



2020

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

 **TELUS**^{MD} Santé

Avant-propos du rapport :

Tendances en matière de santé et d'avantages sociaux

Le Rapport 2020 sur les tendances et références canadiennes en matière de consommation de médicaments de TELUS Santé (rapport de TELUS Santé) est rendu public alors que nous émergeons du sommet de la pandémie de COVID-19, qui est certainement un moment déterminant de l'année en cours, et probablement, pour la prochaine décennie.

Tant de choses ont changé en si peu de temps dans nos vies, et nous attendons que la science nous guide en nous offrant des traitements éprouvés et un vaccin.

Tandis que nous tentons de comprendre à quel point la vie quotidienne a changé, nous pouvons consulter le rapport de TELUS Santé pour obtenir des conseils sur la façon dont ces changements pourraient avoir une incidence sur les régimes d'assurance en santé. Le rapport examine les principales tendances en ce qui concerne les coûts, l'utilisation et les outils de conception des régimes privés d'assurance médicaments. Il présente un aperçu dans le temps, mais il fournit également une feuille de route sur les tendances, qui nous donne à tous – décideurs, assureurs, administrateurs, employeurs et employés –, un aperçu de l'avenir pendant notre traversée de ce monde de la COVID-19.

Dans l'ensemble, le rapport indique que l'année 2019 a connu la plus forte augmentation des cinq dernières années sur le plan des coûts admissibles moyens pour les régimes privés d'assurance médicaments. L'un des principaux facteurs – ainsi que l'une des plus importantes conclusions du rapport de cette année – est l'utilisation accrue de médicaments pour traiter les problèmes de santé mentale, les antidépresseurs représentant le plus grand nombre de demandes de règlement. Et c'était avant le confinement.

En fait, en 2019, les régimes privés ont enregistré des hausses d'au moins 10 % des coûts admissibles des demandes de règlement de Canadiens assurés de moins de 29 ans. Cette augmentation est le résultat d'une plus grande sensibilisation en matière de santé mentale, d'une diminution de la stigmatisation associée aux troubles de santé mentale étant donné que les jeunes cherchent ouvertement de l'aide, et d'une prévalence accrue de diagnostics de maladies mentales.

Il y a des leçons à tirer pour nous tous alors que nous nous tournons vers l'avenir. La distanciation physique, l'isolement volontaire et le travail à domicile ont tellement dominé notre comportement et toutes les directives, que cela entraînera certainement des défis encore plus grands à relever en matière de santé mentale au cours des mois et des années à venir.

Cela nous a amenés, comme vous le verrez dans le rapport, à souligner que les employeurs ont une occasion, par l'intermédiaire de leurs assureurs et de leurs administrateurs, de se pencher de plus près sur une offre de régimes d'avantages sociaux plus complets pour inclure des mesures de soutien en santé mentale et en bien-être qui dépassent le remboursement des médicaments.

La pandémie nous montre peut-être la voie, en cette heure où la COVID-19 transforme le paysage des soins de santé et où la prestation de soins virtuels se répand de plus en plus, complétant le cas échéant les visites physiques dans les cabinets médicaux en briques et mortier. Le virus a manifestement précipité le point de basculement vers une révolution virtuelle, et il sera important d'en examiner l'incidence à long terme et les avantages pour les patients.

Pour ce qui est de la santé mentale, nous croyons que les plateformes de soins de santé virtuels comme Akira de TELUS Santé, qui offrent des services de counselling en santé mentale aux employés, seront un élément critique pour l'avenir des soins aux employés et du mieux-être de ces derniers.

Encore une fois, en 2019, nous avons vu les coûts admissibles des médicaments de spécialité continuer d'augmenter. Les médicaments de spécialité, y compris les produits biologiques, sont des médicaments complexes; ces médicaments à coût plus élevé, qui engendrent des coûts d'environ 10 000 \$ par réclamant par année, représentent maintenant 78 % de tous les coûts admissibles.

Cela découle de l'utilisation et de la disponibilité de nouveaux médicaments et de nouvelles catégories de médicaments, comme des traitements et des immunothérapies ciblés pour des conditions qui étaient précédemment non traitées ou sous-traitées. Bien entendu, nous devons surveiller de près la poursuite de la mise en œuvre des changements de politiques, y compris le rôle qu'auront les biosimilaires (un produit pharmaceutique biologique très similaire à un autre médicament biologique déjà approuvé) sur le paysage thérapeutique à l'avenir.

Les traitements contre la polyarthrite rhumatoïde, les affections cutanées, les maladies respiratoires et le cancer, tous des problèmes de santé chroniques, comptaient parmi les plus populaires. Le rapport indique que si les tendances actuelles se maintiennent, les médicaments de spécialité représenteront environ 46 % du coût mensuel moyen par certificat d'ici 2025.

Comme dernière observation, en avril 2019, le gouvernement de l'Ontario a modifié sa politique sur l'Assurance-santé Plus pour ne couvrir que les enfants et les jeunes adultes âgés de 24 ans ou moins qui ne bénéficient pas d'une assurance privée. Cette modification de politique est prise en compte dans notre rapport et comme prévu, elle a contribué à l'augmentation globale des coûts admissibles des régimes privés d'assurance médicaments.

Nous traversons une période incertaine, mais de l'incertitude peuvent émerger de nombreuses possibilités. Nous espérons que les conclusions et les idées contenues dans le rapport de cette année fourniront une perspective importante à mesure que nous progressons. Nous exhortons tous les membres de notre industrie à utiliser ces idées comme un catalyseur de l'innovation et de la résolution de problèmes, afin de créer un sens de l'urgence et de rendre notre système encore meilleur alors que nous examinons où nous en étions et où nous pouvons nous rendre à partir d'ici.



Laura Mensch

Vice-présidente, Gestion des régimes d'assurance santé

1. Introduction

2. Coûts et utilisation

- a. Tendances en matière de coûts
 - b. Tendances en matière d'utilisation
 - c. Utilisation de médicaments génériques
-

3. Outils de conception de régimes d'assurance médicaments

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

4. Médicaments de spécialité

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

5. Médicaments par classe thérapeutique

- a. Les 10 premières catégories de médicaments
 - b. Observance thérapeutique
 - c. Médicaments en voie de commercialisation
 - d. Les catégories de médicaments examinées de plus près
-

6. Conclusion



1. Introduction

Après une année 2018 relativement calme,

les régimes privés d'assurance médicaments ont traversé une période plus agitée en 2019. Les coûts admissibles globaux ont affiché leur plus forte augmentation des cinq dernières années, et ce pour plusieurs raisons. Les médicaments de spécialité ont continué d'être un facteur dominant de cette augmentation, mais les médicaments classiques y ont également contribué, après des années de croissance stable ou négative qui ont servi à amortir l'impact des médicaments de spécialité sur les coûts.

En même temps, les chiffres reflètent une évolution importante des traitements médicamenteux, où l'accent est mis sur des médicaments ciblés qui peuvent améliorer considérablement les résultats pour la santé.

Le Rapport 2020 sur les tendances et références canadiennes en matière de consommation de médicaments de TELUS Santé présente les principales tendances en ce qui concerne les coûts, l'utilisation et l'adoption des outils de conception des régimes privés d'assurance médicaments, tels que la substitution générique obligatoire et les listes de médicaments gérées. Les données de 2019 sont tirées de la base de données de TELUS Santé, qui couvre plus de 13 millions d'assurés, qui ont effectué plus de 150 millions de demandes de règlement de médicaments d'ordonnance.



La prochaine décennie continuera d'enregistrer des progrès dans les traitements médicamenteux sur ordonnance, mais cela devrait aussi entraîner des pressions sur les coûts au sein des programmes d'avantages sociaux, et de nouvelles solutions seront nécessaires pour limiter les coûts des régimes. Cependant, il est important de ne pas perdre de vue le rendement du capital investi qu'un traitement plus efficace peut permettre sur les coûts en aval, par exemple par la réduction de l'incidence, de la durée et de la gravité des absences et des invalidités, déclare Shawn O'Brien, Directeur général, Exploitation des données et feuille de route des solutions dentaires, médicaments et soins de santé, de TELUS Santé.



Terminologie

Montant accordé :	Montant payé par le régime après l'application des paramètres financiers du régime.
Biosimilaire :	Selon Santé Canada, un médicament biosimilaire est un médicament biologique qui est très semblable à un médicament biologique dont la vente a déjà été autorisée. Le biosimilaire est produit après l'expiration du brevet du médicament biologique de référence.
Certificat :	Certificat : Adhérent couvert (aussi appelé « titulaire de carte principal ») et cobénéficiaires 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.
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.
Médicament d'origine à fournisseurs multiples :	Médicament pour lequel il existe un ou plusieurs médicaments génériques.
Médicament biologique de référence :	Médicament de spécialité à grosses molécules commercialisé le premier qui contient des organismes vivants, également appelé médicament biologique « d'origine » ou « novateur ».
Médicament d'origine à fournisseur unique :	Médicament d'origine 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).
Médicament d'ordonnance classique :	Médicament de synthèse généralement à faible coût.
Utilisation :	Nombre de demandes de règlement réglées par assuré ou par certificat, selon le cas.

2. Coûts et utilisation





Aperçu

L'année 2019 a connu la plus forte augmentation des cinq dernières années sur le plan des coûts admissibles moyens pour les régimes privés d'assurance médicaments. Les principaux facteurs déterminants ont été les suivants :

- La mise en œuvre et l'abrogation subséquente du programme Assurance-santé Plus de l'Ontario;
- L'utilisation accrue des médicaments de spécialité ainsi qu'une augmentation du coût par demande de règlement de médicaments de spécialité;
- L'augmentation de l'ensemble des coûts des médicaments classiques après des années de croissance faible ou négative;
- L'utilisation croissante de médicaments pour des problèmes de santé mentale par les assurés âgés de 29 ans ou moins.

Pendant ce temps, le taux d'exécution d'ordonnances de génériques poursuit son ascension lente et régulière, mais il y a encore de la place pour une augmentation dans la plupart des régions.

Tendances en matière de coûts

En 2019, les régimes privés d'assurance médicaments ont enregistré une hausse de 7,6 % des coûts mensuels admissibles pour l'ensemble des assurés, comparativement à une baisse de 3,6 % en 2018. Ce changement notable est en grande partie attribuable au programme Assurance-santé Plus en Ontario, qui a eu des répercussions sur les régimes privés d'assurance médicaments du 1er janvier 2018 au 1er avril 2019 (période de 15 mois). Pendant cette période, le gouvernement provincial était le premier payeur pour tous les assurés de moins de 25 ans; après le 1er avril, les assurés de ce groupe d'âge couverts par des régimes privés n'étaient plus admissibles à l'Assurance-santé Plus.

Toutefois, même après avoir retiré tous les assurés âgés de moins de 25 ans, les coûts admissibles ont augmenté de 5,1 % en 2019, comparativement à une baisse de 0,8 % enregistrée en 2018. Il s'agit de la plus forte augmentation de la dernière période de cinq ans, bien qu'elle s'approche de l'augmentation de 4,6 % enregistrée en 2016.



Une ventilation par région indique que toutes les régions ont connu des hausses notables par rapport à 2018. L'Ontario présente les données les plus aberrantes, avec une hausse de 10,2 % des coûts admissibles en raison de l'arrêt du programme Assurance-santé Plus pour les assurés de moins de 25 ans. Toutefois, même après avoir supprimé ce groupe d'âge, les régimes privés d'assurance médicaments de l'Ontario ont encore enregistré une hausse de 5,4 %, comparativement à une baisse de 2,4 % en 2018. Le Québec est également à l'avant-plan, avec une hausse de 5,8 % pour tous les groupes d'âge, comparativement à une hausse de 3,0 % enregistrée en 2018.

Les provinces de l'Ouest canadien (4,0 %) et de l'Atlantique (4,2 %) ont enregistré des taux d'augmentation plus faibles pour tous les groupes d'âge en 2019; toutefois, ces taux sont encore bien supérieurs aux résultats de 2018 (baisse de 0,3 % et de 1,1 %, respectivement).

Lorsque les résultats sont pris en compte par groupe d'âge, la plus forte hausse, comme on pouvait s'y attendre par suite de la modification des critères d'admissibilité au programme Assurance-santé Plus, se situe chez les assurés de moins de 25 ans (27,9 %). Bien que la hausse des résultats soit importante, le coût admissible moyen par assuré de moins de 25 ans est également le plus bas, soit 14,44 \$, comparativement à un maximum de 98 60 \$ chez les assurés âgés de 60 à 64 ans.

« Comme prévu, les coûts par assuré augmentent à mesure que nous vieillissons. Les demandes de règlement des plus jeunes sont pour des traitements plus aigus comme les antibiotiques, qui sont très peu coûteux, et à mesure que nous vieillissons, nous remarquons une prévalence accrue des maladies chroniques et il n'est pas rare de voir quelqu'un dans la cinquantaine ou la soixantaine prendre plusieurs médicaments pour traiter divers problèmes de santé », déclare Shawn O'Brien, Directeur général, Exploitation des données et feuille de route des solutions dentaires, médicaments et soins de santé, de TELUS Santé.

Une ventilation entre médicaments de spécialité et médicaments classiques (autres que de spécialité) explique plus en détail pourquoi les coûts admissibles globaux ont augmenté en 2019 par rapport à 2018, dans toutes les régions. Les coûts mensuels admissibles moyens par assuré pour les médicaments de spécialité ont augmenté de 10,1 % pour les assurés âgés de 25 à 64 ans, comparativement à une hausse de 2,9 % pour les médicaments classiques.

Une analyse plus approfondie des données révèle que le coût moyen par demande de règlement pour un médicament de spécialité a augmenté de 2,1 % en 2019, alors que le taux de croissance de l'utilisation représentait plus du triple de ce taux, à 7,8 %. Autrement dit, « la hausse des coûts pour les médicaments de spécialité est en réalité attribuable à l'utilisation, selon M. O'Brien. Nous assistons à l'arrivée sur le marché d'un plus grand nombre de médicaments de spécialité, dont certains traitaient des maladies jusque-là non traitables, ce qui se traduit par davantage de possibilités de traitement par ces médicaments. » Pour en savoir plus sur les médicaments de spécialité, reportez-vous à la [page 32](#).



Dans le même temps, la tendance pour les médicaments classiques (autres que de spécialité) a changé. Au cours des 10 dernières années, les coûts admissibles pour les médicaments classiques ont stagné ou diminué en raison d'une vague d'expirations de brevets ainsi que de réductions de prix imposées par la loi pour les médicaments génériques. Cette tendance déflationniste pour les médicaments classiques, qui représentent 98 % de toutes les demandes de règlement, a contribué à compenser les taux de croissance élevés pour les médicaments de spécialité. Toutefois, en 2019, les coûts mensuels admissibles par assuré pour les médicaments classiques ont augmenté de 2,9 %.

Croissance des demandes de règlement liées à des problèmes de santé mentale

Les régimes privés ont enregistré des hausses d'au moins 10 % des coûts admissibles des demandes de règlement de Canadiens assurés de moins de 29 ans en 2019. Bien que le programme Assurance-santé Plus de l'Ontario ait été un facteur pour les personnes de 24 ans ou moins, il n'a rien à voir avec l'augmentation de 11,6 % constatée pour les personnes de 25 à 29 ans.

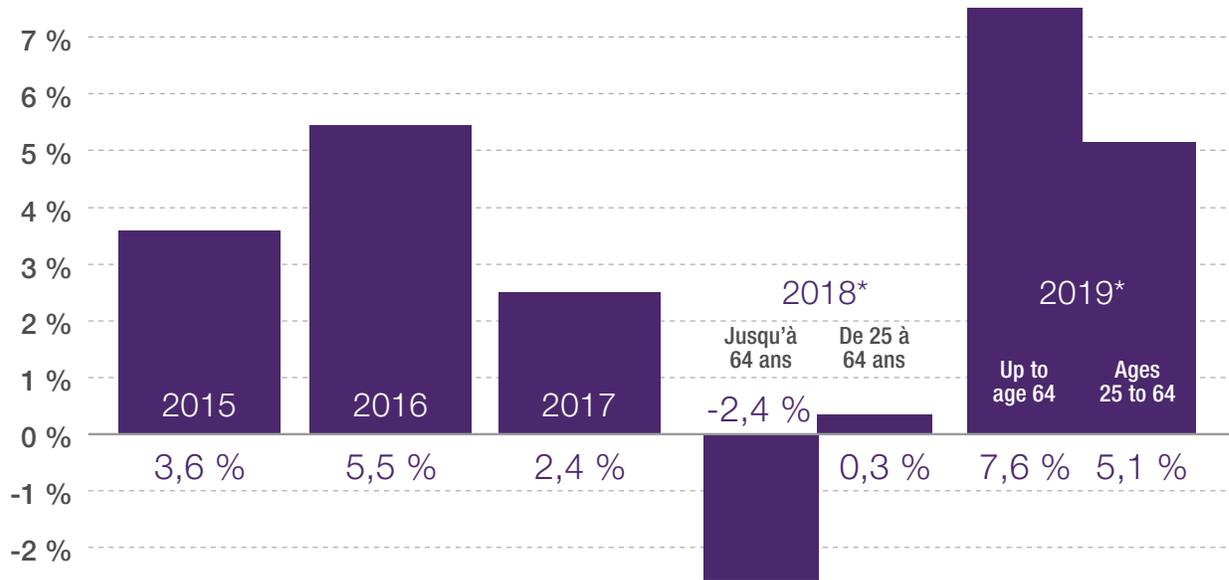
« Nous voyons davantage de demandes de règlement liées à des problèmes de santé mentale, ainsi qu'au trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité dans cette cohorte d'âge », explique Jason Kennedy, directeur, services de consultation pour le secteur de la santé chez TELUS Santé.

Faut-il s'en inquiéter? Dans une certaine mesure, pas nécessairement. « La sensibilisation aux questions de santé mentale a augmenté au cours de la dernière décennie, et les sentiments de stigmatisation ont diminué considérablement. Contrairement aux générations précédentes, les jeunes d'aujourd'hui sont moins susceptibles de penser qu'ils sont invincibles et plus susceptibles de reconnaître qu'ils ont besoin d'aide », poursuit M. Kennedy.

Par ailleurs, la prévalence relativement élevée de maladies mentales en général, dans tous les groupes d'âge, est un appel grandissant à passer à l'action. « Les employeurs, les assureurs et les associations commencent à accepter pleinement le besoin de programmes de mieux-être qui se concentrent sur la santé émotionnelle et mentale et le bien-être de leurs employés, ajoute M. Kennedy. Ils comprennent qu'il est acceptable de ne pas se sentir bien, et veulent soutenir le bien-être de leurs employés. Cela peut avoir un effet positif sur la productivité au travail, le taux d'absentéisme et le moral des membres de l'équipe ».



TABEAU 1 | Variation du coût mensuel admissible par assuré, 2015 à 2019



* Les résultats pour 2018 et 2019 ventilés par âge illustrent l'incidence que le programme Assurance-santé Plus en Ontario a eue sur les régimes privés d'assurance médicaments du 1er janvier 2018 au 1er avril 2019.

TABEAU 2 | Variation du coût mensuel admissible par assuré, 2018 à 2019, par région

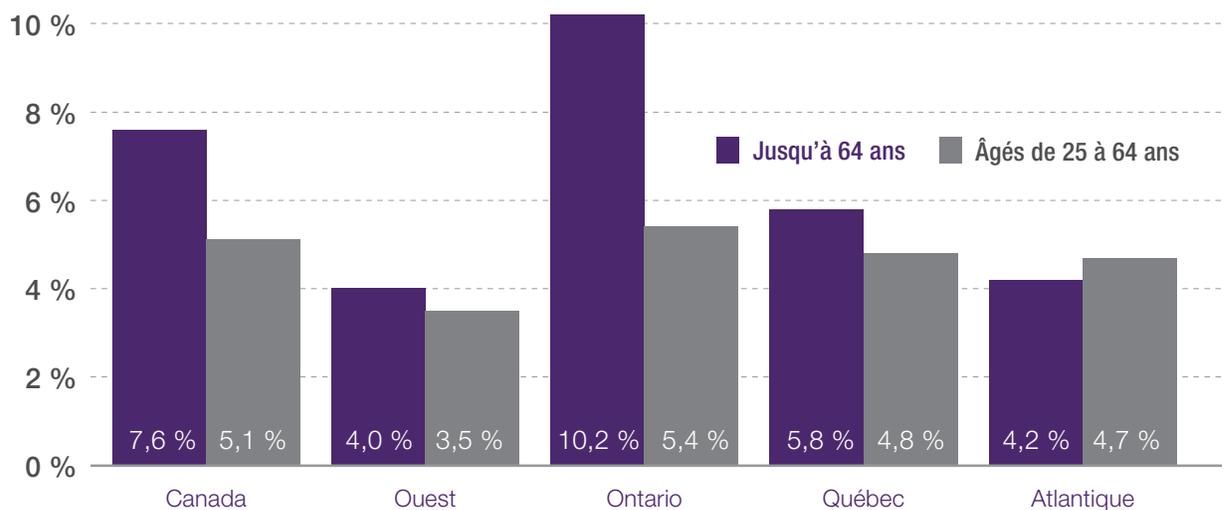




TABLEAU 3 | Variation du coût mensuel admissible par assuré, 2018 à 2019, par groupe d'âge

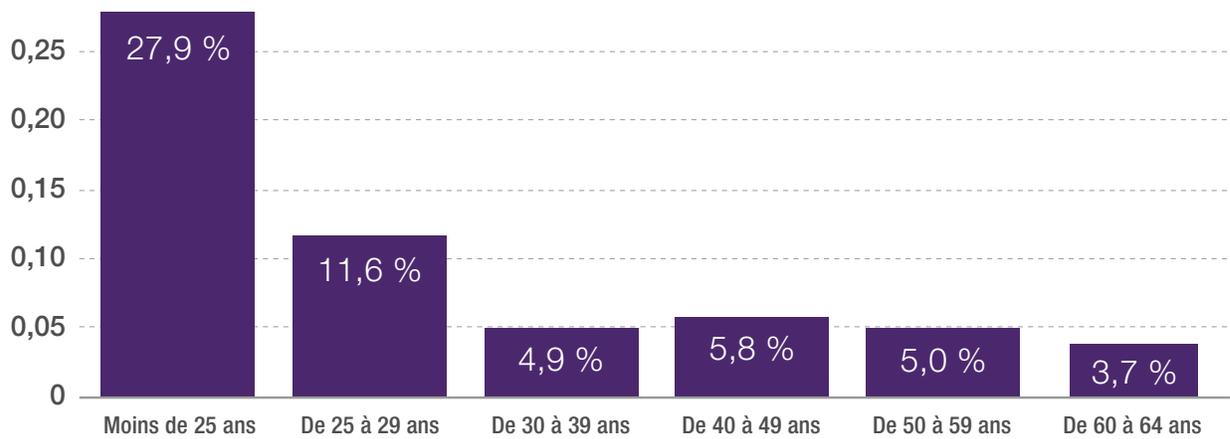
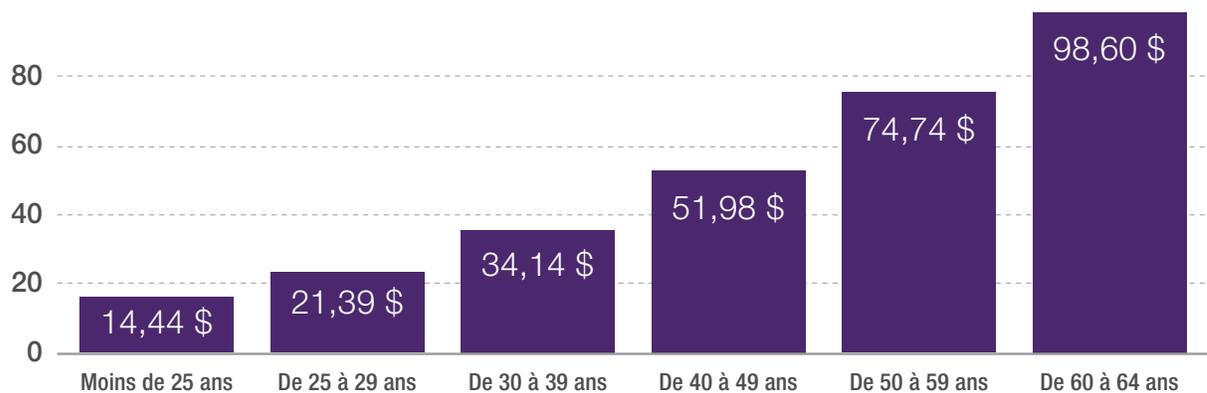


TABLEAU 4 | Coût mensuel admissible par assuré en 2019, par groupe d'âge





Tendances en matière d'utilisation

L'impact décisif, mais de courte durée, du programme Assurance-santé Plus en Ontario est clairement reflété dans la tendance des taux d'utilisation pour la période de cinq ans. Le nombre d'assurés qui ont présenté des demandes de règlement a chuté de 65,3 % en 2017 à 60,4 % en 2018, puis est remonté à 63,0 % en 2019.

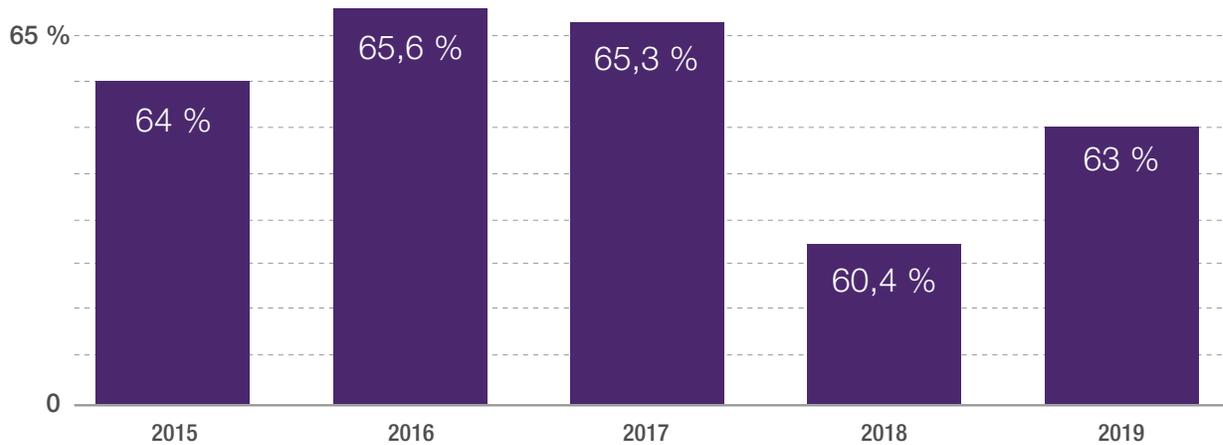
Lorsque l'on répartit les demandes de règlement mensuelles sur l'ensemble des assurés (qu'ils aient ou non soumis des demandes de règlement, y compris pour les assurés de tous âges jusqu'à 64 ans), on constate que l'utilisation individuelle a été uniforme au cours des cinq dernières années. En 2019, le taux d'utilisation mensuel par assuré était de 0,54 demande de règlement, comparativement à 0,52 en 2018 et à 0,52 en 2015.

Par ailleurs, le nombre moyen de demandes de règlement par réclamant semble augmenter lentement. Les réclamants ont présenté en moyenne 10,3 demandes de règlement en 2019, comparativement à 9,8 en 2015.

Le coût admissible moyen par demande de règlement pour l'ensemble des assurés de 64 ans ou moins était de 74,78 \$ en 2019, ce qui représente une augmentation de 3,0 % par rapport à 2018 (72,59 \$), et un écart de 8,4 % par rapport à 2015 (68,97 \$). Lorsque le nombre moyen de demandes de règlement est combiné au coût moyen par demande, les réclamants ont présenté des demandes de règlement totalisant 769,13 \$ de coûts admissibles moyens en 2019, comparativement à 745,54 \$ en 2018 (une augmentation de 3,2 %) et à 675,95 \$ cinq ans plus tôt (un écart de 13,8 % entre 2019 et 2015).



TABLEAU 5 | Nombre d'assurés ayant présenté des demandes de règlement, 2015 à 2019



*Les résultats pour 2018 et 2019 illustrent l'incidence du programme Assurance-santé Plus en Ontario, qui a réduit les demandes de règlement des assurés de 24 ans et moins entre le 1er janvier 2018 et le 1er avril 2019.

TABLEAU 6 | Nombre de demandes de règlement par réclamant, 2015 et 2019

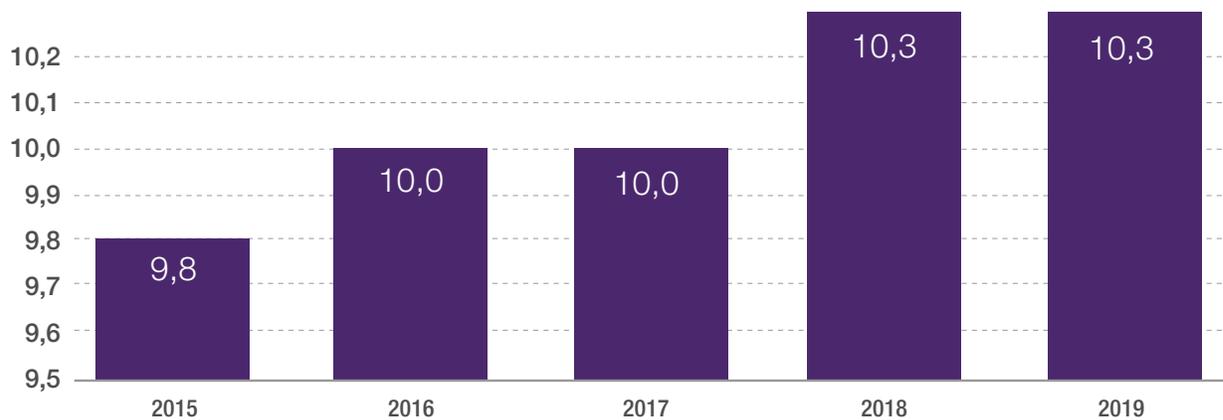




TABLEAU 7 | Coûts annuels admissibles moyens par réclamant, 2015 à 2019

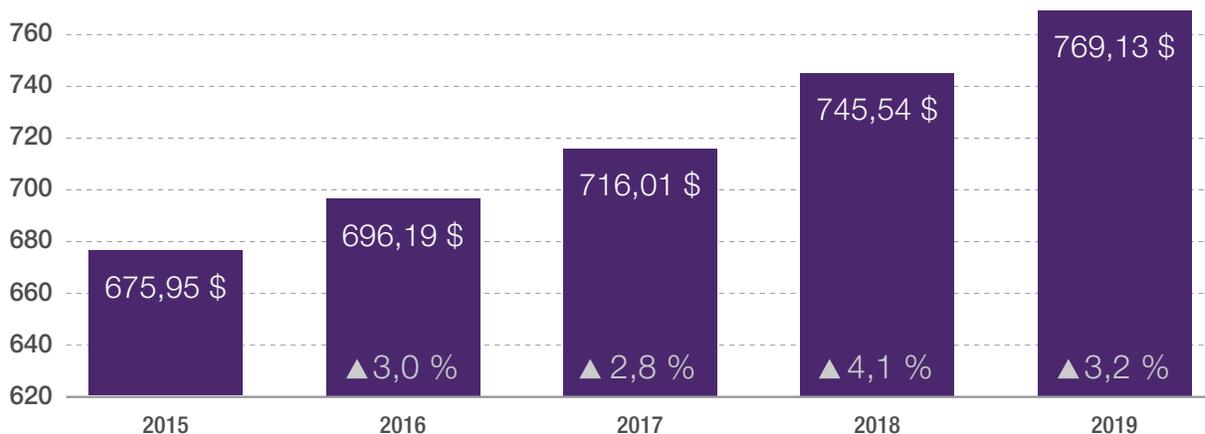


TABLEAU 8 | Aperçu des coûts et de l'utilisation en 2019, par région

	Canada	Ouest	Ontario	Québec	Atlantique
Coût mensuel admissible par assuré	40,36 \$	30,56 \$ ¹	40,97 \$	56,20 \$	51,92 \$
Utilisation mensuelle par assuré	0,54	0,44	0,48	0,90 ²	0,62
Assurés qui ont présenté une demande de règlement	63,0 %	60,9 %	60,5 %	72,2 %	71,2 %
Coût admissible moyen par demande de règlement	74,78 \$	69,91 \$	85,22 \$	62,62 \$ ²	84,18 \$
Nombre moyen de demandes de règlement par réclamant	10,3	8,6	9,5	14,9	10,4
Âge moyen des employés (adhérents)/titulaires de carte	42,0	40,9	42,5	42,6	43,6

1 L'Ouest du Canada affiche le plus faible coût mensuel admissible 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 taux d'utilisation mensuelle le plus élevé par assuré, le plus faible coût admissible moyen par demande de règlement et la moyenne la plus élevée par réclamant parce que les pharmaciens du Québec remettent habituellement, pour le traitement des maladies chroniques, une quantité de médicaments correspondant à 30 jours de traitement, alors que cette période est plutôt de 90 jours dans les autres provinces.



Utilisation de médicaments génériques

En 2019, les médicaments génériques ont représenté 63 % des ordonnances délivrées remboursées par les régimes privés d'assurance médicaments, comparativement à 62 % en 2018. Il y a cinq ans, les médicaments génériques représentaient 58 % des ordonnances délivrées. Les politiques de substitution générique obligatoire sont le moteur de cette tendance (voir [page 22](#)).

À l'échelle régionale, le taux le plus élevé d'exécution d'ordonnances par substitution générique est dans la région de l'Atlantique, avec 70 %, et le plus faible est en Ontario, avec 61 %. Le Québec a connu le taux de croissance le plus élevé, passant de 55 % en 2015 à 63 % en 2019. Cette croissance peut être attribuée en partie aux modifications législatives apportées à la RAMQ en ce qui concerne la substitution générique (projet de loi 28).



Avec le résultat pour le Canada atlantique, c'était la première fois que nous atteignons le taux de 70 % pour les médicaments génériques à la grandeur du pays. Pour le Canada atlantique en particulier, c'était un cap important à atteindre pour aider à compenser le fait que la région a aussi le taux le plus élevé de consommation de médicaments de spécialité, note M. O'Brien



En comparaison, la plupart des régimes privés aux États-Unis affichaient des taux de pénétration des médicaments génériques dès le milieu des années 1980. Pour atteindre ces niveaux, les régimes américains sont gérés activement à l'aide de listes de médicaments à plusieurs niveaux ou gérées, qui favorisent une utilisation privilégiée des médicaments génériques (pour en savoir plus sur les listes de médicaments gérées au Canada, reportez-vous à la [page 27](#)).

Au Canada, le reste des 37 % des ordonnances délivrées se répartit comme suit : 30 % pour les médicaments d'origine à fournisseur unique (c.-à-d., pour lesquels aucune option générique n'est disponible) et 7 % pour les médicaments d'origine à fournisseurs multiples (c.-à-d., pour lesquels il existe des options génériques). Le taux d'exécution d'ordonnances de médicaments d'origine à fournisseurs multiples tend à diminuer à mesure que la pénétration des médicaments génériques augmente : le Canada atlantique, dont le taux d'exécution d'ordonnances par substitution générique est le plus élevé, affiche le taux le plus bas d'exécution d'ordonnances de médicaments d'origine à fournisseurs multiples, avec seulement 4 %. Et au Québec, le taux d'exécution d'ordonnances par substitution générique a connu une hausse de 55 % en 2015 à 63 % en 2019, alors que le taux d'exécution d'ordonnances de médicaments d'origine à fournisseurs multiples est passé de 14 % à 8 %.

Le taux d'exécution d'ordonnances de médicaments d'origine à fournisseurs multiples ne peut jamais tomber à zéro, pour deux raisons. Premièrement, un petit pourcentage de patients peut subir des effets indésirables lors de la substitution d'un médicament d'origine par un médicament générique. Deuxièmement, les politiques de substitution générique obligatoire permettent l'exécution d'ordonnance d'un médicament d'origine à fournisseurs multiples lorsque le patient paie la différence de prix entre le médicament générique et le médicament d'origine.

Malgré la part croissante des médicaments génériques dans le volume, la part des coûts admissibles de ceux-ci n'a pas augmenté au cours des cinq dernières années : elle était de 26 % en 2015 et de 25 % en 2019. Cela reflète les réformes des cinq dernières années touchant la fixation des prix des médicaments génériques, qui ont considérablement réduit les prix des médicaments génériques les plus fréquemment prescrits. Par conséquent, la ventilation des coûts par catégorie de médicaments n'a pas beaucoup changé au cours des cinq dernières années. En 2019, les médicaments d'origine à fournisseur unique représentaient 70 % des coûts, et les médicaments d'origine à fournisseurs multiples, 5 %.

TABLEAU 9 | Utilisation de médicaments génériques, 2015 à 2019, par région

	2015	2016	2017	2018	2019
Atlantique	64 %	67 %	67 %	69 %	70 %
Ouest	61 %	63 %	64 %	65 %	66 %
Ontario	57 %	59 %	59 %	60 %	61 %
Québec	55 %	58 %	60 %	62 %	63 %
Canada	58 %	60 %	61 %	62 %	63 %



TABLEAU 10 | Utilisation par catégorie de médicaments, 2015 et 2019

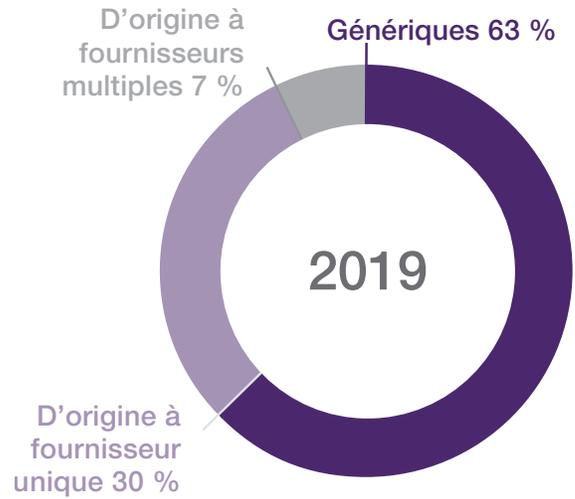
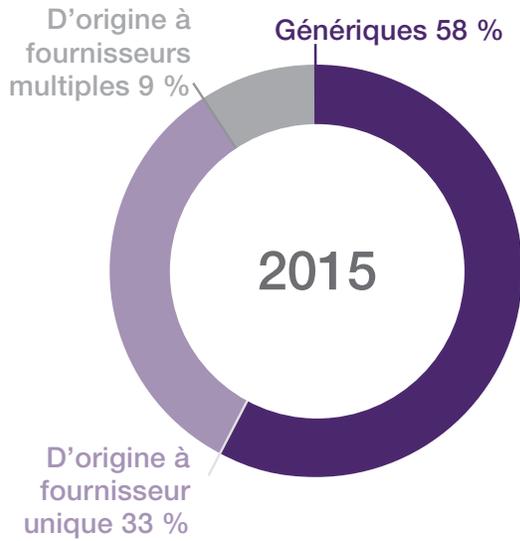
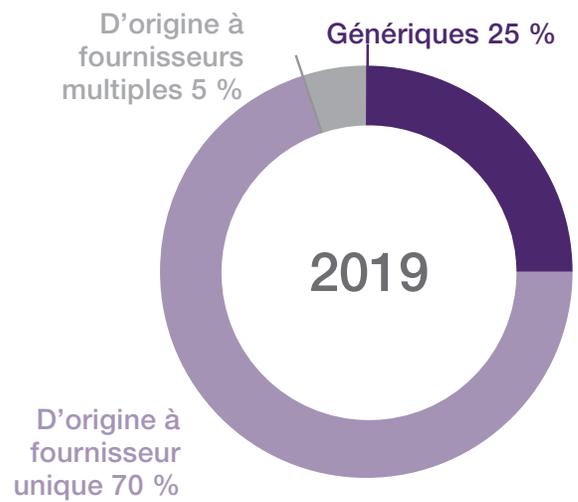
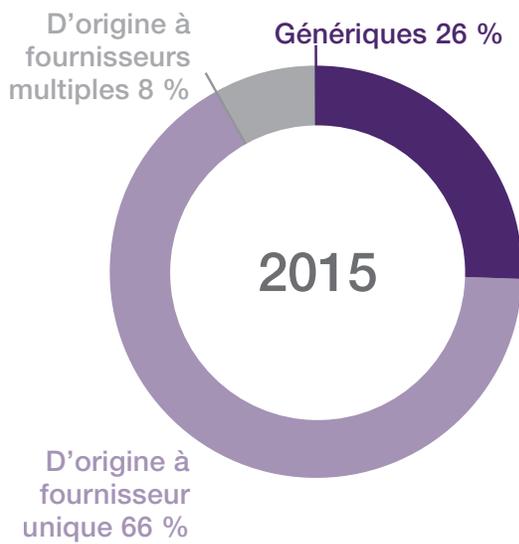


TABLEAU 11 | Coût admissible par catégorie de médicaments, 2015 et 2019





Résumé et recommandations

Les preneurs de régime ayant un nombre important d'employés en Ontario ont connu des augmentations importantes des coûts admissibles moyens en raison de l'arrêt du programme Assurance-santé Plus pour les assurés de moins de 25 ans. Même après avoir pris en compte l'incidence du programme Assurance-santé Plus, il demeure que l'Ontario et toutes les régions du Canada ont connu des augmentations notables par rapport à 2018. L'une des raisons principales semble être la fin d'une tendance déflationniste des coûts globaux des médicaments classiques, qui a contribué à compenser la forte tendance inflationniste attribuable aux médicaments de spécialité.

- Mettre en œuvre ou évaluer des outils de conception de régimes qui gèrent efficacement l'utilisation et la couverture des médicaments classiques pour maladies chroniques, ce qui peut en retour soutenir des prix abordables pour les médicaments de spécialité.
- Pour les régimes privés qui n'ont pas déjà adopté la substitution générique obligatoire, déterminer les économies potentielles, évaluer les obstacles à l'accès perçus et la meilleure façon de surmonter ces obstacles.
- L'utilisation accrue de médicaments pour des problèmes de santé mentale chez les employés de moins de 29 ans justifie un examen plus approfondi de ce qui peut être fait en dehors du régime d'assurance médicaments pour aider à prendre en charge ou à prévenir la maladie mentale. L'entraînement à la résilience, la thérapie cognitivo-comportementale en ligne et l'augmentation des plafonds autorisés pour les services de counselling en sont quelques exemples.



3. Outils de conception de régimes d'assurance médicaments

Aperçu

Parmi les diverses stratégies de limitation des coûts liés à la conception de régimes présentées dans le présent rapport, le taux d'adoption des politiques de substitution générique obligatoire est celui qui a augmenté le plus au cours des cinq dernières années.

- Il y a eu peu de croissance en ce qui concerne les certificats dont le régime prévoit une coassurance.
- Plus de certificats indiquent des régimes d'assurance médicaments prévoyant des plafonds annuels, même si seulement une minorité de régimes en prévoient.
- Les listes de médicaments gérées semblent connaître une lente augmentation; cependant, la majorité des certificats indiquent des régimes avec listes de médicaments ouvertes.

Politiques sur les médicaments génériques

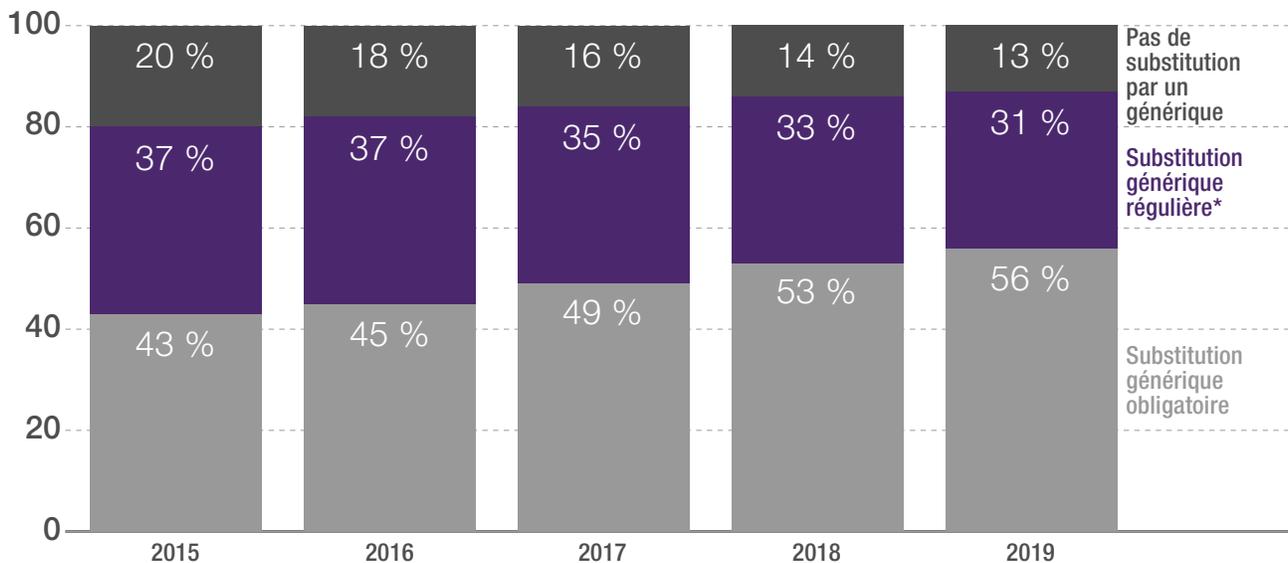
Les assurés sont de plus en plus susceptibles d'avoir des régimes privés d'assurance médicaments comportant une politique de substitution générique obligatoire : c'était le cas pour 56 % d'entre eux en 2019, comparativement à 53 % en 2018 et à 43 % en 2015. Trente et un pour cent détenaient des régimes comportant une politique de substitution générique régulière, à laquelle un médecin peut s'opposer en inscrivant la mention « Pas de substitution » sur l'ordonnance. Là où des politiques de substitution régulières et obligatoires étaient combinées, 87 % des assurés détenaient des régimes comportant une politique sur les médicaments génériques en 2019, comparativement à 80 % en 2015.

Les chiffres sont les mêmes lorsqu'ils sont pris en compte par certificat (c.-à-d., par titulaire de carte principal et cobénéficiaires liés) : 56 % des certificats se rapportent à des régimes comportant une politique de substitution générique obligatoire et 31 % à des régimes comportant une politique de substitution générique régulière.

La substitution obligatoire est devenue la politique par défaut dans les contrats des compagnies d'assurance au cours des dernières années.

Quatre-vingt-six pour cent des régimes collectifs ont maintenant des politiques de substitution obligatoire en place. Huit pour cent ont des politiques de substitution générique régulière, ne laissant que six pour cent des groupes sans aucune politique de substitution générique. « Ces 6 % représentent 13 % du nombre total d'assurés, ce qui nous indique que les groupes sans politique de substitution générique sont probablement très importants et peut-être syndiqués, explique M. O'Brien. Il est plus difficile d'apporter des changements lorsqu'il faut négocier une convention collective », conclut-il.

TABLEAU 12 | Assurés dont le régime comporte une politique sur les médicaments génériques, 2015 à 2019



*En vertu d'une politique de substitution générique régulière, le médecin peut s'opposer à la substitution pour permettre la couverture du médicament d'origine en inscrivant la mention « Pas de substitution » sur l'ordonnance.

TABLEAU 13 | Politiques sur les médicaments génériques en 2019, assurés et groupes

	Assurés	Groupes
Substitution générique obligatoire	56 %	86 %
Substitution générique régulière (facultative)	31 %	8 %
Pas de politique sur les médicaments génériques	13 %	6 %



Coassurance et franchises

Plus des deux tiers des certificats (69 %) détenaient un régime d'assurance médicaments prévoyant une coassurance en 2019, une proportion restée pratiquement inchangée par rapport à il y a cinq ans (68 %).

Parmi les certificats dont le régime prévoit une coassurance, le taux de coassurance le plus courant est de 20 % (pour les deux tiers des certificats ou 66 %), suivi d'une quote-part de 10 % pour un certificat sur cinq (19 %). Douze pour cent comprennent une quote-part qui représente 25 % ou plus du coût de leurs médicaments d'ordonnance.



Lorsque les participants paient une partie du coût du médicament, cela les aide à voir la valeur de ce que les preneurs de régime paient en leur nom, observe M. O'Brien. Cela les aide également à devenir de meilleurs consommateurs, car ils ont un certain intérêt financier en jeu.



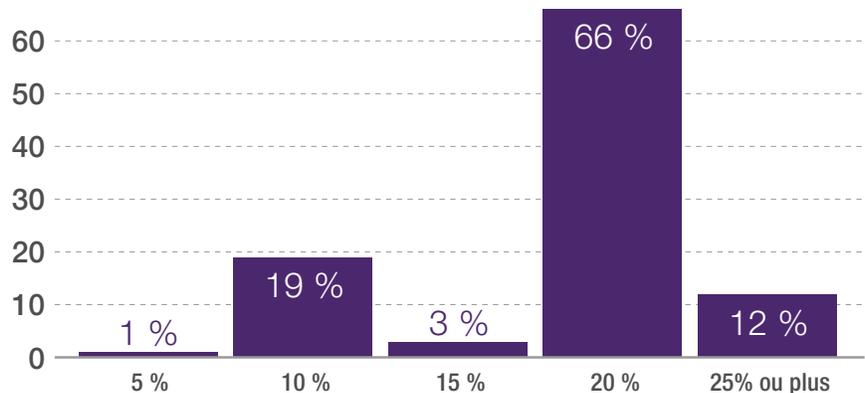
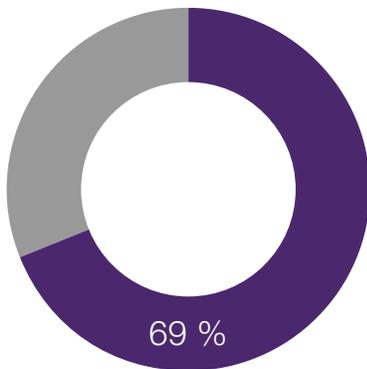
En ce qui concerne les franchises, beaucoup moins de certificats avaient un régime qui imposait une franchise annuelle (10 %) ou par demande de règlement (13 %), et leur proportion a très peu varié au cours des cinq dernières années. Parmi les certificats qui payaient des franchises annuelles, les montants de franchises étaient répartis pratiquement également, à 50 \$ (31 %), à 100 \$ (29 %) et à plus de 100 \$ (40 %) par année. Parmi ceux qui payaient des franchises par demande de règlement, la majorité a payé entre 4,00 \$ et 5,99 \$ (40 %) ou entre 2,00 \$ et 3,99 \$ (27 %) par franchise.



« Les franchises se trouvent principalement dans les contrats les plus anciens. Ils n'ont pas d'incidence significative sur la limitation ou le partage des coûts : les régimes en sont venus à renoncer aux franchises en faveur de la coassurance, car le montant dont l'adhérent est responsable augmente avec l'inflation », affirme M. O'Brien.



TABLEAU 14 | Certificats dont le régime prévoit une coassurance, 2019



Répartition des montants de coassurance (quotes-parts) pour les régimes qui prévoient une coassurance



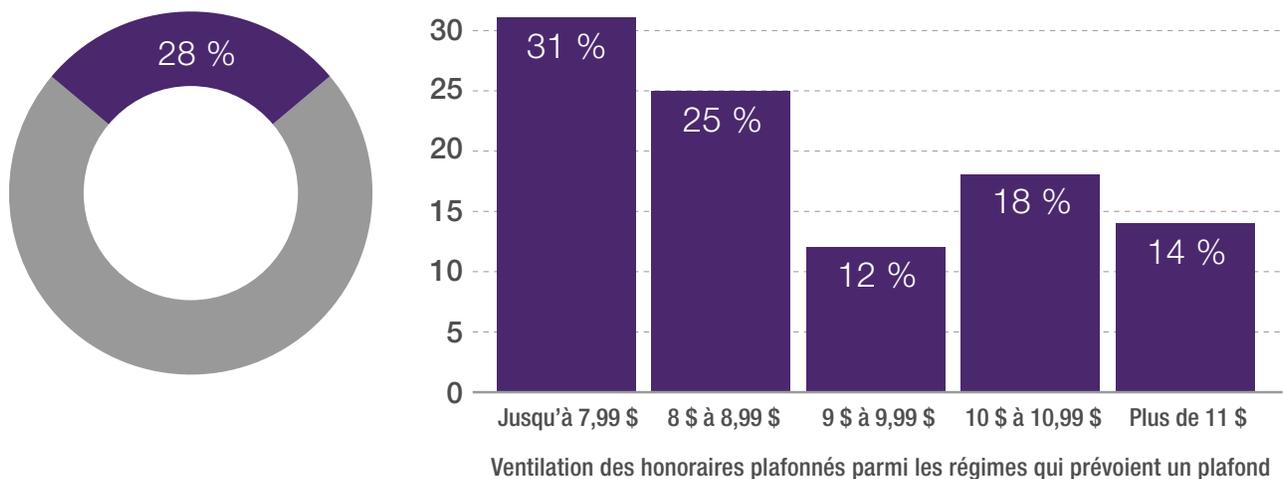
Plafonnement des honoraires professionnels des pharmaciens

Plus d'un quart des certificats (28 %) avaient un régime d'assurance médicaments imposant un plafonnement des honoraires professionnels remboursés aux pharmaciens en 2019, lequel est resté inchangé par rapport à il y a cinq ans.

Parmi les certificats dont le régime prévoit un plafonnement, la couverture des honoraires professionnels des pharmaciens est le plus souvent plafonnée à 7,99 \$ (31 % des certificats avec plafonnement) ou à entre 8,00 \$ et 8,99 \$ (25 %).

Le faible taux d'adoption continue est indicateur d'une sous-utilisation de cette mesure de limitation des coûts. « Le plafonnement des honoraires professionnels des pharmaciens est un bon moyen pour inciter les adhérents à magasiner pour économiser sur leurs déboursés, ou à payer eux-mêmes s'ils préfèrent se rendre à la pharmacie de leur choix », explique M. O'Brien

TABLEAU 15 | Certificats dont le régime prévoit un plafonnement des honoraires des pharmaciens, 2019





Listes de médicaments gérées

Le nombre de listes de médicaments gérées semble augmenter lentement. Vingt-deux pour cent des certificats détenaient un régime prévoyant une liste de médicaments gérée en 2019, comparativement à 21 % en 2015. Soixante et onze pour cent détenaient des régimes prévoyant des listes de médicaments ouvertes, comparativement à 72 % en 2015, et 7 % détenaient un régime imitant la liste de médicaments provinciale (inchangée par rapport à 2015).



TABLEAU 16 | Certificats dont le régime prévoit une liste de médicaments gérée, 2015 et 2019



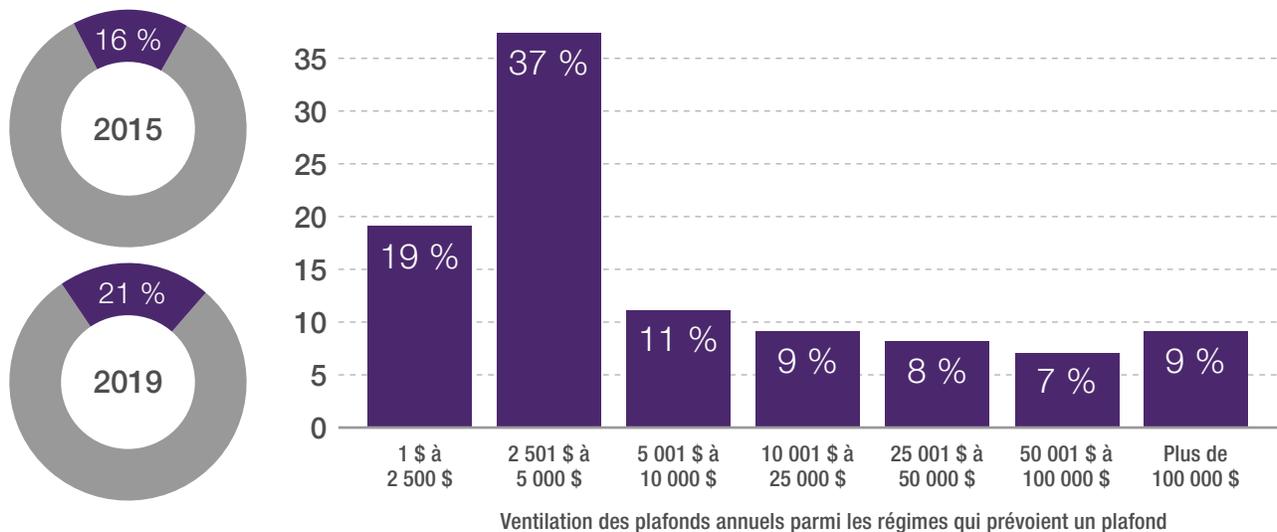
Plafonds annuels

Vingt et un pour cent des certificats détenaient des régimes prévoyant des plafonds annuels de couverture en 2019, comparativement à 16 % en 2015.

« Les petits employeurs sont plus susceptibles d'envisager des plafonds annuels compte tenu de l'effet catastrophique que peut avoir même un seul réclamant à coût élevé, sur l'ensemble des coûts du régime, observe M. O'Brien. »

Parmi les certificats dont le régime d'assurance médicaments prévoit un plafonnement, les plafonds les plus courants vont de 2 500 \$ à 5 000 \$ par année (37 %), suivis de plafonds allant jusqu'à 2 500 \$ (19 %).

TABLEAU 17 | Certificats dont le régime prévoit un plafond annuel, 2015 et 2019





Autorisation préalable

Il est intéressant de noter que moins de certificats avaient un régime comportant une clause d'autorisation préalable en 2019, soit 89 %, comparativement à 93 % en 2015. Cela reflète probablement une approche plus ciblée. « Rappelons-nous qu'en 2015, l'autorisation préalable était plus axée sur les médicaments à faible coût, comme l'inhibiteur de la pompe à protons, pour prévenir la prescription de médicaments pour des utilisations non approuvées. Aujourd'hui, elle se concentre vraiment sur les médicaments à coût plus élevé, afin d'assurer que les patients obtiennent le bon médicament au bon moment et de permettre d'équilibrer la viabilité du régime d'assurance médicaments », observe O'Brien.



TABLEAU 18 | Certificats dont le régime comporte une clause d'autorisation préalable, 2015 et 2019

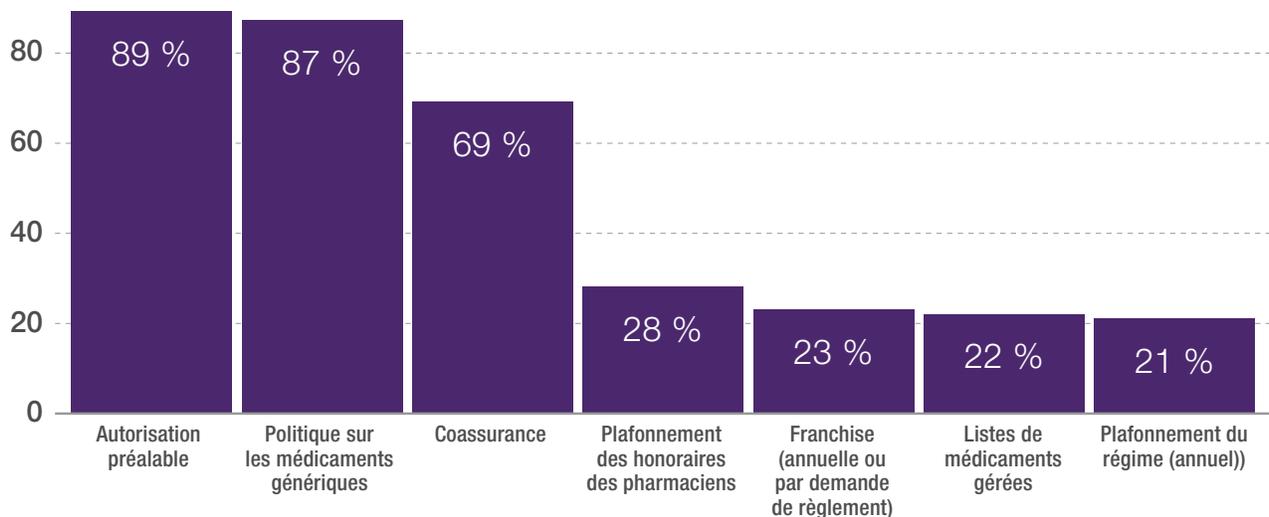


Résumé et recommandations

L'autorisation préalable est l'outil de conception de régime le plus courant, suivi par la politique sur les médicaments génériques. Sur le plan des politiques sur les médicaments génériques, l'industrie observe une évolution constante vers la substitution générique obligatoire. La coassurance est également une mesure populaire et efficace de limitation des coûts, bien que l'adoption de cette mesure semble avoir atteint un plateau.

- Les régimes d'assurance privés qui ne comportent pas de politique de substitution générique 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.
- Dans le cadre de la coassurance, les régimes privés peuvent inclure un maximum pour les déboursés, afin d'assurer que la contribution des adhérents aux coûts des demandes de règlement ne dépasse pas un seuil qui entraînerait des difficultés financières pour l'adhérent.
- Afin d'évaluer la faisabilité et les avantages d'une liste de médicaments gérée, les preneurs de régimes peuvent consulter leur conseiller en avantages sociaux pour en estimer les économies et l'impact sur les adhérents au régime, et pour discuter des approches de mise en œuvre qui limiteraient les réactions négatives chez les adhérents.
- Les preneurs de régime peuvent examiner la répartition des coûts liés aux honoraires des pharmaciens pour déterminer si des économies potentielles justifient un plafonnement des honoraires.

TABLEAU 19 | Proportion de certificats dont le régime comporte un des outils de gestion de régime d'assurance médicaments ci-dessous, 2019





4. Médicaments de spécialité

Aperçu

La part disproportionnée des médicaments de spécialité dans l'ensemble des coûts admissibles continue de croître, et l'on s'attend à ce que cela se poursuive compte tenu des médicaments en voie de commercialisation au Canada.

- Pour les médicaments de spécialité, les régimes privés du Canada atlantique sont ceux qui dépensent le plus, tandis que les régimes publics des provinces de l'Ouest sont ceux qui dépensent le moins.
- Les médicaments de spécialité sont dominants pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et du cancer.
- À mesure que l'adoption de biosimilaires se poursuit, la politique de substitution par des biosimilaires de la Colombie-Britannique semble avoir une incidence positive sur les régimes privés d'assurance médicaments.

Partage des coûts et réclamants

La part des coûts admissibles des médicaments de spécialité a plus que doublé au cours des 10 dernières années, passant de 14 % en 2010 à 30 % en 2019. Le nombre de réclamants, quant à lui, continue de tourner autour de 1 %. L'écart important entre les coûts et le nombre de réclamants illustre de façon spectaculaire que le prix et l'utilisation par réclamation sont les principaux facteurs de cette croissance.



Bien que ces médicaments révolutionnaires aient un coût élevé, ils changent la façon dont nous traitons les conditions graves. La technologie a fait beaucoup de chemin avec une pharmacothérapie plus ciblée, comme l'immunothérapie. À long terme, ces traitements ciblés pourraient finir par avoir un meilleur rapport coût-efficacité puisqu'ils constituent de nouvelles options de traitement pour des maladies qui ont été historiquement sous-traitées, explique M. O'Brien.





Comme pour les années précédentes, la part des coûts admissibles des médicaments de spécialité est plus élevée au Canada atlantique, soit 38 %. Cela reflète le fait que la prévalence de certaines maladies rares, comme la maladie de Fabry, est plus élevée chez cette population que dans le reste du Canada.

En revanche, l'Ouest canadien ne représente que 23 % des coûts des médicaments de spécialité, une part relativement faible. Contrairement au Canada atlantique, l'épidémiologie n'est pas un facteur dans ces provinces. Il s'agit plutôt de financement : les régimes publics de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba deviennent automatiquement les premiers payeurs pour les médicaments d'ordonnance après que les adhérents ont payé une franchise basée sur le revenu.

Les médicaments de spécialité sont un facteur dominant pour les coûts admissibles dans deux des cinq premières catégories de médicaments, et constituent un facteur croissant dans une troisième catégorie. Les médicaments contre la polyarthrite rhumatoïde représentent 12,1 % de l'ensemble des coûts admissibles, répartis comme suit : 12,0 % pour les médicaments de spécialité (à savoir les médicaments biologiques) et 1 % pour les médicaments classiques. Autrement dit, les médicaments de spécialité représentent 99 % des coûts de traitement admissibles pour la polyarthrite rhumatoïde. Ils représentent 54 % des coûts de traitement des affections cutanées, la catégorie numéro trois (c'est-à-dire que la part de 6,9 % de l'ensemble des coûts admissibles de cette catégorie se répartit comme suit : 3,7 % pour les médicaments de spécialité et 3,2 % pour les médicaments classiques). La part des coûts de médicaments de spécialité pour le traitement de l'asthme et de maladies respiratoires (comme la maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC]), qui se classent au quatrième rang, était de 20 % en 2019, et l'on s'attend à ce que cette proportion augmente régulièrement.

Pour les traitements du cancer, les médicaments de spécialité représentaient 79 % des coûts admissibles en 2019. Pour en savoir plus sur les premières catégories de médicaments, reportez-vous à la [page 40](#).

Lorsque les coûts admissibles sont exprimés sous forme de moyenne mensuelle par certificat, les médicaments de spécialité ont représenté 29 \$ en coûts mensuels moyens en 2019, une hausse par rapport à 21 \$ en 2015 (une augmentation de 38 %). Cela se compare à 66 \$ en coûts mensuels par certificat pour les médicaments classiques à haut volume et à faible coût, un montant qui a peu changé au cours des cinq dernières années. En combinaison, cela s'ajoute à un coût mensuel moyen de 94 \$ par certificat (remarque : les chiffres étant arrondis, les totaux ne correspondent pas nécessairement).

Au cours des 10 dernières années, le coût par certificat pour les médicaments de spécialité a connu une augmentation moyenne de 10,9 % par année, comparativement à une baisse moyenne de 1,06 % pour les médicaments classiques. En combinant les deux, on constate une augmentation de 1,3 % par année du coût admissible par certificat.

En supposant que tous les facteurs demeurent égaux, les prévisions indiquent que le coût admissible moyen par certificat pour les médicaments classiques continuera de diminuer, pour atteindre environ 64 \$ d'ici la fin de 2025. Toutefois, la moyenne des médicaments de spécialité peut exploser jusqu'à 55 \$, entraînant un coût mensuel total par certificat de 119 \$. Autrement dit, on pourrait voir la part du coût par certificat des médicaments de spécialité augmenter de 31 % en 2019 à 46 % en 2025.



Est-ce une situation qui peut perdurer? Bien qu'il s'agisse d'une simple prévision et que nous puissions nous attendre à certaines compensations de coûts, par exemple grâce aux biosimilaires, il est raisonnable de dire que cela pourrait créer une toute nouvelle série de défis dans le contrôle des coûts, affirme M. O'Brien.



TABLEAU 20 | Médicaments de spécialité, par part de réclamants et de coûts admissibles, 2010 à 2019

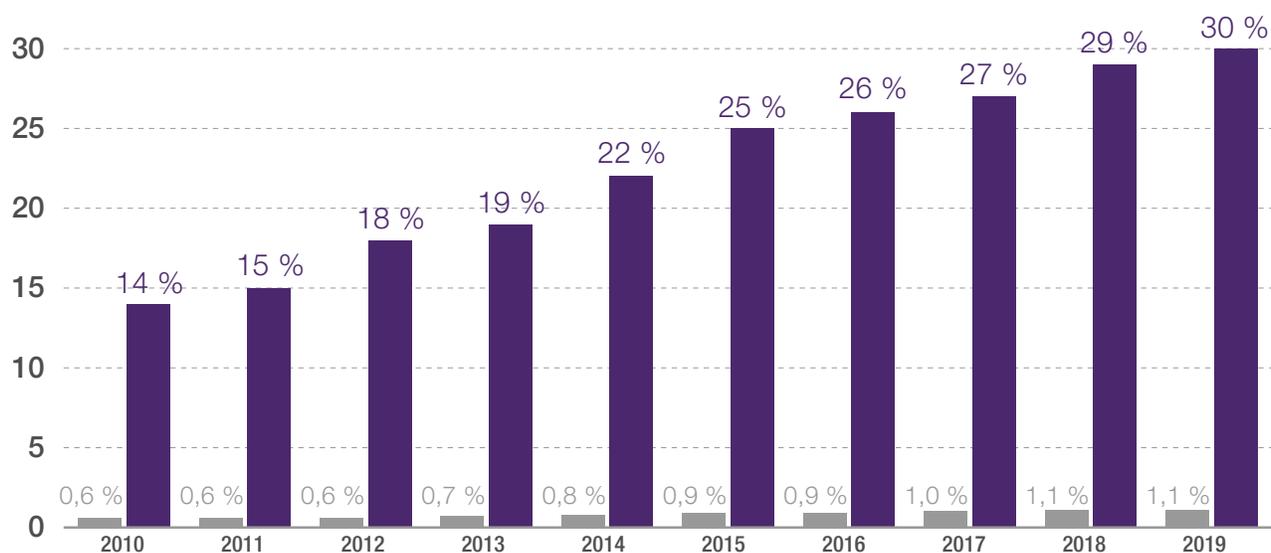


TABLEAU 21 | Part des coûts admissibles des médicaments de spécialité en 2019, par région

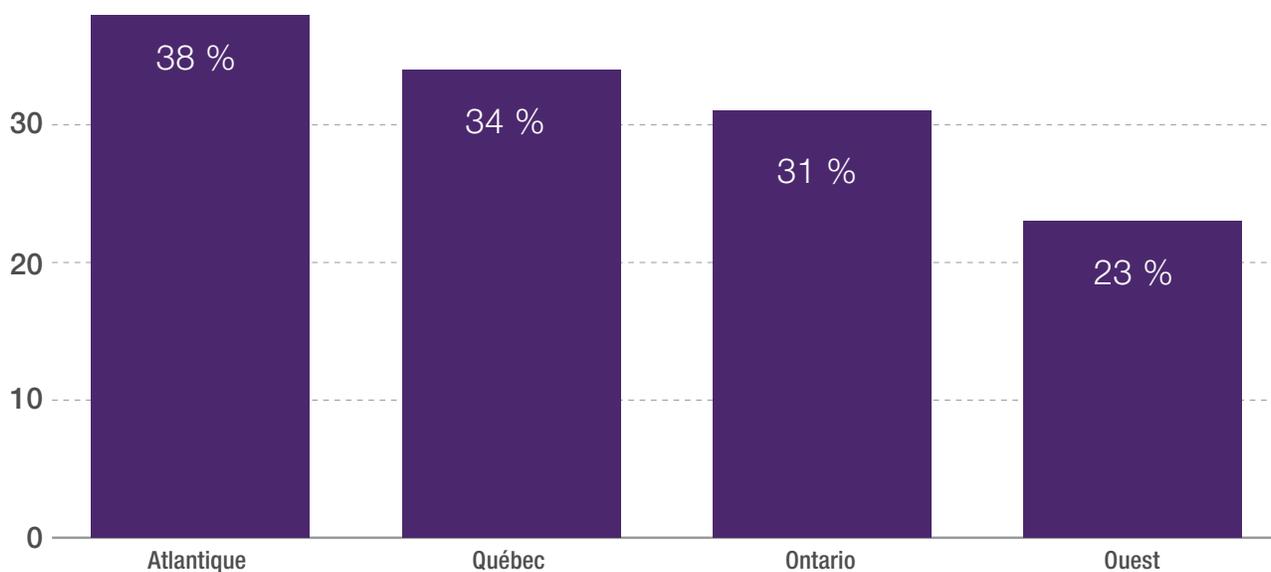


TABLEAU 22 | Répartition des coûts admissibles entre les médicaments de spécialité et les médicaments classiques, par domaine thérapeutique, 2019

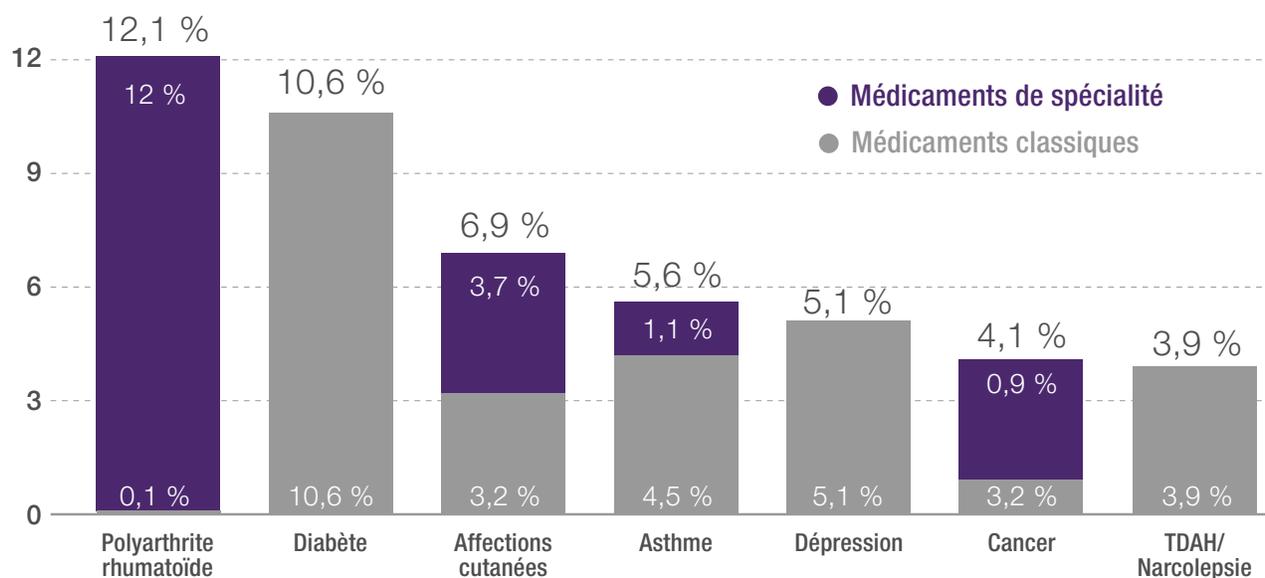
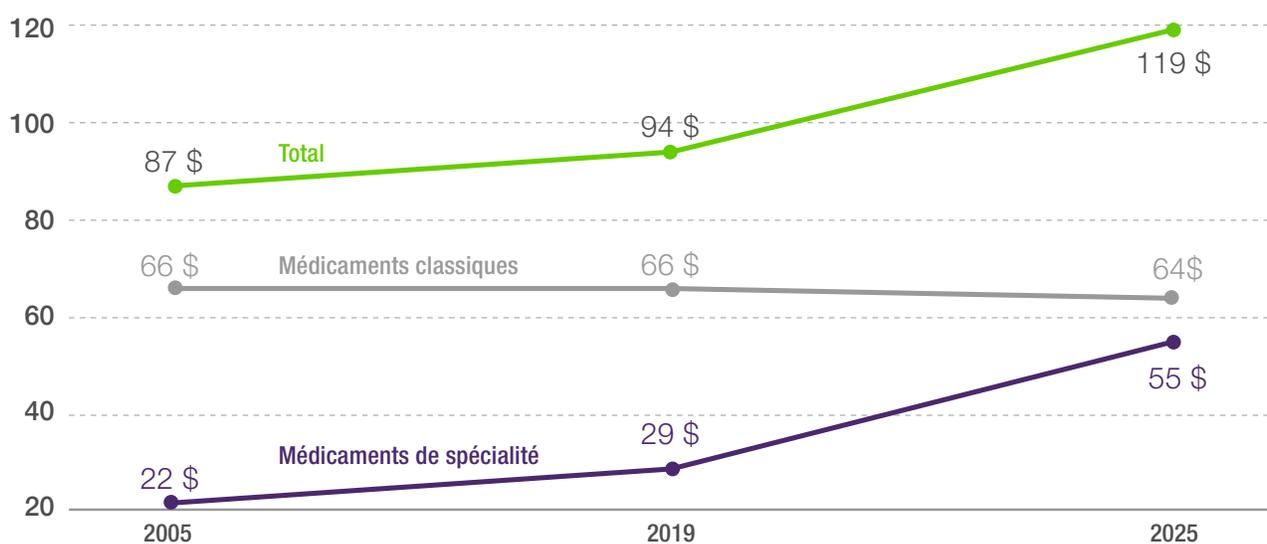


TABLEAU 23 | Coût mensuel par certificat, par catégorie de médicaments, 2015 à 2019



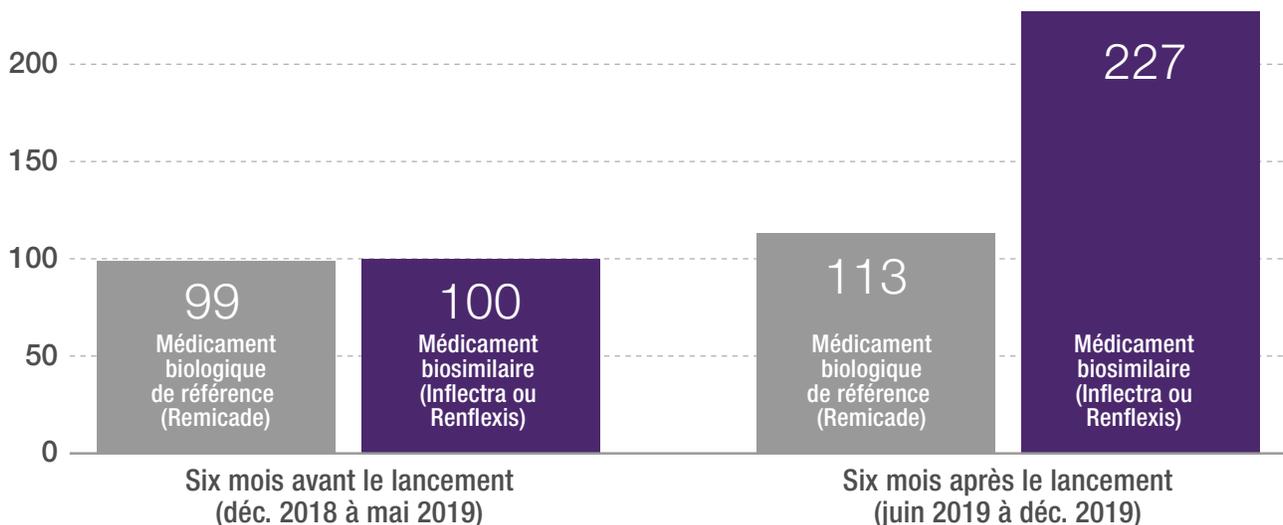
Médicaments biosimilaires

En 2019, la Colombie-Britannique est devenue le premier payeur public à mettre en œuvre un programme de substitution obligatoire pour certains médicaments biologiques. Les bénéficiaires devaient remplacer leur médicament par un biosimilaire pour continuer à avoir droit à la couverture du régime public. L'Alberta et l'Ontario avaient annoncé qu'elles mettraient en œuvre une politique de substitution semblable en 2020, avant que le confinement dû à la COVID-19 ne soit mis en place d'urgence, et ont reporté le lancement de ces initiatives.

Ces politiques de substitution adoptées par les régimes provinciaux auront-elles une incidence sur l'adoption de biosimilaires par les régimes privés d'assurance médicaments? Selon les premières données de la Colombie-Britannique, il semble que la réponse soit « oui ».

La Colombie-Britannique a lancé la phase 1 de son programme de substitution à la fin de mai 2019. Au cours de la période de six mois précédant le lancement, les membres de régimes privés d'assurance médicaments qui amorçaient le traitement d'une maladie inflammatoire telle que la polyarthrite rhumatoïde étaient également susceptibles de soumettre une demande de règlement pour un médicament biologique de référence comme pour un médicament biosimilaire. Immédiatement après le lancement, les nouveaux patients étaient deux fois plus susceptibles de soumettre des demandes de règlement pour un biosimilaire. « D'après ces premiers résultats, il semble que l'initiative du régime public de la Colombie-Britannique influence les habitudes de prescription des médecins pour tous les patients », commente M. O'Brien

TABLEAU 24 | Nouveaux patients de la Colombie-Britannique utilisant des médicaments biologiques, avant et après le lancement de la politique de substitution par le régime public





Résumé et recommandations

Seulement 1,1 % des réclamants représentaient 30 % de l'ensemble des coûts admissibles en 2019. Dans les provinces ayant un régime public d'assurance médicaments, la part des médicaments de spécialité dans les coûts des régimes privés est nettement plus faible. Si les tendances actuelles se maintiennent, les médicaments de spécialité devraient représenter près de 46 % du coût mensuel moyen des certificats d'ici 2025. Les biosimilaires à prix inférieur pour certains des produits biologiques de spécialité les plus fréquemment prescrits pourraient aplanir la courbe de croissance, mais il faudra pour cela que leur adoption connaisse une hausse marquée.

- Les preneurs de régimes peuvent travailler de concert avec leurs compagnies d'assurance et leurs conseillers en avantages sociaux pour élaborer une stratégie à long terme pour la couverture des médicaments de spécialité, notamment en ce qui concerne les demandes de règlement 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.
- Pour les médicaments biologiques pour lesquels il existe des médicaments biosimilaires, les politiques d'autorisation préalable et les listes de médicaments gérées peuvent inciter les nouveaux patients à commencer leur traitement avec un biosimilaire.
- En s'inspirant des régimes d'assurance publics comme modèle (phase 1 mise en œuvre en Colombie-Britannique pour l'instant), les preneurs de régimes 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

Aperçu

Les deux premières catégories de médicaments – soit les médicaments contre la polyarthrite rhumatoïde et le diabète – demeurent confortablement en tête.

- Les médicaments contre les affections cutanées ont connu l'augmentation la plus rapide, occupant maintenant le troisième rang.
- Les médicaments à haut volume et à faible coût contre la dépression, l'hypertension artérielle et les infections ont régulièrement perdu du terrain, probablement en raison du faible volume de prescriptions de médicaments à coût plus élevé.
- Les taux de non-observance thérapeutique sont élevés pour quatre des dix premières catégories de médicaments

Les 10 premières catégories de médicaments

Pour la dixième année consécutive, les médicaments contre la polyarthrite rhumatoïde sont en tête du classement des coûts admissibles par catégorie de médicaments. Le fait que moins de la moitié de un pour cent des demandes de règlement soient la cause de ces coûts reflète le prix élevé de la plupart de ces médicaments (qui varie d'environ 20 000 \$ à plus de 50 000 \$ par année pour un médicament biologique, en fonction du médicament et des besoins des patients).

Le Tableau 25 présente un aperçu de la question afin de savoir si c'est le prix, le volume ou une combinaison des deux qui est le principal facteur de la croissance des 10 premières catégories.

Les médicaments contre le diabète se classent au deuxième rang en raison d'une combinaison de volume et de prix. Le volume est relativement élevé, avec 7,0 % des demandes, mais l'écart entre la part des demandes de règlement et celle du coût admissible (10,6 %) indique que le niveau de prix moyen dans cette catégorie est en hausse.

Le prix est le plus important facteur derrière le classement des





Environ les deux tiers des coûts associés au diabète proviennent d'une nouvelle catégorie de médicaments plus coûteux, mais beaucoup plus efficaces pour les patients qui n'obtiennent pas de résultats avec d'autres traitements. Cette situation, combinée à une utilisation à plus long terme, à mesure qu'un plus grand nombre de personnes reçoivent un diagnostic de diabète de type 2, fait monter les coûts globaux, explique M. Kennedy.



médicaments destinés au traitement :

- du cancer (au sixième rang, avec 4,1 % des coûts admissibles et 0,6 % des demandes de règlement);
- de la sclérose en plaques (au huitième rang, avec 3,6 % des coûts admissibles et 0,1 % des demandes de règlement);
- des affections cutanées (au troisième rang, avec 6,9 % des coûts et 4,0 % des demandes de règlement);
- du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et de la narcolepsie (au septième rang, avec 3,9 % des coûts et 2,6 % des demandes de règlement).

Trois des dix premières catégories sont là principalement en raison du volume. Les médicaments contre la dépression représentent la plus forte proportion de demandes de règlement (9,5 %); quant à leur part des coûts (5,1 %), celle-ci reflète un niveau de prix moyen relativement faible en raison de la prédominance de médicaments génériques à prix moins élevé. On peut dire la même chose pour les médicaments contre l'hypertension artérielle (8,6 % des demandes de règlement, 3,3% des coûts) et les infections (7,2 % et 2,9 %, respectivement).

Enfin, l'asthme comme catégorie se classe au quatrième rang, presque également en raison des coûts (5,6 %) et des demandes de règlement (5,5 %). TELUS Santé s'attend à ce que les prix deviennent le facteur dominant, à mesure que de plus en plus de médicaments de spécialité deviendront disponibles pour cette catégorie.

La catégorie des affections cutanées est celle qui a le plus monté dans le classement, passant de la septième position en 2015 à la troisième en 2019.

Cela reflète l'utilisation croissante de nouveaux médicaments de spécialité à coût élevé pour traiter le psoriasis, la dermatite atopique et d'autres affections cutanées. Les nouveaux médicaments coûteux contre le cancer, offerts sous forme de comprimés ou auto-injectables et donc couverts par des régimes privés, plutôt que par les hôpitaux, ont contribué à propulser cette catégorie dans la liste des 10 premières catégories en 2017, grim pant au sixième rang. Les médicaments utilisés pour traiter le TDAH et la narcolepsie sont également relativement nouveaux sur la liste des 10 premières catégories et ont monté dans le classement pour la troisième année consécutive.

Il convient également de noter que des facteurs de risque modifiables, ou changements de style de vie (comme le renoncement au tabac, la perte de poids), peuvent avoir une incidence sur cinq des dix états pathologiques les plus fréquents : le diabète (type 2), l'asthme, la dépression, certains cancers et l'hypertension artérielle. « Les preneurs de régimes qui examinent les données de leur régime afin de déterminer des domaines d'intérêt pour des activités liées au mieux-être peuvent aider à atténuer la courbe de leurs coûts, suggère M. O'Brien. Mettre l'accent sur ces conditions à titre préventif pourrait contribuer à réduire le fardeau des services de santé sur les coûts, en réduisant l'exposition aux problèmes de santé grâce à la pratique d'activités de mieux-être plus ciblées. »



Un nouveau système de surveillance du glucose fait sa marque

Un produit se distingue en 2019 dans le classement de TELUS Santé des meilleurs produits par coût admissible : FreeStyle Libre, un nouveau système de surveillance du glucose qui utilise un petit capteur pour mesurer automatiquement et en continu la glycémie chez les personnes atteintes de diabète. Il est passé du 40e rang en 2018 au 7^e.

« Ce système est très pratique et il n'a pas besoin de lancettes ni de bandelettes de mesure. Il devrait améliorer l'observance thérapeutique, ce qui permettra d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé », affirme Jason Kennedy, directeur, services de consultation pour le secteur de la santé chez TELUS Santé.

FreeStyle Libre et d'autres systèmes de surveillance continue du glucose sont recommandés pour les personnes atteintes de diabète (de type 1 ou 2) qui utilisent de l'insuline et qui peuvent avoir de la difficulté à atteindre leur taux de glucose cible.

TABLEAU 25 | Les 10 premières catégories de médicaments selon les coûts admissibles et les demandes de règlement, 2019

Pour traiter :	Rang	% des coûts admissibles	% des demandes de règlement
Polyarthrite rhumatoïde	1	12,1 %	0,4 %
Diabète	2	10,6 %	7,0 %
Affections cutanées	3	6,9 %	4,0 %
Asthme	4	5,6 %	5,5 %
Dépression	5	5,1 %	9,5 %
Cancer	6	4,1 %	0,6 %
TDAH/narcolepsie	7	3,9 %	2,6 %
Sclérose en plaques	8	3,6 %	0,1 %
Hypertension artérielle	9	3,3 %	8,6 %
Infections	10	2,9 %	7,2 %
% de l'ensemble des coûts admissibles et des demandes de règlement		58,1 %	45,5 %

TABLEAU 26 | Classement des 10 premières catégories de médicaments par coût admissible, 2015 à 2019

Pour traiter :	2015	2016	2017	2018	2019
Polyarthrite rhumatoïde	1	1	1	1	1
Diabète	2	2	2	2	2
Affections cutanées	7	5	5	3	3
Asthme	4	4	3	4	4
Dépression	3	3	4	5	5
Cancer	11	11	9	6	6
TDAH/narcolepsie	10	10	10	9	7
Sclérose en plaques	9	9	8	8	8
Hypertension artérielle	5	6	6	7	9
Infections	6	7	7	10	10

Observance thérapeutique

Un nombre important de réclamants qui utilisent des médicaments figurant sur la liste des 10 premières classes thérapeutiques ont de la difficulté à prendre leurs médicaments comme prescrit. Le taux de non-observance thérapeutique est de loin le plus élevé – 65,8 % chez les asthmatiques –, une catégorie qui représentait 5,6 % de l'ensemble des coûts admissibles et 5,5 % des demandes de règlement en 2019.

Le taux de non-observance thérapeutique est également élevé chez les réclamants qui prennent des médicaments contre la dépression (23,0 %), le diabète (24,8 %) et les maladies cardiovasculaires (hypertension et cholestérol élevé, 16,2 %). Ces catégories représentent 28 % de l'ensemble des coûts admissibles.



Le taux d'observance thérapeutique pourrait être amélioré pour plusieurs conditions prédominantes, ce qui pourrait avoir une incidence positive sur les résultats pour la santé et réduire la courbe des coûts à l'avenir, suggère M. Kennedy.

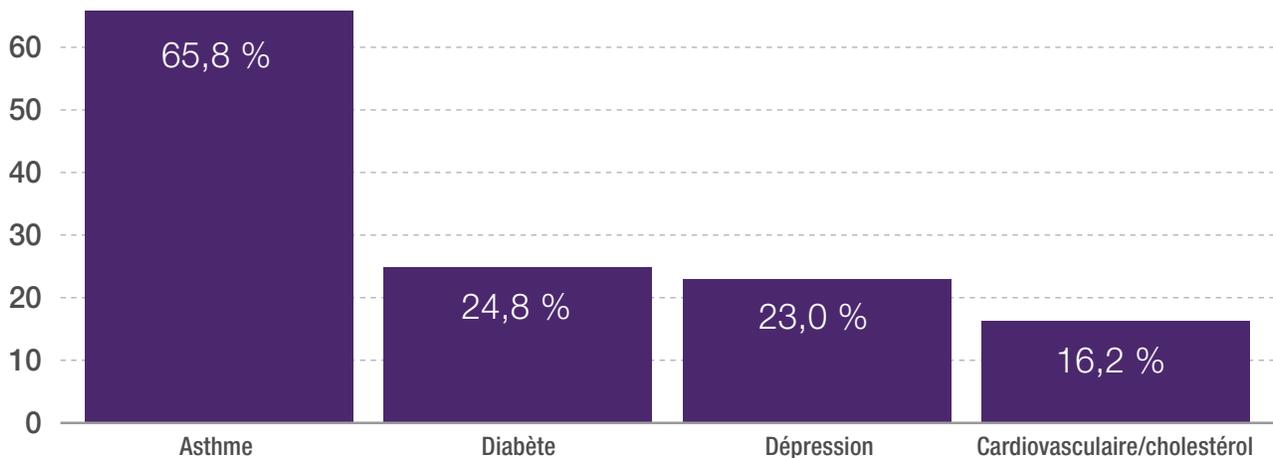


TELUS Santé utilise un calcul appelé le « ratio de possession de médicaments (RPM) » pour saisir les taux de non-observance thérapeutique. Pour le dire simplement, le ratio indique si les réclamants renouvellent leurs ordonnances à temps. Il y a non-observance thérapeutique lorsque le RPM est inférieur à 0,8, ce qui suggère que quelqu'un n'a pas pris son médicament tel que prescrit 20 % du temps. Lorsque cela se produit, un médicament pour le traitement d'une maladie chronique n'est probablement pas aussi efficace qu'il pourrait l'être.

Pour l'asthme, le taux élevé de non-observance thérapeutique basé sur le RPM reflète également le fait que pour de nombreuses personnes, l'asthme est saisonnier. Ces personnes font exécuter leur ordonnance pour un inhalateur au printemps, puis réalisent qu'elles n'ont pas besoin de la renouveler avant l'automne. « Même après avoir pris en compte la possibilité d'une saisonnalité, le taux de non-observance thérapeutique est élevé chez les patients asthmatiques en raison d'une technique inadéquate d'inhalation, ou parce qu'ils renouvellent leur médicament moins fréquemment que ne le suggère le nombre de jours d'approvisionnement indiqué sur l'ordonnance », explique M. Kennedy.



TABLEAU 27 | Taux de non-observance par classe thérapeutique, 2019



Les médicaments en voie de commercialisation au Canada

Les régimes privés d'assurance médicaments au Canada peuvent s'attendre à une année relativement calme pour les lancements de médicaments en 2020, comparativement aux années précédentes. Pourtant, un petit nombre de lancements auront probablement un impact.

Pour les populations de patients plus importantes, de nouveaux médicaments pour traiter le diabète et la dépression (par exemple ceux qui souffrent de dépression résistante au traitement) sont indiqués pour les patients qui ont du mal à gérer leur état malgré leurs efforts d'utilisation des traitements existants. Même si ces nouveaux traitements coûtent nettement plus cher que les traitements de première intention, ils compenseront fort probablement d'autres coûts liés aux soins de santé tels que ceux découlant de l'absentéisme et de la perte de productivité.

À l'autre extrémité du spectre démographique, la première thérapie génique au Canada pourrait voir le jour d'ici la fin de 2020 ou au début de 2021. Il s'agit d'un traitement contre un trouble oculaire très rare qui touche seulement 100 à 200 Canadiens et dont le prix estimatif sera de 1 million de dollars pour les deux yeux.

Pour obtenir plus de détails sur les médicaments en voie de commercialisation, consultez le rapport de TELUS Santé intitulé [À quoi peuvent s'attendre les régimes privés d'assurance médicaments concernant les médicaments en voie de commercialisation.](#)



Les catégories de médicaments examinées de plus près

Un certain nombre de catégories de médicaments ont connu une évolution à la suite du lancement de médicaments de pointe ces dernières années. Le rapport de TELUS Santé intitulé « [Les produits en voie de commercialisation : Qu'est-il advenu des différentes percées?](#) » examine de plus près l'incidence de médicaments représentant d'importantes percées en matière de traitement pour cinq catégories thérapeutiques : le cancer, la migraine, l'hépatite ainsi que la prise en charge du cholestérol et du poids. Chaque catégorie a une histoire différente, tout aussi intéressante à raconter. Voici quelques faits saillants :

Cancer – Bien que la population de patients soit faible par rapport aux autres catégories, le nombre de demandes de règlement et les coûts par réclamant augmentent régulièrement, de sorte que cette catégorie se classe maintenant au sixième rang global (voir [page 44](#)). Les données pour un seul des nouveaux traitements ciblés indiquent que même un petit nombre de demandes de règlement pourrait avoir une incidence majeure sur un régime privé d'assurance médicaments.

Cholestérol – L'accès à de nouveaux médicaments biologiques (inhibiteurs de la PCSK9) semble être géré de manière appropriée. Un fait peut-être plus notable est la croissance régulière des réclamants qui prennent des médicaments classiques pour réduire le cholestérol, ce qui suggère que l'on peut faire mieux dans les domaines de la prévention et de l'observance thérapeutique.

Migraine – Bien avant l'arrivée des nouveaux médicaments biologiques, le nombre d'adhérents présentant des demandes de règlement pour des médicaments contre la migraine a augmenté de façon constante. Même s'il est encore tôt pour analyser les données sur les demandes de règlement, les médicaments biologiques plus coûteux – le premier traitement de prévention pour les personnes ayant des migraines chroniques – peuvent réduire l'utilisation des médicaments classiques et procurer d'autres avantages, tels qu'un nombre moins élevé de congés de maladie.

Résumé et recommandations

La liste des 10 premières catégories de médicaments est un mélange de médicaments à haut volume et à faible coût et de médicaments à faible volume et plus coûteux. Dans le premier groupe, les options de médicaments génériques ont permis de réduire la part des coûts globaux de ces catégories de médicaments. Dans la dernière classe citée, les nouveaux traitements de pointe offrent un traitement efficace et sont généralement indiqués pour des groupes ciblés de patients (notamment ceux qui ont de la difficulté à prendre en charge leur condition de santé). Les médicaments pour le traitement du diabète et de l'asthme chevauchent les deux possibilités, avec des traitements de première intention bien établis qui sont fortement génériques, et de nouveaux traitements ciblés dont les prix sont nettement supérieurs à ceux des traitements de première intention.

- Il devient de plus en plus important pour les preneurs de régimes de consulter leurs conseillers en avantages sociaux afin d'obtenir des rapports réguliers sur les premières catégories de médicaments pour leur personnel, classées par coûts et par volume, afin de cerner et de traiter les domaines prioritaires.
- Les outils de conception de régimes tels que la substitution générique obligatoire et l'autorisation préalable constituent la base d'un régime d'assurance médicaments stable; une liste de médicaments gérée peut constituer une mesure supplémentaire importante pour en assurer la viabilité.
- L'industrie doit également réexaminer les mesures visant à améliorer les taux d'observance thérapeutique. La technologie, par exemple des rappels ciblés et des programmes de gestion des médicaments basés sur des applications, peut jouer un rôle important. Des programmes de prise en charge des maladies chroniques contribueraient également à accroître la conformité et l'efficacité globale des traitements.
- Les preneurs de régime peuvent apporter ou étendre des avantages en dehors du régime d'assurance médicaments classique pour soutenir les adhérents qui souffrent d'une maladie chronique; par exemple, avec des comptes de gestion santé ou des plafonds accrus pour les services paramédicaux afin que les adhérents puissent adapter leur régime pour qu'il réponde mieux à leurs besoins personnels.
- Des données probantes appuient également les services virtuels de counselling ou d'accompagnement en santé, qui peuvent améliorer avec un bon rapport coût-efficacité les taux de réussite pour les changements de style de vie, comme des programmes de gestion du stress et de perte de poids.



6. Conclusion



Les régimes privés d'assurance médicaments ont connu l'augmentation des coûts globaux admissibles la plus forte (en fonction du coût mensuel par assuré) en 2019 par rapport aux quatre années précédentes, après avoir connu une croissance négative en 2018. Bien qu'une grande partie de cette hausse puisse être attribuée au jeune programme Assurance-santé Plus de l'Ontario, qui a retiré les assurés de moins de 25 ans du portefeuille d'affaires pour une période de 15 mois, il y a lieu d'accorder une attention particulière à d'autres facteurs, ceux-là durables.

D'une part, les médicaments de spécialité poursuivent leur ascension continue, atteignant une part de 30 % des coûts en raison de la croissance de l'utilisation et du coût par demande de règlement. D'autre part, et de façon aussi importante, les médicaments classiques semblent émerger d'une longue période de croissance faible ou négative. Par conséquent, en 2019, ces médicaments à faible coût et à volume élevé n'ont pas compensé ou contrebalancé la croissance des médicaments de spécialité autant que par le passé. Ce « revirement » pour les médicaments classiques ne reflète pas nécessairement une hausse des prix des médicaments; il reflète plutôt l'incidence due aux diminutions, année après année, suivant les expirations de brevets et les réductions de prix imposées par la loi pour les médicaments génériques.



Étant donné la complexité croissante des médicaments de spécialité et des médicaments classiques et entre ceux-ci, les outils de conception de régimes qui favorisent une utilisation appropriée ainsi que des résultats optimaux pour la santé sont essentiels pour protéger la viabilité des régimes d'assurance médicaments. Pourtant, parmi les outils de conception de régimes mesurés dans ce rapport, un seul (la substitution générique obligatoire) a connu des gains constants au cours des cinq dernières années. Pour l'avenir, les nouveaux outils semblent très prometteurs, notamment les stratégies de substitution biosimilaires, les aides à l'observance thérapeutiques et les programmes de prise en charge des maladies chroniques pour les réclamants dont les demandes de règlement sont élevées (les deux derniers ayant été rendus plus faisables grâce à l'utilisation des technologies numériques).

Enfin, et surtout, la COVID-19 ajoute une autre couche de complexité à la prise de décision. Pour les preneurs de régime ouverts au changement progressif, les prochaines années pourraient voir une évolution rapide de la conception des régimes d'assurance médicaments et de leur rôle global dans le soutien de la santé des employés.

2020

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

