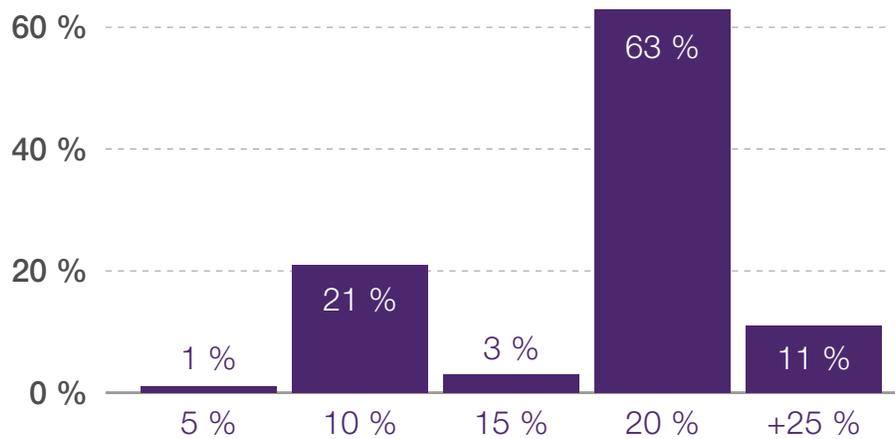
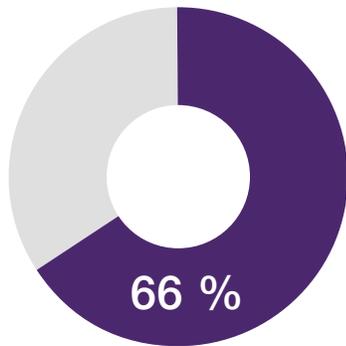
L'adoption de la coassurance a très peu évolué depuis au moins cinq ans, ce qui laisse supposer que les conventions collectives constituent peut-être la raison principale expliquant que 24 % des groupes sont couverts à 100 %. Une autre raison pourrait être que certains preneurs de régime craindraient une réaction négative de la part de leurs employés.

Les assurés dont le régime impose une franchise annuelle (10 %) ou par demande de règlement (14 %) sont beaucoup moins nombreux, et leur proportion a très peu varié au cours des cinq dernières années. Parmi ceux qui doivent payer une franchise par demande de règlement, 43 % versent entre 4,00 \$ et 5,99 \$ et 29 %, entre 2,00 \$ et 3,99 \$.



**Tableau 14** | Répartition des montants de coassurance (quotes-parts) payés par les assurés

Assurés dont le régime prévoit une coassurance, 2018



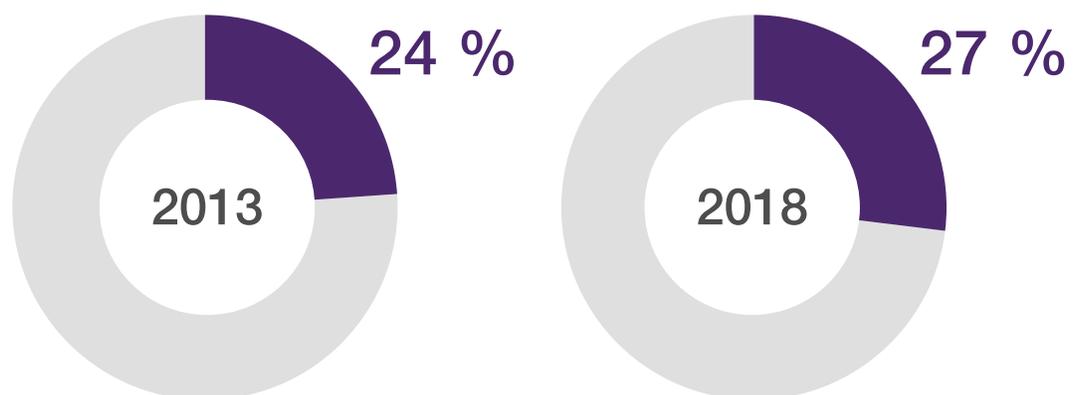
## Listes de médicaments gérées

En Ontario, le nombre d'assurés ayant un régime ouvert – prescrit par la loi, c'est-à-dire qui assure le remboursement de toutes les ordonnances – a lentement décliné, passant de 72 % en 2013 à 66 % en 2018. Les autres régimes appartiennent aux catégories suivantes : les régimes de gestion intégrée (27 % des assurés, contre 24 %) et les régimes qui imitent les régimes publics, c'est-à-dire qu'ils ont adopté les listes des médicaments de leur province (6 %, contre 4 %).

« Nous observons un lent changement qui s'opère depuis cinq ans, les régimes ouverts laissant graduellement place aux régimes comportant une liste de médicaments gérée. On voit également de nombreuses variantes de listes gérées, mais les médicaments sont essentiellement considérés sous l'angle de leur coût-efficacité et de leur place dans le processus thérapeutique », affirme M. O'Brien.

**Recommandation :** Les preneurs de régime peuvent consulter leurs conseillers en avantages sociaux afin d'estimer les économies de coûts que pourrait représenter l'adoption d'une liste de médicaments gérée et les répercussions d'un tel changement sur les adhérents (p. ex. le nombre d'adhérents touchés). Une stratégie de communication, amorcée bien avant la mise en œuvre de la liste de médicaments gérée, sera essentielle à l'acceptation des nouvelles conditions par les adhérents au régime.

**Tableau 15** | Assurés dont le régime comporte une liste de médicaments gérée, 2013 et 2018\*



\* Selon les données de l'Ontario seulement

## Plafonnement des honoraires professionnels des pharmaciens

Un peu plus du tiers des assurés (36 %) ont un régime imposant un plafonnement des honoraires professionnels remboursés aux pharmaciens, lequel est resté inchangé depuis 2014 (36 %). Depuis, 12 % des régimes collectifs ont plafonné les honoraires des pharmaciens. L'écart entre les assurés et les groupes (36 % contre 12 %) indique que les très gros employeurs sont plus susceptibles que les petites et moyennes entreprises à adopter cet outil de gestion.



Parmi les assurés dont le régime prévoit un plafonnement des honoraires des pharmaciens, 32 % ont un plafond pouvant atteindre 7,99 \$, 23 % un plafond de 8 \$ à 8,99 \$ et 19 % un plafond de 10 \$ à 10,99 \$.



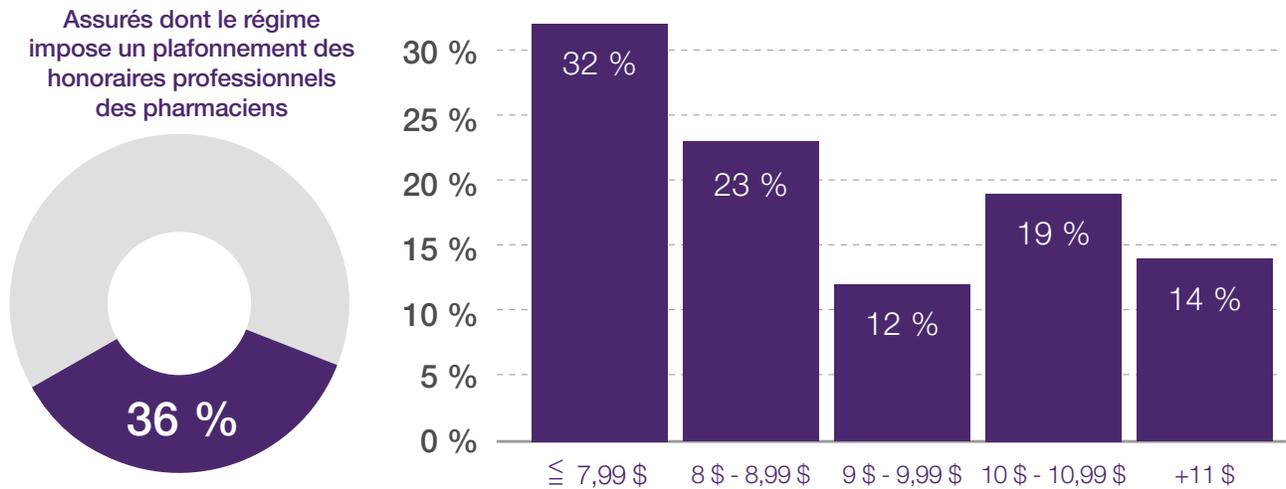
Peu de choses ont changé au fil des ans en ce qui concerne le plafonnement des honoraires des pharmaciens, malgré le fait qu'il s'agit là d'un moyen simple d'intégrer au sein du régime des notions de consommateurisme. Cette mesure permet aux adhérents de peser la commodité au regard d'un coût moindre au moment de choisir la pharmacie où ils feront exécuter leurs ordonnances, explique M. O'Brien.



**Recommandation :** Les preneurs de régime peuvent examiner leurs coûts en honoraires des pharmaciens – en établissant à la fois le montant moyen des honoraires payés par le régime et la ventilation des honoraires par fourchettes de versements – afin de déterminer si les économies possibles justifient un plafonnement des honoraires. « Cette évaluation donnerait également aux preneurs de régime une bonne idée du nombre de réclamants qui seraient touchés par divers plafonds et dans quelle mesure », observe M. O'Brien.



**Tableau 16** | Ventilation du plafonnement des honoraires professionnels des pharmaciens



## Plafonds annuels et à vie

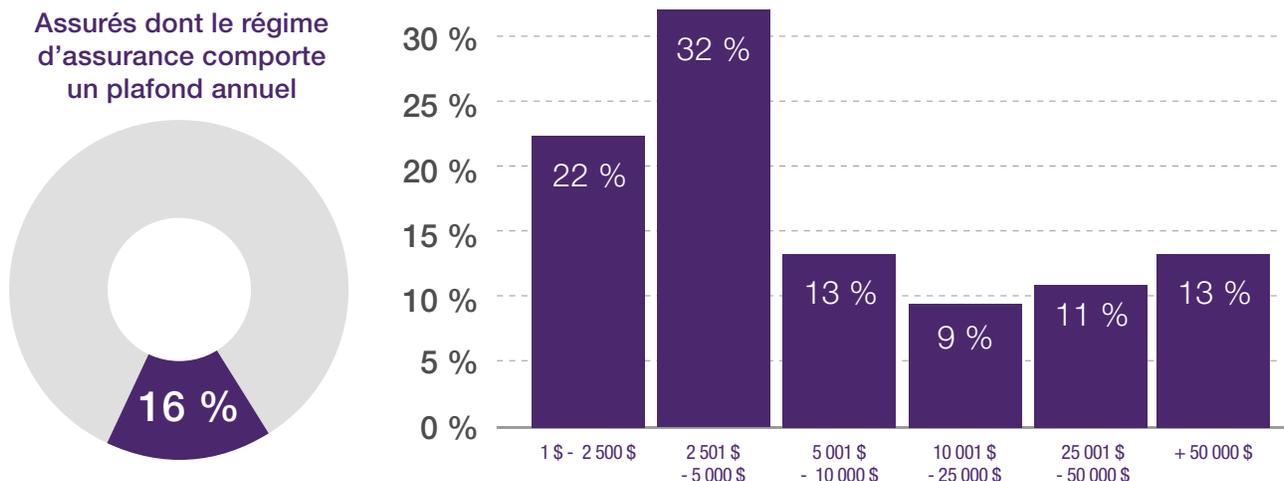
Comparativement à 12 % il y a cinq ans, en 2014, 15 % des assurés ont un régime d'assurance comportant un plafond annuel. Parmi les assurés ayant un tel régime, le groupe le plus important (32 %) a un plafond de 2 500 \$ à 5 000 \$ par année et le deuxième (22 %), un plafond de 2 500 \$ ou moins.

« Les régimes de petite taille sont les plus nombreux à imposer un plafond annuel, ce qui se comprend. Pour les employeurs preneurs de ces régimes, même un seul réclamant qui a des frais de médicaments énormes peut influencer sur le coût du régime d'assurance. Et comme de nombreux employeurs peinent à offrir un programme d'avantages sociaux à coût abordable, ils ont tendance à instituer un plafond pour limiter leur risque », affirme M. O'Brien.

**Recommandation :** Avant d'envisager d'imposer dans leur régime d'assurance un plafond annuel qui pourrait désavantager les adhérents, les preneurs de régime peuvent explorer d'autres mesures telles que la substitution obligatoire par des génériques et les listes de médicaments gérées, qui feront en sorte qu'ils auront une meilleure capacité financière face aux demandes de règlement pour des médicaments à prix élevé.

Par ailleurs, 4 % des assurés ont un régime d'assurance comportant un plafond à vie. Parmi eux, le plus gros groupe (43 %) a un plafond à vie de 250 001 \$ à 500 000 \$ et le deuxième (29 %), un plafond de 100 001 \$ à 250 000 \$.

Tableau 17 | Ventilation des plafonds annuels

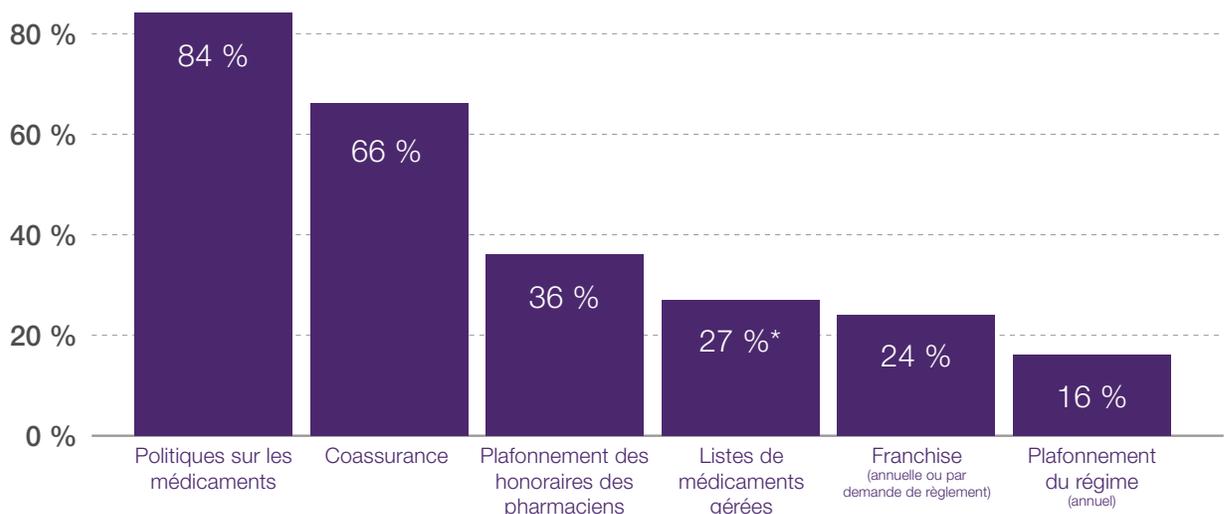


## Résumé et recommandations

L'industrie observe une croissance lente, mais constante, de l'adoption de politiques sur les médicaments génériques, en particulier la substitution obligatoire par des génériques. La coassurance vient au deuxième rang des outils de conception de régime les plus populaires, quoique le recours à cette mesure semble avoir atteint un plateau. La tendance à l'égard des listes de médicaments gérées semble se consolider, tandis que l'imposition d'un plafonnement des honoraires professionnels des pharmaciens et de franchises a très peu changé ces cinq dernières années.

- Les régimes d'assurance privés qui ne comportent pas de politique de substitution par des génériques ou de coassurance peuvent consulter leurs conseillers en avantages sociaux afin de cerner les principaux obstacles à l'adoption de telles politiques et de tenter de les éliminer.
- Pour faire en sorte que la contribution des adhérents au régime d'assurance (coassurance) demeure acceptable, les régimes privés devraient instaurer un plafond aux quotes-parts à payer.
- Afin d'évaluer la faisabilité et les avantages potentiels du recours à une liste de médicaments gérée, les preneurs de régime peuvent consulter leurs conseillers en avantages sociaux afin d'estimer les économies de coûts d'une telle mesure et ses répercussions sur les adhérents.
- Les preneurs de régime peuvent examiner leurs coûts en honoraires de pharmaciens – en établissant à la fois le montant moyen des honoraires payés par le régime et la ventilation des honoraires par fourchette de versements – afin de déterminer si les économies possibles justifient un plafonnement des honoraires.
- Avant d'envisager d'imposer dans leur régime d'assurance un plafond annuel qui pourrait désavantager les adhérents, les preneurs de régime peuvent adopter d'autres mesures telles que la substitution obligatoire par des génériques, la coassurance et les listes de médicaments gérées.

**Tableau 18** | Proportion d'assurés par outil de gestion de régime d'assurance médicaments



\* Ontario seulement



## 4. Médicaments de spécialité

---



## Partage des coûts et réclamants

Le coût des demandes de règlement pour les médicaments de spécialité continue de croître beaucoup plus rapidement que le nombre de réclamants, ce qui reflète la hausse constante des prix de ces médicaments. La limite supérieure des coûts admissibles par médicament par année a gonflé, passant d'environ 30 000 \$ durant les années 1990 à des centaines de milliers de dollars aujourd'hui. Dans certains cas, elle excède un million de dollars. Tous les médicaments de spécialité à prix « ultra » élevé sont le fruit d'avancées thérapeutiques importantes, le plus souvent pour traiter des cancers ou des maladies rares.

Parallèlement, l'analyse des données de TELUS Santé sur les demandes de règlement de 2018 révèle que les médicaments de spécialité représentent 29 % de l'ensemble des coûts admissibles, comparativement à 27 % en 2017. Par ailleurs, seulement 1,1 % des réclamants utilisent des médicaments de spécialité, contre 1,0 % en 2017. Il y a 10 ans, en 2009, les médicaments de spécialité représentaient 12 % des coûts et 0,5 % des réclamants.

En ce qui concerne le coût mensuel moyen par certificat, on observe que les dépenses des preneurs de régime attribuables aux médicaments de spécialité ont plus que doublé au cours des 10 dernières années, passant de 10 \$ par certificat en 2009 à 26 \$ en 2018. Il s'agit d'une croissance moyenne des coûts de 10,8 % par année. Quant aux médicaments classiques, le coût par certificat a diminué de 73 \$ en 2009 à 62 \$ en 2018.

Si la tendance se maintient, d'ici 2024, le coût mensuel moyen par certificat des médicaments de spécialité rejoindra, puis dépassera celui des médicaments classiques. « Est-ce une situation qui peut perdurer ? De toute évidence, il faudra discuter des meilleures façons de gérer cette croissance, affirme M. O'Brien. Ces médicaments coûtent effectivement très cher, mais ils changent des vies et, dans bien des cas, leur coût est compensé par le maintien en santé et la productivité des employés. »

À l'échelle régionale, il est intéressant de noter que le coût des médicaments de spécialité des régimes d'assurance privés est nettement plus élevé dans les provinces de l'Atlantique que dans le reste du Canada, représentant 36 % des coûts admissibles attribuables aux médicaments de spécialité. « Nos données montrent que les médicaments utilisés pour traiter la maladie de Fabry, une maladie héréditaire rare (comme Fabrazyme, qui coûte 800 000 \$, et d'autres enzymothérapies de remplacement à prix élevé) sont représentés de manière disproportionnée dans la région de l'Atlantique compte tenu de la taille de sa population. Les habitants de cette région sont plus prédisposés que d'autres à certaines maladies rares », observe M. O'Brien.

À l'autre extrémité de l'échelle, l'Ouest canadien ne représente que 23 % des coûts admissibles des régimes d'assurance privés, une part relativement faible. Cet écart régional est dû aux régimes d'assurance publics en place en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Manitoba, qui deviennent automatiquement les premiers payeurs après que les adhérents ont payé une franchise basée sur le revenu.

**Tableau 19** | Médicaments de spécialité par part de réclamants et de coûts admissibles, 2009 à 2018

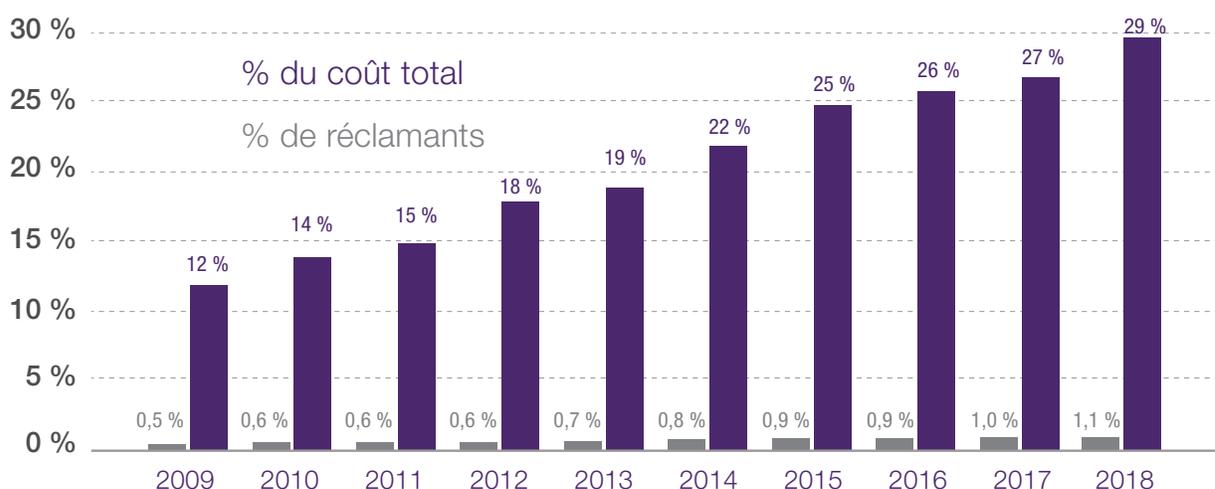




Tableau 20 | Coûts mensuels par certificat, selon la catégorie de médicaments, 2009 à 2025 (prévisions)

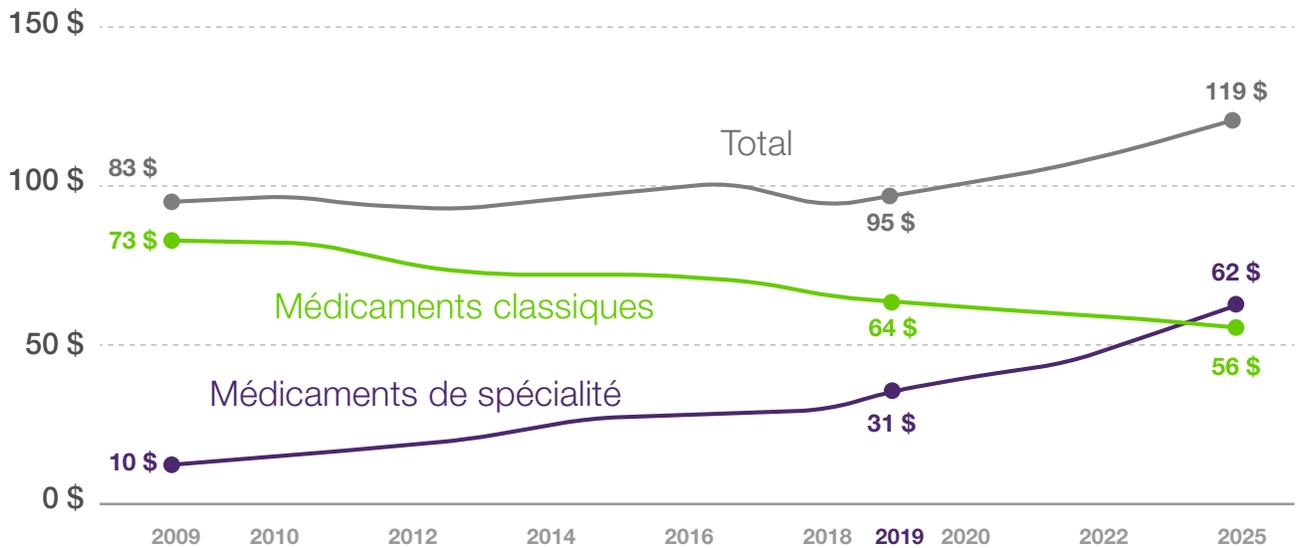
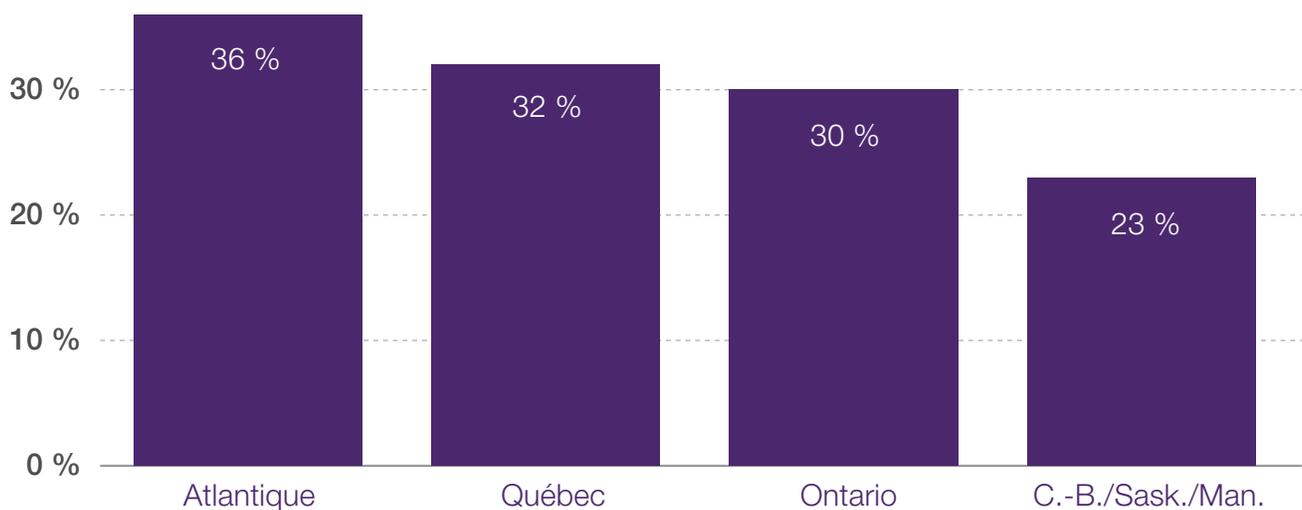


Tableau 21 | Part des coûts admissibles des médicaments de spécialité en 2018, par région





## Médicaments biosimilaires

Le coût du remboursement par les régimes privés du médicament biosimilaire Grastofil, utilisé pour le traitement aigu des patients sous chimiothérapie, a passablement augmenté en 2018, de telle sorte que le médicament représente maintenant plus de la moitié des réclamants (58 %) et près de la moitié des coûts admissibles (49 %) par comparaison au médicament biologique d'origine (Neupogen). À un prix de vente 17 % inférieur à celui du médicament d'origine, l'adoption croissante de Grastofil est une bonne nouvelle pour les régimes privés.

En revanche, les biosimilaires utilisés pour traiter des maladies chroniques, comme la polyarthrite rhumatoïde, connaissent une croissance très minime dans les régimes d'assurance privés. En dépit des données médicales qui démontrent que les biosimilaires sont tout aussi sûrs et efficaces que les médicaments d'origine, la majorité des patients refusent de passer du médicament d'origine à un biosimilaire. Ainsi, Inflectra, dont le prix de vente est inférieur de 46 % à celui du médicament d'origine (Remicade), représente seulement 8 % des réclamants et 4 % des coûts après trois ans sur le marché.

De leur côté, les régimes d'assurance publics tentent de stimuler l'adoption des biosimilaires en facilitant leur prescription par les médecins. Par exemple, les biosimilaires Inflectra et Renflexis sont accessibles en Ontario en tant que médicaments à usage limité, ce qui nécessite moins de formulaires à remplir que s'ils étaient assujettis au Programme d'accès exceptionnel, comme c'est le cas pour Remicade. Bien que ces politiques publiques aient un effet indirect sur les régimes privés, les chiffres montrent que jusqu'ici, les retombées sont plutôt minces.

L'adoption de politiques de substitution obligatoire est largement considérée comme l'élément déclencheur qui sera nécessaire pour accélérer le recours aux biosimilaires. Les payeurs publics mettront probablement le processus en branle, comme c'est déjà le cas dans plusieurs pays européens. En mai 2019, la Colombie-Britannique est devenue le premier payeur public au Canada à mettre en œuvre une telle politique. En vertu de cette [politique](#), les bénéficiaires du régime public prenant l'un des trois médicaments biologiques d'origine (Remicade, Enbrel ou Lantus) devront faire la transition vers un biosimilaire d'ici le 25 novembre 2019. Après cette date, le régime public ne remboursera plus les médicaments d'origine (bien que des exceptions puissent être faites au cas par cas).

Dans son document de 2018 énonçant ses directives relatives aux produits biologiques, l'Alliance pancanadienne pharmaceutique indique que « la transition des patients d'un produit biologique de référence à un biosimilaire sera possible ». Pour en savoir plus sur la transition obligatoire vers les biosimilaires, voir l'article de TELUS Santé intitulé « Le point sur les biosimilaires : la substitution à l'horizon ? ».

Au cours des trois prochaines années, jusqu'à 17 biosimilaires pourraient être lancés au Canada. Les produits biologiques d'origine représentent actuellement un volume d'affaires de plus de 212 millions de dollars pour TELUS Santé. Plus de la moitié de ces biosimilaires seront sans doute administrés en milieu hospitalier; ils ne concernent donc pas les régimes privés. L'activité la plus intense pour les régimes privés proviendra du lancement de plusieurs médicaments biosimilaires à Humira (jusqu'à six produits), utilisé pour traiter la polyarthrite rhumatoïde et d'autres maladies auto-immunes. Ces produits seront les premiers biosimilaires de Humira.

**Tableau 22** | Adoption des médicaments biosimilaires à l'échelle nationale<sup>1</sup>

Nom d'origine du médicament biosimilaire (entité chimique, médicament de référence)	Différence de prix vs médicament de référence	% de réclamants			% du coût admissible total		
		2016	2017	2018	2016	2017	2018
Grastofil (filgrastim; Neupogen)	<b>-17 %</b>	0,96 %	31,34 %	<b>57,82 %</b>	0,40 %	23,66 %	<b>49,27 %</b>
Inflectra (infliximab; Remicade)	<b>-46 %</b>	0,84 %	3,83 %	<b>8,12 %</b>	0,36 %	1,48 %	<b>3,94 %</b>
Brenzys & Erelzi (étanercept; Enbrel)	<b>-37 %</b>	0,09 %	2,70 %	<b>9,24 %</b>	0,01 %	1,00 %	<b>4,53 %</b>
Basaglar (insuline glargine; Lantus)	<b>-25 %</b>	0,56 %	1,66 %	<b>3,97 %</b>	0,22 %	0,76 %	<b>1,93 %</b>
Glatect <sup>2</sup> (glatiramère; Copaxone)	<b>-29 %</b>	-	-	<b>2,27 %</b>	-	-	<b>0,69 %</b>

<sup>1</sup> À l'exclusion de Renflexis, les demandes de règlement pour ce produit n'ayant commencé qu'à la fin de 2018.

<sup>2</sup> Glatect est un médicament de spécialité biosimilaire non biologique ultérieur. Bien qu'il ne soit pas un produit biologique, son cheminement réglementaire est semblable à celui des produits biologiques. En novembre 2018, le régime d'assurance médicaments de la Colombie-Britannique a annoncé que les patients qui prenaient le produit d'origine Copaxone devaient faire la transition vers l'équivalent Glatect pour conserver leur couverture.

## Résumé et recommandations

Le 1,1 % de réclamants qui ont besoin de médicaments de spécialité a représenté 29 % des coûts admissibles des régimes d'assurance privés en 2018. L'arrivée de médicaments à coût ultra élevé pour le traitement de certains cancers et de maladies rares continuera d'influer sur le coût total des médicaments de spécialité. Les biosimilaires à prix inférieur utilisés pour traiter des maladies chroniques relativement plus fréquentes, comme la polyarthrite rhumatoïde, pourraient aplanir la courbe de croissance, mais il faudra pour cela que leur adoption connaisse une hausse marquée.



- Les preneurs de régime peuvent travailler de concert avec leurs fournisseurs d'avantages sociaux (assureurs et conseillers) afin d'élaborer une stratégie à long terme pour les médicaments de spécialité, notamment en ce qui concerne les demandes de remboursement de médicaments à coût ultra élevé pour le traitement de maladies rares. Un processus de coordination avec les régimes d'assurance publics pourra être mis en place dans chaque province pour contrer les effets catastrophiques du coût de ces médicaments.
- Les politiques d'autorisation préalable et les listes de médicaments gérées peuvent imposer aux nouveaux réclamants à qui un médicament biologique a été prescrit de commencer par un biosimilaire.
- En travaillant en collaboration avec leurs fournisseurs d'avantages sociaux et en s'inspirant du modèle des régimes d'assurance publics (pour l'instant exclusif à la Colombie-Britannique), les preneurs de régime peuvent examiner la possibilité d'adopter une politique de substitution obligatoire applicable aux réclamants qui utilisent déjà un médicament biologique d'origine.

## 5. **Médicaments** par classe thérapeutique



## Les 10 premières classes de médicaments : la polyarthrite rhumatoïde conserve sa place au sommet

Pour la neuvième année consécutive, les médicaments contre la polyarthrite rhumatoïde conservent le premier rang sur la liste des 10 premières classes de médicaments selon les montants accordés. En 2010, ils arrivaient en troisième place, après les antihypertenseurs et les antidépresseurs.

En 2018, les médicaments contre la polyarthrite rhumatoïde représentaient 12,3 % des montants accordés, par comparaison à 12,1 % en 2017 et à 10,9 % il y a 5 ans, en 2014.

Les médicaments contre le diabète se maintiennent résolument au deuxième rang, qu'ils occupent depuis 2012. Ils ont représenté 10,5 % des montants accordés en 2018, contre 9,5 % en 2017 et 8,3 % en 2014.

En ce qui a trait au nombre de réclamants, les données révèlent que 6,9 % des réclamants ont présenté des demandes de règlement pour des antidiabétiques en 2018, comparativement à seulement 0,6 % d'assurés dont les demandes de règlement concernaient la polyarthrite rhumatoïde.

Les affections cutanées ont délogé l'asthme de la troisième position, représentant 6,4 % des montants accordés (en hausse par rapport à 5,5 % l'année précédente) et 20,9 % des réclamants (21,4 % en 2017). La croissance observée dans cette classe de médicaments pourrait être liée à la prescription de médicaments biologiques pour le traitement du psoriasis et d'autres affections cutanées.

Les antidépresseurs se maintiennent au cinquième rang, mais il est intéressant de noter que les montants accordés pour ces médicaments diminuent d'année en année, se situant à 5,2 % en 2018 et à 5,5 % en 2017, comparativement à 7,1 % en 2014. Parallèlement, le pourcentage de réclamants a grimpé de 13,4 % en 2014 à 16,1 % en 2018, une tendance qui reflète l'utilisation accrue des médicaments génériques à faible coût par un nombre croissant de patients.

Les médicaments contre le cancer sont passés du septième au sixième rang en 2018, totalisant 4,4 % des montants accordés (contre 3,8 % l'année précédente). La sclérose en plaques a aussi grimpé d'un niveau, pour atteindre la huitième place, affichant une légère hausse, de 3,4 % à 3,7 %. Les médicaments utilisés pour traiter le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et la narcolepsie occupent le neuvième rang et représentent 3,4 % des montants accordés. Le pourcentage de réclamants pour l'ensemble des classes varie d'un taux relativement élevé de 3,4 % pour la catégorie TDAH/narcolepsie à 1,5 % pour le cancer et à 0,2 % pour la sclérose en plaques.

Enfin, les antibiotiques et les anti-infectieux ferment la marche en dixième position, totalisant 3,2 % des montants accordés. Ils occupent toutefois, et de loin, le premier rang quant au pourcentage de réclamants, qui s'élève à 40,6 %.

Les 10 premières classes de médicaments totalisent 58,8 % des montants totaux accordés.



## Les médicaments en voie de commercialisation au Canada

Au début de 2018, Santé Canada évaluait plus de 140 médicaments susceptibles d'être lancés au Canada. Le tiers des demandes d'approbation concernaient des médicaments contre le cancer et plus de la moitié (y compris les traitements anticancéreux) étaient des médicaments de spécialité à coût élevé.



Parmi les médicaments de spécialité qui pourraient être remboursés par les régimes d'assurance privés, celui dont le coût prévu est le plus bas, soit environ 6 400 \$ par année, est un médicament biologique visant à prévenir les migraines. Le médicament le plus cher, mis au point pour traiter une forme très rare de dystrophie musculaire, coûtera au moins 700 000 \$ par année. Pour en savoir plus sur les répercussions potentielles des médicaments en voie de commercialisation sur les régimes privés, lire l'article de TELUS Santé intitulé « [Regard sur les produits en voie de commercialisation qui s'ajouteront à la liste des régimes privés](#) ».

**Tableau 23** | Les 10 premières classes de médicaments, selon les montants accordés et le nombre de réclamants, 2018

Classe thérapeutique	Rang	% des montants accordés	% des réclamants
Polyarthrite rhumatoïde	1	12,3 %	0,6 %
Diabète	2	10,5 %	6,9 %
Affections cutanées	3	6,4 %	20,9 %
Asthme	4	5,8 %	17,5 %
Dépression	5	5,2 %	16,1 %
Cancer	6	4,4 %	1,5 %
Tension artérielle	7	3,9 %	15,4 %
Sclérose en plaques	8	3,7 %	0,2 %
TDAH/narcolepsie	9	3,4 %	3,4 %
Antibiotiques/anti-infectieux	10	3,2 %	40,6 %

**Tableau 24** | Les 10 premières classes de médicaments, selon les montants accordés, 2014 à 2018

Classe thérapeutique	Rang					% des montants accordés				
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
Polyarthrite rhumatoïde	1	1	1	1	1	10,9	11,3	12,1	12,1	12,3
Diabète	2	2	2	2	2	8,3	8,6	9,1	9,5	10,5
Affections cutanées	7	7	5	4	3	4,1	4,3	4,8	5,5	6,4
Asthme	4	4	4	3	4	5,7	5,6	5,8	5,9	5,8
Dépression	3	3	3	5	5	7,1	6,1	5,9	5,5	5,2
Cancer	-	-	-	7	6	2,9	2,9	3,1	3,8	4,4
Tension artérielle	5	5	6	6	7	4,8	4,6	4,6	4,5	3,9
Sclérose en plaques	-	-	9	9	8	3,1	3,2	3,4	3,4	3,7
TDAH/narcolepsie	-	-	10	10	9	2,8	3,0	3,2	3,3	3,4
Antibiotiques/ anti-infectieux	6	6	7	8	10	4,4	4,5	3,9	3,7	3,2



## Résumé et recommandations

La liste des 10 premières classes de médicaments illustre la dualité actuelle des régimes d'assurance : au sommet se trouvent les médicaments contre la polyarthrite rhumatoïde, qui représentent 12,3 % des montants accordés et 0,6 % des réclamants; au dernier rang, les antibiotiques et anti-infectieux, totalisant 3,2 % des montants accordés et 40,6 % des réclamants. Plus de la moitié des médicaments en développement au Canada sont des médicaments de spécialité, ce qui comprend les médicaments à coût ultra élevé utilisés pour traiter des cancers et des maladies rares ainsi que des produits biologiques à coût relativement bas (moins de 10 000 \$ par année) prescrits à un plus grand nombre de patients (p. ex. ceux qui souffrent de migraines épisodiques).

- Les analyses des données sur les demandes de règlement ainsi que les rapports décisionnels sont de plus en plus importants pour la surveillance des risques propres aux effectifs des différents preneurs de régime et l'adoption de stratégies portant expressément sur les enjeux prioritaires.
- Les outils de conception de régime, tels que la substitution obligatoire par des médicaments génériques, la coassurance, l'autorisation préalable, les listes de médicaments gérées et la pharmacothérapie par étapes, forment le socle sur lequel reposeront des régimes d'assurance stables, capables de répondre à toutes les demandes de règlement.
- Les preneurs de régime peuvent bonifier les prestations existantes ou ajouter de nouvelles prestations absentes des régimes traditionnels pour soutenir les adhérents vivant avec une maladie chronique. Ils pourraient par exemple offrir des services de conseillers en santé (rencontres en personne ou en ligne) qui permettraient d'améliorer les taux de réussite des changements de mode de vie, comme ceux visant la perte de poids.



## 6. Les classes de médicaments examinées de plus près

## Diabète

Les coûts admissibles des médicaments contre le diabète ont connu une hausse constante au cours des cinq dernières années, due principalement aux nouveaux traitements de deuxième intention.



Il est intéressant de voir qu'il se produit en parallèle un déclin de l'utilisation de l'insuline, signe que le diabète de type 2 ne progresse peut-être pas autant qu'auparavant. Les patients utilisent les nouveaux antidiabétiques à prise orale, qui s'avèrent très efficaces et réduisent sans doute le besoin d'une insulinothérapie, commente M. Ravikanti.



Il ajoute que les données cliniques de plus en plus nombreuses démontrant l'efficacité de ces récents antidiabétiques oraux incitent également les médecins à les prescrire.

Les coûts totaux de l'insuline ont diminué de 7 %, passant de 92,5 millions de dollars en 2017 à 85,9 millions de dollars en 2018.

En revanche, les nouveaux antidiabétiques oraux ont connu une croissance constante au cours des cinq dernières années. Jardiance, arrivé sur le marché en 2015, a affiché la hausse en coûts admissibles la plus marquée, soit 88 %, pour atteindre 26,1 millions de dollars en 2018. Janumet a aussi enregistré une croissance à deux chiffres, grim pant de 19 % et atteignant un coût de 49,5 millions de dollars.

La croissance a également été forte dans la classe des agonistes du GLP-1 (agonistes des récepteurs du peptide-1 apparenté au glucagon), qui est constituée de cinq médicaments auto-injectables (p. ex. Victoza). Les coûts admissibles ont augmenté de 29 % en 2018, s'élevant à 48,0 millions de dollars.

Le coût admissible moyen par demande de règlement pour l'insuline a été de 146,80 \$ en 2018, comparativement à 165,83 \$ pour Jardiance et à 194,50 \$ pour Janumet. C'est toutefois le coût annuel total par réclamant de l'insuline qui a été le plus élevé, atteignant 980,61 \$, contre 720,64 \$ pour Jardiance et 868,46 \$ pour Janumet.

Le coût admissible moyen par demande de règlement d'un médicament de la classe des agonistes du GLP-1 s'élevait à 367,22 \$ en 2018 et son coût annuel total par réclamant, à 1 833,25 \$.



Les régimes d'assurance privés peuvent utiliser l'outil de la pharmacothérapie par étapes pour gérer les demandes de remboursement des antidiabétiques, conseille M. Ravikanti. Les lignes directrices de pratique clinique recommandent la metformine comme traitement de première intention, et la pharmacothérapie par étapes permettrait de confirmer que le réclamant a bien essayé d'abord la metformine, avant qu'il ne soit couvert pour un traitement de deuxième intention.



**Tableau 25** | Tendances à l'égard des médicaments contre le diabète

	Coût admissible total (millions de dollars)				
	2014	2015	2016	2017	2018
Insuline	87,8 \$	91,1 \$	93,8 \$	92,5 \$	85,9 \$
Janumet	22,6 \$	28,8 \$	35,8 \$	41,5 \$	49,5 \$
Jardiance	-	0,2 \$	5,0 \$	13,9 \$	26,1 \$
Classe des agonistes du GLP-1	24,4 \$	27,7 \$	31,3 \$	37,2 \$	48,0 \$
Invokana	2,2 \$	13,6 \$	21,4 \$	22,6 \$	20,5 \$

**Tableau 26** | Coût admissible moyen par demande de règlement et coût moyen par réclamant, 2018

	Coût moyen par demande de règlement	Coût moyen par réclamant
Insuline	146,80 \$	980,61 \$
Janumet	194,50 \$	868,46 \$
Jardiance	165,83 \$	720,64 \$
Invokana	163,88 \$	836,21 \$
Classe des agonistes du GLP-1	367,22 \$	1 833,25 \$

## VIH

Hors de la liste des 10 premières classes de médicaments, l'arrivée récente de médicaments contre le VIH mérite qu'on s'y attarde. Les médicaments anti-VIH sont considérés comme des médicaments de spécialité, leur coût annuel moyen étant supérieur à 10 000 \$. À la fin de 2017 et tout au long de 2018, plusieurs génériques de ces médicaments ont été mis en marché, offrant des économies pouvant atteindre 75 %.

Les données sur les demandes de règlement de 2018 font état d'un fort taux d'adoption des quatre équivalents génériques des médicaments anti-VIH. En fait, au moins 90 % des demandes de règlement concernaient ces génériques. « C'est là une excellente nouvelle pour les régimes privés. Dans ce cas aussi, l'adoption d'une politique de substitution par des génériques est un moyen simple d'assurer un taux d'adoption maximal pour les années à venir », affirme M. Ravikanti.

## Migraine

À la fin de 2018, Santé Canada a approuvé le premier médicament biologique, Aimovig, pour le traitement préventif des céphalées migraineuses chez les patients ayant reçu un diagnostic de migraine épisodique (ou chronique). Le coût de ce médicament est d'environ 6 400 \$ par patient par année. TELUS Santé a commencé l'adjudication des demandes de règlement pour Aimovig à la fin de 2018.

L'examen des données de cinq mois de demandes de règlement (de décembre 2018 à avril 2019) révèle qu'Aimovig a produit jusqu'ici un effet modéré sur les coûts admissibles totaux par réclamant. En avril 2019, le coût admissible mensuel moyen de tous les traitements de la migraine s'élevait à 125,35 \$. Lorsqu'Aimovig est retiré des demandes de règlement, le coût admissible moyen tombe à 109,55 \$. Une année entière de traitement des demandes de règlement fournira un portrait plus précis des répercussions de cette nouvelle classe de médicaments, le premier médicament biologique indiqué en prophylaxie de la migraine. Au moins un autre médicament biologique contre la migraine (Emgality) devrait être lancé en 2019.

**Recommandation :** L'autorisation préalable sera une mesure importante pour valider l'admissibilité des réclamants au remboursement de ces médicaments biologiques, basée sur le diagnostic de migraine épisodique. Environ trois millions de Canadiens souffrent de céphalées migraineuses, mais on estime que seulement le quart d'entre eux (près de 700 000) sont atteints de migraine épisodique.



Dans le cas de ceux qui ont besoin d'un traitement aigu des migraines, les médicaments classiques que sont les triptans, dont il existe de nombreux équivalents génériques, devraient rester la première option thérapeutique, affirme M. Ravikanti.





## Résumé et recommandations

La classe des médicaments contre le diabète a beaucoup évolué ces dernières années; elle compte maintenant de nouveaux traitements qui ralentissent efficacement la progression de la maladie et diminuent le besoin d'une insulinothérapie. Dans la majorité des cas, les lignes directrices de pratique clinique recommandent que ces nouveaux médicaments soient utilisés, lorsque le diabète ne peut être pris en charge par les traitements de première intention (ce qui inclut les changements du mode de vie). En ce qui concerne les traitements anti-VIH, de nouveaux équivalents génériques permettent des économies pouvant atteindre 75 % du coût du médicament d'origine. Il sera intéressant de suivre l'évolution des demandes de règlement pour les anti-migraineux à mesure que les produits biologiques contre la migraine épisodique feront leur entrée sur le marché.

- En ce qui concerne les classes de médicaments les plus importantes, comme celle des antidiabétiques, pour lesquelles l'autorisation préalable n'est pas possible, les régimes peuvent recourir à la pharmacothérapie par étapes pour gérer les demandes de règlement. Basée sur les lignes directrices de pratique clinique, la pharmacothérapie par étapes vise à confirmer que le réclamant a bien essayé d'abord le traitement de première intention, avant qu'il ne soit couvert pour un traitement de deuxième intention.
- Il faut mettre en place un mécanisme d'autorisation préalable afin de valider l'admissibilité aux médicaments biologiques prescrits pour le traitement de la migraine épisodique.
- L'adoption d'une politique de substitution, idéalement obligatoire, assurera un taux d'adoption maximal des équivalents génériques des médicaments à coût élevé, comme les anti-VIH.



## 7. Conclusion

---



L'analyse des données sur les demandes de règlement révèle le rôle accru des régimes d'assurance médicaments privés. Les médicaments de spécialité à coût élevé ont représenté 29 % des coûts admissibles, au profit de seulement 1 % des réclamants. Étant donné leur nombre croissant dans la catégorie des médicaments en voie de commercialisation et leur efficacité pour des patients qui autrement seraient en congé d'invalidité, il est fort probable que les médicaments de spécialité représenteront d'ici quelques années le tiers de l'ensemble des coûts.

Le rôle émergent des régimes d'assurance médicaments privés soulève également des questions au sujet de celui du secteur public. Des discussions sérieuses sur l'implantation d'un régime d'assurance médicaments public à l'échelle nationale semblent enfin avoir été amorcées, mais il faudra des années, et probablement de multiples gouvernements, avant son entière mise en œuvre. Durant ce temps, les preneurs de régimes privés devront sûrement assumer encore davantage leur leadership dans la coordination du remboursement des médicaments de spécialité à coût élevé.

Dans cette évolution des régimes d'assurance médicaments, il est important de ne pas négliger les 99 % de réclamants qui n'utilisent pas de médicaments de spécialité. Le rapport 2019 de TELUS Santé fait état de l'adoption croissante de certains des outils de conception de régimes en vue de gérer les coûts et l'utilisation des médicaments classiques, mais il reste encore beaucoup à faire. Ces mesures sont essentielles pour garantir la pérennité globale des régimes et pour amener les adhérents à devenir des consommateurs mieux informés et plus responsables à l'égard des médicaments remboursés par leur régime.

2019

TELUS Santé  
**Rapport sur les tendances et  
références canadiennes**  
en matière de consommation  
de médicaments

 **TELUS**<sup>MD</sup> Santé