



2022

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

 **TELUS**<sup>MD</sup> Santé

# Table des matières

1. Introduction .....	8
2. Coûts et utilisation .....	12
a. Tendances en matière de coûts .....	13
b. Tendances en matière d'utilisation .....	19
c. Utilisation de médicaments génériques .....	24
d. Réclamants dont les demandes de règlement sont élevées	27
3. Médicaments de spécialité .....	29
a. Répartition des coûts et des réclamants .....	30
b. Médicaments biosimilaires .....	35
4. Médicaments par classe thérapeutique .....	39
a. Liste des 10 catégories de médicaments associées aux montants admissibles les plus élevés .....	40
b. Liste des 5 catégories de médicaments associées au plus grand nombre de réclamants .....	45
c. Observance thérapeutique .....	47
d. Médicaments en voie de commercialisation .....	49
e. Catégories de médicaments examinées de plus près .....	50
5. Gestion des régimes .....	51
a. Politique de substitution générique .....	52
b. Coassurance et franchise .....	53
c. Plafonnement des honoraires professionnels des pharmaciens .....	55
d. Plafonds annuels .....	57
e. Autorisation préalable .....	58
6. Conclusion .....	61

## Terminologie

Montant accordé :	Montant payé par le régime après l'application des paramètres financiers du régime.
Biosimilaire :	Selon la définition de Santé Canada, 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/titulaire de certificat :	Adhèrent couvert (également appelé « titulaire de carte principal ») et ses cobénéficiaires (conjoint, enfants).
Réclamant :	Personne assurée qui a soumis une demande de règlement pour un médicament ou un produit médical admissible à un remboursement par un régime d'assurance médicaments.
Montant admissible :	Montant en dollars du coût du médicament jugé admissible par TELUS Santé, avant l'application des paramètres financiers du régime (p. ex., la coassurance).
Générique :	Copie bioéquivalente d'un médicament d'origine, produit après l'expiration du brevet dudit médicament.
Réclamants dont les demandes de règlement sont élevées :	Réclamants pour qui le montant annuel admissible dépasse les 10 000 \$. Parmi eux, ceux pour qui le montant annuel admissible dépasse les 100 000 \$ sont définis comme des réclamants dont les demandes de règlement sont très élevées.
Assuré :	Version abrégée de « personne assurée » (c.-à-d. adhérent, conjoint ou personne à charge couverts par une assurance), qu'il y ait eu demande de règlement ou non au cours de la période considérée.
Médicament d'origine à fournisseurs multiples :	Médicament d'origine pour lequel il existe un ou plusieurs génériques.
Médicament biologique de référence :	Médicament de spécialité (grosse molécule) 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

Le présent rapport est dédié aux professionnels de la santé qui ont continué à prendre soin des patients en ces temps incroyablement difficiles. Nous reconnaissons votre dévouement continu, votre persévérance et **vous remercions pour tout ce que vous**

Le Rapport sur les tendances et références canadiennes en matière de consommation de médicaments de TELUS Santé 2022 (rapport de TELUS Santé), le troisième à être publié pendant la pandémie, examine les tendances dans le domaine de l'assurance maladie et des médicaments sur ordonnance au Canada et donne un aperçu des facteurs à l'origine de ces tendances.

Compte tenu du haut niveau d'activité de l'année dernière visant la mise à disposition des vaccins et des traitements contre la COVID-19, ce rapport est essentiel pour aider les assureurs à mieux comprendre les changements importants dans l'industrie alors qu'ils envisagent la vie au-delà de la pandémie. L'une des principales observations : malgré la tendance à la baisse, en raison de la pandémie, du nombre d'assurés faisant des réclamations, il y a toujours une augmentation notable des montants mensuels moyens admissibles et réclamés. L'augmentation continue de l'utilisation de médicaments de spécialité et d'autres médicaments plus dispendieux, y compris les médicaments très coûteux pour les maladies rares, est le principal moteur de cette tendance.

Le rapport de TELUS Santé examine les principales tendances en matière de coûts, d'utilisation et de gestion des régimes privés d'assurance médicaments en 2021. Il fournit également des indications sur les changements de tendances alors que nous évoluons dans un monde qui évolue rapidement et que nous commençons à voir un Canada moins craintif face à la COVID-19.

Pendant l'année 2021, le nombre d'adhérents au régime d'assurance (assurés) qui ont fait une réclamation a diminué. Nous croyons que cela est très probablement lié à la pandémie qui restreint continuellement l'accès aux soins de santé et, par conséquent, qui a donné lieu à moins de diagnostics et de prescriptions.



Cependant, le montant admissible moyen total par demande examinée par les régimes a augmenté de 8,9 pour cent, ce qui est supérieur à celui des quatre dernières années et 2,6 fois supérieur à l'indice des prix à la consommation (IPC). Nous pouvons donc constater que les tendances des années précédentes se maintiennent et cela est particulièrement remarquable pour 2021, alors que l'IPC n'a jamais été aussi élevé depuis 1991.

Le montant mensuel moyen admissible par assuré en 2021 a également augmenté, en grande partie en raison d'un montant plus élevé par réclamation. L'utilisation globale basée sur le nombre de réclamations par assuré a diminué de 3,5 pour cent, tandis que le coût moyen par réclamation a augmenté de 8,9 pour cent, ce qui reflète une tendance continue sur cinq ans. Fait important, malgré la baisse du nombre d'assurés qui ont soumis des réclamations au cours des deux dernières années, la tendance à la hausse des coûts s'est poursuivie.

Similairement à ce que nous avons constaté en 2020 et avant la pandémie, les médicaments de spécialité continuent d'avoir une plus grande incidence sur les tendances globales en matière d'utilisation que les médicaments traditionnels. Les médicaments de spécialité représentent plus du tiers des coûts pour moins de 2 pour cent des requérants. En 2021, le taux d'augmentation des médicaments de spécialité, exprimé en montant admissible moyen par assuré, était légèrement inférieur à 10 pour cent (9,5 pour cent), comparativement à 2,9 pour cent pour les médicaments traditionnels. Si les tendances actuelles se maintiennent, TELUS Santé prévoit que, d'ici la fin de 2026, les médicaments de spécialité pourraient représenter presque la moitié du montant admissible moyen par certificat.

Les médicaments contre la dépression sont passés en quatrième position sur la liste des 10 principales catégories de médicaments. Bien que cela soit en partie dû à une baisse de la part de marché de la catégorie des médicaments contre l'asthme dans le montant total admissible, cela reflète également les problèmes de santé mentale persistants qui ont probablement été intensifiés par la pandémie. De plus, la catégorie du diabète gagne progressivement du terrain sur celle de la polyarthrite rhumatoïde, qui occupe depuis longtemps la première place dans les catégories basées sur les montants admissibles, ce qui peut suggérer une corrélation entre l'augmentation de l'utilisation des médicaments contre le diabète et l'augmentation des taux d'obésité. Cependant, des recherches supplémentaires seraient nécessaires pour déterminer la causalité de cette hypothèse.



Un autre élément important à considérer concernant les principales catégories par montant admissible est le fait que quatre des 10 principales catégories sont dominées par des médicaments de spécialité à coût élevé prescrits pour un petit nombre de patients. Lorsque l'attention passe des catégories aux requérants, les données de TELUS Santé révèlent que moins de 2 pour cent des requérants soumettent des montants admissibles annuels qui dépassent 10 000 \$ CA. Ces requérants représentaient 40 pour cent du montant admissible total en 2021, par rapport à 33 pour cent il y a cinq ans. De plus, une fraction des requérants, seulement 0,03 pour cent, représentait près de 6 pour cent du montant admissible en 2021. Ces requérants prennent des médicaments très onéreux pour traiter des maladies rares, qui peuvent coûter des centaines de milliers de dollars par année.

Du point de vue des économies de coûts, l'impact des médicaments biologiques biosimilaires est prometteur, d'après les données probantes recueillies jusqu'à présent en Colombie-Britannique. Dans cette province, les régimes privés d'assurance médicaments ont vu la part des médicaments biosimilaires à moindre coût exploser, de 7 pour cent du montant admissible pour les produits biologiques en janvier 2019 à 65 pour cent à la fin de 2021. En matière d'économies, à la fin de 2021, le montant admissible relatif par requérant en Colombie-Britannique pour un produit biologique correspondait à 66 pour cent de ce qu'il était en janvier 2019.

Le rapport de TELUS Santé précise également comment la pandémie a entraîné des retards dans le diagnostic et le traitement de maladies telles que la dépression et le cancer au Canada. Cela a entraîné une diminution importante du nombre de réclamations ou de requérants et il faudra probablement des années pour en constater les répercussions, à mesure que les systèmes de santé provinciaux rattraperont leur retard en matière de dépistage, de diagnostics et de traitements. Malheureusement, des études montrent déjà que les patients sont atteints d'une maladie à un stade plus avancé.

Il en faut plus pour déterminer si les niveaux d'adoption de certains outils de gestion des régimes ont effectivement atteint un plateau ou même commencé à décliner, nonobstant la pandémie. Quoiqu'il en soit, les données pré-pandémiques indiquent que les taux de croissance ont été tout au plus modérés. Un des principaux facteurs dont doivent tenir compte les preneurs de régime et leurs fournisseurs est l'utilisation accrue de médicaments de spécialité coûteux pour un nombre moins élevé de requérants.

Les personnes qui travaillent dans le domaine de l'assurance maladie doivent continuer à déterminer de quelles façons la vie a changé ainsi que la manière dont ces changements continueront de toucher ceux qui utilisent leurs régimes d'assurance. Alors que nous évoluons vers un monde maintenant plus axé sur la « nouvelle normalité » que sur la COVID-19, il est de plus en plus important pour les décideurs, les preneurs de régimes et les employeurs d'apporter des améliorations et de mettre en place des pratiques innovantes afin de maintenir une responsabilité sociale envers leurs employés et les utilisateurs de régimes d'assurance maladie.

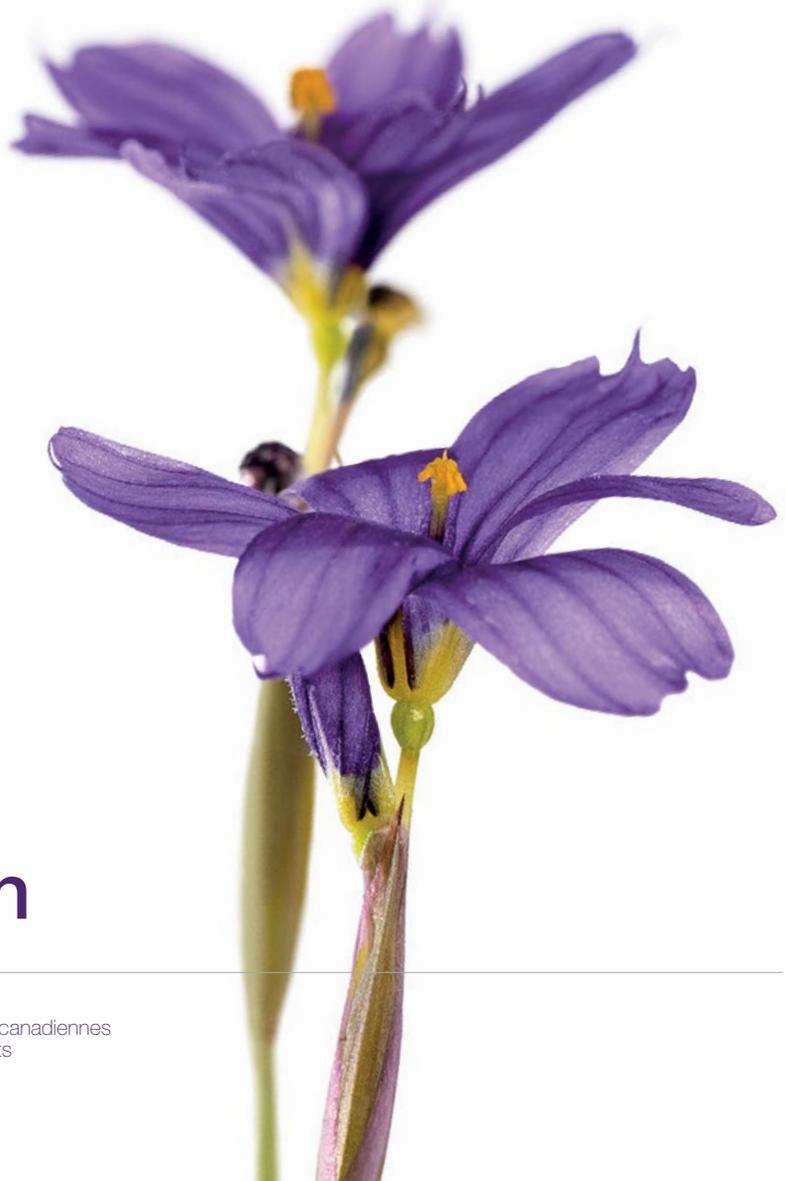
TELUS Santé espère que les conclusions et les observations sur les tendances en matière de consommation de médicaments au Canada en 2021 pourront aider à tenir des conversations importantes, à favoriser l'innovation dans le secteur canadien des régimes d'assurance maladie et à soutenir nos pairs de l'industrie alors que nous passons aux activités post-pandémiques.

Le système de santé canadien continue de nous étonner par sa capacité d'adaptation et par ses progrès face à une adversité constante. Nous vous sommes extrêmement reconnaissants de votre dévouement à l'amélioration et à l'innovation et nous nous réjouissons de continuer à travailler avec vous au cours de l'année à venir.



**Martin Bélanger**

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



# 1. Introduction

---



## Au cours de la deuxième année de pandémie de COVID-19, les taux de prescription de médicaments à haut volume,

comme les antibiotiques et les analgésiques, sont demeurés bien en deçà des valeurs habituelles. De même, pour une deuxième année consécutive, le nombre d'assurés qui n'ont fait aucune demande de règlement était en hausse, ce qui témoigne de la baisse de fréquence des consultations médicales.



Pourtant, malgré ces tendances à la baisse en raison de la pandémie, le montant mensuel admissible moyen par assuré a augmenté dans la même proportion en 2021 qu'en 2019, avant la pandémie (soit de 5,0 % au cours de ces deux années). De plus, le montant mensuel admissible moyen par demande de règlement a bondi de 8,9 % en 2021, une augmentation largement supérieure aux taux de croissance des quatre années précédentes.

Pour mettre ces résultats en perspective, au cours des deux dernières années, les taux de croissance annuels du montant admissible par demande de règlement ont nettement dépassé les augmentations annuelles moyennes de l'indice des prix à la consommation (IPC).



La situation est d'autant plus exceptionnelle que l'augmentation de l'IPC de 3,4 % en 2021 a été la plus importante depuis 1991. Ce sont principalement les médicaments de spécialité qui ont fait augmenter les montants soumis à l'approbation par les régimes privés. Ils ont contribué au taux de croissance du montant admissible par assuré dans des proportions qui frôlaient les 10 % en 2021.

Les tendances associées à la catégorie des antidiabétiques contribuent également à l'augmentation des coûts pour les régimes privés d'assurance médicaments. Bien que les prix des nouveaux produits de cette catégorie se situent bien en deçà du seuil de ce qui définit un médicament de spécialité, ces produits sont beaucoup plus coûteux que les traitements de première intention et leur utilisation est en constante augmentation. En effet, la catégorie des antidiabétiques semble sur le point de déloger celle des médicaments contre la polyarthrite rhumatoïde de la position qu'elle occupe de longue date comme catégorie associée aux montants admissibles les plus élevés, notamment en raison de l'adoption progressive de politiques publiques de substitution qui contribuera à favoriser de plus en plus l'augmentation du nombre d'ordonnances pour des médicaments biosimilaires, qui sont moins coûteux, pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde.

Il faut également mentionner l'activité dans la catégorie des antidépresseurs. Bien que sa part de l'ensemble des montants admissibles dans les registres de TELUS Santé n'ait pas augmenté au cours des deux années de pandémie, le volume des demandes et le nombre de réclamants ont tout de même pris de l'ampleur. Un examen plus en détail des principales catégories associées au plus grand nombre de réclamants, répartis par groupes d'âge, révèle que les antidépresseurs ont grimpé de la cinquième à la troisième position chez les réclamants de 20 à 39 ans, de même que chez ceux de 40 à 59 ans.



Le Rapport de 2022 sur les tendances et références canadiennes en matière de consommation de médicaments de TELUS Santé décrit les activités de réclamation de plus de 5,2 millions de titulaires de certificat en 2021. En plus de résumer les tendances en matière de demandes de règlement, il présente un portrait des taux d'adoption d'outils de gestion des régimes d'assurance médicaments, tels que la substitution générique obligatoire et les listes de médicaments gérées.

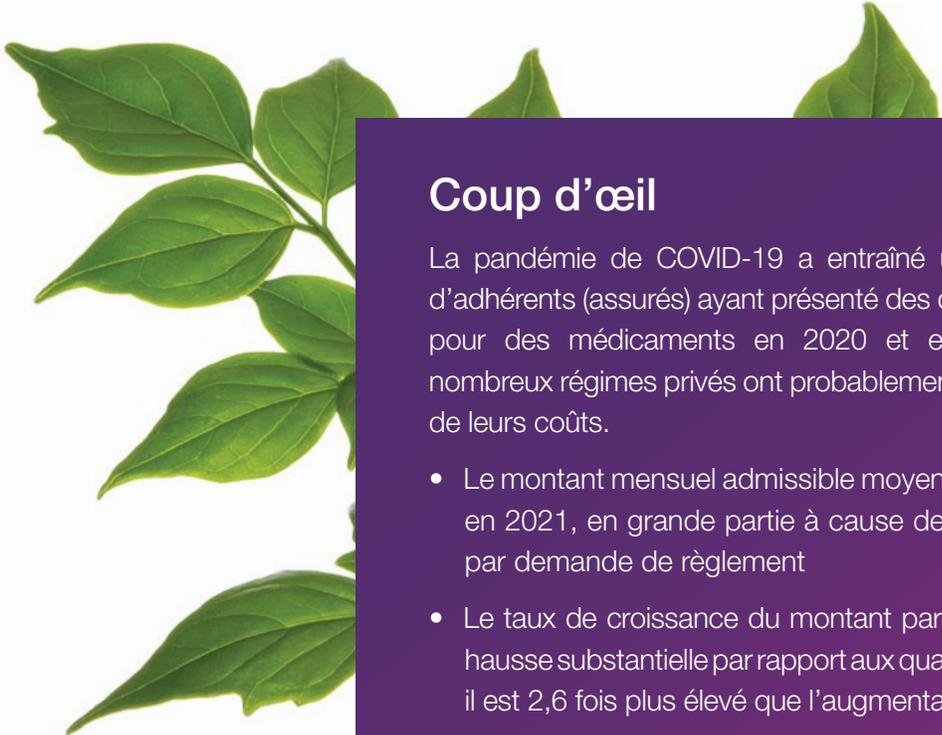
« La croissance combinée de l'utilisation de médicaments de spécialité, dont les coûts sont élevés, et de l'utilisation plus répandue de médicaments pour la prise en charge du diabète et de la santé mentale font grimper les coûts. Le fait que les diagnostics et les traitements de maladies graves comme le cancer ont été retardés aura probablement aussi des répercussions dans les années à venir. »

**Shawn O'Brien**, directeur, Optimisation des données et Gestion des régimes d'assurance santé chez TELUS Santé



## 2. Coûts et utilisation

---



## Coup d'œil

La pandémie de COVID-19 a entraîné une baisse du nombre d'adhérents (assurés) ayant présenté des demandes de règlement pour des médicaments en 2020 et en 2021. Toutefois, de nombreux régimes privés ont probablement enregistré une hausse de leurs coûts.

- Le montant mensuel admissible moyen par assuré a augmenté en 2021, en grande partie à cause des montants plus élevés par demande de règlement
- Le taux de croissance du montant par demande a connu une hausse substantielle par rapport aux quatre années précédentes; il est 2,6 fois plus élevé que l'augmentation de l'IPC
- Encore une fois, les médicaments de spécialité contribuent davantage que les médicaments classiques à l'augmentation du montant admissible par assuré, avec un taux de croissance frôlant les 10 %
- Dans la tranche d'âge de 60 à 64 ans, le montant admissible moyen par assuré est 6,6 fois plus élevé que chez les moins de 25 ans
- Les médicaments génériques ont atteint près des deux tiers du volume d'ordonnances soumises aux régimes privés, alors qu'ils représentent un peu moins du quart du montant admissible

## Tendances en matière de coûts

Le montant mensuel admissible moyen par assuré a augmenté de 5,0 % en 2021, comparativement à un taux de croissance de 3,6 % en 2020 (graphique 1). À première vue, les résultats suivent la courbe de croissance des cinq dernières années (si l'on exclut l'effet en 2018 du régime Assurance-santé Plus de l'Ontario, brièvement en vigueur, qui avait entraîné un taux de croissance négatif en couvrant tous les assurés de moins de 25 ans).

Cependant, lorsqu'on regarde de plus près, on découvre une réalité plus complexe. Les coûts ont augmenté en 2021 et en 2020, malgré le fait que les assurés ont été considérablement moins nombreux à présenter des demandes de règlement au cours des deux premières années de la pandémie.

Toutefois, chez ceux qui ont présenté des demandes, le nombre de demandes a augmenté sensiblement par rapport aux chiffres d'avant la pandémie (voir la section « Tendances en matière d'utilisation » pour plus de détails).

En plus de ces changements sur le plan de l'utilisation, le montant mensuel admissible moyen par assuré a augmenté tant pour les médicaments classiques que pour les médicaments de spécialité (graphique 2). Les médicaments de spécialité sont le principal facteur responsable de cette augmentation année après année, avec un taux de croissance de 9,5 % en 2021 et de 8,7 % en 2020.

« À 9,5 %, le taux de croissance du montant admissible associé aux médicaments de spécialité demeure bien plus élevé que celui qui est associé aux médicaments classiques, soit seulement 2,9 % », constate M. O'Brien. « À mesure que de nouveaux traitements seront commercialisés pour traiter des maladies pour lesquelles il n'existait pas encore de traitement ou qui étaient traitées de manière sous-optimale, il est fort probable que l'utilisation de ces produits révolutionnaires et plus coûteux continue de s'accroître. »



D'un point de vue géographique, c'est au Québec que les médicaments de spécialité ont connu la plus forte augmentation, soit 11,3 %, suivi de l'Ontario (10,2 %) et des provinces de l'Atlantique (9,1 %). Le taux relativement faible de 6,7 % dans l'Ouest canadien s'explique par l'existence de régimes universels d'assurance médicaments en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Saskatchewan.

Les médicaments classiques ont fait augmenter de 2,9 % le montant mensuel admissible par assuré en 2021, comparativement à 1,3 % l'année précédente. Cette augmentation était relativement uniforme dans toutes les régions, sauf dans les provinces de l'Atlantique, où le résultat était légèrement plus faible (2,4 %).



Si l'on considère les deux types de médicaments ensemble, le Québec a connu la plus forte augmentation du montant mensuel admissible moyen par assuré, soit 6,0 %, suivi de l'Ontario (5,3 %) et des provinces de l'Atlantique (5,1 %) (graphique 3).

Lorsqu'on change de perspective pour analyser les montants admissibles moyens sous l'angle des demandes de règlement comme telles, on constate que l'Ontario a connu la plus forte augmentation (11,2 %), suivie des provinces de l'Atlantique (10,1 %) et, un peu plus loin derrière, de l'Ouest canadien (7,8 %) et du Québec (6,6 %) (graphique 4).

« Les fortes augmentations observées en 2021 s'expliquent en partie par le fait que le coût par demande en 2020 a été artificiellement inférieur à la normale pendant la période de cette année où les renouvellements étaient limités à des approvisionnements de 30 jours plutôt que de 90 jours », remarque M. O'Brien. « En plus de cela, l'utilisation de médicaments de spécialité et de médicaments pour traiter les maladies rares est en hausse. »

Lorsque les résultats sont analysés sous l'angle de l'âge (graphique 5), la plus forte augmentation en 2021 a été enregistrée chez les assurés de 30 à 39 ans (6,9 %), suivis des moins de 25 ans (6,2 %).

On constate une divergence par rapport à l'année 2020, alors que l'augmentation chez les assurés de 30 à 39 ans (1,5 %) était la plus faible parmi tous les groupes d'âge. En 2021, le résultat le plus bas a été enregistré chez les assurés de 60 à 64 ans, soit 3,4 %, la moyenne globale étant alors de 5,1 %.

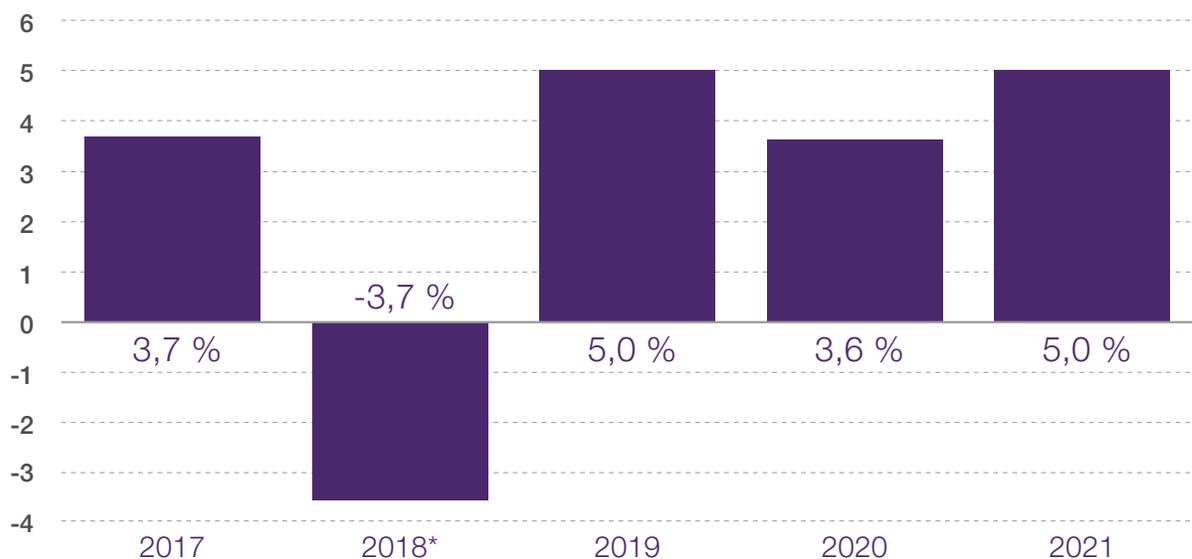
Cela dit, le montant mensuel admissible moyen par assuré chez les 60 à 64 ans est beaucoup plus élevé que dans tous les autres groupes d'âge, soit 104,44 \$, comparativement à seulement 15,76 \$ chez les assurés de moins de 25 ans (graphique 6). Les résultats de 2021 marquent la deuxième année où le montant mensuel admissible moyen dépasse les 100 \$ dans le groupe des 60 à 64 ans (ce montant avait atteint 100,97 \$ en 2020).



Chez les 60 à 64 ans, les montants mensuels admissibles sont presque sept fois plus élevés que chez les moins de 25 ans. Les plus jeunes réclament généralement des traitements de plus courte durée, donc moins coûteux, mais avec l'âge, les maladies chroniques apparaissent, explique M. O'Brien.

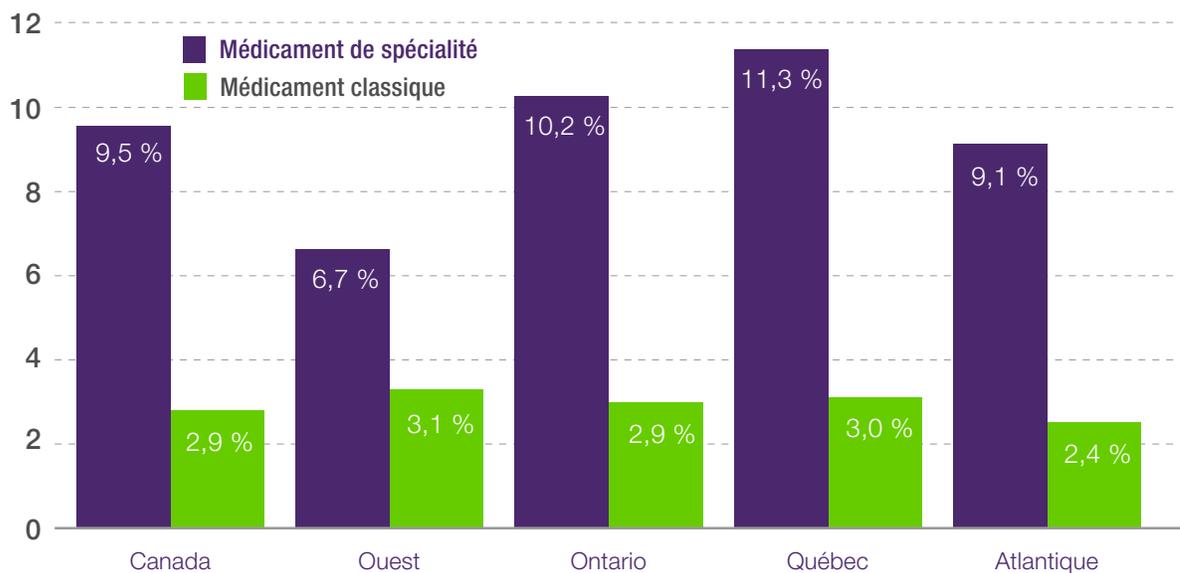


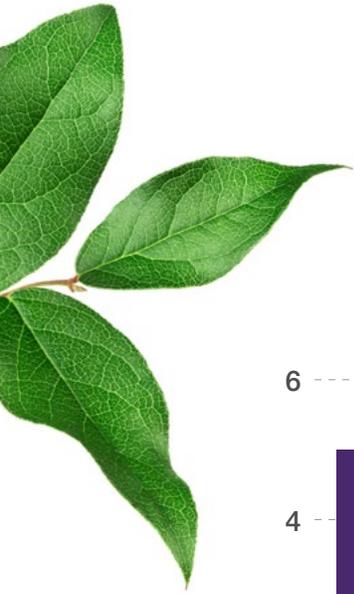
**GRAPHIQUE 1** | Variation du montant mensuel admissible moyen par assuré, de 2017 à 2021



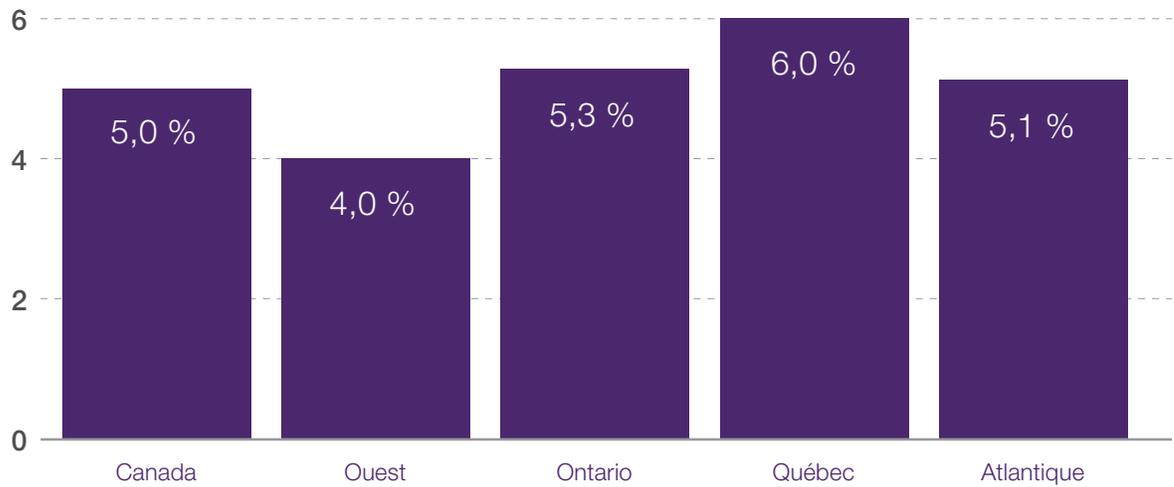
\*Les résultats pour 2018 rendent compte de l'incidence que le programme Assurance-santé Plus en Ontario a eue sur les régimes privés d'assurance médicaments du 1er janvier 2018 au 1er avril 2019.

**GRAPHIQUE 2** | Variation du montant mensuel admissible moyen par assuré, de 2020 à 2021, selon la catégorie de médicament

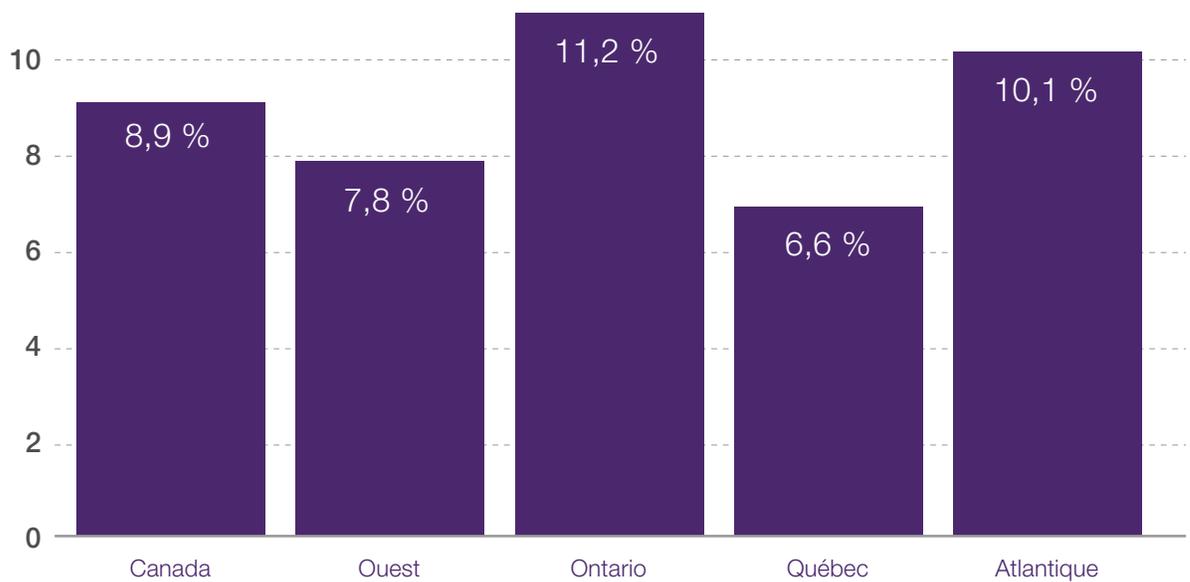




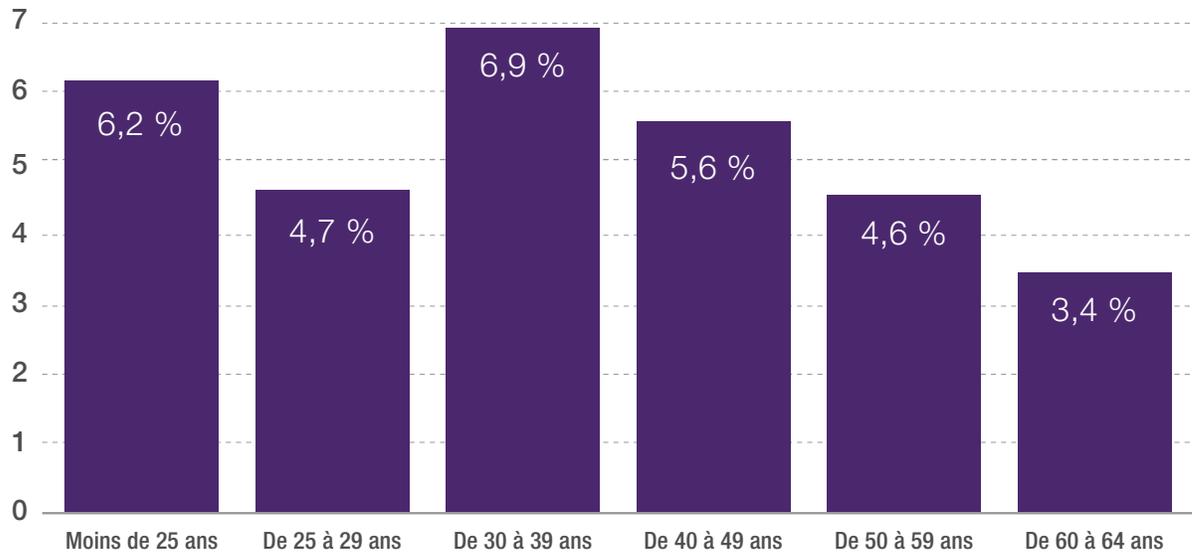
**GRAPHIQUE 3** | Variation du montant mensuel admissible moyen par assuré, de 2020 à 2021, selon la région



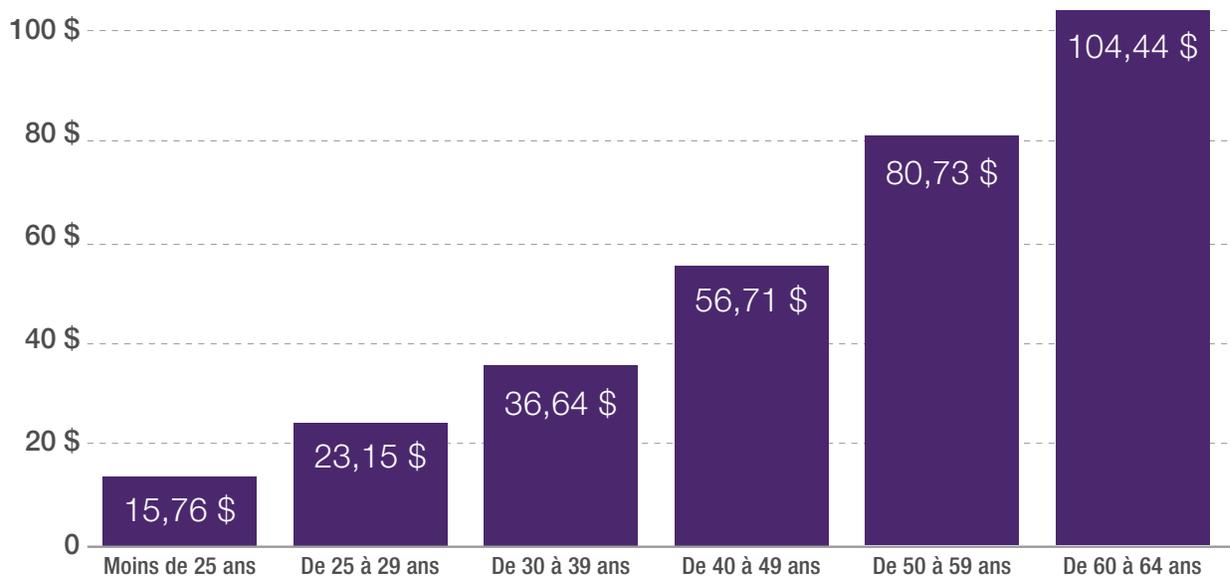
**GRAPHIQUE 4** | Variation du montant mensuel admissible moyen par demande de règlement, de 2020 à 2021, selon la région



**GRAPHIQUE 5** | Variation du montant mensuel admissible moyen par assuré, de 2020 à 2021, selon le groupe d'âge



**GRAPHIQUE 6** | Montant mensuel admissible moyen par assuré en 2021, selon le groupe d'âge





## Tendances en matière d'utilisation

L'utilisation mensuelle du régime d'assurance médicaments, lorsqu'elle est répartie entre tous les assurés, a diminué en 2021 dans toutes les régions, l'Ontario en tête de liste (-5,3 %) suivie par les provinces de l'Atlantique (-4,6 %) (graphique 7). La diminution de 3,5 % à l'échelle du pays en 2021 contraste avec les augmentations de 1,4 % observées en 2020 et de 3,8 %, en 2019.

En d'autres mots, les assurés ont été moins nombreux à présenter des demandes de règlement au cours des deux dernières années : 56,3 % en 2021 et 56,8 % en 2020, comparativement à des taux systématiquement supérieurs à 60,0 % avant la pandémie (graphique 8). Ces résultats laissent fortement supposer que les assurés ont vu leurs médecins moins souvent au cours des deux dernières années, ce qui a eu pour résultat un moins grand nombre d'ordonnances.

Par contre, le nombre de demandes par réclamant est plus élevé qu'avant la pandémie (graphique 9). En 2021, les réclamants ont présenté en moyenne 11,1 demandes de règlement, une légère baisse par rapport à la première année de pandémie (11,4 demandes); il s'agit tout de même d'une hausse appréciable comparativement aux années précédentes, où le résultat avoisinait les 10 demandes par réclamant.

Ce résultat de 11,4 demandes par réclamant en 2020 s'explique en partie par des renouvellements plus fréquents d'ordonnances pour le traitement de maladies chroniques en raison des politiques d'approvisionnement en médicaments adoptées dans la plupart des provinces au cours des premiers mois de la pandémie (où les renouvellements étaient limités à un approvisionnement de 30 jours au lieu des 90 jours habituels).

Le montant admissible moyen par demande a également augmenté considérablement par rapport aux années précédentes (graphique 10). À la fin de 2021, il était de 83,45 \$, soit 8,9 % de plus que la moyenne de 2020 (76,63 \$). Au cours des trois années précédentes, les taux de croissance se situaient entre 1,3 % et 3,1 %.



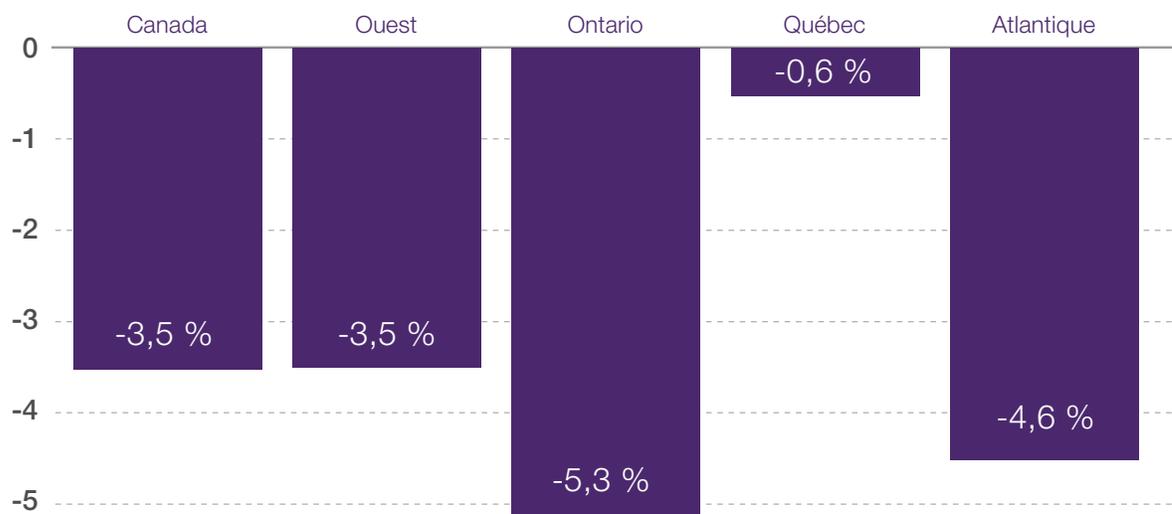
L'augmentation de 8,9 % en 2021 équivaut à plus de 2,6 fois la hausse de l'IPC annuel moyen, qui est de 3,4 %, ce qui rappelle la situation de 2020, où la hausse de 2,4 % du montant admissible par demande soumise à un régime privé avait été plus de 3 fois supérieure à celle de l'IPC (0,7 %). À titre de comparaison, au cours des trois années qui ont précédé la pandémie, les augmentations du montant admissible moyen par demande étaient de 1,6 à 1,9 fois supérieures aux hausses de l'IPC enregistrées pour ces mêmes années (graphique 11).

La situation est d'autant plus exceptionnelle que l'augmentation de l'IPC (3,4 %) en 2021 a été la plus élevée depuis 1991.

Lorsqu'on additionne toutes les demandes pour l'année, le montant annuel admissible moyen par réclamant était de 928,30 \$ en 2021, soit 6,0 % de plus qu'en 2020 (876,11 \$) (graphique 12). Bien que cette hausse soit quelque peu élevée comparativement aux cinq années précédentes, elle est tout de même nettement inférieure au bond de 13,9 % enregistré en 2020.

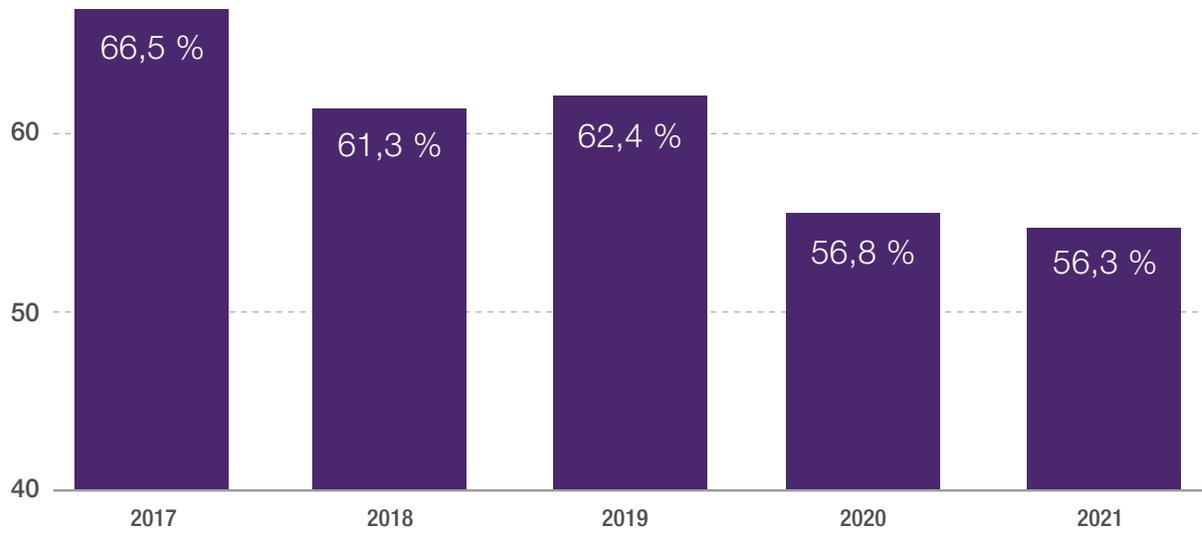
Le graphique 13 présente une vue d'ensemble des coûts et de l'utilisation en 2021.

**GRAPHIQUE 7** | Variation de l'utilisation mensuelle par assuré, de 2020 à 2021, selon la région

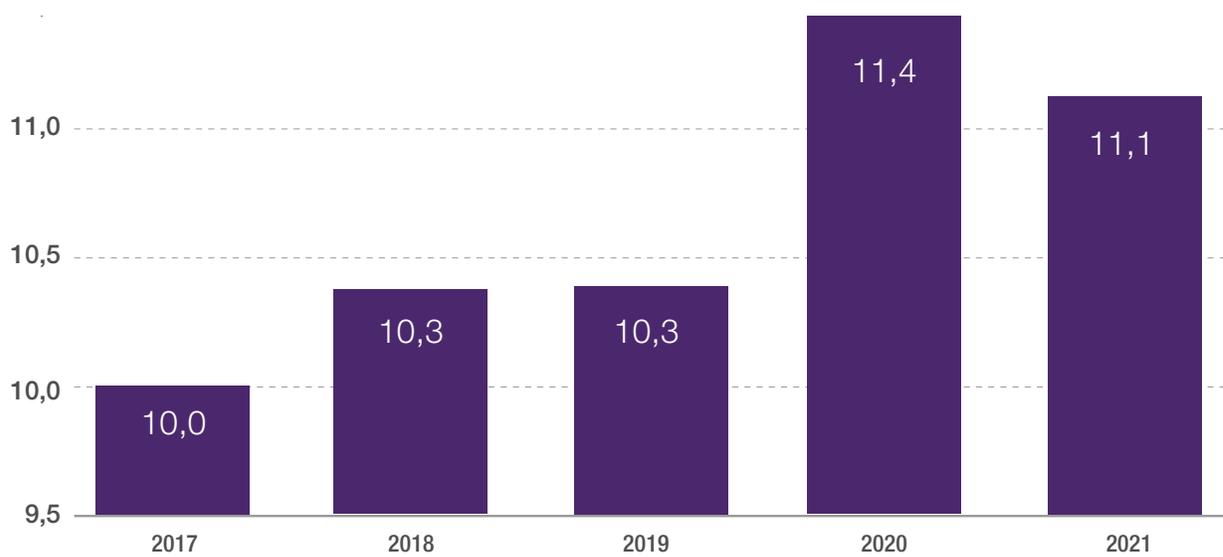




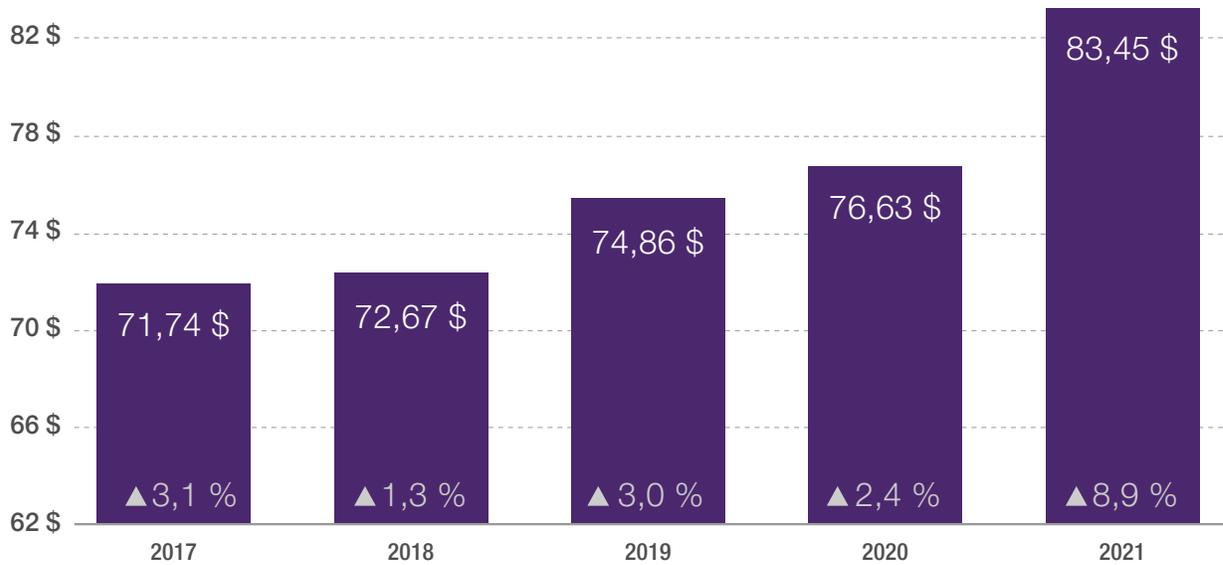
**GRAPHIQUE 8** | Pourcentage du nombre d'assurés ayant présenté des demandes de règlement, de 2017 à 2021



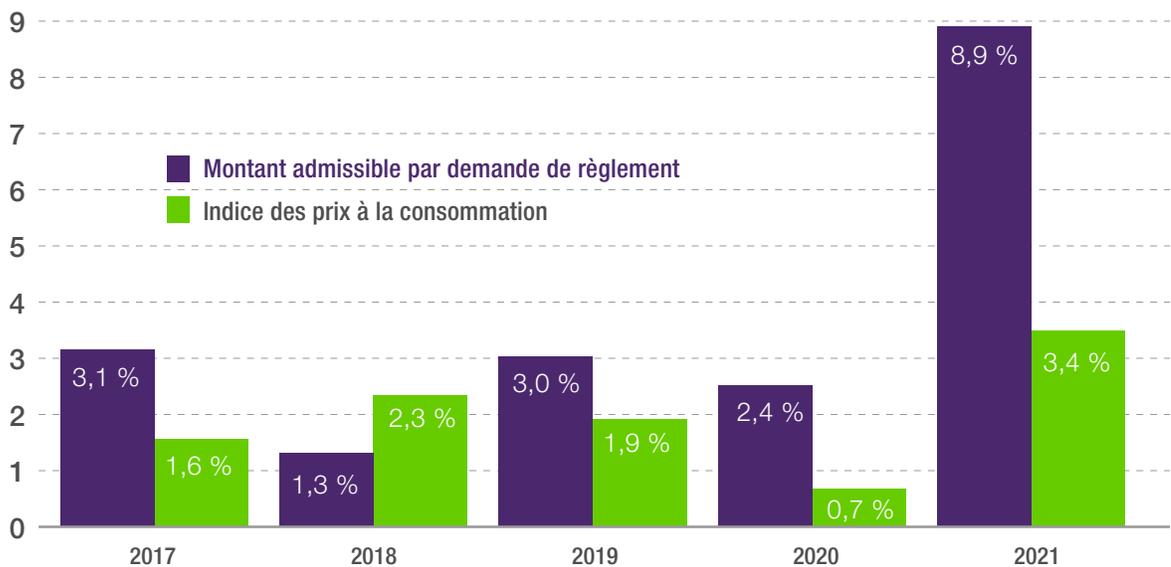
**GRAPHIQUE 9** | Nombre de demandes de règlement par réclamant, de 2017 à 2021



**GRAPHIQUE 10** | Montant admissible moyen par demande de règlement, de 2017 à 2021

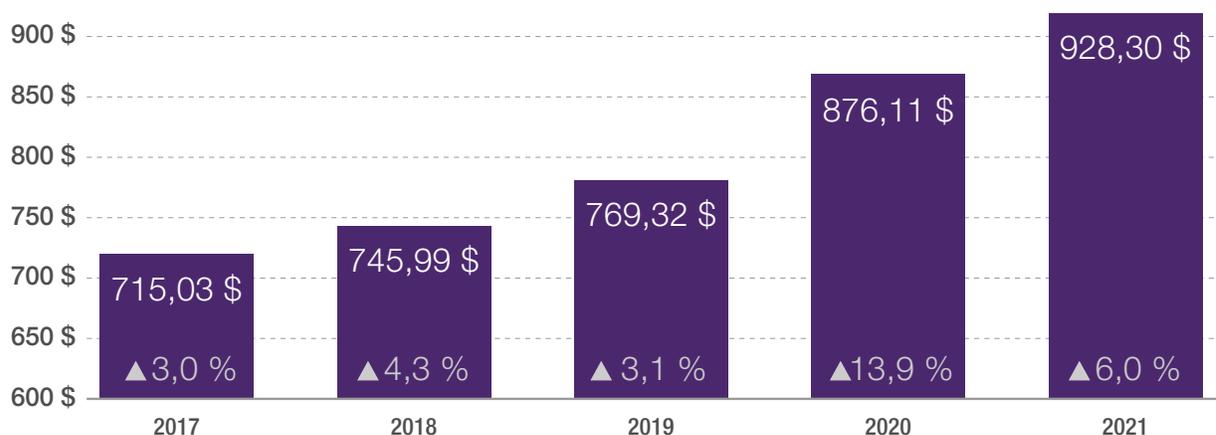


**GRAPHIQUE 11** | Variation du montant admissible moyen par demande de règlement, de 2017 à 2021, par comparaison à celle de l'indice des prix à la consommation





**GRAPHIQUE 12** | Montant annuel admissible moyen par réclamant, de 2017 à 2021



**GRAPHIQUE 13** | Aperçu des coûts et de l'utilisation en 2021, selon la région

	Canada	Ouest	Ontario	Québec	Atlantique
Montant mensuel admissible par assuré	43,56 \$	31,92 \$ <sup>1</sup>	44,93 \$	61,04 \$	55,62 \$
Taux d'utilisation mensuelle par assuré	0,52	0,42	0,47	0,88 <sup>2</sup>	0,58
Pourcentage d'assurés ayant présenté une demande de règlement	56,3 %	53,9 %	54,7 %	64,0 %	64,3 %
Montant admissible moyen par demande de règlement	83,45 \$	76,87 \$	96,46 \$	69,35 \$ <sup>2</sup>	95,52 \$
Nombre moyen de demandes de règlement par réclamant	11,1	9,3	10,2	16,5 <sup>2</sup>	10,9
Âge moyen des employés/adhérents	41,8	41,0	41,9	42,4	43,4

**1** L'Ouest canadien affiche le plus faible montant mensuel admissible par assuré en raison des régimes d'assurance médicaments universels 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 par assuré le plus élevé, le montant admissible moyen par demande de règlement le plus bas et le nombre moyen de demandes par réclamant le plus élevé parce que les pharmaciens du Québec délivrent habituellement les ordonnances pour le traitement de maladies chroniques en quantités correspondant à un approvisionnement de 30 jours, alors que cette période est plutôt de 90 jours dans les autres provinces.

## Utilisation de médicaments génériques

Les médicaments génériques délivrés sur ordonnance constituent la majeure partie des demandes remboursées par les régimes privés, atteignant 66 % des demandes en 2021 comparativement à 64 % en 2020 et à 61 % il y a cinq ans, en 2017 (graphique 14). Si l'on recule jusqu'en 2013, les médicaments génériques comptaient alors pour 56 % des demandes de règlement. Les politiques de substitution obligatoire sont les principaux facteurs responsables de cette tendance à la hausse ([page 52](#)).

D'un point de vue géographique, l'utilisation des médicaments génériques varie de 72 % dans les provinces de l'Atlantique (comparativement à 71 % en 2020 et à 69 % en 2017) à 63 % en Ontario (62 % en 2020 et 59 % en 2017). Le Québec continue d'être la province qui affiche la hausse la plus importante, passant de 60 % en 2017 à 66 % en 2021.

« Au Québec, le taux de délivrance de génériques a augmenté de façon régulière depuis que le gouvernement provincial a adopté en 2015 la directive “Ne pas substituer” visant les prescripteurs. Avant cette année-là, la province affichait habituellement les taux de délivrance de génériques les plus bas », remarque M. O'Brien.

Parmi les 34 % restants de médicaments prescrits remboursés par les régimes privés, 27 % sont des médicaments d'origine à fournisseur unique (pour lesquels il n'existe aucun générique), une baisse par rapport à 30 % en 2020 et à 32 % il y a cinq ans (graphique 15). Les médicaments à fournisseurs multiples (pour lesquels il existe des équivalents génériques) constituent les 7 % restants, qui comptaient pour 6 % en 2020 et 7 % en 2017. À titre de comparaison, en 2013, 10 % des médicaments remboursés par des régimes privés étaient des médicaments à fournisseurs multiples.

La part des médicaments à fournisseurs multiples ne pourra jamais être nulle pour deux raisons. Premièrement, il y a toujours un faible pourcentage de patients qui manifestent des effets indésirables après le passage à un médicament générique et qui doivent revenir au médicament d'origine. Deuxièmement, les politiques de substitution obligatoire permettent la délivrance d'un médicament à fournisseurs multiples lorsque le patient paie la différence de prix entre le médicament d'origine et le générique.

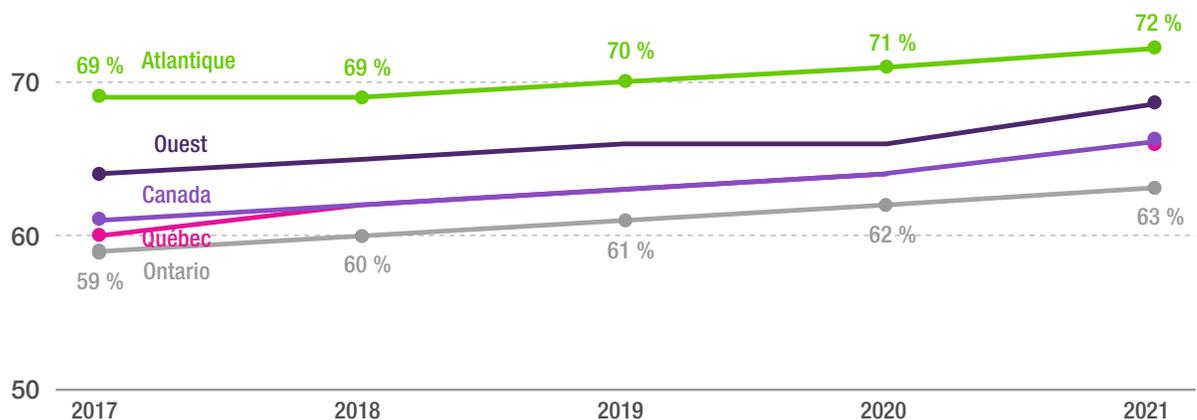




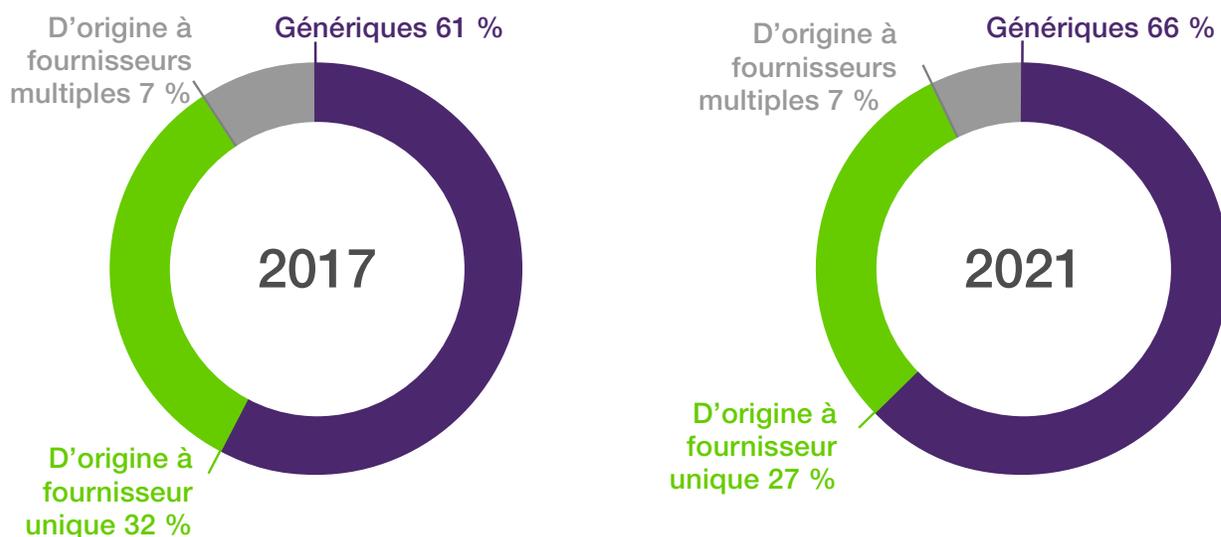
Dans cette optique, jusqu'à quel point la consommation de médicaments à fournisseurs multiples peut-elle baisser? Les provinces de l'Atlantique en sont peut-être un bon indicateur, puisque les médicaments à fournisseurs multiples ne représentaient que 4 % des ordonnances remboursées en 2021, comparativement au pourcentage le plus élevé au pays, soit 9 % au Québec. « Cependant, il est difficile de comparer les provinces parce qu'un médicament considéré comme à fournisseurs multiples dans une province peut être à fournisseur unique dans une autre. Chaque province détermine ce qui peut être interchangeable », explique M. O'Brien.

Le cadre de tarification des génériques par niveau de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) régit la tarification des médicaments génériques. Les prix peuvent être aussi bas que 10 % du prix de référence du médicament d'origine, dans le cas de médicaments à haut volume pour lesquels il existe plusieurs options génériques, ou aller jusqu'à 85 % du prix du médicament d'origine s'il existe seulement une option générique. Dans cette optique, les 66 % du volume d'ordonnances qu'occupent les médicaments génériques se traduisent par une part de 24 % des montants admissibles au remboursement par les régimes privés, soit la même proportion qu'en 2020 (graphique 16). En 2013, les médicaments génériques représentaient 26 % des montants admissibles. Cette baisse, malgré une croissance régulière du volume, témoigne de l'incidence du cadre de tarification l'APP, qui est entré progressivement en vigueur en 2014.

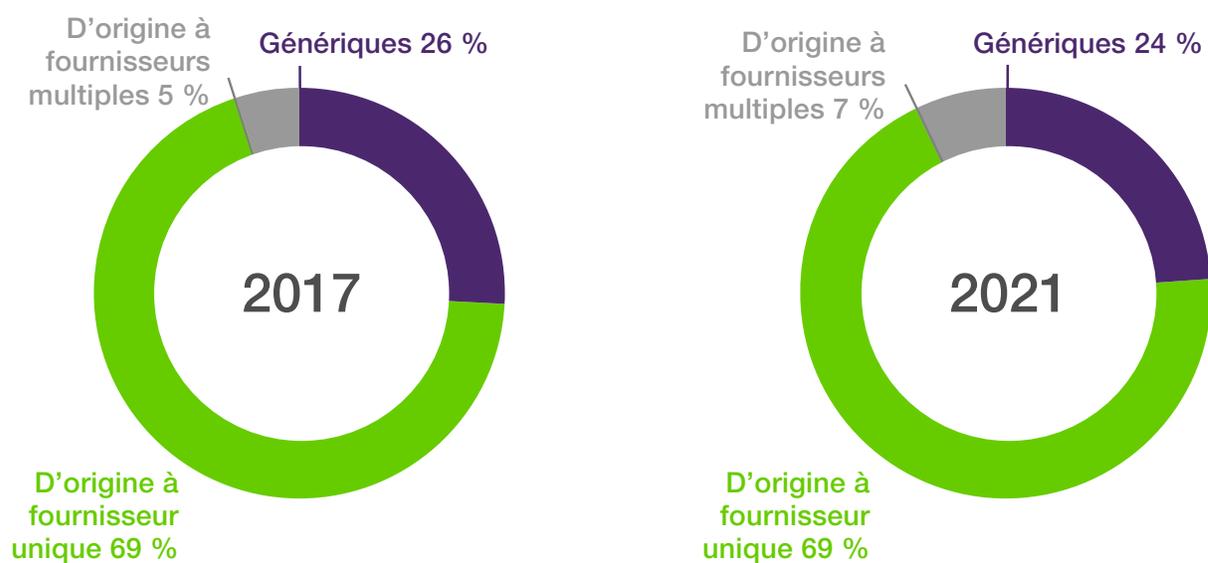
**GRAPHIQUE 14** | Utilisation des médicaments génériques, de 2017 à 2021, selon la région



GRAPHIQUE 15 | Utilisation par catégorie de médicaments en 2017 et en 2021



GRAPHIQUE 16 | Montant admissible par catégorie de médicaments en 2017 et en 2021



## Réclamants dont les demandes de règlement sont élevées

En 2021, 2 % de tous les réclamants ont présenté une demande de règlement pour des montants admissibles totalisant plus de 10 000 \$. Les coûts associés à ces réclamants représentaient 40 % de l'ensemble des montants admissibles pour tous les réclamants, une hausse comparativement à la proportion de 2017 qui se chiffrait à 33 % (graphique 17).

« Le fait que 0,03 % des réclamants représentaient près de 6 % de l'ensemble des montants admissibles à la fin de 2021 est encore plus évocateur. Ces réclamants, atteints de maladies très rares, prennent des médicaments très coûteux qui peuvent atteindre des centaines de milliers de dollars par an », explique M. O'Brien.

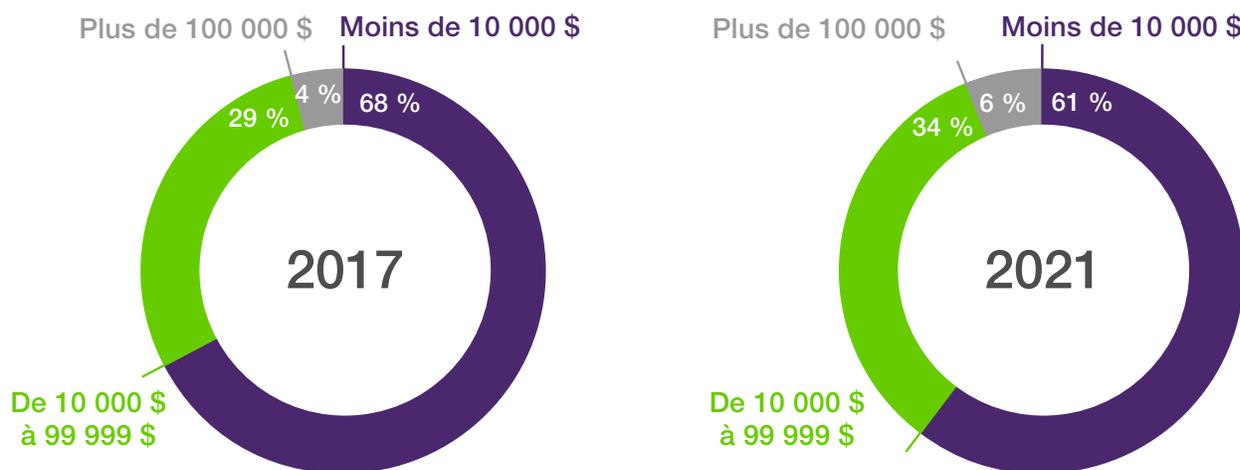
Lorsqu'on regarde de plus près, on constate que parmi les réclamants dont les demandes de règlement étaient « très élevées » en 2020 (c.-à-d., dont le montant annuel admissible dépassait les 100 000 \$), environ la moitié ont maintenu ce niveau en 2021. De plus, la moitié des réclamants dont les demandes de règlement en 2020 étaient « élevées » (c.-à-d., dont le montant annuel admissible dépassait les 10 000 \$, mais était inférieur à 100 000 \$) sont passés au niveau supérieur en 2021.

« En creusant encore plus, on constate que 20 % des réclamants dont les demandes de règlement sont passées au niveau «très élevées» en 2021 avaient réclamé des montants inférieurs à 10 000 \$ en 2020. En seulement un an, probablement en raison de la progression de leur maladie, les montants admissibles consacrés à leurs traitements ont été décuplés », souligne M. O'Brien.

Chez les réclamants pour qui le montant total admissible dépasse les 100 000 \$, les médicaments pour le traitement du cancer, de la polyarthrite rhumatoïde et de la fibrose kystique représentaient la majeure partie de ce montant, suivis, un peu plus loin derrière, par les médicaments pour le traitement des troubles dermatologiques et des troubles gastro-intestinaux.

« Les comorbidités sont également un facteur. Les réclamants dont les demandes de règlement sont élevées ou très élevées sont atteints en moyenne de six problèmes de santé, ajoute M. O'Brien. »

**GRAPHIQUE 17** | Répartition de l'ensemble des montants admissibles selon le montant annuel par réclamant en 2017 et en 2021\*



## Résumé

Les taux de croissance du montant admissible par demande ont nettement dépassé les taux de croissance de l'IPC au cours des deux dernières années. La situation est d'autant plus exceptionnelle qu'en 2021, la hausse de l'IPC a été la plus élevée depuis 1991. Cette conjoncture se traduit par un montant admissible plus élevé réparti entre tous les assurés, malgré le fait que ces derniers ont été moins nombreux à présenter des demandes de règlement. Les médicaments de spécialité et autres médicaments à coût élevé (notamment les antidiabétiques, [page 40](#)) sont les principaux facteurs qui sous-tendent la hausse du montant admissible par assuré. Les réclamants dont les demandes de règlement sont élevées, soit ceux pour qui le montant annuel admissible dépasse les 10 000 \$, représentent 40 % de l'ensemble des montants admissibles, une hausse comparativement à 33 % en 2017.

\*Les chiffres étant arrondis, l'addition des pourcentages ne totalise pas nécessairement 100 %.



### 3. Médicaments de spécialité

---



## Coup d'œil

La part qu'occupent les médicaments de spécialité a atteint le tiers de l'ensemble des montants admissibles, bien que les réclamants aient été moins de 2 % à présenter des demandes de règlement pour ces médicaments.

- En supposant que les tendances actuelles se maintiennent, TELUS Santé prévoit que d'ici la fin de 2026, les médicaments de spécialité représenteront près de la moitié du montant admissible moyen par certificat
- Les provinces de l'Atlantique demeurent la région où le pourcentage du montant admissible attribuable aux demandes de règlement soumises aux régimes privés pour des médicaments de spécialité est le plus élevé, bien que toutes les régions aient connu de légères augmentations en 2021.
- Les médicaments de spécialité sont surtout utilisés pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde, des troubles dermatologiques et du cancer.
- La politique de substitution par des médicaments biosimilaires de la Colombie-Britannique a eu une incidence marquée sur les régimes privés dans cette province

## Répartition des coûts et des réclamants

Pour la troisième année consécutive, la part du montant admissible occupée par les médicaments de spécialité a augmenté de 2 points de pourcentage, passant de 30 % en 2019 à 32 % en 2020 et à 34 % en 2021 (graphique 18). La part de ces médicaments a triplé depuis 2008 (11 %), l'année où TELUS Santé a commencé à rendre ces données publiques.

« L'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments à coût élevé indiqués pour les maladies rares ainsi que la consommation accrue de médicaments de spécialité existants favorise l'exposition », affirme M. O'Brien.



La part des réclamants qui présentent des demandes de règlement pour des médicaments de spécialité a également augmenté pendant trois années consécutives, passant de 1,1 % en 2019 à 1,3 % en 2020 et à 1,4 % en 2021. De telles augmentations seraient considérées comme sans conséquence dans d'autres catégories, elles sont néanmoins dignes de mention ici, étant donné les prix beaucoup plus élevés des médicaments de spécialité. « La croissance du pourcentage de réclamants est en voie de devenir un facteur important d'augmentation des coûts globaux. Au cours des cinq dernières années, le taux de croissance annuel composé [TCAC] du pourcentage de réclamants a dépassé le TCAC du coût des médicaments de spécialité : il était de 8,8 % pour les réclamants comparativement à 5,9 % pour les coûts », explique M. O'Brien.

Comme par les années précédentes, les régimes privés des provinces de l'Atlantique enregistrent le plus grand volume de demandes de règlement associées à des médicaments de spécialité, soit 41 % du montant admissible en 2021, comparativement à 40 % en 2020 (graphique 19). La principale raison peut être liée à l'épidémiologie, car certaines maladies génétiques rares sont plus prévalentes dans cette région du Canada. « Nous observons dans les provinces de l'Atlantique un nombre disproportionné de réclamants qui prennent des médicaments pour des maladies rares dont le coût annuel des traitements dépasse les 100 000 \$ », confirme M. O'Brien.

Les autres régions ont également enregistré de légères hausses de la portion du montant admissible consacrée aux médicaments de spécialité en 2021 : cette dernière est passée de 36 % en 2020 à 38 % au Québec, de 33 % à 34 % en Ontario et de 24 % à 25 % dans l'Ouest canadien. Le pourcentage historiquement plus bas dans l'Ouest canadien est attribuable aux régimes d'assurance médicaments universels en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Manitoba, qui atténuent l'incidence des médicaments de spécialité sur les régimes privés dans cette région, puisque la couverture publique prend effet une fois que les adhérents ont payé une franchise basée sur le revenu.



Les médicaments de spécialité représentent la majeure partie du montant admissible dans trois des sept principales catégories de médicaments (graphique 20) :

- Dans la catégorie de la polyarthrite rhumatoïde, 99 % du montant admissible (soit 12,5 des 12,6 % que représente cette catégorie) étaient associés aux médicaments de spécialité en 2021, ce qui a valu à cette catégorie de médicaments la première place au classement;
- Dans la catégorie des troubles dermatologiques comme le psoriasis, les médicaments de spécialité représentaient 73 % du montant admissible, une hausse par rapport à 62 % en 2020 et à 54 % en 2019;
- Dans la catégorie des cancers, les médicaments de spécialité représentaient 81 % du montant admissible

Comment toutes ces données se traduisent-elles pour les régimes privés en montant mensuel admissible par certificat? En 2021, le montant admissible total moyen par certificat était de 100 \$ par mois, une hausse par rapport à 97 \$ en 2020 (graphique 21). Si l'on décompose ce montant, on constate que 34 \$ (34 %) sont affectés aux médicaments de spécialité et 66 \$ (66 %), aux médicaments Médicament classique. Ces chiffres se comparent à 31 \$ (32 %) et 66 \$ (68 %), respectivement, en 2020, et à 26 \$ (28 %) et 68 \$ (72 %) il y a cinq ans. En d'autres mots, l'augmentation du montant mensuel admissible moyen par certificat, année après année, est entièrement attribuable aux médicaments de spécialité.

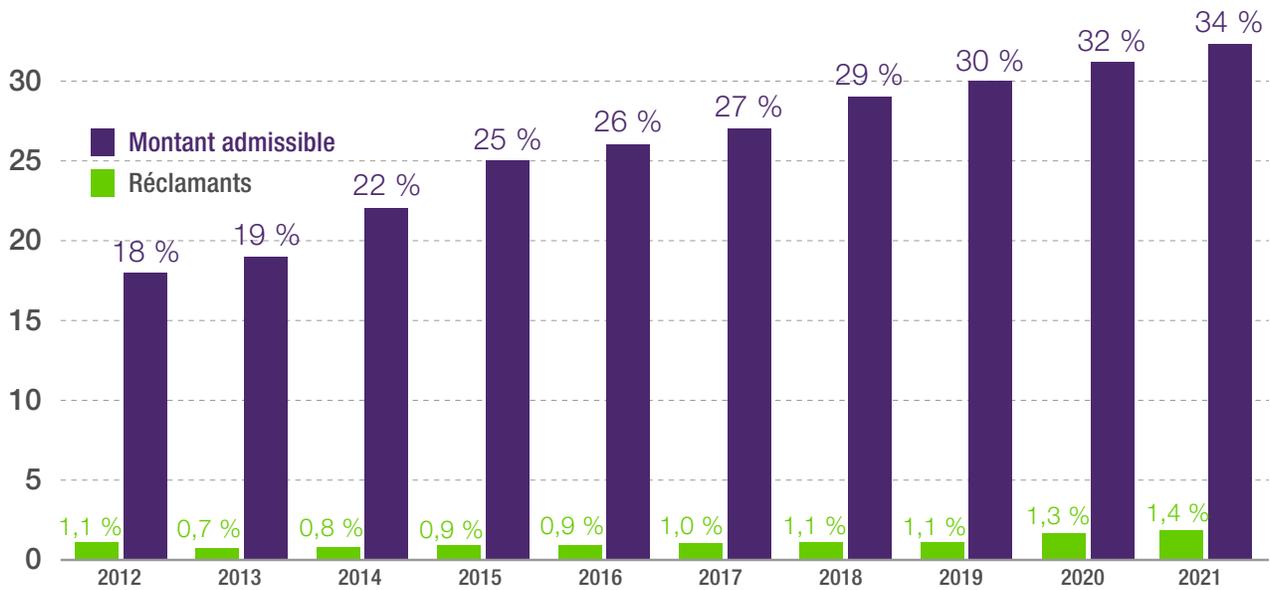
« Au cours des 13 dernières années, le TCAC du coût par certificat associé aux médicaments de spécialité a augmenté en moyenne de près de 9,9 % par année. À titre de comparaison, on observe une diminution annuelle moyenne de 1,5 % par année pour les médicaments classiques, affirme M. O'Brien. »

TELUS Santé prévoit que si les tendances actuelles se maintiennent, les médicaments de spécialité pourraient représenter presque la moitié du montant admissible moyen par certificat d'ici 2026, ou 55 \$ sur un montant total par certificat de 111 \$.

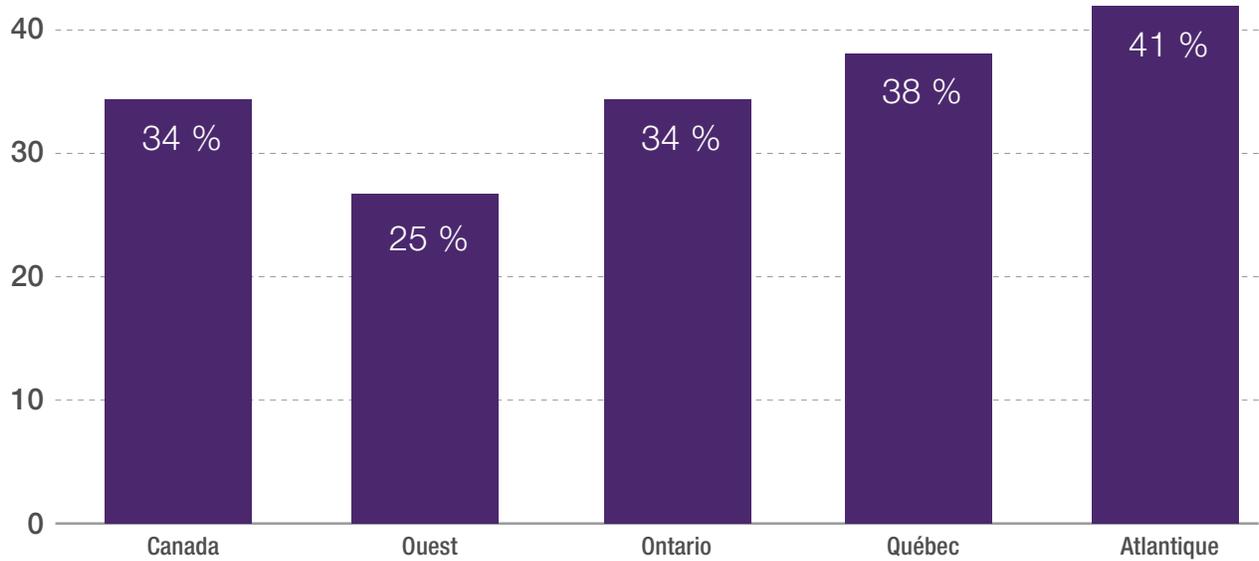
Le prix des médicaments et un nombre croissant de produits en voie de commercialisation sont les principales raisons pour lesquelles les médicaments de spécialité occupent une part du montant admissible par certificat en constante augmentation. Une tendance inverse pour les médicaments classiques contribue également à ce résultat : le montant mensuel moyen par certificat qui leur est consacré n'a pas changé ou a diminué au cours des 10 dernières années. Il était de 68 \$ en 2012 et en 2017, et de 66 \$ en 2021. D'ici 2026, on prévoit que le montant admissible moyen par certificat pour les médicaments classiques sera de 56 \$.

« Le nombre croissant de médicaments de spécialité en voie de commercialisation continuera de faire pression à la hausse sur les coûts des régimes », explique M. O'Brien. « Dans les années à venir, les régimes privés vont sentir l'effet de l'entrée sur le marché des nouveaux médicaments de spécialité pour la maladie d'Alzheimer, la dégénérescence maculaire et la dermatite atopique, par exemple ».

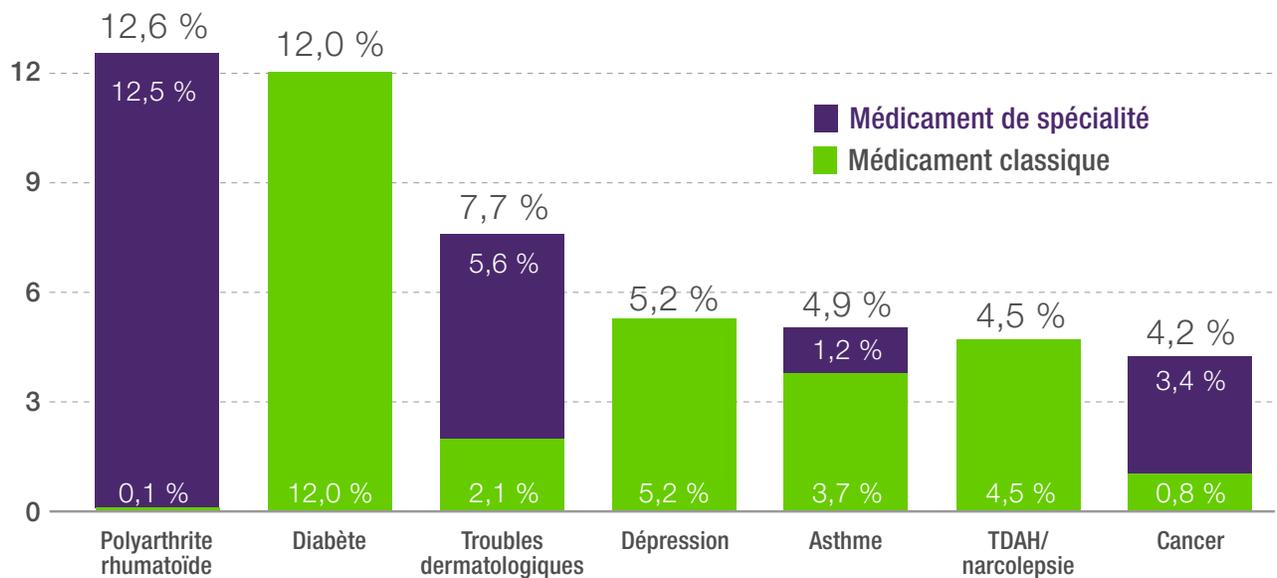
**GRAPHIQUE 18** | Pourcentages des réclamants et du montant admissible associés aux médicaments de spécialité, de 2012 à 2021



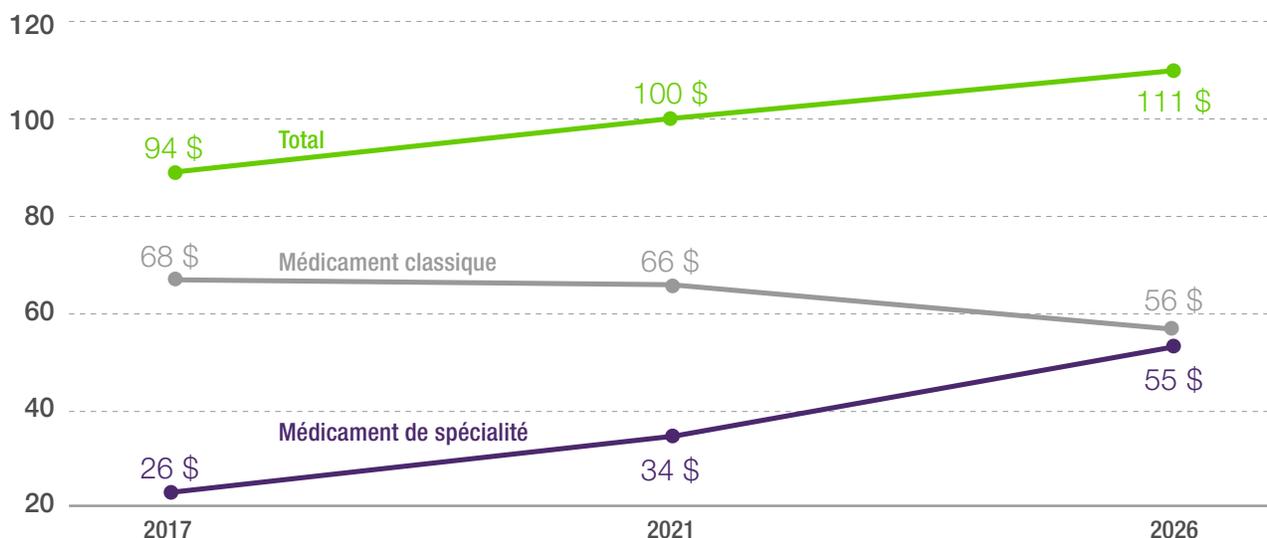
**GRAPHIQUE 19** | Part du montant admissible consacrée aux médicaments de spécialité en 2021, selon la région



**GRAPHIQUE 20** | Répartition du montant admissible entre les médicaments de spécialité et les médicaments classiques pour les principales catégories de médicaments en 2021



**GRAPHIQUE 21** | Montant mensuel admissible moyen par certificat, de 2017 à 2026 (prévisions), selon la catégorie de médicaments



## Médicaments biosimilaires

Les régimes privés en Colombie-Britannique ont vu bondir la part du montant admissible des médicaments biosimilaires pour les produits biologiques assortis d'options biosimilaires, qui est passée de 7 % en janvier 2019 à 65 % à la fin de 2021 (graphique 22). Ce pourcentage des coûts consacré aux biosimilaires est plus de cinq fois plus élevé que dans le reste du Canada (12 %).

Deux facteurs sont à l'origine de ce revirement majeur. D'abord et avant tout, la politique Biosimilar Initiative de la Colombie-Britannique est entrée en vigueur en novembre 2019. Cette politique de substitution englobe actuellement neuf médicaments biologiques d'origine pour lesquels il existe des biosimilaires. Deuxièmement, le régime universel d'assurance médicaments de la Colombie-Britannique PharmaCare a encouragé les régimes privés à calquer la politique de substitution du gouvernement pour éviter d'avoir à assumer l'entièreté du coût des médicaments biologiques d'origine si les adhérents refusent la substitution et choisissent de se tourner plutôt vers leur régime privé pour obtenir un remboursement.

En janvier 2019, selon les données de TELUS Santé sur les demandes de règlement soumises aux régimes privés en Colombie-Britannique, on constatait que les biosimilaires représentaient 7 % des coûts admissibles consacrés aux médicaments biologiques pour lesquels il existait des biosimilaires. À la fin de 2019, à peine deux mois après le début de l'entrée en vigueur de la politique provinciale de substitution par des biosimilaires, ce pourcentage avait grimpé à 20 %. La croissance a été stable en 2020, pour terminer à 33 % en décembre, puis elle s'est fortement accélérée en 2021 pour atteindre 65 %.

Comme on pouvait s'y attendre, les économies ont été immédiates. À la fin de 2021, le montant admissible relatif par réclamant en Colombie-Britannique pour un médicament biologique correspondait aux deux tiers (66 %) du montant enregistré en janvier 2019 (graphique 23).

En revanche, la portion du montant admissible consacrée aux biosimilaires dans le reste du Canada n'était que de 12 % à la fin de 2021, soit moins d'un cinquième de la part qui leur était consacrée en Colombie-Britannique. De plus, le montant admissible relatif par réclamant a augmenté de 10 % depuis janvier 2019.



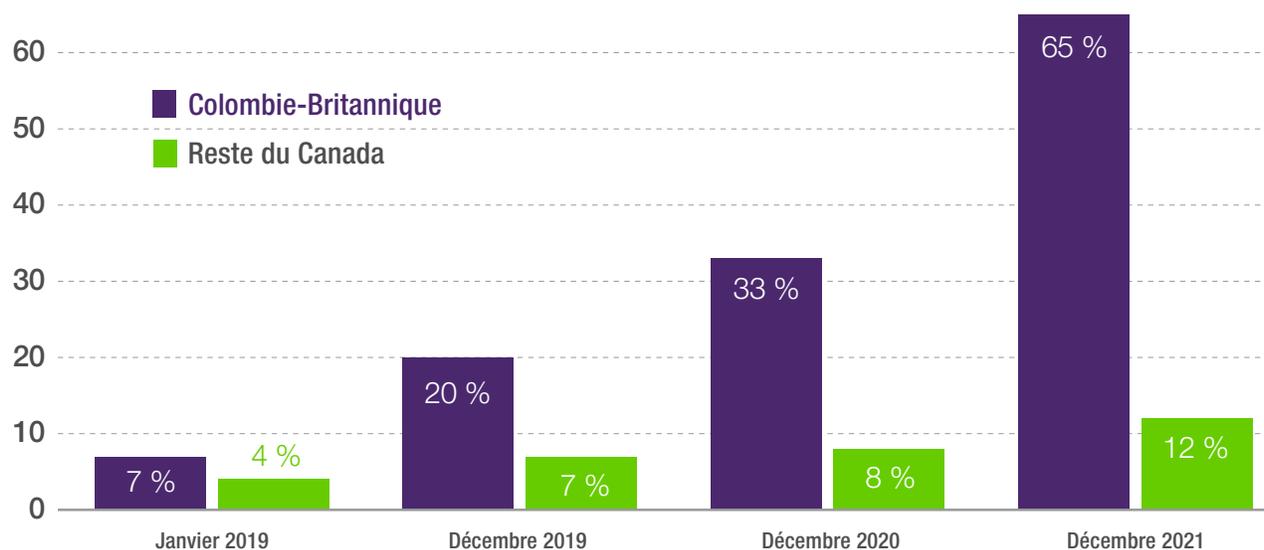
Les régimes privés partout au Canada ont également commencé à bénéficier de ce qu'on appelle "l'effet de halo". Les médecins modifient progressivement leurs habitudes de prescription chez tous les patients atteints d'une maladie qui nécessite un traitement biologique, de sorte qu'un plus grand nombre de patients commencent leur traitement en prenant un biosimilaire plutôt qu'un médicament biologique d'origine, explique M. O'Brien.



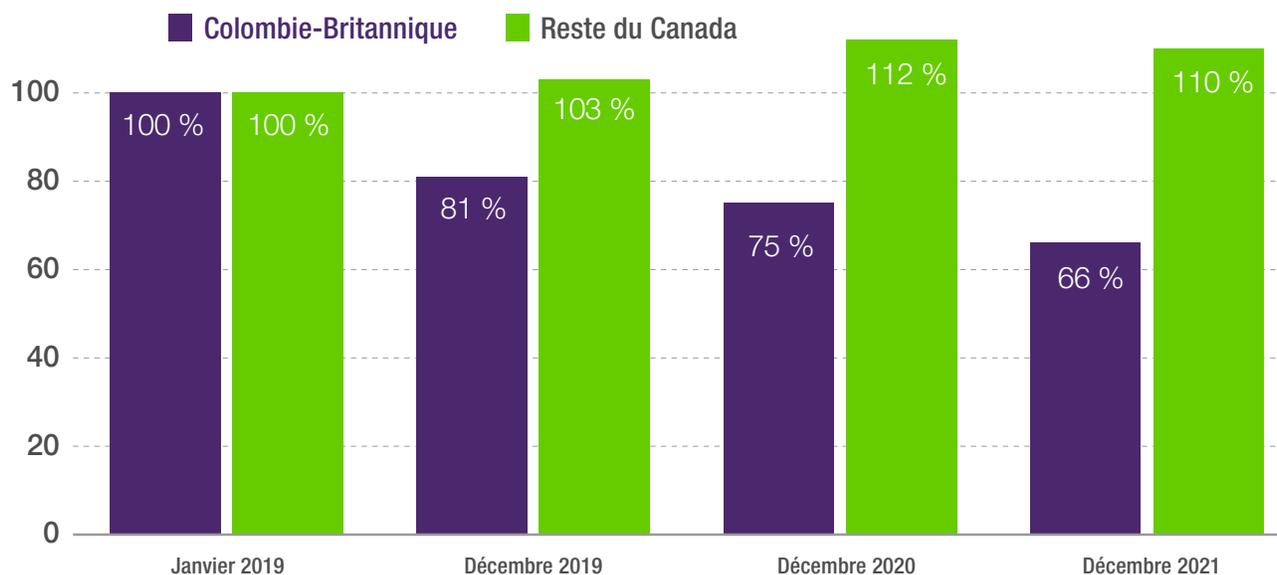


On s'attend à ce que l'adoption des biosimilaires dans le reste du Canada s'accélère au fur et à mesure que d'autres provinces mettent en œuvre leurs propres politiques de substitution, ce qui incite certains régimes privés à leur emboîter le pas. La politique de l'Alberta est entrée en vigueur en janvier 2021; le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et les Territoires du Nord-Ouest ont aussi lancé des programmes semblables en 2021. La politique de substitution du Québec a pris effet en avril 2022.

**GRAPHIQUE 22** | Part de l'ensemble des montants admissibles consacrée aux médicaments biologiques pour lesquels il existe des équivalents biosimilaires en Colombie-Britannique comparativement au reste du Canada, de janvier 2019 à décembre 2021



**GRAPHIQUE 23** | Montant admissible relatif par réclamant pour les biosimilaires en Colombie-Britannique comparativement au reste du Canada, de janvier 2019 à décembre 2021



## Résumé

Les médicaments de spécialité accaparent un tiers de l'ensemble des montants admissibles faisant l'objet d'une demande de règlement auprès des régimes d'assurance médicaments, malgré un nombre relativement minime d'assurés qui prennent ces médicaments. On prévoit que les régimes privés d'assurance médicaments verront la portion du montant mensuel admissible moyen par certificat consacrée à ces médicaments atteindre près de 50 % d'ici 2026. La politique de la Colombie-Britannique consistant à faire passer les patients des médicaments biologiques d'origine à des biosimilaires à moindre coût a eu un retentissement énorme sur les régimes privés, qui ont vu la part des montants admissibles consacrée aux médicaments biologiques pour lesquels il existe des biosimilaires être presque décuplée (passant de 7 % avant la politique à 65 % à la fin de 2021).



## 4. Médicaments par classe thérapeutique



## Coup d'œil

La catégorie des antidiabétiques gagne constamment du terrain au détriment des médicaments contre la polyarthrite rhumatoïde, qui détiennent depuis longtemps la première place pour les montants admissibles.

- Les antidépresseurs ont atteint la quatrième position sur la liste des 10 premières catégories de médicaments en terme de montants admissibles, en raison d'une baisse de la part occupée par les antiasthmatiques
- Le seul autre changement au classement concerne la catégorie des médicaments pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ou de la narcolepsie, qui est passée de la septième à la sixième place, devançant la catégorie des anticancéreux
- Quatre des 10 premières catégories sont dominées par des médicaments de spécialité à coût élevé qui sont prescrits chez un petit nombre de patients

## Liste des 10 catégories de médicaments associées aux montants admissibles les plus élevés

Les trois principales catégories associées aux montants admissibles les plus élevés – la polyarthrite rhumatoïde, le diabète et les troubles dermatologiques – ont maintenu leur place au classement, bien que les médicaments et dispositifs dans le domaine du diabète semblent sur le point de prendre la première place dans un avenir assez proche (graphiques 24 et 25).

Les résultats des cinq dernières années révèlent que les antidiabétiques occupent une part de l'ensemble des montants admissibles en constante augmentation, passant de 9,2 % en 2017 à 12,0 % en 2021. La part des demandes de règlement qui leur est consacrée a également augmenté de façon constante, passant de 6,6 % en 2017 à 7,7 % en 2021.



Une analyse sur une période de 20 ans (de 1999 à 2019) des données de surveillance recueillies par l'Agence de la santé publique du Canada a révélé que le taux de prévalence du diabète au Canada s'est accru en moyenne de 3,3 % par année<sup>1</sup>. En 2019, 8,8 % des Canadiens étaient atteints d'un diabète de type 1 ou 2.

Les traitements à coûts élevés sont également un facteur de croissance dans la catégorie du diabète :

- Plusieurs classes de traitements de deuxième intention pour le diabète de type 2 ont connu une forte hausse de consommation au cours de la dernière décennie. Plus de la moitié des patients sont incapables de maîtriser leur diabète malgré la prise de médicaments et la tentative de modifier leurs habitudes de vie, et les traitements de deuxième intention sont justement indiqués pour les personnes appartenant à ce groupe<sup>2</sup>
- Le montant annuel admissible moyen consacré à ces traitements de deuxième intention est de plus de 1 100 \$, comparativement à environ 120 \$ par année pour la metformine, le traitement de première intention pour le diabète de type 2. Deux de ces médicaments de deuxième intention (Ozempic et Jardiance) figurent parmi les 10 produits associés aux montants admissibles les plus élevés, selon la liste de TELUS Santé
- FreeStyle Libre est un nouveau système de surveillance de la glycémie qui utilise un petit capteur pour mesurer automatiquement et en continu la glycémie, éliminant le recours aux lancettes et aux bandelettes d'analyse. Le montant annuel admissible moyen pour cet appareil est d'environ 1 600 \$, comparativement à environ 730 \$ pour les indicateurs de glycémie de première génération. FreeStyle Libre se classe au sixième rang de la liste des 10 produits associés aux montants admissibles les plus élevés

Par ailleurs, la catégorie de la polyarthrite rhumatoïde (PR), qui occupe la première place, comprend presque entièrement des médicaments biologiques à coût élevé. Sa part de l'ensemble des montants admissibles est passée de 12,0 % en 2017 à 12,6 % en 2021.

1. LeBlanc AG, Gao YJ, McRae L et al. At-a-glance – Twenty years of diabetes surveillance using the Canadian Chronic Disease Surveillance System. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2019 Nov;39(11):306-309.

2. Khunti K, Ceriello A, Cos X, et al. Achievement of guideline targets for blood pressure, lipid, and glycaemic control in type 2 diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract.* 2018 Mar;137:137-148.

Par contre, sa part annuelle des demandes de règlement s'est maintenue à 0,4 % depuis 2018. On peut donc penser que l'affluence en grand nombre des demandes de règlement pour les médicaments biosimilaires à moindre coût associés au traitement de la PR tarde à se faire sentir dans les régimes privés, même si ces médicaments ont fait leur entrée sur le marché canadien en 2015. Bien que les récentes politiques de substitution adoptées par les régimes publics en Colombie-Britannique et en Alberta, qui exigent de substituer les médicaments biologiques d'origine indiqués pour la PR par un médicament biosimilaire, aient eu un effet sur les régimes privés dans ces provinces, l'incidence des biosimilaires dans le reste du Canada demeure marginale ([page 35](#)).



La troisième catégorie de médicaments, pour le traitement des troubles dermatologiques comme le psoriasis, occupe une part croissante de l'ensemble des montants admissibles, passant de 4,4 % en 2017 à 6,9 % en 2020 et à 7,7 % en 2021. Or, la part des demandes de règlement consacrée à cette catégorie a légèrement diminué, passant de 3,4 % à 3,2 %, ce qui indique que l'augmentation du prix est le principal facteur de cette croissance. En effet, 73,0 % du montant admissible est consacré à des médicaments de spécialité à coût élevé ([page 32](#)).

En tout, quatre des 10 premières catégories sont dominées par des médicaments de spécialité prescrits chez un petit nombre de patients. Les deux autres catégories (en plus de celles qui concernent la PR et les troubles dermatologiques) sont les anticancéreux, qui se classent au septième rang, représentant 4,2 % de l'ensemble des montants admissibles (comparativement à 4,3 % en 2020) et 0,6 % des demandes de règlement. Les médicaments contre la sclérose en plaques, qui se classent au huitième rang, représentant pour leur part 3,4 % de l'ensemble des montants admissibles (3,5 % en 2020) et 0,1 % des demandes de règlement.



La catégorie des antidépresseurs s'est hissée jusqu'à la quatrième position du classement, bien que la part de l'ensemble des montants admissibles lui étant consacrée soit demeurée inchangée à 5,2 %. Son changement de position est principalement dû à la diminution de la part consacrée aux antiasthmatiques, qui est passée de 5,6 % en 2020 à 4,9 % en 2021. Cela dit, le volume des demandes de règlement concernant des antidépresseurs a légèrement augmenté en 2021, passant de 10,4 % à 11,0 %, et on a constaté une hausse du pourcentage de réclamants qui ont présenté de telles demandes ([page 45](#)). En d'autres termes, un plus grand nombre d'assurés prennent des antidépresseurs. Toutefois, étant donné que la catégorie est fortement dominée par les génériques (ce qui a pour effet d'abaisser les prix), l'incidence de ces augmentations sur l'ensemble des montants admissibles est négligeable.

La montée de la catégorie des médicaments pour le traitement du TDAH ou de la narcolepsie est également digne de mention. Il y a cinq ans, la catégorie se classait en 10<sup>e</sup> position, représentant 3,3 % de l'ensemble des montants admissibles et 2,2 % des demandes de règlement; en 2021, elle a grimpé au sixième rang (devançant les anticancéreux), et comptait alors pour 4,5 % de l'ensemble des montants admissibles et 3,3 % des demandes de règlement. Les taux de croissance relativement constants du montant admissible comme des demandes de règlement indiquent un accroissement du bassin de patients qui prennent ces médicaments.

« L'école à distance pourrait être un facteur qui explique l'augmentation des diagnostics de TDAH chez les enfants qui ont trouvé encore plus difficile de se concentrer devant un écran », remarque Caroline Le Pottier, pharmacienne-conseil pour TELUS Santé, ajoutant que deux médicaments pour le TDAH (Vyvanse et Concerta) figurent parmi les 10 produits associés aux montants admissibles les plus élevés, selon la liste de TELUS Santé.



Malheureusement pour les patients, la catégorie du cancer pourrait reprendre le haut du pavé avant longtemps, ajoute M. O'Brien.



« Des mammographies, des tests Pap et des colonoscopies ont été annulés ou retardés pendant la pandémie. On constate maintenant un retard accumulé de ces tests de dépistages qui pourrait faire augmenter le nombre de nouveaux réclamants en 2022 et dans les années à venir. De fait, des études ont commencé à montrer que les patients sont dépistés à un stade plus avancé. »

Pour compléter la liste des 10 premières catégories, mentionnons deux catégories à haut volume et à faible coût : les antihypertenseurs et les médicaments contre les ulcères. La part de l'ensemble des montants admissibles de la première a diminué, passant de 4,4 % en 2017 à 2,8 % en 2021, et celle de la seconde, de 3,3 % à 2,6 %. Parallèlement, la part de l'ensemble des demandes de règlement consacré à ces catégories est demeurée constante (8,6 % en 2017 et 8,7 % en 2021 dans le cas des hypertenseurs, et 4,6 % en 2017 et 4,8 % en 2021 dans le cas des médicaments contre les ulcères), ce qui témoigne probablement d'une baisse des prix dans ces catégories fortement dominées par les génériques.

**GRAPHIQUE 24** | Classement des 10 catégories de médicaments associées aux montants admissibles les plus élevés en 2021

Indication	Rang	% de l'ensemble des montants admissibles	% de l'ensemble des demandes de règlement
Polyarthrite rhumatoïde	1	12,6 %	0,4 %
Diabète	2	12,0 %	7,7 %
Troubles dermatologiques	3	7,7 %	3,2 %
Dépression	4	5,2 %	11,0 %
Asthme	5	4,9 %	4,8 %
TDAH/narcolepsie	6	4,5 %	3,3 %
Cancer	7	4,2 %	0,6 %
Sclérose en plaques	8	3,4 %	0,1 %
Hypertension	9	2,8 %	8,7 %
Ulcères	10	2,6 %	4,8 %
<b>% de l'ensemble des montants admissibles et des demandes de règlement</b>		<b>59,9 %</b>	<b>44,6 %</b>

**GRAPHIQUE 25** | Classement des 10 catégories de médicaments associées aux montants admissibles les plus élevés, de 2017 à 2021

Indication	2017	2018	2019	2020	2021
Polyarthrite rhumatoïde	1	1	1	1	1
Diabète	2	2	2	2	2
Troubles dermatologiques	5	3	3	3	3
Dépression	4	5	5	5	4
Asthme	3	4	4	4	5
TDAH/narcolepsie	10	9	7	7	6
Cancer	9	6	6	6	7
Sclérose en plaques	8	8	8	8	8
Hypertension	6	7	9	9	9
Infections	7	10	10	-	-
Ulcères	-	-	-	10	10

## Liste des 5 catégories de médicaments associées au plus grand nombre de réclamants

Qu'observe-t-on lorsqu'on braque le projecteur sur les cinq catégories associées au plus grand nombre de réclamants? Comme on peut s'y attendre, les résultats varient en fonction de l'âge. La catégorie des antibiotiques et des anti-infectieux est la seule à se classer parmi les cinq premières, et toujours en tête de liste, dans les trois groupes d'âge d'assurés. Toutefois, la part des réclamants pour cette catégorie a diminué considérablement en 2021 par rapport à celle d'il y a cinq ans.

« Les résultats concernant les antibiotiques et les anti-infectieux sont manifestement liés aux répercussions de la pandémie, qui ont entraîné un retard des interventions chirurgicales, un nombre moins élevé de rendez-vous avec des médecins prescripteurs, y compris les dentistes, et des taux d'infection plus faibles attribuables aux mesures de santé publique comme le port du masque », explique Mme Le Pottier.

Dans les trois groupes d'âge, le classement des cinq catégories de médicaments associées au plus grand nombre de réclamants a varié – peut-être plus particulièrement pour la catégorie des antidépresseurs, qui s'est hissée en troisième place chez les réclamants de 20 à 39 ans de même que chez ceux de 40 à 59 ans.

### Chez les 19 ans et moins

- Alors que la catégorie des antibiotiques et des anti-infectieux trône au sommet du classement, le pourcentage de l'ensemble des réclamants pour cette catégorie a chuté, passant de 52,9 % en 2017 à 31,7 % en 2021.
- La catégorie des médicaments pour le traitement des troubles dermatologiques a devancé celle des antiasthmatiques pour prendre la deuxième place, le pourcentage de réclamants étant de 21,6 % et de 17,9 % pour ces mêmes années, respectivement
- Les traitements contre les allergies conservent leur quatrième place, le pourcentage de réclamants étant de 17,5 % pour cette catégorie
- Les médicaments pour le traitement du TDAH ont grimpé de trois positions en quatre ans, passant de la huitième place en 2017 à la cinquième en 2021. Près d'un réclamant sur huit (13,3 %) a pris ces médicaments en 2021.

### Chez les 20 à 39 ans

- Dans la catégorie des antibiotiques et des anti-infectieux classée en première place, le pourcentage de réclamants de 20 à 39 ans qui ont utilisé ces médicaments a diminué, passant de 43,7 % en 2017 à 31,8 % en 2021, des valeurs qui sont comparables à l'utilisation de ces médicaments chez les moins de 19 ans (31,7 %)
- Les pilules contraceptives se classent au deuxième rang (22,5 %), suivies de près par les antidépresseurs (22,1 %)
- Le nombre de réclamants qui prennent des antidépresseurs est passé de 15,8 % en 2017 à 22,1 % en 2021, ce qui a suffi pour faire passer cette catégorie de la cinquième à la troisième place
- Les médicaments pour le traitement des troubles dermatologiques (17,6 %) et les anti-inflammatoires et analgésiques (16,0 %) complètent la liste des cinq premières catégories

## Chez les 40 à 59 ans

- Les antibiotiques et les anti-infectieux n'ont pas la même longueur d'avance dans ce groupe d'âge, faisant l'objet de demandes par 29,3 % des réclamants. Les antihypertenseurs, arrivant en deuxième place, sont utilisés par 23,8 % des réclamants
- Les antidépresseurs, en hausse de deux positions, ont atteint la troisième place; le pourcentage des réclamants prenant ces médicaments est passé de 19,1 % en 2017 à 22,7 % en 2021
- Les médicaments contre les ulcères ont également progressé de deux positions dans le classement, passant de la sixième place en 2017 (19,0 %) à la quatrième en 2021 (20,2 %).
- Les anti-inflammatoires et analgésiques sont passés de la troisième place en 2017 (21,3 %) à la cinquième en 2021 (19,3 %)

## Observance thérapeutique

Au cours de la première année de la pandémie, les adhérents aux régimes qui prenaient des médicaments dans l'une des quatre catégories à haut volume – antidiabétiques, antidépresseurs, médicaments cardiovasculaires (en particulier, les antihypertenseurs) et antihypercholestérolémiants, médicaments contre les problèmes gastro-intestinaux (en particulier, les ulcères) – étaient moins susceptibles de prendre ces médicaments comme prescrits comparativement à la période prépandémique. Ces quatre catégories représentent 27,2 % de l'ensemble des montants admissibles.

« Il semble qu'il y ait eu une légère hausse de la non-observance en 2020, peut-être en raison des perturbations causées par la pandémie », avance Mme Le Pottier.

La bonne nouvelle, c'est qu'en 2021, la non-observance est revenue à son niveau prépandémique, et semble même avoir quelque peu diminué dans trois des quatre catégories (graphique 26) :

- Dans la catégorie des antidiabétiques, la non-observance a chuté à 22,7 % en 2021, comparativement à 25,3 % en 2017.
- Dans celle des antidépresseurs, 21,0 % des réclamants n'ont pas observé leur traitement en 2021, une diminution par rapport à 22,4 % en 2017.
- Dans la catégorie des médicaments cardiovasculaires et antihypercholestérolémiants, la non-observance a chuté à 12,7 % en 2021, comparativement à 14,1 % en 2017.

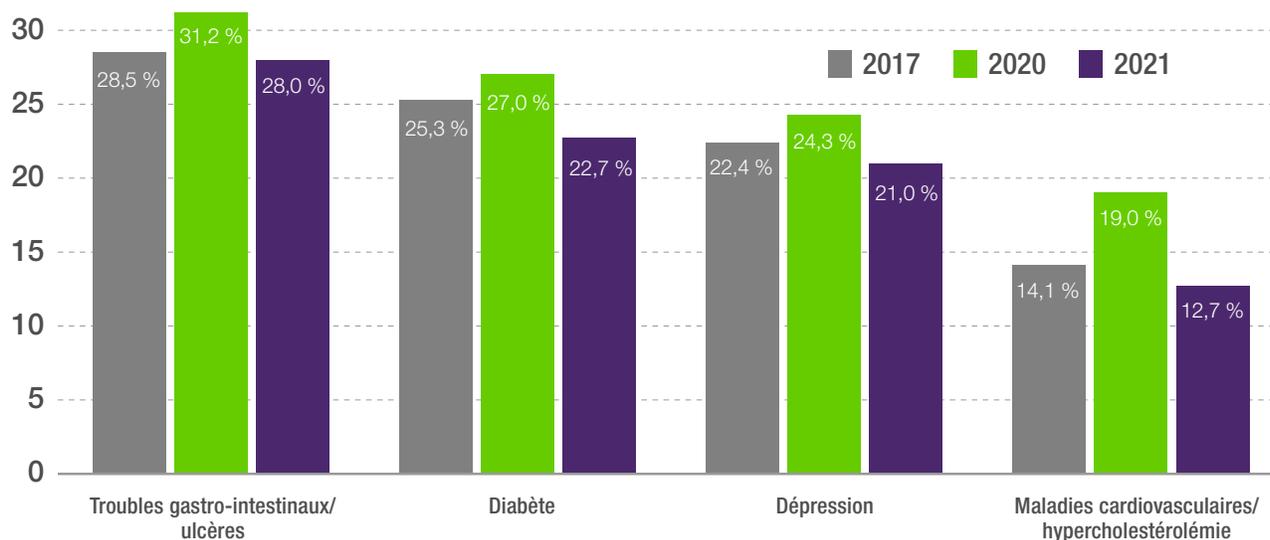




L'avenir nous dira s'il s'agit du début d'une tendance positive à long terme. Quoi qu'il en soit, il est toujours avantageux pour les preneurs de régime d'encourager une meilleure observance thérapeutique. « Il existe des programmes et des politiques qui améliorent l'observance thérapeutique, de sorte que les patients et les preneurs de régime puissent bénéficier du plein potentiel des médicaments », souligne madame Le Pottier, ajoutant qu'il n'existe pas de solution unique pour réduire la non-observance. « Pour une personne, ça peut être par manque de moyens financiers, alors que, pour une autre, ça peut-être par manque de motivation. »

TELUS Santé utilise un calcul appelé le « ratio de possession de médicaments (RPM) » pour suivre les taux de non-observance thérapeutique. Ce ratio indique si les réclamants renouvellent leurs ordonnances à temps. Il y a non-observance thérapeutique lorsque le RPM est inférieur à 0,8. Par exemple, si une personne avait une ordonnance délivrée pour un approvisionnement de 90 jours, mais qu'elle est allée chercher son renouvellement après 115 jours, son taux d'observance serait d'environ 0,78 (c.-à-d. qu'elle avait un approvisionnement de 90 jours en sa possession pendant 115 jours avant d'effectuer son prochain renouvellement). Tout résultat inférieur à 0,8 est défini comme une non-observance. Lorsque cela se produit, un médicament pour le traitement d'une maladie chronique n'est probablement pas aussi efficace qu'il pourrait l'être.

**GRAPHIQUE 26** | Taux de non-observance par catégorie de médicaments



## Médicaments en voie de commercialisation

Les médicaments en voie de commercialisation qui auront des répercussions pour les régimes privés seront relativement peu nombreux en 2022. Parmi les quatre catégories qui pourraient avoir des répercussions sur les régimes privés, on prévoit que deux d'entre elles – les médicaments pour la sclérose en plaques (SEP) et ceux pour la dégénérescence maculaire – permettront de réaliser des économies grâce à l'arrivée sur le marché d'une multitude de génériques pour la SEP et de plusieurs biosimilaires pour la dégénérescence maculaire.

Deux nouveaux médicaments pour la dermatite atopique (eczéma) n'ont pas obtenu de recommandation de remboursement par les payeurs publics de la part de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. De plus, l'un des nouveaux médicaments pour cette maladie, et un quatrième encore à l'étude par Santé Canada, pourraient entraîner des complications cardiovasculaires potentiellement graves.

Un médicament pour le traitement de la maladie d'Alzheimer, approuvé aux États-Unis dans un contexte de controverse considérable, est actuellement à l'étude par Santé Canada. S'il est approuvé, les régimes privés pourraient recevoir un certain nombre de demandes de règlement, puisque le médicament est indiqué chez les patients qui présentent des symptômes légers à modérés. Ces patients pourraient encore faire partie de la population en âge de travailler.

La pandémie a également précipité l'arrivée de vaccins et de traitements pour le COVID-19. Santé Canada a approuvé six vaccins jusqu'à présent, et deux autres sont à l'étude. Six médicaments biologiques, généralement administrés par voie intraveineuse en milieu hospitalier, sont actuellement commercialisés. À ce stade, tous ces vaccins et traitements sont financés par l'État.

Consultez les détails dans [le rapport de TELUS Santé, Les médicaments en voie de commercialisation : à quoi les régimes privés peuvent-ils s'attendre en 2022?](#)

## Catégories de médicaments examinées de plus près

Dans son rapport intitulé [Veille de 2022 sur les catégories : l'incidence de la pandémie](#), TELUS Santé examine de plus près les catégories de médicaments dont l'utilisation pourrait être plus susceptible de changer en raison de la pandémie : à savoir, les catégories des antidépresseurs, des analgésiques (y compris les opioïdes), des médicaments pour la prise en charge des troubles liés à la consommation de substances et des médicaments contre l'obésité.

Dans les faits, même si la première année de la pandémie a eu une certaine incidence, les changements dans l'activité relative aux demandes de règlement pour les quatre catégories étaient déjà bien enclenchés avant la crise de santé publique. Ces tendances préexistantes se sont confirmées au cours de la deuxième année de la pandémie. Dans trois des quatre catégories, on a constaté un retour à des taux de croissance élevés. Les changements dans l'autre catégorie, les analgésiques narcotiques (y compris les opioïdes), ont été à la baisse ou stables au cours des cinq dernières années.

### Résumé

La catégorie des antidiabétiques semble sur le point de conquérir la première place au chapitre des coûts pour les régimes privés, en raison d'une augmentation de l'utilisation de traitements plus coûteux et d'un dispositif médical qui améliore la capacité des patients à maîtriser la maladie. L'observance des traitements antidiabétiques semble également s'améliorer. Dans les quatre catégories dominées par les médicaments de spécialité (pour le traitement de la PR, des troubles dermatologiques, du cancer et de la sclérose en plaques), on n'a constaté pratiquement aucun changement quant à leur répartition dans l'ensemble des montants admissibles. Même si la part de la catégorie des antidépresseurs est aussi demeurée stable, le volume des demandes de règlement pour ces médicaments à faible coût et le nombre de réclamants ont augmenté.

## 5. Gestion des régimes

---





## Coup d'œil

La pandémie semble avoir freiné l'adoption de la plupart des six outils de gestion des régimes d'assurance médicaments suivis par TELUS Santé. Cependant, même avant la pandémie, les niveaux d'adoption de plusieurs des outils avaient peut-être déjà atteint un plateau.

- Les politiques de substitution générique, l'autorisation préalable et la coassurance sont de loin les outils les plus populaires.
- Les certificats dont le régime prévoit un plafond annuel ont légèrement augmenté

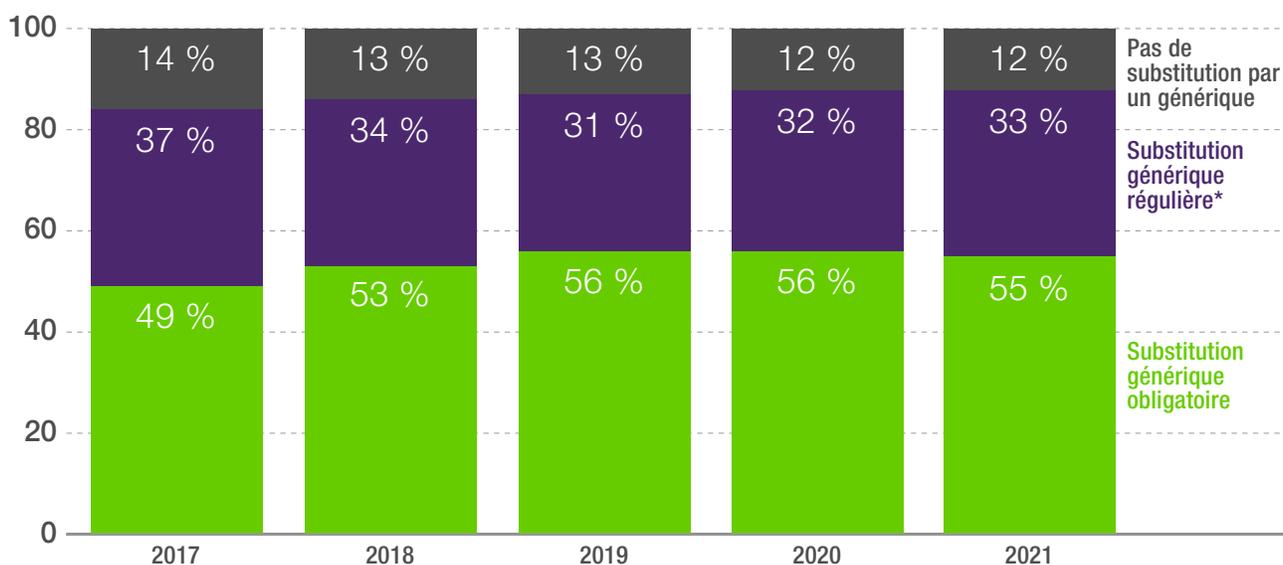
## Politique de substitution générique

Le nombre de régimes privés comportant une politique de substitution générique obligatoire semble avoir atteint un plateau; en fait, à l'échelle des régimes d'assurance collective, la présence de ces politiques semble avoir quelque peu diminué en 2021.

Cinquante-cinq pour cent des titulaires de certificat souscrivaient à des régimes comportant une politique de substitution générique obligatoire, pratiquement le même pourcentage qu'en 2020 et en 2019 (56 %) (graphique 27). Il y a cinq ans, ils étaient 49 % à souscrire à des régimes comportant une telle politique.

Outre la substitution obligatoire, 33 % des titulaires de certificats souscrivent à des régimes comportant une politique de substitution générique régulière, des chiffres comparables à 2020 (32 %). Au total, 88 % des certificats comportaient en 2021 une politique de substitution générique obligatoire ou régulière, comparativement à 86 % il y a cinq ans, en 2017. Les 12 % restants n'étaient assortis d'aucune mesure de substitution générique.

**GRAPHIQUE 27** | Certificats comportant une politique de substitution générique de 2017 à 2021



\*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.

## Coassurance et franchise

Sept certificats sur 10 (70 %) faisaient partie d'un régime d'assurance médicaments qui prévoit une coassurance, une proportion identique à celle de l'an dernier (70 %) et légèrement plus élevée que les 69 % observés en 2017 (graphique 28).

Parmi les régimes qui prévoient une coassurance, la répartition la plus courante demeure à 80 % payée par l'employeur et 20 %, par l'adhérent. Soixante-cinq pour cent des titulaires de certificat souscrivaient à des régimes répartis selon ces quotes-parts en 2021, le même pourcentage qu'il y a cinq ans. Parmi le reste des titulaires de certificat, 22 % souscrivaient à des régimes où les employeurs assumaient de 85 % à 95 % des coûts, et 13 %, à des régimes où les employeurs assumaient 75 % ou moins des coûts.

« Un paiement de 20 % par le réclamant est désormais considéré comme un montant raisonnable pour le partage des coûts et pour promouvoir une meilleure compréhension de la valeur du programme de prestations », note M. O'Brien. « Souvent, la quote-part du réclamant peut être remboursée complètement, soit par coordination des prestations avec le régime du conjoint, soit au moyen d'un compte de gestion santé lorsque cela est possible. »

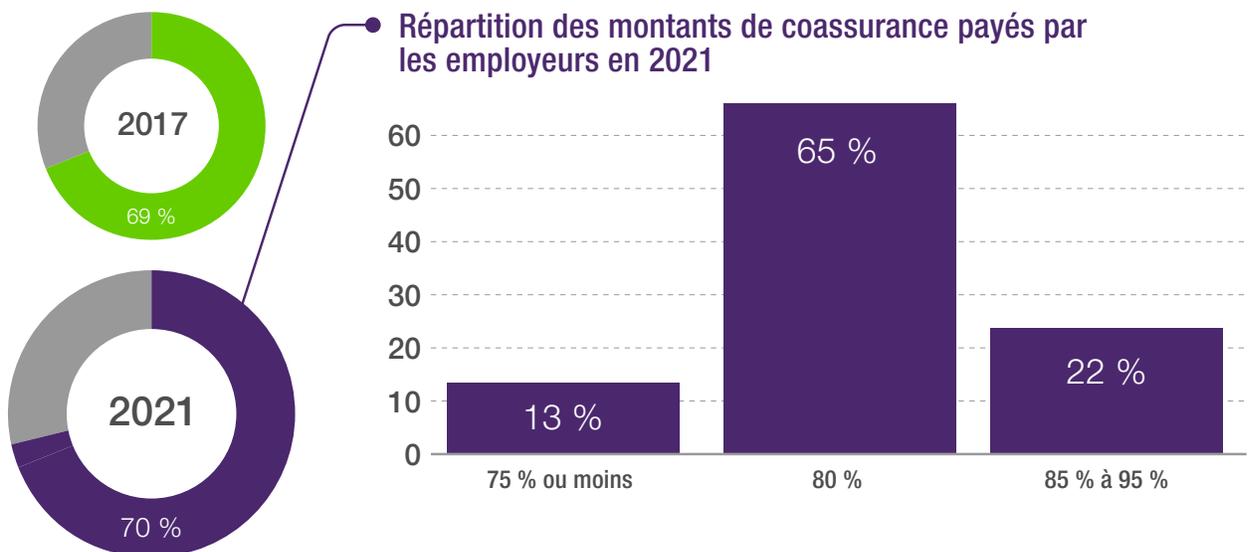




Les franchises sont beaucoup moins courantes : seulement 10 % des certificats comportaient une franchise annuelle (le même pourcentage qu'en 2020) et seulement 12 % comportaient une franchise par demande de règlement (comparativement à 13 % en 2020). Ces chiffres demeurent pratiquement inchangés par rapport à ceux d'il y a cinq ans (10 % et 14 %, respectivement). Les franchises annuelles allant de 50 \$ à 100 \$ sont la tranche la plus courante (39 % des certificats), suivies des franchises de plus de 100 \$ (32 %) et de celles de moins de 50 \$ (28 %). En ce qui concerne les franchises par demande de règlement, la tranche la plus courante se situe entre 4,00 \$ et 5,99 \$ (39 % des certificats), suivie de la tranche de 2,00 \$ à 3,99 \$ (27 %) et de celle de 10 \$ ou plus (19 %).

« Les franchises sont historiquement assez basses et s'érodent à mesure que le coût des médicaments continue de monter. Elles n'ont pas d'incidence réelle sur la limitation ou le partage des coûts. Nous avons plutôt observé une tendance à la coassurance basée sur un pourcentage, qui évolue avec l'inflation », affirme M. O'Brien.

**GRAPHIQUE 28** | Certificats dont le régime prévoyait une coassurance en 2017 et en 2021





## Plafonnement des honoraires professionnels des pharmaciens

Vingt-huit pour cent des certificats faisaient partie d'un régime imposant un plafonnement des honoraires professionnels des pharmaciens en 2021, à peu près le même pourcentage qu'il y a cinq ans (29 %) (graphique 29). Parmi ceux-ci, 39 % comportaient un remboursement des honoraires professionnels plafonnés à 7,99 \$, et 22 % imposaient plutôt un plafond situé entre 8,00 \$ et 8,99 \$. Pour 13 % des titulaires de certificat, le plafond n'a été appliqué que si les honoraires du pharmacien dépassaient les 11,00 \$ (parmi ces titulaires, 4 % ont déboursé entre 15 \$ et 16 \$ pour payer les honoraires professionnels).

« Souvent, les honoraires professionnels des pharmaciens sont négligés en tant que facteur de coût, mais ils peuvent constituer une importante part du montant admissible par demande. Si l'on considère les honoraires professionnels moyens soumis en 2021 et notre montant admissible moyen par demande, les honoraires professionnels des pharmaciens représentent près de 15 % du total, explique M. O'Brien. »

Les honoraires professionnels moyens des pharmaciens au Canada étaient de 11,76 \$ en 2021, soit une augmentation de 0,52 \$ par rapport à 2017 (11,24 \$). Les pharmacies du Québec ont facturé les honoraires professionnels moyens les plus élevés, soit 13,35 \$, comparativement aux honoraires les plus bas au pays, soit 11,02 \$ dans les provinces de l'Atlantique et 11,07 \$ dans l'Ouest canadien. Pour sa part, l'Ontario affichait des honoraires professionnels moyens de 11,19 \$.

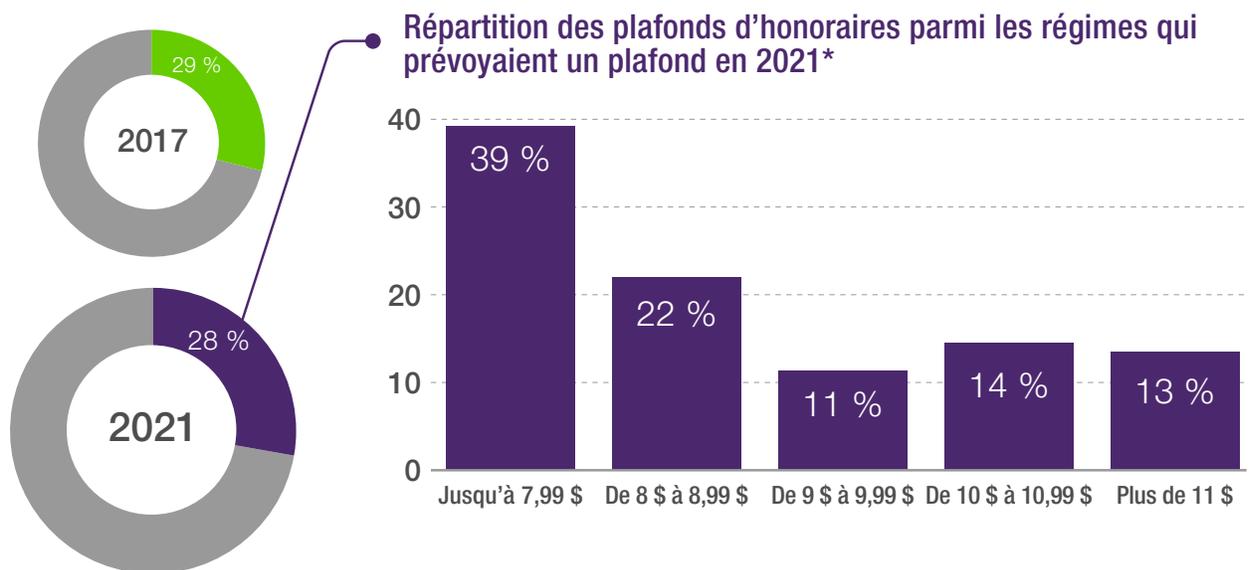


Il convient de noter que les pharmacies du Québec ne sont pas tenues de séparer les honoraires professionnels lors de la facturation aux régimes d'assurance médicaments. TELUS Santé a donc calculé les honoraires professionnels des pharmaciens du Québec en ajoutant au coût brut du médicament une marge bénéficiaire raisonnable, le reste du montant étant considéré à titre d'honoraires professionnels.

Selon le type d'établissement, les pharmacies qui font partie de bannières ou de chaînes affichent les honoraires professionnels moyens les plus élevés, soit 11,82 \$. Ces pharmacies sont également celles qui délivrent les ordonnances auxquelles sont associées la vaste majorité des demandes : 84,7 %, comparativement à 15,1 % pour les pharmacies indépendantes (où les honoraires moyens sont de 11,47 \$). Les pharmacies virtuelles ou postales affichent les honoraires les plus bas, soit 8,64 \$; toutefois, elles représentent moins d'une demie d'un pour cent des demandes (0,2 %).

« Le plafond moyen d'environ 8 \$ signifie qu'environ 3 \$ des honoraires du pharmacien sont octroyés à l'adhérent. Cependant, si les adhérents passent par une pharmacie virtuelle, le plafonnement des honoraires n'a peut-être aucune incidence sur le montant qu'ils ont à déboursier », note M. O'Brien.

**GRAPHIQUE 29** | Certificats dont le régime prévoyait un plafonnement des honoraires des pharmaciens en 2017 et en 2021



\* Les chiffres étant arrondis, l'addition des pourcentages ne totalise pas nécessairement 100 %.



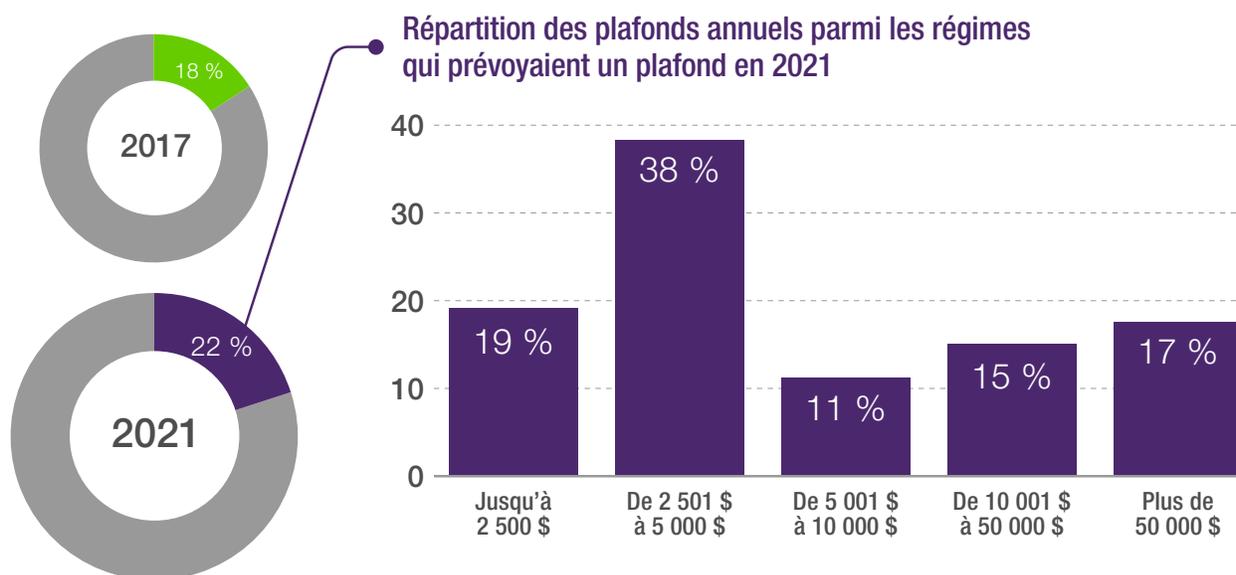
## Plafonds annuels

Vingt-deux pour cent des titulaires de certificats souscrivaient à des régimes imposant des plafonds annuels en 2021, un pourcentage identique à celui de 2020 et légèrement plus élevé que les 18 % observés en 2017 (graphique 30).

La majeure partie de ces certificats (38 %) imposaient des plafonds allant de 2 501 \$ à 5 000 \$, et 19 %, des plafonds allant jusqu'à 2 500 \$. Onze pour cent des certificats imposaient des plafonds annuels allant de 5 001 \$ à 10 000 \$, laissant les 32 % qui restent avec des plafonds dépassant les 10 000 \$.

« Les plafonds les plus courants – de 2 500 \$ à 5 000 \$ par année – sont en fait très bas. De tels plafonds font souvent partie de régimes d'employeurs de petite taille, étant donné l'importance que pourraient avoir un ou deux réclamants dont les demandes de règlement sont élevées. Certains de ces régimes qui imposent des plafonds annuels bas peuvent aussi diriger les fonds vers un compte de gestion santé, où la contribution est prédéterminée », observe M. O'Brien.

**GRAPHIQUE 30** | Certificats dont le régime d'assurance médicaments prévoyait un plafond annuel en 2017 et en 2021





## Autorisation préalable

Plus de huit titulaires de certificat sur 10 (84 %) souscrivaient à des régimes d'assurance médicaments qui comportaient une mesure d'autorisation préalable (AP), une proportion qui a peu varié depuis 2020 (85 %) et même depuis 2017 (86 %).

« L'autorisation préalable est un outil efficace pour s'assurer que le bon médicament est pris au bon moment, en particulier compte tenu de l'évolution des traitements dans certaines catégories de médicaments, comme les antidiabétiques. Les nouveaux traitements sont peut-être plus efficaces, mais ils sont aussi souvent plus coûteux », souligne M. O'Brien.

**GRAPHIQUE 31** | Certificats dont le régime comportait une mesure d'autorisation préalable en 2017 et en 2021

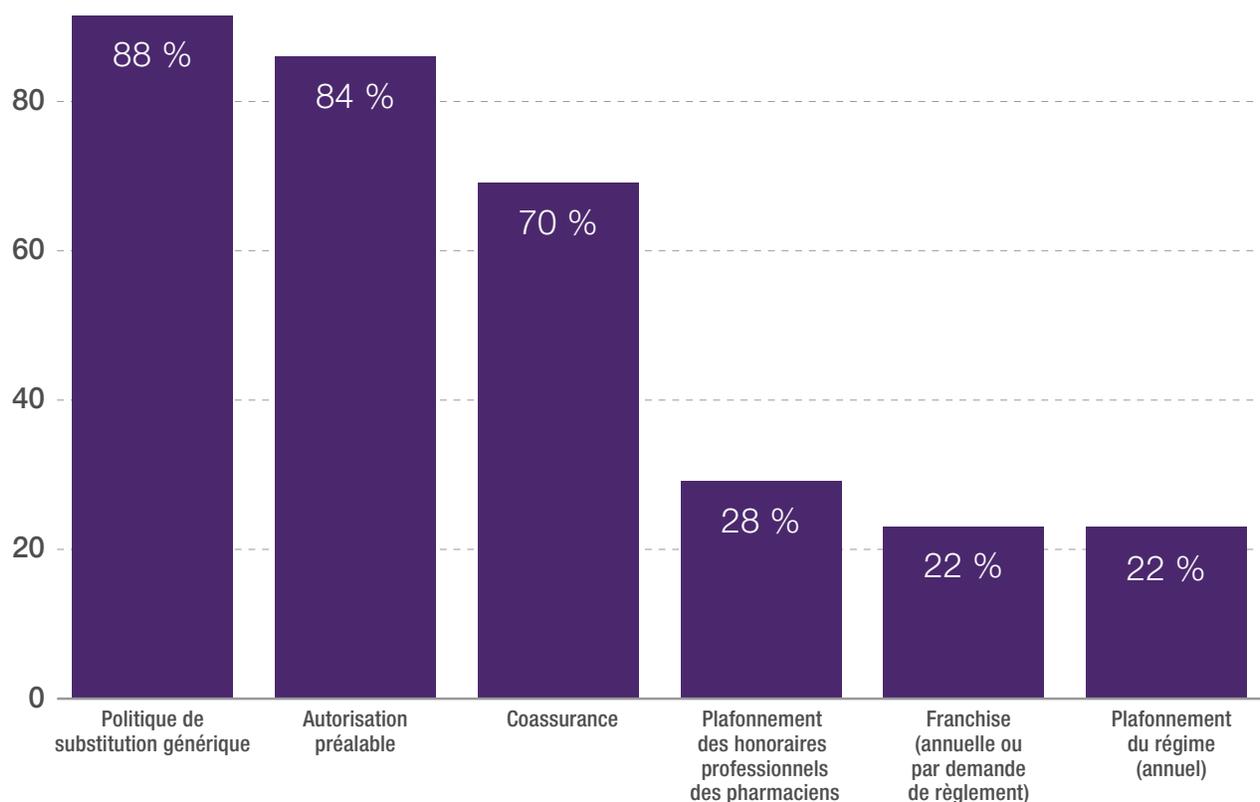




## Résumé

Il faudra encore attendre un certain temps pour déterminer si les taux d'adoption de certains outils de gestion des régimes ont atteint un plateau ou s'ils ont même commencé à redescendre, malgré la pandémie. Quoi qu'il en soit, les données prépandémiques indiquent que les taux de croissance ont été, au mieux, modestes.

**GRAPHIQUE 32** | Proportion de certificats dont le régime comporte un des outils de gestion de régime d'assurance médicaments ci-dessous





## 6. Conclusion

---



La pandémie complique davantage un paysage déjà complexe et changeant pour les régimes privés d'assurance médicaments.

Année après année, les réclamants dont les demandes de règlement sont élevées accaparent une part toujours plus grande de l'ensemble des montants admissibles soumis aux régimes privés. Cette tendance est alimentée d'une part par l'utilisation croissante de médicaments de spécialité pour traiter un plus grand nombre de maladies graves, et d'autre part par l'émergence de nouveaux médicaments très coûteux pour le traitement de maladies très rares.

Par conséquent, le montant admissible moyen pour tous les assurés a augmenté en 2021, malgré le fait que, pour la deuxième année consécutive, les assurés ont été moins nombreux à présenter des demandes de règlement (en raison de la baisse du nombre de consultations médicales pendant la pandémie). L'augmentation du montant admissible moyen par demande est largement supérieure aux taux de croissance des quatre années précédentes et correspond à près du triple de l'augmentation moyenne de l'indice des prix à la consommation en 2021.

Cela peut prendre des années avant que les données sur les demandes de règlement révèlent toute l'ampleur des répercussions de la pandémie. Le pourcentage de réclamants parmi les assurés va probablement revenir aux niveaux d'avant la pandémie, et peut-être même les dépasser, car le rattrapage des retards accumulés dans le système de santé en ce qui concerne le diagnostic et le traitement des maladies chroniques, y compris le cancer, pourrait donner lieu à une affluence de nouveaux réclamants. Malheureusement, certains de ces réclamants auront besoin de traitements plus intensifs que si la pandémie n'avait pas eu lieu, car l'aggravation de leur maladie aurait éventuellement pu être évitée s'ils avaient pu recevoir un traitement plus tôt.

Il devient de plus en plus important pour les preneurs de régimes, leurs assureurs et leurs conseillers d'obtenir des rapports complets et nuancés sur les principaux facteurs de croissance des coûts et de l'utilisation, ainsi que sur les effets des mesures visant à limiter ces coûts. TELUS Santé s'engage et est prête à continuer de fournir de l'information et des analyses utiles à ses clients et à l'ensemble de l'industrie.



2022

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

 **TELUS<sup>MD</sup> Santé**

