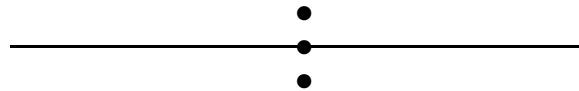




ANALYSE DES GÉNÉRATEURS DE COÛTS DES RÉGIMES
D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS PROVINCIAUX



NOUVELLE-ÉCOSSE

1995-96 à 1998-99

Groupe d'étude fédéral-provincial-territorial sur les prix des médicaments

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	1
1.0 Introduction	3
2.0 Pourquoi étudier les générateurs de coûts?	5
3.0 Fil conducteur du rapport	7
4.0 Tendances en matière de dépenses en médicaments en Nouvelle-Écosse	8
4.1 Généralités	8
4.2 Principaux changements depuis 1990	8
4.3 Total des dépenses en médicaments au détail des secteurs public et privé	9
4.4 Facteurs influant sur les dépenses en médicaments	9
5.0 Analyse	11
5.1 Dépenses en médicaments du régime d'assurance-médicaments de Nouvelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99	11
5.2 Répartition des variations des dépenses par déterminant	11
5.3 Répartition des dépenses en médicaments (par statut de brevet et par catégorie)	16
5.4 Croissance des dépenses en médicaments plus récents	17
5.5 Analyse des classes thérapeutiques	18
Hypolipidémiants	22
Agents agissant sur le système rénine-angio tensine	23
Antiacides, médicaments contre les ulcères gastro-duodénaux et les flatulences	25
6.0 Conclusion	27
Annexe 1	28
Méthodologie	28
Annexe 2	31
Annexe 3	32
Changements relatifs à la population et médicaments les plus vendus	32
Analyse des classes thérapeutiques	37
Système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC)	37
Annexe 5	67
Glossaire	67

SOMMAIRE

- Le Groupe d'étude fédéral-provincial-territorial sur les prix des médicaments¹ a été formé pour étudier des questions relatives au prix des médicaments auxquelles doivent faire face les régimes d'assurance-médicaments et les Canadiens en général.
- La présente étude est une mise à jour d'un rapport sur les générateurs de coûts du régime d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Écosse au cours de la période allant de 1995-96 à 1998-99.
- L'analyse des générateurs de coûts fournit aux gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments, tant publics que privés, aux décideurs et aux autres intervenants, y compris les consommateurs, une meilleure compréhension des principaux déterminants des augmentations annuelles des dépenses en produits pharmaceutiques.
- L'analyse des générateurs de coûts, produit par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) pour la part du groupe de travail sur les prix des médicaments (GTPM), fournit aux gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments, tant publics que privés, aux décideurs et aux autres intervenants, y compris les consommateurs, une meilleure compréhension des principaux déterminants des augmentations annuelles des dépenses en produits pharmaceutiques.
- Entre 1995-96 et 1998-99, les dépenses totales en médicaments se sont accrues de 15,4 millions de \$. Entre 1995-96 et 1998-99, dans la province, en moyenne, les fluctuations des prix unitaires ont compté pour -19,1 % de la variation des dépenses, les différences de quantité, ou d'utilisation, pour 89,1 %, l'inscription de nouveaux médicaments, pour 30,3 % et le retrait de médicaments existants et d'autres facteurs, pour -0,5 % et -0,2 %, respectivement. Ces chiffres permettent de présumer que l'utilisation et l'inscription de nouveaux médicaments sont les facteurs déterminants qui ont le plus contribué à l'accroissement des dépenses au cours de cette période, les dépenses ayant augmenté significativement malgré une faible variation du prix unitaire moyen. La contribution de chacun de facteurs a considérablement changé d'une année à l'autre. Des études plus approfondies seraient nécessaires pour comprendre la sensibilité du modèle, l'effet des politiques de limitation des coûts, de l'inscription et de la pénétration du marché des nouveaux médicaments.
- En 1998-99, les médicaments qui existaient déjà en 1995-96 et les médicaments plus récents (c.-à-d. ceux qui sont apparus après 1995-96) représentaient 75,7 % et 24,3 %, respectivement, des dépenses totales en médicaments.

¹ Connue actuellement sous le nom de Groupe de travail féd.-prov.-terr. sur le prix des médicaments.

- En 1995-96, la part des dépenses totales attribuables aux médicaments brevetés était de 36,3 %. En 1998-99, ils constituaient 49,8 % du total des dépenses.
- Parmi les médicaments brevetés, ce sont ceux de la catégorie 3 qui ont le plus contribué aux dépenses totales. En fait, en 1998-99, les médicaments ne présentant pas, presque pas ou très peu d'amélioration (catégorie 3) comptaient pour 59,0 % des dépenses totales en médicaments brevetés. Les médicaments qui constituaient des extensions de gamme (catégorie 1) ou des innovations ou des améliorations importantes (catégorie 2) comptaient pour 35,6 % et 1,8 %, respectivement.
- En 1998-99, les médicaments de neuf groupes du Système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC), incluant l'appareil circulatoire, le tube digestif et le métabolisme, le système nerveux central, l'appareil respiratoire, les agents anticancéreux et immunomodulateurs, les organes sensoriels, l'appareil locomoteur, les agents anti-infectieux à action générale, le sang et les organes hématopoïétique, représentaient 67,3 millions de \$, soit 94,6 %, du total des dépenses
- Sur la période allant de 1995-96 à 1998-99, les médicaments destinés à l'appareil circulatoire ont contribué pour la plus grande part à l'augmentation des dépenses totales avec un pourcentage d'augmentation de 46,9 %, suivi par les médicaments destinés du tube digestif et au métabolisme (19,1 %), à l'appareil respiratoire (7,9 %) et au système nerveux central (6,5 %).
- Pour déterminer plus facilement les groupes de maladies contribuant davantage, de façon proportionnelle, à l'augmentation des dépenses en médicaments, l'étude a été fractionnée au deuxième niveau du Système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC). L'étude révèle que les agents hypolipémiants, associés à l'appareil circulatoire, ont compté pour le plus fort pourcentage d'augmentation des dépenses de 1995-96 à 1998-99. Les agents associés au système rénine-angiotensine (et à l'appareil circulatoire) ont occupé le deuxième rang, suivis par les antiacides (tube digestif et métabolisme). Le pourcentage de chacun de ces classes thérapeutiques représentait 31,4 %, 20,8 % et 11,4 %, respectivement, de l'augmentation des dépenses en médicaments de 1995-96 à 1998-99.

ANALYSE DES GÉNÉRATEURS DE COÛTS DES RÉGIMES D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS PROVINCIAUX

NOUVELLE-ÉCOSSE de 1995-96 à 1998-99

1.0 Introduction

En avril 1997, le Groupe d'étude sur les prix des médicaments² a préparé un rapport global qui fournissait une description de l'industrie pharmaceutique au Canada, des tendances en matière de prix des médicaments et des dépenses qui y sont consacrées, ainsi que des mécanismes utilisés par les payeurs privés et publics pour régler ou influencer les prix des médicaments.

Le Groupe de travail a fait des progrès dans les domaines suivants :

- analyses des tendances en matière de prix sur la période allant de 1990 à 1997 pour les médicaments d'ordonnance remboursés par six régimes d'assurance-médicaments provinciaux;
- analyse du rapport entre les niveaux de prix des médicaments génériques et celui des médicaments de marque sur la période allant de 1990 à 1997;
- comparaison internationale du prix des médicaments non brevetés de fournisseur exclusif les plus vendus en 1996;
- comparaison du prix des médicaments brevetés ne constituant pas une innovation ou une amélioration (catégorie 3) inscrits en 1995 et en 1996 avec les autres médicaments de la même classe thérapeutique et;
- comparaison des prix des médicaments d'ordonnance dans six régimes d'assurance-médicaments provinciaux de 1990 à 1997.

La présente étude est une mise à jour d'un rapport sur les générateurs de coûts du régime d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Écosse au cours de la période allant de 1995-96 à 1998-99³.

² Le Groupe de travail comprend des représentants de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, de la Nouvelle-Écosse, de Santé Canada et du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Il fut créé pour examiner une des six questions soulevées lors de la réunion des ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux en avril 1996. Les autres questions concernent l'utilisation, le marketing, le gaspillage, l'éducation des consommateurs ainsi que la recherche et le développement. Son travail est supervisé par le Comité des questions pharmaceutiques, qui en fait rapport au Comité consultatif sur les services de santé.

³ L'étude précédente a été menée sur une base temporelle et les prix ont été calculée par DIN, alors que la présente étude, elle, est menée par exercice financier et le prix est calculé au niveau chimique; c'est-à-dire, le prix d'une substance chimique contenant les mêmes ingrédients, la même puissance, le même mode d'administration et la et la même présentation. Ce changement de la définition a été adopté afin de davantage mettre en relief la substitution

Les renseignements sur les prix, les quantités, les dépenses totales et les parts du marché ont été tirés de la base de données du régime d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Écosse. La base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada a été utilisée pour veiller à ce que seuls les médicaments définis par la *Loi sur les aliments et drogues* soient pris en compte. Cette base de données a également servi à l'identification de tous les produits pharmaceutiques d'après leur classification dans le Système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC). Pour terminer, la base de données du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés a permis de regrouper les médicaments selon leur statut en matière de brevet et leur catégorie.

Le rapport comprend les sections suivantes : la section 2 explique pourquoi une étude des générateurs de coûts procure des renseignements importants à tous les intervenants du secteur de la santé; la section 3 décrit les principales perspectives de l'analyse des générateurs de coûts; la section 4 fait état de la croissance du coût global des médicaments dans les régimes d'assurance-médicaments, tant publics que privés, en Nouvelle-Écosse de 1995-96 à 1998-99; la section 5 présente les résultats et la section 6 clôture le tout en exposant les conclusions.

au sein d'un marché à fournisseurs multiples et de préciser la contribution de chacun des déterminants des générateurs de coûts au modèle.

2.0 Pourquoi étudier les générateurs de coûts?

L'analyse des générateurs de coûts fournit aux gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments, tant publics que privés, aux décideurs et aux autres intervenants, y compris les consommateurs, une meilleure compréhension des principaux déterminants des augmentations annuelles des dépenses en produits pharmaceutiques et des tendances de ces mêmes dépenses. Au cours des années 1990, les augmentations annuelles du coût des médicaments au Canada se chiffraient, en moyenne, à environ 10 %⁴ par année. Cette augmentation coïncidait avec une hausse annuelle moyenne du niveau global des prix de moins de 3 %⁵. Voilà qui démontre que les variations annuelles du coût des médicaments sont la résultante de plusieurs facteurs, lesquels sont présentés dans la figure 1⁶.

Figure 1

Facteurs influant sur les dépenses totales en médicaments

1. Les variations de la population totale
2. Les changements relatifs à la démographie et à l'état de santé de la population (c.-à-d. de ceux qui ont un besoin croissant de médicaments)
3. Les fluctuations du prix unitaire des médicaments (brevetés et non brevetés)
4. Les modifications des majorations des prix de gros et de détail et des frais d'exécution d'ordonnance
5. Les changements dans les habitudes de prescription des médecins (c.-à-d. passer d'anciens médicaments à faible coût à des médicaments plus récents relativement plus coûteux [effet thérapeutique ± amélioré] pour les mêmes diagnostics sous-jacents)
6. Les différences dans l'utilisation des médicaments pour chaque patient (c.-à-d. plus de médicaments par patient par année)
7. Le passage à la pharmacothérapie pour remplacer d'autres formes de traitements (c.-à-d. comme autres options à la chirurgie dans certains cas)
8. Les nouvelles maladies à traiter ou les anciennes maladies à traiter ou les anciennes maladies à traiter de façon appropriée
9. La protection plus large des brevets, les barrières à l'entrée et la concurrence moins vive

⁴ On a noté, en 1994 et en 1996, des taux de croissance exceptionnellement bas d'environ 3 %.

⁵ Statistique Canada, CANSIM, série P200202.

⁶ Cette figure est reproduite en partie du document de travail du CEPMB intitulé « Examining the Role, Function and Methods of the Patented Medicine Prices Review Board », novembre 1997.

Bien qu'il soit difficile d'évaluer l'effet relatif que peuvent avoir les facteurs susmentionnés⁷ sur l'augmentation du coût des médicaments, certaines études tentent cependant de le faire⁸. Ces études ont utilisé des méthodologies différentes pour évaluer l'effet des différents facteurs. Ces études révèlent notamment que l'augmentation des prix ne représente qu'un facteur ayant des répercussions sur le coût total des médicaments. Les autres facteurs d'importance sont l'utilisation (c.-à-d. l'augmentation quantitative de la consommation de médicaments) et l'effet de l'inscription de nouveaux médicaments.

⁷ Un autre facteur qui mérite d'être mentionné est le passage aux soins communautaires amorcé au cours des dernières années. Outre le remplacement des interventions chirurgicales par des médicaments, les régimes d'assurance-médicaments communautaires connaissent une augmentation de l'utilisation des médicaments du fait que davantage de traitements qui pouvaient auparavant nécessiter une hospitalisation sont maintenant prodigués dans la communauté. Un exemple de cette tendance est l'accroissement des services de soins palliatifs en milieu communautaire.

⁸ À titre d'exemple, consulter les documents suivants : « A Report on Drug Costs », de Green Shield Canada, 1994; Gorecki, P. K.; « Controlling Drug Expenditures in Canada, The Nova Scotia Experience », 1991; Angus, D. E. et coll.; « Sustainable Health Care for Canadians », 1995 et Brogan Inc.(1998) « Handbook on Private Drug Plans: 1993-1996 ».

3.0 Fil conducteur du rapport

Cette analyse vise à répartir les variations annuelles du coût des médicaments entre les principaux déterminants suivants :

- variations de la quantité (utilisation) annuelle des médicaments anciens et plus récents⁹;
- changements annuels du prix unitaire des médicaments anciens et plus récents⁹;
- effet annuel de l'inscription de nouveaux médicaments (brevetés et non brevetés); et
- effet annuel des médicaments plus récents par classe thérapeutique ou groupe de maladies.

L'analyse de ces facteurs permet de comprendre les facteurs énumérés à la figure 1. Tous ces facteurs sont examinés individuellement pour déterminer leur influence respective sur les variations annuelles du coût des médicaments. Autrement dit, une évaluation du pourcentage d'augmentation du prix des médicaments attribuable à chacun des déterminants sera effectuée¹⁰. Il est important de noter que le niveau des prix (plutôt tendances en matière de coût de traitement sont tous des déterminants qui doivent faire l'objet de recherches et d'analyses approfondies.

Une partition supplémentaire des générateurs de coûts par classe thérapeutique permet de voir si certains groupes de maladies amènent, proportionnellement, un accroissement supérieur des coûts annuels. De plus, une analyse approfondie permettra de déterminer dans quelle mesure les nouveaux médicaments sont substitués aux anciens ainsi que le coût relatif des nouveaux médicaments par rapport aux anciens. Enfin, la répartition par médicaments brevetés et non brevetés permet l'examen des médicaments sur le plan de la nouveauté thérapeutique. En d'autres termes, dans quelle mesure l'apparition de nouveaux médicaments brevetés qui s'ajoutent à une gamme (catégorie 1), les nouveaux médicaments constituant une découverte ou une amélioration importante (catégorie 2) ou les médicaments qui présentent des améliorations moyennes ou modestes ou qui n'en présentent aucune (catégorie 3) influencent les variations annuelles du coût des médicaments.

⁹ Les nouveaux médicaments sont définis par leurs substance active, leur régime posologique, leur présentation et leur mode d'administration. Les produits génériques bioéquivalents ne sont pas considérée comme des nouveaux médicaments en matière de substance active.

¹⁰ Voir l'annexe 1 pour connaître les modifications apportées à la méthodologie et aux définitions utilisées dans les études précédentes.

4.0 Tendances en matière de dépenses en médicaments en Nouvelle-Écosse

Le régime d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Écosse ayant connu d'importants changements au cours des dernières années, une brève description de ce régime peut s'avérer utile.

4.1 Généralités

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse offre un programme de remboursement des médicaments d'ordonnance par le biais du ministère de la Santé (MS) et du *Department of Community Services* (CS). Le régime d'assurance-médicaments destiné aux personnes âgées est entré en vigueur le 1^{er} octobre 1974, les régimes d'assurance-médicaments du *Department of Community Services*, le 1^{er} septembre 1975, et le premier régime de remboursement de médicaments spéciaux (MS), le 1^{er} octobre 1976, sans oublier les nouveaux régimes de remboursement de médicaments spéciaux qui sont entrés en vigueur le 1^{er} août 1998. Les régimes sont administrés par *Maritime Medical Care Inc.* pour le compte de la *Insured Programs Branch* du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Veuillez vous reporter à l'annexe 2 pour obtenir de plus amples renseignements sur l'admissibilité.

4.2 Principaux changements depuis 1990

- En 1990, introduction du coût maximal admissible (CMA) : payer uniquement le coût le plus bas dans une catégorie de médicaments interchangeables; introduction de la quote-part du patient : 3 \$ par ordonnance jusqu'à un maximum de 150 \$ par année.
- En 1991, augmentation de la quote-part du patient à 20 % par ordonnance jusqu'à un maximum de 150 \$ par année.
- En 1993, augmentation de la quote-part du patient jusqu'à un maximum de 400 \$ par année pour les personnes âgées ne recevant pas un supplément de revenu garanti (SRG), jusqu'à 150 \$ par année pour les personnes âgées à faible revenu (recevant un SRG); régime de pharmacothérapie initiale (ordonnance fractionnée de médicaments très coûteux avec une incidence élevée d'effets indésirables).
- En 1995, implantation du nouveau régime d'assurance-médicaments destiné aux personnes âgées de la Nouvelle-Écosse avec une prime annuelle de 215 \$. La quote-part maximale a été fixée à 200 \$ pour toutes les personnes âgées inscrites au régime (fixée précédemment à 150 \$ pour les bénéficiaires du SRG et à 400 \$ pour les bénéficiaires ne recevant pas un SRG). Un programme de réduction a également été mis sur pied avec un paiement maximal de 300 \$ pour les personnes âgées à faible revenu.
- Juin 1996 : publication de la nouvelle Liste de médicaments.
- Septembre 1996 : les personnes âgées peuvent choisir d'être couvertes ou non par le régime d'assurance-médicaments destiné aux personnes âgées de la Nouvelle-Écosse.

- Autres ajustements au régime : retrait de la liste de médicaments des préparations contre la toux et le rhume, des antihistaminiques, des médicaments d'association, des anorexigènes, des préparations de vitamines et de minéraux administrées par voie orale, des suppléments de calcium, du statut d'exception pour les médicaments spécialisés à coût élevé.
- Novembre 1997 : les honoraires professionnels sont fixés à 8,65 \$; si le coût du médicament est supérieur à 105 \$, les honoraires passent à 12,98 \$ (1,5 fois les honoraires réguliers).

4.3 Total des dépenses en médicaments au détail des secteurs public et privé¹¹

Depuis le début des années 1980, les dépenses en médicaments en Nouvelle-Écosse, tout comme dans le reste du Canada, ont été l'élément de croissance le plus important au chapitre des dépenses totales des soins de santé. En effet, en 1997, les dépenses se sont accrues de 10,6 % et en 1998, de 4,7 %, ce qui constitue une croissance plus rapide que le taux annuel d'inflation, selon l'indice des prix à la consommation (IPC) de cette période.

En 1998, les dépenses totales au détail pour les médicaments d'ordonnance atteignaient 315,2 millions de \$, dont 134,1 millions de \$ pour le secteur public et 181,1 millions de dollars pour le secteur privé¹². La partie du régime d'assurance-médicaments provincial, ou la partie des dépenses publiques des régimes d'assurance-médicaments, était de 94,7 millions de \$, soit 70,6 % du total des dépenses publiques en 1998. Les 39,4 millions de \$ restants, soit 29,4 %, sont constitués des dépenses en médicaments dans les hôpitaux et dans le cadre de programmes fédéraux. En 1998, les dépenses totales au détail (secteurs public et privé) comprenant les médicaments grand public étaient de 427,2 millions de \$. Les dépenses totales en médicaments d'ordonnance (secteurs public et privé) représentaient 73,8 % des dépenses totales.

Au cours des années, la part des dépenses publiques en tant que part des dépenses totales est demeurée constante. En 1995, elles constituaient 31,3 % des dépenses totales, alors qu'en 1998, elles en représentaient 33,4 %.

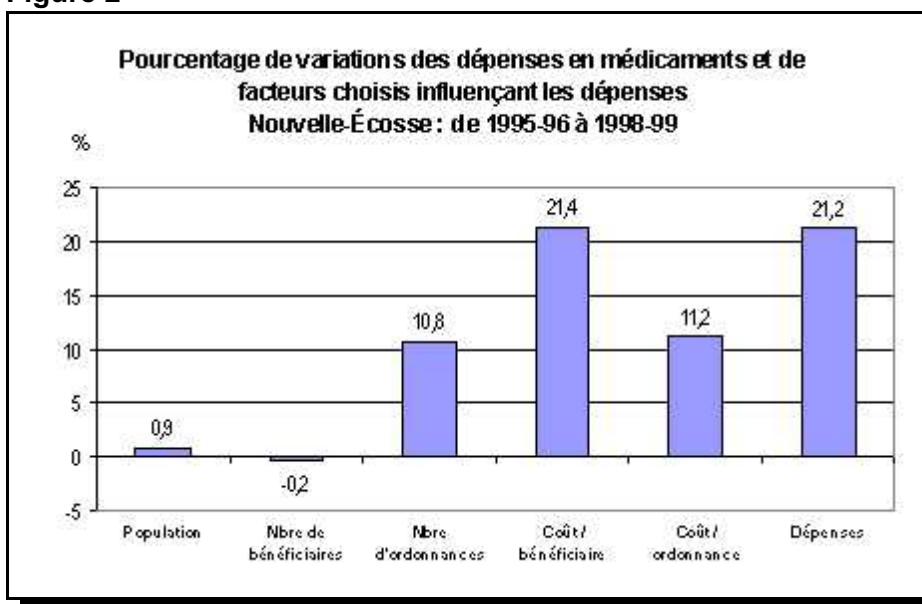
4.4 Facteurs influant sur les dépenses en médicaments

La figure 2 présente un résumé des facteurs importants décrits à la figure 1 susceptibles d'avoir contribué aux dépenses totales en médicaments de 1995-96 à 1998-99. La figure montre que la population de Nouvelle-Écosse a augmenté de 0,9 % sur cette période. Les ordonnances par tête couvertes par les régimes d'assurance-médicaments publics ont enregistré une augmentation de 9,9 %. Le coût moyen par ordonnance a augmenté de 11,2 %.

¹¹ Les chiffres utilisés dans cette section proviennent de Santé Canada et de membres de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les montants des dépenses de 1998 ne sont que des estimations préliminaires.

¹² Les dépenses du secteur privé incluent les quotes-parts et les franchises payées par les bénéficiaires du régime d'assurance-médicaments provincial.

Figure 2



Il est important de noter qu'un grand nombre de facteurs influent sur le coût d'une ordonnance. Parmi ceux-ci, on compte le prix unitaire du fabricant, les majorations des prix de gros et de détail, les changements au chapitre du format des prescriptions, les changements d'habitude de prescription des médecins (c.-à-d. passer d'un ancien médicament moins coûteux à un médicament plus récent plus cher), la tendance à passer à la pharmacothérapie pour remplacer d'autres formes de traitements et l'apparition de nouvelles indications et de nouveaux médicaments pour des maladies connues pour lesquelles il n'y avait aucune pharmacothérapie auparavant.

La section 5, qui suit, présente une évaluation plus complète de l'effet relatif qu'ont les divers facteurs sur les variations des dépenses annuelles en médicaments.

5.0 Analyse

5.1 Dépenses en médicaments du régime d'assurance-médicaments de Nouvelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99 ¹³

Au cours de la période allant de 1995-96 à 1998-99, les dépenses totales du régime d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Écosse en médicaments prises en compte dans la présente étude ont augmenté de 56,0 à 71,4 millions de \$. Ce montant diffère des dépenses totales du régime d'assurance-médicaments pour les raisons suivantes :

- les médicaments n'étaient inclus dans cette analyse que s'ils pouvaient être jumelés à ceux de la base de données de la Direction générale de la protection de la santé (DGPS) de Santé Canada;
- les chiffres des dépenses n'incluaient ni les frais d'exécution d'ordonnance ni les dépenses ne se rapportant pas aux médicaments comme les bandelettes réactives diagnostiques;
- les chiffres des dépenses incluent la quote-part du bénéficiaire¹⁴.

5.2 Répartition des variations des dépenses par déterminant

Les variations des dépenses annuelles totales peuvent être ventilées entre les différents déterminants suivants : effet de prix, effet de quantité, inscription de nouveaux médicaments, retrait de médicaments existants et autres¹⁵. Le tableau 1 résume la contribution relative de chacun des déterminants mentionnés précédemment aux variations annuelles totales des dépenses.

¹³ Les dépenses sont constituées par le coût des demandes de remboursement dans le cadre des programmes destinés aux personnes âgées.

¹⁴ Les dépenses étaient fondées sur le coût d'acquisition total approuvé, puisqu'il s'agissait du seul champ existant qui excluait la marge bénéficiaire brute des pharmacies et les honoraires des pharmaciens, permettant ainsi d'inclure la quote-part du bénéficiaire dans les dépenses. Il est important de noter qu'il a fallu estimer le montant réel des réclamations dans la communauté aux fins de la décomposition des principaux déterminants. Comme il est courant en Nouvelle-Écosse de présenter le coût maximal admissible (CMA) plutôt que le coût d'acquisition réel des médicaments pris en charge par le régime du CMA, nous avons utilisé la liste de prix du fabricant plutôt que le montant des réclamations.

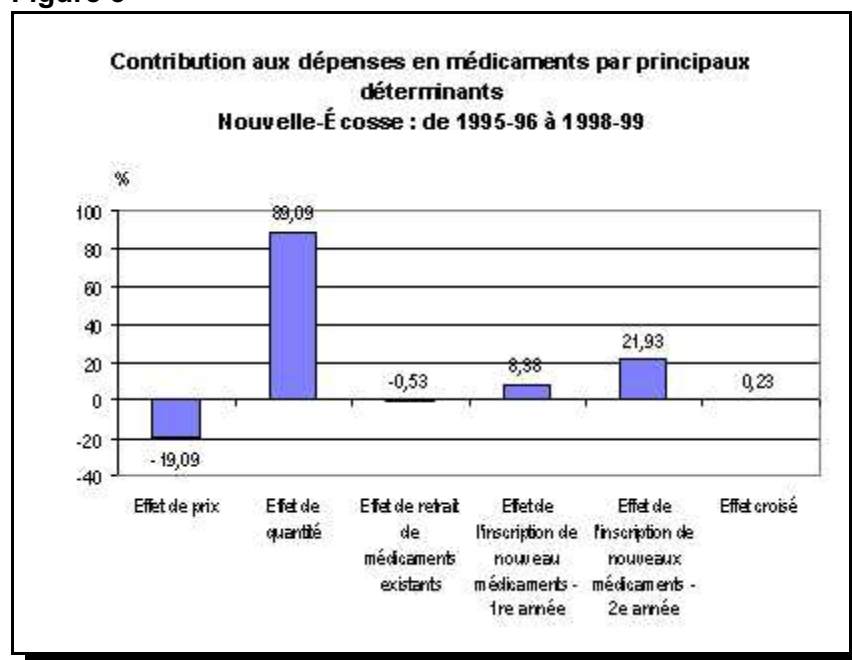
¹⁵ « Autres » représente l'effet croisé du prix et de la quantité. L'effet croisé est l'interaction entre le changement de prix et le changement de quantité, c'est-à-dire qu'il s'agit d'une mesure de la corrélation entre les changements de prix et de quantité. Si un changement de prix important correspond à un changement de quantité important, l'effet croisé sera significatif. Une valeur négative indique que des changements importants surviennent dans des directions opposées et que leur ampleur est significative. Il peut s'agir, par exemple, d'une importante diminution de prix accompagnée d'une importante augmentation de la quantité ou, à l'opposé, d'une importante augmentation de prix accompagnée d'une importante diminution de la quantité.

Tableau 1

Contribution moyenne aux dépenses en médicaments par principaux déterminants Nouvelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99						
Année	Effet de prix (%)	Effet de quantité (%)	Effet de retrait de médicaments existants (%)	Effet de l'inscription de nouveaux médicaments – 1 ^{re} année (%)	Effet de l'inscription de nouveaux médicaments – 2 ^e année (%)	Effet croisé (%)
1996/97	-80,00	171,90	-1,30	14,00	0,00	-4,50
1997/98	-31,30	80,20	-0,60	10,80	43,00	-2,10
1998/99	2,70	68,30	-0,30	5,90	20,90	2,40
Moyenne	-19,09	89,09	-0,53	8,38	21,93	0,23

Entre 1995-96 et 1998-99, en moyenne, les fluctuations des prix unitaires observées dans la province ont compté pour -19,1 %¹⁶ de la variation des dépenses, les différences de quantité, ou d'utilisation, pour 89,1 %, l'inscription de nouveaux médicaments, pour 30,3 % et le retrait de médicaments existants et d'autres facteurs, pour -0,5 % et 0,2 %, respectivement. Les résultats démontrent que l'inscription et l'utilisation de nouveaux médicaments sont principalement responsables de la plus importante augmentation pendant cette période. Le tableau 1 indique également que l'effet des nouveaux médicaments était significatif à la fois l'année de leur inscription (8,4 %) et l'année suivante (21,9 %).

Figure 3



¹⁶ Il est important de noter que ces valeurs ne signifient pas une diminution de 19,09 % au cours de la période observée. Il peut s'agir d'une diminution marquée de l'utilisation d'un médicament populaire qui entraîne un effet négatif sur le prix. De plus, le remplacement par des produits génériques a joué un rôle important dans la réduction des coûts dans le marché des médicaments à fournisseurs multiples au cours de la période observée.

Les résultats présentés ci-dessus suggèrent qu'une augmentation de l'utilisation et la couverture des nouveaux médicaments influent grandement sur les variations annuelles des dépenses. La décomposition des dépenses permet de connaître l'importance relative des changements d'utilisation des médicaments existants et plus récents. Il est important de se rappeler que les effets

mentionnés représentent l'effet relatif de chaque déterminant sur les fluctuations des dépenses. L'effet de prix négatif présenté dans cette analyse est causé en grande partie par la concurrence des

médicaments génériques, qui fait diminuer le coût de tous les médicaments d'une même classe thérapeutique, et par les politiques de limitation des coûts. Les réductions absolues de prix par DIN, particulièrement des médicaments plus récents les plus vendus, ne sont pas la principale source de l'important effet de prix négatif. Pour connaître la véritable signification des résultats présentés ci-dessus, il faudrait analyser davantage le niveau de prix des nouveaux médicaments et les changements dans les habitudes de prescription privilégiant les médicaments plus récents, les fluctuations du coût des traitements ou des niveaux de prix (plutôt que des variations annuelles), les stratégies de commercialisation des nouveaux médicaments, le taux de pénétration du marché des nouveaux médicaments et de recul des médicaments plus anciens, et l'effet des politiques publiques.

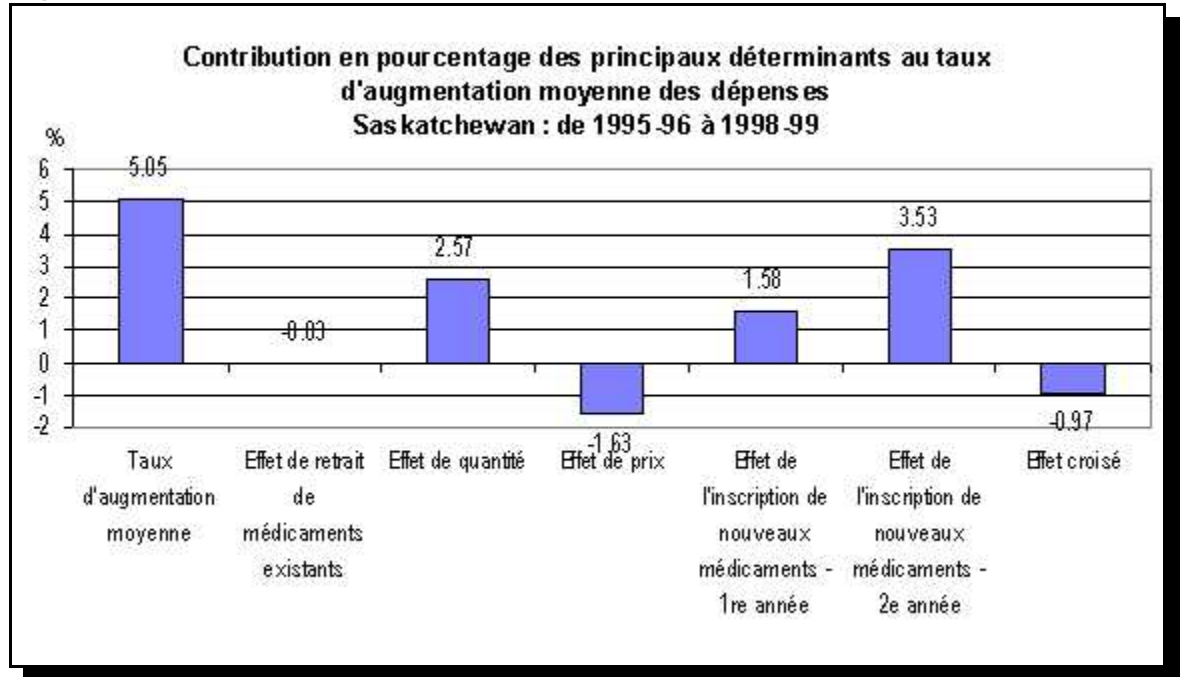
Le tableau 2 répartit les dépenses totales annuelles entre les médicaments existants et les médicaments plus récents. Les médicaments dits existants sont ceux qui étaient sur le marché en 1995-96 (c.-à-d. des médicaments inscrits en 1995-96 ou avant). Les médicaments plus récents sont ceux qui ont fait leur apparition en 1996-97 ou au cours des années subséquentes. Les dépenses en médicaments existants en 1995-96 ont diminué en moyenne de 1,1 % entre 1995-96 et 1998-99, tandis que les dépenses pour tous les médicaments ont augmenté en moyenne de 8,4 % sur cette période. La part des dépenses en médicaments plus récents a augmenté de façon constante sur la période en question.

Tableau 2

Dépenses en médicaments Nouvelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99 (en millions de \$)						
Année	Tous les médicaments 1995-96 à 1998-99			Médicaments existants de 1995-96 à 1998-99		
	Dépenses totales	Différence dans les dépenses	Taux de croissance en %	Dépenses totales	Différence dans les dépenses	Taux de croissance en %
1995/96	56,00	-	-	56,00	-	-
1996/97	58,80	2,80	5,00	56,30	0,30	0,50
1997/98	61,50	2,70	4,60	52,70	-3,60	-6,40
1998/99	71,40	9,90	16,10	54,10	1,40	2,70

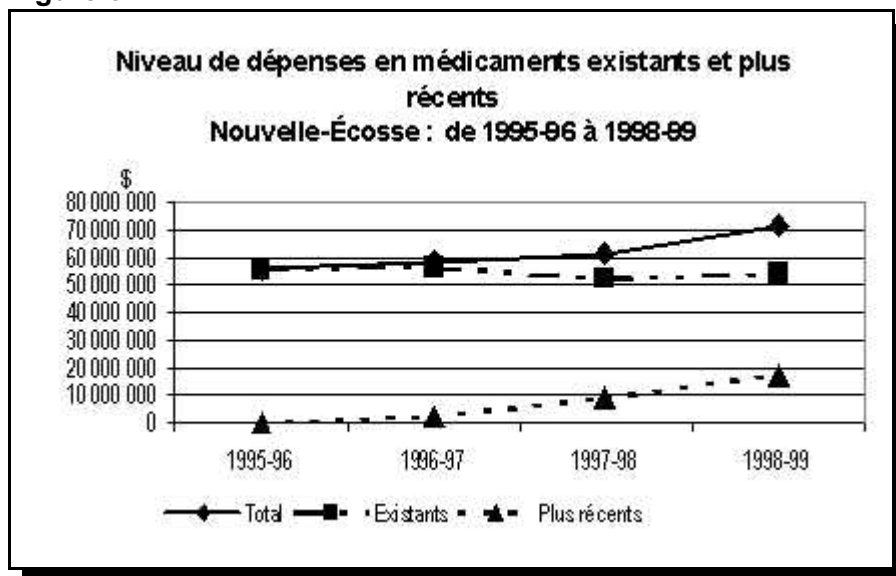
La figure 4 illustre la contribution de chacun des déterminants en pourcentage d'augmentation moyenne. Les dépenses en médicaments ont augmenté, en moyenne, au rythme annuel de 8,4 % de 1995-96 à 1998-99. L'utilisation et l'inscription de nouveaux médicaments sont en grande partie responsables de cette augmentation.

Figure 4



La figure 5 correspond au tableau 2; elle illustre les tendances des dépenses en médicaments, (médicaments existants et plus récents). La figure 5 montre qu'à mesure que les dépenses en médicaments existants diminuaient d'année en année, les dépenses en nouveaux médicaments, elles, augmentaient, entraînant l'augmentation des dépenses totales. Outre le remplacement d'anciens médicaments par de nouveaux, il existe plusieurs raisons à la diminution des dépenses en médicaments existants. Les prix des médicaments plus anciens ont pu diminuer à mesure qu'ils vieillissaient, ou bien il a pu y avoir un transfert de choix vers d'autres médicaments existants moins onéreux en réponse aux changements de politiques. Ces facteurs nécessitent une analyse plus approfondie.

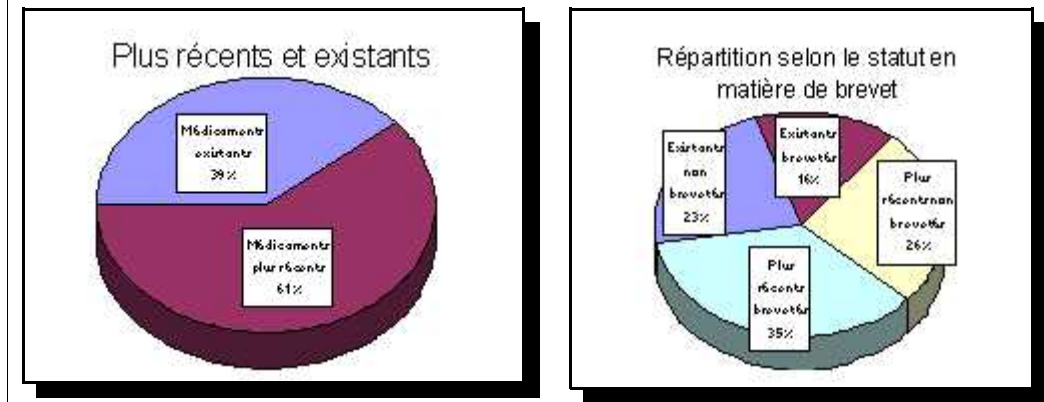
Figure 5



La figure 6 répartit les dépenses totales en médicaments en dépenses en médicaments existants et plus récents. Les médicaments plus récents ont représenté 24,3 % des dépenses en 1998-99. En 1995-96, la part de dépenses en médicaments brevetés et non brevetés par rapport aux coûts totaux était de 36,3 % et de 63,7 %, respectivement. En 1998-99, la part des dépenses encourues pour les médicaments brevetés a augmenté à 49,8 %. Plus des 4/5^e de ces dépenses se portaient sur des médicaments existants. La croissance des dépenses en médicaments correspond à l'effet de la plus grande protection des brevets résultant de l'adoption des projets de lois C-22 et C-91 en 1987 et en 1993¹⁷.

¹⁷ Ces données correspondent également à la croissance générale de la part des médicaments brevetés signalée par le CEPMB (1998). Voir le document S-9811, intitulé « Tendances des prix des médicaments brevetés ».

Figure 6
Proportion des dépenses en médicaments
plus récents et existants
Nouvelle-Écosse : 1998-99

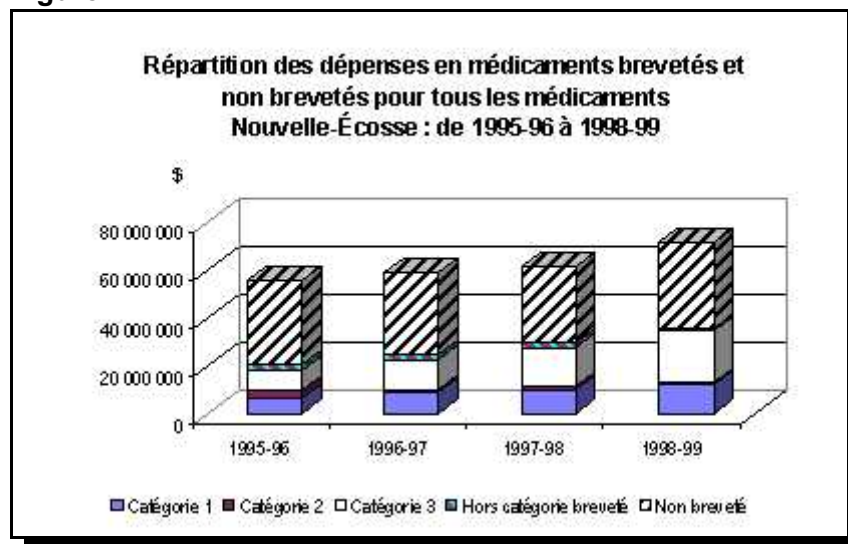


5.3 Répartition des dépenses en médicaments (par statut de brevet et par catégorie)

La figure 7 illustre la part des médicaments brevetés et non brevetés dans les dépenses totales en médicaments. Les médicaments brevetés se répartissent en catégorie 1 (extension de gamme d'un médicament existant), catégorie 2 (découverte d'un nouveau médicament ou amélioration importante d'un médicament existant), catégorie 3 (amélioration moyenne, modeste ou aucune amélioration d'un médicament existant), sans oublier les anciens médicaments brevetés hors catégorie. Toutefois, il faut noter que même si les dépenses en médicaments de catégorie 1, 2 et 3 sont indiquées séparément, il s'agit souvent d'un même médicament sous différentes marques, dosages et formes pharmaceutiques. Les médicaments de la catégorie 1 sont parfois une extension de gamme d'un médicament de la catégorie 2 ou de la catégorie 3 et un médicament de la catégorie 3 est souvent un médicament qui présente des améliorations moyennes ou modestes ou qui n'en présente aucune par rapport à un médicament de la catégorie 2¹⁸.

¹⁸ Par exemple, le budésonide, la substance active contre l'asthme, est offert en plusieurs marques, dosages et formes pharmaceutiques. Pulmicort, en inhalateur et Pulmicort Spacer, qui sont deux formes pharmaceutique différentes de la marque Pulmicort, ont été lancés en 1988 comme médicaments offrant une amélioration moyenne (catégorie 3). Pulmicort Turbuhaler a ensuite été lancé en 1990 en tant qu'extension de gamme (catégorie 1), puis Pulmicort Nebuamp a été lancé en 1992 en tant que médicament innovateur (catégorie 2). Un autre exemple est Losec (20 mg/gélule), une marque de commerce, de l'Oméprazole, qui a été lancé en tant que médicament innovateur (catégorie 2) en 1989. En 1996, Losec (20 mg/comprimé), soit le même dosage, mais une forme pharmaceutique différente, a été relancé sur le marché en tant qu'extension de gamme (catégorie 1).

Figure 7



La figure 7 montre qu'en 1995-96, des 20,3 millions de \$ totalisés par les médicaments brevetés, les médicaments de catégorie 1 en représentaient 34,5 % (7,0 millions de \$), les médicaments de catégorie 2, 10,6 % (2,2 millions de \$), les médicaments de catégorie 3, 43,9 % (8,9 millions de \$) et les médicaments plus anciens hors catégorie, 11,0 % (2,2 millions de \$). En 1998-99, des 35,5 millions de \$ totalisés par les médicaments brevetés, les médicaments de catégorie 1 en représentaient 35,6 % (12,7 millions de \$), les médicaments de catégorie 2, 1,8 % (0,7 millions de \$), les médicaments de catégorie 3, 59,0 % (21 millions de \$) et les médicaments plus anciens hors catégorie, 3,5 % (1,3 millions de \$).

5.4 Croissance des dépenses en médicaments plus récents

Les données du tableau 3 démontrent à quelle vitesse le marché réagit à l'inscription de nouveaux médicaments. Par exemple, les dépenses en médicaments inscrits en 1995-96 atteignaient 2,5 millions de \$ cette année-là, mais se sont élevées à 7,2 millions de \$ en 1998-99. Cette même augmentation des dépenses l'année suivant leur inscription peut être observée pour les médicaments inscrits en 1997-98. Cependant, il faut noter que, selon le mois d'inscription, les dépenses de l'année de l'inscription peuvent représenter des données pour une année « partielle ». Par exemple, si un médicament est inscrit en juillet, les données relatives aux dépenses ne valent pour six mois seulement¹⁹.

¹⁹ Les dépenses en nouveaux médicaments ont augmenté en moyenne de 36,8 % entre les deux premières années complètes suivant leur inscription.

Tableau 3

Dépenses en médicaments plus récents Nouvelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99 (en millions de \$)			
Année d'inscription	1996-97	1997-98	1998-99
1996-97	2,49	5,29	7,24
1997-98	n/a	3,54	8,09
1998-99	n/a	n/a	2,00
Total	2,49	8,83	17,33

5.5 Analyse des classes thérapeutiques

Pour déterminer plus facilement les groupes de maladies contribuant davantage, de façon proportionnelle, à l'augmentation des dépenses en médicaments, l'étude a été fractionnée au deuxième niveau des classifications du Système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC). Le second niveau du système de classification regroupe des médicaments de classes pharmacologiques différentes dont l'indication thérapeutique principale est la même. On a établi seize classes thérapeutiques en se basant sur le niveau de dépenses qu'elles engendrent par rapport aux autres classes thérapeutiques. Le tableau 4 présente, en pourcentage, la contribution des seize principales classes thérapeutiques aux dépenses totales, ainsi que leur contribution aux variations constatées entre 1995-96 et 1998-99.

On a constaté que les seize principales classes thérapeutiques, qui représentent environ 15 % du nombre total de classes thérapeutiques (de second niveau), comptaient pour 85,6 % de l'ensemble des dépenses en médicaments en 1998-99.

Les deux premières colonnes du tableau 4 montrent le pourcentage de contribution des seize principales classes thérapeutiques au total des dépenses, ainsi que la contribution de chacun des neuf groupes ATC auxquels appartiennent ces seize classes thérapeutiques. Ces neuf groupes ATC sont l'appareil circulatoire, le tube digestif et le métabolisme, le système nerveux central, l'appareil respiratoire, les agents anticancéreux et immunomodulateurs, les organes sensoriels, l'appareil locomoteur, les agents anti-infectieux à action générale, le sang et les organes hématopoïétiques. En 1998-99, les dépenses encourues pour ces neuf groupes ATC atteignaient 67,3 millions de dollars, soit 94,4 % des dépenses totales.

L'avant-dernière colonne du tableau 4 montre la contribution de chacun des groupes ATC et de chacune des classes thérapeutiques à l'accroissement total des dépenses entre 1995-96 et 1998-99. Parmi les neuf groupes ATC de premier niveau, les médicaments destinés à l'appareil circulatoire ont apporté, de loin, la plus forte contribution à l'augmentation des dépenses (46,9 %), suivis par ceux destinés au tube digestif et au métabolisme (19,1 %), puis ceux destinés à l'appareil respiratoire (7,9 %).

Parmi les classes thérapeutiques de deuxième niveau, les agents hypolipémiants (appareil circulatoire) ont apporté la plus forte contribution à l'augmentation des dépenses. Les agents agissant sur le système rénine-angiotensine (l'appareil circulatoire) ont occupé le deuxième rang, suivis par les antiacides (tube digestif et métabolisme). Le pourcentage de chacune de ces classes thérapeutiques représentait 31,4 %, 20,8 % et 11,4 %, respectivement, de l'augmentation des

dépenses en médicaments de 1995-96 à 1998-99. Les antiasthmatiques (7,4 %) et les psycho-analéptiques (6,9 %) ont également contribué de façon significative à cette augmentation.

Tableau 4

Contribution en pourcentage des classes thérapeutiques choisies aux dépenses totales Nouvelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99 (Personnes âgées)							
Classe thérapeutique	ATC	Contribution en 1995-96		Contribution en 1998-99		% de changement dans le total des dépenses	Taux de croissance moyenne des dépenses
		Milliers de dollars	% de dépenses totales	Milliers de dollars	% de dépenses totales		
Tube digestif et métabolisme	A	8 853	15,80	11 777	16,50	19,05	10,00
Antiacides, médicaments contre les ulcères gastro-duodénaux et les flatulences	A02	4 712	8,40	6 460	9,00	11,39	11,00
Agents antispasmodiques, anticholinergiques et propulsifs	A03	1 844	3,30	2 114	3,00	1,76	5,00
Antidiabétiques	A10	1 679	3,00	2 401	3,40	4,70	13,00
Autres		618	1,10	803	1,10	1,21	9,00
Sang et organes hématopoiétiques	B	853	1,50	1 570	2,20	4,67	23,00
Antithrombotiques	B01	779	1,40	1 510	2,10	4,76	25,00
Autres		74	0,10	60	0,10	-0,09	-7,00
Apareil circulatoire	C	24 820	44,30	32 019	44,90	46,89	9,00
Cardiothérapie	C01	3 268	5,80	2 649	3,70	-4,03	-7,00
Bêta-bloquants	C07	3 048	5,40	3 676	5,10	4,09	6,00
Inhibiteurs du canal calcique	C08	8 988	16,00	8 234	11,50	-4,91	-3,00
Agents agissant sur le système rénine-angiotensine	C09	5 295	9,40	8 488	11,90	20,80	17,00
Hypolipidémiants	C10	3 039	5,40	7 856	11,00	31,38	37,00
Autres		1 180	2,10	1 116	1,60	-0,42	-2,00
Agents anti-infectieux à action générale	J	2 296	4,10	1 897	2,70	-2,60	-6,00
Antibactériens à action générale	J01	2 065	3,70	1 645	2,30	-2,74	-7,00
Autres		231	0,40	252	0,40	0,14	3,00
Agents anticancéreux et immunomodulateurs	L	1 883	3,40	2 954	4,10	6,98	16,00
Agents anticancéreux	L02	1 564	2,80	2 578	3,60	6,61	18,00
Autres		319	0,60	376	0,50	0,37	6,00
Appareil locomoteur	M	2 235	4,00	2 143	3,00	-0,60	-1,00
Anti-inflammatoires et antirhumatismaux	M01	1 984	3,50	1 337	1,90	-4,21	-12,00
Autres		250	0,40	806	1,10	3,62	48,00
Système nerveux	N	5 482	9,80	6 481	9,10	6,51	6,00
Psycholeptiques	N05	1 410	2,50	1 095	1,50	-2,05	-8,00

Classe thérapeutique	ATC	Contribution en 1995-96		Contribution en 1998-99		% de changement dans le total des dépenses	Taux de croissance moyenne des dépenses
		Milliers de dollars	% de dépenses totales	Milliers de dollars	% de dépenses totales		
Psycho-analeptiques	N06	1 747	3,10	2 812	3,90	6,94	17,00
Autres		2 326	4,10	2 574	3,60	1,62	3,00
Appareil respiratoire	R	4 955	8,80	6 165	8,60	7,88	8,00
Anti-asthmatiques	R03	4 745	8,50	5 887	8,20	7,44	7,00
Autres		209	0,40	278	0,40	0,45	10,00
Organes sensoriels	S	1 449	2,60	2 339	3,30	5,80	17,00
Préparations ophtalmologiques	S01	1 408	2,50	2 304	3,20	5,84	18,00
Autres		41	0,10	35	0,00	-0,04	-5,00
Sous-total deuxième niveau		47 548	85	61 045	85,6	87,72	3,62
Sous-total premier niveau		52 826	94,3	67 345	94,4	94,58	3,53
Total		56 038	100	71 389	100	100,00	8,41

La part des hypolipémiants est passé de 5,4 % des dépenses totales en 1995-96 à 11,0 % en 1998-99. Les agents associés au système rénine-angiotensine (inhibiteurs de l'ECA) ont représenté 9,4 % des dépenses totales en 1995-96. Cette part est passée à 11,9 % en 1998-99. Les antiacides sont passés de 8,4 % en 1995-96 à 9,0 % en 1998-99.

Le tableau 5 présente la contribution moyenne aux changements dans les dépenses des déterminants de chacune des seize principales classes thérapeutiques aux variations des dépenses. En générale, les tendances moyennes présentées dans le tableau 1 coïncident avec les résultats enregistrés pour les seize principales classes thérapeutiques, mais il existe cependant quelques exceptions intéressantes. Par exemple, bien que les fluctuations de prix contribuent à produire un effet négatif en moyenne, dans le cas des agents associés au système rénine-angiotensine, les fluctuations des prix sont responsables de 17,4 % de l'augmentation des dépenses. D'autre part, du côté des inhibiteurs du canal calcique, l'effet négatif sur le prix s'est révélé beaucoup plus marqué que la moyenne pour tous les médicaments. De telles variations laissent penser que les marchés thérapeutiques sont différents. L'un des objectifs des prochaines études sera d'expliquer ces différences et de comprendre les raisons qui les sous-tendent.

Tableau 5

Contribution moyenne aux dépenses en médicaments par principaux groupes de maladie pour les seize principales classes thérapeutiques Nouvelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99							
Classe thérapeutique	ATC	Effet de prix (%)	Effet de quantité (%)	Effet de l'inscription de nouveaux médicaments 1re année (%)	Effet de l'inscription de nouveaux médicaments 2e année (%)	Effet du retrait de médicaments existants (%)	Effet croisé (%)
Antiacides, médicaments contre les ulcères gastro-duodénaux et les flatulences	A02	-3,10	96,20	1,40	6,70	-0,30	-0,90
Agents antispasmodiques, anticholinergiques et propulsifs	A03	-15,60	114,60	0,50	0,50	0,00	0,00
Antidiabétiques	A10	-4,50	105,00	0,40	0,10	-0,20	-0,80
Agents anti-thrombotiques	B01	0,40	92,40	4,90	2,20	-0,10	0,20
Cardiothérapie	C01	-167,40	84,30	0,30	0,50	-0,40	-17,30
Bêta-bloquants	C07	-57,40	153,50	0,40	11,90	0,00	-8,30
Inhibiteurs du canal calcique	C08	-217,30	82,70	0,70	2,30	0,00	31,60
Agents agissant sur le système rénine-angiotensine	C09	17,40	56,20	19,30	6,30	0,00	0,90
Hypolipidémiant	C10	-6,30	70,90	5,60	29,90	0,00	-0,20
Antibactériens à action générale	J01	-16,20	-90,60	6,40	4,10	-1,80	-1,80
Endocrinothérapie	L02	17,40	-6,00	19,20	72,90	-0,90	-2,50
Anti-inflammatoires et antirhumatismaux	M01	-28,70	-91,00	1,50	23,90	-0,30	-5,40
Psycholeptiques	N05	-5791,00	2157,20	1009,80	2819,30	-186,60	91,30
Psycho-analéptiques	N06	-18,00	112,60	2,00	3,90	0,00	-0,40
Antiasthmatiques	R03	-18,60	86,20	12,90	26,30	-0,10	-6,60
Produits ophtalmologiques	S01	-2,70	5,10	37,90	60,00	-0,20	0,00
Moyenne		-25,40	87,70	12,40	25,80	-0,30	-0,20

L'analyse qui suit expose en détail l'effet des médicaments, plus récents et existants, pour ce qui est des hypolipidémiant et des antiacides. Veuillez consulter l'annexe 4 pour obtenir des renseignements sur le système de classification ATC et une analyse détaillée des autres classes thérapeutiques.

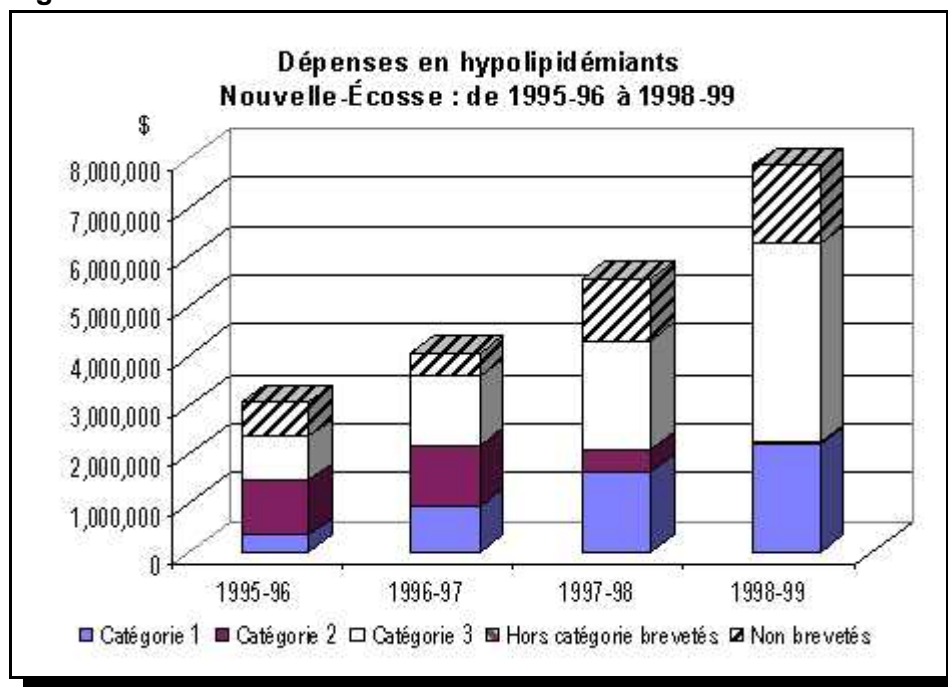
Hypolipidémiants

Les dépenses dans cette classe thérapeutique ont connu la plus forte augmentation annuelle moyenne (37,0 %) des seize principales classes thérapeutiques. Le tableau 4 montre que les dépenses sont passées de 3,0 millions de \$ en 1995-96 à 7,9 millions de \$ en 1998-99. En 1995-96, les médicaments brevetés ont représenté 77,0 % du total des dépenses dans cette classe thérapeutique et sont passés à 79,6 % en 1998-99 une légère augmentation. Les médicaments de catégorie 3 ont compté pour 30,0 % des dépenses en 1995-96. Ils sont passés à 51,3 % en 1998-99. Les dépenses en médicaments de catégorie 2, qui comptaient pour plus du tiers des dépenses en 1995-96, étaient négligeables (0,3 %) en 1998-99. En 1998-99, les principales dépenses en médicaments dans cette classe thérapeutique portaient sur Zocor (20 mg, co.), Lipitor (10 mg, co.) et Pravachol (20 mg, co.). Ces médicaments ont représenté chacun 1,1 million de dollars, soit 3,3 millions du total des dépenses.

Tableau 6

Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies					
Hypolipidémiants					
Nouvelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99					
(En milliers de \$)					
Année d'inscription	Catégorie	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99
1995/96	-	281	264	230	191
1995/96	1	330	934	1 475	1 887
1995/96	2	1 099	1 231	457	26
1995/96	3	1 250	1 524	1 998	2 355
1995/96	NC	80	63	45	29
1996/97	-	0	10	19	11
1996/97	1	0	12	161	313
1997/98	-	0	0	953	1 369
1997/98	1	0	0	0	0
1997/98	3	0	0	219	1 619
1998/99	-	0	0	0	0
1998/99	3	0	0	0	55
1998/99	NC	0	0	0	0
Total des dépenses		3 038	4 040	5 559	7 853
Dépenses médicaments brevetés		2 342	3 564	4 307	6 253
Dépenses médicaments non brevetés		696	476	1 252	1 600

Figure 8



Agents agissant sur le système rénine-angio tensine

Les dépenses dans cette classe thérapeutique ont augmenté à un rythme annuel moyen de 17,0 %.

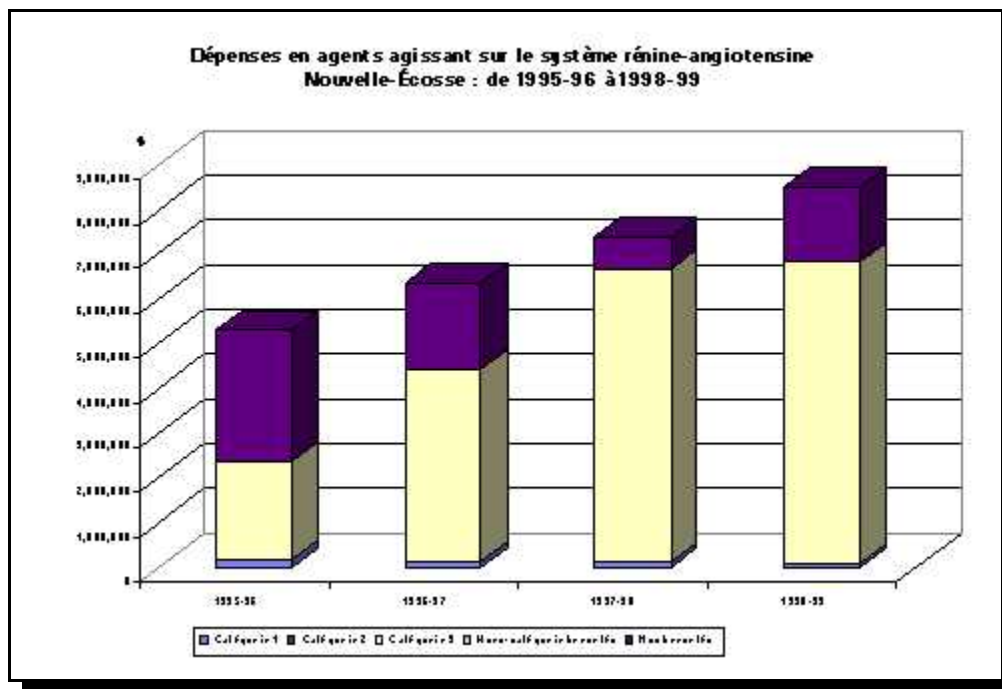
En 1995-96, les médicaments brevetés ont représenté 44,5 % des dépenses dans cette classe thérapeutique. Les dépenses en médicaments brevetés étaient fortement concentrées sur les médicaments de catégorie 3. En 1998-99, la part des médicaments brevetés était passée à 80,3 % du total des dépenses et la plupart étaient des médicaments de catégorie 3.

En 1998-99, les principales dépenses en médicaments dans cette classe thérapeutique portaient sur trois produits, soit Vasotec (5 mg, co.), Vasotec (10 mg, co.) et Cozaar (50 mg, co.). Ces médicaments ont représenté 1,4 millions de \$, 1,2 millions de \$ et 0,7 million de \$ des dépenses, respectivement.

Tableau 7

Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Agents agissant sur le système rénine-angiotensine Nouvelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99 (en milliers de \$)					
Année d'inscription	Catégorie	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99
1995/96		2,938	1,889	636	728
1995/96	1	186	155	106	64
1995/96	3	2,160	4,274	6,491	6,486
1995/96	NC	12	12	22	64
1996/97		0	8	29	38
1996/97	3	0	0	0	5
1997/98		0	0	38	248
1997/98	1	0	0	6	82
1997/98	3	0	0	33	168
1998/99		0	0	0	530
1998/99	3	0	0	0	75
Total des dépenses		5,298	6,337	7,360	8,487
Dépenses médicales brevetés		2,359	4,441	6,659	6,816
Dépenses médicales non brevetés		2,939	1,896	701	1,671

Figure 9



Antiacides, médicaments contre les ulcères gastro-duodénaux et les flatulences

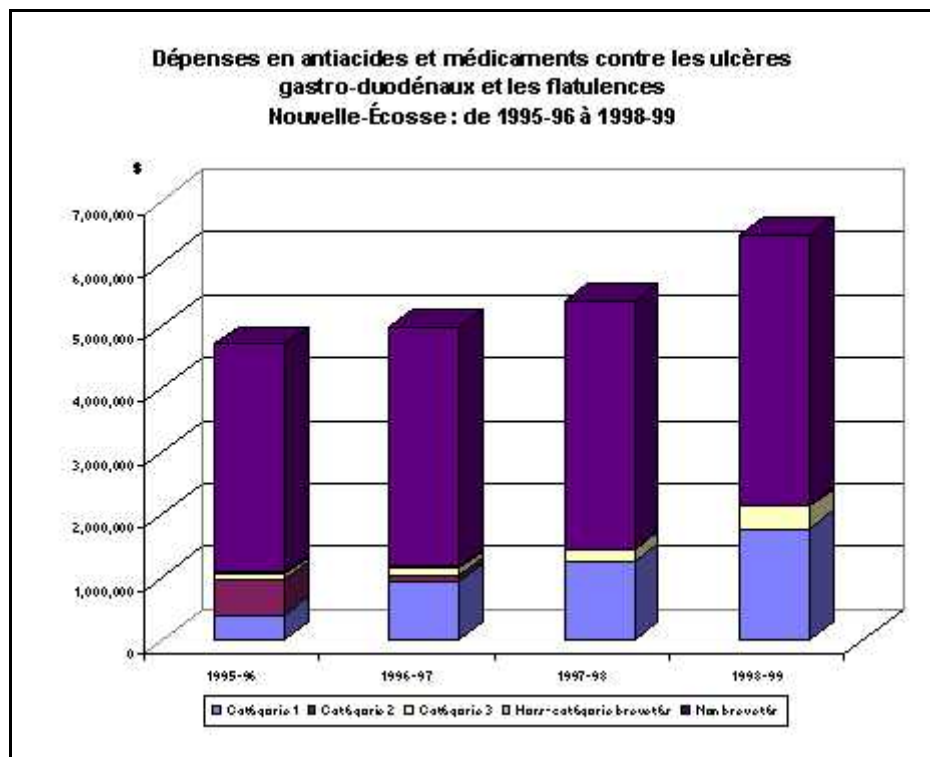
Les dépenses totales dans cette classe thérapeutique sont passées de 4,7 millions de \$ en 1995-96 à 6,5 millions de \$ en 1998-99, et la part des médicaments brevetés est passée de 22,7 % à 33,2 %. Cette augmentation est majoritairement due à l'augmentation des dépenses en médicaments de catégorie 1, dont la part dans le total des dépenses est passée de 8,8 % à 27,4 % sur la période étudiée.

En 1998-99, les principales dépenses en médicaments dans cette classe thérapeutique portaient sur trois produits, soit Losec (20 mg, co.), Novo-Ranitidine (150 mg, co.) et Gen-Ranitidine (150 mg, co.). Ces médicaments ont représenté 1,5 millions de \$, 1,4 millions de \$ et 0,8 million de \$, respectivement.

Tableau 8

Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Antiacide, médicaments contre les ulcères gastro-duodénaux et les flatulences Nouvelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99 (En milliers de \$)					
Année d'inscription	Catégorie	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99
1995/96		3 143	3 028	2 743	2 772
1995/96	1	458	977	1 319	1 812
1995/96	2	533	100	2	0
1995/96	3	101	113	145	226
1995/96	NC	477	503	472	500
1996/97		0	276	672	876
1996/97	3	0	5	17	19
1997/98		0	0	23	111
1997/98	1	0	0	1	7
1997/98	3	0	0	11	115
1998/99		0	0	0	15
1998/99	1	0	0	0	8
Total des dépenses		4 708	5 002	5 402	6 459
Dépenses médicaments brevetés		1 069	1 168	1 463	2 145
Dépenses médicaments non brevetés		3 639	3 834	3 939	4 314

Figure 10



6.0 Conclusion

La présente étude est une mise à jour d'un rapport sur les générateurs de coûts du régime d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Écosse au cours de la période allant de 1995-96 à 1998-99. Au cours de la période étudiée, les dépenses sont passées de 56,0 à 71,4 millions de \$. L'utilisation de médicaments existants et de médicaments inscrits en 1995-96 et les années subséquentes est principalement responsable de la croissance des dépenses. Entre 1995-96 et 1998-99, dans la province, en moyenne, les fluctuations des prix unitaires ont compté pour -19,1 % de la variation des dépenses, les différences de quantité, ou d'utilisation, pour 89,1 %, l'inscription de nouveaux médicaments, pour 30,3 % et le retrait de médicaments existants et d'autres facteurs, pour -0,5 % et -0,2 %, respectivement. Les résultats démontrent que l'utilisation et l'inscription de nouveaux médicaments sont principalement responsables de la plus importante augmentation pendant cette période; les dépenses ayant augmentées significativement malgré une baisse de la moyenne des prix unitaires. La contribution de chacun de ces facteurs a considérablement changé d'une année à l'autre, révélant le besoin d'études plus approfondies pour comprendre la sensibilité du modèle, l'effet des politiques de limitation des coûts et l'inscription et la pénétration du marché des nouveaux médicaments.

Le rapport analyse également à quel point les huit principaux groupes ATC contribuent à l'augmentation des dépenses en médicaments. En 1998-99, les médicaments de neuf groupes du Système de classification ATC (appareil circulatoire, tube digestif et métabolisme, système nerveux central, appareil respiratoire, agents anticancéreux et immunomodulateurs, organes sensoriels, appareil locomoteur, agents anti-infectieux à action générale, sang et organes hématopoïétiques) représentaient 67,3 millions de \$, soit 94,6 %, du total des dépenses. Depuis 1995-96, le régime d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Écosse a subi plusieurs changements en vue de pallier l'augmentation du prix des médicaments. Une analyse plus poussée est nécessaire afin de comprendre parfaitement l'effet de ces changements sur les dépenses totales en médicaments et les tendances en matière d'utilisation.

Annexe 1

Méthodologie

La présente étude a pour objet l'analyse des générateurs de coûts des dépenses totales en médicaments de 1995-96 à 1998-99 en Nouvelle-Écosse.

Afin de mener à bien cette étude, des renseignements sur les prix, les quantités et les dépenses totales ont été tirés de la base de données du régime d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Écosse. La base de données des produits pharmaceutiques de Santé Canada a été utilisée pour veiller à ce que seuls les médicaments définis par la Loi sur les aliments et drogues soient pris en compte. La base de données du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés a permis de regrouper les médicaments selon le statut en matière de brevet.

Les prix utilisés dans la présente étude sont calculés à partir du montant reconnu du remboursement; les majorations de prix de gros sont incluses, mais non les frais d'exécution d'ordonnance. Pour ce qui est des médicaments couverts par le régime CMA, le montant du remboursement a été fixé à partir de la liste de prix du fabricant tel que fourni par le régime de la Nouvelle-Écosse. Les dépenses exposées dans la présente analyse incluent la quote-part du bénéficiaire dans le but de considérer le coût intégral des ingrédients des médicaments.

Ce rapport fait état des dépenses en fonction de l'année d'inscription des médicaments. L'année d'inscription est l'année où les premières ventes ont été enregistrées dans la base de données du régime d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Écosse. Dans cette étude, les médicaments déjà vendus en 1995-96 ou avant sont mentionnés sous le terme de médicaments « existants », tandis que ceux dont les ventes ont débuté en 1996-97 ou au cours des années subséquentes sont appelés médicaments « plus récents ».

L'étude met l'accent sur deux aspects de la variation des dépenses :

- l'effet des médicaments existants sur le plan de l'augmentation des prix, de la quantité et du retrait de la liste;
- l'effet des nouveaux médicaments en ce qui a trait au remplacement des médicaments plus anciens.

À cette fin, les variations des dépenses totales ont été divisées selon les cinq déterminants suivants : effet de prix, effet de quantité, inscription de nouveaux médicaments, retrait de médicaments et autres. Le modèle suivant a été utilisé pour l'obtention des résultats.

$$DT_0 = P_0 Q_0 \quad 0 = \text{période de référence} \dots\dots\dots (1)$$

$$\Delta DT_1 = P_1 Q_1 - P_0 Q_0 \quad 1 = \text{première période} \dots\dots\dots (2)$$

$$= P_0(Q_1 - Q_0) + Q_0(P_1 - P_0) + (P_1 - P_0)(Q_1 - Q_0) + P_{1n} Q_{1n} - P_0^{\circ} Q_0^{\circ}$$

Où :

DT = Dépenses totales

$P_0(Q_1 - Q_0)$ = Effet de quantité

$Q_0(P_1 - P_0)$ = Effet de prix

$(P_1 - P_0)(Q_1 - Q_0)$ = Période d'interaction

$P_{1n} Q_{1n}$ = Effet des dépenses en nouveaux médicaments

$P_0^{\circ} Q_0^{\circ}$ = Médicaments retirés

$P_0(Q_1 - Q_0) + Q_0(P_1 - P_0) + (P_1 - P_0)(Q_1 - Q_0)$ = Effet des médicaments existants, E_i

Après la première période, 1, les nouveaux médicaments peuvent être divisés selon l'effet de quantité ou de prix sur les variations annuelles des dépenses totales :

$$\Delta DT = P_2 Q_2 - P_1 Q_1 \quad 2 = \text{Deuxième période} \dots\dots\dots (3)$$

$$= P_1(Q_2 - Q_1) + Q_1(P_2 - P_1) + (P_2 - P_1)(Q_2 - Q_1) + P_{1n}(Q_{2n} - Q_{1n}) + Q_{1n}(P_{2n} - P_{1n})$$

$$+ (P_{2n} - P_{1n})(Q_{2n} - Q_{1n}) + P_{2n}^{\star} Q_{2n}^{\star}$$

Où :

$P_{2n}^{\star} Q_{2n}^{\star}$ = Nouveaux médicaments de la période 2 = N_i^{\star}

$P_1(Q_2 - Q_1)$ = Effet de quantité des nouveaux médicaments

$Q_1(P_2 - P_1)$ = Effet de prix des nouveaux médicaments

$(P_2 - P_1)(Q_2 - Q_1)$ = Période d'interaction

$P_1(Q_2 - Q_1) + Q_1(P_2 - P_1) + (P_2 - P_1)(Q_2 - Q_1)$ = N_i , Effet des nouveaux médicaments

$$\therefore \Delta DT_i = E_i + \sum N_i + N_i^{\star} \dots\dots\dots (4)$$

Diviser (4) par ΔDT_i

$$\Delta DT_i / \Delta DT_i = 1 = E_i / \Delta DT_i + \sum N_i / \Delta DT_i + N_i^{\star} / \Delta DT_i$$

Estimation de l'effet de chaque déterminant

L'étude précédente a été menée sur des périodes prédéterminées et les prix ont été calculés par DIN, alors que la présente étude est menée par exercice financier et le prix est calculé par substance chimique; c'est-à-dire, le prix d'une substance chimique contenant le même ingrédient, le même dosage, le même mode d'administration et la même forme. Ce changement de la définition a été adopté afin de mettre davantage en relief la substitution au sein d'un marché à fournisseurs multiples et de mieux préciser la contribution de chacun des déterminants des générateurs de coûts du modèle²⁰.

L'effet des nouveaux médicaments est calculé non seulement l'année de leur inscription, mais également l'année suivante. Après ces deux périodes, les effets des nouveaux médicaments est calculé en fonction du prix, de l'utilisation et d'un autre effet. L'autre but important de ce rapport est la décomposition des dépenses en fonction des classes thérapeutiques et des statuts de brevet au cours de la période 1995-96 à 1998-99, Ce qui nous permettrait :

- de déterminer dans quelle mesure chaque classe thérapeutique a contribué à l'augmentation des dépenses totales du régime d'assurance-médicament au cours de la période de 1995-96 à 1998-99. Pour ce faire, il a suffi de calculer la différence entre le niveau de dépenses pour chaque classe thérapeutique entre 1995-96 et 1998-99, puis de diviser cette différence par la différence entre le niveau des dépenses totales entre 1995-96 et 1998-99.
- d'établir l'ampleur du remplacement de médicaments sortants par de nouveaux médicaments, et ce, pour chaque classe thérapeutique;
- de déterminer l'effet des médicaments des catégories 1, 2 et 3 sur le marché.

²⁰ La version précédente de l'analyse des générateurs de coûts traitait tous les nouveaux DIN comme de nouveaux médicaments, même les génériques.

■ Annexe 2

Régimes d'assurance-médicaments provinciaux : Nouvelle-Écosse

Information générale sur le régime

Bénéficiaires couverts

Le régime d'assurance-médicaments destiné aux personnes âgées est offert à tous les résidents de la Nouvelle-Écosse âgés de 65 ans et plus qui sont admissibles au régime d'assurance-médicale. Les régimes de remboursement de médicaments spéciaux couvrent les médicaments destinés à traiter des maladies spécifiques et ont été conçus pour venir en aide aux résidents de la Nouvelle-Écosse atteints de fibrose kystique, de diabète insipide, de déficit en hormone de croissance humaine, de sclérose en plaques, d'une infection par le VIH ou du sida et du cancer. Les critères d'admissibilité varient d'un régime à l'autre.

Franchise, quote-part et honoraires

La prime annuelle du régime d'assurance-médicaments destiné aux personnes âgées est de 215 \$ par personne par année; toutefois, les personnes âgées à faible revenu peuvent profiter d'une réduction allant jusqu'à 300 \$. Les personnes âgées doivent également payer une quote-part de 20 % (minimum de 3 \$) jusqu'à un maximum de 200 \$ par année. Les bénéficiaires de prestations familiales doivent payer une quote-part de 20 % (minimum de 3,00 \$) jusqu'à un maximum de 150 \$ par année, et les bénéficiaires de régime d'aide au revenu doivent payer une quote-part de 3 \$ par ordonnance, sans limite annuelle. Les personnes invalides admissibles au régime du Department of Community Services n'ont pas à payer de quote-part.

Remboursement des coûts

Les pharmacies se voient rembourser le « coût d'acquisition réel » de chaque produit à l'exception des médicaments auxquels s'applique un coût maximal admissible (CMA). Pour tout groupe de médicaments dits « interchangeables », un CMA est fixé et tous les médicaments du groupe sont remboursés à ce montant, peu importe leur coût réel. Les bénéficiaires peuvent choisir n'importe quel médicament du groupe de médicaments interchangeables, mais ils doivent payer la différence entre le coût du médicament choisi et le montant remboursé conformément au CMA.

Annexe 3

Changements relatifs à la population et médicaments les plus vendus

Le tableau suivant fait état de la croissance de la population en Nouvelle-Écosse de 1995 à 1998 par tranche d'âges. En 1995, la tranche des 30 à 39 ans constituait le plus fort pourcentage de la population totale avec 17,3 %, suivi par le groupe des 40 à 49 ans, qui atteignait 14,9 % et celui des 20 à 29 ans, occupant 14,3 %. En 1998, le groupe des 30 à 39 ans représentait toujours le plus fort pourcentage de la population avec 16,4 %, La tranche des 40 à 49 ans a vu son pourcentage augmenter à 15,6 %, celui des 20 à 29 ans est tombé à 13,6 %.

Entre 1995 et 1998, le plus fort pourcentage de croissance a été atteint par le groupe des 50 à 59 ans et plus (15,9 %), suivi par celui des 80 à 90 ans et plus (7,8 %) et celui des 40 à 49 ans et plus (5,6 %).

Tranches d'âges	1995		1998		Différence % du total	% de croissance
	Population (milliers)	% du total	Population (milliers)	% du total		
0-9	120 578	13,0	114 634	12,2	-5 944	-4,9
10-19	126 203	13,6	126 314	13,5	111	0,1
20-29	132 960	14,3	126 878	13,6	-6 082	-4,6
30-39	160 391	17,3	153 669	16,4	-6 722	-4,2
40-49	138 067	14,9	145 854	15,6	7 787	5,6
50-59	92 246	9,9	106 956	11,4	14 710	15,9
60-69	72 442	7,8	74 083	7,9	1 641	2,3
70-79	55 779	6,0	56 381	6,0	602	1,1
80-90+	29 044	3,1	31 320	3,3	2 276	7,8
Personnes âgées (65 ans et plus)	119 169	12,8	122 926	13,1	3 757	3,2
Tous âges	927 710	100,0	936 089	100,0	8 379	0,9

Source: Statistique Canada, Statistiques démographiques annuelles, No de catalogue 91-213-XPB, 1998.

25 Médicaments les plus vendus (brevetés ou non) Nouvelle-Écosse: de 1997/98 à 1998/99						
DIN	Ingrédient	Marques	ATC	Année d'inscription	1997/98	1998/99
878928	Bésylate d'amlodipine	NORVASC 5 mg, co.	C	1995/96	1 293 184 \$	1 729 519 \$
2190915	Oméprazole magnésien	Losec 20 mg	A	1995/96	1 012 416 \$	1 535 889 \$
828564	Chlorhydrate de ranitidine	NOVO-RANIDINE 150 mg, co.	A	1995/96	1 413 347 \$	1 447 472 \$
708879	Maléate d'énalapril	Vasotec 5 mg, co.	C	1995/96	1 714 318 \$	1 414 967 \$
2155907	Nifédipine	Adalat XL 30 mg, co. à libération progressive	C	1995/96	1 398 727 \$	1 296 435 \$
670901	Maléate d'énalapril	Vasotec 10 mg, co.	C	1995/96	1 361 334 \$	1 176 223 \$
884340	Simvastatine	Zocor 20 mg, co.	C	1995/96	699 324 \$	1 098 567 \$
878936	Bésylate d'amlodipine	Norvasc 10 mg, co.	C	1995/96	704 008 \$	1 078 445 \$
2230711	Atorvastatine calcique	Lipitor 10 mg, co.	C	1997/98	149 990 \$	1 051 705 \$
893757	Pravastatine sodique	Pravachol 20 mg, co.	C	1995/96	890 418 \$	1 050 115 \$
2220172	Lovastatine	Apo-Lovastatine 20 mg, co.	C	1997/98	710 395 \$	993 320 \$
884332	Simvastatine	Zocor 10 mg, co.	C	1995/96	759 122 \$	942 890 \$
836338	Monohydrate de cisapride	Prépulsid 10 mg, co.	A	1995/96	873 420 \$	854 641 \$
2155990	Nifédipine	Adalat XL 60 mg, co. à libération progressive	C	1995/96	824 028 \$	853 973 \$
2054817	Monohydrate de cisapride	Prépulsid 20 mg, co.	A	1995/96	728 188 \$	840 434 \$
2207761	Chlorhydrate de ranitidine	Gen-Ranitidine 150 mg, co.	A	1996/97	609 173 \$	774 443 \$
2146959	Fénofibrate	Lipidil micro 200 mg, gé.	C	1995/96	635 613 \$	755 604 \$
851752	Budésonide	Pulmicort turbuhaler 200 mcg/aém	R	1995/96	740 735 \$	747 158 \$
1940481	Chlorhydrate de paroxétine	Paxil 20 mg, co.	N	1995/96	522 712 \$	730 695 \$
2162776	Chlorhydrate de ticlopidine	Ticlid 250 mg, co.	B	1995/96	624 121 \$	714 580 \$
733059	Chlorhydrate de ranitidine	Apo-Ranitidine 150 mg, co.	A	1995/96	666 408 \$	711 998 \$
2225905	Acétate de goséréline	Zoladex LA 10,8 mg, dépôt injectable	L	1996/97	497 442 \$	683 324 \$
2182874	Losartan potassique	Cozaar 50 mg, co.	C	1995/96	437 063 \$	669 192 \$
2215055	Dipropionate de béclométhasone	Bécloforte 250 mcg/aém, aérosol-doseur	R	1995/96	612 799 \$	605 274 \$
851795	Maléate d'énalapril	Vasotec 2,5 mg, co.	C	1995/96	537 895 \$	541 623 \$

10 Médicaments brevetés de la catégorie 1 les plus vendus Nouvelle-Écosse: de 1997/98 à 1998/99						
DIN	Ingredient	Marque	ATC	Année d'inscription	1997/98	1998/99
2190915	Oméprazole magnésien	Losec 20 mg, co.	A	1995/96	1 012 416 \$	1 535 889 \$
2155907	Nifédipine	Adalat XL 30 mg, co. à libération progressive	C	1995/96	1 398 727 \$	1 296 435 \$
884340	Simvastatine	Zocor 20 mg, co.	C	1995/96	699 324 \$	1 098 567 \$
2155990	Nifédipine	Adalat XL 60 mg, co. à libération progressive	C	1995/96	824 028 \$	853 973 \$
2054817	Monohydrate de cisapride	Prépulsid 20 mg, co.	A	1995/96	728 188 \$	840 434 \$
2146959	Fénofibrate	Lipidil micro 200 mg, gél	C	1995/96	635 613 \$	755 604 \$
851752	Budésonide	Pulmicort turbuhaler 200 mcg/aém	R	1995/96	740 735 \$	747 158 \$
2225905	Acétate de goséréline	Zoladex LA 10,8 mg, dépôt injectable	L	1996/97	497 442 \$	683 324 \$
1911902	Nitroglycérine	Nitro-Dur 0,4 mg/h, timbre	C	1995/96	296 595 \$	367 762 \$
1908448	Chlorydrate de bétaxolol	Bétophc S, susp. oph. à 0,25 %	S	1995/96	264 626 \$	345 028 \$

10 Médicaments brevetés de la catégorie 2 les plus vendus Nouvelle-Écosse: de 1997/98 à 1998/99						
DIN	Ingédient	Marque	ATC	Année d'inscription	1997/98	1998/99
2155966	Chloridrate de ciprofloxacine	Cipro 500 mg, co.	J	1995/96	94 731 \$	167 748 \$
1978926	Budésouide	Pulmicort nébuamp 0,5 mg,ml, amp	R	1995/96	74 782 \$	108 617 \$
2010909	Finastéride	Proscar 5 mg, co.	G	1995/96	18 069 \$	75 446 \$
2155958	Chloridrate de ciprofloxacine	Cipro 250 mg, co.	J	1995/96	37 020 \$	64 824 \$
2213575	Chloridrate d'ondansétron dihydraté	Zofran 8 mg, co.	A	1995/96	39 490 \$	48 126 \$
1978918	Budésouide	Pulmicort nébuamp 0,25 mg/mL, amp	R	1995/96	26 475 \$	33 327 \$
2031116	Chloridrate de terbinafine	Lamisil 250 mg, co.	D	1996/97	23 300 \$	31 003 \$
795860	Lovastatine	Mevacor 20 mg, co.	C	1995/96	456 971 \$	26 265 \$
2025299	Rispéridone	Risperdal 2 mg, co.	N	1995/96	9 892 \$	23 891 \$
2031094	Chloridrate de terbinafine	Lamisil crème à 1 %	D	1995/96	12 948 \$	15 181 \$

10 Médicaments brevetés de la catégorie 3 les plus vendus Nouvelle-Écosse: de 1997/98 à 1998/99						
DIN	Ingrédient	Marque	ATC	Année d'inscription	1997/98	1998/99
878928	Bésylate d'amlodipine	Norvasc 5 mg, co.	C	1995/96	1 293 184 \$	1 729 519 \$
708879	Maléate d'énalapril	Vasotec 5 mg, co.	C	1995/96	1 714 318 \$	1 414 967 \$
670901	Maléate d'énalapril	Vasotec 10 mg, co.	C	1995/96	1 361 334 \$	1 176 223 \$
878936	Bésylate d'amlodipine	Norvasc 10 mg, co.	C	1995/96	704 008 \$	1 078 445 \$
2230711	Atrovastatine calcique	Lipitor 10 mg, co.	C	1997/98	149 990 \$	1 051 705 \$
893757	Pravastatine sodique	Pravachol 20 mg, co.	C	1995/96	890 418 \$	1 050 115 \$
884332	Simvastatine	Zocor 10 mg, co.	C	1995/96	759 122 \$	942 890 \$
836338	Monohydrate de cisapride	Prépulsid 10 mg, co.	A	1995/96	873 420 \$	854 641 \$
1940481	Chloridrate de paroxétine	Paxil 20 mg, co.	N	1995/96	522 712 \$	730 695 \$
2162776	Chloridrate de ticlopidine	Ticlid 250 mg, co.	B	1995/96	624 121 \$	714 580 \$

Annexe 4

Analyse des classes thérapeutiques

Pourcentage de contribution des classes thérapeutiques choisies aux dépenses totales Nouvelle-Écosse: de 1995/96 à 1998/99				
Classe thérapeutique	ATC	Contribution en 1995/96 (\$ millions)	Contribution en 1998/99 (\$ millions)	% de changement dans le total des dépenses
Appareil circulatoire	C	24,82	32,02	46,89
Tube digestif et métabolisme	A	8,85	11,78	19,05
Système nerveux	N	5,48	6,48	6,51
Appareil respiratoire	R	4,95	6,16	7,88
Agents anticancéreux et immunomodulateurs	L	1,88	2,95	6,98
Organes sensoriels	S	1,45	2,34	5,79
Appareil locomoteur	M	2,23	2,14	-0,60
Agents anti-infectueux à action générale	J	2,30	1,90	-2,60
Sang et organes hématopoïétiques	B	0,85	1,57	4,67
Appareil génito-urinaire et hormones sexuelles	G	1,52	1,56	0,25
Produits dermatologiques	D	0,92	1,00	0,53
Thérapie hormonale systématique, sauf les hormones sexuelles	H	0,37	0,51	0,90
Produits anti-parasitaires, insecticides et répulsifs	P	0,11	0,16	0,35
Hors classe		0,26	0,75	3,16
Divers		0,03	0,07	0,25
Total		56,04	71,39	100,00

Système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC)

Le système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) [et la dose thérapeutique quotidienne (DTQ)] est recommandé en tant qu'unité de mesure par l'OMS dans le cadre des études sur l'utilisation des médicaments. Dans le système de classification ATC, les médicaments sont groupés selon le système ou l'organe sur lequel ils agissent et selon leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques. Les groupes comptent cinq niveaux différents. Les médicaments sont divisés en quatorze groupes principaux (1er niveau), puis en sous-groupes thérapeutiques / pharmacologiques (2e et 3e niveaux). Le 4e niveau est un sous-groupe thérapeutique / pharmacologique / chimique et le 5e niveau est la substance active. Les médicaments sont classés selon l'utilisation thérapeutique principal de l'ingrédient actif principal, suivant le principe qu'il existe un seul code ATC par formule pharmaceutique (c.-à-d. ingrédients, dosage et forme pharmaceutique identiques). Un médicament peut se voir attribuer plus d'un code ATC si celui-ci est offert en deux dosages ou formes pharmaceutiques ayant des usages thérapeutiques différents.

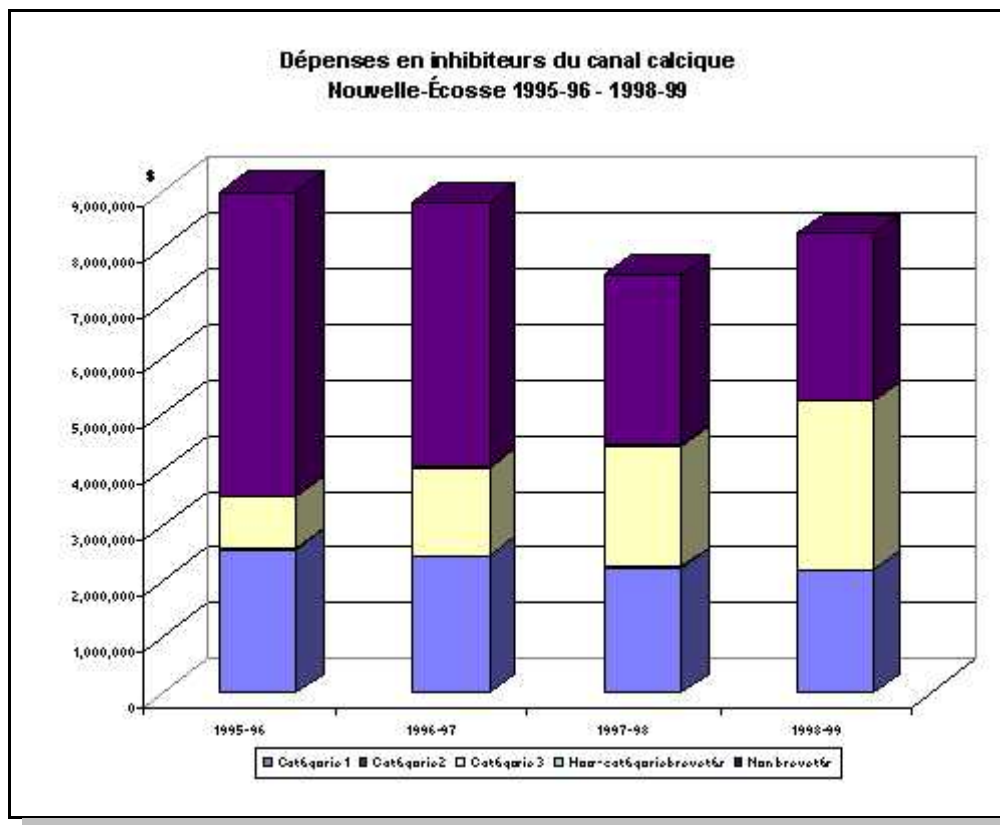
ATC	Classe thérapeutique	Sous-groupes*
A02	Antiacides, médicaments contre les ulcères gastro-duodénaux et les flatulences	Antiacides; antagonistes des récepteurs H2; prostaglandines; inhibiteurs de la pompe à proton; traitement d'association pour l'éradication de <i>Helicobacter pylori</i> et autres, comme le sucralfate.
A03	Agents antispasmodiques et propulsifs	Agents antispasmodiques et anticholinergiques synthétiques; belladone et dérivés, purs; antispasmodiques en association avec des psycholeptiques; antispasmodiques en associations avec des analgésiques; antispasmodiques et anticholinergiques associés avec d'autres médicaments et propulsifs (métoclopramide, dompéridone).
A10	Antidiabétiques	Insulines et analogues; Biguanides; Sulfonamides; Inhibiteurs de l' α -glucosidase; Thiazolidinédiones et autres, comme la répaglinide.
B01	Antithrombotiques	Antagonistes de la vitamine K (warfarine); Héparines (y compris l'HFPM); Antiagrégants plaquettaires (clopidogrel, ticlopidine, abciximab); Enzymes (streptokinase, alteplase) et autres (lépirudine).
C01	Cardiothérapie	Glucosides cardiotoniques (digoxine); Antiarythmiques; Stimulant cardiaques (agents adrénergiques et dopaminergiques, inhibiteurs de la phosphodiesterase); Vasodilatateurs (dérivés nitrés) et autres comme les prostaglandines.
C07	Bêta-bloquants	Bêta-bloquants; Bêta-bloquants et diurétiques thiazidiques; Bêta-bloquants et autres diurétiques; Bêta-bloquants et vasodilatateurs et bêta-bloquants et autres antihypertenseurs.
C08	Inhibiteurs du canal calcique	Inhibiteurs du canal calcique sélectifs agissant principalement au niveau vasculaire; Inhibiteurs de canal calcique agissant directement au niveau cardiaque; Inhibiteurs du canal calcique non sélectifs et inhibiteur du canal calcique et diurétiques.
C09	Agents agissant sur le système rénine-angiotensine	Inhibiteurs de l'ECA simples; Inhibiteurs de l'ECA en association; Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II en association et autres.
C10	Hypolipémiants	Inhibiteurs de la HMG-CoA-réductase; Fibrates; Séquestrants des acides biliaires; Acide nicotinique et dérivés.

ATC	Classe thérapeutique	Sous-groupes*
J01	Antibactériens à action générale	Tétracyclines; amphénicol (chloramphénicol); Pénicillines; Inhibiteurs de la β -lactamase; Céphalosporines; Monobactams; Carbapénems; Sulfonamides et triméthoprime; Macrolides et lincosamides (clindamycine); Aminosides; Quinolones et autres, comme la vancomycine, l'acide fusidique et le métronidazole.
L02	Endocrinothérapie	Astrogènes; progestatifs; Analogue de la gonadolibérine; Anti-astrogènes (tamoxifène); Anti-androgènes et inhibiteurs d'enzyme comme l'anastrozole.
M01	Anti-inflammatoires et antirhumatismaux	Anti-inflammatoires et antirhumatismaux non stéroïdiens (butyrylazolidines, dérivés d'acide acétique et substances connexes, oxicams, dérivés d'acide propioniques, fénamates, coxibs et autres tels que la nabumétone et la glucosamine); Anti-inflammatoires et antirhumatismaux en association; Antirhumatismaux spécifiques (aurothérapie, pénicillamine).
N05	Psycholeptiques	Antipsychotiques (phénothiazines, dérivés de la butyrophénone, dérivés de l'indole, dérivés du thioxanthène, dérivés de la diphenylbutylpipéridine, comme le pimozide, les diazépines, les oxazépines et les thiazépines, comme la clozapine, l'olanzapine et la quétiapine, antipsychotiques dans le cas de dyskinésie, comme la tétrabénazine, les benzamides et le lithium); Anxiolytiques (dérivés des benzodiazépines, carbamates, buspirone); Hypnotiques et sédatifs (barbituriques simples, barbituriques en association, acétaldéhydes et dérivés, dérivés des benzodiazépines, dérivés de la pipéridinédione, substances semblables aux benzodiazépines, comme la zopiclone).
N06	Psycho-analeptiques	Antidépresseurs; Psychostimulants et nootropiques (sympathomimétiques agissant sur le système nerveux central, dérivés de la xanthine); Psycholeptiques et psycho-analeptiques en association (antidépresseurs et psycholeptiques en association); Médicaments anti-démance.
R03	Anti-asthmatiques	Adrénérgiques par inhalation; Autres anti-asthmatiques par inhalation (glucocorticoïdes, anticholinergiques, anti-allergiques); Adrénérgiques à action générale; Autres anti-asthmatiques à action générale (xanthines, xanthines et adrénérgiques, Antagonistes du récepteur des leucotriènes).

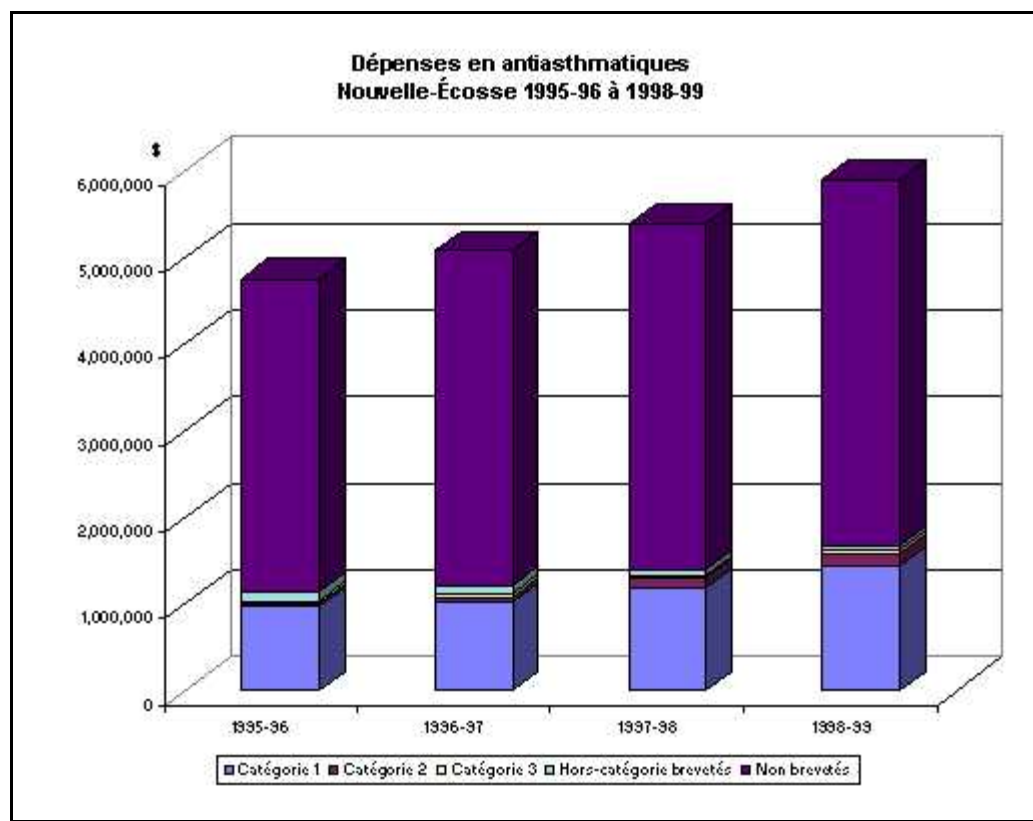
S01	Préparations ophtalmologiques	Anti-infectueux (antibiotiques, sulfonamides, antiviraux, autres anti-infectueux); Anti-inflamatoires (corticostéroïdes simples, corticostéroïdes et mydriatiques en association, anti-inflatoires, non stéroïdiens); Anti-inflamatoires et anti-infectueux en association, préparations antiglaucomateuses et myotiques, mydriatiques et cyclopégiques, décongestionnants et anti-allergiques, anesthésiques locaux, agents diagnostiques, aides chirurgicaux, autres, comme les larmesartificielles.
-----	-------------------------------	--

* Principales catégories énumérées

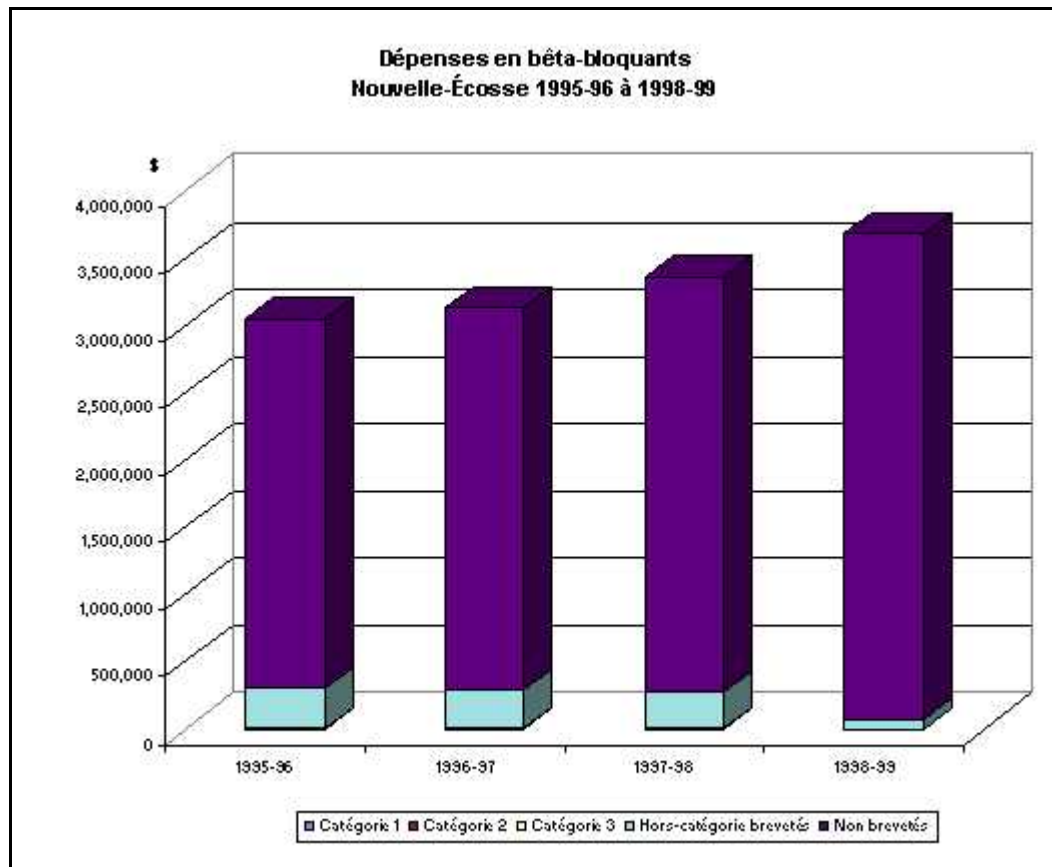
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Inhibiteurs du canal calcique Nouvelle-Écosse: de 1995/96 à 1998/99 (En milliers de \$)					
Année d'inscription	Catégorie	1995-96	1996/97	1997/98	1998/99
1995-96		5 453	3 846	1 049	739
1995-96	1	2 577	2 465	2 230	2 163
1995-96	2	3	3	4	4
1995-96	3	947	1 559	2 200	3 023
1995-96	HC	7	22	20	18
1996/97		0	908	1 090	939
1997/98		0	0	909	1 156
1997/98	1	0	0	16	162
1998/99		0	0	0	1
1998/99	1	0	0	0	29
Total des dépenses		8 988	8 805	7 515	8 236
Dépenses médicaments brevetés		3 534	4 050	4 453	5 239
Dépenses médicaments non brevetés		5 454	4 755	3 062	2 997



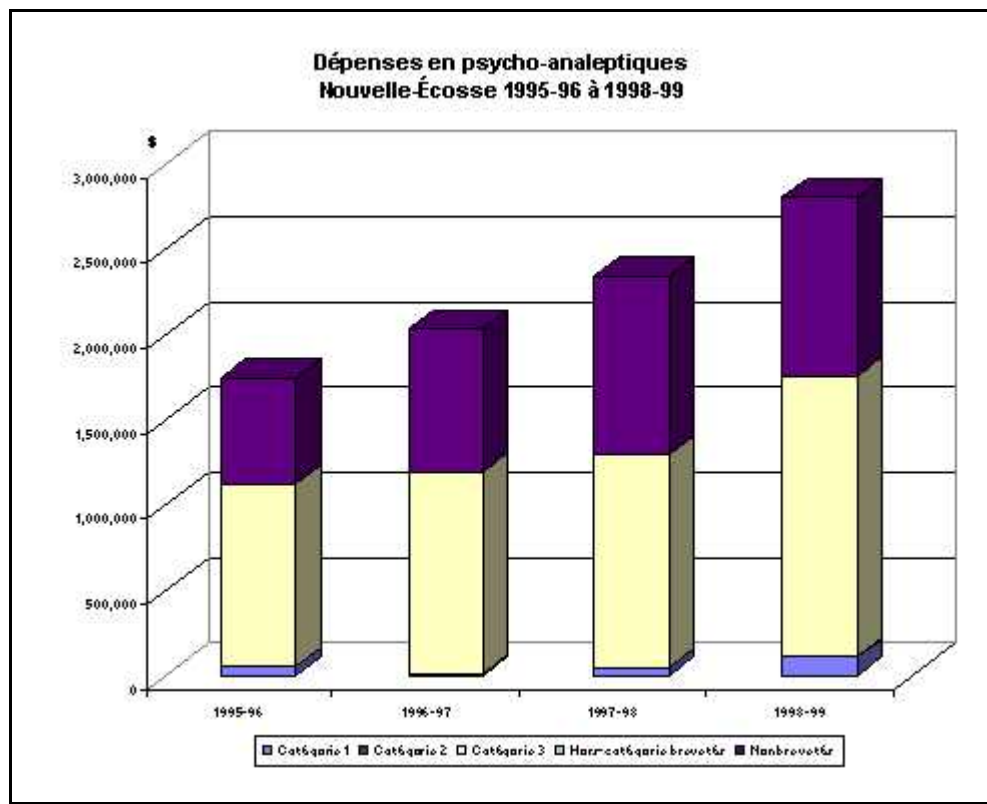
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Anti-asthmatiques Nouvelle-Écosse: de 1995-96 à 1998-99 (en milliers de \$)					
Année d'inscription	Catégorie	1995-96	1996/97	1997/98	1998/99
1995-96		2 949	3 165	3 034	2 843
1995-96	1	1 234	1 207	1 215	1 198
1995-96	2	27	65	101	142
1995-96	3	53	46	34	29
1995-96	HC	482	500	511	561
1996/97		0	77	296	536
1996/97	1	0	10	170	318
1997/98		0	0	35	118
1997/98	1	0	0	0	0
1997/98	3	0	0	0	5
1998/99		0	0	0	50
1998/99	1	0	0	0	77
1998/99	3	0	0	0	10
Total des dépenses		4 746	5 068	5 393	5 889
Dépenses médicaments brevetés		1 158	1 212	1 405	1 676
Dépenses médicaments non brevetés		3 588	3 856	3 988	4 213



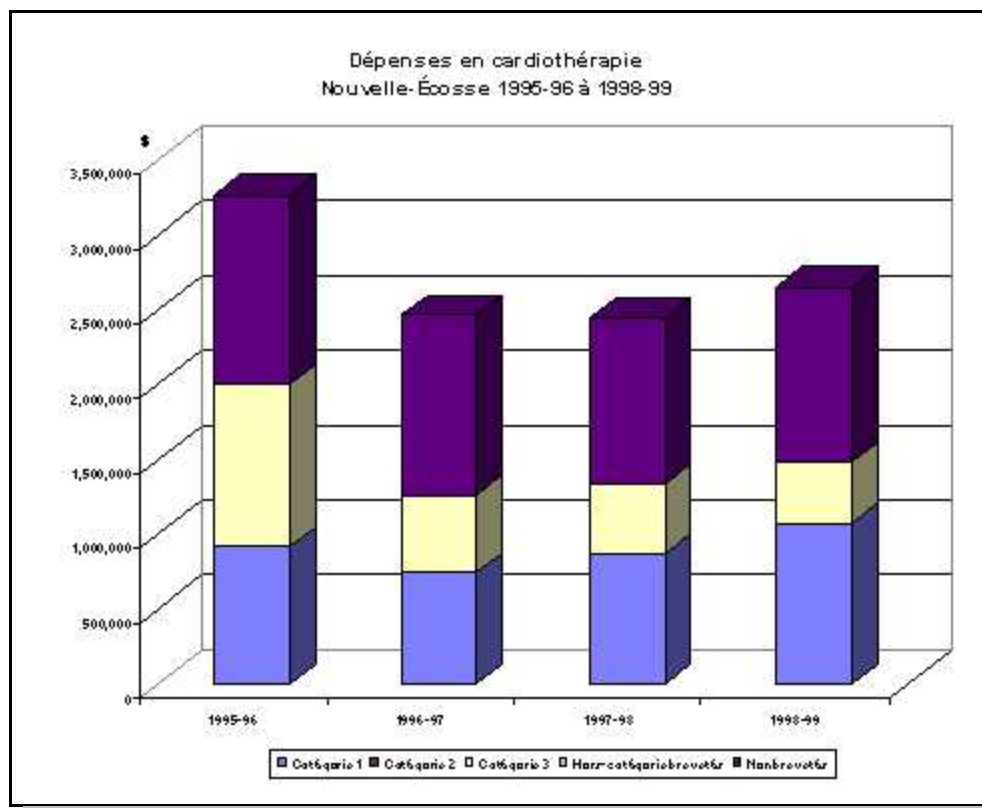
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Bêta-bloquants Nouvelle-Écosse: de 1995-96 à 1998-99 (en milliers de \$)					
Année d'inscription	Catégorie	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99
1995-96		2 567	2 623	2 565	2 462
1995-96	1	35	30	32	30
1995-96	HC	447	397	380	377
1996-97		0	78	327	478
1997-98		0	0	52	322
1998-99		0	0	0	6
Total des dépenses		3 046	3 123	3 353	3 670
Dépenses médicaments brevetés		300	286	269	75
Dépenses médicaments non brevetés		2 746	2 837	3 084	3 595



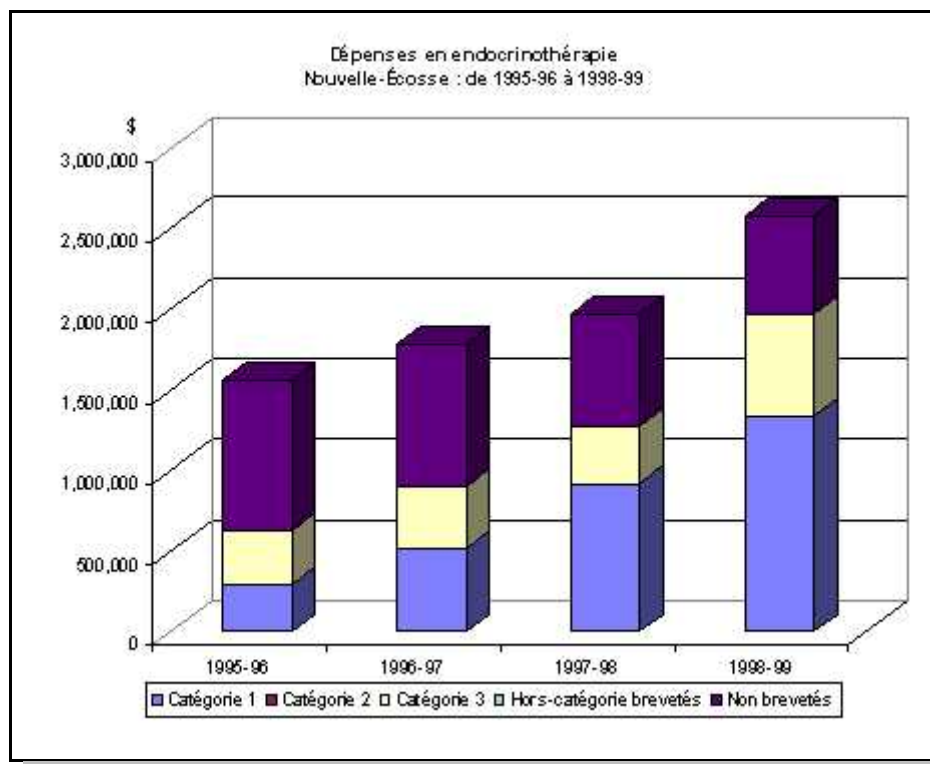
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Psycho-analeptiques Nouvelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99 (en milliers de \$)					
Année d'inscription	Catégorie	1995-96	1996/97	1997/98	1998/99
1995-96		617	589	533	511
1995-96	1	50	185	104	108
1995-96	3	1 076	1 185	1 418	1 657
1995-96	HC	4	3	3	2
1996/97		0	70	157	164
1996/97	1	0	7	37	87
1997/98		0	0	86	241
1997/98	2	0	0	0	2
1998/99		0	0	0	16
1998/99	1	0	0	0	18
1998/99	3	0	0	0	6
Total des dépenses		1 739	2 036	2 337	2 805
Dépenses médicaments brevetés		1 126	1 195	1 291	1 761
Dépenses médicaments non brevetés		613	841	1 046	1 044



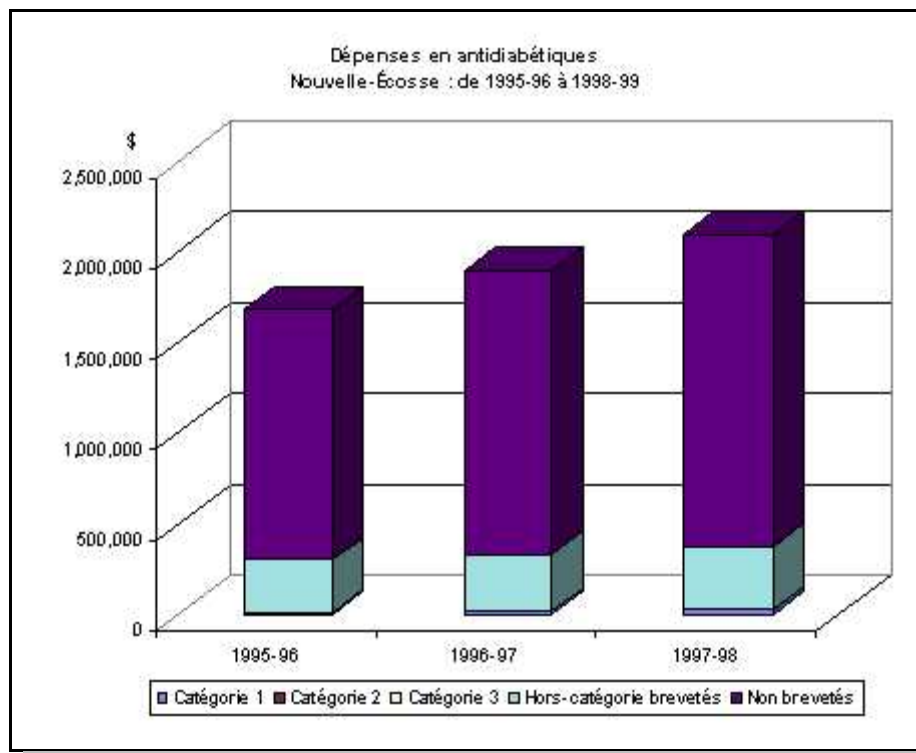
Effets des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Cardiothérapie Nouvelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99 (en milliers de \$)					
Année d'inscription	Catégorie	1995-96	1996/97	1997/98	1998/99
1995-96		1 187	1 139	1 055	1 080
1995-96	1	933	732	821	1 009
1995-96	3	1 078	518	465	408
1995-96	NC	70	57	44	38
1996/97		0	1	1	1
1996/97	1	0	22	55	70
1996/97	NC	0	0	0	1
1997/98		0	0	4	10
1998/99		0	0	0	32
Total des dépenses		3 269	2 467	2 440	2 645
Dépenses médicaments brevetés		1 998	1 264	1 335	1 483
Dépenses médicaments non brevetés		1 271	1 203	1 105	1 162



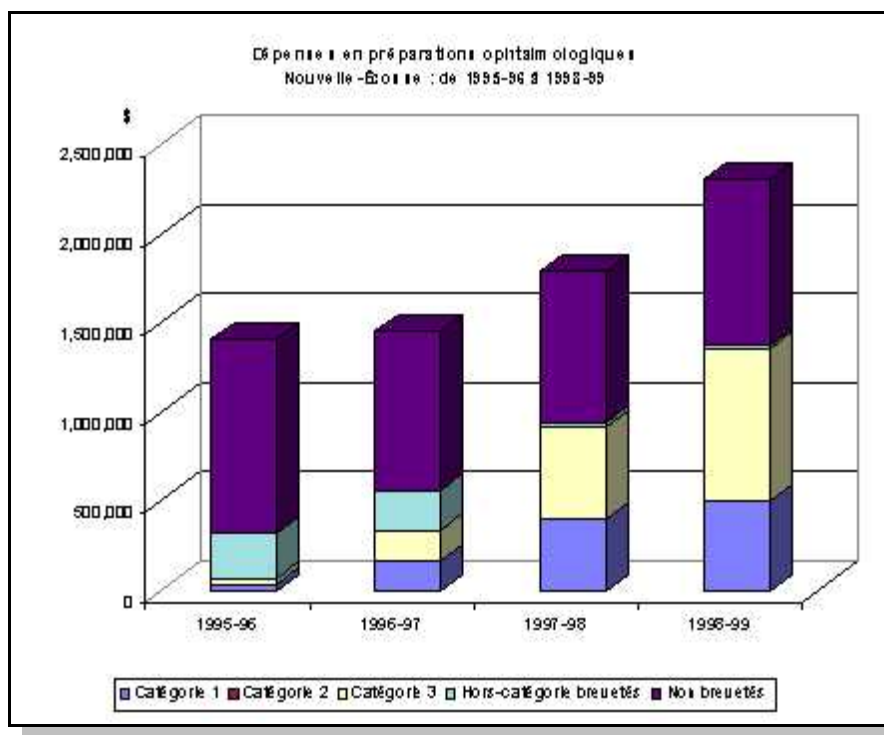
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Endocrinothérapie Nouvelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99 (en milliers de \$)					
Année d'inscription	Catégorie	1995-96	1996/97	1997/98	1998/99
1995-96		246	261	216	234
1995-96	1	295	369	331	334
1995-96	3	341	350	155	137
1995-96	NC	682	538	271	20
1996/97		0	84	107	110
1996/97	1	0	149	582	868
1996/97	3	0	38	202	486
1997/98		0	0	102	233
1997/98	1	0	0	5	135
1997/98	3	0	0	3	21
1998/99		0	0	0	1
Total des dépenses		1 562	1 788	1 974	2 578
Dépenses médicaments brevetés		635	906	1 278	1 980
Dépenses médicaments non brevetés		927	882	696	598



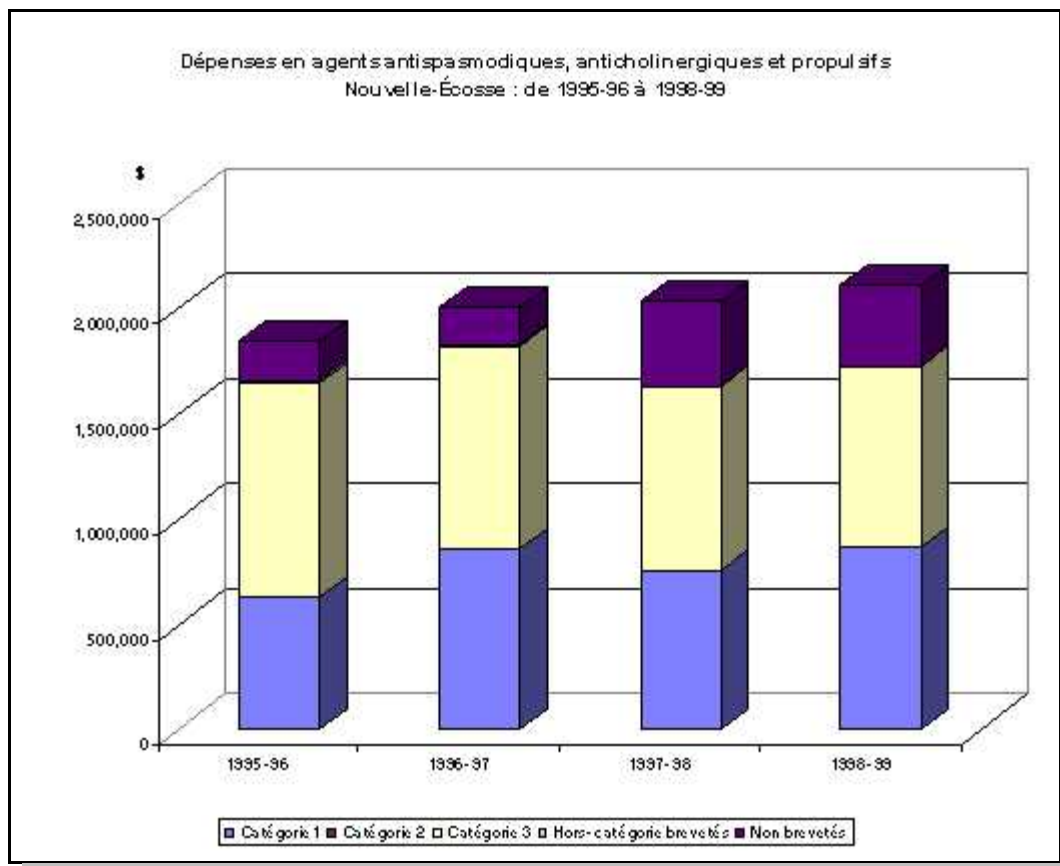
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Antidiabétiques Nouvelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99 (en milliers de \$)					
Année d'inscription	Catégorie	1995-96	1996/97	1997/98	1998/99
1995-96		839	978	1 101	1 172
1995-96	1	86	109	143	200
1995-96	NC	754	812	838	884
1996/97	1	0	0	0	2
1996/97	3	0	0	1	10
1996/97	NC	0	0	0	1
1997/98		0	0	12	41
1997/98	NC	0	0	1	3
1998/99		0	0	0	88
Total des dépenses		1 673	1 902	2 095	2 406
Dépenses médicaments brevetés		299	336	376	436
Dépenses médicaments non brevetés		1 374	1 566	1 719	1 970



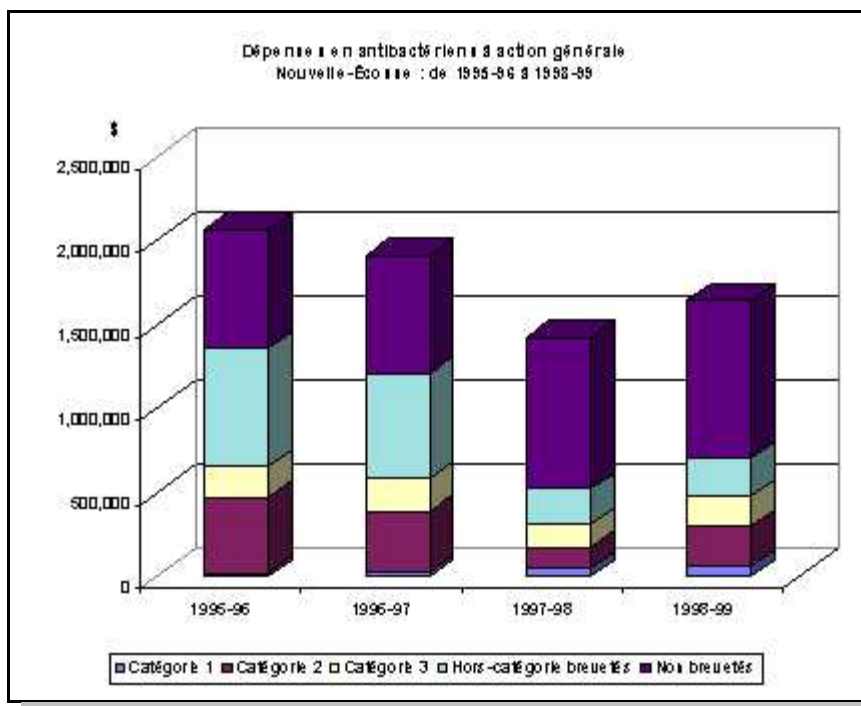
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Préparation ophtalmologiques Nouvelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99 (en milliers de \$)					
Année d'inscription	Catégorie	1995-96	1996/97	1997/98	1998/99
1995-96		624	537	449	399
1995-96	1	37	137	316	372
1995-96	3	110	123	151	179
1995-96	NC	637	508	311	233
1996/97		0	77	111	97
1996/97	1	0	23	79	128
1996/97	2	0	0	0	1
1996/97	3	0	50	283	286
1997/98		0	0	1	5
1997/98	3	0	0	86	396
1998/99		0	0	0	208
1998/99	3	0	0	0	1
1998/99	NC	0	0	0	0
Total des dépenses		1 407	1 454	1 781	2 295
Dépenses médicaments brevetés		318	564	943	1 378
Dépenses médicamentd non brevetés		1 089	890	838	917



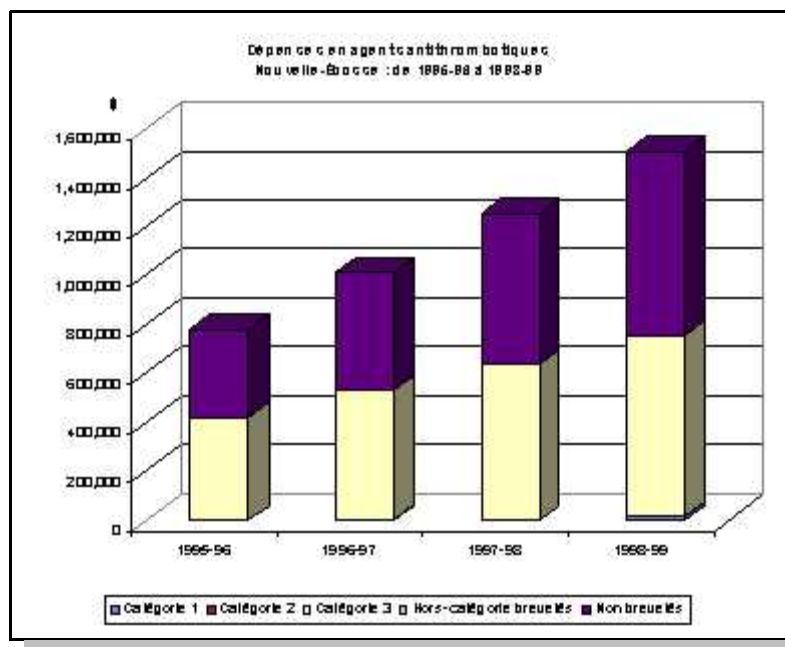
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Agents antispasmodiques, anticholinergiques et propulsifs Nouvelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99 (en milliers de \$)					
Année d'inscription	Catégorie	1995-96	1996/97	1997/98	1998/99
1995-96		84	78	72	74
1995-96	1	691	926	1 063	1 084
1995-96	3	1 019	960	873	855
1995-96	NC	49	42	22	30
1996/97		0	1	1	0
1996/97	3	0	1	2	4
1997/98		0	0	3	37
1998/99		0	0	0	30
Total des dépenses		1 842	2 004	2 036	2 110
Dépenses médicaments brevetés		1 660	1 828	1 634	1 727
Dépenses médicaments non brevetés		182	176	402	383



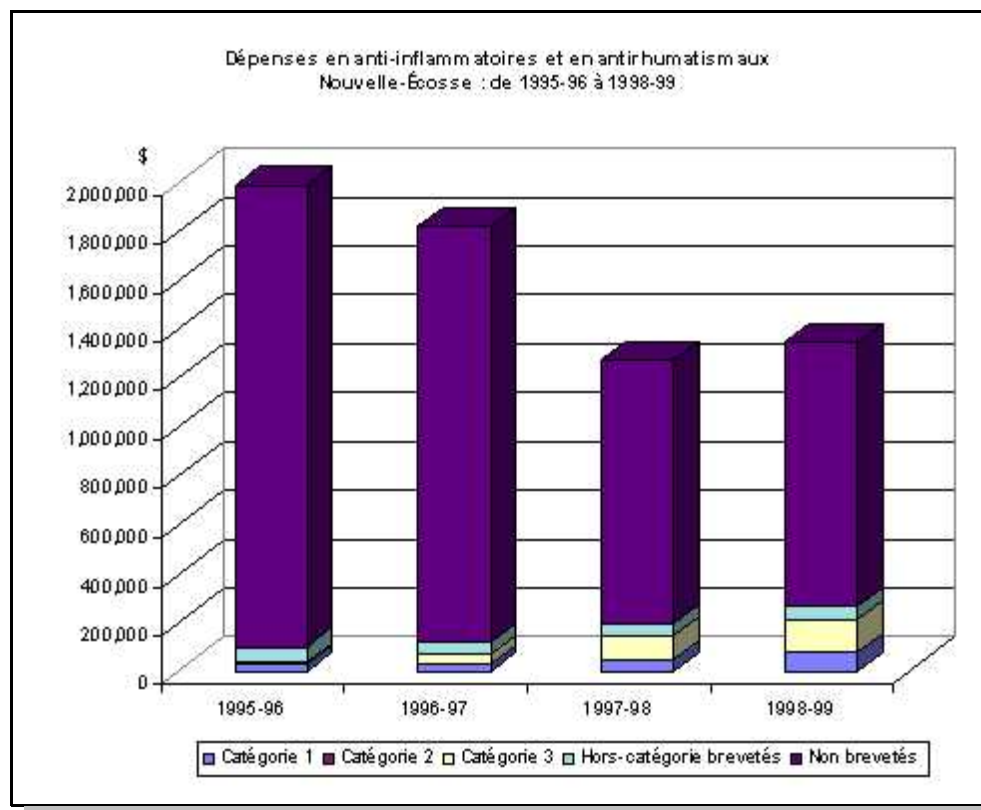
Effets des médicaments existant et plus récents par principaux groupes de maladies Antibactériens à action générale Nouvelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99 (en milliers de \$)						
Année d'inscription	Catégorie	1995-96	1996/97	1997/98	1998/99	
1995-96		659	666	760	746	
1995-96	1	36	35	51	69	
1995-96	2	452	362	132	233	
1995-96	3	181	190	120	132	
1995-96	NC	737	656	239	253	
1996/97		0	3	13	27	
1996/97	1	0	0	2	0	
1996/97	3	0	4	11	29	
1997/98		0	0	97	86	
1997/98	1	0	0	2	3	
1997/98	3	0	0	1	2	
1998/99		0	0	0	47	
1998/99	1	0	0	0	1	
1998/99	3	0	0	0	18	
Total des dépenses		2 055	1 909	1 424	1 641	
Dépenses médicaments brevetés		1 359	1 209	519	702	
Dépenses médicaments non brevetés		696	700	905	939	



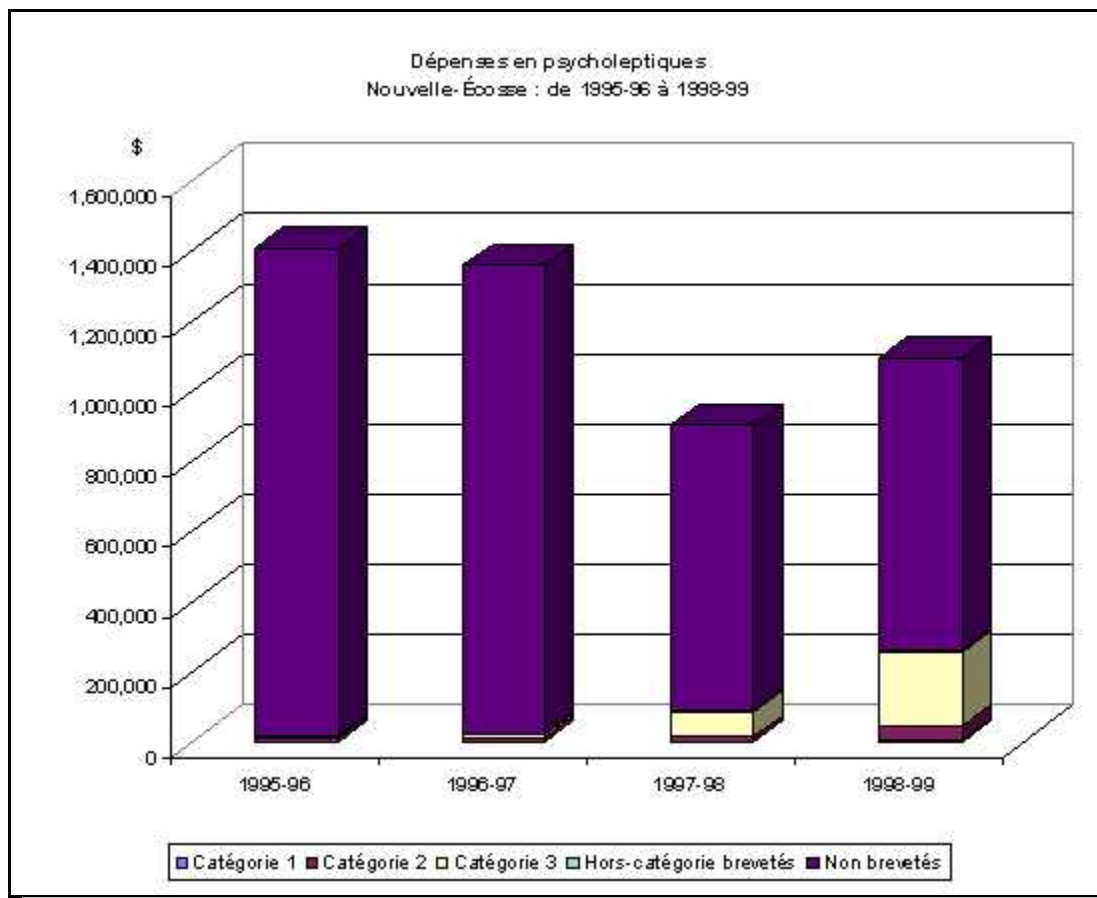
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Agents antithrombotiques Novelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99 (en milliers de \$)					
Année d'inscription	Catégorie	1995-96	1996/97	1997/98	1998/99
1995-96		359	484	616	742
1995-96	3	419	527	624	715
1995-96	NC	0	0	0	0
1996/97		0	0	0	0
1996/97	1	0	6	0	0
1997/98		0	0	3	1
1997/98	1	0	0	0	13
1997/98	3	0	0	10	15
1998/99		0	0	0	15
1998/99	3	0	0	0	8
Total des dépenses		774	1 013	1 252	1 510
Dépenses médicaments brevetés		419	533	634	751
Dépenses médicaments non brevetés		355	480	618	759



Effet des médicaments existant et plus récents par principaux groupes de maladies Anti-inflammatoires et antirhumatismaux Nouvelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99 (en milliers de \$)					
Année d'inscription	Catégorie	1995-96	1996/97	1997/98	1998/99
1995-96		1 605	1 489	892	838
1995-96	1	36	38	38	41
1995-96	3	6	39	95	137
1995-96	NC	337	212	118	111
1996/97		0	33	99	105
1996/97	1	0	0	16	34
1996/97	3	0	1	3	1
1997/98		0	0	9	34
1997/98	3	0	0	1	1
1998/99		0	0	0	35
1998/99	1	0	0	0	0
Total des dépenses		1 985	1 807	1 269	1 074
Dépenses médicaments brevetés		99	120	197	262
Dépenses médicaments non brevetés		1 886	1 687	1 072	1 074



Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupe de maladies Psycholeptiques Nouvelle-Écosse : de 1995-96 à 1998-99 (en milliers de \$)					
Anné d'inscription	Catégorie	1995-96	1996/97	1997/98	1998/99
1995-96		719	707	601	561
1995-96	1	47	37	30	22
1995-96	2	9	8	15	33
1995-96	3	426	176	49	107
1995-96	NC	209	119	16	16
1996-97		0	311	139	133
1996-97	1	0	0	0	0
1996-97	3	0	0	1	1
1997-98		0	0	33	87
1997-98	1	0	0	0	5
1997-98	3	0	0	20	109
1998-99		0	0	0	14
1998-99	2	0	0	0	5
1998-99	3	0	0	0	3
Total des dépenses		1 405	1 342	892	1 084
Dépenses médicaments brevetés		17	21	86	262
Dépenses médicaments non brevetés		1 388	1 321	806	822



■ Annexe 5

Glossaire

Bénéficiaire

Toute personne ayant effectué une demande auprès du régime d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Écosse.

Dépenses totales en médicaments

Dans la présente étude, dépenses encourues par le régime d'Assurance-médicaments de la Nouvelle-Écosse, et franchises ou quotes-parts payées par les bénéficiaires. Les dépenses comprennent également les augmentations de gros, mais non les honoraires des pharmaciens.

Effet de l'inscription de médicaments

Montant par lequel les dépenses augmentent à la suite de l'inscription de nouveaux médicaments sur la liste de médicaments.

Effet de prix

Effet du prix des médicaments sur les dépenses en considérant que le volume de consommation est constant. Autrement dit, montant par lequel les dépenses varieraient si le volume de consommation demeurait constant comparativement à l'année précédente.

Effet de quantité

Effet du volume de médicaments consommé sur les dépenses en considérant que les prix des médicaments sont constants. Autrement dit, montant par lequel les dépenses varieraient si les prix demeuraient constants comparativement à l'année précédente.

Effet de retrait de médicaments existants

Montant par lequel les dépenses diminuent à la suite du retrait de médicaments de la liste de médicaments, de l'abandon de médicaments par le fabricant ou de l'absence de réclamations au cours des périodes étudiées.

Médicament de la catégorie 1

Classification par DIN du CEPMB nouveau DIN d'une forme posologique existante ou comparable d'un médicament existant, habituellement un nouveau dosage d'un médicament existant (extension de gamme).

Médicament de la catégorie 2

Classification par DIN du CEPMB premier médicament traitant efficacement une maladie précise ou constituant une amélioration significative des médicaments existants, souvent qualifié « d'innovation » ou « d'amélioration importante ».

Médicament de la catégorie 3

Classification par DIN du CEPMB nouveau médicament ou nouvelle forme posologique d'un médicament existant qui présente des améliorations moyennes ou modestes ou qui n'en présente aucune par rapport aux médicaments existants.

Médicament existant

Dans la présente étude, les médicaments existants sont définis comme étant les médicaments qui étaient remboursés en vertu de leur inscription sur la liste des médicaments en 1995-96 ou antérieurement.

Médicament plus récent

Dans la présente étude, les médicaments inscrits sur la liste de médicaments de la province en 1996-97 ou les années subséquentes.