



2021

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

Table des matières

1. Introduction

2. Coûts et utilisation

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

3. Médicaments de spécialité

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

4. Médicaments par classe thérapeutique

- a. Les 10 premières catégories de médicaments
 - b. Répercussions de la COVID-19
 - c. Santé mentale
 - d. Observance thérapeutique
 - e. Médicaments en voie de commercialisation
 - f. Les catégories de médicaments examinées de plus près
-

5. Gestion du régime d'assurance médicaments

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

6. Conclusion

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.

Avant-propos du rapport

Ce rapport est dédié à nos professionnels de la santé qui ont continué à s'occuper des patients pendant cette période incroyablement difficile.

Merci pour tout ce que vous faites.

Le Rapport 2021 sur les tendances et références canadiennes en matière de consommation de médicaments de TELUS santé (rapport de TELUS Santé) est le deuxième à être publié pendant la pandémie de COVID-19. Ce rapport intervient quelques mois à peine après que des variantes d'inquiétude aient entraîné une troisième vague d'infections dans une grande partie du pays.

La pandémie a été un catalyseur de changement dans le paysage sanitaire dans des domaines tels que les soins virtuels, l'utilisation et l'accès aux hôpitaux et aux services d'urgence, et les soins à domicile. Certains de ces domaines peuvent conduire à d'autres innovations, même si nous attendons que de nouvelles preuves scientifiques nous indiquent la voie à suivre en matière de vaccins et de pratiques exemplaires pour une prise en charge sûre et efficace des patients dans ce nouvel environnement.

Nous continuons à chercher des indices sur l'ampleur des changements, sur ce à quoi pourrait ressembler la « nouvelle normalité » et sur la manière dont les décideurs, les promoteurs de régimes et les employeurs peuvent apporter de nouvelles améliorations et des pratiques innovantes pour les personnes par l'intermédiaire des régimes de prestations de santé.

Le rapport de TELUS Santé examine les principales tendances en matière de coûts, d'utilisation et de gestion des régimes privés d'assurance médicaments. Il s'agit d'un aperçu de l'année écoulée; toutefois, il fournit également des indications sur l'évolution des tendances, nous donnant un aperçu de l'avenir alors que nous naviguons dans un monde en mutation rapide.



Bien que le rapport 2021 ait révélé que le taux de croissance des coûts mensuels admissibles moyens pour tous les assurés est conforme aux années précédentes, le tableau devient plus clair lorsque l'on considère le coût moyen par demande de règlement. La croissance du coût par demande de règlement en 2020 est à nouveau comparable à celle des années précédentes; cependant, elle est plus de trois fois supérieure au taux de croissance moyen enregistré pour l'indice des prix à la consommation (IPC) en 2020. Cela illustre l'immunité des médicaments de prescription contre l'effet déflationniste de la pandémie sur les dépenses de consommation, qui a conduit à la plus faible variation de l'IPC depuis la récession économique, il y a plus de 10 ans.

Certains changements dans les coûts des médicaments continuent de s'imposer. Les médicaments de spécialité représentent désormais un tiers des coûts, pour seulement 1,3 % des réclamants. Le taux de croissance des coûts mensuels admissibles des médicaments de spécialité était plus de six fois supérieur à celui des médicaments classiques. Si la tendance actuelle se poursuit, les médicaments de spécialité pourraient représenter près de la moitié du coût moyen admissible par certificat d'ici 2026.

Les médicaments de spécialité sont des médicaments complexes, y compris les produits biologiques. Si l'on examine les principales affections pathologiques, les médicaments spécialisés dominent :

- La polyarthrite rhumatoïde, où 99 % des coûts admissibles (soit 12,4 points de part sur 12,5) concernent des médicaments de spécialité, ce qui lui vaut d'occuper la première place parmi toutes les catégories de médicaments;
- Les affections cutanées, où les médicaments de spécialité représentent 62 % des coûts admissibles, contre 54 % en 2019;
- Le cancer, où les médicaments de spécialité représentent 79 % des coûts admissibles.

Cette part croissante est le résultat d'un prix moyen plus élevé, de l'utilisation et de la disponibilité de nouveaux médicaments et de nouvelles classes de médicaments, y compris les thérapies ciblées et les immunothérapies pour des conditions auparavant non traitées ou insuffisamment traitées.

La Colombie-Britannique est devenue le premier payeur public à mettre en œuvre une politique de substitution obligatoire pour quatre médicaments biologiques de référence pour lesquels des médicaments biosimilaires sont disponibles. La politique du gouvernement a eu un impact profond sur les tendances de l'utilisation et des coûts des régimes privés en Colombie-Britannique.



Lorsque la politique a été annoncée en mai 2019, les données sur les demandes de règlement de TELUS Santé pour les régimes d'assurance médicaments privés de la Colombie-Britannique ont montré que les médicaments biosimilaires représentaient 15 % du total des coûts admissibles pour les produits biologiques qui avaient des options biosimilaires. À la fin de 2019 en Colombie-Britannique, la part des médicaments biosimilaires dans les coûts totaux des produits biologiques avec options biosimilaires avait plus que doublé, pour atteindre 37 %. En 2020, elle a encore presque doublé, atteignant 69 %. Nous pensons que cette tendance s'imposera dans le reste du Canada. L'initiative pour les médicaments biosimilaires de l'Alberta, qui concerne six médicaments biologiques de référence, a débuté en janvier 2021, et sera suivi par d'autres provinces.

Une autre tendance à noter l'année dernière est la diminution des demandes de règlement de médicaments pour les médicaments à action immédiate, comme ceux pour traiter les infections. En sixième position selon le coût total aussi récemment qu'en 2015, cette catégorie est sortie de la liste des 10 premières catégories de médicaments par coût en 2020. Si cette tendance reflète partiellement l'impact du prix des médicaments génériques, le volume a subi un déclin important lorsque les demandes de règlement d'anti-infectieux ont chuté de 24 %.

Les demandes de règlement pour des médicaments à action immédiate, comme des antibiotiques, ont fortement chuté après le début de la pandémie de COVID-19 et sont restées bien en dessous des niveaux habituels pendant le reste de l'année 2020. D'une part, la nécessité de traiter l'infection a été réduite en raison de la diminution du nombre d'interventions chirurgicales et du risque moindre de transmission communautaire dans les écoles et sur les lieux de travail. D'autre part, il est important de prendre note des données émergentes qui suggèrent que ce type de changement radical peut être lié à des problèmes d'accessibilité et à des changements dans la façon dont les gens cherchent (ou décident de ne pas chercher) des soins dans un environnement pandémique, ce qui soulève à son tour des questions sur les cadres dans lesquels les diagnostics peuvent être faits. Les demandes ont augmenté graduellement au cours des mois suivants en 2020, peut-être en raison de l'utilisation accrue des soins virtuels, qui ont permis aux Canadiens d'avoir accès à du soutien médical et à des ordonnances pour des infections courantes.

En ce qui concerne la santé mentale, en 2020, le nombre d'ordonnances liées à la santé mentale a augmenté de façon marquée. Un examen des 10 principales catégories fondées sur les demandes révèle que les demandes de médicaments pour traiter la dépression ont augmenté de 10 % pour les adultes et de 22 % pour les personnes à charge en 2020. À mesure que les répercussions à plus long terme de la pandémie se poursuivront, la santé mentale sera un domaine clé à surveiller alors que la société continue de lutter contre l'isolement et l'anxiété, en particulier chez les jeunes. « Nous pouvons nous attendre à des contrecoups en 2021, surtout dans le domaine de la santé mentale. » Shawn O'Brien, associé principal, Facilitation des données et produits de gestion des régimes d'assurance-santé, TELUS Santé.

Comme nous avons maintenant plus d'un an de tendances de données de l'ère de la pandémie, nous pouvons voir comment l'écosystème des soins de santé se transforme. La COVID-19 nous a fait entrer dans une révolution virtuelle, et les consultations virtuelles de soins deviennent prévalentes et vont continuer à évoluer. Nous continuerons à examiner l'impact à long terme et les avantages pour les patients et les prestataires.

Nous avons tous été témoins d'événements rapides et inimaginables ces derniers temps. Nous avons tiré quelques leçons et commencé à normaliser certaines innovations importantes pour soutenir nos professionnels de la santé et nos patients. Il est important de noter que les habitudes de prescription en matière de santé mentale sont un domaine que nous continuerons de surveiller au cours de l'année à venir, car nous nous attendons à voir les habitudes changer et s'accélérer en réponse aux besoins de santé mentale des Canadiens.

Au terme d'une année sans précédent, nous espérons que les conclusions et les idées contenues dans le présent rapport faciliteront la mise en œuvre d'autres innovations visant à améliorer encore notre système, un système qui continue de démontrer qu'il est collectivement capable d'apprendre, de s'adapter et de surmonter des obstacles importants. Nous nous réjouissons de faire progresser le travail avec nos partenaires au cours de l'année à venir.



Shawn O'Brien

Directeur principal, Gestion des régimes d'assurance santé,
TELUS Santé.



1. Introduction

Les effets de la pandémie de COVID-19 sur les régimes d'assurance médicaments privés ont été très variés, mais son impact net global a été, de manière surprenante, relativement minime.

Par exemple, si les demandes de remboursement de médicaments d'entretien ont bondi au cours des premiers mois de la pandémie, cette hausse a été compensée par une baisse soutenue des demandes de remboursement de médicaments à action immédiate. Et si le nombre de réclamations par demandeur a augmenté en 2020, le pourcentage d'assurés ayant fait une demande a considérablement diminué par rapport aux années précédentes.

Cela s'est traduit par un taux de croissance du coût total des médicaments admissibles pour tous les assurés qui n'est pas remarquablement plus élevé ou plus bas par rapport aux années précédentes. On peut également décrire cela comme étant «à l'épreuve des pandémies», compte tenu de la tendance déflationniste que connaissent de nombreux autres domaines de la consommation en 2020. En effet, sur la base du coût par réclamation, le taux de croissance a été plus de trois fois supérieur au taux moyen d'augmentation de l'indice des prix à la consommation l'année dernière. Les médicaments spécialisés sont le principal moteur de la montée inexorable des coûts.

Un examen plus approfondi des principales catégories de médicaments par nombre de demandes confirme une incidence négative inquiétant de la pandémie : une recrudescence des demandes de remboursement de médicaments pour traiter la dépression. On peut raisonnablement s'attendre à ce que cette tendance se poursuive en 2021 et au-delà, la société s'adaptant à une nouvelle normalité lorsque la pandémie prendra enfin fin.

Le Rapport 2021 sur les tendances et références canadiennes en matière de consommation de médicaments de TELUS Santé rend compte des activités de réclamation de plus de 4,8 millions de titulaires de certificat en 2020, ce qui représente près de 13 millions d'assurés et 150 millions de demandes de remboursement de médicaments sur ordonnance. Outre les tendances des données sur les demandes de remboursement, ce rapport présente un résumé des taux d'adoption d'outils de gestion de régime, comme la substitution obligatoire des médicaments génériques et les formulaires gérés.

Si l'impact net de la pandémie a été plutôt neutre, nous pouvons nous attendre à des répliques en 2021, notamment dans le domaine de la santé mentale. Entre-temps, nous ne pouvons pas détourner notre attention des médicaments de spécialité, ces derniers demeurent le plus grand facteur influençant la gestion des régimes privés d'assurance médicaments.

Shawn O'Brien, Directeur principal, Gestion des régimes d'assurance santé, TELUS Santé.



2. Coûts et utilisation



Aperçu

Le taux de croissance des coûts admissibles mensuels pour tous les assurés est retombé aux niveaux d'avant le programme Assurance-santé Plus de l'Ontario en 2020. En 2018 et 2019, ce programme en Ontario a eu une incidence importante sur l'évolution des coûts. Voici d'autres conclusions importantes :

- Le taux de croissance des coûts des médicaments de spécialité était plus de six fois supérieur à celui des médicaments classiques.
- L'utilisation mensuelle pour tous les assurés a augmenté de moins de la moitié du taux de croissance des coûts.
- Moins d'assurés ont présenté une demande de règlement en 2020; toutefois, parmi ceux qui l'ont fait, le nombre moyen de demandes par demandeur a augmenté.
- Sur la base du coût par réclamation, le taux de croissance a été plus de trois fois supérieur au taux moyen d'augmentation de l'indice des prix.
- Les médicaments génériques ont poursuivi leur lente ascension en tant que pourcentage du volume des prescriptions, tandis que leur part des coûts continue de diminuer

Tendances en matière de coûts

Les régimes privés d'assurance médicaments ont vu les coûts admissibles mensuels moyens pour toutes les demandes de remboursement présentées par tous les assurés augmenter de 3,8 % en 2020 par rapport à 2019, ce qui est comparable au gain de 3,7 % enregistré en 2017 (graphique 1). Entre ces deux années, les coûts ont suivi une trajectoire en dents de scie, en grande partie à cause du programme Assurance-santé Plus de l'Ontario, qui a eu des répercussions sur les régimes privés du 1er janvier 2018 au 1er avril 2019.

En 2018, lorsque les participants admissibles au régime en Ontario sont passés au programme Assurance-santé Plus de l'Ontario comme premier payeur pour les médicaments sur ordonnance, les répercussions ont été tel que la moyenne nationale des coûts admissibles a diminué de 4,1 %.

Puis, en 2019, les coûts ont grimpé de 4,9 %, les participants de moins de 25 ans ayant perdu leur admissibilité à ce programme et sont retournés à une couverture privée. Les résultats pour 2020 confirment que l'«effet du programme Assurance-santé Plus de l'Ontario» est fait, puisque le taux de croissance de 3,8 % est essentiellement inchangé après avoir retiré les assurés de moins de 25 ans (3,6 %).



Les médicaments de spécialité restent, année après année, le principal moteur de la croissance des coûts admissibles. Lorsque les assurés de moins de 25 ans sont exclus pour éliminer l'effet de l'Assurance-santé Plus au cours du premier trimestre de 2019, les coûts admissibles moyens pour les médicaments de spécialité ont augmenté de 8,7 %, contre 1,3 % pour les médicaments autres que de spécialité ou classiques. Le Québec a connu les plus fortes augmentations pour les deux groupes : 10,4 % pour les médicaments de spécialité et 2,2 % pour les médicaments classiques. Le taux de croissance le plus faible pour les médicaments de spécialité, soit 6,3 %, a été enregistré dans l'Ouest canadien, ce qui reflète les régimes d'assurance médicaments universels de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de la Saskatchewan.

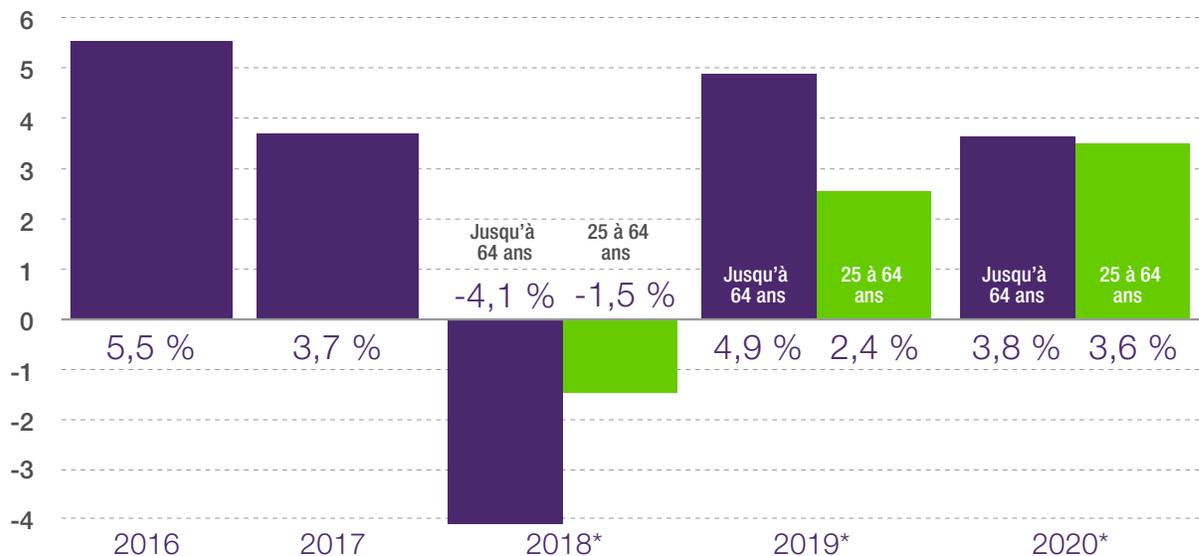
«Les médicaments de spécialité continuent de dépasser les médicaments classiques en ce qui concerne les taux de croissance d'une année à l'autre. Cette situation s'explique non seulement par l'augmentation des coûts liée à l'arrivée sur le marché d'un plus grand nombre de médicaments de spécialité pour les maladies rares, mais aussi par l'utilisation plus large de ces médicaments à mesure qu'apparaissent de nouvelles options de traitement pour des affections plus courantes», explique M. O'Brien.

Sur le plan régional, pour toutes les demandes de règlement, il s'ensuit que le Québec a également connu la plus forte augmentation des coûts mensuels moyens admissibles globaux parmi tous les assurés pour tous les sinistres, soit 5,0 %, suivi de l'Ontario avec 4,3 %. Par ailleurs, le taux de croissance le plus faible, soit 1,8 %, a été enregistré dans l'Ouest canadien (graphique 2).

L'examen des coûts par âge révèle un glissement entre les tranches d'âge de 25 à 29 ans et de 30 à 39 ans. Parmi les personnes âgées de 25 à 29 ans, les coûts admissibles moyens ont augmenté de 5,0 % en 2020 par rapport à 2019, ce qui constitue le taux de croissance le plus élevé de tous les groupes d'âge. Ce taux tombe à 1,5 %, le plus faible taux de croissance, chez les assurés âgés de 30 à 39 ans (graphique 4). Les autres groupes d'âge sont proches de la moyenne générale de 3,8 %.

L'examen des coûts réels permet de mieux mettre en perspective ces taux de croissance (graphique 5). Par exemple, l'augmentation de 5,0 % chez les assurés de 25 à 29 ans s'est traduite par un coût réel moyen admissible de seulement 22,47 \$ en 2020, tandis que l'augmentation de 3,3 % chez les assurés de 60 à 64 ans a fait passer le coût réel moyen de ce groupe d'âge dans les trois chiffres pour la première fois, à 101,83 \$.

Tableau 1 | Variation du coût mensuel admissible par assuré, 2016 – 2020



* Les résultats pour 2018 et après ventilés par âge illustrent l'incidence du programme Assurance-santé Plus en Ontario, qui a touché les régimes privés d'assurance médicaments entre le 1er janvier 2018 et le 1er avril 2019.

Tableau 2 | Variation du coût mensuel admissible par assuré par région, 2019 – 2020

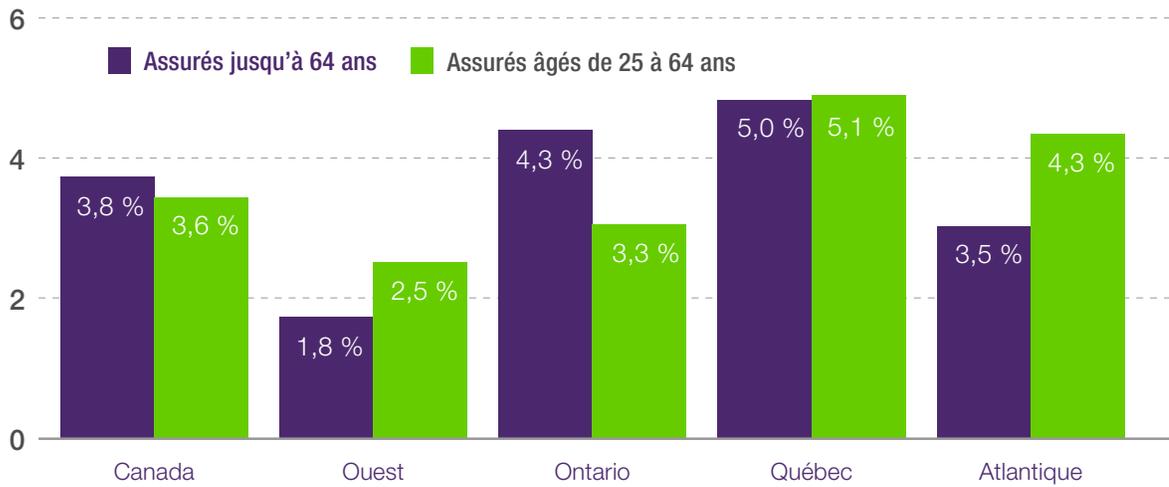
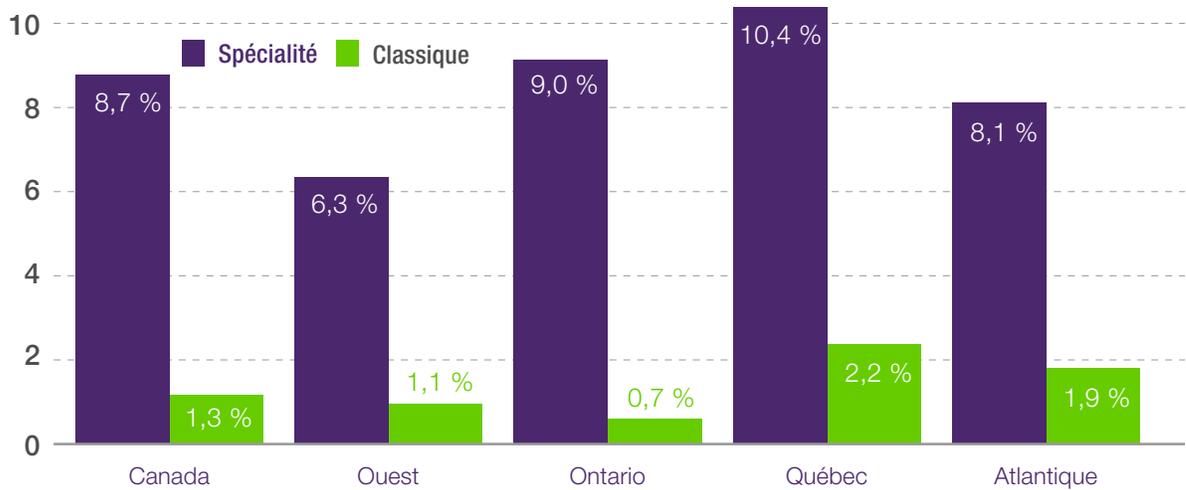


Tableau 3 | Variation du coût mensuel admissible par assuré âgé de 25 à 64 ans* par type de médicament, 2019 – 2020



* Assurés de moins de 25 ans exclus pour supprimer l'effet de l'Assurance-santé Plus en Ontario au cours du premier trimestre 2019.

Tableau 4 | Variation du coût mensuel admissible par âge, 2019 – 2020

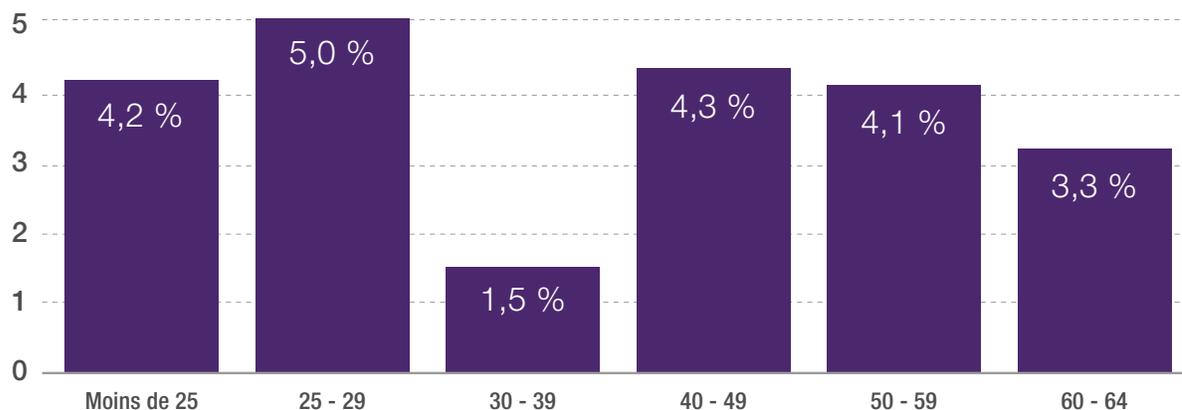
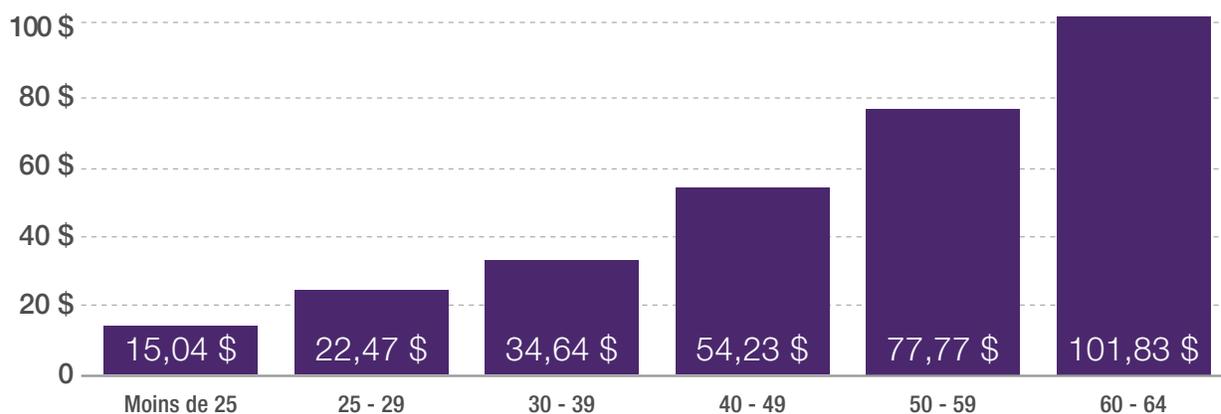


Tableau 5 | Coût mensuel admissible par assuré par âge, 2019 – 2020



Tendances en matière d'utilisation

L'utilisation mensuelle de tous les assurés (c.-à-d. qu'ils aient ou non fait une réclamation en 2020) a augmenté de 1,4 % en 2020 par rapport à 2019, soit moins de la moitié du taux de croissance des coûts mensuels admissibles (3,8 %) (graphique 6). Lorsque les assurés de moins de 25 ans sont exclus pour supprimer l'effet de l'Assurance-santé Plus au cours du premier trimestre 2019, la variation de l'utilisation mensuelle passe à 2,1 % (contre une croissance des coûts de 3,6 % pour les assurés de 25 à 64 ans).

Cependant, la variation de l'utilisation (et des coûts admissibles associés) peut être artificiellement basse pour 2020 en raison de la pandémie de COVID-19. Le nombre d'assurés ayant fait une demande de règlement était de 57,3 % l'an dernier, contre 63,1 % en 2019 et 62,0 % en 2018 (lorsque l'Assurance-santé Plus en Ontario était un facteur atténuant), et 67,4 % et 67,0 % en 2017 et 2016, respectivement (tableau 7). Cela suggère que les assurés remettent à plus tard la consultation des médecins ou l'obtention des ordonnances.



Si l'on enlève l'Assurance-santé Plus en Ontario, on s'attend à une baisse d'environ neuf points de l'activité de demandes de règlement en 2020 par rapport aux années précédentes. C'est important, déclare M. O'Brien. Nous avons observé une réduction matérielle des volumes de demandes de règlement sur 2020, en particulier pour les médicaments à action immédiate.

Les assurés peuvent avoir décidé de renoncer à des médicaments moins essentiels, comme les antibiotiques, pour traiter des affections courantes.





Il ajoute que l'utilisation a commencé à reprendre dans la seconde moitié de 2020. «Cela s'aligne probablement sur l'adoption accrue des consultations virtuelles avec les médecins, y compris par téléphone.»

Pour ceux qui ont soumis des demandes, le nombre moyen de demandes de règlement par réclamants est passé à 11,5, contre environ 10 au cours des quatre années précédentes (tableau 8). Cela reflète en partie le fait que les participants au régime qui prennent des médicaments de façon chronique ont dû les renouveler plus fréquemment au cours des premiers mois de la pandémie en raison des politiques d'approvisionnement en médicaments en vigueur dans la plupart des provinces (c.-à-d. que les renouvellements étaient limités à 30 jours au lieu des 90 jours habituels). (Voir page 36 pour plus de détails.)

Le coût admissible moyen par demande de règlement pour tous les groupes d'âge était de 76,52 \$, allant d'un minimum de 65,05 \$ au Québec (ce qui reflète sa politique d'approvisionnement standard de 30 jours) à des maximums de 86,76 \$ en Ontario et de 86,74 \$ dans les provinces de l'Atlantique (tableaux 9 et 11). Le taux de croissance du coût par demande de règlement était de 2,3 % pour 2019 (74,77 \$), ce qui est comparable aux années précédentes (tableau 9). Cela dit, ce taux de 2,3 % représente 3,3 fois le taux de croissance annuel moyen de [l'indice des prix à la consommation \(IPC\)](#) en 2020, qui était de 0,7 %. Il s'agit du plus faible taux de croissance de l'IPC depuis 2009.

En raison notamment du nombre plus élevé de demandes de règlement par réclamant, le total des coûts admissibles annuels moyens par demandeur a bondi de 14,1 % en 2020 pour atteindre 877,59 \$, contre 769,05 \$ en 2019 (tableau 10). Ce chiffre est à comparer aux augmentations annuelles moyennes de 2,7 % à 4,1 % enregistrées au cours des quatre années précédentes.

Le tableau 11 présente un aperçu régional des coûts et de l'utilisation en 2020.

Tableau 6 | Variation de l'utilisation mensuelle par assuré par région, 2019 – 2020

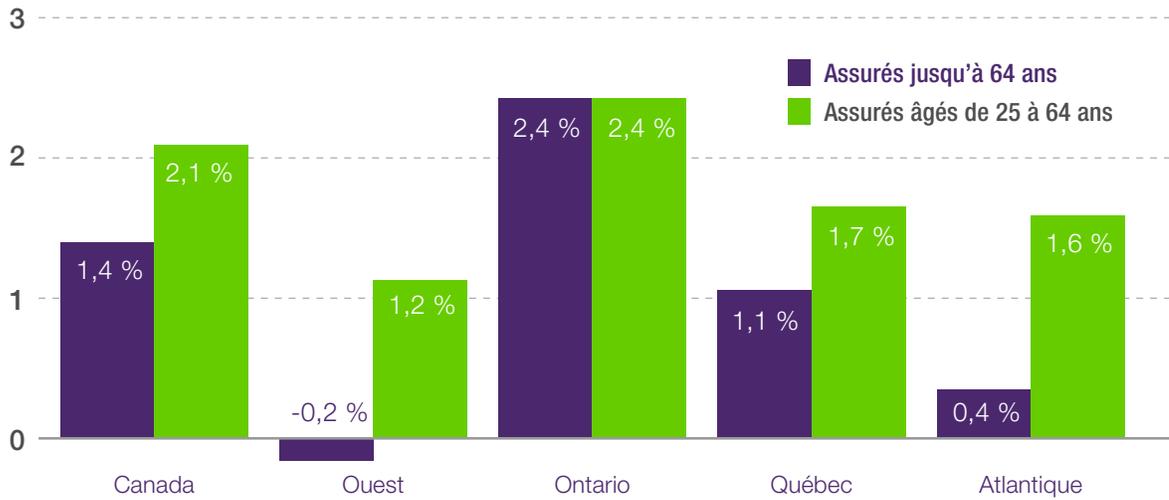


Tableau 7 | Nombre d'assurés ayant fait une demande de règlement, 2016 - 2020

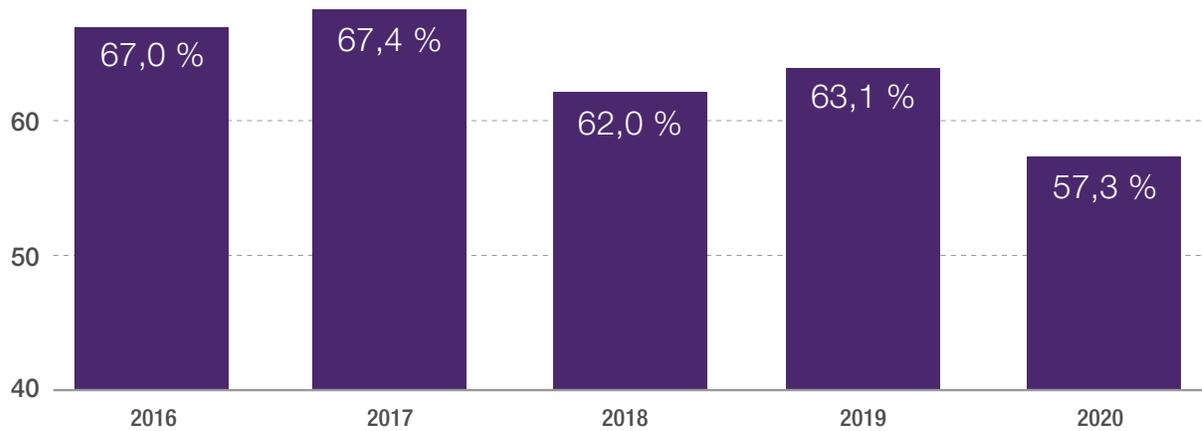




Tableau 8 | Nombre de demandes de règlement par réclamatant distinct, 2016 – 2020

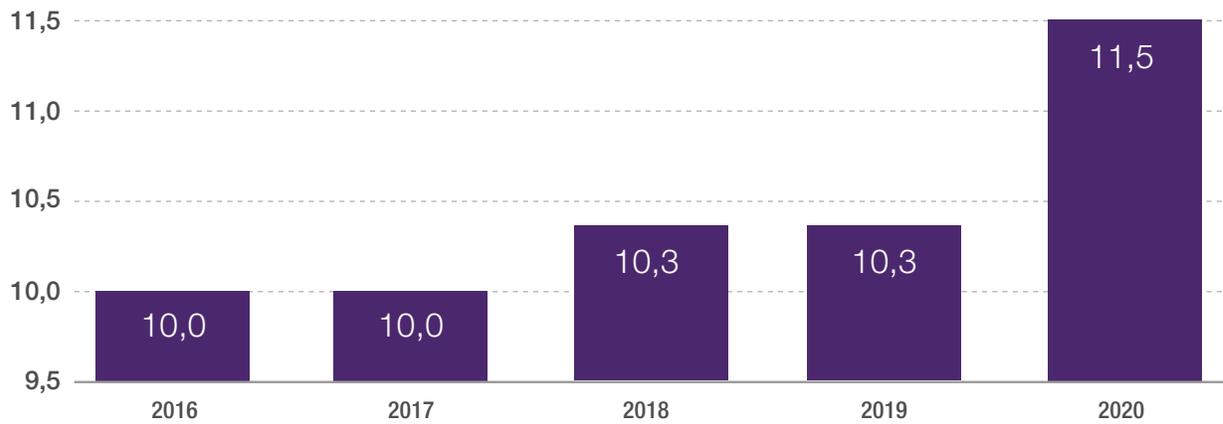


Tableau 9 | Coût mensuel admissible par demande de règlement, 2016 – 2020

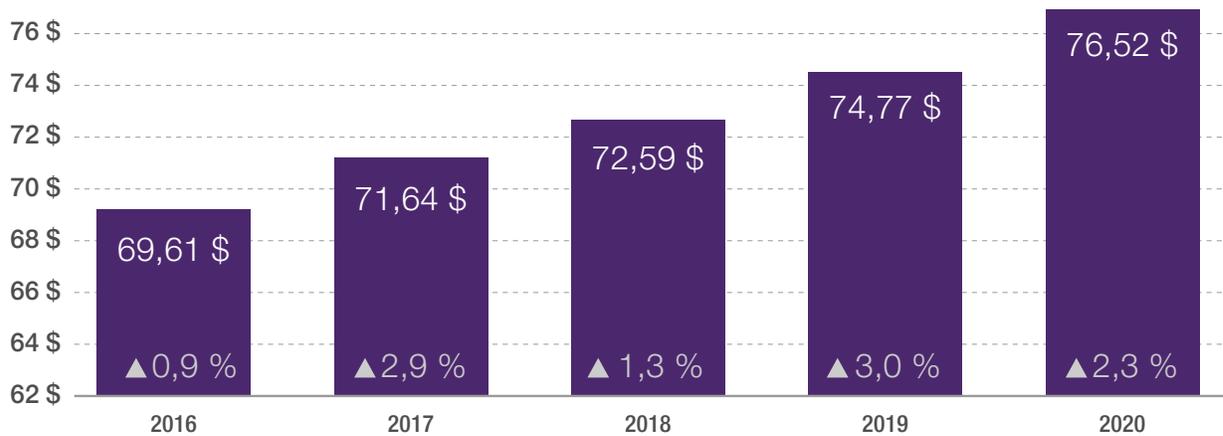


Tableau 10 | Coût mensuel admissible moyen par réclamant distinct, 2016 – 2020

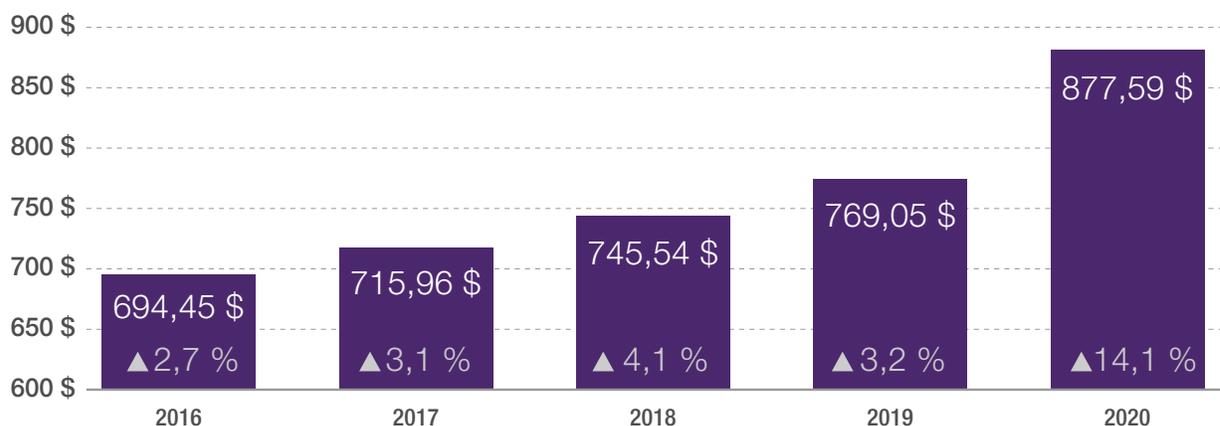


Tableau 11 | Aperçu des coûts et de l'utilisation, 2020, par région

	Canada	Ouest	Ontario	Québec	Atlantique
Coût mensuel admissible par assuré	41,93 \$	31,19 \$ ¹	43,05 \$	57,93 \$	53,74 \$
Utilisation mensuelle par assuré	0,55	0,44	0,50	0,89 ²	0,62
Assurés ayant fait une demande de règlement	57,3 %	55,1 %	55,7 %	64,2 %	65,2 %
Coût admissible moyen par demande de règlement	76,52 \$	71,33 \$	86,76 \$	65,05 \$ ²	86,74 \$
Nombre moyen de demandes de règlement par réclamant	11,5	9,5	10,7	16,7 ²	11,4
Âge moyen de l'employé/titulaire de carte	42,0	41,1	42,2	43,0	43,5

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

Les médicaments génériques poursuivent leur lente ascension, représentant 64 % des ordonnances délivrées aux membres des régimes privés d'assurance médicaments en 2020, contre 60 % il y a cinq ans en 2016 (tableau 12). Si l'on remonte plus loin dans le temps, en 2013, 56 % des ordonnances délivrées concernaient des médicaments génériques. Les politiques obligatoires de substitution générique sont le principal moteur de cette tendance (pages 20 et 44).

La part des médicaments génériques dans les prescriptions a gagné un point de pourcentage en 2020 dans toutes les régions, sauf dans l'Ouest canadien. Comme les années précédentes, le Canada atlantique est largement en avance sur le reste du Canada, avec un niveau de pénétration des génériques de 71 % (contre 68 % en 2016). Pendant ce temps, l'Ontario continue d'accuser un retard par rapport à toutes les autres régions : les prescriptions génériques ont progressé pour atteindre 62 % en 2020, contre 59 % en 2016. Et le Québec consolide un taux de croissance relativement rapide, atteignant 64 % en 2020 contre 58 % en 2016.

Les 36 % restant des médicaments d'ordonnance délivrés aux membres de régimes privés d'assurance médicaments se répartissent comme suit : 30 % pour les médicaments d'origine à fournisseur unique (pour lesquels aucune option générique n'est disponible) et 6 % pour les médicaments d'origine à fournisseurs multiples (pour lesquels des options génériques sont disponibles) (tableau 13). En 2013, 10 % des médicaments délivrés provenant de fournisseurs multiples.

Comme prévu, le taux d'exécution d'ordonnances de médicaments à fournisseurs multiples diminue régulièrement à mesure que le taux d'exécution d'ordonnances de médicaments génériques augmente. Au Canada atlantique, les médicaments d'origine à fournisseurs multiples ne représentaient que 3 % des ordonnances exécutées en 2020.

Cependant, le taux d'exécution pour des médicaments d'origine à fournisseurs multiples ne peut jamais tomber à zéro, et ce pour deux raisons : premièrement, un petit pourcentage de patients ont des effets indésirables lors de la substitution d'un médicament d'origine par un médicament générique et doivent revenir au médicament d'origine. 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.

Lorsque cela est exprimé en part des coûts, les médicaments génériques représentaient 24 % des montants admissibles en 2020, ce qui est en baisse par rapport à 27 % en 2016 et 26 % en 2013 (tableau 14). Cela est dû en partie à la baisse des prix des médicaments génériques, dont l'Alliance pancanadienne pharmaceutique est le fer de lance, malgré leur volume croissant. Cela est également dû à l'évolution des coûts des médicaments d'origine à fournisseur unique. « Les médicaments d'origine à fournisseur unique continuent de dominer l'ensemble des coûts admissibles, en grande partie en raison du coût important des médicaments spécialisés », explique M. O'Brien.

Tableau 12 | Utilisation de médicaments génériques par région , 2016 – 2020

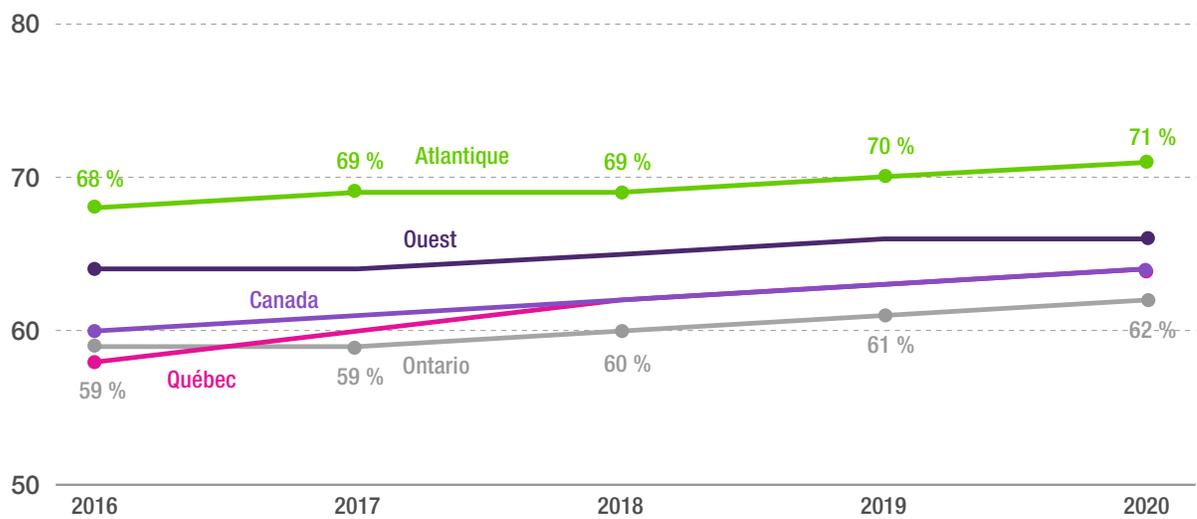


Tableau 13 | Utilisation par type de médicament, 2016 c. 2020

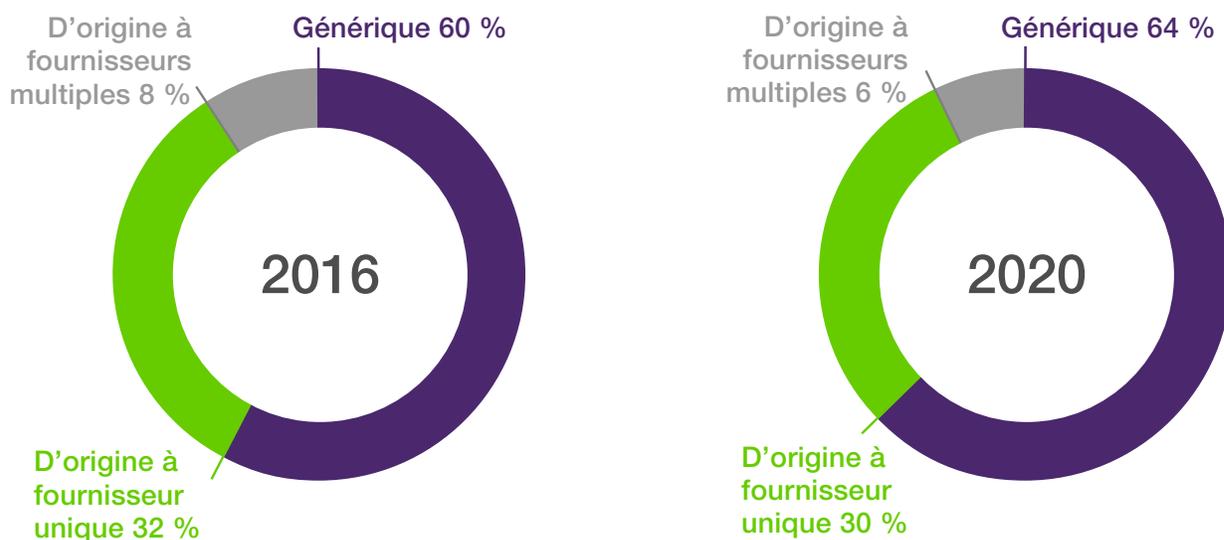
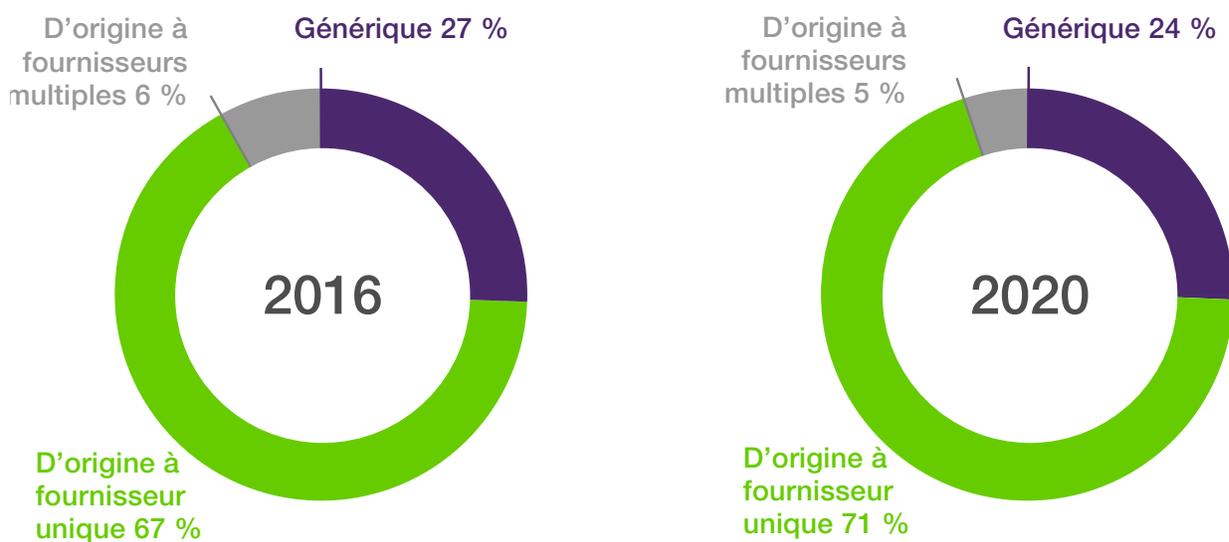


Tableau 14 | Coût admissible par type de médicament, 2016 c. 2020





Résumé et recommandations

Les médicaments de spécialité ont continué d'avoir une influence disproportionnée sur les taux de croissance des coûts et de l'utilisation. Sur la base du coût par demande de règlement, le taux de croissance de tous les coûts admissibles était plus du triple de celui de l'IPC en 2020, qui était exceptionnellement bas en raison de la pandémie. Bien que cette dernière n'ait pas semblé avoir un impact net notable, elle a bousculé des mesures habituellement stables, comme le nombre d'assurés présentant une demande de règlement (qui a diminué) et le nombre de demandes de règlement par réclamant (qui a augmenté).

- Les mesures visant à soutenir l'adoption des biosimilaires et l'évolution de l'autorisation préalable contribuent à garantir que la thérapie la plus rentable et la plus appropriée est fournie en fonction des besoins cliniques individuels du patient
- La substitution générique obligatoire est un mécanisme de conception de régime efficace pour protéger la durabilité. Elle peut permettre de réaliser des économies supplémentaires qui peuvent être réinvesties pour financer des pharmacothérapies plus récentes et plus avancées qui aident les employés à rester en bonne santé et productifs au travail
- Il est important de toujours penser en fonction des membres. Les promoteurs de régimes peuvent trouver une solution gagnante durable en commençant à tirer parti des nombreuses stratégies existantes qui peuvent réduire les coûts sans avoir d'impact important sur l'expérience des participants à leur régime. L'accès aux données et le suivi régulier du rendement du régime d'assurance médicaments sont essentiels pour comprendre les facteurs de coût et les risques du programme. C'est plus important que jamais, compte tenu des éventuels effets d'entraînement ou de rebond de la pandémie. Une fois que les pochettes de risque sont comprises, il est possible de répondre aux questions fondamentales suivantes :
 - Comment pouvez-vous améliorer le rendement du régime d'assurance médicaments?
 - Le changement en vaudra-t-il la peine?
 - Quel est l'impact sur l'expérience des participants au régime?

3. Médicaments de spécialité





Aperçu

La part de marché des médicaments de spécialité a atteint environ un tiers du total des coûts admissibles, provenant de moins de 2 % des réclamants.

- Si la tendance actuelle se poursuit, les médicaments de spécialité sont sur le point de représenter près de la moitié du coût moyen admissible par certificat d'ici 2026
- Les régimes privés du Canada atlantique supportent le fardeau le plus lourd en matière de coûts des médicaments de spécialité.
- Les médicaments de spécialité dominent les traitements pour la polyarthrite rhumatoïde, les affections cutanées et le cancer
- La politique de substitution de la Colombie-Britannique pour les produits biologiques biosimilaires a eu un impact profond sur les régimes privés de cette province

Partage des coûts et réclamants

La part des médicaments de spécialité dans les coûts admissibles poursuit son ascension régulière, gagnant deux points en 2020 pour atteindre 32 % (tableau 15). Leur part a plus que doublé au cours des 10 dernières années par rapport à celle de 15 % en 2011.

Leur part des réclamants, quant à elle, a toujours oscillé autour de 1,0 % seulement. En 2020, ce chiffre est passé de 1,1 % à 1,3 %, bien qu'il faille encore au moins une année de données sur les demandes de règlement pour déterminer si le nombre de réclamants augmente effectivement. Malgré cela, l'écart considérable et constant entre les coûts et les réclamants montre que la tarification est le principal moteur de la croissance. L'utilisation accrue parmi les réclamants existants peut également être un facteur, mais dans une mesure limitée par rapport à la tarification.

Les régimes privés du Canada atlantique continuent d'enregistrer le plus grand volume de demandes de règlement pour des médicaments de spécialité, représentant 40 % des coûts admissibles en 2020, contre 38 % en 2019 (tableau 16). La principale raison peut être attribuée à l'épidémiologie des maladies, car la prévalence de certaines maladies génétiques rares est plus élevée au Canada atlantique.

Les régimes du Québec et de l'Ontario ont également enregistré des gains de deux points, atteignant 36 % et 33 %, respectivement. Pendant ce temps, les régimes de l'Ouest canadien continuent de connaître une part beaucoup plus faible des coûts admissibles attribuables aux médicaments de spécialité, s'établissant à 24 % en 2020 (contre 23 % en 2019). Les programmes d'assurance médicaments de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba sont le facteur atténuant dans cette région, car la couverture publique entre automatiquement en vigueur une fois que les membres du régime ont payé une franchise basée sur le revenu.

Si l'on considère les principaux états pathologiques et les catégories de médicaments connexes en fonction des coûts admissibles (tableau 17), les médicaments de spécialité dominent dans trois cas (voir page 33 pour plus de détails) :

- la polyarthrite rhumatoïde, où 99 % des coûts admissibles (soit 12,4 points de part sur 12,5) concernent des médicaments de spécialité, ce qui lui vaut d'occuper la première place parmi toutes les catégories de médicaments;
- les troubles cutanés, principalement les affections auto-immunes telles que le psoriasis, où les médicaments de spécialité représentent 62 % des coûts admissibles, contre 54 % en 2019;
- le cancer, où les médicaments de spécialité représentent 79 % des coûts admissibles, sans changement par rapport à 2019.

Lorsque les coûts admissibles sont exprimés en moyenne mensuelle par certificat, les médicaments de spécialité représentent 32 % des coûts en 2020, soit 31 \$ sur la moyenne mensuelle de 97 \$ par certificat (tableau 18). Ce chiffre est à comparer à une part de 26 % il y a cinq ans, en 2016, et à une part de 16 % il y a 10 ans, en 2011.



Au cours des 12 dernières années, le coût par certificat des médicaments de spécialité a augmenté en moyenne de près de 14 % chaque année. Ce chiffre est à comparer à une diminution annuelle moyenne de 0,6 % par an pour les médicaments autres que ceux de spécialité, précise M. O'Brien.



Si les tendances actuelles se maintiennent, les prévisions linéaires de base suggèrent que les médicaments de spécialité pourraient représenter jusqu'à 48 % du coût admissible moyen par certificat, soit 60 \$ sur un montant total de certificat de 124 \$.



La part croissante des médicaments de spécialité est principalement due à un prix moyen plus élevé, à l'introduction de nouveaux médicaments et de nouvelles catégories de maladies ainsi qu'à une utilisation accrue. L'évolution du coût des médicaments classiques joue également un rôle, puisque leur coût mensuel moyen par certificat n'a cessé de diminuer, passant de 71 \$ en 2011 à 68 \$ en 2016, puis à 66 \$ en 2020. En 2026, le coût moyen prévu sera de 64 \$.

« Bien que les taux d'adoption des produits biologiques biosimilaires soient encourageants en tant que moyen de tempérer les coûts globaux des médicaments de spécialité, l'expansion des médicaments de spécialité en voie de commercialisation continuera d'exercer une pression à la hausse sur les coûts des régimes, affirme M. O'Brien. Par exemple, dans les années à venir, les régimes privés ressentiront l'impact des nouveaux médicaments de spécialité commercialisés pour la migraine chronique et la sclérose en plaques. Les médicaments en voie de commercialisation comprennent également des médicaments anticancéreux très coûteux, dont certains sous forme orale qui pourraient augmenter l'utilisation, et de thérapies de remplacement des enzymes très coûteuses. »

Tableau 15 | Médicaments de spécialité en fonction de la part de réclamants et des coûts admissibles, 2011 – 2020

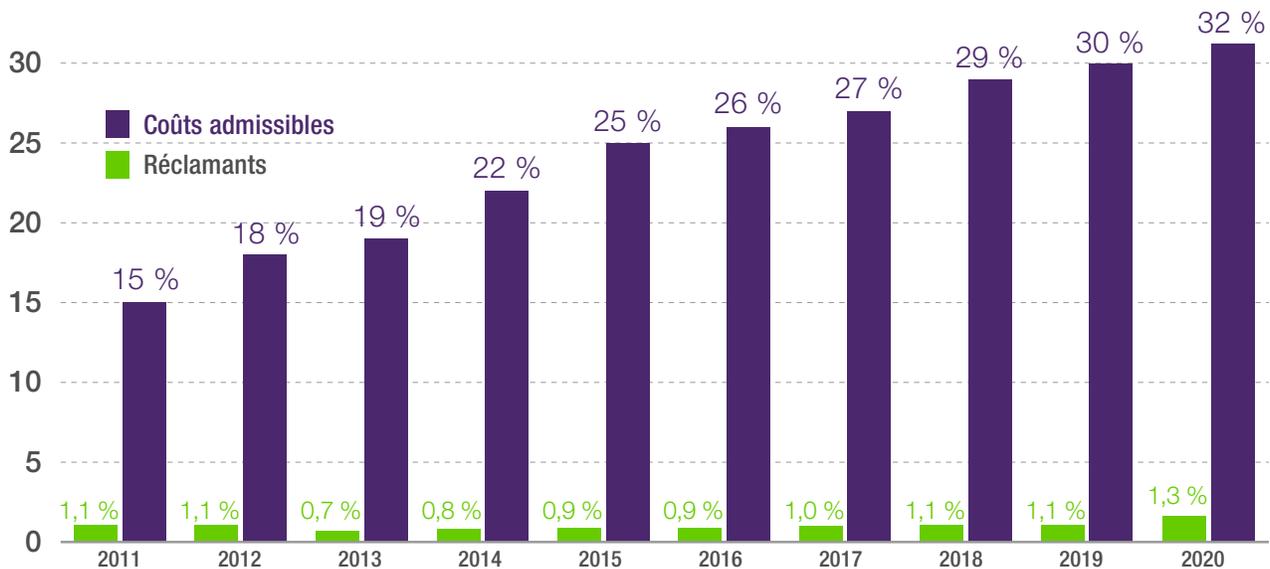


Tableau 16 | Part des médicaments de spécialité dans les coûts admissibles par région en 2020

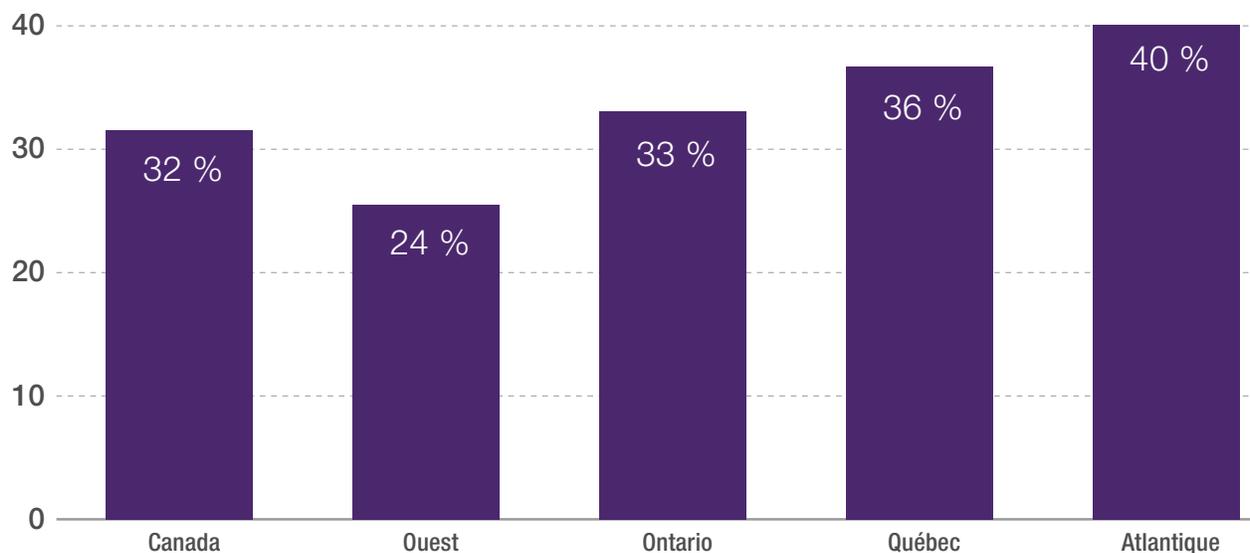


Tableau 17 | Répartition des parts de coûts admissibles entre les médicaments de spécialité et les médicaments classiques pour les catégories de médicaments les plus importantes en 2020

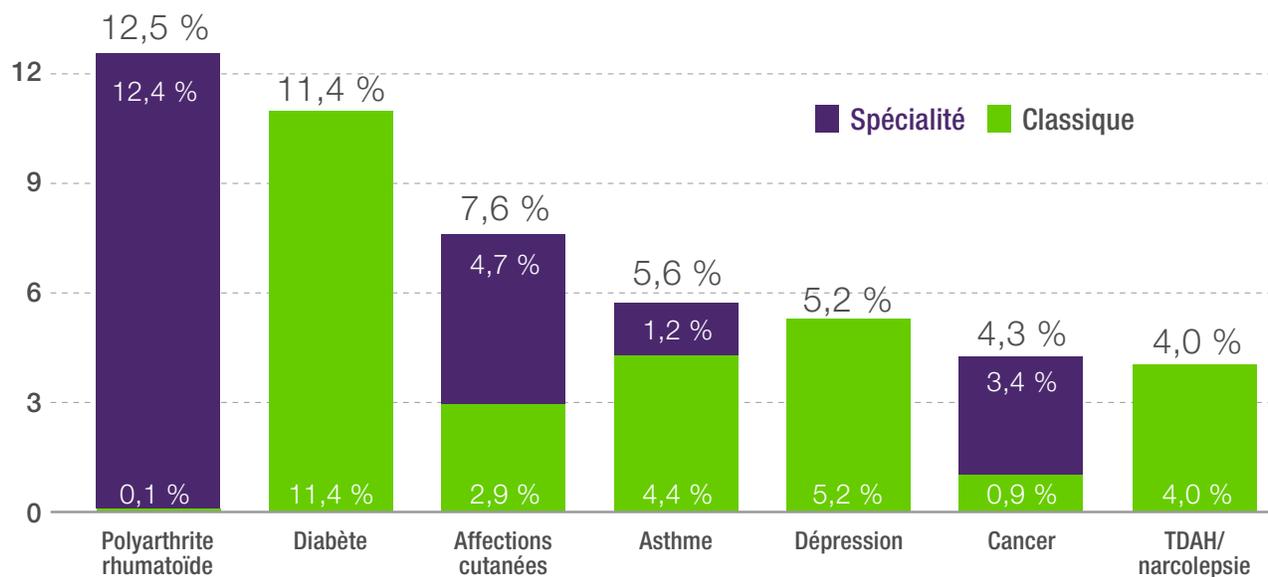


Tableau 18 | Coût mensuel moyen par certificat par type de médicament, 2016 – 2026 (prévisions)



Médicaments biosimilaires

La politique de substitution de la Colombie-Britannique pour les produits biologiques biosimilaires a eu un impact profond sur les tendances d'utilisation et des coûts des régimes privés de cette province.

En mai 2019, la Colombie-Britannique est devenue le premier payeur public à mettre en œuvre une politique de substitution obligatoire pour quatre médicaments biologiques de référence pour lesquels des médicaments biosimilaires sont disponibles. Le programme a été déployé en trois phases jusqu'à présent, chacune ayant une période de transition de six mois. La phase 1 a pris effet en novembre 2019 (s'appliquant aux produits biologiques de référence Remicade, Enbrel et Lantus), la phase 2 en mars 2020 (s'appliquant à Remicade pour la maladie de Crohn) et la phase 3 en février 2021 (pour Rituxan).

Lorsque le programme a été annoncé, les données sur les demandes de règlement de TELUS Santé pour les régimes d'assurance médicaments privés de la Colombie-Britannique ont montré que les produits biologiques biosimilaires représentaient 15 % du total des coûts admissibles pour les produits biologiques qui avaient des options biosimilaires (tableau 19). C'était déjà une avance sur le reste du Canada, où les médicaments biosimilaires détenaient une part de seulement 8 % en mai 2019.



À la fin de 2019 en Colombie-Britannique, la part des médicaments biosimilaires dans les coûts totaux des produits biologiques avec options biosimilaires avait plus que doublé, pour atteindre 37 %. À la fin de 2020, elle avait encore presque doublé, atteignant 69 %.

Deux facteurs expliquent l'impact important d'une politique publique sur les régimes privés : tout d'abord, à la lumière du programme PharmaCare de la province, les régimes privés d'assurance médicaments ont tout intérêt à adopter également une politique de substitution afin d'éviter d'avoir à assumer le coût total des produits biologiques de référence pour les patients qui se tournent vers leur régime privé pour être couverts.

Deuxièmement, les médecins sont devenus plus enclins à prescrire des médicaments biosimilaires. « L'initiative publique en Colombie-Britannique a influencé les habitudes de prescription des médecins pour tous les patients, et nous pouvons sans doute nous attendre à ce que le même résultat se produise dans d'autres provinces, à mesure que d'autres payeurs publics mettent en œuvre des politiques de changement de fournisseur », dit M. O'Brien.

Il est intéressant de noter qu'un effet d'entraînement semble déjà avoir commencé dans le reste du Canada, puisque la part des médicaments biosimilaires dans les coûts admissibles des régimes privés d'assurance médicaments est passée à 11 % à la fin de 2019 (contre 8 % en mai) et à 13 % à la fin de 2020. « La Colombie-Britannique a rendu publiques des données sur l'impact de sa politique de substitution, ce qui peut avoir influencé davantage la prescription des médicaments biosimilaires à la place de leur produit biologique de référence respectif dans d'autres provinces », note M. O'Brien.

On peut s'attendre à une accélération de l'adoption dans le reste du Canada. L'initiative pour les médicaments biosimilaires de l'Alberta, qui concerne six médicaments biologiques de référence, a commencé à entrer en vigueur en janvier 2021. En avril 2021, le Nouveau-Brunswick a annoncé sa politique de substitution, qui doit entrer en vigueur le 30 novembre. L'Ontario a annoncé une politique de substitution en mars 2020, bien que la mise en œuvre ait été retardée en raison de la pandémie de COVID-19.

Les régimes privés ayant des politiques de substitution de par des médicaments biosimilaires basés sur l'indication du médicament seront bien placés pour maximiser les économies à l'avenir. « Il est important que la substitution tienne compte de l'affection traitée. Cela est dû au fait que l'approbation du médicament biosimilaire par Santé Canada peut ne pas inclure toutes les conditions approuvées pour le produit biologique de référence », explique M. O'Brien.

En Colombie-Britannique, l'impact de la politique de substitution sur le coût par demandeur a été presque immédiat. En juin 2019, le coût par réclamant en Colombie-Britannique avait chuté à 88 % du coût national de référence par réclamant enregistré en janvier 2019 (tableau 20). Dans le reste du Canada, le coût par réclamant en juin 2019 était de 106 % par rapport à janvier. À la fin de 2020, le coût par réclamant en Colombie-Britannique représentait 67 % du coût en janvier 2019, soit 51 points de moins que le coût relatif par réclamant dans le reste du Canada (118 %).

Tableau 19 | Part du total des coûts admissibles pour les médicaments biologiques biosimilaires en C.-B. par rapport au reste du Canada, janvier 2019 – décembre 2020

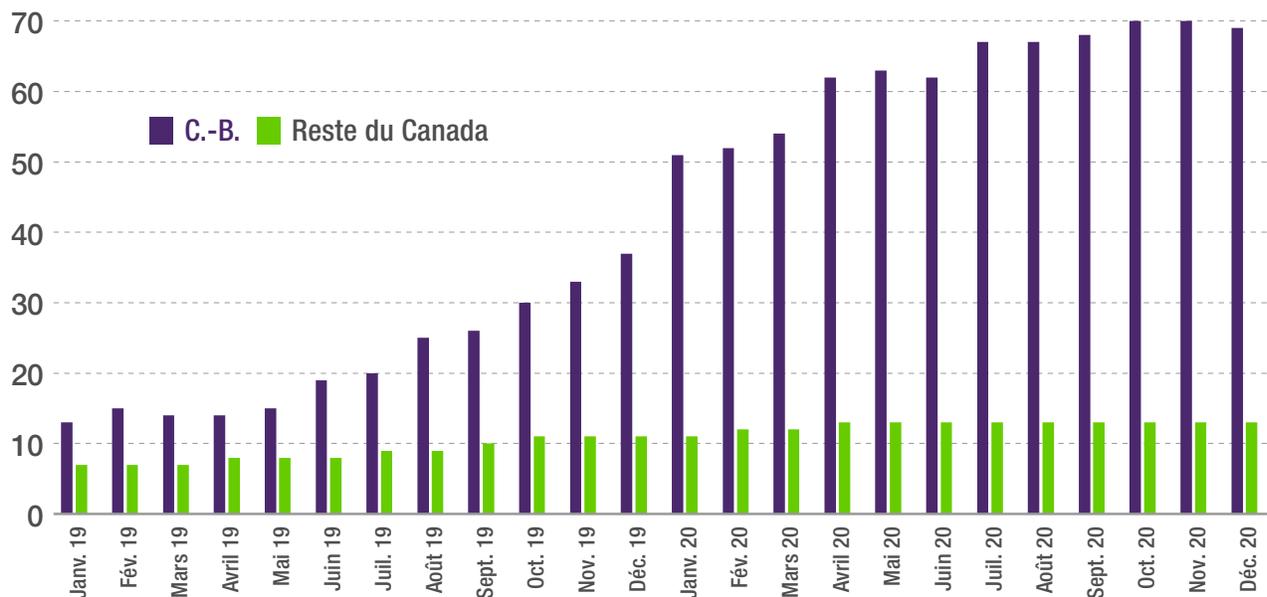
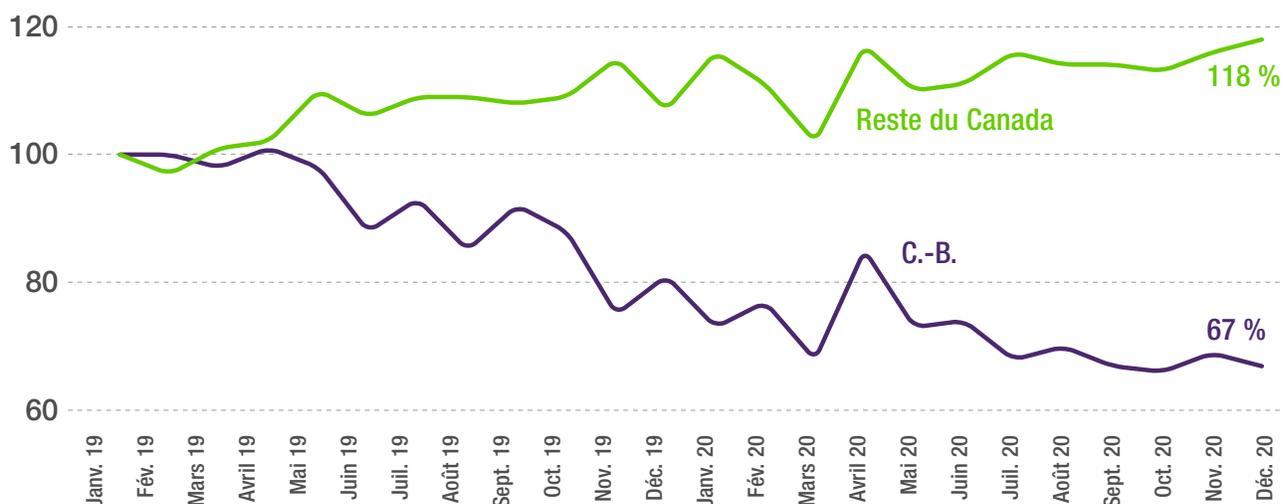


Tableau 20 | Coût relatif par réclamant pour des médicaments biologiques biosimilaires en C.-B. par rapport au reste du Canada, janvier 2019 – décembre 2020



Résumé et recommandations

La part des médicaments de spécialité dans les coûts admissibles est passée à un peu moins d’un tiers en 2020, grâce notamment à l’augmentation du nombre de demandeurs. Il existe d’importantes variations régionales; notamment, d’un maximum de 40 % dans le Canada atlantique à un minimum de 24 % dans l’Ouest canadien. Selon les prévisions, les médicaments de spécialité pourraient représenter près de la moitié du coût mensuel des certificats d’ici 2025. La politique de la C.-B. pour la substitution à des médicaments biosimilaires a considérablement amélioré l’adoption de ceux-ci et le coût par réclamant pour les régimes privés.

- Les promoteurs de régimes et leurs conseillers doivent continuer à travailler avec les compagnies d’assurance, les tiers payeurs et les tiers administrateurs afin de trouver des solutions pour limiter les coûts des régimes et maximiser la couverture
- Au fur et à mesure que les provinces adopteront des politiques de substitution des médicaments biosimilaires, d’autres régimes privés suivront probablement. Il est important d’avoir un mécanisme en place pour garantir que ces changements non médicaux ne se produisent que pour des indications de traitement approuvées. De même, un programme de médicaments de référence pour certains produits biologiques doit tenir compte de l’indication pour être efficace
- Les médicaments biologiques de référence et les médicaments biosimilaires offrent des moyens de traitement supérieurs, pour la plupart, aux médicaments classiques. Cependant, leur utilisation doit être examinée au cas par cas pour s’assurer que les directives thérapeutiques sont respectées. L’autorisation préalable et, plus récemment, l’autorisation préalable électronique assurent une méthode d’approbation plus efficace et un accès plus rapide aux médicaments pour ceux qui en ont besoin.

4. Médicaments par classe thérapeutique



Aperçu

Les médicaments destinés à traiter la polyarthrite rhumatoïde et le diabète ont facilement conservé leur première et leur deuxième place sur la liste des 10 premiers médicaments en fonction des coûts admissibles.

- La catégorie des médicaments pour les affections cutanées a renforcé son emprise sur la troisième position, devant l'asthme
- La liste des 10 premiers est répartie de manière égale entre les catégories dominées par les médicaments de spécialité à coût élevé destinés à de petites populations de patients et les médicaments classiques à faible coût destinés à de grandes populations
- Les demandes de règlement pour des médicaments à action immédiate ont fortement chuté après le début de la pandémie de COVID-19 et sont restées bien en dessous des niveaux habituels pendant le reste de l'année 2020
- Les demandes de règlement pour des médicaments d'entretien ont augmenté au cours des premiers mois de la pandémie en raison des limites imposées à la quantité de médicaments délivrés pour les renouvellements.

Les 10 premières catégories de médicaments

Les trois premières catégories de médicaments en termes de coûts admissibles ont renforcé leur position en 2020 (graphique 21) :

- Les médicaments pour traiter la polyarthrite rhumatoïde (PR) ont vu leur part augmenter à 12,5 %, contre 12,1 % des coûts admissibles en 2019;
- Les médicaments contre le diabète ont atteint une part de 11,4 %, en hausse par rapport à 10,6 %, et comblant l'écart avec les médicaments contre la PR;
- Les médicaments pour les affections cutanées ont augmenté pour atteindre 7,6 % de tous les coûts admissibles, contre 6,9 %.

À l'autre extrémité de l'échelle, les médicaments destinés à traiter les infections (p. ex. les antibiotiques) ont quitté la liste des 10 premiers après avoir régulièrement perdu leur place année après année (ils étaient sixièmes en 2015). Si cette tendance reflète probablement l'impact du prix des médicaments génériques, le volume a subi un coup dur en 2020, lorsque les demandes de règlement d'anti-infectieux ont chuté de 24 %.

«La pandémie a entraîné une forte baisse de l'utilisation des anti-infectieux, ce qui peut être dû en partie à la diminution des chirurgies électives, mais plus probablement à l'hésitation du public à consulter son médecin pour des maux mineurs et à accéder aux ressources de santé», explique Vishal Ravikanti, directeur, Opérations, de TELUS Santé.

Si le report des opérations chirurgicales peut avoir des répercussions négatives à long terme sur les coûts des soins de santé, la réduction de l'utilisation d'antibiotiques pour les affections mineures, comme le rhume, peut devenir un élément positif.



La surconsommation d'antibiotiques est un problème de longue date. Il sera intéressant de voir si la baisse de l'utilisation des anti-infectieux se poursuivra après la pandémie, observe Ravikanti.



Une vision sur cinq ans ne révèle aucun autre changement dans le classement en 2020 par rapport à 2019, après trois années de bousculade entre certaines catégories (tableau 22). Les médicaments contre les affections cutanées semblent s'être installés en troisième position, après avoir grimpé à la cinquième place en 2016 (contre la septième en 2015). Les médicaments contre l'asthme et la dépression ont enregistré leur troisième année en quatrième et cinquième position, respectivement. Les médicaments anticancéreux semblent être solidement classés au sixième rang, après avoir rejoint la liste pour la première fois en 2017 (en neuvième position).

Cinq des 10 premières catégories sont dominées par des médicaments de spécialité très coûteux destinés à des populations de patients relativement restreintes.

Comme le montre le tableau 21, chaque catégorie raconte une histoire différente, à savoir si le prix, le volume ou une combinaison des deux sont les principaux facteurs à l'origine de leur classement. Comme prévu, le prix est clairement le facteur déterminant dans la catégorie de PR la mieux classée, puisque moins d'un demi-pour cent des demandes de règlement concernent des médicaments pour la PR et que 99 % de ces demandes concernent des médicaments de spécialité. L'avenir nous dira si le coût moyen par demande de règlement diminuera à mesure que l'utilisation de médicaments biosimilaires moins coûteux prendra de l'ampleur (page 36).

Le prix est également le principal facteur à l'origine de la hausse du statut des catégories de médicaments destinés à traiter les affections cutanées (7,6 % des coûts, 3,7 % des demandes de règlement), le cancer (4,3 % des coûts, 0,6 % des demandes de règlement), le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)/narcolepsie (4,0 % des coûts, 2,8 % des demandes de règlement) et la sclérose en plaques (3,5 % des coûts, 0,1 % des demandes de règlement).

Une combinaison de prix et de volumes a conduit les médicaments contre le diabète à la deuxième place. Ces médicaments représentaient 7,5 % des demandes de règlement en 2020, contre 7,0 % en 2019, et 11,4 % du coût admissible, contre 10,6 %. Deux produits en particulier permettent d'expliquer la récente hausse des coûts admissibles :

- FreeStyle Libre, un moniteur de nouvelle génération qui utilise un petit capteur pour mesurer automatiquement et en continu la glycémie, supprimant ainsi le besoin de lancettes et de bandelettes de test;
- Ozempic, un médicament de deuxième intention, auto-injectable, qui appartient à la classe des agonistes des récepteurs du GLP-1. Le coût admissible annuel moyen par réclamant d'agonistes des récepteurs GLP-1 était de 1 885 \$ en 2020, soit au moins le double de celui des autres traitements de deuxième intention et plus de 10 fois le coût admissible annuel moyen de 121 \$ pour la metformine, le traitement de première intention. (Pour en savoir plus sur la catégorie du diabète, obtenez [le rapport Lancement de nouveaux médicaments en 2021 de TELUS Santé.](#))





Trois des 10 premières catégories de médicaments y figurent en raison du volume plutôt que du prix : les médicaments contre la dépression représentent 10,5 % des demandes de règlement, mais la moitié de ce montant en termes de coûts (5,2 %); les médicaments contre l'hypertension artérielle représentent 9,3 % des demandes de règlement et seulement 3,2 % des coûts et les médicaments contre les ulcères représentent 4,8 % des demandes de règlement et 2,8 % des coûts. Ces trois catégories sont fortement généricisées.

Tableau 21 | 10 principales catégories de médicaments par coût admissible en 2020

Pour le traitement de :	Rang	% de coût admissible	% de demandes de règlement
Polyarthrite rhumatoïde	1	12,5 %	0,4 %
Diabète	2	11,4 %	7,5 %
Affections cutanées	3	7,6 %	3,7 %
Asthme	4	5,6 %	5,3 %
Dépression	5	5,2 %	10,5 %
Cancer	6	4,3 %	0,6 %
TDAH/narcolepsie	7	4,0 %	2,8 %
Sclérose en plaques	8	3,5 %	0,1 %
Hypertension artérielle	9	3,2 %	9,3 %
Ulcères	10	2,8 %	4,8 %
% du total des coûts admissibles et des demandes de règlement		60,1 %	44,9 %

Tableau 22 | Classement des 10 principales catégories de médicaments par coût admissible, 2016 – 2020

Pour le traitement de :	2016	2017	2018	2019	2020
Polyarthrite rhumatoïde	1	1	1	1	1
Diabète	2	2	2	2	2
Affections cutanées	5	5	3	3	3
Asthme	4	3	4	4	4
Dépression	3	4	5	5	5
Cancer	11	9	6	6	6
TDAH/narcolepsie	10	10	9	7	7
Sclérose en plaques	9	8	8	8	8
Hypertension artérielle	6	6	7	9	9
Infection	7	7	10	10	-
Ulcères	-	-	-	-	10

Répercussions de la COVID-19

En mars 2020, dans le but de protéger l’approvisionnement en médicaments et d’empêcher les Canadiens de stocker des médicaments, toutes les provinces, à l’exception de la C.-B., ont recommandé ou exigé que les pharmacies ne délivrent pas plus de 30 jours d’approvisionnement lorsqu’elles renouvellent des médicaments pour des maladies chroniques. Les délais habituels de renouvellement sont de 90 ou 60 jours. Ces politiques ont été abandonnées en mai ou juin 2020.

Cette histoire se reflète dans les données des demandes de règlement de TELUS Santé. Avant l’adoption des politiques provinciales, alors que les Canadiens tentaient de faire des réserves de leurs médicaments d’entretien, les régimes privés ont connu une hausse de 19 % des demandes de règlement de ces médicaments en mars par rapport à février (tableau 23). En avril, les demandes de règlement ont chuté de 11 % au fur et à mesure de la mise en œuvre des politiques, et l’approvisionnement moyen par ordonnance est passé de 44 à 30 jours. L’activité des demandes de règlement a de nouveau bondi en mai et en juin, bien au-delà des niveaux habituels signalés en 2019, car les patients ont dû faire remplir leurs médicaments plus souvent. Au pic d’activité du mois de juin, les demandes de règlement de médicaments d’entretien étaient 32 % plus élevées qu’en juin 2019.

Après la levée des politiques, les demandes de règlement sont redescendues à des niveaux comparables ou légèrement inférieurs à ceux de 2019.

« Nous avons vu le nombre de pénuries de médicaments presque doubler, pour culminer à 135 pénuries en avril 2020. Sans les mesures mises en place par les gouvernements pour limiter les quantités distribuées afin de protéger l’approvisionnement en médicaments, ce chiffre aurait pu être plus élevé », explique M. Ravikanti.

La COVID-19 a également eu un impact significatif sur le nombre de demandes soumises pour des médicaments à action immédiate, comme les antibiotiques. En avril 2020, les demandes moyennes ont chuté de 22 % par rapport à mars 2020, et sont restées constamment bien en dessous des résultats de l’année précédente pour le reste de l’année 2020 (tableau 24). À titre d’exemple, les demandes de remboursement de l’azithromycine, un antibiotique utilisé pour les infections courantes comme les infections de l’oreille et l’angine streptococcique, ont chuté de 73 % au cours du deuxième trimestre de 2020 par rapport à 2019.

Qu’en est-il de l’hydroxychloroquine, un médicament couramment utilisé pour traiter la polyarthrite rhumatoïde, mais qui a brièvement fait la une des journaux comme traitement possible de la COVID-19? Bien que les preuves n’aient finalement pas soutenu son utilisation contre la COVID-19, les régimes privés ont tout de même connu une augmentation de 21 % des demandes de règlement pour ce médicament au cours du deuxième trimestre de 2020.

Tableau 23 | Impact de la COVID-19 sur le nombre de jours d’approvisionnement et les demandes de règlement des médicaments d’entretien

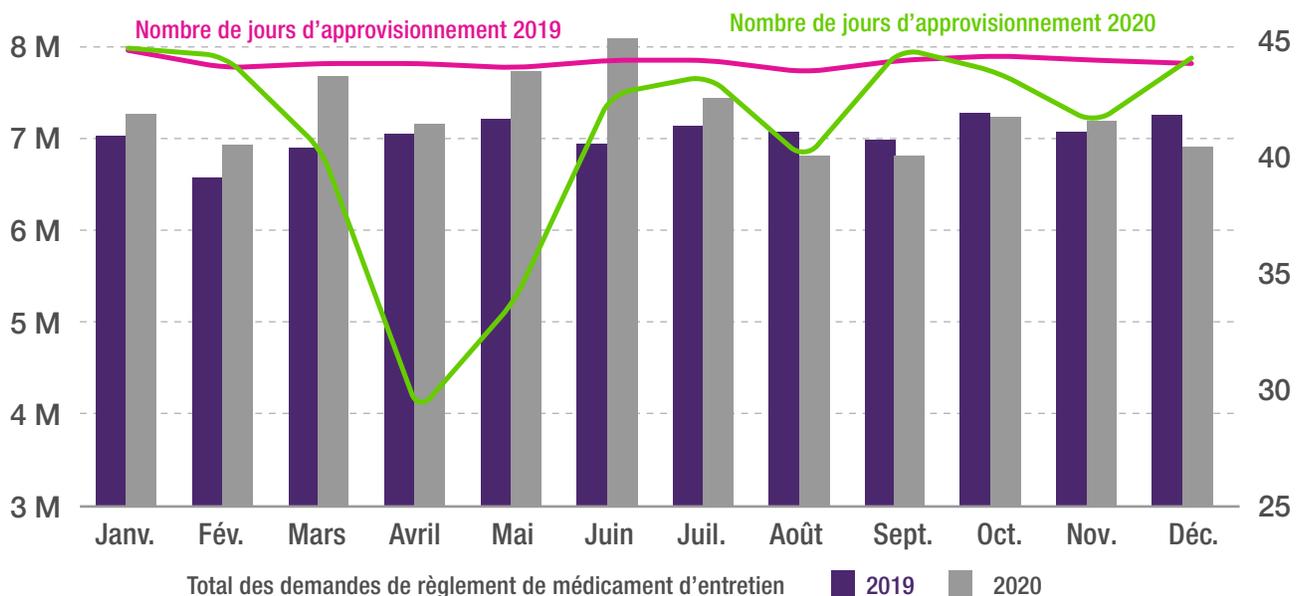
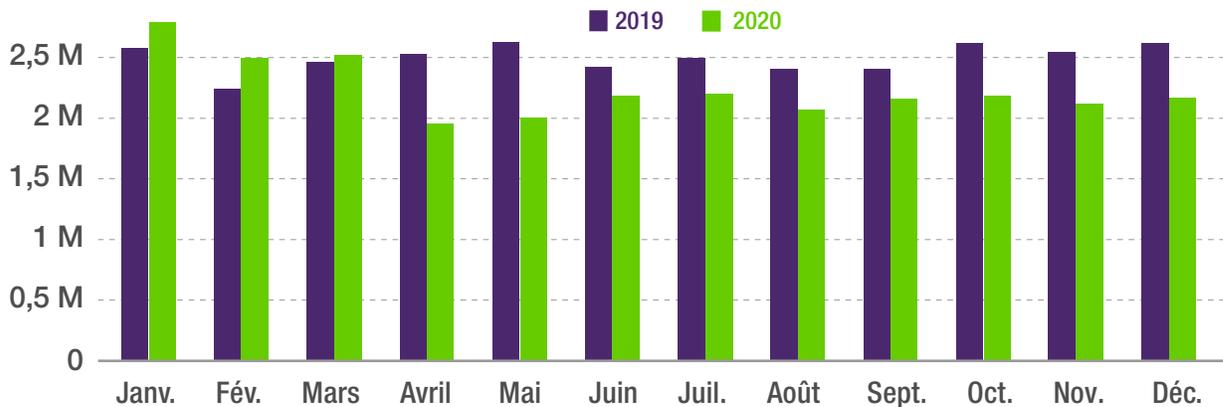


Tableau 24 | Impact de la COVID-19 sur les demandes de règlement de médicaments à action immédiate



Santé mentale

Si la part des coûts admissibles de la catégorie dépression n'a pas vraiment changé en 2020 (5,2 % contre 5,1 % en 2019), le volume des demandes de règlement raconte une autre histoire.

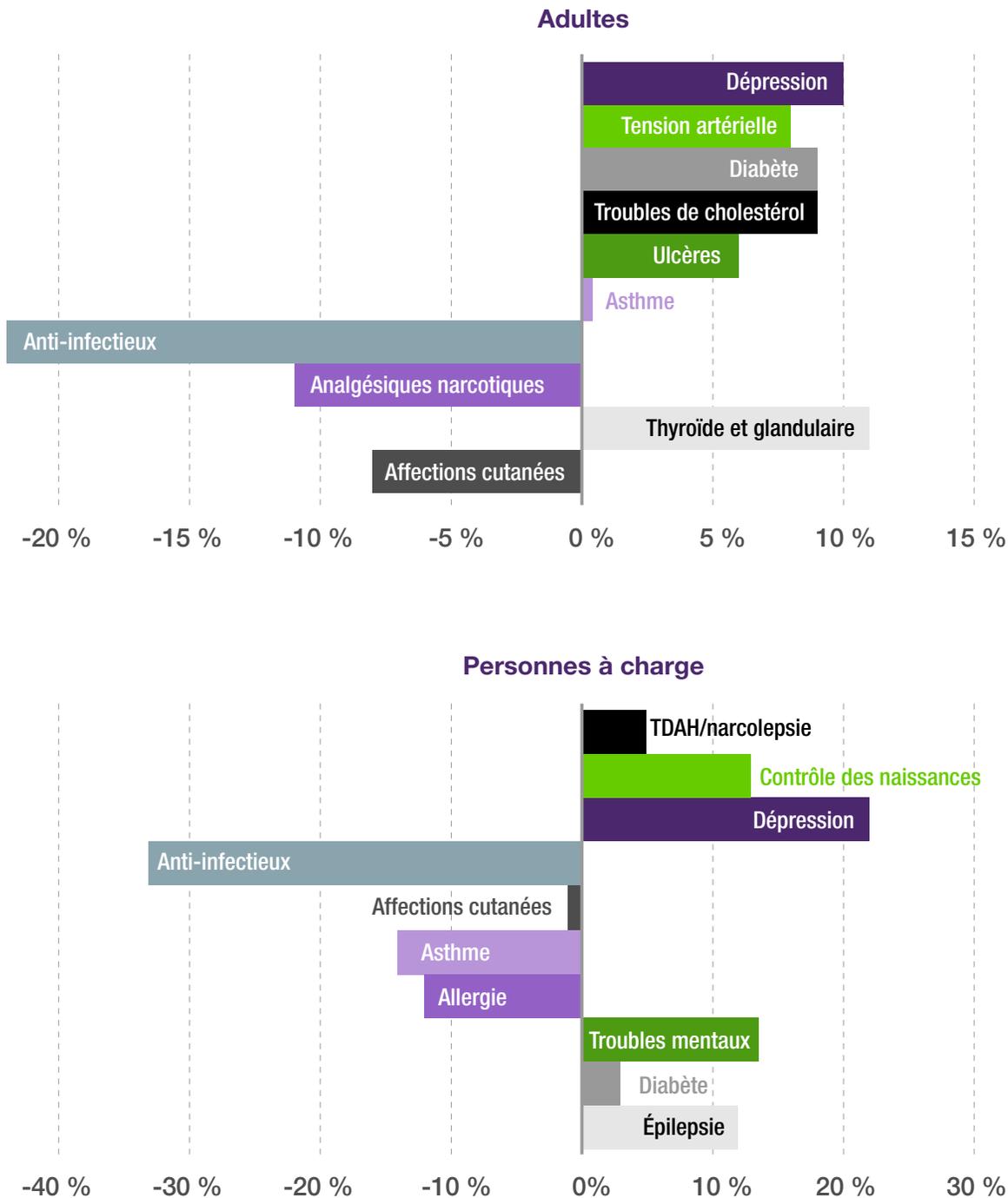
Un examen des 10 principales catégories sur la base des demandes de règlement révèle que celles de médicaments pour traiter la dépression ont augmenté de 10 % pour les adultes et de 22 % pour les personnes à charge en 2020 (tableau 25). Pour les personnes à charge, la catégorie supplémentaire des troubles mentaux a également augmenté de 13 %.

Avec un peu de recul, les résultats pour 2020 peuvent représenter une accélération d'une tendance à plus long terme, en particulier chez les jeunes participants au régime. Dans le groupe des 20 à 39 ans, le nombre de réclamants d'antidépresseurs a grimpé de 5,6 % en 2016 à 7,9 % en 2020. Sur la base du nombre de réclamants, les antidépresseurs sont passés du septième au quatrième rang au cours de la période de 2016 à 2020.

« La tendance sur cinq ans reflète en partie le succès obtenu grâce aux efforts constants déployés pour réduire la stigmatisation liée à la recherche de traitements. Nous devons considérer cela comme une avancée positive et, rétrospectivement, ces efforts sont arrivés au bon moment, maintenant que nous sommes confrontés au fardeau exceptionnel que représente la pandémie en matière de santé mentale », déclare M. Ravikanti.



Tableau 25 | Variation des demandes de règlement pour les 10 principales catégories pour les adultes et les personnes à charge, 2019 – 2020





Observance thérapeutique

Pour plusieurs catégories de médicaments à fort volume, qui représentaient 27,2 % du total des coûts admissibles en 2020, un nombre important de réclamants ne semblent pas prendre leurs médicaments tels que prescrits. Par exemple, 27,0 % des réclamants ne prenaient pas leurs médicaments contre le diabète, une catégorie qui représentait 11,4 % du total des coûts admissibles (tableau 26).

TELUS Santé utilise un calcul appelé « ratio de possession de médicaments » (RPM) pour saisir les taux de non-observance. Ce ratio permet de savoir si les réclamants renouvellent leurs ordonnances à temps. Il y a non-observance lorsque le RPM est inférieur à 0,8. Par exemple, si une personne s'est vu délivrer une ordonnance pour un approvisionnement de 90 jours, mais qu'elle a fait exécuter sa prochaine ordonnance après 115 jours, son taux d'adhésion serait d'environ 0,78 (c.-à-d. qu'elle a eu un approvisionnement de 90 jours dans sa position pendant 115 jours avant le prochain remplissage). Tout ce qui est inférieur à 0,8 est considéré comme non-observance. Lorsque cela se produit, un médicament destiné à traiter une maladie chronique n'est probablement pas aussi efficace qu'il pourrait l'être.

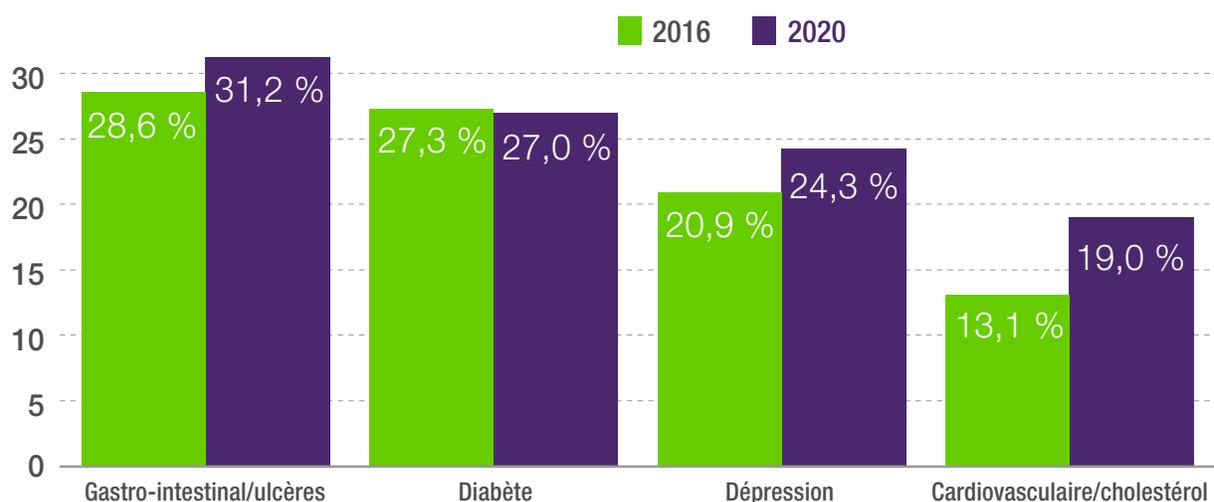
Entre 19,0 % et 31,2 % des demandeurs ne respectaient pas leur régime médicamenteux dans trois autres catégories, qui représentaient ensemble 15,8 % des coûts totaux en 2020 :

- 31,2 % parmi les demandeurs pour des affections gastro-intestinales, y compris les ulcères, qui représentaient 5,2 % du total des coûts admissibles;
- 24,3 % chez les personnes prenant des médicaments pour la dépression (5,2 % des coûts totaux);
- 19,0 % parmi les personnes souffrant d'affections cardiovasculaires telles que l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie (5,4 %).

À l'exception du diabète, les taux de non-observance ont augmenté au cours des cinq dernières années. Par exemple, pour les médicaments destinés à traiter la dépression, le nombre de réclamants non observants est passé de 20,9 % en 2016 à 24,3 % en 2020.

« Il n'y a pas de solution facile pour la non-observance, mais nous devons y voir une occasion de mieux comprendre ses moteurs afin de créer des programmes ou des politiques qui soutiennent avec succès l'observance, souligne M. Ravikanti. Une meilleure observance améliorera les résultats en matière de santé et empêchera le gaspillage de l'argent des régimes d'assurance médicaments parce que les médicaments n'offrent pas leur pleine valeur. »

Tableau 26 | Taux de non-observance par domaine thérapeutique, 2020 c. 2016



Médicaments en voie de commercialisation

Sur plus de 150 nouveaux médicaments en cours d'examen par Santé Canada, TELUS Santé prévoit que 10 d'entre eux, dont un traitement potentiel pour la COVID-19, auront probablement un impact sur les régimes d'assurance médicaments privés.

Trois de ces nouveaux médicaments pourraient avoir un impact important. L'un d'eux est une nouvelle option pour la migraine aiguë, qui touche plus de 3 millions de Canadiens et dont le traitement n'a pas progressé depuis près de 30 ans.



Les deux autres traitent des maladies rares : l'un pour l'amyotrophie spinale et l'autre pour la mucoviscidose. Bien que leurs populations de patients soient très petites, ils joignent une liste de médicaments « à prix ultra élevé » au Canada qui ne cesse de s'allonger et dont les coûts annuels estimés s'élèvent à plus de 250 000 \$ par patient.

Les régimes privés pourraient réaliser des économies grâce à la présence d'un plus grand nombre de médicaments biosimilaires sur le marché, soutenue par des politiques publiques de substitution dans au moins deux provinces. Jusqu'à six lancements de médicaments biosimilaires sont prévus pour Humira, un produit biologique de référence qui se classe au deuxième rang de la liste des 10 premiers médicaments de TELUS Santé en termes de coûts admissibles.

Vous pouvez trouver les détails dans le rapport de TELUS Santé intitulé [Les médicaments en voie de commercialisation au Canada : à quoi doit-on s'attendre en 2021?](#)

Les catégories de médicaments examinées de plus près

Des thérapies révolutionnaires dans les domaines du diabète, de la migraine et de la sclérose en plaques ont déclenché une transformation de leurs marchés respectifs. Les nouvelles options représentent des avancées majeures dans le traitement, en particulier pour les personnes qui ont du mal à gérer leur maladie ou qui ne pouvaient pas utiliser les thérapies précédentes. Par conséquent, les patients qui répondent aux critères de traitement semblent ajouter l'une des nouvelles thérapies ou passent à celles-ci.

D'autre part, les prix des nouvelles thérapies sont nettement plus élevés que ceux des thérapies plus anciennes, ce qui se traduit par des taux de croissance globalement plus élevés pour les coûts admissibles. Alors qu'un retour sur le capital investi est attendu en termes de productivité accrue sur le lieu de travail et de réduction des coûts des prestations dans d'autres domaines, notamment l'invalidité, les mesures visant à surveiller l'utilisation et à optimiser les résultats sont de plus en plus importantes.

Pour en savoir plus, consultez le rapport de TELUS Santé intitulé [Lancement de nouveaux médicaments en 2021](#).

Résumé et recommandations

La liste des 10 premières catégories de médicaments est répartie de manière égale entre celles dominées par les médicaments de spécialité à coût élevé destinés à de petites populations de patients et celles des médicaments classiques à faible coût destinés à de grandes populations. Les médicaments contre le diabète peuvent être décrits comme atterrissant dans les deux camps, avec des thérapies de première ligne qui sont des médicaments génériques à faible coût et de nouvelles thérapies ciblées dont le prix est relativement beaucoup plus élevé. Les demandes de remboursement d'anti-infectieux ont fortement diminué en raison de la COVID-19, tandis que les demandes de remboursement de dépression ont augmenté, en particulier chez les personnes dépendantes. L'observance est un défi pour quatre catégories de médicaments à fort volume, dont la dépression, qui représentent collectivement plus d'un quart du total des coûts admissibles.

- Il est important que les promoteurs de régimes collaborent avec leurs conseillers en avantages sociaux pour obtenir des rapports réguliers sur les principales catégories de médicaments de leur effectif, classées selon les coûts et le volume, afin de cerner et de traiter les secteurs hautement prioritaires au moyen de stratégies de gestion des régimes.
- Maintenant que la pandémie a accéléré l'utilisation des services de soins de santé virtuels et des applications de santé, il est temps de jeter un regard neuf sur l'intégration de ces outils technologiques dans les plans d'avantages sociaux afin d'améliorer les taux d'observance et de soutenir la prise en charge des maladies chroniques.
- Les comptes de dépenses de santé, les comptes de mieux-être et les maximums accrus pour les services paramédicaux sont des options possibles pour aider les participants au régime à adapter leurs prestations afin qu'elles répondent mieux à leurs besoins personnels en matière de soins de santé.
- Au fur et à mesure que d'autres médicaments très coûteux deviennent disponibles, les promoteurs de régime doivent travailler de façon proactive avec leur conseiller et leur assureur pour déterminer si leur régime absorbera leurs coûts et, dans l'affirmative, de quelle façon.

5. Gestion du régime d'assurance médicaments



Aperçu

Les niveaux d'adoption des sept outils de gestion des régimes n'ont pas changé en 2020 par rapport à 2019

- Les politiques relatives aux médicaments génériques, l'autorisation préalable et la coassurance sont de loin les outils les plus populaires
- Bien qu'un plus grand nombre de régimes privés d'assurance médicaments disposent d'un formulaire géré par rapport à il y a cinq ans, le taux d'adoption ne semble pas s'accélérer
- L'adoption de plafonds annuels pour les régimes d'assurance médicaments semble avoir atteint un plateau



L'adoption marginale d'outils de conception de régimes d'assurance médicaments axés sur la maîtrise des coûts persiste. Compte tenu de la COVID-19, l'année 2020 n'était probablement pas le moment idéal pour modifier la conception des programmes de prestations. Cependant, comme de nombreuses organisations luttent pour rester en activité, nous pourrions voir davantage de stratégies de maîtrise des coûts mises en œuvre dans un avenir proche pour assurer la pérennité du régime d'avantages sociaux.



Shawn O'Brien, Directeur principal, Gestion des régimes d'assurance santé, TELUS Santé.

Politiques sur les médicaments génériques

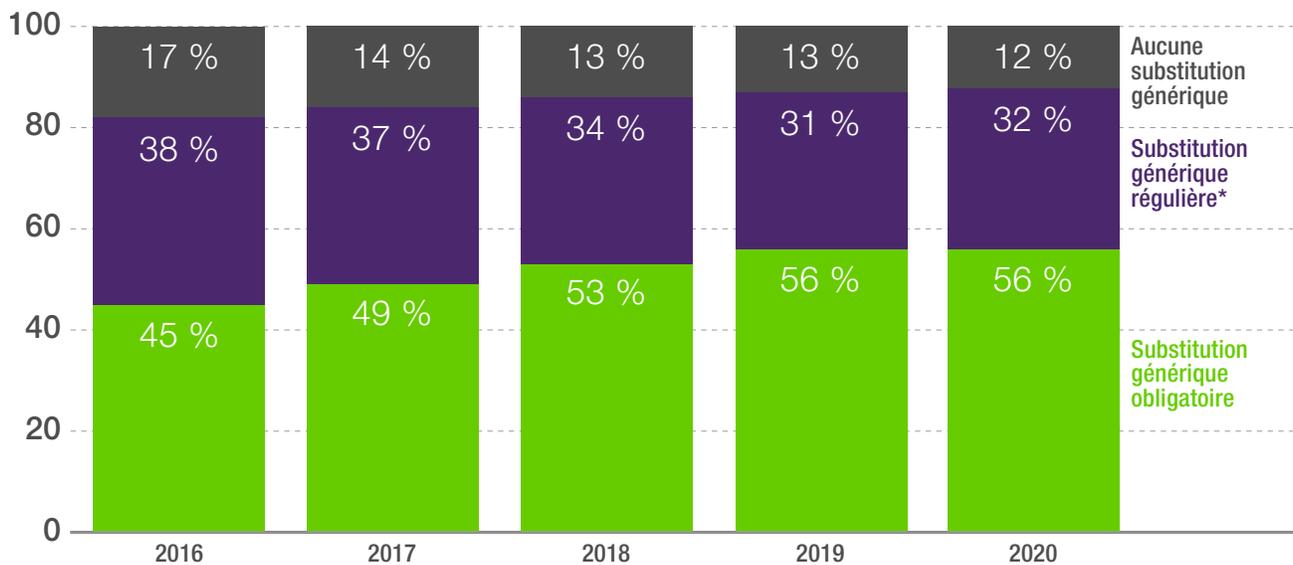
L'incidence des politiques de substitution générique obligatoire n'a pas changé en 2020, restant à 56 % parmi tous les certificats (tableau 27). Il y a cinq ans, 45 % des certificats avaient des régimes d'assurance médicaments avec des politiques de substitution obligatoires en place.

En outre, 32 % des certificats avaient des régimes d'assurance médicaments avec des politiques de substitution générique régulières (c.-à-d. où les médecins peuvent passer outre la politique pour empêcher la substitution), ce qui signifie qu'un total de 88 % des certificats avaient un régime avec une politique de substitution générique en place, contre 87 % en 2019 et 83 % en 2016.

La répartition se déplace lorsqu'elle est considérée par régime d'assurance de groupe : 86 % des groupes ont mis en place une politique de substitution obligatoire, ce qui laisse seulement 8 % avec une politique de substitution régulière et 6 % sans aucune politique générique (tableau 28). Cela reflète en partie le fait que la substitution obligatoire est devenue la politique par défaut dans les contrats des assureurs au cours des dernières années.

Les différences dans la répartition illustrent également que les groupes sans politique générique ou sans substitution générique obligatoire ont tendance à représenter de très grands lieux de travail, qui peuvent être syndiqués.

Tableau 27 | Certificats dont les régimes d'assurance médicaments comprennent des politiques relatives aux médicaments génériques, 2016 – 2020



*Dans le cadre d'une politique de substitution générique régulière, le médecin peut passer outre et déclencher la couverture du médicament de marque en indiquant « pas de substitution » sur l'ordonnance.

Tableau 28 | Politiques sur les médicaments génériques en 2020, certificats c. groupes

	Certificats	Groupes
Substitution générique obligatoire	56 %	86 %
Substitution générique régulière*	32 %	8 %
Aucune substitution générique	12 %	6 %

*Dans le cadre d'une politique de substitution générique régulière, le médecin peut passer outre et déclencher la couverture du médicament de marque en indiquant « pas de substitution » sur l'ordonnance.

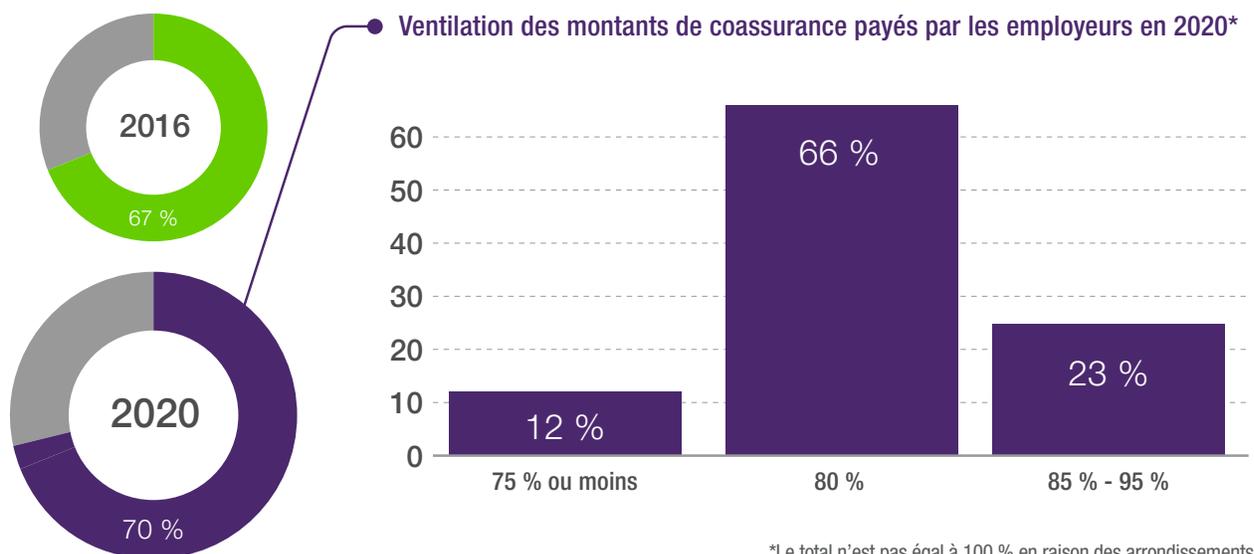
Coassurance et franchises

Sept certificats sur 10 ont un régime d'assurance médicaments qui comprend une coassurance, ce qui est comparable à l'année dernière (69 %) et en hausse par rapport à 67 % en 2016 (tableau 29).

Parmi ceux qui prévoient une coassurance, 80 % représentent la part du montant le plus souvent payé par les employeurs, ce qui laisse 20 % pour les participants au régime. Parmi les titulaires de certificats, 66 % d'entre eux ont des régimes d'assurance médicaments avec cette répartition de la coassurance, contre 63 % il y a cinq ans. Parmi les autres titulaires de certificats, les employeurs paient de 85 à 95 % des coûts (23 %) ou 75 % ou moins des coûts (12 %).

Les franchises sont beaucoup moins courantes : seuls 10 % des certificats prévoient des franchises annuelles et 13 % seulement doivent payer une franchise par demande de règlement. Ces résultats sont inchangés par rapport à 2019 et pratiquement inchangés par rapport à il y a cinq ans. La franchise annuelle la plus courante se situe entre 50 et 100 \$ (pour 39 % des certificats), suivie par plus de 100 \$ (32 %) et moins de 50 \$ (30 %). La franchise par demande de règlement la plus probable se situe entre 4,00 et 5,99 \$ (39 %), suivie de 2,00 à 3,99 \$ (27 %) et de 10 \$ ou plus (18 %).

Tableau 29 | Certificats dont les régimes d'assurance médicaments comprennent une coassurance, 2020 c. 2016



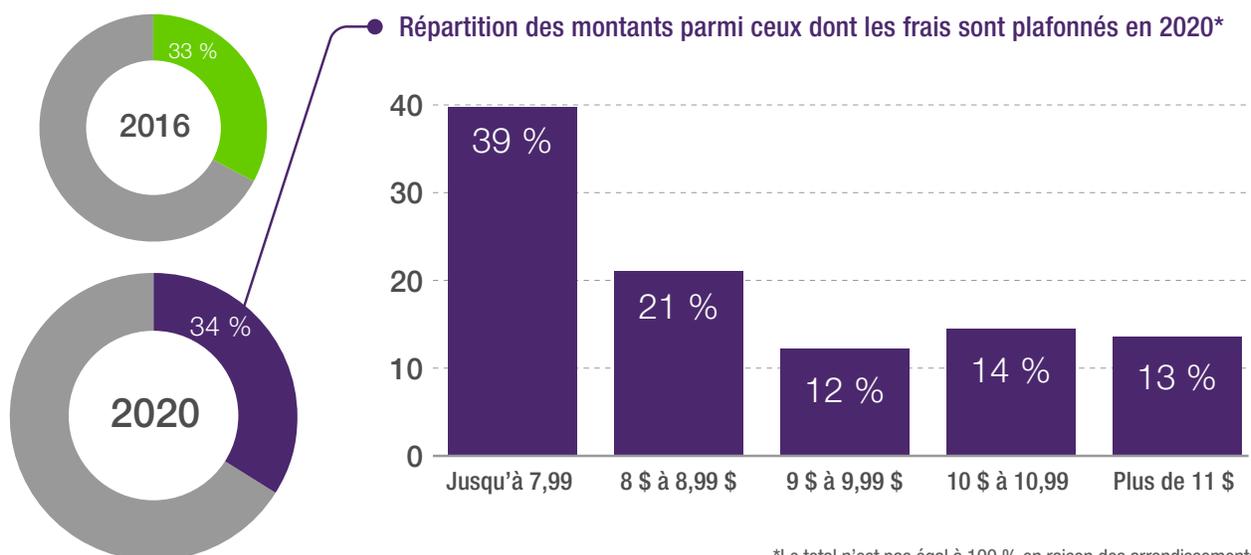


Plafonnement des honoraires professionnels des pharmaciens

Un tiers des certificats (34 %) avaient des régimes d'assurance médicaments avec un plafonnement des honoraires professionnels des pharmaciens en 2020, ce qui est pratiquement inchangé par rapport à il y a cinq ans (33 %) (tableau 30). Parmi ces certificats, 39 % ont vu leur couverture des frais d'ordonnance plafonnée à un montant allant jusqu'à 7,99 \$, suivis de 21 % avec un plafond de 8,00 \$ à 8,99 \$. Pour un certificat sur 10 (13 %), le plafond n'est entré en vigueur qu'à partir de 11 \$.

« Le plafonnement des honoraires professionnels des pharmaciens est un bon moyen d'inciter les membres à faire le tour du marché et à économiser sur leurs frais personnels, mais il leur donne également le choix de payer la différence s'ils préfèrent utiliser une pharmacie particulière, par exemple pour des raisons de commodité », explique M. O'Brien.

Tableau 30 | Certificats dont les régimes d'assurance médicaments comprennent un plafonnement des honoraires professionnels des pharmaciens, 2020 c. 2016



*Le total n'est pas égal à 100 % en raison des arrondissements



Listes de médicaments gérés

Près d'un quart (23 %) des certificats avaient un régime pour les médicaments avec un formulaire géré en 2020, contre 19 % en 2016 (tableau 31). Le changement est venu des régimes ouverts, qui ont vu leur part diminuer de 73 % à 70 %. Les 7 % restant des certificats avaient des régimes qui imitent le formulaire provincial; ce chiffre est inchangé par rapport à 2016.

« Il est surprenant que l'une des mesures de maîtrise des coûts les plus efficaces, à savoir la gestion des listes de médicaments, soit encore peu adoptée, déclare M. O'Brien. Toutefois, il est très important de s'assurer que la philosophie a du sens pour toute organisation particulière et ses participants au régime. »

Parmi les obstacles à l'adoption, citons la réticence des employeurs à effectuer un changement que les employés pourraient interpréter comme une limitation de leur accès aux médicaments sur ordonnance. Pour éviter cette idée fausse, « assurez-vous que la liste de médicaments est facile à comprendre, qu'elle offre un choix, qu'elle permet aux participants de devenir des consommateurs avisés et, surtout, qu'elle est communiquée efficacement », recommande M. O'Brien.

Tableau 31 | Certificats dont les régimes d'assurance médicament comprennent des formulaires gérés, 2020 c. 2016

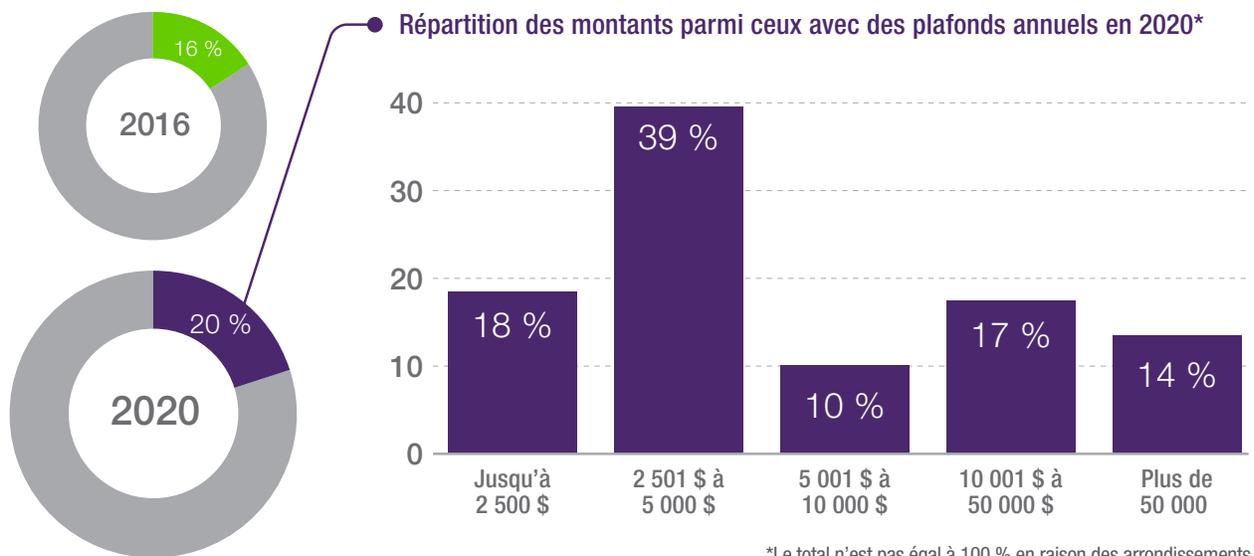


Plafonds annuels

Un certificat sur cinq avait des régimes d'assurance médicaments avec des maximums annuels en 2020, ce qui est comparable à 2019 (21 %) et en hausse par rapport à 16 % en 2016 (graphique 32). Pour plus de la moitié d'entre eux (57 %), le maximum était de 5 000 \$ ou moins. Un sur six (18 %) avait une couverture plafonnée à 2 500 \$.

Un total de 10 % des certificats avaient des plafonds compris entre 5 001 et 10 000 \$ par an, ce qui laisse 31 % des certificats avec des plafonds supérieurs à 10 000 \$.

Tableau 32 | Certificats dont les régimes d'assurance médicaments comprennent des plafonds annuels, 2020 c. 2016



Autorisation préalable

En apparence, le recours à l'autorisation préalable semble être en baisse; de 89 % en 2019 à 87 % en 2020, et en baisse par rapport à 90 % en 2016 et 93 % en 2015 (tableau 33). Toutefois, cette tendance est davantage le reflet de l'évolution des autorisations préalables qu'une éventuelle source d'inquiétude.

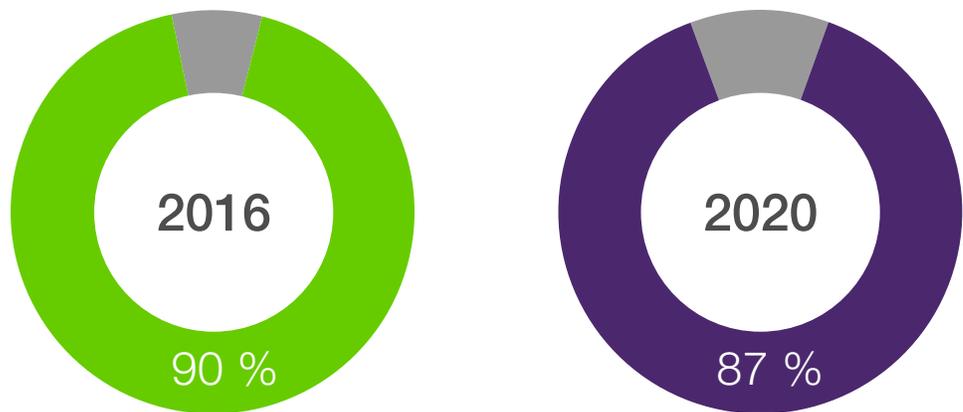


L'autorisation préalable restera un outil efficace pour s'assurer que le bon médicament est pris au bon moment, notamment en raison de l'évolution des thérapies dans certaines classes. Bien que les nouvelles thérapies puissent être plus efficaces, elles peuvent avoir un coût plus élevé, note M. O'Brien.



Et maintenant que l'autorisation préalable électronique devient disponible au Canada, les régimes privés verront leur efficacité s'améliorer. « L'amélioration de l'expérience du patient et du médecin grâce à l'autorisation préalable électronique favorisera également l'adoption de cette technologie », ajoute M. O'Brien.

Tableau 33 | Certificats dont les régimes d'assurance médicaments comprennent une autorisation préalable, 2020 c. 2016

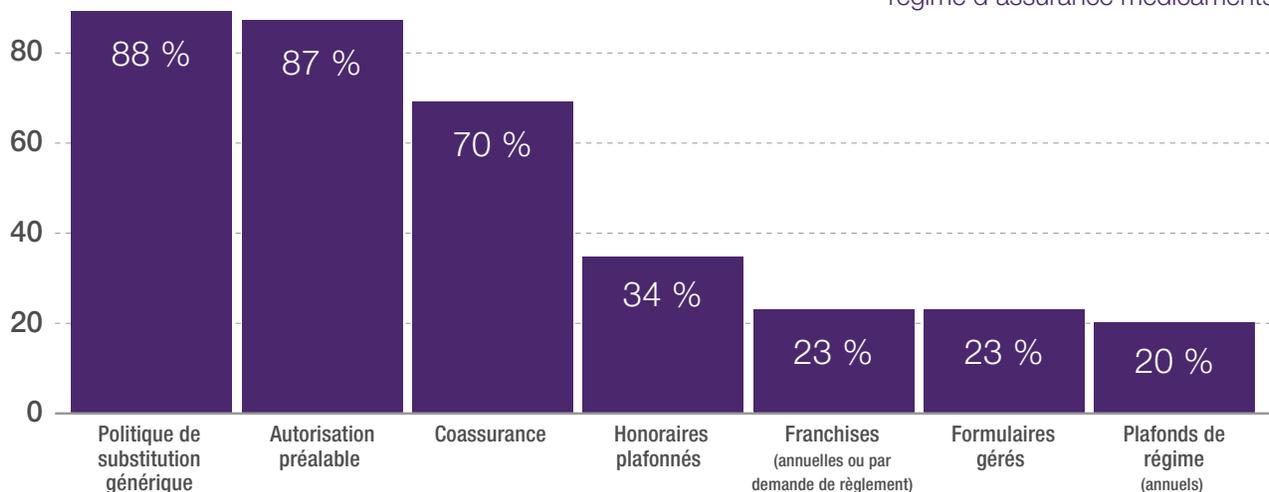


Résumé et recommandations

L'incidence des politiques de substitution générique obligatoire n'a pas augmenté en 2020 après cinq années de croissance régulière. Les sept outils ont été peu ou pas adoptés, ce qui peut indiquer que les priorités des promoteurs de régimes étaient ailleurs en raison de la pandémie.

- Les régimes privés d'assurance médicaments qui n'ont pas de politique de substitution par des médicaments génériques ou de coassurance peuvent travailler avec leur conseiller en avantages sociaux pour identifier et éliminer les obstacles à l'adoption
- Dans le cadre de la coassurance, les régimes privés peuvent inclure un plafond de prise en charge afin de s'assurer que les contributions des membres du régime ne dépassent pas un seuil susceptible de créer des difficultés financières
- Pour évaluer la faisabilité et les avantages d'un formulaire géré, les promoteurs de régime peuvent travailler avec leur conseiller en avantages sociaux pour estimer les économies de coûts et l'impact sur les participants au régime; et pour déterminer des approches de mise en œuvre qui favorisent une expérience positive pour les participants au régime
- Les promoteurs de régimes peuvent examiner la répartition des coûts de leurs honoraires d'exécution des ordonnances pour déterminer si les économies potentielles justifient un plafonnement des honoraires
- En plus des sept outils décrits ici, les outils possibles de gestion des régimes comprennent les accords sur la liste des produits, les programmes d'adoption des médicaments biosimilaires et les programmes de gestion des maladies chroniques pour les réclamants à coûts élevés

Tableau 34 | Résumé des certificats avec les outils suivants pour la gestion du régime d'assurance médicaments





6. Conclusion



D'une part, les activités de demandes de règlement en 2020 peuvent être décrites comme anormales étant donné l'influence singulière de la COVID-19. Le nombre d'assurés ayant présenté des demandes de règlement était à son plus bas niveau depuis au moins les cinq dernières années, tandis que le nombre de demandes par réclamants était sensiblement plus élevé que les années précédentes. Les demandes de règlement d'anti-infectieux ont chuté brusquement, tandis que celles pour les antidépresseurs ont connu une croissance accélérée, en particulier chez les personnes dépendantes.

D'autre part, les résultats de l'année dernière illustrent comment les mesures fondamentales de changement dans les régimes privés d'assurance médicaments (coûts admissibles, utilisation et coût par demande de règlement) sont essentiellement à l'abri d'une pandémie. À la fin de l'année, aucune de ces mesures n'était remarquablement supérieure ou inférieure à celles des années précédentes. En fait, le taux de croissance du coût par demande de règlement était plus de trois fois supérieur au taux annuel moyen de l'indice des prix à la consommation, qui était tombé à un niveau jamais atteint depuis 2009, pendant la récession économique.

Les médicaments spécialisés sont le principal facteur à l'origine de la progression constante de l'évolution des coûts. Ces médicaments, qui changent généralement la vie des patients, représentaient 32 % des coûts et 1,3 % des réclamants en 2020. Bien que l'initiative sur les médicaments biosimilaires de la C.-B. ait illustré de façon spectaculaire la manière dont les médicaments biosimilaires peuvent ralentir la trajectoire des coûts des produits biologiques avec des options de médicaments biosimilaires, les économies qui en résultent seront nécessaires pour les nouvelles thérapies ciblées plus coûteuses pour les membres des régimes qui ont de la difficulté à gérer les conditions chroniques, ainsi que pour les médicaments très coûteux pour les maladies rares.

Entre la COVID-19 et les médicaments en voie de commercialisation au Canada, les régimes privés d'assurance médicaments sont dans une période de transition intense et complexe. Des rapports précis et exploitables sur les facteurs de coût et de volume sont plus importants que jamais pour les promoteurs de régimes, tout comme les conseils pratiques et fondés sur des preuves fournis par les conseillers et les fournisseurs d'avantages sociaux.



2021

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

 **TELUS^{MD} Santé**

