

**Régimes d'assurance-médicaments provinciaux
Vue d'ensemble**

**ÉVOLUTION DU PRIX DES MÉDICAMENTS
1995/96 – 1999/00**

ALBERTA
COLOMBIE-BRITANNIQUE
MANITOBA
NOUVELLE-ÉCOSSE
ONTARIO
SASKATCHEWAN

Préparée par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés pour le
Groupe d'étude fédéral-provincial-territorial
sur les prix des médicaments

Remerciements

Régimes d'assurance-médicaments provinciaux :
L'étude intitulée : Régimes d'assurance-médicaments provinciaux – Vue d'ensemble – Évolution du prix des médicaments a été préparée par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) à la demande du ministre de la Santé du Canada en vertu d'un protocole d'entente. Cette étude a été financée par Santé Canada.

Ce rapport a été produit sous la direction du Groupe d'étude fédéral-provincial-territorial sur les prix des médicaments (GÉPM), qui relève du Comité fédéral-provincial-territorial des questions pharmaceutiques (CQP). La contribution individuelle de chacun des membres du Groupe d'étude a été une aide précieuse.

La liste qui suit présente tous les membres du Groupe d'étude et tous les participants, actuels ou anciens, ayant apporté leur contribution à la réalisation de ces rapports.

Frank DeFelice (Président)

Direction des Programmes de médicaments
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Programme des soins de longue durée

Scott Doidge (Vice-président)

Soins à domicile et produits pharmaceutiques
Santé Canada

Colin Dormuth

Régime d'assurance-médicaments
British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors

Marilyn Thornton

Pharmacy Policy and Programs Branch
Alberta Health and Wellness

Andrea Laturnas

Pharmaceutical Services
Drug Plan and Extended Benefits Branch
Saskatchewan Health

Olaf Koester

Régime d'assurance-médicaments
Santé Manitoba

Emily Somers

Drug Programs
Nova Scotia Department of Health

Ron Corvari

Direction de la politique et des analyses économiques
Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

Tanya Potashnik

Direction de la politique et des analyses économiques
Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

Orlando Manti

Direction de la politique et des analyses économiques
Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

Ivan Ross Vrana

Santé Canada

Brent Fraser

Direction des Programmes de médicaments
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Programme des soins de longue durée

John Hoar

Nova Scotia Department of Health

Kevin Wilson

Saskatchewan Health

Sean Burnett

British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors
and Ministry Responsible for Seniors

Wendy Eyres

British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors
and Ministry Responsible for Seniors

Kitty Leong

Santé Manitoba

Résumé

- Au cours des dix dernières années, le taux de croissance des dépenses en médicaments a été deux fois plus élevé que celui des dépenses en soins de santé. Les médicaments occupent désormais la deuxième place dans les dépenses en soins de santé, après les hôpitaux, avec un total que l'on estime avoir atteint les 14,7 milliards de \$ en 2000.
- Malgré les réformes de fond qu'ont connues bon nombre de régimes d'assurance-médicaments financés par le secteur public ces dernières années, les dépenses du secteur public ont augmenté de plus de 10 % par an; en 2000-2001, plusieurs régimes d'assurance-médicaments provinciaux ont enregistré une augmentation de 20 % et plus de leurs dépenses. L'augmentation des dépenses en médicaments reflète un certain nombre de facteurs, dont l'importance croissante des médicaments d'ordonnance pour traiter et prévenir la maladie au Canada et dans d'autres pays. Les gouvernements peuvent s'attendre à ce que soient maintenues les pressions pour continuer à permettre l'accès aux meilleurs médicaments à des prix abordables aux Canadiens qui en ont le plus besoin.
- Les études effectuées par le CEPMB à la demande des ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux des six régimes d'assurance-médicaments provinciaux (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario et Nouvelle-Écosse) démontrent que l'augmentation des dépenses en médicaments pour toutes les provinces a été largement attribuée à l'augmentation du taux d'utilisation des médicaments existants et à l'effet des décisions de rembourser les frais reliés aux médicaments plus récents, souvent plus coûteux, sur les dépenses totales. D'autres analyses sont nécessaires pour évaluer l'effet des choix thérapeutiques sur les tendances générales du coût qu'entraînera le traitement de maladies particulières.
- Le nombre de bénéficiaires couverts par l'un des six régimes d'assurance-médicaments étudiés est demeuré relativement constant. Toutefois, l'intensité d'utilisation (nombre d'ordonnances), le coût moyen par ordonnance et, surtout, le coût annuel moyen des ordonnances par bénéficiaire a augmenté de façon substantielle. Entre 1995-96 et 1999-2000, notamment, le coût annuel moyen par bénéficiaire du régime d'assurance-médicaments a augmenté de 60 % environ en Alberta, au Manitoba et en Ontario.
- Entre 1995-96 et 1999-2000, le prix des médicaments (calculé par un indice de prix des médicaments) remboursés par les six régimes d'assurance-médicaments provinciaux ont connu des variations comprises, en moyenne, entre une augmentation de 0,5 % et une baisse de 11,5 %. Par conséquent, les autres facteurs, c'est-à-dire les variations de l'utilisation de médicaments existants et l'inscription de médicaments plus récents et plus coûteux, ont représenté la majeure partie de l'augmentation des dépenses.
- Le prix des médicaments non brevetés demeure une source de préoccupation. Une comparaison à l'échelle internationale des prix des médicaments non brevetés à fournisseur exclusif les plus vendus a démontré qu'en 1998-99, le Canada pratiquait, en moyenne, des prix supérieurs de 28 % à la médiane des prix pratiqués par sept autres pays (France, Allemagne, Italie, Suède, Suisse, Royaume-Uni et États-Unis). Si le prix de ces médicaments avait été fixé en fonction du prix médian pratiqué à l'échelle internationale en 1999-2000, les dépenses en médicaments non brevetés à fournisseur exclusif des six régimes d'assurance-médicaments provinciaux (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario et Nouvelle-Écosse), qui s'élevaient à 317,7 millions de \$, auraient été réduites de 60 millions de \$ environ, soit de 20%. Une évaluation du prix des médicaments non brevetés génériques et de marque à fournisseurs multiples a mis en lumière la tendance générale croissante des médicaments génériques à afficher un prix moyen plus élevé que leurs équivalents de marque.

- L'inscription de nouveaux médicaments et le taux élevé de pénétration du marché exercent des pressions budgétaires de taille sur les régimes d'assurance-médicaments. Les médicaments qui ont été inscrits sur la liste de médicaments des régimes après 1995-96, soit les médicaments appelés « médicaments plus récents », ont représenté plus de 30 % des dépenses totales dans les six provinces étudiées en 1999-2000; en Alberta, ils ont atteint près de 50 % de ces dépenses.
- En 1999-2000, les dépenses en médicaments brevetés ont représenté plus de la moitié des dépenses totales en médicaments d'ordonnance dans les six régimes d'assurance-médicaments provinciaux. Entre 1995-96 et 1999-2000, les dépenses en médicaments brevetés ont augmenté en moyenne de 111 %, soit à un taux annuel moyen de 21%.
- Une évaluation des cinq principales classes thérapeutiques a souligné des différences significatives du coût quotidien moyen d'une province à une autre. Elles peuvent résulter des différences existant entre les régimes d'assurance-médicaments provinciaux ainsi que de celles existant au plan de la composition des choix thérapeutiques. Les données qui sont actuellement à notre disposition ne nous permettent pas d'affirmer clairement que ces différences se traduisent par des différences dans les résultats au plan de la santé. Il faudrait effectuer une analyse plus poussée pour vérifier si l'utilisation des médicaments est efficace en terme de coûts et si les différences dans le coût des traitements se traduisent par des différences dans les résultats au plan de la santé des patients au Canada. En septembre 2000, les premiers ministres provinciaux du Canada se sont entendus dans leur Plan d'action pour le renouveau du système de soins de santé sur la mise au point de stratégies d'évaluation de l'efficacité en terme de coûts des médicaments d'ordonnance.
- La présente vue d'ensemble résume les principaux résultats actuellement connus sur la période allant de 1995-96 à 1999-2000 de l'étude effectuée par le Groupe d'étude fédéral-provincial-territorial sur les prix des médicaments et définit l'orientation des données à prendre en compte et des priorités à venir. L'évolution et la poursuite de ce travail permettront d'éclairer les activités destinées à améliorer les habitudes de prescription (les meilleures pratiques) et l'efficacité du système (évaluation de médicaments d'emploi courant). Une analyse plus poussée, destinée à étudier plus particulièrement l'effet des choix thérapeutiques, et à mieux le comprendre, permettra de définir l'effet des politiques et les priorités d'intervention.

Table des matières

INTRODUCTION	8
1 DÉPENSES EN MÉDICAMENTS	9
2 FACTEURS GÉNÉRAUX INFLUANT SUR LES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS	12
3 TENDANCES EN MATIÈRE DE PRIX ET D'UTILISATION	15
4 GÉNÉRATEURS DE COÛTS	19
5 MÉDICAMENTS BREVETÉS	20
6 MÉDICAMENTS NON BREVETÉS À FOURNISSEUR EXCLUSIF	23
7 MÉDICAMENTS NON BREVETÉS À FOURNISSEURS MULTIPLES	25
8 ÉTUDE COMPARATIVE DU PRIX DES MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE ENTRE LES PROVINCES	26
CONCLUSION	28
ANNEXE I : VUE D'ENSEMBLE DES RÉGIMES PROVINCIAUX – 1999-2000	29
ANNEXE II – 25 MÉDICAMENTS LES PLUS VENDUS PAR PROVINCE	34
ANNEXE III – SYSTÈME DE CLASSIFICATION ANATOMIQUE THÉRAPEUTIQUE CHIMIQUE (ATC)	40
ANNEXE IV – ANALYSE DES GÉNÉRATEURS DE COÛTS PAR CLASSE THÉRAPEUTIQUE	41
<i>Hypolipémiants (hypocholestérolémiants)</i>	<i>42</i>
<i>Agents agissant sur le système rénine-angiotensine (antihypertenseurs)</i>	<i>44</i>
<i>Antiacides et médicaments contre les ulcères gastro-duodénaux et les flatulences (médicaments contre les maux d'estomac)</i>	<i>46</i>
<i>Psycholéptiques</i>	<i>48</i>
<i>Psycho-analéptiques</i>	<i>50</i>

Liste des figures

Figure 1	Taux de croissance annuelle moyen des régimes d'assurance-médicaments provinciaux de 1995-96 à 1999-2000	10
Figure 2	Pourcentage de variation du nombre de bénéficiaires de 1995-96 à 1999-2000	12
Figure 3	Facteurs influant sur les dépenses en médicaments de 1995-96 à 1999-2000	13
Figure 4	Déterminants influant sur les variations du coût du médicament établi total de 1998-99 à 1999-2000	14
Figure 5	Index des prix – tous les médicaments : de 1995-96 à 1999-2000	16
Figure 6	Index des quantités – tous les médicaments : de 1995-96 à 1999-2000	18
Figure 7	Contribution des principaux déterminants aux variations des dépenses en médicaments : de 1995-96 à 1999-2000	19
Figure 8	Part des dépenses en médicaments brevetés par rapport aux dépenses totales en médicaments	20
Figure 9	Pourcentage des dépenses en médicaments brevetés par rapport aux dépenses totales en médicaments par province : de 1995-96 à 1999-2000	21
Figure 10	Répartition des dépenses en médicaments brevetés par catégorie en 1999-2000	22
Figure 11	Taux de croissance moyen des dépenses en médicaments plus récents	22
Figure 12	Pourcentage des dépenses en médicaments plus récents par rapport aux dépenses totales en 1999-2000	22
Figure 13	Coefficient du rapport entre les prix par pays et le prix médian à l'échelle internationale des médicaments non brevetés à fournisseur exclusif les plus vendus en 1998-99	23
Figure 14	Analyse des prix à l'échelle internationale : Coefficient du rapport entre les prix moyens pratiqués à l'étranger et ceux pratiqués au Canada pour les médicaments non brevetés à fournisseur exclusif : 1998-99	24
Figure 15	Coefficient du rapport entre le prix moyen des médicaments génériques et celui des médicaments de marque	25
Figure 16	Étude comparative du prix des médicaments d'ordonnance entre les différentes provinces : 1999-2000	26
Figure 17	Hypolipidémiants – Taux de croissance annuelle moyen des dépenses et de l'utilisation de 1995-96 à 1999-2000	43
Figure 18	Hypolipidémiants – prix demandé par jour de 1995-96 à 1999-2000	43
Figure 19	Hypolipidémiants – Principaux générateurs de coûts de 1995-96 à 1999-2000	44
Figure 20	Agents agissant sur le système rénine-angiotensine – Taux de croissance annuelle moyen des dépenses et de l'utilisation de 1995-96 à 1999-2000	45
Figure 21	Agents agissant sur le système rénine-angiotensine – Prix demandé par jour, de 1995-96 à 1999-2000	45
Figure 22	Agents agissant sur le système rénine-angiotensine – Principaux générateurs de coûts de 1995-96 à 1999-2000	46
Figure 23	Médicaments contre les maux d'estomac – Taux de croissance annuelle moyen des dépenses et de l'utilisation de 1995-96 à 1999-2000	47
Figure 24	Antiacides et médicaments contre les ulcères gastro-duodénaux et les flatulences – Coût demandé par jour	48
Figure 25	Inhibiteurs de la pompe à protons – Principaux générateurs de coûts de 1995-96 à 1999-2000	48
Figure 26	Psycholeptiques – Taux de croissance annuelle moyen des dépenses et de l'utilisation de 1995-96 à 1999-2000	49
Figure 27	Psycholeptiques – coût demandé par jour, de 1995-96 à 1999-2000	50
Figure 28	Psycholeptiques – Principaux générateurs de coûts de 1995-96 à 1999-2000	50
Figure 29	Psycho-analéptiques – Taux de croissance annuelle moyen des dépenses et de l'utilisation de 1995-96 à 1999-2000	51
Figure 30	Psycho-analéptiques – coût demandé par jour, de 1995-96 à 1999-2000	52
Figure 31	Psycho-analéptiques – Principaux générateurs de coûts de 1995-96 à 1999-2000	52

Liste des tableaux

Tableau 1	Dépenses en médicaments et taux de croissance par habitant, 1995 et 2000.....	9
Tableau 2	Coût des médicaments par catégorie de marché dans les six provinces étudiées de 1995-96 à 1999-2000.....	10
Tableau 3	Statistiques générales par régime : 1999-2000.....	13
Figure 1	Déterminants influant sur les variations du coût du médicament établi total de 1998-99 à 1999- 2000.....	14
Tableau 5	Augmentations annuelles du prix des médicaments non brevetés supérieurs à l'IPC : de 1998-99 à 1999-2000.....	15
Tableau 6	Récapitulatif du niveau de l'indice de prix en 1999-2000	17
Tableau 7	Récapitulatif du niveau de l'indice de volume en 1999-2000.....	18
Tableau 8	Pourcentage de dépenses totales des cinq principales classes thérapeutiques par province 1999-2000.....	42

Introduction

Les médicaments occupent une place grandissante dans le domaine des soins de santé et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sont de plus en plus confrontés à une somme importante de questions sur les médicaments en ce qui a trait à leur coût, à leur utilisation et à l'efficacité de l'attribution des ressources. Au cours des dix dernières années, le taux de croissance des dépenses en médicaments a été deux fois plus élevé que celui des dépenses en soins de santé. Les médicaments occupent désormais la deuxième place dans les dépenses en soins de santé, après les hôpitaux, avec un total que l'on estime avoir atteint les 14,7 milliards de \$ en 2000¹.

L'augmentation des dépenses en médicaments reflète un certain nombre de facteurs clés, dont l'importance croissante des médicaments d'ordonnance pour traiter et prévenir la maladie au Canada et dans d'autres pays. Les gouvernements peuvent s'attendre à ce que soient maintenues les pressions pour continuer à permettre l'accès aux meilleurs médicaments à des prix abordables aux Canadiens qui en ont le plus besoin. Malgré les réformes de fond qu'ont connues bon nombre de régimes d'assurance-médicaments financés par le secteur public ces dernières années, les dépenses du secteur public ont augmenté de plus de 10 % par an. L'année dernière, plusieurs régimes d'assurance-médicaments provinciaux ont enregistré une augmentation de 20 % et plus de leurs dépenses.

Ensemble, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux cherchent à garantir des prix de médicaments justes et raisonnables, une prescription et un emploi pertinents des médicaments et un fonctionnement efficace du système. En 2000-2001, le Comité des questions pharmaceutiques (CQP)², qui est responsable des activités fédérales, provinciales et territoriales communes sur les questions pharmaceutiques, a établi les priorités suivantes : l'enrichissement des connaissances en matière de prix, de générateurs de coûts et d'utilisation des médicaments au Canada, le renforcement de l'efficacité et de l'intégration de l'environnement général des politiques de soins de santé, ainsi que l'amélioration de la coordination et du partage de l'information entre les différents régimes d'assurance-médicaments.

Le Groupe d'étude sur les prix des médicaments du CQP a essentiellement travaillé à fournir une analyse qui va dans le sens des stratégies générales de gestion des questions pharmaceutiques définies en septembre 2000 par les premiers ministres provinciaux dans leur Plan d'action pour le renouveau du système de soins de santé. Afin d'assurer aux Canadiens l'accès à des médicaments récents, appropriés et efficaces en terme de coûts, les premiers ministres se sont entendus sur la mise en œuvre de stratégies d'évaluation de l'efficacité en terme de coûts des médicaments d'ordonnance. Il est prévu que ces stratégies seront alimentées par la diffusion d'information sur de meilleures pratiques et sur des solutions pour faire face aux coûts engendrés par l'achat de médicaments³. Les travaux du Groupe d'étude donnent les fondements et un aperçu de la prise en charge et de la meilleure compréhension de la gestion des questions pharmaceutiques et d'utilisation des médicaments.

La présente vue d'ensemble offre un résumé des principales conclusions et observations du Groupe d'étude sur les prix des médicaments en ce qui a trait aux médicaments d'ordonnance dans les six régimes d'assurance-médicaments provinciaux étudiés (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario et Nouvelle-Écosse) entre 1995-96 et 1999-2000⁴. Les études effectuées par le CEPMB⁵ à la demande des ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux démontrent que les augmentations des dépenses des régimes d'assurance-médicaments provinciaux peuvent être largement attribuées à l'augmentation du taux d'utilisation des médicaments existants et à l'effet sur les dépenses totales des décisions de rembourser les médicaments plus récents, souvent plus coûteux.

1 Dépenses en médicaments

En 2000, la totalité des dépenses en médicaments du secteur public et du secteur privé au Canada représentait 15,5 %, soit 14,7 milliards de dollars, des dépenses totales en soins de santé⁶; les dépenses du secteur public ont atteint 40 %, soit 6,1 milliards de dollars, des dépenses totales en médicaments et les régimes d'assurance-médicaments provinciaux, 28 %, soit 4,4 milliards de dollars.

Le tableau 1 fournit les données en matière de dépenses en médicaments par habitant entre 1995 et 2000. Au cours de la même période, l'Alberta et l'Ontario ont enregistré la plus forte croissance des dépenses totales en médicaments (dépenses des secteurs public et privé), la Colombie-Britannique et la Saskatchewan ont accusé le taux de croissance le plus élevé des dépenses provinciales par habitant, avec des valeurs moyennes de 11,3 et de 10,3 %, respectivement.

Tableau 1⁷ Dépenses en médicaments et taux de croissance par habitant, 1995 et 2000

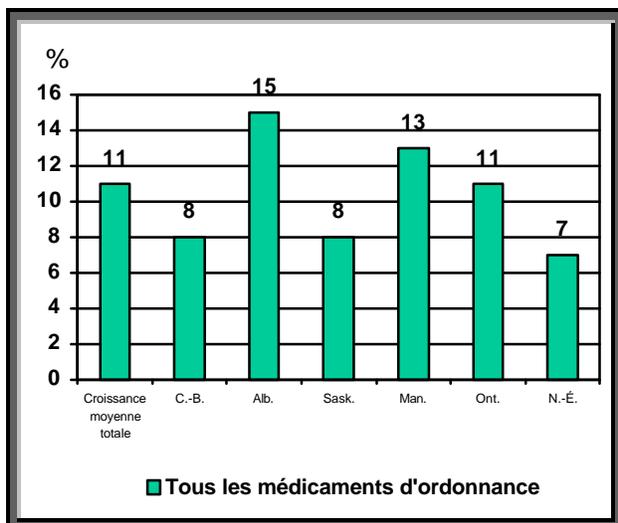
Dépenses en médicaments et taux de croissance par habitant, 1995 et 2000* (en millions de \$)										
Province	Dépenses en médicaments par habitant en 1995 (\$)	Dépenses en médicaments par habitant en 2000* (\$)	Taux de croissance (%)	Dépenses provinciales totales en médicaments par habitant en 1995 (\$)	Dépenses provinciales totales en médicaments par habitant en 2000* (\$)	Taux de croissance (%)	Dépenses provinciales totales en médicaments par habitant (%)		Pourcentage de dépenses en médicaments par rapport aux dépenses totales en soins de santé en 1995 (%)	Pourcentage de dépenses en médicaments par rapport aux dépenses totales en soins de santé en 2000* (%)
							1995	2000		
Canada	340,6	478,3	7,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	13,4	15,5
Colombie-Britannique	277,5	385,7	6,8	87,0	148,6	11,3	31	39	10,3	12,3
Alberta	282,7	429,6	8,7	75,4	114,0	8,6	27	27	12,4	13,0
Saskatchewan	322,6	420,0	5,4	62,9	102,6	10,3	19	24	13,4	13,6
Manitoba	303,0	417,2	6,6	70,5	111,7	9,6	23	27	11,8	12,2
Ontario	382,1	545,8	7,4	123,9	158,7	5,1	32	29	14,3	17,1
Nouvelle-Écosse	355,4	481,3	6,3	90,3	122,8	6,3	25	26	15,5	16,9

* estimations

Tous les régimes d'assurance-médicaments provinciaux ont connu la même croissance; les dépenses annuelles des six régimes étudiés par le Groupe d'étude ont atteint 2,5 milliards de \$ en 1999-2000 (les régimes d'assurance-médicaments provinciaux choisis pour faire

partie de l'étude l'ont été en fonction de la disponibilité de leurs résultats). Tous ont enregistré une augmentation des dépenses de 51 % entre 1995-96 et 1999-2000, c'est-à-dire une augmentation de 1,6 à 2,5 milliards de \$, à un taux annuel moyen de 11 % (figure 1).

Figure 2 Taux de croissance annuelle moyen des régimes d'assurance-médicaments provinciaux de 1995-96 à 1999-2000



Le tableau 2 répartit les dépenses en médicaments des régimes d'assurance-médicaments provinciaux par catégorie. Il donne des renseignements sur le coût total encouru par les régimes provinciaux étudiés et les répartit par principale catégorie, soit les médicaments brevetés et non brevetés, les médicaments de marque et génériques (type de fabricants) et les médicaments non brevetés à fournisseurs multiples ou à fournisseur exclusif (nombre de fabricants)⁸. La présente étude s'efforce de proposer une analyse plus approfondie qui s'appuie sur ces catégories générales de marchés de médicaments. Il est important de noter la croissance des dépenses en médicaments brevetés et l'augmentation de la part des dépenses en médicaments brevetés par province en 1999-2000.

Tableau 2 Coût des médicaments par catégorie de marché dans les six provinces étudiées de 1995-96 à 1999-2000

Coût des médicaments par catégorie de marché dans les six provinces étudiées de 1995-96 à 1999-2000 (en millions de \$)							
Année financière	Tous les médicaments	Médicaments brevetés	Médicaments non brevetés	Médicaments de marque	Médicaments génériques	Médicaments non brevetés à fournisseurs multiples	Médicaments non brevetés à fournisseur exclusif
1995-96	1 632,5	683,7	948,8	1 088,0	544,6	497,2	451,7
1996-97	1 772,9	848,5	924,5	1 219,0	553,9	550,4	374,1
1997-98	1 970,1	1,071,5	898,8	1 353,1	617,2	586,5	312,5
1998-99	2 196,9	1,251,0	946,1	1 536,2	660,7	638,6	307,5
1999-00	2 457,6	1,444,9	1,012,6	1 654,1	803,3	695,0	317,6

Le taux de croissance des dépenses en médicaments était deux fois plus élevé que celui des dépenses totales en soins de santé et trois fois plus que celui de l'inflation au cours de la période étudiée. La figure 1 montre que l'Alberta a enregistré le taux de croissance annuelle moyen des dépenses en médicaments le plus élevé des six provinces avec 15 % et la Nouvelle-Écosse, le plus bas, avec 7 %.

Il est important de se rappeler que les régimes publics diffèrent les uns des autres. Chaque

province possède ses propres critères d'admissibilité pour devenir bénéficiaire et ses propres grilles de franchises et de quotes-parts. De façon générale, il est possible de dire que la Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse couvrent essentiellement les personnes âgées, alors que la Saskatchewan et le Manitoba utilisent un examen des ressources pour définir leurs degrés de couverture⁹. Les processus d'inscription de nouveaux médicaments sur la liste de médicaments provinciale et la prise de décision à l'égard du

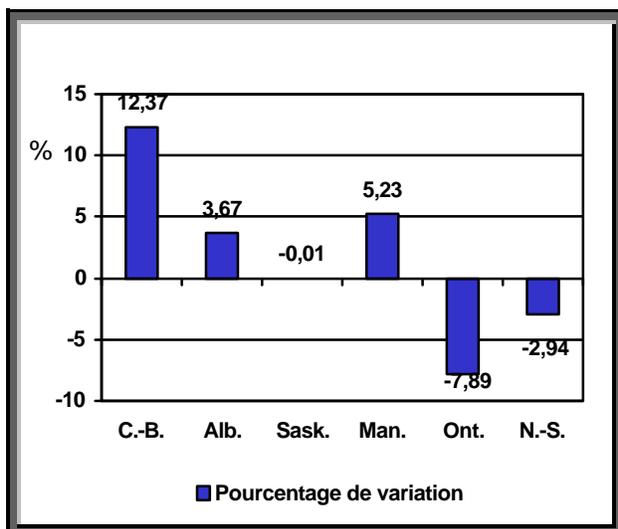
contenu de ces listes¹⁰ varient aussi significativement d'une province à une autre¹¹. Les différences entre les régimes constituent un énorme potentiel informatif pour les provinces et territoires en ce qui a trait à l'effet des diverses décisions et approches adoptées dans la politique choisie; elles constituent également des bases de comparaison (pour obtenir des renseignements détaillés sur chaque régime, veuillez consulter l'annexe I du présent rapport).

2 Facteurs généraux influant sur les dépenses en médicaments

Les changements démographiques, le coût et le choix des traitements offerts, ainsi que le rythme et la durée du recours et du remboursement des pharmacothérapies sont autant de générateurs de coûts pour les régimes d'assurance-médicaments provinciaux.

Les variations du nombre de bénéficiaires enregistrées dans les six provinces sont très significatives au cours de la période étudiée (comme le montre la figure 2). Entre 1995-96 et 1999-2000, le nombre total de bénéficiaires couverts par le régime d'assurance-médicaments en Colombie-Britannique a augmenté de 12,4 %, ce qui est la plus forte augmentation parmi les six régimes étudiés. En revanche, le nombre de bénéficiaires en Ontario a diminué de 7,9 %¹².

Figure 3 Pourcentage de variation du nombre de bénéficiaires de 1995-96 à 1999-2000



La figure 3 montre qu'entre 1995-96 et 1999-2000, l'Alberta, l'Ontario et le Manitoba ont connu la croissance la plus forte du coût du médicament établi moyen par bénéficiaire, soit 66, 64 et 58 %, respectivement¹³. En 1999-2000, le coût moyen par bénéficiaire s'inscrivait dans une fourchette allant de 222 \$ en Saskatchewan à 1 934 \$ au Manitoba. Comme le montre le tableau 3, le Manitoba a enregistré le nombre moyen d'ordonnances par bénéficiaire le plus élevé par rapport aux autres provinces. Bien que, de façon générale, les dépenses par habitant au Manitoba soient dans la moyenne des autres provinces, la nature du régime manitobain et ses critères d'admissibilité semble offrir, dans une certaine mesure, une couverture aux consommateurs relativement importants de médicaments. Une analyse plus poussée est nécessaire pour comprendre l'effet des critères d'admissibilité d'un régime d'assurance-médicaments sur les habitudes de consommation des bénéficiaires du régime. La Saskatchewan a présenté le plus faible coût établi moyen par ordonnance (c'est-à-dire le montant accepté par le régime), avec 21 \$, et la Colombie-Britannique, le plus élevé, avec 36 \$¹⁴.

Figure 4 Facteurs influant sur les dépenses en médicaments de 1995-96 à 1999-2000

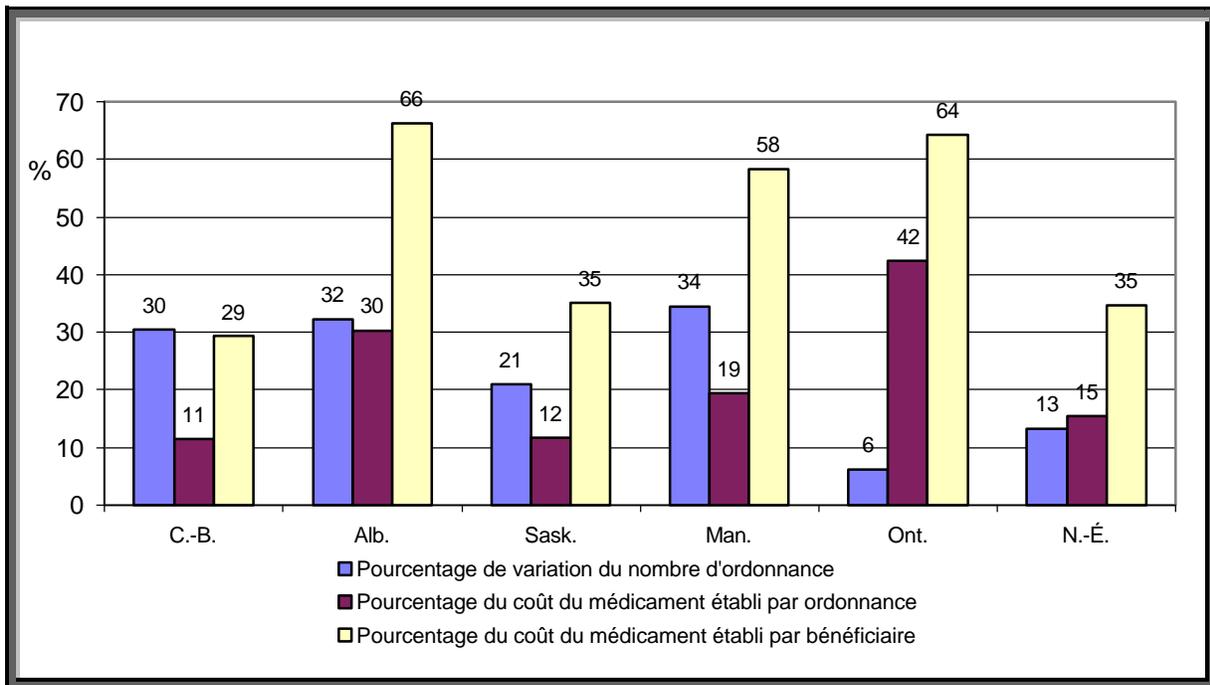


Tableau 3 Statistiques générales par régime : 1999-2000

Provinces	Moyenne du coût établi par ordonnance (\$)	Nombre moyen d'ordonnances par bénéficiaire	Moyenne du coût établi par bénéficiaire (\$)	Moyenne des frais d'exécution d'ordonnance établis par ordonnance (\$)	Marge de distribution et majoration du prix de détail établies moyennes ¹⁵ (%)
Colombie-Britannique	36,26	16,16	585,75	5,94	5,26
Alberta	33,99	16,45	559,36	8,48	9,52
Saskatchewan	21,01	10,58	222,28	5,99	17,14 ¹⁶
Manitoba	28,15	68,68	1 933,65	6,43	10,01
Ontario	35,96	19,01	622,35	6,32	13,97
Nouvelle-Écosse	29,45	24,20	712,79	8,56	5,69

Le coût du médicament établi moyen par ordonnance présenté dans le tableau 3 inclut la marge de distribution et la majoration du prix de détail, mais non les frais d'exécution d'ordonnance. Les frais d'exécution d'ordonnance moyens sont présentés séparément dans le tableau 3. L'Alberta et la Nouvelle-Écosse ont enregistré les frais d'exécution d'ordonnance moyens les plus élevés. La Colombie-Britannique a eu, quant à

elle, les plus faibles frais d'exécution d'ordonnance moyens et marges de distribution moyennes. La Saskatchewan a eu la marge de distribution, c'est-à-dire la majoration du prix de gros ajoutée à la marge bénéficiaire brute des pharmacies, la plus élevée. L'Ontario autorise une majoration du prix de détail de 10 %, destinée à couvrir les majorations du prix de gros, bien que la marge moyenne calculée excède le maximum autorisé de 4 %¹⁷.

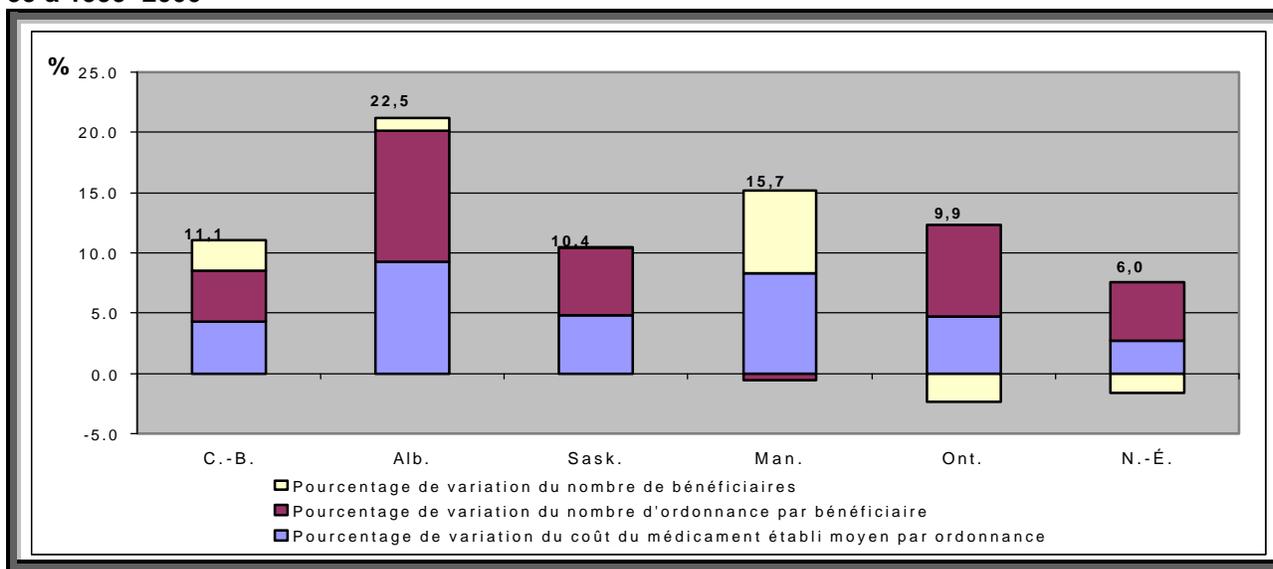
En 1999-2000, la dernière année de l'étude, l'Alberta a enregistré la plus forte croissance du coût du médicament établi total, avec une augmentation de 22,5 % par rapport à 1998-99. Le tableau 4 et la figure 4 illustrent la contribution relative des trois principaux déterminants aux variations du coût du médicament établi total enregistrées dans chaque province au cours de la dernière année d'étude. En Ontario et en Nouvelle-Écosse, le nombre de bénéficiaires a diminué entre 1998-99 et 1999-2000, produisant

un effet négatif sur les variations totales du coût du médicament établi. Le Manitoba a connu la plus forte croissance du nombre de bénéficiaires, qui a représenté plus de 40 % de l'augmentation des dépenses de 15,7 % en 1999-2000. Dans toutes les provinces à l'exception du Manitoba, la majeure partie de la variation du coût du médicament établi total résulte de la variation du coût moyen par ordonnance et de celle du nombre d'ordonnances par bénéficiaire (utilisation).

Tableau 4 Déterminants des dépenses en médicaments 1998/99 – 1999/00

Déterminants des dépenses ¹⁸ en médicaments 1998/99 – 1999/00				
Provinces	Pourcentage de variation de la moyenne du coût du médicament établi par ordonnance (%) (A)	Pourcentage de variation du nombre d'ordonnances par bénéficiaire (%) (B)	Pourcentage de variation du nombre de bénéficiaires (%) (C)	Pourcentage de variation du coût du médicament établi total (%) (A+B+C)
Colombie-Britannique	4,3	4,2	2,6	11,1
Alberta	9,2	10,9	1,2	22,5
Saskatchewan	4,8	5,6	0,0	10,4
Manitoba	8,3	-0,6	6,8	15,7
Ontario	4,8	7,5	-2,4	9,9
Nouvelle-Écosse	2,8	4,8	-1,6	6,0

Figure 5 Déterminants influant sur les variations du coût du médicament établi total de 1998-99 à 1999-2000



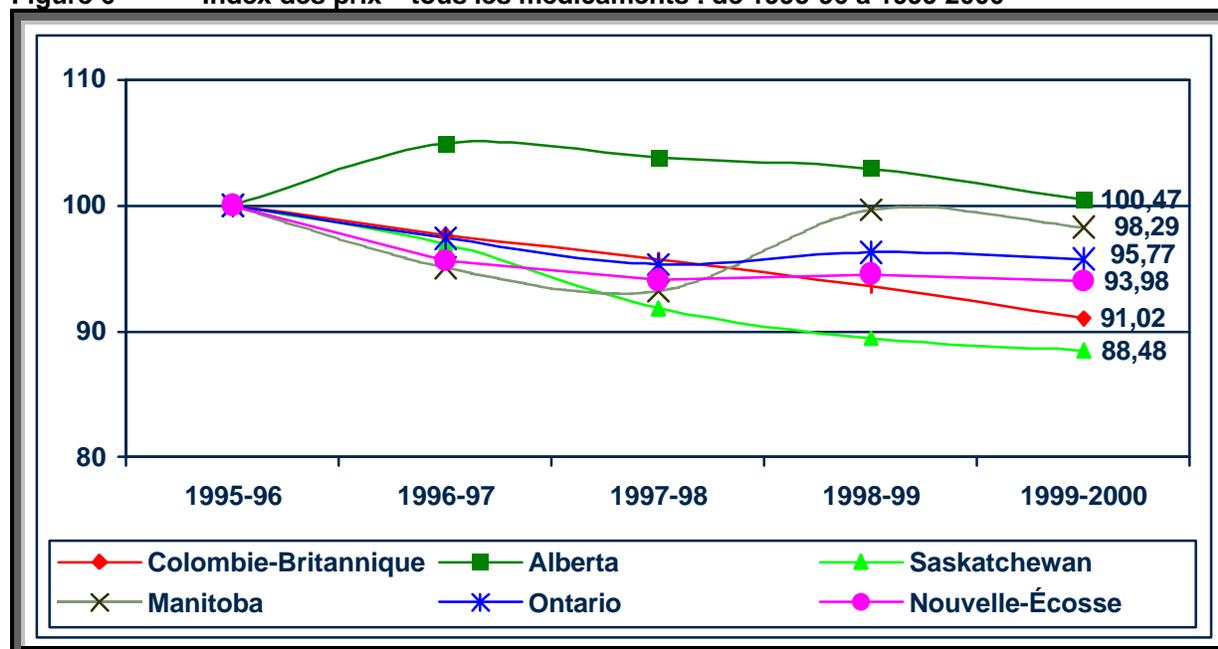
3 Tendances en matière de prix et d'utilisation

Entre 1995-96 et 1999-2000, les six régimes d'assurance-médicaments ont connu des variations de prix comprises, en moyenne, entre une augmentation de 0,5 % et une baisse de 11,5 % (tableau 6). Par conséquent, d'autres facteurs, dont les variations de l'utilisation de médicaments existants et l'inscription de médicaments plus récents et plus coûteux, ont représenté la majeure partie de l'augmentation des dépenses au cours de la période étudiée. Les augmentations annuelles du prix des

médicaments ne sont pas les principales causes des variations dans les dépenses. De façon générale, entre 1995-96 et 1999-2000, près de 10 % des médicaments ont connu une augmentation de prix supérieure à l'indice des prix à la consommation (IPC). En 1999-2000, l'indice moyen des prix a enregistré une diminution générale de 5 % par rapport à 1995-96. Entre 1995-96 et 1999-2000, les variations annuelles des prix ont produit un effet négatif sur les variations des dépenses dans les six provinces participant à l'étude (veuillez consulter la section des générateurs de coûts de la présente étude, p. 21).

Tableau 5 Augmentations annuelles du prix des médicaments non brevetés supérieures à l'IPC : de 1998-99 à 1999-2000

Augmentations annuelles du prix des médicaments non brevetés supérieures à l'IPC De 1998-99 à 1999-2000						
Provinces	Nombre total de DIN	Nombre de DIN dont le prix a augmenté plus que l'IPC	Pourcentage de DIN dont le prix a augmenté plus que l'IPC	Moyenne de l'augmentation du prix des DIN dont le prix a augmenté plus que l'IPC (%)	Effets ¹⁹ (Économies réalisées si l'augmentation des prix correspond à celle de l'IPC) (\$)	Coefficient du rapport entre les effets et les dépenses totales (x 100)
Colombie-Britannique	3 202	424	13,2	25,4	1 202 061	0,7
Alberta	2 925	365	12,5	28,4	501 009	0,6
Saskatchewan	2 504	335	13,4	19,6	151 668	0,3
Manitoba	2 832	472	16,7	25,1	1 475 619	1,9
Ontario	2 463	202	8,2	28,1	5 259 512	1,0
Nouvelle-Écosse	2 517	299	11,9	18,5	67 343	0,2

Figure 6 Index des prix – tous les médicaments : de 1995-96 à 1999-2000


Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés réglemente le prix à l'inscription des nouveaux médicaments brevetés et le taux d'augmentation du prix des médicaments brevetés existants. Les médicaments non brevetés ne relèvent pas du Conseil d'examen; leur niveau de prix et les augmentations annuelles de prix ont été définies comme étant des priorités d'étude par le Groupe d'étude fédéral-provincial-territorial sur les prix des médicaments. Le tableau 5 détaille, par province, les variations du prix des médicaments non brevetés supérieures à l'indice des prix à la consommation (IPC) au cours de la dernière année d'étude. Dans toutes les provinces, moins de 20 % des médicaments brevetés ont connu une augmentation de prix supérieure à l'IPC.

Dans le cas des médicaments dont l'augmentation fut supérieure à l'IPC, elle se situait entre 20 et 30 %. Le Manitoba a compté la plus forte proportion de médicaments dont le prix a augmenté au-delà du plafond fixé (IPC); la valeur relative des effets que ces augmentations ont engendrés est près de 2 %, soit une valeur beaucoup plus élevée que celle observée dans les autres provinces. Les effets représentent les dépenses supplémentaires engagées par la province à cause des augmentations de prix supérieures à l'IPC. Si les augmentations de prix s'étaient limitées à la variation de l'IPC, le Manitoba aurait économisé 1,5 millions de \$ en 1999-2000, ce qui représente environ 2 % des dépenses totales.

Tableau 6 Récapitulatif du niveau de l'indice de prix en 1999-2000

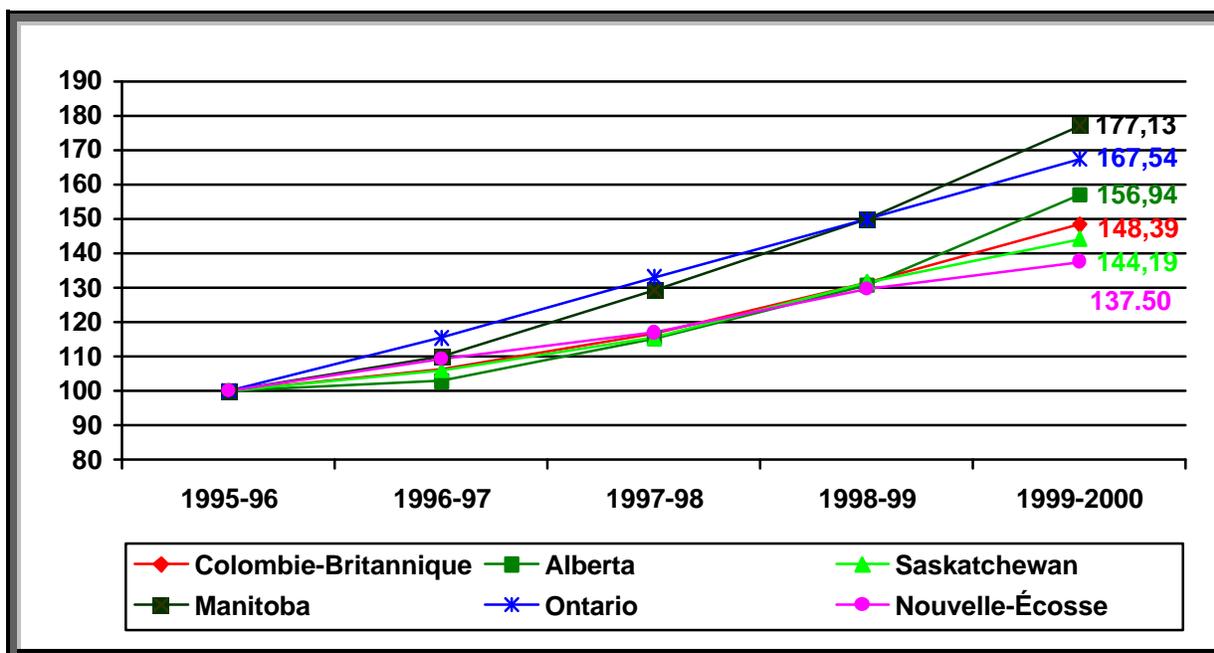
Récapitulatif du niveau de l'indice de prix en 1999-2000*					
Provinces	Tous les médicaments	Médicaments brevetés	Médicaments non brevetés à fournisseur exclusif	Médicaments non brevetés à fournisseurs multiples	Médicaments non brevetés
Colombie-Britannique	91,0	98,1	102,1	83,2	95,3
Alberta	100,5	108,0	113,1	89,9	102,0
Saskatchewan	88,5	104,0	100,7	74,7	80,3
Manitoba	98,3	112,1	96,4	85,5	92,1
Ontario	95,8	106,3	100,3	89,1	100,5
Nouvelle-Écosse	94,0	97,0	99,6	90,1	100,7

*Année de référence : 1995-96, indice de prix en 1995-96 = 100 pour toutes les provinces.

Un indice de prix²⁰ mesurant la variation moyenne du prix demandé²¹ dans chaque province est présenté dans le tableau 6²² et la figure 5. Un indice de prix a été calculé pour tous les médicaments, pour les médicaments brevetés, pour les médicaments non brevetés à fournisseur exclusif, pour les médicaments non brevetés à fournisseurs multiples (incluant les médicaments de marque) et pour les médicaments génériques. L'indice de prix utilisé dans le tableau 6 représente la variation moyenne des prix en 1999-2000 depuis 1995-96, c'est-à-dire que l'année 1995-96 constitue l'année de référence et équivaut à la valeur 100. L'indice des prix illustre les variations du prix des médicaments existants en 1995-96 et inclut les nouveaux médicaments à mesure qu'ils font leur apparition sur la liste de médicaments provinciale. De façon générale, la Saskatchewan a connu entre 1995-96 et 1999-2000 la plus forte baisse de prix. L'indice de prix de chaque province inclut les médicaments remboursés par chacun des régimes et tient

compte du taux d'utilisation dans la province concernée. En 1999-2000, les prix ont diminué de 11,5 % dans cette province comparativement aux chiffres de 1995-96, mais les médicaments non brevetés à fournisseurs multiples et les médicaments génériques ont enregistré une baisse encore plus forte avec 25,3 et 19,7 %, respectivement.

Un indice de volume élaboré selon la méthode utilisée pour l'indice de prix mesure les variations d'utilisation²³ qui sont présentées dans le tableau 7 et la figure 6. Les tendances mises en évidence par l'indice de volume sont sensiblement différentes de celles soulignées par l'indice de prix. Entre 1995-96 et 1999-2000, l'indice de volume a révélé une augmentation significative d'utilisation. Durant cette période, le Manitoba a connu la plus forte augmentation, à 77,1 % et la Nouvelle-Écosse, la plus faible, à 37,5 %.

Figure 7 Index des quantités – tous les médicaments : de 1995-96 à 1999-2000

Tableau 7 Récapitulatif du niveau de l'indice de volume en 1999-2000

Récapitulatif du niveau de l'indice de volume en 1999-2000*					
Provinces	Tous les médicaments	Médicaments brevetés	Médicaments non brevetés à fournisseur exclusif	Médicaments non brevetés à fournisseurs multiples	Médicaments génériques
Colombie-Britannique	148,38	171,63	146,25	105,33	145,25
Alberta	156,94	178,49	152,03	101,66	141,13
Saskatchewan	144,19	196,33	144,09	89,63	118,56
Manitoba	177,13	220,45	187,51	109,01	150,91
Ontario	167,54	222,64	144,62	95,49	133,31
Nouvelle-Écosse	137,50	173,13	140,46	90,47	131,38

*Année de référence : 1995-96, indice de prix en 1995-96 = 100 pour toutes les provinces.

Entre 1995-96 et 1999-2000, l'augmentation de l'utilisation des médicaments brevetés a excédé 100 % au Manitoba et en Ontario. En revanche, l'utilisation des médicaments non brevetés à fournisseurs multiples a diminué en Saskatchewan, en Ontario et en Nouvelle-Écosse.

4 Générateurs de coûts

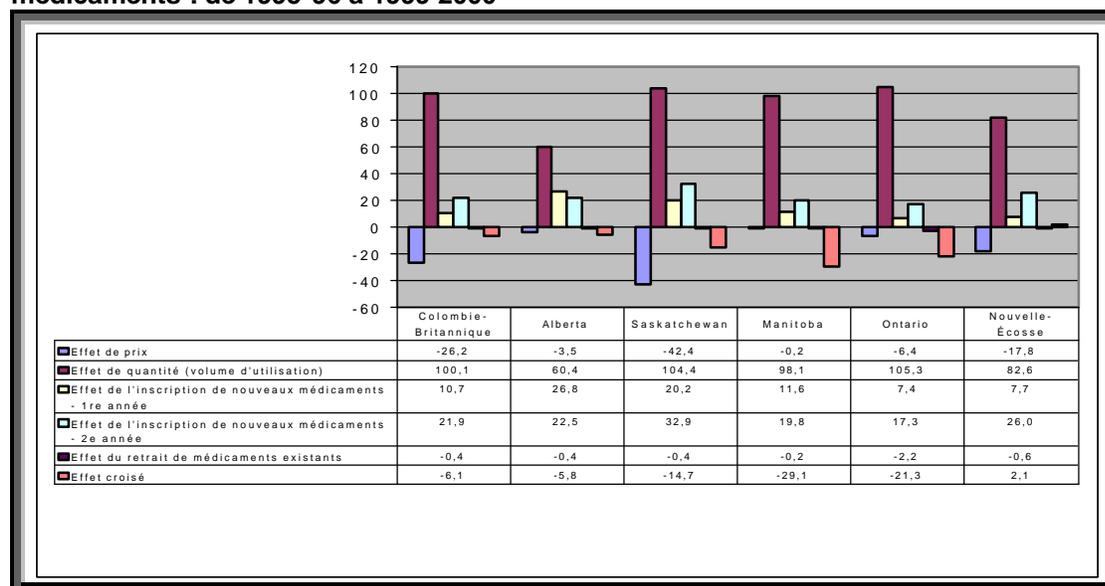
L'analyse des générateurs de coûts fournit aux gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments, tant publics que privés, aux décideurs et aux autres intervenants, y compris les consommateurs, une meilleure compréhension des principaux déterminants des augmentations annuelles des dépenses en médicaments.

Une analyse des générateurs de coûts a été effectuée pour chacun des six régimes d'assurance-médicaments provinciaux dans le but de définir et de préciser les pressions qu'ils subissent en matière de coûts.

L'analyse exposée dans la présente section (figure 7) vise à répartir les variations annuelles du prix des médicaments entre les principaux déterminants suivants :

- variations de la quantité (utilisation) annuelle des anciens médicaments et des médicaments plus récents;
- variations annuelles du prix unitaire des anciens médicaments et des médicaments plus récents²⁴;
- 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.

Figure 8 Contribution des principaux déterminants aux variations des dépenses en médicaments : de 1995-96 à 1999-2000



La figure 7 illustre chacun des déterminants et définit leur effet individuel, ainsi que leur effet relatif, sur les variations annuelles des dépenses en médicaments. Autrement dit, elle évalue le pourcentage d'augmentation du prix des médicaments attribuable à chacun des déterminants.

Entre 1995-96 et 1999-2000, les dépenses en médicaments des six régimes d'assurance-médicaments provinciaux sont passées de 1,6 milliards à 2,5 milliards de \$.

L'utilisation à la fois de médicaments existants et de médicaments plus récents, généralement plus coûteux, constituent les principaux générateurs

de coûts responsables de la majeure partie des dépenses au cours de la période étudiée.

En moyenne, les variations annuelles des prix ont produit un effet négatif sur les variations des dépenses dans les six provinces. Ce résultat s'explique principalement par l'inscription de médicaments génériques et les économies qui en découlent et il est d'autant plus marqué en Saskatchewan.

En 1999-2000, les médicaments plus récents (inscrits depuis 1995-96) ont représenté plus de 30 % des dépenses en médicaments dans les six régimes d'assurance-médicaments.

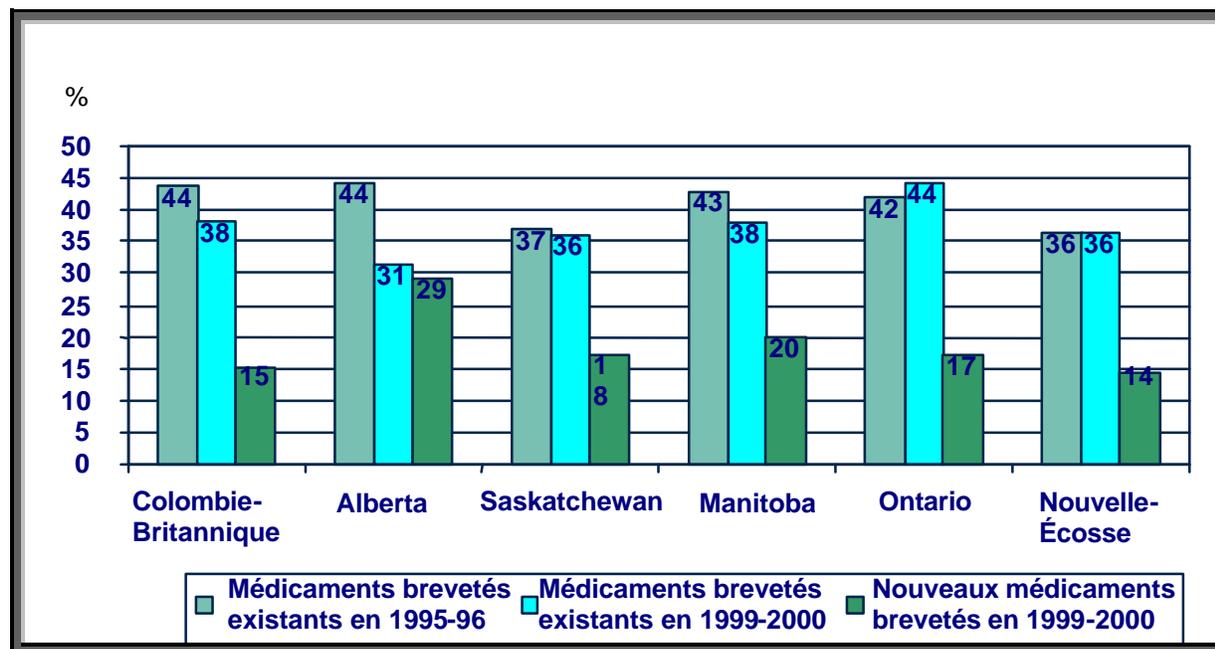
5 Médicaments brevetés

En 1999-2000, les dépenses en médicaments brevetés ont représenté plus de la moitié des dépenses totales en médicaments d'ordonnance dans les six régimes d'assurance-médicaments provinciaux. Les médicaments brevetés, c'est-à-dire les médicaments de marque, peuvent avoir à leur avantage vingt années d'exclusivité sur le marché et le niveau de prix à leur inscription ainsi que les variations subséquentes (soit les tendances en matière de prix) peuvent établir la norme du prix des médicaments qui apparaissent par la suite dans la même classe thérapeutique.

Les figures 8 et 9 illustrent la proportion des dépenses en médicaments brevetés dans chaque province en 1995-96 et en 1999-2000. La figure 8 illustre la répartition des dépenses en médicaments brevetés par province. En 1995-96, la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse ont enregistré la plus faible proportion de

dépenses en médicaments brevetés par rapport aux dépenses totales et la Colombie-Britannique ainsi que l'Alberta, la plus forte. En 1999-2000, en Colombie-Britannique, les dépenses en médicaments brevetés, proportionnellement aux dépenses totales, correspondaient aux niveaux atteints en Saskatchewan et en Nouvelle-Écosse. Les tendances relevées pour l'Ontario valent également la peine d'être soulignées : bien que l'Ontario affiche les dépenses en médicaments brevetés les plus élevées, plus de 72 % de ces dépenses portent sur des médicaments qui étaient déjà inscrits sur la liste de médicaments provinciale en 1995-96 (médicaments existants). En revanche, en Alberta, près de la moitié des dépenses en médicaments brevetés portent sur des médicaments plus récents, c'est-à-dire sur des médicaments inscrits sur la liste de médicaments provinciale après 1995-96.

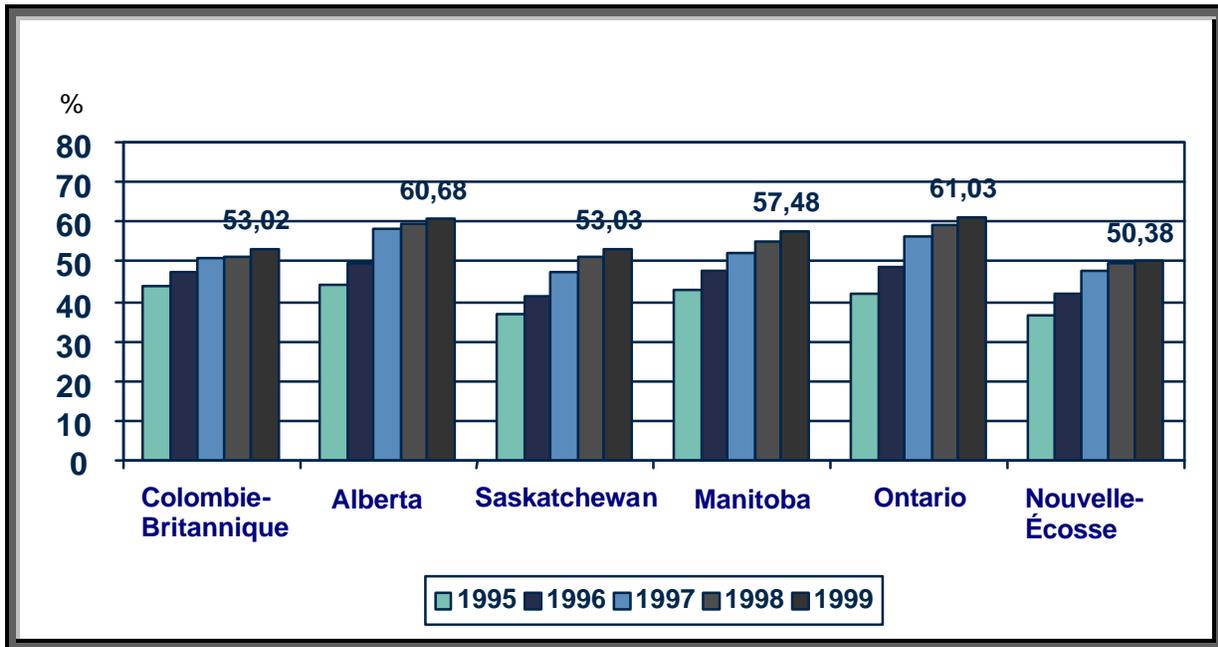
Figure 9 Part des dépenses en médicaments brevetés par rapport aux dépenses totales en médicaments



En 1999-2000, les dépenses en médicaments brevetés ont représenté près de 60 % des dépenses totales en Alberta, au Manitoba et en Ontario. Entre 1995-96 et 1999-2000, les

dépenses en médicaments brevetés ont augmenté en moyenne de 111 %, soit à un taux annuel moyen de 21%.

Figure 10 Pourcentage des dépenses en médicaments brevetés par rapport aux dépenses totales en médicaments par province : de 1995-96 à 1999-2000



Les nouveaux médicaments, brevetés pour leur caractère novateur, peuvent jouer un rôle essentiel pour faciliter le diagnostic des maladies, de leur traitement et du maintien de la santé. Toutefois, les médicaments brevetés sont coûteux et une utilisation efficace des nouveaux médicaments en terme de coûts est un défi ardu²⁵.

La figure 10 illustre la répartition des dépenses en médicaments brevetés entre les différentes catégories²⁶. La catégorie 1 représente une extension de gamme d'un médicament existant,

la catégorie 2, la découverte d'un nouveau médicament ou une amélioration importante d'un médicament existant et la catégorie 3, une amélioration moyenne, modeste ou aucune amélioration d'un médicament existant; il existe également des médicaments brevetés hors catégorie²⁷. Dans toutes les provinces, les médicaments de catégorie 2 représentent moins de 10 % des dépenses en médicaments brevetés. En revanche, les médicaments de catégorie 3 représentent, sans nul doute, la part la plus importante des dépenses en médicaments brevetés.

Figure 11 Répartition des dépenses en médicaments brevetés par catégorie en 1999-2000

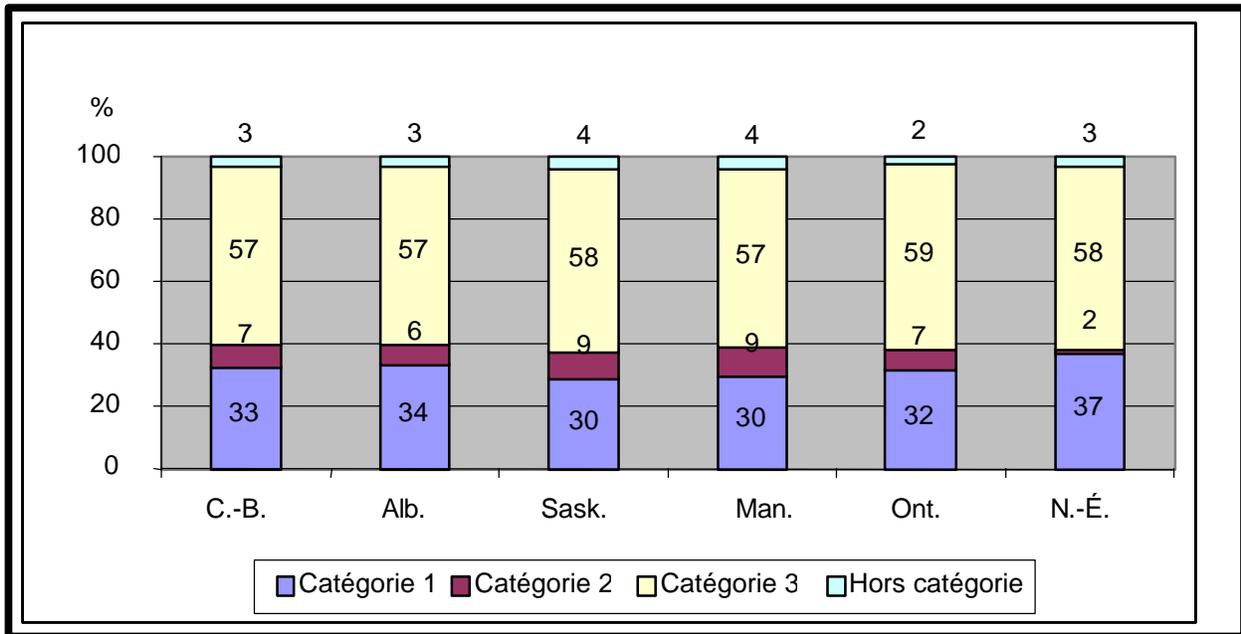
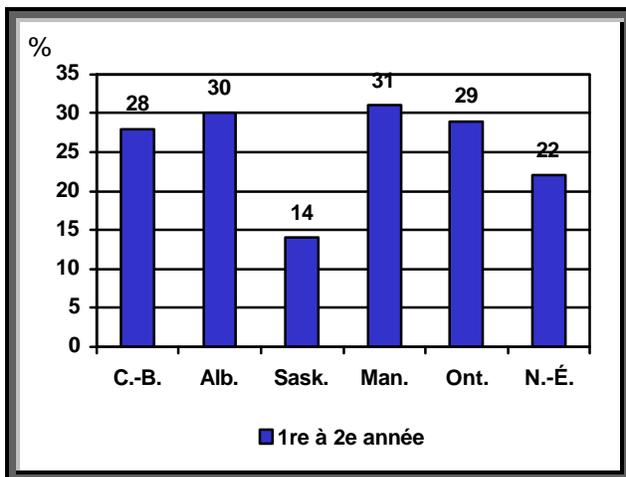


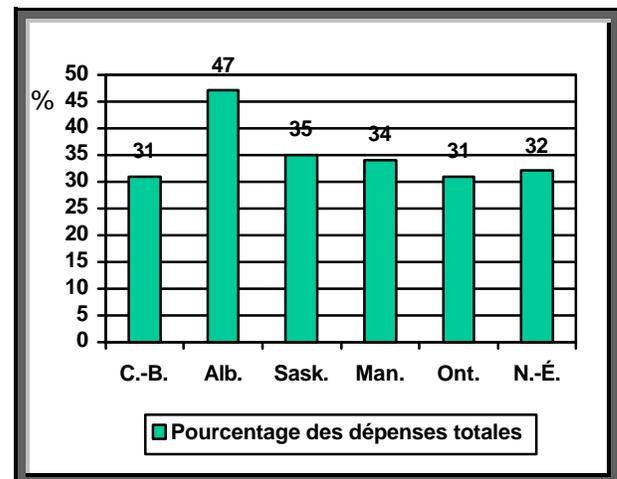
Figure 12 Taux de croissance moyen des dépenses en médicaments plus récents



L'inscription de nouveaux médicaments et le taux élevé de pénétration du marché exercent des pressions budgétaires de taille sur les régimes d'assurance-médicaments. La figure 11 montre qu'entre la première et la deuxième année complète d'inscription sur la liste de médicaments provinciale, les dépenses en nouveaux médicaments ont augmenté de près de 30 % en Colombie-Britannique, en Alberta au Manitoba et en Ontario. La Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse, elles, ont connu une croissance beaucoup moins prononcée.

Les médicaments inscrits sur la liste après 1995-96, soit les médicaments « plus récents », ont représenté plus de 30 % des dépenses totales dans les six provinces étudiées en 1999-2000; la figure 12 démontre qu'en Alberta, ils ont représenté près de 50% de ces dépenses.

Figure 13 Pourcentage des dépenses en médicaments plus récents par rapport aux dépenses totales en 1999-2000



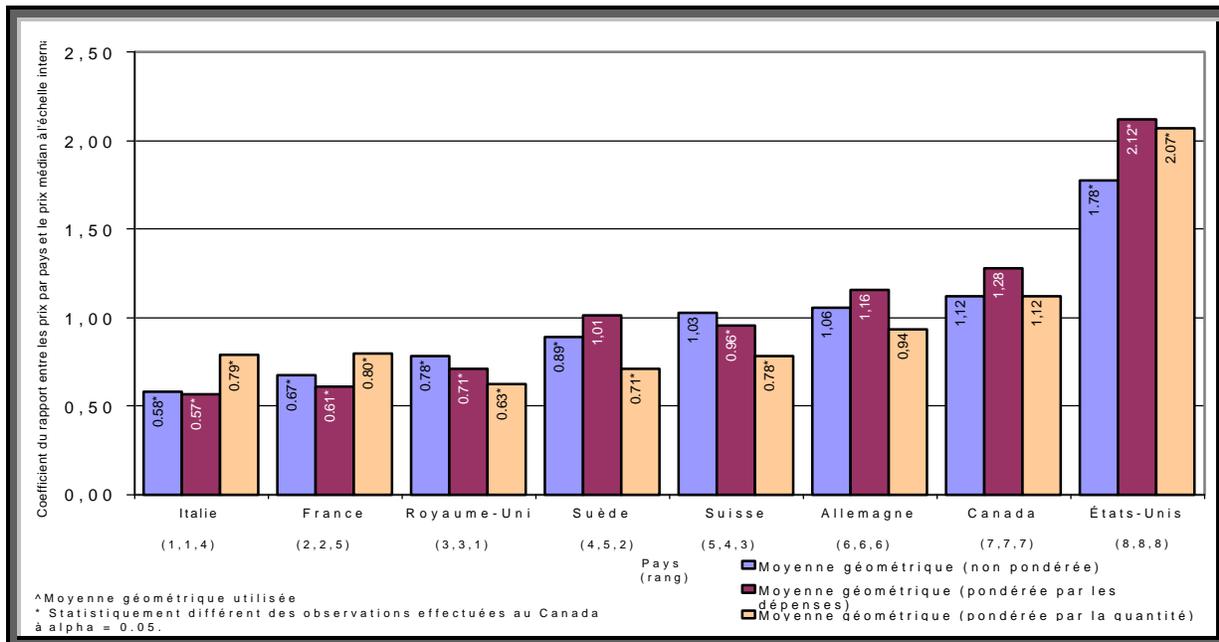
6 Médicaments non brevetés à fournisseur exclusif²⁸

Les médicaments non brevetés à fournisseur exclusif, comme leur nom l'indique, ne sont pas protégés par brevet (soit en raison de l'expiration du brevet, de l'abandon du brevet au domaine public ou en l'absence de brevet) et sont produits par un seul fabricant. En 1999, les ventes des fabricants de médicaments non brevetés s'élevaient à 3,6 millions de \$, ce qui représente un taux de croissance annuel de 6,5 % sur dix ans. En 1999, les médicaments non brevetés représentaient 39 % des ventes totales de tous les fabricants au Canada. D'après les données communiquées par les régimes des six provinces étudiées, les médicaments non

brevetés à fournisseur exclusif représentaient, en moyenne, 13 % du total des ordonnances et 12 % des dépenses prises en charge par les régimes.

La figure 13 présente une étude comparative à l'échelle internationale des principaux médicaments non brevetés à fournisseur exclusif effectuée en 1998-99. Cette même année, les prix pratiqués au Canada se sont révélés, de façon générale, supérieurs de 28 %²⁹ aux prix médians dans des pays qui ont permis au CEPMB d'étudier les prix des médicaments brevetés. En revanche, en 2000, les prix des médicaments brevetés pratiqués au Canada étaient inférieurs de 8 % aux prix médians pratiqués à l'étranger.

Figure 14 Coefficient du rapport entre les prix par pays et le prix médian à l'échelle internationale des médicaments non brevetés à fournisseur exclusif les plus vendus en 1998-99



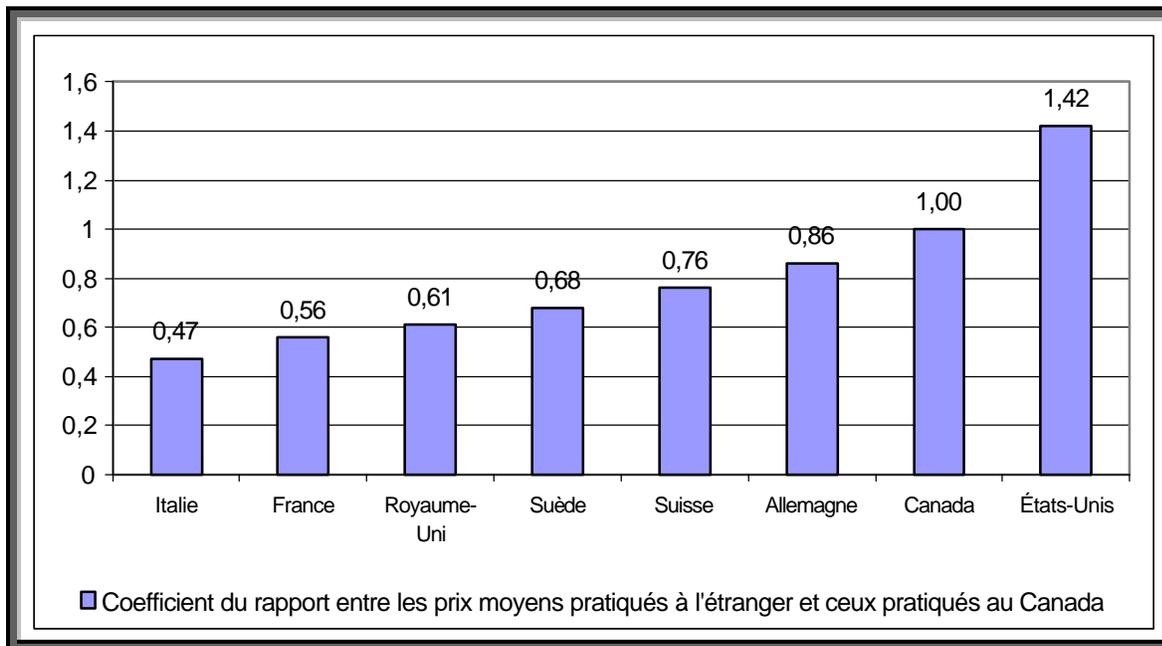
Les figures 13 et 14 démontrent qu'après les États-Unis, c'est au Canada que les prix moyens des médicaments non brevetés à fournisseur exclusif sont les plus élevés. Les niveaux de prix enregistrés en Italie et en France par exemple sont inférieurs de 53 et de 44 % respectivement aux prix canadiens.

En 1999-2000, le Canada s'est placé au troisième rang des pays pratiquant les prix les moins élevés pour les médicaments brevetés, juste derrière l'Italie et la France. Si le prix des médicaments non brevetés à fournisseur exclusif avait été fixé en fonction du prix médian pratiqué à l'échelle internationale, les dépenses en médicaments non brevetés à fournisseur exclusif

en 1999-2000 des six régimes d'assurance-médicaments provinciaux, qui s'élevaient à 317,7 millions de \$, auraient été réduites d'environ 70 millions de \$. Autrement dit, cette

économie représente près de 2 % des 2,5 milliards de \$ de dépenses encourues cette année-là par les six régimes provinciaux.

Figure 15 Analyse des prix à l'échelle internationale : Coefficient du rapport entre les prix moyens pratiqués à l'étranger et ceux pratiqués au Canada pour les médicaments non brevetés à fournisseur exclusif : 1998-99



7 Médicaments non brevetés à fournisseurs multiples

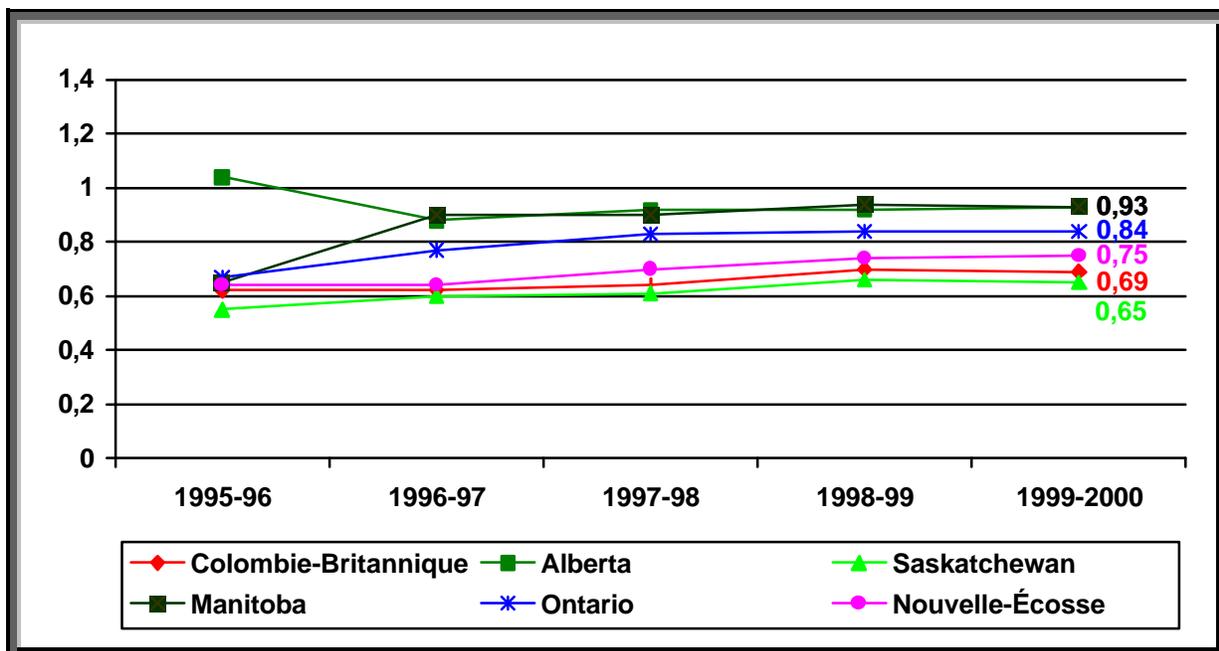
En 1999-2000, les médicaments non brevetés à fournisseurs multiples ont représenté près de 28 % des dépenses en médicaments d'ordonnance des régimes d'assurance-médicaments provinciaux.

Une évaluation du prix des médicaments non brevetés à fournisseurs multiples génériques et de marque a mis en évidence une tendance générale vers un prix des médicaments génériques plus élevé que celui de leurs équivalents de marque qui, de façon générale, est demeuré constant ou a baissé. Une analyse plus poussée est nécessaire afin de répondre à la question, toujours sans réponse, de savoir quel serait le prix d'inscription approprié pour les médicaments génériques nouvellement inscrits (c'est-à-dire 70, 60, 55 %, ou autre, du prix du médicament de marque), et d'évaluer le rôle de la concurrence entre les différents médicaments à fournisseurs multiples sur leur prix et leur utilisation.

Une étude portant sur les médicaments brevetés a révélé que les fabricants de médicaments

brevetés considéraient en général que le marché canadien comme un seul marché ayant peu de variation d'une province à l'autre au plan du prix départ-usine. Or, d'une province à une autre, les variations du coefficient du rapport entre le prix des médicaments génériques et celui des médicaments de marque, telles que les présente la figure 15, laissent penser que les fabricants de médicaments génériques ne suivent pas nécessairement la même stratégie en matière de prix. La Saskatchewan affiche le plus bas coefficient, le prix des médicaments génériques étant inférieur de 35 % en moyenne à celui des médicaments de marque. En Alberta et au Manitoba, le prix des médicaments génériques n'est inférieur que de 7 %³⁰ à celui des médicaments de marque. Les différences de prix des médicaments non brevetés à fournisseurs multiples semblent être relativement importantes entre les provinces. Les niveaux de prix relatifs présentés dans la figure 15 se fondent sur les prix demandés aux régimes d'assurance-médicaments provinciaux, si les pharmacies demandent le prix des médicaments de remplacement à faible coût pour des médicaments de marque, l'écart entre le prix des médicaments génériques et celui des médicaments de marque indiqué aux régimes sera moindre. Une étude plus approfondie de cette question est nécessaire.

Figure 16 Coefficient du rapport entre le prix moyen des médicaments génériques et celui des médicaments de marque

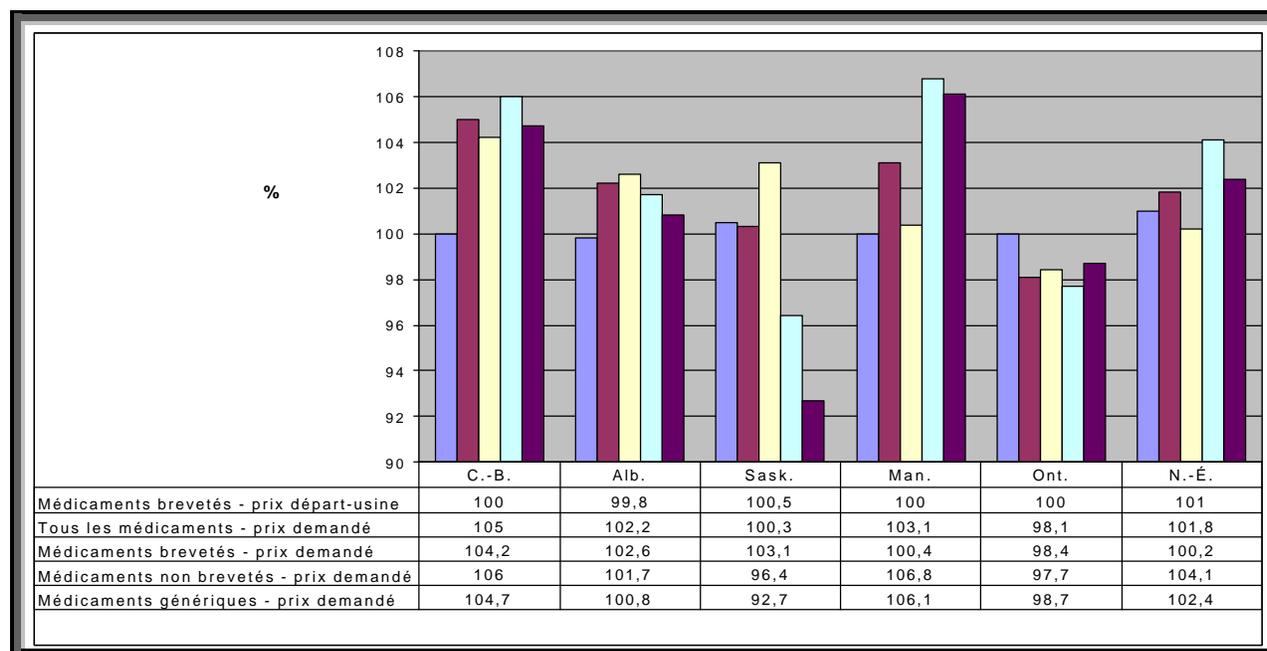


8 Étude comparative du prix des médicaments d'ordonnance entre les provinces

La figure 16 résume l'étude comparative des prix effectuée entre les différentes provinces au plan du prix départ-usine, du prix de détail demandé aux régimes pour tous les médicaments inscrits sur la liste, qu'il s'agisse de médicaments brevetés, non brevetés ou génériques. L'indice utilisé indique le coût relatif d'un panier de

médicaments canadien moyen³¹ à l'achat pour chaque province. Ainsi, par exemple, un panier de médicaments canadien moyen coûte 0,5 % plus cher aux prix départ-usine (fabricant) en Saskatchewan.

Figure 17 Étude comparative du prix des médicaments d'ordonnance entre les différentes provinces : 1999-2000



Le prix des fabricants de médicaments brevetés a été quasiment identique sur tous les marchés provinciaux. En 1999-2000, les variations du prix départ-usine étaient de moins de 1,3 %. Dans toutes les provinces, près des deux tiers des prix pratiqués étaient compris dans une fourchette de variation de plus ou moins 2 % par rapport au prix pratiqué à l'échelle du pays tout entier, et près des trois quarts des prix pratiqués pour tous les médicaments étaient compris dans une fourchette de variation de plus ou moins 5 %. Voilà donc une preuve irréfutable selon laquelle le prix des fabricants de médicaments brevetés n'a pas connu de variation importante dans aucune des provinces entre 1995 et 1999.

Les variations de prix au niveau du régime

d'assurance-médicaments, obtenues en utilisant les données des régimes sur les montants remboursés (qui incluent les majorations des prix de gros et de détail pour les six régimes) sont beaucoup plus appréciables tant pour les médicaments brevetés que pour les médicaments non brevetés. Une étude comparative des prix des médicaments génériques entre les différentes provinces a mis en évidence que les prix pratiqués en Saskatchewan sont beaucoup plus bas que dans les autres provinces.

Les résultats enregistrés en 1999-2000 par les six régimes révèlent des variations de prix plus marquées que celles obtenues avec les données du CEPMB, l'écart entre la province qui a

dépensé le plus en remboursement et celle qui a dépensé le moins étant de 9,0 %. Une comparaison entre les prix de 1999 et ceux de

1995 démontre que l'écart s'est réduit; il était de 16,3 % au cours de la première année de l'analyse.

Conclusion

Les médicaments sont voués à occuper une place grandissante dans la santé des Canadiens. Malgré les réformes de fond qu'ont connues bon nombre de régimes d'assurance-médicaments financés par le secteur public ces dernières années, les dépenses du secteur public ont augmenté de plus de 10 % par an; l'année dernière, plusieurs régimes d'assurance-médicaments provinciaux ont enregistré une augmentation de 20 % et plus de leurs dépenses.

Les études effectuées par le CEPMB à la demande des ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux démontrent que ces augmentations ont été largement attribuées à l'augmentation du taux d'utilisation des médicaments existants et à l'effet des décisions de rembourser les médicaments plus récents, souvent plus coûteux, sur les dépenses totales. Les gouvernements peuvent s'attendre à ce que soient maintenues les pressions pour continuer à permettre l'accès aux meilleurs médicaments à des prix abordables aux Canadiens qui en ont le plus besoin.

Ces études ont été effectuées par le Groupe d'étude sur les prix des médicaments d'une part pour combler le besoin de renseignements des gestionnaires des régimes, et, d'autre part, pour étayer les stratégies d'évaluation de l'efficacité en terme de coûts des médicaments d'ordonnance. Une utilisation efficace des médicaments en terme de coûts est un préalable indispensable à une attribution efficace et rentable des fonds publics.

Le besoin de réunir de l'information pertinente et concrète est permanent pour pouvoir procéder à une évaluation efficace des politiques actuelles et orienter la mise en œuvre de projets à venir dans le domaine des dépenses en médicaments.

Annexe I : Vue d'ensemble des régimes provinciaux – 1999-2000

Régimes d'assurance-médicaments pris en charge par le gouvernement				
Type, bénéficiaires et part des frais assumée par le client				
Provinces	Programme	Programme	Bénéficiaires	Part des frais assumée par le client
Colombie-Britannique	Régime d'assurance-médicaments	A	Personnes âgées	Aucune franchise, 100 % des frais d'exécution d'ordonnance avec un plafond de 200 \$/personne/an
		B	Résidents des établissements de soins de longue durée accrédités	Aucune
		C	Bénéficiaires de l'aide sociale	
		D	Patients atteints de fibrose kystique	
		F	Programmes de soins à domicile pour les enfants atteints de handicaps graves	
		G	Programme pour les personnes atteintes de troubles mentaux	
		E	Tous les résidents de C.-B.	Franchise annuelle de 800 \$, quote-part de 30 % avec un plafond de 2 000 \$/an/célibataire ou famille. Les bénéficiaires des programmes <i>Premium Assistance Program</i> ou <i>Temporary Premium Assistance Program</i> par l'entremise du régime de soins médicaux paient une franchise annuelle de 600 \$

Alberta	Blue Cross Group 66		Personnes âgées et personnes à charge	Aucune prime ni franchise, quote-part de 30 % jusqu'à un plafond de 25 \$/médicament/ordonnance plus le coût additionnel si un médicament dont le coût est plus élevé est choisi. Plafond annuel/à vie de 25 000 \$ (ce montant peut augmenter à la suite d'une révision.)
	Blue Cross Group 66A		Résidents âgés de 55 à 64 ans admissibles au programme destiné aux veuves et veuves et leurs personnes à charge Personnes âgées et personnes à charge	
	Blue Cross Group 1		Tous les autres résidents qui désirent s'inscrire et payer les primes	La prime varie entre 14,35 \$ et 41 \$ selon le revenu. Aucune franchise, quote-part de 30 % jusqu'à un plafond de 25 \$/médicament/ordonnance plus le coût additionnel si un médicament dont le coût est plus élevé est choisi. Plafond annuel/à vie de 25 000 \$ (ce montant peut augmenter à la suite d'une révision.)
	Alberta Human Resource and Employment		Bénéficiaires de l'aide sociale (<i>Support for Independence</i>), du <i>Assured Income for the Severely Handicapped</i> et du <i>Child Welfare</i>	2,00 \$/ordonnance pour les trois premières ordonnances de chaque mois
	Programme de médicaments de soins palliatifs		Patients requérant, selon un diagnostic, des soins palliatifs prodigués à domicile	Aucune
	Programme de médicaments destinés aux enfants		Enfants issus de familles à faibles revenus	Aucune
Manitoba	Régime d'assurance-médicaments		Tous les résidents de la province	La franchise varie en fonction du revenu familial ajusté : 2% s'il n'excède pas 15 000 \$ et 3% s'il est supérieur à 15 000 \$. Le revenu familial ajusté est le revenu total moins un crédit de 3 000 pour le conjoint et les enfants à charge âgés de moins de 18 ans. La franchise minimale est de 100 \$.

	Programme d'aide sociale (PAS)		Bénéficiaires de l'aide sociale	Aucune
	Programme d'évaluation des frais de médicaments des foyers de soins personnels		Personnes résidant dans un foyer de soins infirmiers	Aucune
Ontario	Programme de médicaments gratuits de l'Ontario (PMGO)		Personnes âgées, bénéficiaires du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, bénéficiaires du Programme l'Ontario au travail, personnes résidant dans un foyer de soins spéciaux, personnes résidant dans un centre de soins de longue durée et bénéficiaires de services professionnels par l'entremise du Programme de soins à domicile	Les personnes âgées célibataires dont le revenu annuel net est inférieur à 16 018 \$, les personnes âgées vivant en couple dont le revenu annuel combiné est inférieur à 24 175 \$, les bénéficiaires d'aide sociale générale ou de prestations familiales, les bénéficiaires du Programme de soins à domicile, les personnes résidant dans un foyer de soins infirmiers, un foyer pour personnes âgées ou un foyer de soins spéciaux et les bénéficiaires du Programme de médicaments Trillium paient jusqu'à 2 \$ par ordonnance. Programme pour personnes âgées à revenus élevés Les personnes âgées à revenus élevés paient jusqu'à 100 \$ de franchise/personne/année, puis jusqu'à 6,11 \$ de frais d'exécution d'ordonnance.
	Programme de médicaments Trillium		Personnes qui doivent déboursier des sommes importantes, par rapport à leur revenu, pour l'achat de médicaments	Les franchises sont établies en fonction du revenu; une famille de quatre personnes avec un revenu annuel net inférieur à 6 500 \$ paie 150 \$ et une personne seule à revenu équivalent, 350 \$; une personne seule dont le revenu net est inférieur à 100 000 \$ paie une franchise de 4 089 \$ et une famille de quatre personnes disposant du même revenu, 3 889 \$; une fois les franchises maximales atteintes, il en coûte 2 \$ par ordonnance.

	Programme de médicaments spéciaux		Résidents atteints d'insuffisance rénale terminale, de schizophrénie ou du sida et aux personnes ayant reçu une greffe d'organe qui ne sont pas admissibles au PMGO ou au Programme de médicaments Trillium	Aucune
Saskatchewan	Régime d'assurance-médicaments	Programme pour les bénéficiaires de l'aide sociale	Assistés sociaux	Renonciation à la franchise; 2 \$/ordonnance pour certains bénéficiaires
		Programme destiné à des bénéficiaires précis	Bénéficiaires paraplégiques, bénéficiaires atteints de fibrose kystique, d'insuffisance rénale chronique terminale et utilisateurs de certains médicaments coûteux sans frais	Aucune
		Programme de couverture des soins palliatifs	Personnes atteintes de maladies fatales au stade terminal	Aucune
		Aide d'urgence	Personnes nécessitant un traitement immédiat mais incapables d'en assumer les frais	Niveau d'aide déterminé en fonction de la capacité à prendre les frais en charge
		Programme de soutien spécifique	Familles dont les dépenses annuelles en médicaments excèdent 3,4 % du revenu ajusté	Détermination de franchises et de quotes-parts moins élevées

		Programme pour les bénéficiaires d'un supplément de revenu	Personnes âgées célibataires ou en couple vivant sur le régime de revenu de la Saskatchewan ou recevant un supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral et résidant dans des maisons de soins infirmiers	Les personnes âgées vivant sur le régime de revenu de la Saskatchewan ou recevant un supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral et résidant dans des maisons de soins infirmiers paient une franchise de 100 \$ par semestre; les autres personnes, âgées recevant un supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral et vivant dans la collectivité paient une franchise de 200 \$ par semestre. Les personnes âgées à revenus plus élevés qui dépensent peu en médicaments paient une franchise de 850 \$ par semestre.
		Programme de franchise normale	Familles qui ne sont admissibles à aucune autre couverture offerte par le régime d'assurance-médicaments	Franchise de 850 \$ par semestre, plus quote-part de 35 % une fois la franchise maximale atteinte
		Programme destiné aux enfants	Enfants de moins de 18 ans issus de familles recevant une allocation familiale complémentaire	Aucune
Nouvelle-Écosse	Régime d'assurance-médicaments	Régime d'assurance-médicaments destiné aux personnes âgées	Personnes âgées de plus de 65 ans qui paient des primes mais ne disposent pas de couverture privée pour les médicaments	Prime de 215 \$ / personne / an, quote-part de 33 % (minimum de 3 \$/ordonnance) jusqu'à un maximum de 350 \$ / personne / an. Les personnes âgées à faibles revenus peuvent être admissibles à un crédit de 300 \$, qui sert à acquitter la prime.
		Assurance-médicaments pour les bénéficiaires d'aide au revenu	Bénéficiaires d'aide au revenu	3 \$/ordonnance; aucune limite annuelle
		Assurance-médicaments pour les bénéficiaires de prestations familiales	Personnes inscrites au Programme de prestations familiales	Aucune franchise, ni prime; quote-part de 20 %, minimum de 3 \$/ordonnance; maximum de 150 \$/an

Annexe II – 25 Médicaments les plus vendus par province

25 Médicaments (brevetés ou non) les plus vendus Colombie-Britannique 1998/99 – 1999/00						
DIN	INGRÉDIENTS	Marque	ATC	Année d'inscription	1998-99 (\$)	1999-2000 (\$)
2190915	Oméprazole magnésien	Losec 20 mg	A	1995	14 751 090	16 946 897
1940481	Chlorhydrate de paroxétine	Paxil 20 mg, co.	N	1995	7 229 754	8 770 020
2230711	Atorvastatine calcique	Lipitor 10 mg	C	1997	4 149 526	8 102 716
893757	Pravastatine sodique	Pravachol 20 mg, co.	C	1995	5 773 801	5 757 050
2229285	Olanzapine	Zyprexa 10 mg	N	1997	3 724 447	5 393 151
884340	Simvastatine	Zocor 20 mg, co.	C	1995	4 588 608	5 261 497
884332	Simvastatine	Zocor 10 mg, co.	C	1995	4 504 775	4 420 915
878928	Bésylate d'amlodipine	Norvasc 5 mg, co.	C	1995	3 928 583	4 413 320
2230713	Atorvastatine calcique	Lipitor 20 mg	C	1997	2 075 559	4 413 131
2220172	Lovastatine	Apo-Lovastatine 20 mg co.	C	1997	4 803 546	4 277 923
2155907	Nifédipine	Adalat XL 30 mg, co. à libération progressive	C	1995	4 147 411	3 971 939
894745	Clozapine	Clozaril 100 mg, co.	N	1995	3 165 731	3 865 198
870935	Lévodopa	Sinemet CR 200/50	N	1995	2 920 277	3 281 486
1947672	Chlorhydrate de quinapril	Accupril 10 mg, co.	C	1995	2 575 431	2 957 099
2215055	Dipropionate de béclo méthasone	Becloforte 250 mcg/AÉM, aérosol-doseur	R	1995	3 968 025	2 938 471
2229453	Pantoprazole sodique sesquihydraté	Pantoloc 40 mg	A	1997	1 195 645	2 808 368
2176017	Carbonate de calcium	Didrocal 400 mg (étidronate disodique), co. et 1 250 mg	M	1995	1 967 795	2 776 027
2213613	Propionate de fluticasone	Flovent 125 mcg/AÉM, aérosol-doseur	R	1996	1 700 577	2 754 219
2229269	Olanzapine	Zyprexa 5 mg	N	1997	2 013 612	2 627 107
2155966	Chlorhydrate de ciprofloxacine	Cipro 500 mg, co.	J	1995	2 255 929	2 594 713
2221845	Ramipril	Altace 5 mg, gél.	C	1995	1 725 303	2 560 377
576158	Bromure d'ipratropium	Atrovent 28,6 mg-100 mg, AÉM	R	1995	2 333 715	2 500 386
2221853	Ramipril	Altace 10 mg, gél.	C	1995	1 582 052	2 492 050
1962817	Chlorhydrate de sertraline	Zoloft 50 mg, capsule	N	1995	3 466 465	2 490 919
1947680	Chlorhydrate de quinapril	Accupril 20 mg, co.	C	1995	1 870 998	2 425 320

25 Médicaments (brevetés ou non) les plus vendus Alberta 1998/99 – 1999/00						
DIN	Ingredients	Méd. de marque	ATC	Année d'inscription	1998-99	1999-2000
2190915	Oméprazole magnésien	Losec 20 mg	A	1996	14 920 640	18 076 515
878928	Bésylate d'amlodipine	Norvasc 5 mg, co.	C	1995	4 911 776	5 984 213
893757	Pravastatine sodique	Pravachol 20 mg, co.	C	1995	5 475 135	5 923 653
2239942	Célécoxib	Celebrex 200 mg	M	1999		5 509 238
2230711	Atorvastatine calcique	Lipitor 10 mg	C	1997	2 854 999	5 274 602
1940481	Chlorhydrate de paroxétine	Paxil 20 mg, co.	N	1995	2 809 323	3 543 165
878936	Bésylate d'amlodipine	Norvasc 10 mg, co.	C	1995	2 420 048	3 266 648
2176017	Carbonate de calcium	Didrocal 400 mg (étidronate disodique), co. et 1 250 mg	M	1996	2 230 179	3 249 069
2231586	Époétine alfa	Eprex solution stérile 4000 ui/0,4 mL	B	1997	1 644 171	3 247 131
884332	Simvastatine	Zocor 10 mg, co.	C	1995	2 949 632	3 005 932
884340	Simvastatine	Zocor 20 mg, co.	C	1995	2 338 967	2 984 184
2182874	Losartan potassique	Cozaar 50 mg, co.	C	1996	2 466 986	2 798 957
2155907	Nifédipine	Adalat XL 30 mg, co. à libération progressive	C	1995	2 710 355	2 653 891
2165511	Lansoprazole	Prevacid 30 mg, CLP	A	1996	1 539 390	2 645 496
2230713	Atorvastatine calcique	Lipitor 20 mg	C	1997	1 067 273	2 499 166
2239941	Célécoxib	Celebrex 100 mg	M	1999		2 111 144
2229453	Pantoprazole sodique sesquihydraté	Pantoloc 40 mg	A	1997	952 331	2 107 513
2233014	Acétate de glatiramère	Copaxone	L	1998	109 627	1 904 384
670901	Maléate d'énalapril	Vasotec 10 mg, co.	C	1995	3 630 983	1 700 100
2239500	Maléate d'énalapril	Nu-Enalapril, co.	C	1999		1 691 023
2220172	Lovastatine	Apo-Lovastatine 20 mg co.	C	1997	1 776 515	1 687 894
1984853	Clarithromycine	Biaxin 250 mg, co.	J	1995	1 414 135	1 670 988
708879	Maléate d'énalapril	Vasotec 5 mg, co.	C	1995	3 592 757	1 605 399
1907107	Fosinopril sodique	Monopril 10 mg, co.	C	1995	1 382 651	1 581 220
1962817	Chlorhydrate de sertraline	Zoloft 50 mg, capsule	N	1995	1 625 949	1 576 172

25 Médicaments (brevetés ou non) les plus vendus						
Saskatchewan						
Ontario : de 1998-99 à 1999-2000						
DIN	Ingredients	Méd. de marque	ATC	Année d'inscription	1998-99 (\$)	1999-2000 (\$)
2230711	Atorvastatine calcique	Lipitor 10 mg	C	1997	1 728 099	2 727 923
2190915	Oméprazole magnésien	Losec 20 mg	A	1995	2 142 904	2 680 627
1940481	Chlorhydrate de paroxétine	Paxil 20 mg, co.	N	1995	2 076 219	2 573 704
2169649	Interféron	Betaseron	L	1997	2 052 431	2 186 769
865737	Chlorhydrate de ranitidine	Nu-Ranit 150 mg, co.	A	1995	2 328 064	2 019 411
878928	Bésylate d'amlodipine	Norvasc 5 mg, co.	C	1995	1 703 466	1 915 589
893757	Pravastatine sodique	Pravachol 20 mg, co.	C	1995	1 630 900	1 656 907
2213613	Propionate de fluticasone	Flovent 125 mcg/AÉM, aérosol-doseur	R	1995	972 521	1 373 189
582352	Isotrétinoï ne	Accutane 40 mg, gél.	D	1995	1 203 114	1 283 088
2213605	Propionate de fluticasone	Flovent 125 mcg/AÉM, aérosol-doseur	R	1995	888 573	1 231 835
2155907	Nifédipine	Adalat XL 30 mg, co. à libération progressive	C	1995	1 243 081	1 222 690
878936	Bésylate d'amlodipine	Norvasc 10 mg, co.	C	1995	963 401	1 205 749
2230713	Atorvastatine calcique	Lipitor 20 mg	C	1997	598 082	1 117 327
2239500	Maléate d'énalapril	Nu-Enalapril, co.	C	1999		1 116 387
884340	Simvastatine	Zocor 20 mg, co.	C	1995	901 300	1 112 778
2239499	Maléate d'énalapril	Nu-Enalapril, co.	C	1999		1 100 772
2233014	Acétate de glatiramère	Copaxone	L	1997	507 744	1 085 995
836338	Monohydrate de cisapride	Prepulsid 10 mg, co.	A	1995	1 188 291	1 068 553
2182874	Losartan potassique	Cozaar 50 mg, co.	C	1995	937 701	1 034 349
2176017	Carbonate de calcium	Didrocal 400 mg (étidronate disodique), co. et 1 250 mg	M	1996	770 264	1 012 273
2213672	Propionate de fluticasone	Flonase 50 mcg/vaporisation, suspension nasale AÉM	R	1995	1 125 493	973 776
884332	Simvastatine	Zocor 10 mg, co.	C	1995	1 014 728	967 643
2237280	Chlorhydrate de venlafaxine	Effexor XR 75 mg, capsule à libération prolongée	N	1998	306 778	947 147
839396	Lisinopril	Prinivil 10 mg, co.	C	1995	771 520	916 041
2150670	Cyclosporine	Neoral 100 mg	L	1995	864 489	902 840

25 Médicaments brevetés ou non les plus vendus Manitoba Ontario : de 1998-99 à 1999-2000						
DIN	Ingredients	Méd. de marque	ATC	Année d'inscription	1998-99 (\$)	1999-2000 (\$)
2190915	Oméprazole magnésien	Losec 20 mg	A	1995	6 418 269	8 525 916
1940481	Chlorhydrate de paroxétine	Paxil 20 mg, co.	N	1995	2 644 254	3 422 637
2230711	Atorvastatine calcique	Lipitor 10 mg	C	1997	1 862 228	3 159 530
893757	Pravastatine sodique	Pravachol 20 mg, co.	C	1995	2 437 388	2 642 147
884340	Simvastatine	Zocor 20 mg, co.	C	1995	2 147 263	2 462 958
878928	Bésylate d'amlopidine	Norvasc 5 mg, co.	C	1995	2 086 532	2 423 895
2155907	Nifédipine	Adalat XL 30 mg, co. à libération progressive	C	1995	2 260 588	2 215 197
2201011	Alendronate monosodique	Fosamax 10 mg, co.	M	1996	1 328 410	1 887 464
884332	Simvastatine	Zocor 10 mg, co.	C	1995	1 932 343	1 879 475
2169649	Interféron	Betaseron	L	1995	923 526	1 717 554
2220172	Lovastatine	Apo-Lovastatine 20 mg co.	C	1997	1 906 951	1 695 593
2155990	Nifédipine	Adalat XL 60 mg, co. à libération progressive	C	1995	1 492 701	1 685 272
2239942	Célécoxib	Celebrex 200 mg	M	1999		1 639 235
2230713	Atorvastatine calcique	Lipitor 20 mg	C	1997	738 754	1 463 309
2213605	Propionate de fluticasone	Flovent 125 mcg/AÉM, aérosol-doseur	R	1996	993 815	1 460 613
1962817	Chlorhydrate de sertraline	Zoloft 50 mg, capsule	N	1995	1 829 113	1 420 395
1907107	Fosinopril sodique	Monopril 10 mg, co.	C	1995	1 166 423	1 361 288
2229285	Olanzapine	Zyprexa 10 mg	N	1996	794 436	1 346 932
2229453	Pantoprazole sodique sesquihydraté	Pantoloc 40 mg	A	1997	721 004	1 323 897
1968017	Filgrastim (r-metHug-CSF)	Neupogen 0,3 mg/mL, fiole monodose	L	1995	855 141	1 284 044
1962779	Chlorhydrate de sertraline	Zoloft 100 mg, capsule	N	1995	1 570 180	1 264 258
670901	Maléate d'énalapril	Vasotec 10 mg, co.	C	1995	2 317 416	1 258 156
708879	Maléate d'énalapril	Vasotec 5 mg, co.	C	1995	2 520 119	1 236 800
2213613	Propionate de fluticasone	Flovent 125 mcg/AÉM, aérosol-doseur	R	1995	845 724	1 207 766
2182874	Losartan potassique	Cozaar 50 mg, co.	C	1995	1 195 615	1 197 140

25 Médicaments (brevetés ou non) les plus vendus						
Ontario						
Ontario : de 1998-99 à 1999-2000						
DIN	Ingredients	Méd. de marque	ATC	Année d'inscription	1998-99 (\$)	1999-2000 (\$)
2190915	Oméprazole magnésien	Losec 20 mg	A	1995	70 829 448,89	68 006 946,65
878928	Bésylate d'amlodipine	Norvasc 5 mg, co.	C	1995	31 268 645,66	36 706 564,09
2230711	Atorvastatine calcique	Lipitor 10 mg	C	1997	17 143 449,60	29 805 695,69
893757	Pravastatine sodique	Pravachol 20 mg, co.	C	1995	29 138 909,76	28 857 298,19
884340	Simvastatine	Zocor 20 mg, co.	C	1995	21 538 324,38	25 286 888,30
1940481	Chlorhydrate de paroxétine	Paxil 20 mg, co.	N	1995	20 186 609,56	24 148 589,50
708879	Maléate d'énalapril	Vasotec 5 mg, co.	C	1995	24 164 170,90	23 025 995,30
670901	Maléate d'énalapril	Vasotec 10 mg, co.	C	1995	20 986 101,08	21 683 392,22
884332	Simvastatine	Zocor 10 mg, co.	C	1995	21 870 498,31	21 660 061,41
2230713	Atorvastatine calcique	Lipitor 20 mg	C	1997	11 397 263,03	20 988 083,65
733059	Chlorhydrate de ranitidine	Apo-Ranitidine 150 mg, co.	A	1995	16 708 528,23	18 762 872,65
2229285	Olanzapine	Zyprexa 10 mg	N	1996	10 784 070,64	18 143 454,28
878936	Bésylate d'amlodipine	Norvasc 10 mg, co.	C	1995	14 454 971,86	18 118 814,47
2155907	Nifédipine	Adalat XL 30 mg, co. à libération progressive	C	1995	18 171 434,03	17 293 149,96
2213613	Propionate de fluticasone	Flovent 125 mcg/AÉM, aérosol-doseur	R	1995	11 164 592,76	16 581 099,73
2215055	Dipropionate de bécloéthasone	Becloforte 250 mcg/AÉM, aérosol-doseur	R	1995	20 614 692,61	14 984 651,41
1962817	Chlorhydrate de sertraline	Zoloft 50 mg, capsule	N	1995	15 365 833,84	14 648 041,69
2220172	Lovastatine	Apo-Lovastatine 20 mg co.	C	1997	16 175 738,77	14 131 637,41
1917056	Misoprostol	Arthrotec 50, co.	M	1995	14 002 672,23	14 003 029,03
2225905	Acétate de goséréline	Zoladex LA 10,8 mg, dépôt injectable	L	1996	10 833 949,35	13 662 512,66
2176017	Carbonate de calcium	Didrocal 400 mg (étidronate disodique), co. et 1 250 mg	M	1996	8 372 285,49	13 227 543,68
2155966	Chlorhydrate de ciprofloxacine	Cipro 500 mg, co.	J	1995	11 407 055,32	12 294 746,06
2229269	Olanzapine	Zyprexa 5 mg	N	1996	7 168 345,10	11 266 393,90
2182874	Losartan potassique	Cozaar 50 mg, co.	C	1995	8 463 146,43	10 250 475,20
2146959	Fénofibrate	Lipidil micro 200 mg, gélat.	C	1995	11 088 026,87	9 972 818,07

25 Médicaments (brevetés ou non) les plus vendus Nouvelle-Écosse Ontario : de 1998-99 à 1999-2000						
DIN	Ingredients	Méd. de marque	ATC	Année d'inscription	1998-99 (\$)	1999-2000 (\$)
878928	Bésylate d'amlodipine	Norvasc 5 mg, co.	C	1995	1 673 963	1 811 311
2190915	Oméprazole magnésien	Losec 20 mg	A	1995	1 472 649	1 732 039
2230711	Atorvastatine calcique	Lipitor 10 mg	C	1997	1 008 421	1 478 333
828564	Chlorhydrate de ranitidine	Novo-Ranitidine 150 mg, co.	A	1995	1 402 412	1 423 696
884340	Simvastatine	Zocor 20 mg, co.	C	1995	1 054 573	1 346 149
878936	Bésylate d'amlodipine	Norvasc 10 mg, co.	C	1995	1 040 312	1 278 346
2155907	Nifédipine	Adalat XL 30 mg, co. à libération progressive	C	1995	1 261 127	1 193 379
2233005	Maléate d'énalapril	Novo-Énapril	C	1998	255 411	1 180 614
893757	Pravastatine sodique	Pravachol 20 mg, co.	C	1995	1 013 442	1 005 505
884332	Simvastatine	Zocor 10 mg, co.	C	1995	909 862	963 509
2207761	Chlorhydrate de ranitidine	Gen-Ranitidine 150 mg, co.	A	1996	748 744	912 759
2233006	Maléate d'énalapril	Novo-Énapril	C	1998	204 474	909 113
2155990	Nifédipine	Adalat XL 60 mg, co. à libération progressive	C	1995	828 308	844 948
2220172	Lovastatine	Apo-Lovastatine 20 mg co.	C	1997	962 359	837 239
2230713	Atorvastatine calcique	Lipitor 20 mg	C	1997	452 760	806 934
1940481	Chlorhydrate de paroxétine	Paxil 20 mg, co.	N	1995	706 068	785 884
2054817	Monohydrate de cisapride	Prepulsid 20 mg, co.	A	1995	816 277	757 141
836338	Monohydrate de cisapride	Prepulsid 10 mg, co.	A	1995	828 809	724 932
2225905	Acétate de goséréline	Zoladex LA 10,8 mg, dépôt injectable	L	1996	659 695	707 001
733059	Chlorhydrate de ranitidine	Apo-Ranitidine 150 mg, co.	A	1995	689 317	688 628
2182874	Losartan potassique	Cozaar 50 mg, co.	C	1995	648 207	666 163
851752	Budésonide	Pulmicort Turbuhaler 200 mcg/dose	R	1995	719 860	656 400
2231493	Latanoprost	Xalatan	S	1997	380 049	559 118
2146959	Fénofibrate	Lipidil micro 200 mg, gé.	C	1995	730 227	518 481
2184478	Bicalutamide	Casodex 50 mg, co.	L	1996	350 868	512 315

Annexe III – Système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC)

Le tableau présenté ci-dessous décrit de façon plus précise le Système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

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 (1^{er} niveau), puis en sous-groupes thérapeutiques/pharmacologiques (2^e et 3^e niveaux). Le 4^e niveau est un sous-groupe thérapeutique/pharmacologique / chimique et le 5^e niveau est la substance active.

Les médicaments sont classés selon l'usage thérapeutique principal de l'ingrédient actif principal, suivant le principe qu'il existe un seul code ATC par préparation pharmaceutique (c.-à-d. ingrédients, dosage et forme pharmaceutique semblables). Un médicament peut se voir attribuer plus d'un code ATC s'il est offert en deux dosages ou formes pharmaceutiques ou plus ayant des usages thérapeutiques différents.

Ces renseignements s'appliquent à l'analyse présentée dans la section des générateurs de coûts du présent rapport.

ATC	Classe thérapeutique	Sous-groupes
A02	Antiacides, médicaments contre les ulcères gastro-duodénaux et les flatulences	Antiacides; antagonistes des récepteurs H ₂ ; prostaglandines; inhibiteurs de la pompe à protons; traitement d'association pour l'éradication de <i>Helicobacter pylori</i> et autres, comme le sucralfate
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 simples; 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
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 les cas de dyskinésie tardive, 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 antidémence

Annexe IV – Analyse des générateurs de coûts par classe thérapeutique

L'analyse des générateurs de coûts entreprise au plan des classes thérapeutiques permet d'effectuer une évaluation détaillée du coût des traitements dans chacune des classes, ce qui peut constituer un outil très utile dans la gestion des régimes et des politiques. Ce type d'analyse par classe thérapeutique permet de préciser et d'approfondir les questions relatives aux dépenses en médicaments et à leur utilisation. L'objectif est de procéder à une étude comparative des coûts d'utilisation des principales classes thérapeutiques entre les différentes provinces plutôt que de focaliser sur le coût des médicaments pris un à un. Ainsi, pour chaque province, le prix est défini comme étant le coût quotidien moyen de la classe thérapeutique au cours de la période étudiée et l'utilisation comme le nombre de jours de traitement³².

Il est important de se rappeler que bon nombre de déterminants peuvent être responsables des variations du coût quotidien moyen présentées ci-dessous. La structure du régime, c'est-à-dire les critères d'admissibilité, ainsi que les niveaux de franchise et de quote-part, peut jouer un rôle important dans la détermination des bénéficiaires du régime. La décision d'inscrire un médicament sur la liste et les mesures incitatives d'utilisation, sans oublier les principes de remboursement (comme les programmes de médicaments de remplacement à faible coût, la règle du prix de référence et les programmes d'autorisations

spéciales) influent également de façon non négligeable sur les tendances en matière de coût quotidien moyen. Enfin, les habitudes de prescription et le choix thérapeutique influent sur le coût moyen des traitements.

Les différences mises en évidence entre les régimes favorisent une meilleure compréhension et donnent des points de repère concrets, toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec précaution (pour obtenir des renseignements détaillés sur chaque régime, veuillez consulter l'annexe I du présent rapport). Il s'agit d'un premier pas vers l'étude des questions d'efficacité en terme de coûts des médicaments.

L'étude comparative par classe thérapeutique porte sur les classes thérapeutiques qui ont contribué de façon significative aux variations des dépenses dans les six provinces (pour obtenir une liste détaillée des 25 médicaments les plus vendus dans chaque province, veuillez consulter l'annexe II). Ces classes sont :

- Hypolipidémiants
- Agents agissant sur le système rénine-angiotensine
- Antiacides, médicaments contre les ulcères gastro-duodénaux et les flatulences
- Psycholeptiques
- Psycho-analeptiques

Comme le montre le tableau 8, ces classes thérapeutiques ont été à l'origine de plus du tiers des dépenses totales dans les six provinces en 1999-2000.

Tableau 8 Pourcentage de dépenses totales des cinq principales classes thérapeutiques par province 1999-2000

Pourcentage de dépenses totales des cinq principales classes thérapeutiques par province 1999-2000						
Classe thérapeutique	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-É.
	% du total					
Hypolipidémiants	11,8	11,2	8,2	9,9	13,1	12,2
Agents agissant sur le système rénine-angiotensine	10,1	12,0	11,1	9,7	10,5	11,9
Antiacides, médicaments contre les ulcères gastro-duodénaux et les flatulences	8,1	10,9	5,2	7,8	10,0	9,1
Psycholeptiques	8,1	2,7	3,9	5,1	4,5	1,7
Psycho-analeptiques	8,8	5,6	8,4	9,5	6,4	4,1
Dépenses totales	46,8	42,4	36,8	42,0	44,5	39,0

Hypolipidémiants (hypocholestérolémiants)

Cette classe thérapeutique est généralement associée au traitement de l'hypercholestérolémie (pour obtenir des renseignements détaillés sur les médicaments appartenant à cette classe, veuillez consulter l'annexe III). En 1999-2000, les médicaments de cette classe ont constitué environ 10 % des dépenses en médicaments des régimes. La figure 17 illustre la croissance annuelle moyenne à la fois des dépenses et de l'utilisation des psycho-analeptiques entre 1995-96 et 1999-2000 pour chaque régime d'assurance-médicaments provincial. À l'exception de la Colombie-Britannique, leur utilisation (le nombre de jours de traitement) a augmenté à un taux plus élevé que les dépenses les concernant.

La figure 18 montre le coût quotidien moyen d'utilisation des hypolipidémiants dans chaque province. En 1995-96, le coût quotidien moyen variait entre 2,45 \$ (Ontario) et 1,11 \$ (Colombie-Britannique)³³. En 1999-2000, il s'établissait entre 1,62 \$ (Ontario) et 1,12 \$ (Alberta). L'écart du coût quotidien moyen entre les provinces, c'est-à-dire entre la province au coût quotidien moyen le plus élevé et celle au coût quotidien moyen le plus bas, a diminué, passant de 121 à 45 % au cours de la période étudiée. Entre 1995-96 et 1999-2000, la Saskatchewan, le Manitoba et l'Ontario ont enregistré la plus forte baisse du coût quotidien

moyen, tandis qu'il augmentait de 12 % en Colombie-Britannique. En 1995-96, la Colombie-Britannique avait le coût quotidien moyen le plus bas des six provinces étudiées. En 1999-2000, il est demeuré relativement bas, mais plus élevé que le montant demandé au régime en 1995-96. Ainsi, la Colombie-Britannique est la seule province à avoir vu ses dépenses augmenter à un taux plus élevé que celui de l'utilisation au cours de la période étudiée.

La figure 19 répartit les dépenses dans cette classe selon leur variation d'après trois déterminants : l'effet de coût, l'effet d'utilisation et l'effet croisé. Il s'agit de mesurer l'effet, ou la contribution relative, des variations du coût quotidien moyen des traitements et de leur utilisation sur les variations des dépenses dans cette classe thérapeutique.

L'effet de coût mesure l'effet relatif des variations du coût quotidien moyen des traitements sur les variations budgétaires (pour une utilisation considérée constante). De la même façon, l'effet d'utilisation mesure l'effet des variations de l'utilisation sur les variations des dépenses (pour un coût constant). L'effet croisé est la mesure de la façon dont ces deux effets interagissent (p. ex. : interaction entre les variations de prix des médicaments et les habitudes d'utilisation). Par exemple, une importante variation du coût accompagnée par une importante variation de l'utilisation produira un important effet croisé.

Figure 18 Hypolipidémiants – Taux de croissance annuelle moyen des dépenses et de l'utilisation de 1995-96 à 1999-2000

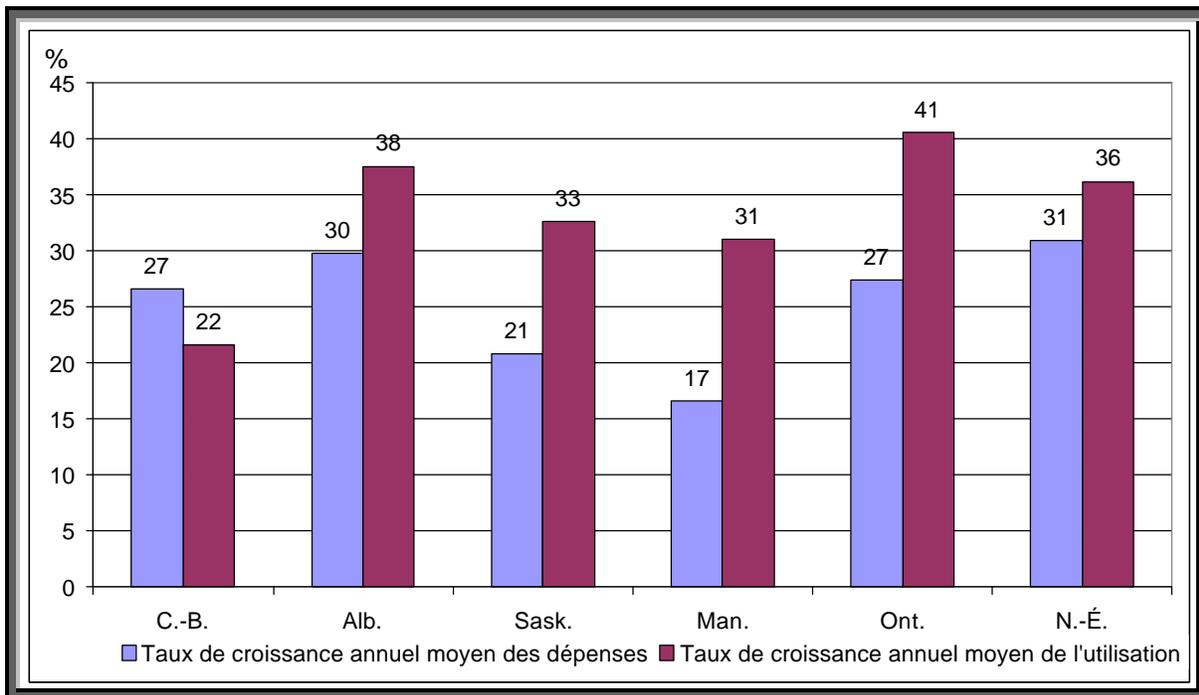
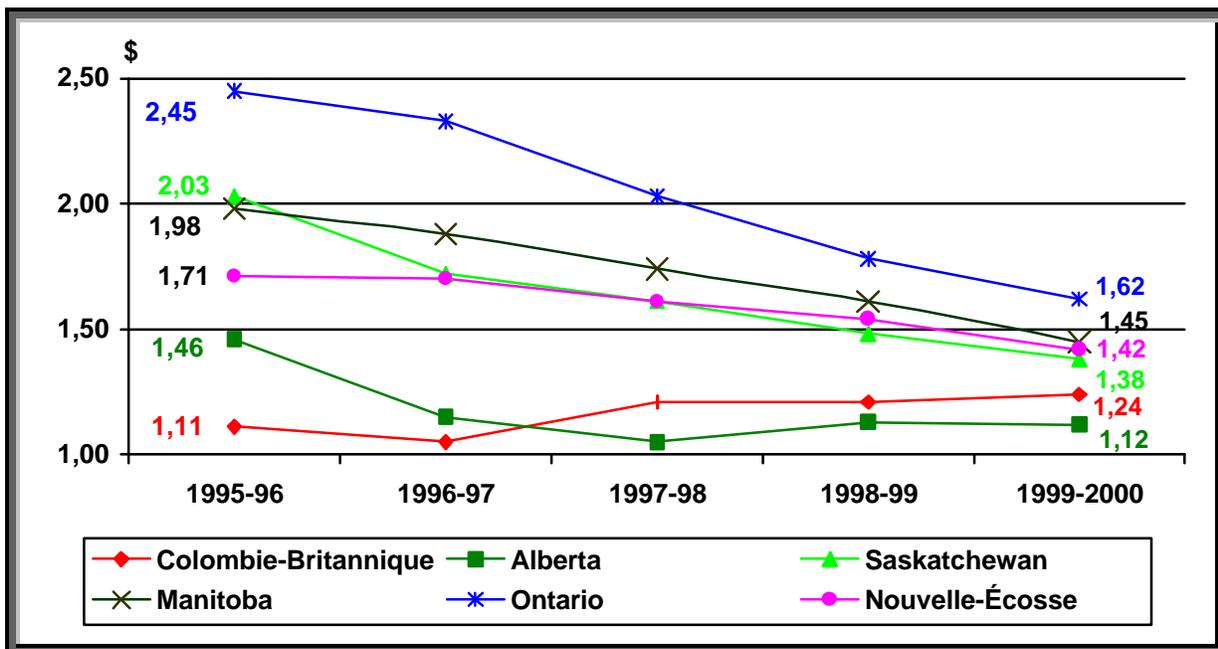


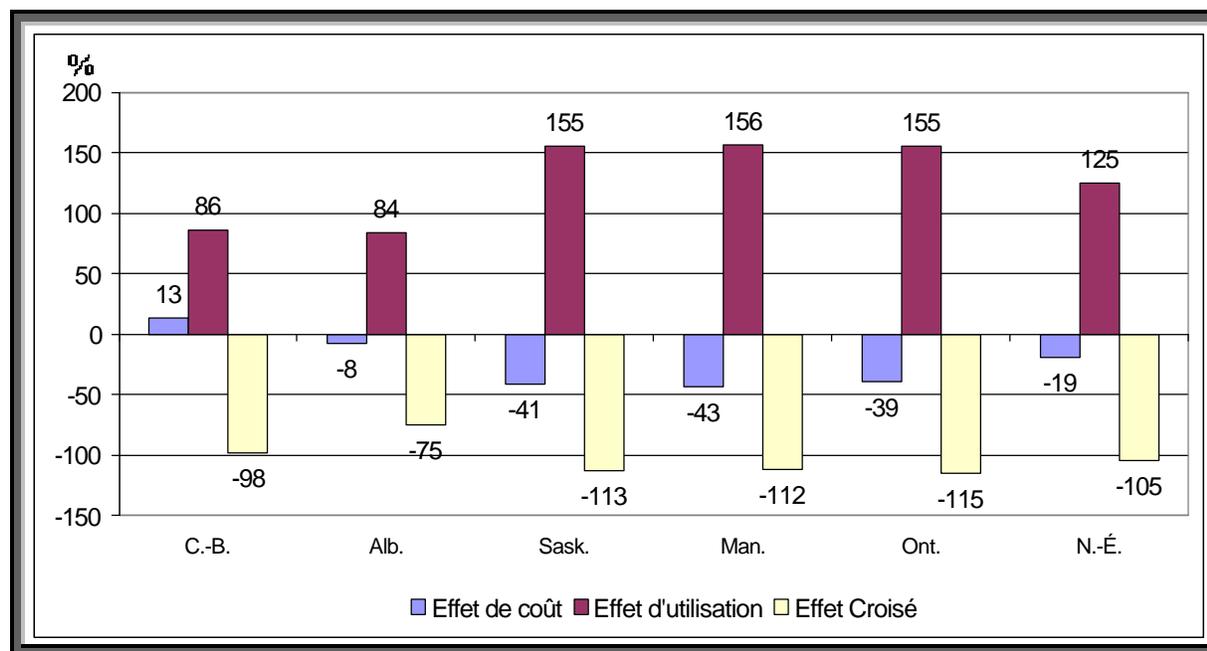
Figure 19 Hypolipidémiants – prix demandé par jour de 1995-96 à 1999-2000



Dans toutes les provinces, les variations de l'utilisation ont été responsables de la majeure partie de l'augmentation des dépenses. Si le coût des traitements n'avait pas diminué (effet

négligeable dans toutes les provinces, sauf la Colombie-Britannique), l'augmentation des dépenses dans cette classe thérapeutique aurait été plus importante.

Figure 20 Hypolipidémiants – Principaux générateurs de coûts de 1995-96 à 1999-2000



Agents agissant sur le système rénine-angiotensine (antihypertenseurs)

Cette classe thérapeutique est généralement associée au traitement de l'hypertension artérielle et des maladies cardiovasculaires (pour obtenir des renseignements détaillés sur les médicaments appartenant à cette classe, veuillez consulter l'annexe III). En 1999-2000, les médicaments de cette classe ont constitué environ 10 % des dépenses en médicaments des régimes. La figure 20 illustre la croissance annuelle moyenne à la fois des dépenses et de l'utilisation des psycho-analeptiques entre 1995-96 et 1999-2000 pour chaque régime d'assurance-médicaments provincial. Dans toutes les provinces, les dépenses ont augmenté à un taux supérieur à la croissance moyenne des dépenses totales (Figure 1). La Nouvelle-Écosse a enregistré le taux moyen de croissance des dépenses le plus bas, avec 13%, et l'Alberta, le plus élevé, avec 19 %. La Colombie-Britannique a enregistré la plus forte augmentation du taux d'utilisation, avec une moyenne de 21 % par an, et la Saskatchewan, la plus faible, avec une moyenne de 13 % au cours de la période d'étude.

La figure 21 montre le coût quotidien moyen d'utilisation des agents agissant sur le système rénine-angiotensine dans chaque province. En 1995-96, le coût quotidien moyen variait entre 0,91 \$ (Colombie-Britannique) et 0,75 \$ (Alberta). En 1999-2000, il s'établissait entre 0,87 \$ (Ontario) et 0,71 \$ (Colombie-Britannique). En janvier 1997, cette classe thérapeutique a été inscrite au Programme du médicament de référence pour le traitement de l'hypertension. Bien que toutes les provinces ont connu, à un certain degré, une diminution du coût de 1995-96 à 1999-2000, c'est la Colombie-Britannique qui a connu la diminution la plus importante (22 %). L'Alberta a été la seule province dont le coût quotidien moyen en 1999-2000 a été supérieur à celui de 1995-96. Toutes les autres provinces ont connu une diminution. En moyenne, l'écart entre le coût le plus élevé et le moins élevé des médicaments de cette classe est demeuré relativement stable, à 25 % environ.

La figure 22 répartit les variations des dépenses dans cette classe thérapeutique en effet de coût,

en effet d'utilisation et en effet croisé. Dans toutes les provinces, les variations de l'utilisation ont été responsables de l'intégralité de l'augmentation des dépenses. Mise à part en Alberta, l'effet de coût a influé de façon négative

sur les dépenses, c'est-à-dire que le coût des traitements, de façon générale, a diminué au cours de la période étudiée.

Figure 21 Agents agissant sur le système rénine-angiotensine – Taux de croissance annuelle moyen des dépenses et de l'utilisation de 1995-96 à 1999-2000

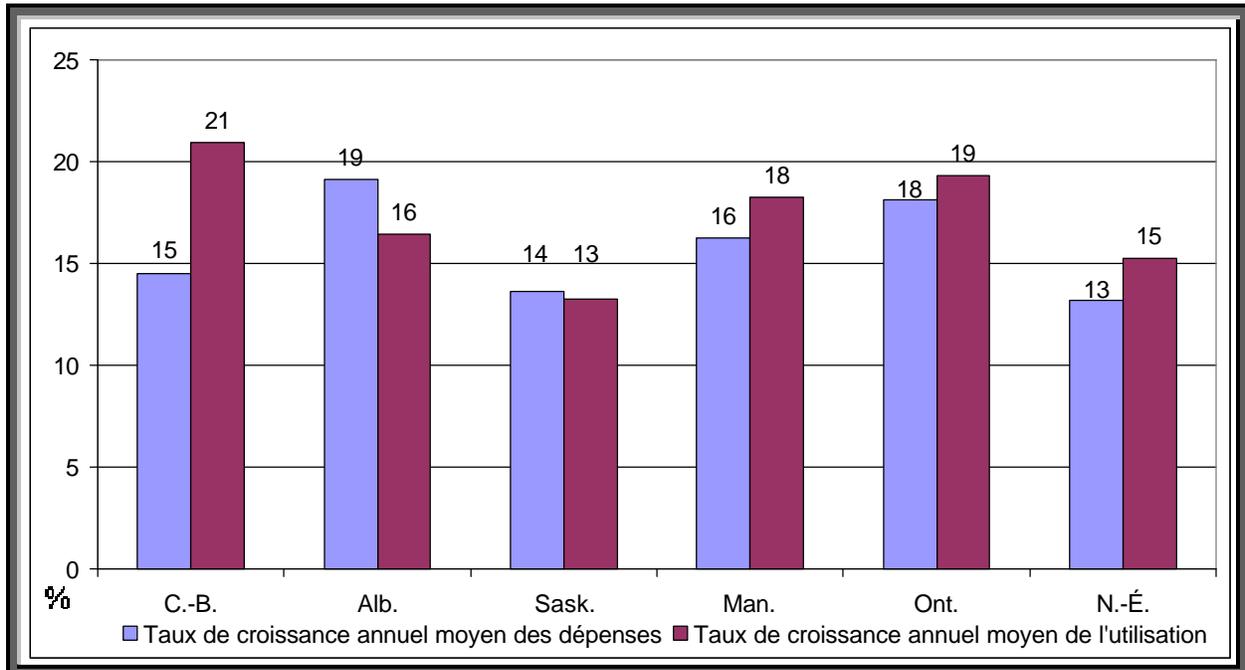


Figure 22 Agents agissant sur le système rénine-angiotensine – Prix demandé par jour, de 1995-96 à 1999-2000

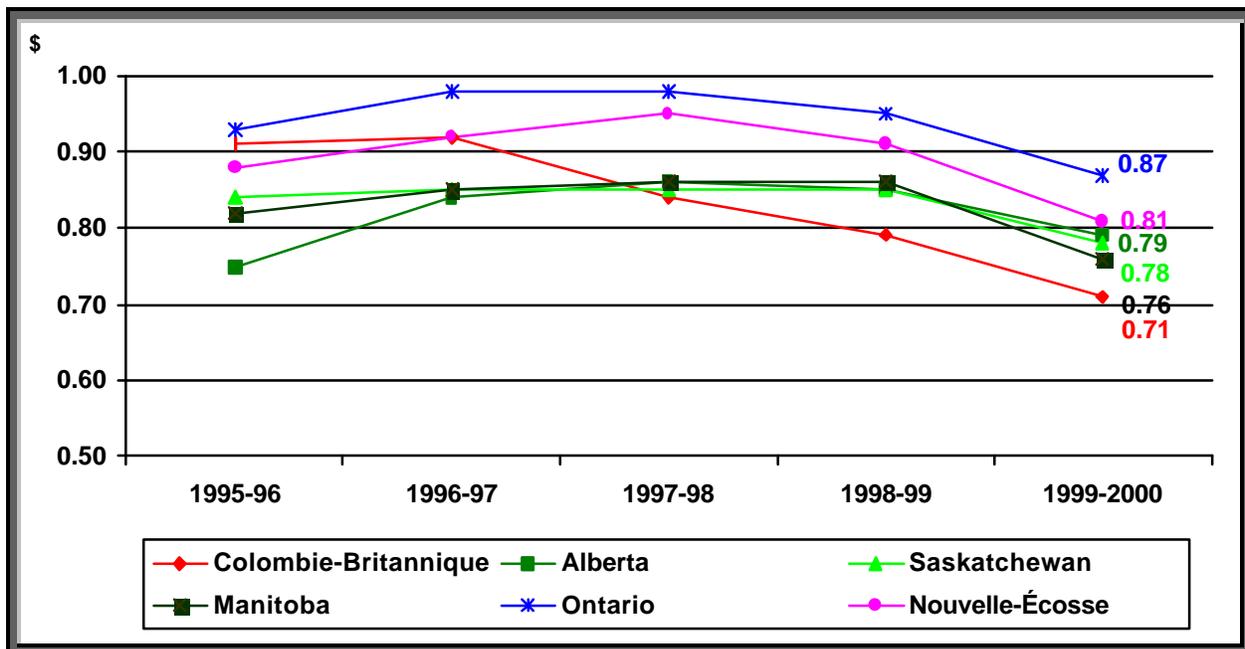
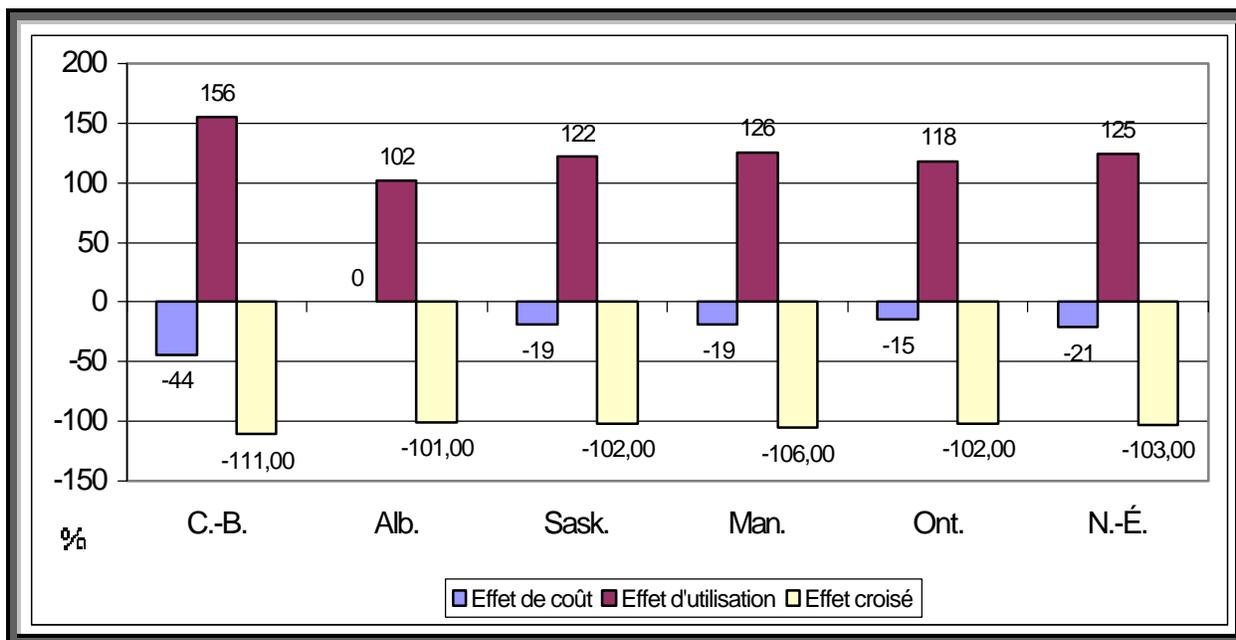


Figure 23 Agents agissant sur le système rénine-angiotensine – Principaux générateurs de coûts de 1995-96 à 1999-2000


Antiacides et médicaments contre les ulcères gastro-duodénaux et les flatulences (médicaments contre les maux d'estomac)

Cette classe thérapeutique est généralement associée au traitement des troubles gastriques et de l'inconfort dû à l'acidité (pour obtenir des renseignements détaillés sur les médicaments appartenant à cette classe, veuillez consulter l'annexe III). En 1999-2000, les médicaments de cette classe ont constitué de 5 à 11 % environ des dépenses en médicaments des régimes. La figure 23 illustre la croissance annuelle moyenne à la fois des dépenses et de l'utilisation des psycho-analeptiques entre 1995-96 et 1999-2000 pour chaque régime d'assurance-médicaments provincial. En Alberta, au Manitoba et en Nouvelle-Écosse, les dépenses ont augmenté à un taux supérieur à la croissance moyenne des dépenses totales (Figure 1). La Saskatchewan n'a enregistré aucune augmentation des dépenses, tandis qu'en l'Alberta, les dépenses ont augmenté en moyenne de 18 % par an. La Colombie-Britannique a également enregistré la plus forte augmentation de taux d'utilisation, avec 9 % par an en moyenne, et la Saskatchewan, la plus faible, avec une moyenne de 3% au cours de la période d'étude. Dans toutes les provinces, à l'exception de la Saskatchewan, la croissance des dépenses a été supérieure à la croissance

du taux d'utilisation.

La figure 24 montre le coût quotidien moyen d'utilisation des médicaments contre les maux d'estomac dans chaque province. En 1995-96, le coût quotidien moyen variait entre 1,33 \$ (Ontario) et 0,91 \$ (Nouvelle-Écosse). En 1999-2000, il s'établissait entre 1,76 \$ (Alberta) et 0,84 \$ (Saskatchewan). En 1995-96, la Colombie-Britannique a inscrit les antagonistes des récepteurs H₂ (sous-groupe des médicaments contre les maux d'estomac) au programme d'établissement du coût en fonction du produit de référence et retiré les inhibiteurs de la pompe à protons de la liste du régime d'assurance-médicaments, imposant ainsi une demande d'autorisation préalable à leur remboursement. Les données présentées dans la figure 24 témoignent de l'effet de cette politique; pourtant, dès 1997-98, le coût quotidien moyen recommence à augmenter. La Saskatchewan a été la seule province dont le coût quotidien moyen en 1999-2000 a été inférieur à celui de 1995-96³⁴. Toutes les autres provinces ont connu une augmentation significative du coût quotidien moyen. En moyenne, l'écart entre le coût quotidien moyen le plus bas et le plus élevé est passé de 45 % en 1995-96 à 66 % en 1999-2000.

Il est important de noter que les variations du coût moyen des traitements présentées dans la figure 24 sont principalement dues au taux d'utilisation des médicaments de cette classe thérapeutique par les patients. Plus il y a de patients qui utilisent des médicaments à coût élevé, plus le coût quotidien moyen général des traitements est élevé. Par conséquent, les variations du coût quotidien moyen ne sont pas dues à l'écart existant entre le prix payé par les différentes provinces pour n'importe lequel des médicaments étudiés (veuillez consulter la section 1.7), mais s'explique plutôt au niveau de l'utilisation³⁵.

protons en effet de coût, en effet d'utilisation et en effet croisé. Lorsque l'on considère la totalité de la classe thérapeutique (veuillez consulter l'analyse des dépenses en médicaments en 1999-2000), l'effet d'utilisation représente près de la moitié de l'augmentation des dépenses; toutefois, dans le cas des inhibiteurs de la pompe à protons, la figure 26 démontre que l'augmentation du taux d'utilisation a été responsable de la totalité de l'augmentation des dépenses, ce qui signifie, par conséquent, qu'une proportion plus importante de bénéficiaires, tous régimes confondus, recouraient aux inhibiteurs de la pompe à protons.

La figure 25 répartit les variations des dépenses pour la classe des inhibiteurs de la pompe à

Figure 24 Médicaments contre les maux d'estomac – Taux de croissance annuelle moyen des dépenses et de l'utilisation de 1995-96 à 1999-2000

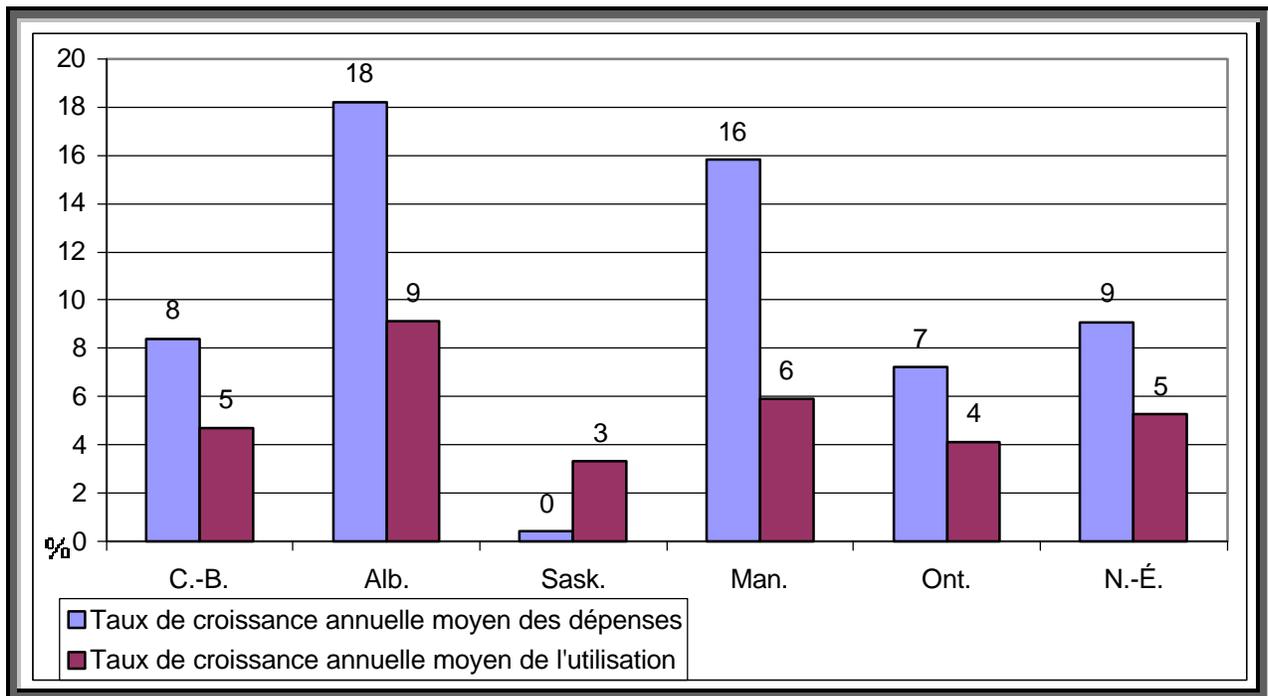


Figure 25 Antiacides et médicaments contre les ulcères gastro-duodénaux et les flatulences – Coût demandé par jour

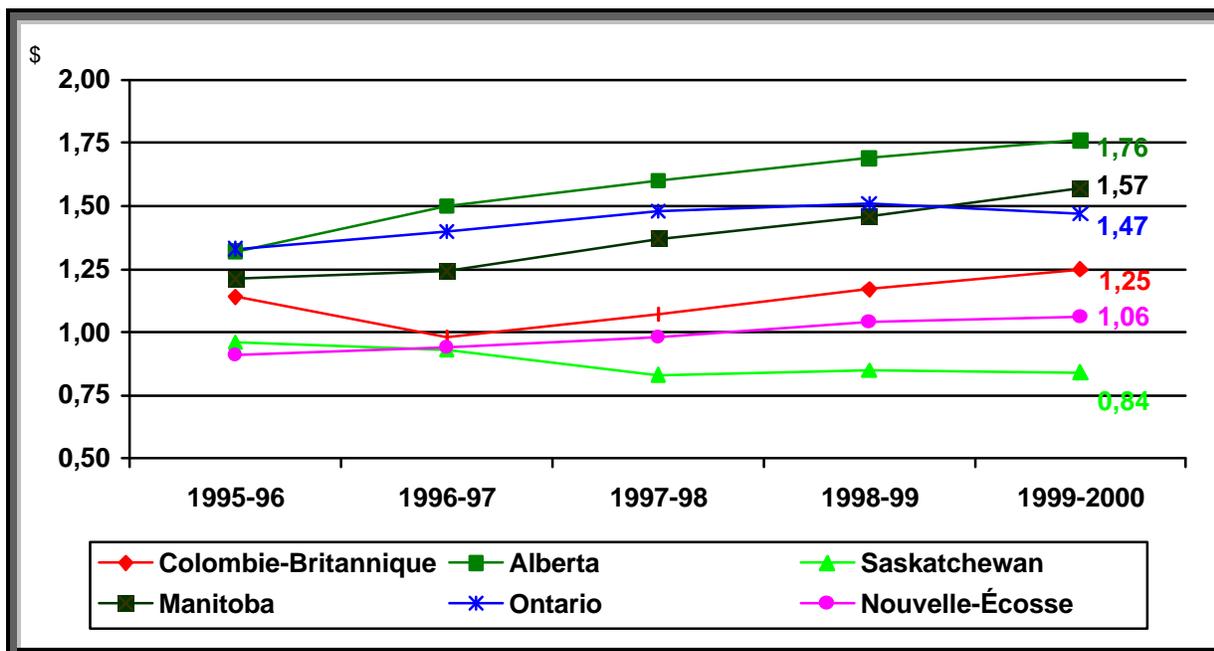
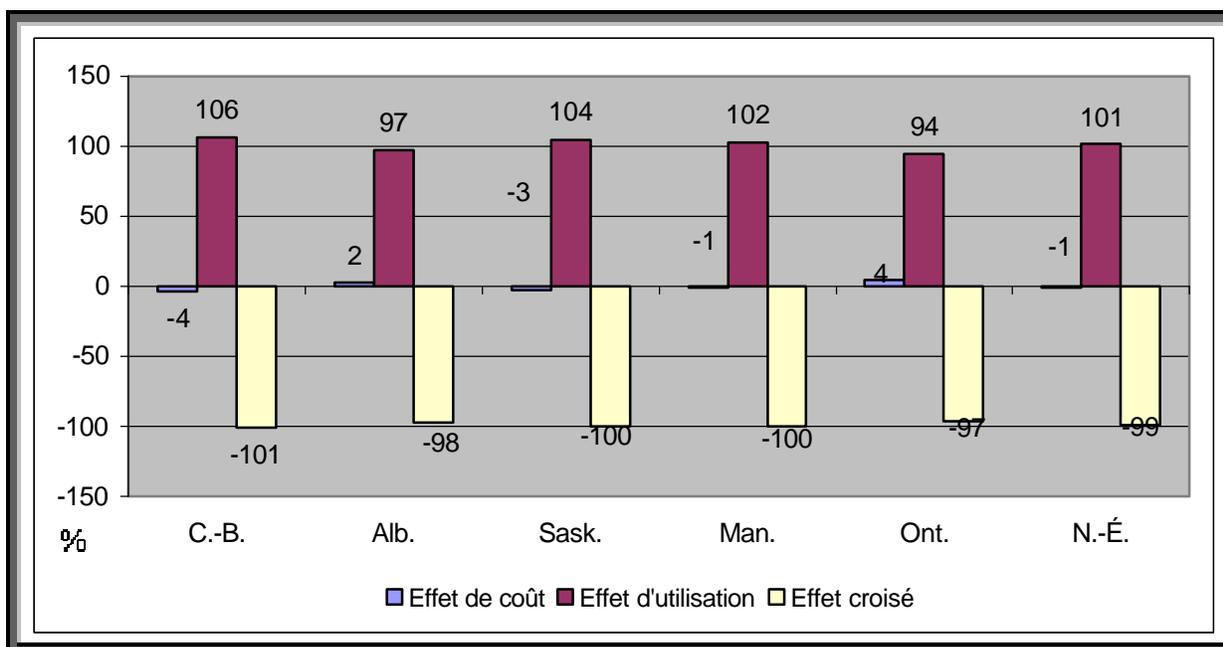


Figure 26 Inhibiteurs de la pompe à protons – Principaux générateurs de coûts de 1995-96 à 1999-2000



Psycholeptiques

Cette classe thérapeutique regroupe les médicaments destinés à traiter les troubles du psychisme, comme les antipsychotiques, les anxiolytiques, les hypnotiques et les sédatifs

(pour obtenir des renseignements détaillés sur les médicaments appartenant à cette classe, veuillez consulter l'annexe III). La figure 26 illustre la croissance annuelle moyenne à la fois des dépenses et de l'utilisation des psycholeptiques entre 1995-96 et 1999-2000 pour

chaque régime d'assurance-médicaments provincial. Dans toutes les provinces, sauf la Nouvelle-Écosse, les dépenses ont augmenté à un taux supérieur à la croissance moyenne des dépenses totales (Figure 1). La Nouvelle-Écosse a enregistré une baisse à la fois de l'utilisation et des dépenses en médicaments au cours de la période étudiée. Dans toutes les autres provinces, l'augmentation des dépenses a plutôt résulté de l'augmentation du coût quotidien des traitements que de celle de l'utilisation.

La figure 27 montre le coût quotidien moyen des psychotropeptiques dans chaque province. En 1995-96, le coût quotidien moyen variait entre 0,55 \$ (Colombie-Britannique) et 0,26 \$ (Nouvelle-Écosse). En 1999-2000, il s'établissait

entre 0,92 \$ (Colombie-Britannique) et 0,30 \$ (Nouvelle-Écosse). L'Ontario a enregistré le pourcentage d'augmentation le plus élevé du coût quotidien parmi les six provinces : il a augmenté de 174 %, passant de 0,27 \$ en 1995-96 à 0,74 \$ en 1999-2000. En moyenne, l'écart entre le coût quotidien moyen le plus bas et le plus élevé est passé de 112 % en 1995-96 à 207 % en 1999-2000.

La figure 28 répartit les variations des dépenses dans cette classe thérapeutique en effet de coût, en effet d'utilisation et en effet croisé. Dans toutes les provinces, l'augmentation du coût des traitements a été responsable de la majeure partie de l'augmentation des dépenses.

Figure 27 Psychotropeptiques – Taux de croissance annuelle moyen des dépenses et de l'utilisation de 1995-96 à 1999-2000

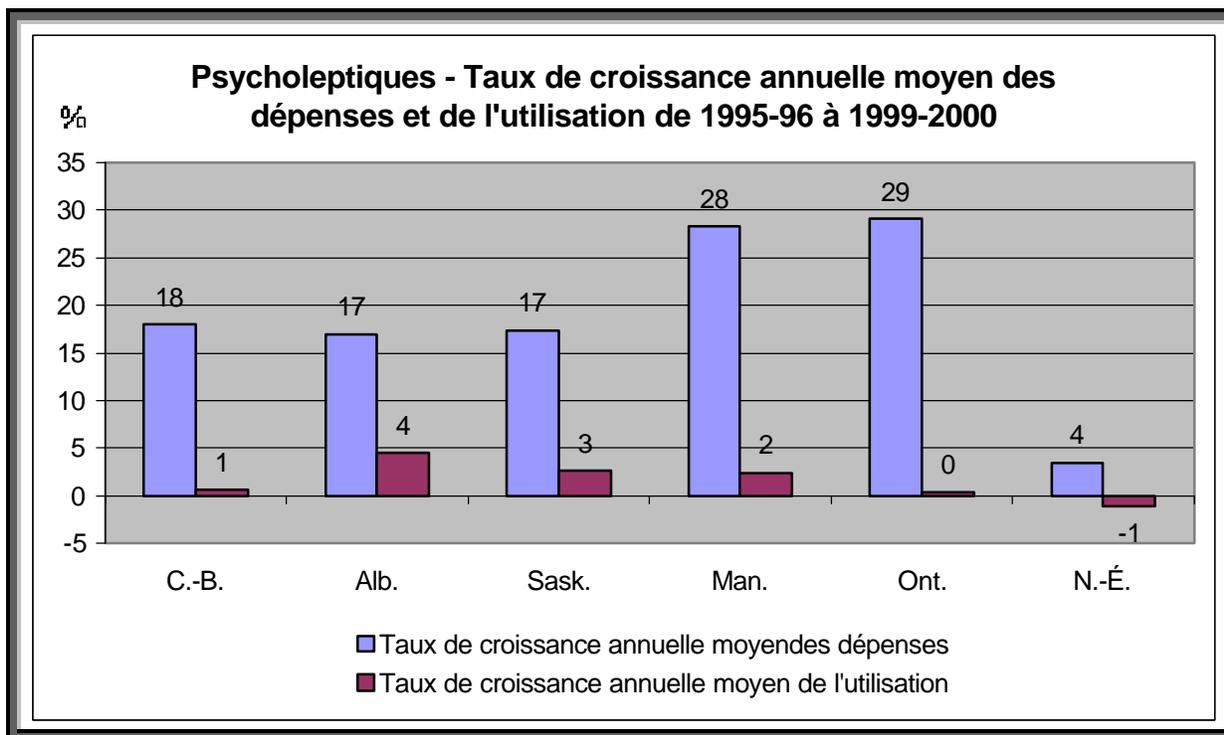


Figure 28 Psycholeptiques – coût demandé par jour, de 1995-96 à 1999-2000

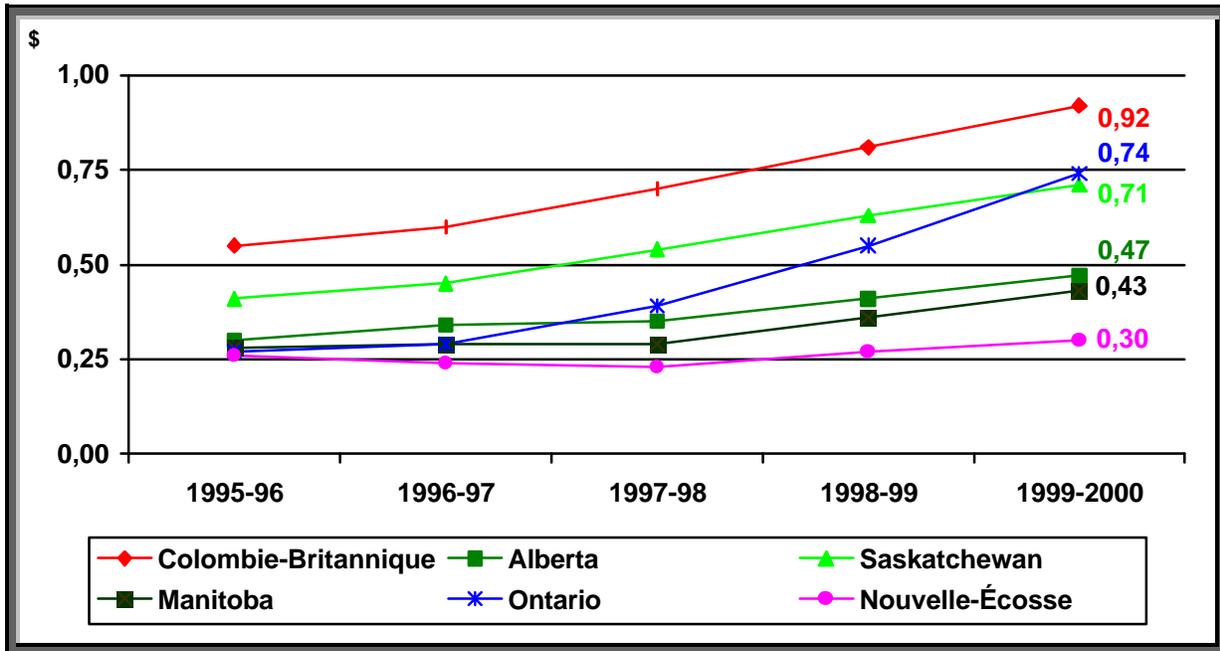
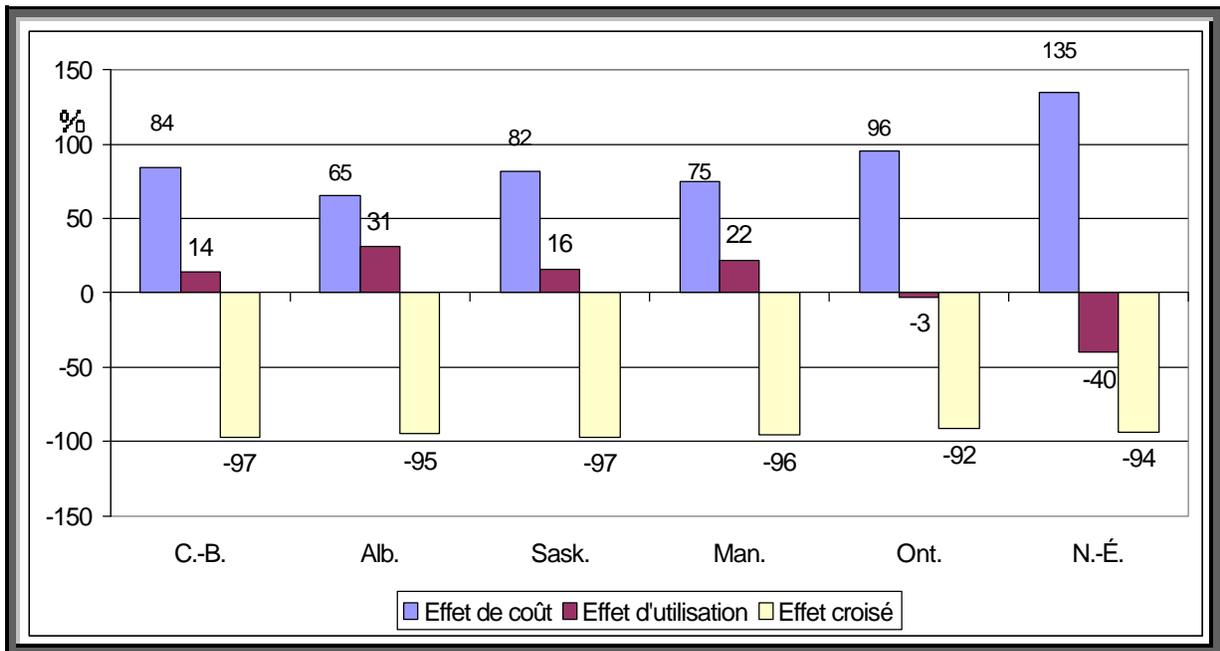


Figure 29 Psycholeptiques – Principaux générateurs de coûts de 1995-96 à 1999-2000



Psycho-analeptiques

Cette classe thérapeutique regroupe les médicaments qui combattent les effets d'une dépression du système nerveux central : les antidépresseurs, les psychostimulants et les médicaments anti-démence (pour obtenir des

renseignements détaillés sur les médicaments appartenant à cette classe, veuillez consulter l'annexe III). La figure 29 illustre la croissance annuelle moyenne à la fois des dépenses et de l'utilisation des psycho-analeptiques entre 1995-96 et 1999-2000 pour chaque régime d'assurance-médicaments provincial. Dans

toutes les provinces, les dépenses ont augmenté à un taux supérieur à la croissance moyenne des dépenses totales (Figure 1).

La figure 30 montre le coût quotidien moyen des psycholeptiques dans chaque province pour la période examinée. En 1995-96, le coût quotidien moyen variait entre 1,21 \$ (Colombie-Britannique) et 0,96 \$ (Nouvelle-Écosse). Le coût quotidien moyen des traitements est demeuré relativement stable au cours de la période étudiée. En 1999-2000, il s'établissait entre 1,23 \$ (Ontario) et 0,94 \$ (Saskatchewan). La Nouvelle-Écosse a enregistré le pourcentage d'augmentation le plus

élevé du coût quotidien parmi les six provinces : il a augmenté de 17%, passant de 0,96 \$ en 1995-96 à 1,12 \$ en 1999-2000. En moyenne, l'écart entre le coût le plus élevé et le moins élevé des médicaments de cette classe est demeuré assez stable, à 30 % environ, au cours de la période étudiée.

La figure 31 répartit les variations des dépenses dans cette classe thérapeutique en effet de coût, en effet d'utilisation et en effet croisé. Dans toutes les provinces, l'augmentation de l'utilisation a été responsable de la majeure partie de l'augmentation des dépenses.

Figure 30 Psycho-analeptiques – Taux de croissance annuelle moyen des dépenses et de l'utilisation de 1995-96 à 1999-2000

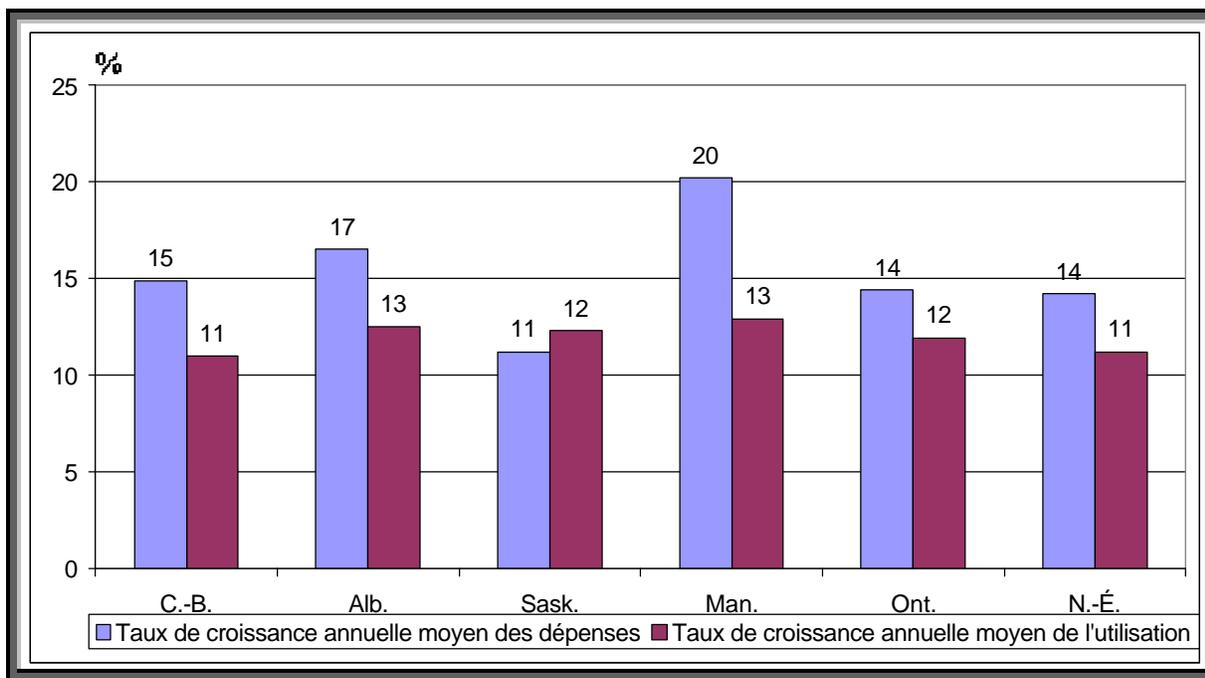


Figure 31 Psycho-analeptiques – coût demandé par jour, de 1995-96 à 1999-2000

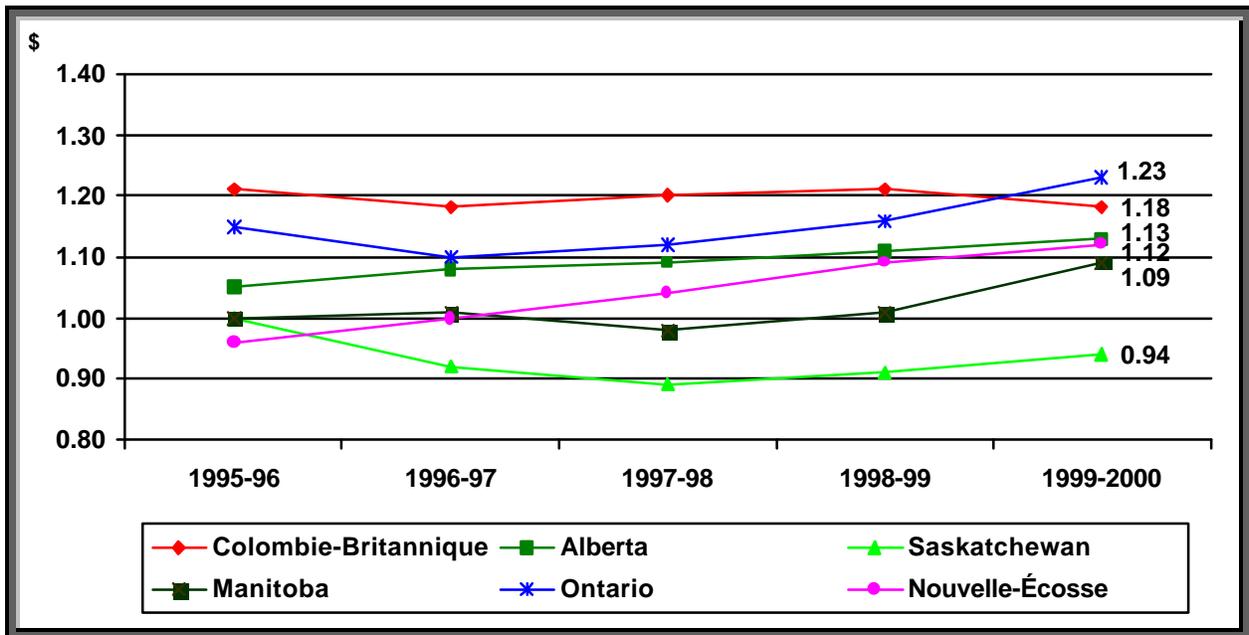
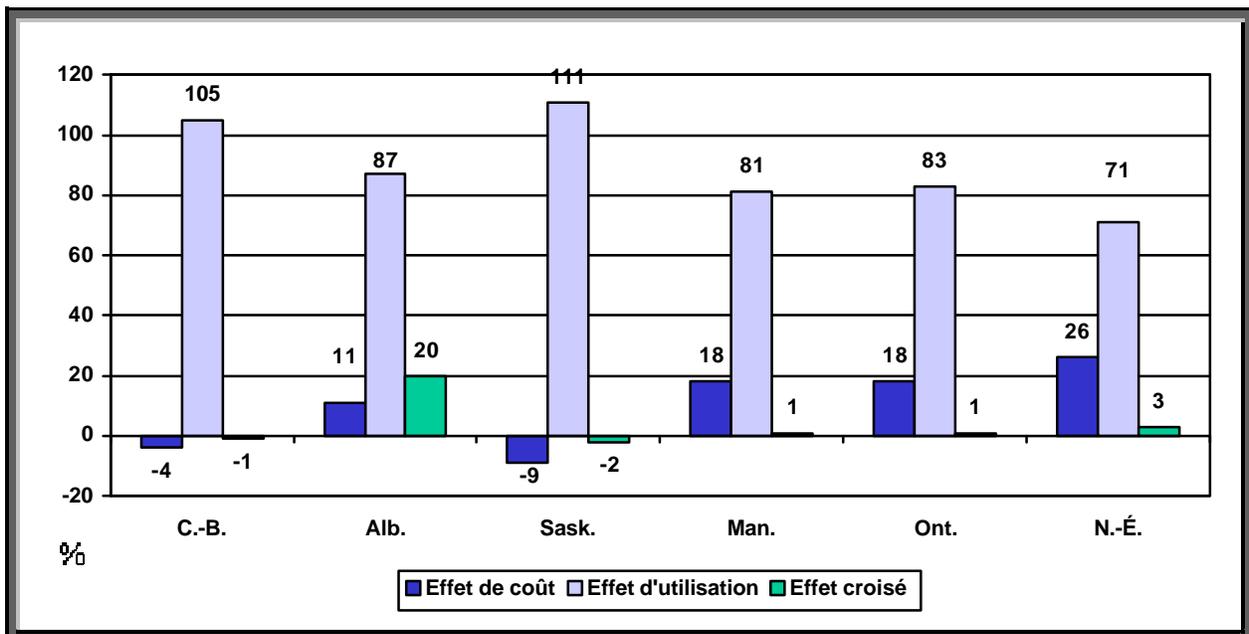


Figure 32 Psycho-analeptiques – Principaux générateurs de coûts de 1995-96 à 1999-2000



Les différences entre les choix thérapeutiques et les schémas d'utilisation peuvent se traduire en un écart significatif entre les différentes provinces en matière de coût quotidien des traitements. Une augmentation du coût des traitements ne signifie pas systématiquement de

meilleurs résultats au plan de la santé. L'analyse de ces schémas peut être un outil utile dans la définition des champs nécessitant un examen plus poussé et des interventions politiques envisageables dans le but d'améliorer l'utilisation efficace en terme de coûts des médicaments.

Notes de fin de document

¹ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), dépenses nationales de santé, 2000.

² Le CQP se compose de représentants gouvernementaux de chaque province et territoire, ainsi que de représentants de Santé Canada et d'autres ministères et organismes fédéraux. Il relève du Comité consultatif sur les services de santé, qui relève lui-même de la Conférence des sous-ministres de la Santé.

³ Réunion des premiers ministres, communiqué sur la santé, 11 septembre 2000.

⁴ Ces études se sont appuyées sur les données administratives fournies par les six régimes d'assurance-médicaments provinciaux. Le Groupe d'étude est conscient des limites intrinsèques aux données administratives émanant des différents régimes mais pense que les conclusions de ses recherches présenteront un aperçu valable et convaincant permettant de comprendre les tendances en matière d'utilisation des médicaments et de générateurs de coûts dans ces six régimes d'assurance-médicaments provinciaux. Des travaux sont actuellement en cours pour inclure les provinces et territoires du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard et du Yukon ainsi que les services de santé non assurés (SSNA).

⁵ Lors de leur réunion les 17 et 18 juin 1999, les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux ont approuvé une recommandation du ministre fédéral de la Santé, de concert avec ses homologues provinciaux et territoriaux, demandant au CEPMB d'effectuer une analyse des prix et des générateurs de coûts des régimes d'assurance-médicaments. L'analyse détaillée et l'établissement des rapports sur les tendances en matière de prix et de dépenses, de niveaux de prix et de générateurs de coûts auxquelles se trouvent confrontés les régimes d'assurance-médicaments visent à fournir des outils de décisions et de l'information utiles pour faciliter la définition, la compréhension et la gestion appropriée de dépenses publiques en médicaments. Les renseignements ainsi obtenus ont également pour objet de permettre une plus grande transparence envers le grand public en ce qui a trait aux prix et aux générateurs de coûts auxquels les régimes d'assurance-médicaments doivent faire face. Le plan de travail actuel du CEPMB et du Groupe d'étude sur les prix des médicaments comprend l'analyse des prix, des tendances en matière de dépenses et de générateurs de coûts. Un protocole d'entente entre Santé Canada et le CEPMB définit les principales analyses.

⁶ Estimations de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

⁷ ICIS

⁸ La base de données du CEPMB a été utilisée pour déterminer quels étaient les médicaments toujours protégés par brevet ou qui l'étaient dans le passé. Tous les médicaments brevetés ne sont pas des médicaments à fournisseur exclusif; étant donné qu'il peut exister plusieurs brevets pour un même médicament, il est envisageable qu'un médicament breveté puisse être produit par plusieurs fabricants. Un médicament produit par plus d'un fabricant est répertorié dans la catégorie des médicaments à fournisseurs multiples. Les données qui ont servi à distinguer les médicaments de marque des médicaments génériques sont celles de la Colombie-Britannique. De façon générale, les médicaments génériques n'étaient pas protégés par brevet et constituaient des produits bioéquivalents de médicaments de marque.

⁹ Toutes les provinces couvrent les bénéficiaires de l'aide sociale. Veuillez consulter l'annexe I pour obtenir des renseignements détaillés sur chaque régime.

¹⁰ Entre 1998 et 2000, le nombre moyen de jours entre la délivrance de l'avis de conformité et la décision d'inscrire le produit sur la liste de médicaments était de 328,8 en Nouvelle-Écosse, de 323,6 en Ontario, de 250,5 au Manitoba, de 302,4 en Saskatchewan, de 297,3 en Alberta et de 335,3 en Colombie-Britannique. (« Market Access Monitor », Script, Brogan and Associates, 2000).

¹¹ L'étude de marché intitulée « Analyse de la pénétration du marché – Étude de cas » a passé en revue cinq médicaments récents et étudié leur niveau de remboursement, ainsi que les différences flagrantes de parts de marché selon les provinces. Les programmes d'autorisations spéciales peuvent être des outils efficaces pour assurer un accès efficace à des traitements plus coûteux.

¹² Entre 1995-96 et 1999-2000, la population de la Colombie-Britannique a enregistré une croissance à peine supérieure à celle de l'Ontario; toutefois, la population âgée de l'Ontario (soit les personnes de 65 ans et plus) a augmenté à un taux supérieur de près de 2 % à celui de la Colombie-Britannique. Statistiques Canada, n° de catalogue 91-213.

¹³ Le coût du médicament établi inclut la quote-part du bénéficiaire, mais non les frais d'exécution d'ordonnance.

¹⁴ Ces moyennes témoignent des habitudes de prescription pratiquées dans chaque province; elles révèlent également la nature des bénéficiaires, des médicaments remboursés et les politiques en matière d'approvisionnement quotidien maximal.

¹⁵ Concernent uniquement les médicaments brevetés (pour obtenir des renseignements plus détaillés, veuillez consulter le rapport intitulé Étude comparative du prix des médicaments d'ordonnance entre les différentes provinces).

¹⁶ The average wholesale up-charge was 7.2% in 1999/00. Saskatchewan operates based on an actual acquisition reimbursement policy and allows a pharmacy mark-up. Les chiffres indiqués incluent les majorations des prix de gros et de détail payées par les régimes.

¹⁷ Il est possible que la méthode de gestion du coût à l'exploitant adoptée par le Programme de médicaments gratuits de l'Ontario explique en partie ce résultat. Il est possible qu'il existe un écart également entre les prix de liste du fabricant et le coût d'acquisition réel. Le prix de référence utilisé pour évaluer les marges imputées se fonde sur les chiffres de vente communiqués au CEPMB par les titulaires de brevets; les marges qui excèdent le niveau autorisé peuvent refléter un écart entre le prix courant et le prix de vente réel. Une analyse plus poussée peut être nécessaire.

¹⁸ Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur cette analyse, veuillez consulter les études par province intitulées Évolution des régimes d'assurance-médicaments provinciaux de 1995-96 à 1999-2000.

¹⁹ Ces effets ne prennent pas en compte les baisses de prix directement liées à une augmentation de prix. Par exemple, en Ontario, un fabricant peut être sommé de s'assurer que toute augmentation de prix soit « sans incidence financière », c'est-à-dire compensée par une baisse de prix.

²⁰ Pour obtenir une explication du calcul de l'indice utilisé dans la présente étude, veuillez consulter « Description de la méthodologie Laspeyres utilisée pour calculer l'indice des prix des médicaments brevetés » du CEPMB, mars 1997.

²¹ Le prix demandé inclut la quote-part du bénéficiaire ainsi que les majorations des prix de gros et de détail. Le prix demandé diffère du coût établi en raison du plafonnement des remboursements que peut imposer un régime, comme les programmes de médicaments de remplacement à faible coût, la règle du prix de référence et les montants plafonnés des frais de distribution.

²² Année de référence : 1995-96, indice de prix en 1995-96 = 100 pour toutes les provinces.

²³ L'utilisation se définit comme la quantité utilisée au plan de la bioéquivalence des médicaments, c'est-à-dire que cette analyse prend en compte les économies engendrées par l'utilisation des médicaments génériques.

²⁴ 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 considérés comme des nouveaux médicaments en matière de substance active.

²⁵ Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés a été créé pour protéger les intérêts des consommateurs et participer aux soins de santé au Canada en s'assurant que les prix demandés par les fabricants de médicaments brevetés ne sont pas excessifs.

²⁶ La classification utilisée a été déterminée par le CEPMB dans le but de procéder à des sondages de prix tels que les définissent les Lignes directrices : Prix excessifs.

²⁷ 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. Les médicaments hors catégorie sont généralement des médicaments plus anciens, apparus sur le marché avant 1987.

²⁸ Veuillez consulter les études de 1999 et de 2001 du Groupe d'étude fédéral-provincial-territorial sur les prix des médicaments intitulées Médicaments non brevetés à fournisseurs exclusif les plus vendus – Comparaison des prix à l'échelle internationale.

²⁹ Ce chiffre représente le niveau relatif du prix des médicaments brevetés en 1987.

³⁰ Les prix incluent les majorations des prix de gros et de détail et se définissent comme étant les prix demandés aux régimes d'assurance médicaments provinciaux.

³¹ Un panier de médicaments canadien moyen contient tous les médicaments courants offerts dans toutes les provinces et résume l'utilisation qui en est faite dans toutes les provinces faisant partie de l'étude.

³² Le présent rapport s'est référé à la version 5.1, décembre 2000, des renseignements sur la dose thérapeutique quotidienne (DTQ).

³³ Les différences mises en évidence n'ont pas pour objectif d'alimenter de quelque façon les questions relatives à la santé. À ce stade, il n'existe pas de données établissant un lien direct de causalité entre l'utilisation des médicaments, leur coût et les questions relatives à la santé. Par conséquent, le présent rapport ne porte aucun jugement de valeur quant à un degré d'efficacité « optimale » en terme de coûts; il s'agit bien plutôt d'un premier pas vers l'analyse des choix thérapeutiques et la réalisation d'études comparatives entre les différentes provinces.

³⁴ Le principe des marchés adjugés au titre d'une offre permanente pratiqués en Saskatchewan et les économies associées au prix des médicaments génériques plus bas peuvent expliquer cette baisse.

³⁵ Pour obtenir des renseignements détaillés sur l'utilisation des médicaments de cette classe thérapeutique et les leviers politiques appliqués par les régimes d'assurance-médicaments provinciaux, veuillez consulter l'étude de marché réalisée par le Groupe d'étude sur les prix des médicaments brevetés et le CEPMB intitulée « Analyse de la pénétration du marché – Étude de cas ».