



Conseil d'examen  
du prix des médicaments  
brevetés

Patented  
Medicine Prices  
Review Board

# sniump



## Tendances des dépenses en médicaments – Programme des services de santé non assurés (volet pharmaceutique) 1999-2000 à 2001-2002

**sniump**  
Série d'études analytiques

Système national d'information  
sur l'utilisation des médicaments  
prescrits

Canada

This report is also available in English under the title  
«Pharmaceutical Trends - Non-insured Health Benefits Pharmacy Program -  
1999-2000 to 2001-2002».

Pour obtenir un exemplaire du rapport, veuillez vous adresser au :

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés  
Centre Standard Life  
B.P. L40  
333, avenue Laurier ouest  
Bureau 1400  
Ottawa (Ontario)  
K1P 1C1

Tél. : 1-877-861-2350  
(613) 952-7360  
Facsimilé : (613) 952-7626  
ATME : (613) 957-4373

Courriel : [pmprb@pmprb-cepmb.gc.ca](mailto:pmprb@pmprb-cepmb.gc.ca)

Vous trouverez également la présente publication sur notre site Internet à l'adresse  
<http://www.pmprb-cepmb.gc.ca>

Tendances des dépenses pharmaceutiques - Programme des services de santé non assurés,  
volet pharmaceutique  
ISBN : 0-662-68472-9 N° de catalogue : H82-1/2004

---

## Remerciements

Le présent rapport sur les tendances des dépenses en médicaments du Programme des services de santé non assurés (SSNA), volet pharmaceutique a été préparé par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) au titre du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits.

Il a été préparé avec l'aide inestimable des membres du Comité directeur du SNIUMP.

Ces membres sont :

### **Colleen Janes**

Directrice int.  
Programmes et services d'assurance-médicaments  
Ministère de la Santé et des services communautaires de Terre-Neuve et Labrador

### **Patrick Crawford**

Expert-conseil en services pharmaceutiques  
Soins de courte et de longue durée  
Ministère de la Santé et des services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard

### **John Hoar**

Économiste  
Services pharmaceutiques  
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

### **James Ayles**

Expert-conseil en information sur la santé  
Régime d'assurance-maladie/ Programme des médicaments d'ordonnance  
Ministère de la Santé et du bien-être du Nouveau-Brunswick

### **Brent Fraser**

Directeur adjoint int.  
Unité de coordination des services pharmaceutiques  
Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario

### **Deborah Malazdrewicz**

Gestionnaire  
Services d'aide à la décision  
Gestion de l'information relative à la santé  
Politique de responsabilité en santé et Planification  
Ministère de la Santé du Manitoba

### **Kevin Wilson**

Président du comité directeur du SNIUMP et directeur exécutif int.  
Direction générale du régime d'assurance-médicaments et prestations complémentaires  
Ministère de la Santé de la Saskatchewan

### **Marilyn Thornton**

Directrice int.  
Direction générale de la politique pharmaceutique et des programmes  
Ministère de la Santé et du bien-être de Alberta

### **Janet Carter**

Directrice int.  
Politiques et analyse de programme  
Ministère des services de santé de la Colombie-Britannique

### **Dianne Tait**

Gestionnaire  
Programme d'assurance-médicaments et des prestations complémentaires  
Ministère des services de santé du Yukon

### **Georges Nadon**

Expert-conseil en services pharmaceutiques  
Direction des prestations  
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits  
Santé Canada

### **Wayne Lepine**

Gestionnaire  
Politiques pharmaceutiques  
Division de la qualité des soins, de la technologie et des produits pharmaceutiques  
Santé Canada

### **Michael Hunt**

Gestionnaire, Services pharmaceutiques  
Institut canadien d'information sur la santé

### **Roger Guillemette**

Directeur  
Direction - Politiques et analyse économique  
Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

Le CEPMB remercie le personnel du Programme des services de santé non assurés de la Direction générale des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, pour lui avoir fourni les données et pour avoir passé en revue le présent rapport. Il remercie également le personnel de l'équipe de recherche de la Division des Politiques et de l'analyse économique, les réviseurs, les membres du service de l'édition et la traductrice pour leurs services dévoués.

## Table des matières

Sommaire de l'étude	1	5.3 Ventilation des dépenses en médicaments selon le statut du brevet/catégorie	35
1 Introduction	4	5.4 Croissance des dépenses en médicaments nouveaux	36
1.1 Contexte	4	5.5 Analyse selon le groupe thérapeutique	37
1.2 Programme des services de santé non assurés	5	5.6 Décomposition des dépenses des 16 groupes thérapeutiques principaux	39
1.3 Principales influences du Programme des services de santé non assurés	6	5.6.1 Antiacides et médicaments pour le traitement des troubles gastriques	40
1.4 Méthodologie	6	5.6.2 Agents agissant sur le système rénine-angiotensine	41
1.5 Organisation du rapport	7	5.6.3 Agents réducteurs de lipides sériques	42
2 Tendances globales	8	5.7 Analyse de la dose thérapeutique quotidienne	43
2.1 Comparaisons régionales - Dépenses en médicaments d'ordonnance et en médicaments en vente libre	8	5.7.1 Antiacides et médicaments pour le traitement des troubles gastriques	44
3 Programme des services de santé non assurés - Statistiques descriptives sur l'utilisation faite des médicaments	12	5.7.2 Agents agissant sur le système rénine-angiotensine	46
3.1 Facteurs généraux ayant une incidence sur les dépenses en médicaments	12	5.7.3 Agents réducteurs de lipides sériques	48
3.2 Composantes du coût des dépenses en médicaments	13	5.7.4 Médicaments utilisés pour le diabète	49
3.2.1 Remboursement des coûts	13	Annexe I – Méthodologie	51
3.2.2 Intensité de l'utilisation des médicaments	14	Annexe II – Description des données et sources	54
4 Analyse du prix - selon le segment du marché	17	Annexe III – Programme des services de santé non assurés (volet pharmaceutique)	56
4.1 Dépenses selon le segment du marché	17	Annexe IV – Indices de prix et de volume	58
4.2 Analyse de l'IPC par segment du marché	19	Annexe V – Évolution démographique et médicaments les plus vendus	61
4.3 Indices de prix, de coût et de volume	22	Annexe VI – Catégories anatomique, thérapeutique, chimique	65
4.3.1 Introduction	22	Annexe VII – Glossaire	74
4.3.2 Résultats	22	Notes de bas de page	76
4.4 Analyse - Médicaments de marque/ Médicaments génériques	26		
5 Analyse des facteurs d'augmentation des coûts des médicaments	30		
5.1 L'intérêt des facteurs d'augmentation des coûts des médicaments	30		
5.2 Distribution des variations des dépenses selon la composante	31		



# Sommaire de l'étude

## Contexte

La présente étude porte sur les dépenses en médicaments du Programme des services de santé non assurés (SSNA) pour les exercices 1999-2000 à 2001-2002. Ce programme relève de la Direction générale des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. À l'instar des rapports antérieurs du CEPMB sur les tendances des dépenses en médicaments, la présente étude fournit aux décideurs l'information dont ils ont besoin pour continuer d'offrir des programmes et des services dans un contexte de ressources budgétaires limitées.

Le Programme des SSNA, qui est financé par le gouvernement fédéral, rembourse les dépenses en santé non couvertes par les différents régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé. En 2001-2002, environ 721 000 Indiens inscrits, Inuits et Innus du pays étaient admissibles au Programme des SSNA. À la différence des autres programmes d'assurance-médicaments financés par le gouvernement, la population admissible au Programme des SSNA est relativement jeune. En effet, 73 % des bénéficiaires du Programme sont âgés de moins de 40 ans.

La présente recherche est menée au titre du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) dont la raison d'être est de fournir aux gestionnaires du régime de soins de santé des données détaillées sur l'utilisation faite des médicaments et sur les coûts afférents.

## Dépenses

Durant la période couverte par la présente étude, soit entre les années 1999-2000 et 2001-2002, les coûts du Programme des SSNA ont augmenté au taux annuel moyen de 13,9 %. Cette augmentation est essentiellement attribuable à la croissance de 5,4 % du nombre moyen d'ordonnances par bénéficiaire et de 6 % du coût moyen par ordonnance. La base de bénéficiaires a pour sa part augmenté de 2 % au cours de la période de l'étude.

La portion des dépenses prises en compte dans la présente étude est limitée aux médicaments dont la quantité pouvait être mesurée avec précision, en l'occurrence des comprimés et des gélules.

## Analyse des dépenses par segment de marché

La part des dépenses associées aux médicaments brevetés a rapidement augmenté au cours de la période de trois ans que couvre l'étude, passant de 56,3 % à 62,1 %. La part des dépenses associées aux médicaments génériques a par contre légèrement baissé, soit de 27,8 % à 25,8 %. Quant aux médicaments non brevetés, les parts des médicaments distribués par des sources multiples ou par une source exclusive n'ont pratiquement pas changé.

## Analyse des variations de prix

Une analyse du prix a été effectuée à partir des coûts réclamés par ingrédient calculés à l'aide des données du Programme des SSNA.

- Les indices de prix pour tous les médicaments ont affiché un recul cumulatif de 2 % pour la période de deux ans.
- Les prix de 82,1 % des médicaments ont augmenté dans les limites de l'IPC. Des autres médicaments (17,9 %), 93 % étaient non brevetés et 7 %, brevetés. Le CEPMB a confirmé que les prix départ-usine des médicaments brevetés n'ont pas dépassé la limite autorisée par les Lignes directrices relatives à l'IPC et que les augmentations étaient associées à des éléments de coût autres que les prix départ-usine (par ex. marges bénéficiaires des grossistes).
- On observe une courbe de diminution des prix pour toutes les catégories de médicaments, exception faite des médicaments non brevetés distribués par une source exclusive. Ces derniers médicaments ont enregistré une hausse moyenne de 2 à 3 %.
- Si les prix des médicaments de toutes les catégories avaient augmenté au même rythme que l'IPC ou à un rythme moindre, le Programme des SSNA aurait épargné environ un million de dollars durant la période de l'étude, ce qui représente un peu moins de 1 % des dépenses du Programme.

## Utilisation

L'étude compile un certain nombre d'indices des volumes pour mesurer les tendances au niveau de l'utilisation des médicaments au cours de la période de l'étude. Ces indices révèlent une augmentation cumulative de l'utilisation d'environ 40 % sur une période de deux ans.

Le taux de croissance de l'utilisation varie beaucoup selon le groupe de médicaments. Le taux d'utilisation de médicaments brevetés a plus que doublé par rapport au taux d'utilisation des médicaments non brevetés. Le taux d'utilisation des médicaments de marque a lui aussi augmenté plus rapidement que le taux d'utilisation des médicaments génériques.

## Comparaisons des médicaments génériques et des médicaments de marque

Le ratio des prix des médicaments génériques par rapport aux prix des médicaments de marque était de 0,73 en 2001-2002, alors qu'il était de 0,69 en 1999-2000. C'est à la baisse des prix des médicaments de marque, et non à la hausse des prix des médicaments génériques, que doit être attribuée la large partie de cette augmentation.

Selon les données du Programme des SSNA, le ratio du prix des médicaments génériques par rapport au prix des médicaments de marque semble le plus bas sur les marchés où le médicament de marque subit la concurrence de 3 ou 4 médicaments génériques.

## Décomposition de la croissance des dépenses

La variation des dépenses du Programme sur un certain nombre d'années peut être ventilée en composantes représentant les effets de la variation du prix, de la quantité, de la liste des nouveaux médicaments, des médicaments retirés et des effets d'interaction. Les effets de quantité sont à l'origine de 95,7 % de la croissance des dépenses observée au cours de la période de l'étude, alors que le prix compense l'effet de quantité de -4,8 %. Les médicaments nouveaux ont ajouté 11,2 % au taux de croissance des dépenses. Les médicaments retirés et les effets croisés (interaction) ont contribué à peine de -0,7 et de -1,3 respectivement.

## Analyse anatomique, thérapeutique, chimique

L'étude passe également en revue les dépenses selon le groupe thérapeutique, utilisant à cette fin la classification anatomique, thérapeutique, chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la Santé. Les trois groupes du premier niveau de classification ATC ayant le plus contribué à l'augmentation des dépenses ont été les médicaments agissant sur le système nerveux (30,2 %), sur le système cardiovasculaire (28,1 %) et sur le tube digestif et le métabolisme (20,6 %).

Au deuxième niveau de classification ATC, les principaux groupes ayant le plus contribué à la croissance des dépenses étaient les groupes de médicaments antiacides (12,7 %), les agents agissant sur le système rénine-angiotensine (12,4 %), les agents réducteurs des lipides sériques (11,3 %) et les médicaments utilisés pour le diabète (10,1 %).

Si l'on décompose la croissance des dépenses au deuxième niveau de classification ATC, on note dans la plupart des cas un effet de quantité très positif, un effet de prix légèrement négatif et des effets de médicaments nouveaux positifs.

## Analyse de la dose journalière définie

La dose journalière définie (DJD) correspond à un estimé de la dose d'entretien moyenne quotidienne lorsque le médicament est administré pour traiter sa condition principale. L'Organisation mondiale de la Santé publie les DJD pour la plupart des principaux médicaments. La DJD permet de traduire les quantités physiques des médicaments en volumes équivalents de traitement-jours aux fins de l'analyse des tendances d'utilisation. De plus, l'expression en DJD de l'utilisation faite des différents médicaments permet d'analyser les effets de la « diversité des pharmacothérapies », soit l'incidence des dépenses du programme sur les substitutions de médicaments attribuables à des changements d'habitudes d'ordonnance ou à des politiques de programme.

Dans le cadre de la présente étude, nous avons appliqué cette méthode de décomposition aux principaux groupes du deuxième niveau du système ATC en utilisant les DJD comme mesure du volume. Cette analyse confirme que la variation de prix a eu un léger effet négatif sur les dépenses, que les effets du volume ont eu un effet positif important et que les changements de pharmacothérapies ont eu une grande influence sur le coût moyen par DJD et, par ricochet, sur les dépenses. Point intéressant, dans certains cas (par exemple dans le cas des agents réducteurs de lipides sériques), l'effet de diversité de pharmacothérapies a largement influencé le coût par DJD alors que dans d'autres (par exemple des médicaments pour traiter des troubles gastriques), l'effet de diversité de pharmacothérapies a été incontestablement positif.

# 1

## Introduction



### 1.1 – Contexte

En septembre 2001, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont annoncé la création du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) après avoir pris connaissance d'une analyse de rentabilité préparée par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). La raison d'être du SNIUMP est de fournir des analyses critiques des tendances aux niveaux du prix, de l'utilisation et du coût des médicaments afin que les Canadiens et les Canadiennes aient accès à de l'information complète et exacte sur la façon dont sont utilisés les médicaments d'ordonnance et sur les sources d'augmentation des coûts.

Les responsabilités du CEPMB au titre du SNIUMP ont été établies par le ministre de la Santé en vertu de l'article 90 de la *Loi sur les brevets*. Dans sa lettre d'octobre 2002, le ministre a demandé au CEPMB « de faire enquête sur les tendances des prix des médicaments, des dépenses et des facteurs de coûts et, à la demande du Comité directeur, d'effectuer toute autre analyse dont il est fait mention dans l'analyse de rentabilité. ». Les dispositions prévues dans cette lettre sont établies par le truchement d'un protocole d'entente intervenu entre Santé Canada et le CEPMB pour la période allant du 1<sup>er</sup> avril 2002 au 31 mars 2005.

Le SNIUMP comporte les deux volets principaux suivants :

- La conception et la mise en œuvre d'une base de données sur les médicaments d'ordonnance. Cette base de données doit pouvoir recevoir les données de programme des régimes publics d'assurance-médicaments; et
- La production de rapports d'analyse à partir de l'information versée dans cette base de données.

L'ICIS s'occupe du premier volet tandis que, à la demande du ministre de la Santé, le CEPMB s'occupe du second. Les rôles des deux organismes sont décrits dans un protocole d'entente qui respecte le mandat, le rôle et les responsabilités de chaque organisme.

Un comité directeur représentant les régimes d'assurance-médicaments des provinces et des territoires, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et la Direction générale de la politique de la santé de Santé Canada conseille l'ICIS et le CEPMB concernant la conception, la mise en place, la direction et les priorités d'analyse et l'orientation stratégique du SNIUMP. Le Comité directeur constitue également un mécanisme permettant aux intervenants et aux utilisateurs de suggérer des améliorations et de soumettre les problèmes à l'examen et à l'analyse afin que le SNIUMP continue de satisfaire les besoins d'information des intervenants et des utilisateurs.<sup>1</sup>

Le présent rapport a été préparé par le CEPMB avec les bons conseils des membres de la haute direction et du Conseil. Il a également été passé en revue par la Direction générale des Premières nations et des Inuits de Santé Canada ainsi que par le Comité directeur du SNIUMP. Aux fins du rapport, le Programme des services de santé non assurés (SSNA) a mis ses données à la disposition directe du CEPMB.

Pour de plus amples renseignements concernant la participation du CEPMB et de l'ICIS aux autres projets menés au titre du SNIUMP, veuillez consulter le site web de ces organisations aux adresses suivantes : [www.pmprb-cepmb.gc.ca](http://www.pmprb-cepmb.gc.ca) et [www.cihi.ca/drugs](http://www.cihi.ca/drugs).

## 1.2 – Programme des services de santé non assurés

Le Programme des services de santé non assurés est offert par le truchement de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Les Indiens inscrits, les Inuits et les Innus réputés être des résidents canadiens sont admissibles aux services du Programme des services de santé non assurés sans égard pour leur niveau de revenu ou leur lieu de résidence au Canada. En 2001-2002, environ 721 000 personnes étaient admissibles à un éventail limité de fournitures et de services médicaux nécessaires qui n'étaient pas déjà offerts par les régimes de santé provinciaux et territoriaux.

La gouverne du Programme des services de santé non assurés et la responsabilité de la santé des Premières nations relèvent de la Politique sur la santé des Indiens de 1979. Cette responsabilité étant assumée par différents niveaux du gouvernement, les communautés des Premières nations et le secteur privé, le gouvernement fédéral veille à ce que les différentes parties respectent leurs obligations en assurant la coordination des services.

En plus de l'enveloppe budgétaire qui lui est réservée, le Programme de la santé des Premières nations et des Inuits peut compter sur les ressources approuvées pour des initiatives particulières menées à son titre. Le Programme des services de santé non assurés fonctionne dans les limites de cette enveloppe budgétaire qui représente les ressources maximales pouvant être consacrées au financement de tous les programmes fédéraux s'intéressant à la santé des Premières nations et des Inuits. Le Programme des services de santé non assurés prend plus de 40 % de l'enveloppe budgétaire totale.

Les services comprennent les prestations pharmaceutiques, les soins dentaires, les lunettes et autres appareils et services pour soins de la vision, le transport pour accéder aux services médicaux nécessaires, les primes d'assurance-maladie en Alberta et en Colombie-Britannique et autres services de santé. Les prestations pharmaceutiques comprennent les médicaments d'ordonnance, les médicaments en vente libre ainsi que les fournitures médicales et l'équipement médical.

Le Programme des services de santé non assurés (volet pharmaceutique) est le cinquième plus important programme public d'assurance-médicaments au Canada. Les quatre premiers programmes sont ceux de l'Ontario, du Québec, de la Colombie-Britannique et de l'Alberta.<sup>2</sup> En 2001-2002, le volet pharmaceutique a accaparé 40,3 % du budget de 627,8 millions de dollars consenti au Programme des services de santé non assurés. Cependant, tous les médicaments et produits pharmaceutiques payés par la Direction générale de la Santé des Premières nations et des Inuits ne sont pas comptabilisés au titre du Programme des services de santé non assurés. Par exemple, les coûts des médicaments d'ordonnance fournis par le truchement des postes de soins infirmiers sont assumés par la Direction des soins de santé primaires et de la santé publique.

Les données sur les médicaments sont essentiellement tirées du système de traitement des renseignements et des demandes de paiement pour services de santé de la *First Canadian Health*. Les données sur la population des Premières nations et des Inuits ont été tirées du Système de vérification du statut (SVS) tenu par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Ces données se fondent sur l'information fournie par le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (MAINC), les gouvernements des Territoires du Nord-ouest et du Nunavut, et des organisations inuits. Ces données sous-évaluent dans une certaine mesure le niveau réel des dépenses pharmaceutiques puisqu'elles excluent les services pharmaceutiques offerts par le truchement d'ententes de contribution et par le truchement d'installations de santé communautaires.

### 1.3 – Principales influences du Programme des services de santé non assurés

- Le nombre de membres des Premières nations et de la population inuit admissibles aux services offerts au titre du Programme de services de santé non assurés (SSNA) a augmenté, passant de moins de 400 000 qu'il était en 1988 à plus de 721 000 en date du 31 mars 2002. Cette croissance est en partie attribuable au projet de loi C-31 qui, en 1985, a modifié la *Loi sur les Indiens*. En vertu de la loi modifiée, plus de 100 000 nouveaux clients sont devenus admissibles au programme entre 1985 et 1995.
- Le nombre total de clients admissibles a augmenté de 9,9 %, passant de 656 377 qu'il était en 1998 à 721 086 en 2002.
- C'est la région du Manitoba qui a connu en cinq ans l'augmentation la plus marquée, avec un taux de croissance de 11,9 % du nombre de clients admissibles. Elle est suivie de la région de l'Alberta (11,7 %) et de la région de la Saskatchewan (11,4 %).
- La population de bénéficiaires des Premières nations et des Inuits est relativement jeune. Soixante-treize pour cent de cette population est âgée de moins de 40 ans et 40 % de celle-ci, de moins de 20 ans. Seulement 5 % des bénéficiaires sont âgés de plus de 65 ans.
- Le budget de 1996 a consenti une augmentation de 3 % de l'enveloppe du Programme de la Santé des Premières nations et des Inuits, représentant moins de 20 millions de dollars. Pour la période 1999-2000 à 2001-2002, la croissance annuelle des ressources budgétaires a été de 3 %.

### 1.4 – Méthodologie

La présente étude fait le point sur les dépenses en médicaments du Programme des services de santé non assurés de trois exercices financiers, à savoir les exercices 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002. Ces dépenses ont été évaluées à l'aide de différentes approches : analyses des prix et des volumes, identificateurs de marché, tendances temporelles, composantes de la croissance des dépenses, catégories thérapeutiques et jours-traitement.

Les données sur les prix, les quantités, la valeur totale des dépenses en médicaments et des parts de marché ont été tirées du Système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. La base de données sur les produits médicamenteux de Santé Canada a également été utilisée pour s'assurer que seuls les médicaments correspondant à la définition du terme « médicaments d'ordonnance » qu'en donne la *Loi sur les aliments et drogues* ont été pris en compte dans la présente étude.<sup>3</sup> La base de données sur les produits médicamenteux s'est également révélée utile pour déterminer la Classification anatomique, thérapeutique, chimique (Classification ATC) des médicaments ainsi que leur dose journalière définie (lorsque disponible).<sup>4</sup> Enfin, la base de données du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés s'est avérée utile pour le classement des médicaments selon le statut de leur brevet.<sup>5</sup>

La section 3 présente des statistiques descriptives des coûts du Programme de services de santé non assurés à l'aide de (1) des montants réclamés par les bénéficiaires du Programme des services de santé non assurés et (2) les montants alloués à la lumière du montant versé pour chaque demande de remboursement. Le montant alloué correspond à la portion du montant de la réclamation remboursée par le volet pharmaceutique du Programme.

Les analyses présentées aux sections 4 et 5 se fondent exclusivement sur les coûts réclamés par les bénéficiaires pour des médicaments présentés sous forme solide et administrés par voie orale étant donné que la base de données du Programme des services de santé non assurés ne fournit pas de mesures systématiques de produits présentés dans d'autres formes posologiques (par ex. liquides, inhalateurs). Les coûts réclamés, desquels ont été déduits les honoraires du pharmacien et les marges bénéficiaires des détaillants, sont tirés des données du régime de services de santé non assurés. L'exclusion des honoraires du pharmacien et de la marge bénéficiaire du détaillant permet d'exercer un meilleur contrôle des variantes régionales et d'assurer une analyse plus précise de l'ingrédient/coût du médicament. L'utilisation du montant autorisé dans notre analyse permet de mieux illustrer les coûts assumés par le Programme des SSNA (volet pharmaceutique). Les montants réclamés sont inmanquablement plus élevés que les montants autorisés.

Les annexes II et IV présentent de plus amples explications sur l'utilisation faite des différentes bases de données et sur la construction des différents indices de prix.

## 1.5 – Organisation du rapport

L'analyse est organisée comme suit :

- La section 2 présente de l'information générale sur les dépenses en médicaments pour le Canada et pour le Programme des services de santé non assurés pour la période de l'analyse.
- La section 3 présente l'historique et une brève description du Programme des services de santé non assurés. Elle présente également quelques statistiques descriptives sur l'utilisation des médicaments.
- La section 4 passe en revue les variations de prix et de volume pour les différents marchés identifiés comme suit : statut du brevet, médicaments à fournisseur exclusif versus à fournisseurs multiples, médicaments de marque versus médicaments génériques et médicaments de marque comptant un certain nombre de pendants génériques.
- La section 5 présente une analyse des facteurs d'augmentation des coûts.<sup>6</sup> Elle examine la contribution relative des principaux facteurs (prix, volume, médicaments nouveaux, médicaments retirés, effet croisé) à la croissance des dépenses. Elle présente également une analyse détaillée du groupe thérapeutique, incluant les doses journalières définies.

# 2

## Tendances globales



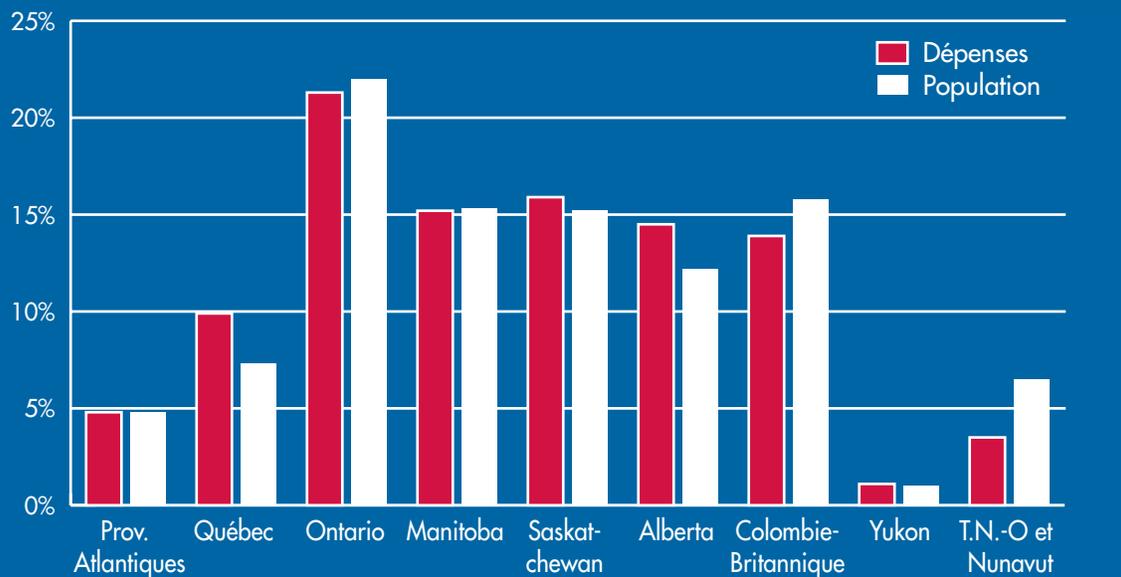
### 2.1 – Comparaisons régionales – Dépenses en médicaments d’ordonnance et en médicaments en vente libre

La présente section du rapport s’intéresse aux différences régionales qui ressortent des données tirées des rapports annuels du Programme des services de santé non assurés (SSNA) et du rapport de l’ICIS portant l’intitulé *Dépenses en médicaments au Canada, 1985 - 2002*.<sup>7</sup> Notons, pour la gouverne du lecteur, que la présente analyse se limite à des comparaisons générales et ne tient aucunement compte des effets possibles de la provenance du financement, des caractéristiques de la population ni de la structure de prestation des soins de santé. De plus, l’expression « dépenses en médicaments » utilisée dans la présente section ne désigne que les médicaments d’ordonnance et les médicaments en vente libre.

En 2000-2001, la valeur des dépenses en médicaments d’ordonnance et en médicaments en vente libre pour l’ensemble des régions desservies par le Programme des services de santé non assurés totalisait 217 millions de dollars. Comme le montre le graphique 2.1, l’Ontario est à la source de 21,3 % de la valeur des réclamations avec une proportion semblable des 721 000 personnes admissibles

Graphique 2.1

Dépenses du Programme des SSNA (médicaments d’ordonnance et médicaments en vente libre) et répartition démographique régionale 2001-2002



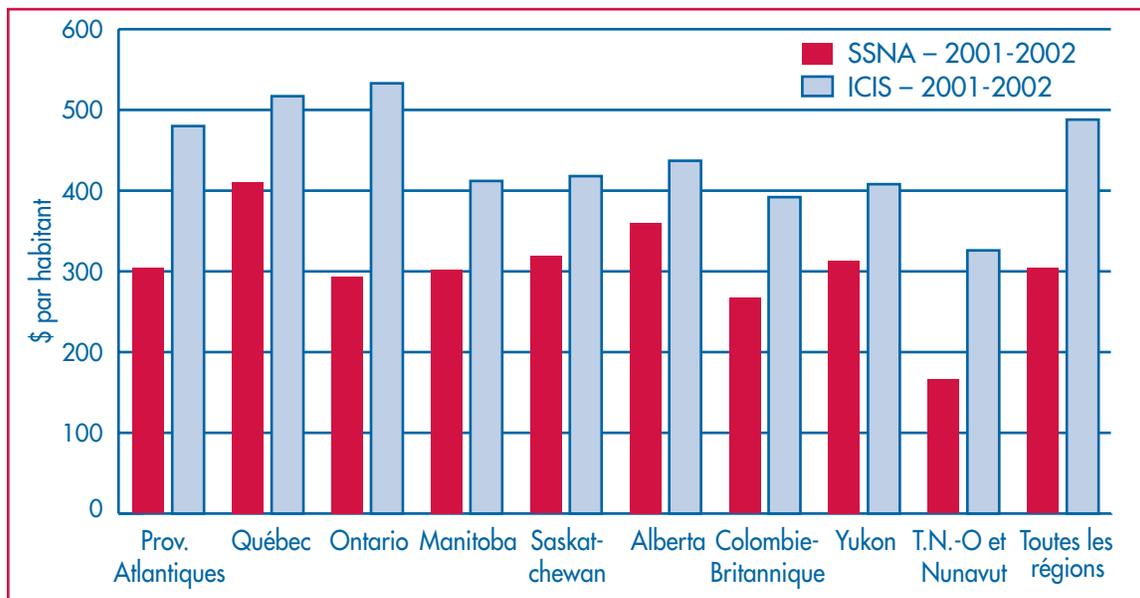
Cette répartition proportionnelle serait différente dans une situation où la répartition de la croissance correspondrait aux tendances illustrées au tableau 2.2. Les dépenses en médicaments ont augmenté à un taux plus marquée que la population et que le nombre de bénéficiaires.<sup>8,9</sup> Par ailleurs, cette répartition reflète les taux de croissance par habitant et par bénéficiaire pour 2001-2002 qui ont été de 15,6 % et de 16,5 %, respectivement. La croissance de la population a été plus grande que celle du nombre de bénéficiaires au cours de la même période.

Comme l'illustre le graphique 2.2, les dépenses en médicaments par personne (médicaments d'ordonnance et médicaments en vente libre exclusivement) rapportées par l'ICIS dans son rapport Dépenses en médicaments au Canada, sont toujours supérieures à celles calculées à l'aide des données des rapports annuels du Programme des services de santé non assurés. Cette situation peut être attribuable au fait

Exercice	Dépenses en médicaments	Dépenses en médicaments par personne	Dépenses en médicaments par bénéficiaire	Population	Nbre de bénéficiaires
1999-2000	159 388 000	234,0	344,1	681 164	463 170
2000-2001	183 618 000	263,0	386,6	698 245	474 901
2001-2002	216 916 400	303,9	450,6	713 712	481 390
<b>Taux de croissance annuelle</b>					
2000-2001	15,2 %	12,4 %	12,4 %	2,5 %	2,5 %
2001-2002	18,1 %	15,6 %	16,5 %	2,2 %	1,4 %

**Tableau 2.1**  
Programme des services de santé non assurés  
Médicaments d'ordonnance et médicaments en vente libre

que le Programme des services de santé non assurés offre des services non assurés par les régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux, voire même au fait qu'il assure une population qui lui fait engager des coûts moindres. Les données de l'ICIS portent sur des dépenses financées aux niveaux privé et public. Les programmes provinciaux/territoriaux peuvent couvrir un nombre disproportionné de personnes dont la condition de santé est moins bonne, telles que les personnes âgées et les personnes à faible revenu.



**Graphique 2.2**  
Comparaison des dépenses en médicaments par habitant rapportées par le Programme des SSNA à celles rapportées par l'ICIS  
Médicaments d'ordonnance et médicaments en vente libre

Comme l'illustre le tableau 2.2, les dépenses pour l'ensemble des régions ont augmenté d'une moyenne de 16,7 % par année dans le cas du Programme des SSNA et de 12,9 % dans le cas de l'ICIS. Ces taux plus élevés de croissance des dépenses sont également ressortis de l'analyse selon les régions. En effet, la population bénéficiaire du Programme des SSNA a augmenté à un taux plus marqué que la population générale dont a fait état l'ICIS, et ce, pour chaque région.

La croissance des dépenses devançant largement celle de la population, la croissance des dépenses par personne est largement positive avec un taux de croissance moyen de 14,0 % par année si l'on utilise les données du Programme des SSNA et de 12,9 % lorsque l'on utilise les données de l'ICIS.

**Tableau 2.2**  
**Comparaison des dépenses en médicaments rapportées par le Programme des SSNA à celles rapportées par l'ICIS**

	Programme des SSNA – 2001-2002					ICIS – 2001		
	Dépenses	Population	Dépenses par habitant	Bénéficiaires	Dépenses par bénéficiaire	Dépenses (en millions \$)	Population (en milliers de personnes)	Dépenses par habitant
Prov. atlantiques	10 423 400	34 286	304,0	20 532	507,7	1139,1	2 375	480,3
Québec	21 384 500	51 979	411,4	32 676	654,4	3831,7	7 351,2	516,6
Ontario	46 109 600	156 765	294,1	90 603	508,9	6334,6	11 527,9	532,5
Manitoba	33 016 400	109 147	302,5	77 241	427,4	472,9	1 142,5	411,5
Saskatchewan	34 540 200	108 382	318,7	89 572	385,6	424,9	1 025,6	417,8
Alberta	31 364 500	87 034	360,4	69 862	448,9	1336,1	2 959,6	436,8
Colombie-Britannique	30 080 300	112 464	267,5	75 382	399,0	1609,7	4 028,3	392,5
Yukon	2 321 000	7 425	312,6	4 600	504,6	12,3	31,1	407,5
T. N.-O et Nunavut	7 676 500	46 231	166,0	20 922	366,9	22,6	68	325,9
<b>TOTAL</b>	<b>216 916 400</b>	<b>713 712</b>	<b>303,9</b>	<b>481 390</b>	<b>450,6</b>	<b>15 184</b>	<b>30 509</b>	<b>488,1</b>
<b>Croissance annuelle moyenne</b>								
	Programme des SSNA – 1999-2000 à 2001-2002					ICIS – 1999 à 2001		
	Dépenses	Population	Dépenses par habitant	Bénéficiaires	Dépenses par bénéficiaire	Dépenses (en millions \$)	Population (en milliers de personnes)	Dépenses par habitant
Prov. atlantiques	16,6 %	2,2 %	14,1 %	1,0 %	15,5 %	11,0 %	-0,1 %	11,1 %
Québec	15,2 %	1,7 %	13,3 %	1,2 %	13,8 %	13,5 %	0,5 %	12,9 %
Ontario	17,3 %	2,4 %	14,6 %	2,8 %	14,1 %	13,3 %	1,6 %	11,5 %
Manitoba	22,7 %	2,9 %	19,2 %	2,5 %	19,7 %	11,7 %	0,3 %	11,4 %
Saskatchewan	14,0 %	2,6 %	11,0 %	2,2 %	11,5 %	9,8 %	-0,4 %	10,2 %
Alberta	14,6 %	2,8 %	11,4 %	1,8 %	12,6 %	14,1 %	1,7 %	12,2 %
Colombie-Britannique	15,8 %	1,7 %	13,9 %	0,2 %	15,5 %	11,6 %	0,9 %	10,6 %
Yukon	17,4 %	1,4 %	15,7 %	2,8 %	14,2 %	7,7 %	-1,4 %	9,3 %
T. N.-O. et Nunavut	17,1 %	2,1 %	14,7 %	4,0 %	12,7 %	10,2 %	1,1 %	9,0 %
<b>TOTAL</b>	<b>16,7 %</b>	<b>2,4 %</b>	<b>14,0 %</b>	<b>1,9 %</b>	<b>14,4 %</b>	<b>12,9 %</b>	<b>1,0 %</b>	<b>11,8 %</b>

Dans le cas du volet pharmaceutique du Programme des services de santé non assurés, la valeur moyenne des dépenses en médicaments par personne s’est située entre 166 \$ (Territoires du Nord-Ouest et Nunavut) et 411 \$ (Québec). La valeur très élevée des dépenses en médicaments au Québec peut s’expliquer en partie comme suit :

- Les dépenses par habitant du Programme des SSNA tiennent compte du coût de l’ingrédient/ médicament et autres dont les honoraires du pharmacien et la marge bénéficiaire du détaillant. Au Québec, les coûts des médicaments payés par le Programme des SSNA (volet pharmaceutique) comprennent les honoraires du pharmacien. Dans les autres régions, les coûts des médicaments distribués en vente libre comprennent des honoraires du pharmacien moins élevés ou, encore, seulement la marge bénéficiaire du détaillant.
- Au Québec, conformément aux lignes directrices publiées par l’Ordre des pharmaciens du Québec (organisme de réglementation des pharmaciens et des pharmaciennes du Québec), les pharmaciens remplissent rarement des ordonnances pour une période de plus de trois mois ou de 100 jours. Il s’ensuit un nombre plus élevé de transactions par personne au Québec, chacune de ces transactions donnant lieu à des honoraires du pharmacien.
- Les dépenses en médicaments par habitant plus élevées au Québec peuvent également être attribuables au fait que les pharmaciens du Québec sont autorisés à remplir des ordonnances sur une base hebdomadaire sous réserve de certains critères relatifs à l’emballage. Il s’ensuit donc que le Programme des SSNA peut payer dans cette province l’équivalent de deux honoraires du pharmacien contrairement à un seul honoraire dans les autres provinces et territoires.<sup>10</sup>

Si l’on observe les dépenses par habitant rapportées par l’ICIS, ce sont les Territoires du Nord-ouest et du Nunavut qui affichent les dépenses en médicaments par habitant les moins élevées (326 \$) alors que le Québec affiche le deuxième montant le plus élevé (517 \$) et l’Ontario le plus élevé (532 \$).

L’analyse en fonction des bénéficiaires ne peut être faite qu’avec les données du Programme des SSNA. L’Ontario, le Yukon, les Territoires du Nord-ouest et le Nunavut sont les seules régions où la croissance du nombre de bénéficiaires est supérieure à celle de la population.

La différence entre la valeur des dépenses par habitant et la valeur des dépenses par bénéficiaire s’explique en partie par la différence des taux de croissance de la population versus ceux des bénéficiaires. Il est également important de considérer la proportion de la population admissible au Programme des services de santé non assurés qui profite de ce programme. Dans l’ensemble, 67,8 % de la population admissible a eu recours au Programme des services de santé non assurés au cours de la période de trois ans sur laquelle porte notre analyse. Toutefois, cette proportion va de 44,6 % dans la partie nord des Territoires du Nord-ouest et du Nunavut à 83,2 % en Saskatchewan. La structure d’âge de la population bénéficiaire et l’étendue/type de la protection offerte par les régimes d’assurance-médicaments des provinces et des territoires peuvent également expliquer cet écart important.

<b>Services de santé non assurés - 1999-2000 à 2001-2002</b>	
Prov. atlantiques	60,6 %
Québec	63,4 %
Ontario	57,5 %
Manitoba	71,0 %
Saskatchewan	83,2 %
Alberta	81,5 %
Colombie-Britannique	68,1 %
Yukon	61,4 %
T. N.-O et Nunavut	44,6 %
Toutes les régions	67,8 %

**Tableau 2.3**  
**Proportion de bénéficiaires du Programme des SSNA par rapport à la population admissible 1999-2000 à 2001-2002**

# 3

## Programme des services de santé non assurés - Statistiques descriptives sur l'utilisation faite des médicaments

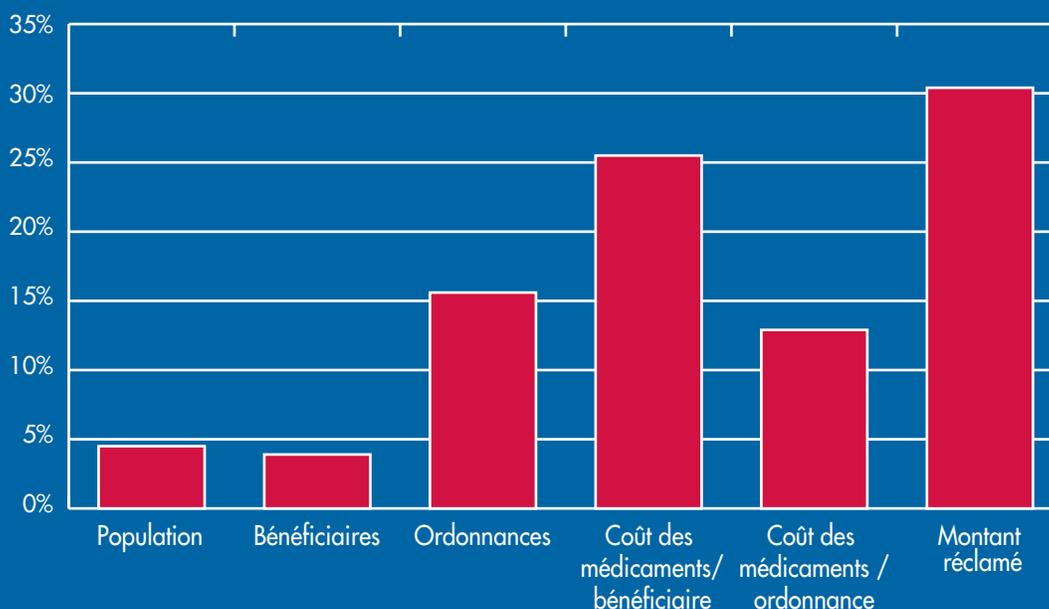


### 3.1 – Facteurs généraux ayant une incidence sur les dépenses en médicaments

Le graphique 3.1 donne un aperçu des facteurs ayant favorisé la croissance des dépenses en médicaments du Programme des SSNA (volet pharmaceutique) entre 1999-2000 et 2001-2002. Au cours de cette période, la population admissible au Programme des SSNA a augmenté de 4,5 %, la valeur des réclamations de 30,4 %, le coût moyen des médicaments par ordonnance de 12,9 %, tandis que le nombre total d'ordonnances de 15,6 %. Le nombre total de bénéficiaires a augmenté de 3,9 % et le coût moyen des médicaments par bénéficiaire de 25,5 %.

Graphique 3.1

Taux de variation des montants réclamés et des facteurs de contribution SSNA 1999-2000 - 2001-2002



Il importe de préciser que différents facteurs peuvent exercer une influence sur le coût d'une ordonnance. Au nombre de ces facteurs, citons le prix départ-usine unitaire, les marges bénéficiaires du grossiste et du détaillant, les variations du volume des ordonnances, les changements des habitudes d'ordonnance des médecins (qui remplacent un médicament moins dispendieux et disponible sur le marché depuis un certain nombre d'années par un médicament plus récent offert à plus haut prix); une propension à utiliser une pharmacothérapie et l'ajout de nouvelles indications et de nouveaux médicaments pour les maladies qui n'étaient auparavant pas soignées à l'aide de médicaments. La section qui suit et la section 5 (analyse des facteurs d'augmentation des coûts des médicaments) présentent une évaluation plus exhaustive de l'ampleur relative des différents facteurs sur les variations de la valeur annuelle des dépenses en médicaments.

## 3.2 – Composantes du coût des dépenses en médicaments

### 3.2.1 – Remboursement des coûts

Le tableau 3.1 qui suit s'intéresse aux variations annuelles du coût total alloué des médicaments selon les différentes composantes suivantes :<sup>11</sup>

1. Variations du coût des médicaments par ordonnance (Rx)
2. Variations du nombre d'ordonnances par bénéficiaire<sup>12</sup>
3. Variations du nombre de bénéficiaires
4. Variations résiduelles

Exercice	Coût accepté	Coût accepté / Rx	Rx/Bénéficiaire	Nbre de bénéficiaires	Variation Résiduelle
2000-2001	13,3 %	5,9 %	4,3 %	2,5 %	0,6 %
2001-2002	14,6 %	6,1 %	6,6 %	1,4 %	0,5 %

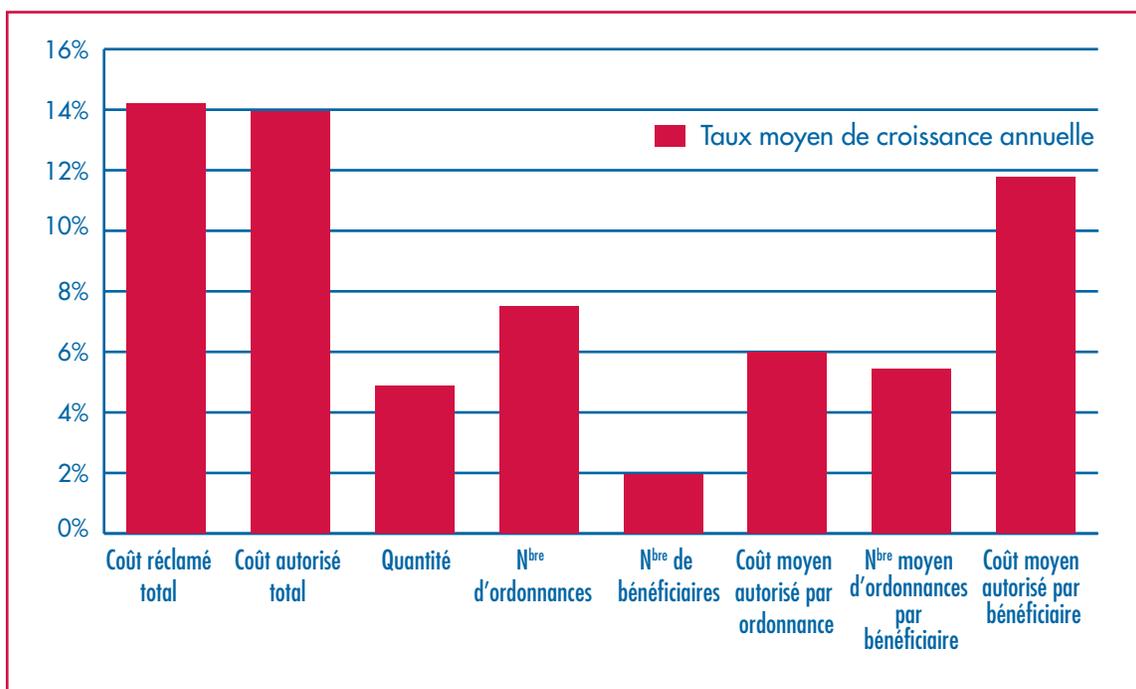
**Tableau 3.1**  
Taux de variation des coûts alloués et des composantes du Programme des services de santé non assurés 1999-2000 à 2001-2002

En 2001-2002, le régime d'assurance-médicaments a enregistré le plus haut pourcentage de variation du coût du médicament alloué, qui est passé de 13,3 % qu'il était en 2000-2001 à 14,6 %. De même, le coût moyen du médicament par ordonnance a augmenté de 6,1 %. D'une façon générale, ce sont les variations du coût alloué par ordonnance et du nombre d'ordonnances par bénéficiaire qui ont été essentiellement à la source de l'augmentation du coût du médicament alloué. Le nombre de bénéficiaires a dans une moindre mesure contribué à l'augmentation du coût du médicament alloué.

Le graphique 3.2 donne un aperçu des taux de croissance annuels moyens des différents facteurs d'augmentation des coûts entre 1999-2000 et 2001-2002. Tous les éléments affichent à des degrés différents un taux moyen de croissance annuelle positif. Entre 1999-2000 et 2001-2002, le nombre de bénéficiaires ayant reçu des services du Programme des services de santé non assurés a très peu augmenté en comparaison avec le coût total réclamé (14,2 %) et le coût alloué au médicament (13,95 %). Le taux de croissance annuelle moyen du nombre d'ordonnances a également augmenté d'une façon assez marquée (7,5 %).

## Graphique 3.2

Taux moyen de croissance annuelle de certains facteurs  
Programme des SSNA  
1999-2000 à 2001-2002



Comme on peut le voir dans le tableau 3,2, le coût moyen alloué par ordonnance a augmenté de 12,3 % entre 1999-2000 et 2001-2002 tandis que le nombre d'ordonnances par bénéficiaire a augmenté de 10,9 % au cours de la même période. Le coût moyen alloué par bénéficiaire a augmenté de 82,9 \$ (en dollars courants) ou de 24,9 % au cours de la même période de trois ans.

## Tableau 3.2

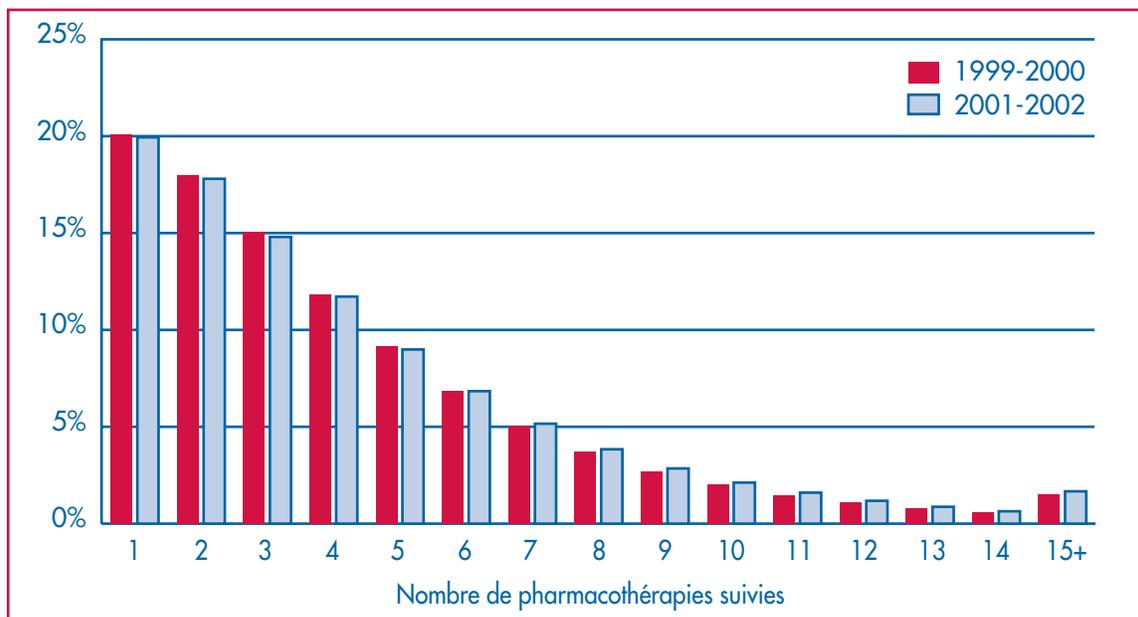
Tendances générales des ordonnances par bénéficiaire  
Programme des SSNA  
1999-2000 à 2001-2002

Exercice	Coût moyen alloué par ordonnance	Nbre moyen d'ordonnances par bénéficiaire	Coût moyen alloué par bénéficiaire
1999-2000	24,3	13,7	332,6
2000-2001	25,7	14,3	367,6
2001-2002	27,3	15,2	415,5

### 3.2.2 – Intensité de l'utilisation des médicaments

On peut mesurer l'intensité de l'utilisation faite des médicaments autrement qu'en calculant la moyenne du nombre d'ordonnances par bénéficiaire. On peut en effet examiner le nombre de pharmacothérapies prescrites chaque année aux bénéficiaires. Dans une certaine mesure, le nombre de pharmacothérapies prescrites à un patient peut permettre d'évaluer la condition de santé de la population de bénéficiaires.<sup>13</sup> Aux fins de la présente analyse, les différentes thérapies sont celles inscrites au deuxième niveau de la classification ATC. Le niveau ATC2 est un groupe thérapeutique principal défini par l'Organisation mondiale de la santé aux fins de l'analyse interjuridictionnelle de l'utilisation. Prenons comme exemple de médicaments inscrits le niveau A10 - médicaments utilisés pour traiter le diabète.<sup>14</sup> Ainsi, un bénéficiaire qui n'a fait remplir en 1999-2000 que des ordonnances de médicaments indiqués pour le diabète serait considéré comme n'ayant consommé qu'un seul agent thérapeutique au cours de l'année.

Le graphique 3.3 et le tableau 3.3 présentent la distribution des bénéficiaires du Programme de SSNA (volet pharmaceutique) selon le nombre de pharmacothérapies prescrites en 1999-2000 par rapport à 2001-2002. Entre 1999-2000 et 2001-2002, le pourcentage de bénéficiaires ayant soumis une demande de remboursement de médicaments appartenant à un seul et même groupe thérapeutique a été assez constant, se situant à 20,1 % en 1999-2000 et à 19,4 % en 2001-2002. De même, le pourcentage de bénéficiaires ayant soumis une demande de remboursement pour des médicaments appartenant à quatre groupes thérapeutiques et moins s'est maintenu à environ 65 % alors que le pourcentage de bénéficiaires soumis à cinq pharmacothérapies et plus était d'environ 35 %.



**Graphique 3.3**

**Distribution des bénéficiaires selon le nombre de pharmacothérapies suivies**

Programme des SSNA (volet Pharmaceutique)  
1999-2000 c.  
2001-2002

Niveau 2 du système ATC	Nbre de bénéficiaires 1999-2000	Nbre de bénéficiaires 2001-2002	% de variation entre 1999-2000 et 2001-2002
1	93 086	95 991	3,1 %
2	83 421	85 693	2,7 %
3	69 718	71 231	2,2 %
4	54 898	56 417	2,8 %
5	42 353	43 281	2,2 %
6	31 767	32 912	3,6 %
7	23 432	24 827	6,0 %
8	17 237	18 489	7,3 %
9	12 568	13 713	9,1 %
10	9 308	10 182	9,4 %
11	6 864	7 682	11,9 %
12	5 106	5 689	11,4 %
13	3 798	4 165	9,7 %
14	2 679	3 059	14,2 %
15+	6 935	8 059	16,2 %
Total	463 170	481 390	3,9 %

**Tableau 3.3**

**Utilisation selon le nombre de groupes thérapeutiques (Niveau 2 du système ATC)**

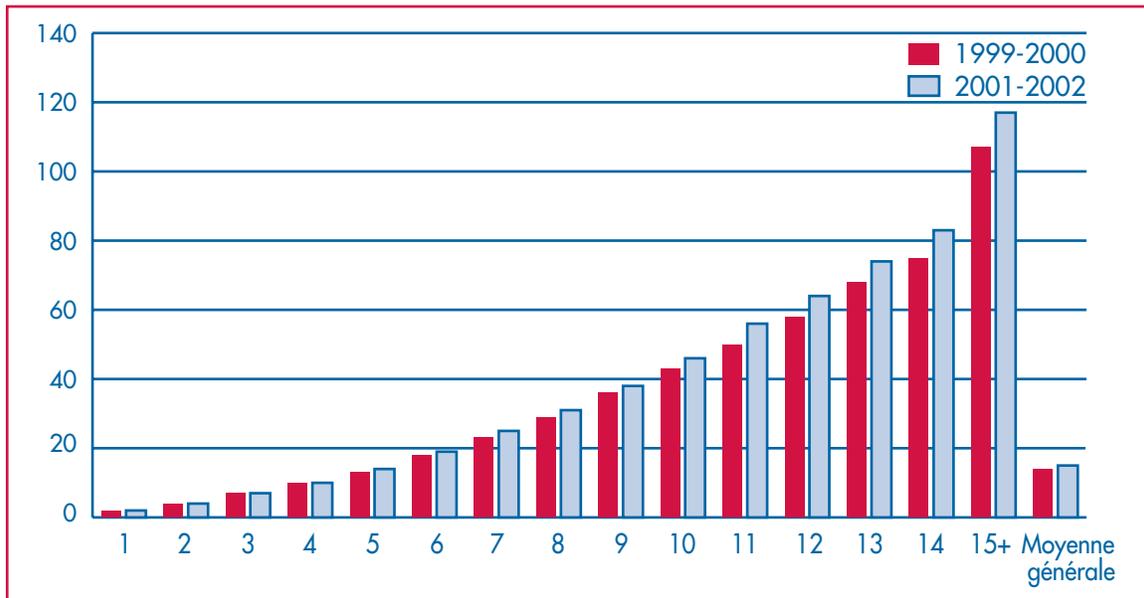
Programme des SSNA (volet pharmaceutique)  
1999-2000 et  
2001-2002

Le graphique 3.4 donne un aperçu du nombre moyen d'ordonnances par bénéficiaire selon le nombre de pharmacothérapies prescrites. Par exemple, les bénéficiaires qui n'ont été soumis qu'à une seule pharmacothérapie en 1999-2000 présentent une moyenne de deux ordonnances par exercice. Le graphique 3.5 nous informe sur la variation du coût moyen des remboursements par bénéficiaire selon le nombre de pharmacothérapies. Ce sont les bénéficiaires consommant des médicaments de la 2<sup>e</sup> catégorie ATC ou les bénéficiaires consommant des médicaments de seulement deux groupes thérapeutiques principaux qui ont été à la source, entre 1999-2000 et 2001-2002, de l'augmentation la plus modeste du coût alloué par bénéficiaire (16,6 %) alors que les bénéficiaires utilisant des médicaments de la catégorie 12 ont été à la source de l'augmentation la plus élevée (27,2 %) au cours de la même période. L'augmentation moyenne du coût alloué par bénéficiaire est de 24,9 % pour cette période.

### Graphique 3.4

Nombre moyen d'ordonnances par bénéficiaire selon le nombre de pharmacothérapies suivies

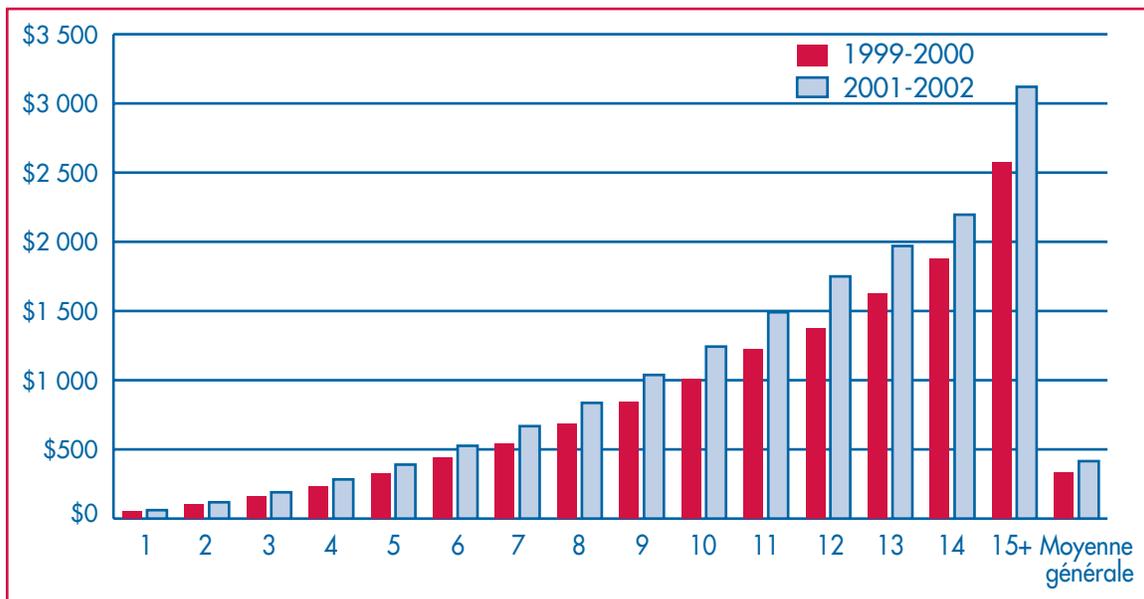
Programme des SSNA (volet pharmaceutique)  
1999-2000 c.  
2001-2002



### Graphique 3.5

Moyenne des coûts des médicaments alloués par bénéficiaire selon le nombre de pharmacothérapies suivies

Programme des SSNA (volet pharmaceutique)  
1999-2000 c.  
2001-2002



## Analyse du prix - selon le segment du marché

### 4.1 – Dépenses selon le segment du marché

Les dépenses totales en médicaments ont augmenté de façon constante entre 1999-2000 et 2001-2002. En effet, au cours de cette période, les dépenses ont augmenté en moyenne de 18,3 % par année, ce qui représente une augmentation totale de 40 % sur trois ans. La présente section fait rapport des tendances des dépenses en médicaments et des prix selon le type de médicaments.<sup>15</sup>

Le tableau 4.1 présente la valeur totale des dépenses pour tous les médicaments puis la ventile selon qu'il s'agisse de médicaments brevetés ou non brevetés, de médicaments de marque ou génériques. Le tableau 4.1 divise également les dépenses en médicaments non brevetés selon qu'ils proviennent de fournisseur exclusif ou de fournisseurs multiples.<sup>16</sup>

Exercice	Tous les médicaments (millions \$)	Médicaments brevetés (millions \$)	Médicaments non brevetés (millions \$)	Médicaments de marque (millions \$)	Médicaments génériques (millions \$)	Médicaments non brevetés à fournisseurs multiples (millions \$)	Médicaments non brevetés à fournisseur exclusif (millions \$)
1999-2000	80,48	45,32	35,17	58,11	22,38	27,32	7,84
2000-2001	94,72	56,27	38,45	69,96	24,75	29,31	9,14
2001-2002	112,71	70,02	42,69	83,65	29,06	33,32	9,37
<b>% de l'ensemble des dépenses</b>							
1999-2000	100,0	56,31	43,69	72,20	27,80	77,70	22,30
2000-2001	100,0	59,41	40,59	73,86	26,14	76,22	23,77
2001-2002	100,0	62,12	37,88	74,21	25,79	78,05	21,95

**Tableau 4.1**  
Valeur réclamée selon le segment du marché  
Programme des SSNA (volet pharmaceutique)  
1999-2000 à 2001-2002

Beaucoup croient, mais à tort, que les fabricants de médicaments de marque distribuent essentiellement des médicaments brevetés. Comme on peut le constater dans le tableau 4.1, la valeur totale des dépenses en médicaments de marque est, année après année, largement supérieure aux dépenses en médicaments brevetés. Autrement dit, les ventes des fabricants de médicaments de marque sont largement réparties entre des médicaments brevetés et des médicaments non brevetés. La proportion des ventes des médicaments brevetés n'a cessé de croître au cours des différentes années constituant la période d'analyse. En 1999-2000, les médicaments brevetés ont totalisé 56,3 % des ventes des médicaments et cette proportion a atteint 62,1 % en 2001-2002. À titre de comparaison, les données que les brevetés ont fourni au CEPMB révèlent que les dépenses en médicaments brevetés ont représenté 61,8 % du marché en 2002.<sup>17</sup>

Quant aux dépenses en médicaments non brevetés, elles totalisaient 35,2 millions de dollars en 1999-2000 et, par la suite, ont augmenté d'environ 10 % par année pour totaliser 42,7 millions en 2001-2002. Le pourcentage des dépenses en médicaments non brevetés a diminué d'année en année, passant de 43,7 % en 1999-2000 à 37,9 % en 2001-2002. Les dépenses en médicaments brevetés ont augmenté pour leur part d'une moyenne de 24,3 % par année ou, exprimé autrement, sont passées de 45,3 millions de dollars en 1999-2000 à 70,0 millions en 2001-2002, ce qui représente une augmentation totale de 54,5 % ou de 24,7 millions de dollars sur trois ans et la majeure partie de l'augmentation de 32,2 millions de dollars de l'ensemble des dépenses en médicaments.

La valeur des dépenses en médicaments de marque et en médicaments génériques a augmenté d'une façon continue entre 1999-2000 et 2001-2002, mais le taux moyen d'augmentation annuelle des dépenses en médicaments de marque a toujours été largement supérieur à celui des médicaments génériques - à savoir de 20,0 % pour les médicaments de marque versus 14,0 % pour les médicaments génériques. En raison de cette plus forte augmentation relative des dépenses en médicaments de marque, ces médicaments étaient à la source de 74,2 % de toutes les dépenses en médicaments en 2001-2002 alors que la proportion des dépenses en médicaments génériques a diminué, passant de 27,8 % à 25,8 % entre 1999-2000 et 2001-2002. Durant la période visée par l'analyse, les taux de croissance annuelle des médicaments des deux catégories ont fluctué, mais le taux de croissance des médicaments de marque a toujours été plus élevé.

Entre 1999-2000 et 2001-2002, les dépenses en médicaments non brevetés à fournisseur multiples ont augmenté de 10,5 % alors que celles en médicaments non brevetés à fournisseur exclusif ont augmenté de 9,5 %. Pour la période sur laquelle portait notre analyse, les parts des dépenses en médicaments non brevetés distribués par des sources multiples ou par une source exclusive sont demeurées relativement stables. En 2001-2002, 78,05 % (33,3 millions de dollars) des dépenses en médicaments non brevetés étaient associées à des médicaments à fournisseurs multiples et 21,95 % (9,37 millions de dollars), à des médicaments à fournisseur exclusif.

Les coûts susmentionnés comprennent la part pouvant avoir été assumée par les bénéficiaires.

## 4.2 – Analyse de l'IPC par segment du marché<sup>18</sup>

Il est possible de mesurer les variations de prix des médicaments sur le marché pharmaceutique en calculant la variation relative de l'Indice des prix à la consommation (IPC). La *Loi sur les brevets* prévoit que le CEPMB doit tenir compte des variations de l'IPC lorsqu'il est appelé à déterminer si le prix d'un médicament breveté est excessif. Les Lignes directrices du CEPMB limitent les augmentations des prix des médicaments brevetés aux augmentations de l'IPC. La méthodologie de l'Indice des prix des médicaments brevetés du CEPMB a été utilisée dans la présente analyse pour déterminer les augmentations de prix par rapport à l'IPC.

Les tableaux 4.2 à 4.5 examinent les augmentations de prix par rapport aux variations du taux annuel moyen de l'IPC pour les exercices 1999-2000 à 2001-2002.

Le tableau 4.2 présente des renseignements sur les variations de prix entre 1999-2000 et 2001-2002 par rapport aux changements de l'IPC durant toute cette période. L'IPC affichait une augmentation annuelle moyenne de 2,6 % pour cette période. Des 418 médicaments non brevetés qui ont augmenté davantage que l'IPC, 16 % étaient des médicaments non brevetés à fournisseur exclusif et 78,9 %, des médicaments non brevetés à fournisseurs multiples. Des 1 432 médicaments génériques pris en compte dans la présente analyse, 56,9 % affichaient des augmentations de prix supérieures à l'IPC pour la période allant de l'exercice 1999-2000 à l'exercice 2001-2002.

Même si 9,1 % des médicaments brevetés ont augmenté davantage que l'IPC, les augmentations de prix de ces médicaments ont été jugées conformes aux Lignes directrices du CEPMB. Cette contradiction apparente peut s'expliquer de deux façons. Premièrement, la définition du mot « prix » utilisée dans le présent rapport n'est pas la même que celle utilisée par le CEPMB qui fait référence aux prix départ-usine. La base de données du Programme des services de santé non assurés ne permet que l'analyse des prix incluant la marge bénéficiaire du grossiste. Deuxièmement, le CEPMB exerce le suivi des augmentations des prix départ-usine sur une période de trois ans, ce qui peut permettre dans une de ces années une augmentation supérieure à l'IPC. Troisièmement, le CEPMB effectue son analyse de prix sur la base de l'année civile alors que, dans la présente étude, l'examen des tendances des prix se fait sur la base d'un exercice financier.

Entre 1999-2000 et 2001-2002, les prix des médicaments en général ont augmenté, sauf ceux des médicaments brevetés qui, eux, ont reculé de 0,1 %. D'une façon générale, les prix des médicaments de toutes catégories ont augmenté d'une moyenne de 2,9 %. Ce sont les prix des médicaments génériques qui ont accusé l'augmentation la plus marquée (4,6 %) suivis des médicaments non brevetés (3,4 %). Si les médicaments ayant augmenté plus que l'IPC n'avaient pu augmenter plus que l'IPC, le régime d'assurance-médicaments aurait économisé environ 990 575 \$ en 2001-2002, ce qui représente moins de 1 % de l'ensemble des dépenses pour tous les DIN. Environ 95,6 % de cette incidence financière peut être associée aux médicaments non brevetés et 69,9 %, aux médicaments de marque.

Les tableaux 4.3, 4.4 et 4.5 nous présentent des détails sur la distribution des augmentations de prix des médicaments figurant dans les trois premières colonnes du tableau 4.2 et qui affichaient pour les exercices 1999-2000 à 2001-2002 des augmentations de prix supérieures à l'IPC. De tous les médicaments dont l'augmentation de prix a été supérieure à l'IPC, environ 63,7 % dépassaient l'IPC de moins de 10 %. Quant aux médicaments affichant des augmentations de prix supérieures à l'IPC, approximativement 63,7 % dépassaient de moins de 10 % le taux de croissance de l'IPC, le taux moyen d'augmentation était de 26,2 % pour la période de l'analyse alors que le taux d'augmentation des prix des médicaments non brevetés se situait à 27,7 %.

Tableau 4.2

Médicaments dont la moyenne d'augmentation des prix entre 1999-2000 et 2001-2002 est supérieure à la moyenne des augmentations de l'IPC

Segment du marché	N <sup>bre</sup> total de DIN	N <sup>bre</sup> de DIN dont le prix a augmenté davantage que l'IPC	Pourcentage du marché affichant des augmentations supérieures à celles de l'IPC	Pourcentage des médicaments affichant des augmentations supérieures à celles de l'IPC	
Tous les médicaments	2 513	450	17,9	100,0	
Méd. brevetés	342	31	9,1	6,9	
Méd. non brevetés	2 154	418	19,4	92,9	
Méd. brevetés à fournisseur exclusif	225	16	7,1	3,5	
Méd. non brevetés à fournisseur exclusif	285	67	23,5	14,9	
Méd. non brevetés à fournisseurs multiples	1786	330	18,50	73,3	
Méd. de marque/méd. génériques sur le même marché	1 519	239	15,7	53,1	
Méd. génériques	1 432	256	17,9	56,9	
Méd. de marque	1 081	194	17,9	43,1	
Segment du marché	Moyenne d'augmentation de prix pour tous les DIN %	Moyenne des augmentations de prix supérieures à celles de l'IPC %	Incidence financière (\$) 2001-2002	Dépenses en DIN dont les augmentations ont été supérieures à celles de l'IPC (en 2001-2002) (\$)	Incidence de l'ensemble des dépenses sur le ratio de tous les DIN (x 100)
Tous les médicaments	2,9	26,2	990 575	6 398 735	0,94
Méd. brevetés	-0,1	6,8	43 697	965 569	0,04
Méd. non brevetés	3,4	27,7	946 877	5 433 151	0,90
Méd. brevetés à fournisseur exclusif	0,1	8,6	30 048	415 152	0,03
Méd. non brevetés à fournisseur exclusif	3,3	18,3	149 045	2 021 440	0,14
Méd. non brevetés à fournisseurs multiples	3,5	30,1	750 014	3 157 180	0,71
Méd. de marque/méd. génériques sur le même marché	2.6	30.7	673,078	2,477,277	0.64
Méd. génériques	4.6	35.6	298,231	1,359,674	0.28
Méd. de marque	0.7	13.9	692,343	5,039,060	0.66

Variation de prix + que l'IPC	Nbre de DINs	% de DIN dont le prix a augmenté plus que l'IPC	Incidence monétaire (\$) 2001-2002	% de l'incidence totale	Dépenses totales 2001-2002 (\$)	Incidence par rapport au ratio des dépenses totales (x 100) 2001-2002
0 - 2 %	115	4,6	25 342	2,6	1 614 202	1,6
2 % - 5 %	93	3,7	116 894	11,8	2 030 705	5,8
5 % - 10 %	79	3,1	109 923	11,1	787 848	14,0
10 % - 20 %	57	2,3	89 545	9,0	350 028	25,6
20 % - 50 %	65	2,6	524 278	52,9	1 431 648	36,6
> 50 %	41	1,6	124 594	12,6	184 305	67,6
<= IPC	2 063	n.a.	n.a.	n.a.	99 295 086	n.a.
Total	2 513	17,9	990 575	100,0	105 693 822	0,9

**Tableau 4.3**  
Distribution des médicaments dont la moyenne des augmentations de 1999-2000 à 2001-2002 a été supérieure à la moyenne des augmentations de l'IPC  
SSNA  
1999-2000 à 2001-2002

Variation de prix + que l'IPC	Nbre de DINs	% de DIN dont le prix a augmenté plus que l'IPC	Incidence monétaire (\$) 2001-2002	% de l'incidence totale	Dépenses totales 2001-2002 (\$)	Incidence par rapport au ratio des dépenses totales (x 100) 2001-2002
0 - 2 %	18	5,3	12 029	27,50	731 018	1,6
2 % - 5 %	7	2,0	5 974	13,70	149 340	4,0
5 % - 10 %	3	0,9	85	0,20	719	11,9
10 % - 20 %	1	0,3	6 474	14,80	26 820	24,1
20 % - 50 %	2	0,6	19 134	43,80	57 671	33,2
<= CPI	311	n.a.	n.a.	n.a.	65 334 611	n.a.
Total	342	9,1	43 697	100,00	66 300 181	0,10

**Tableau 4.4**  
Distribution des médicaments brevetés dont la moyenne des augmentations de 1999-2000 à 2001-2002 a été supérieure à la moyenne des augmentations de l'IPC  
SSNA  
1999-2000 à 2001-2002

Variation de prix + que l'IPC	Nbre de DINs	% de DIN dont le prix a augmenté plus que l'IPC	Incidence monétaire (\$) 1999-2000	% de l'incidence totale	Dépenses totales 1999-2000 (\$)	Incidence par rapport au ratio des dépenses totales (x 100) 2001-2002
0 - 2 %	96	4,5	13 312	1,40	883 168	1,50
2 % - 5 %	86	4,0	110 919	11,70	1 881 364	5,90
5 % - 10 %	76	3,5	109 837	11,60	787 128	14,00
10 % - 15 %	56	2,6	83 070	8,80	323 207	25,70
15 % - 50 %	63	2,9	505 143	53,30	1 373 976	36,80
> 50 %	41	1,9	124 594	13,20	184 304	67,60
<= CPI	1 736	n.a.	n.a.	n.a.	33 176 093	n.a.
Total	2 154	19,4	946 877	100,00	38 609 245	17,40

**Tableau 4.5**  
Distribution des médicaments non brevetés dont la moyenne des augmentations de 1999-2000 à 2001-2002 a été supérieure à la moyenne des augmentations de l'IPC  
SSNA  
1999-2000 à 2001-2002

## 4.3 – Indices de prix, de coût et de volume

### 4.3.1 – Introduction

Dans la présente section du rapport, nous analysons les tendances de prix et de volume du Programme de services de santé non assurés (volet pharmaceutique) pour les exercices 1999-2000 à 2001-2002. Les variations de prix sont habituellement calculées à l'aide d'un indice de prix comme, dans le présent cas, l'IPC. Les indices de prix sont pondérés par la quantité et les indices de quantité (volume), par le prix. Il existe différentes façons de calculer les indices de prix et celles-ci peuvent mener à des résultats différents selon l'hypothèse de départ. Au nombre des facteurs exerçant une influence sur les résultats et sur les conclusions concernant les tendances des prix, citons l'échantillonnage de médicaments utilisés pour le calcul de l'indice, la fréquence de mise à jour des prix, du volume et du « panier de médicaments », les critères de définition d'un « nouveau médicament » et le système de pondération utilisé. Diverses approches de construction d'un indice ont été prises en compte dans la présente étude afin de connaître les résultats auxquels donnent lieu différentes hypothèses et, pour la gouverne des lecteurs, faciliter leur interprétation d'un indice des prix.

La présente section du rapport présente :

- Un panier constant (même échantillonnage de médicaments) et système de pondération de Paasche
- Un panier variable et indices-chaîne de Laspeyres comme système de pondération.<sup>19</sup>

L'annexe IV du présent rapport présente trois autres indices et leurs méthodologies respectives. L'analyse est faite au niveau du médicament ou de sa bioéquivalence chimique.<sup>20</sup> Les médicaments présentant un ou des nouveaux ingrédients actifs, de nouvelles concentrations, une nouvelle forme posologique ou une nouvelle voie d'administration ont été considérés comme de nouveaux médicaments.

### 4.3.2 – Résultats

Le panier constant et l'indice de pondération de prix Paasche (PC et IPPP) utilise la distribution de l'utilisation présentée dans l'analyse de l'exercice précédent, en l'occurrence de l'exercice 2001-2002. Il permet de calculer les tendances des prix du Programme de services de santé non assurés (volet pharmaceutique) pour la période de 1999-2000 à 2001-2002.<sup>21</sup> Les médicaments qui n'étaient pas offerts sur le marché canadien entre 1999-2000 et 2001-2002 sont systématiquement exclus de l'indice. L'indice Paasche permet de mesurer le coût d'un panier de médicaments à l'aide de la distribution de l'utilisation des médicaments constituant le panier pour toute la période de l'analyse. D'autre part, l'indice-chaîne de prix Laspeyres (ICPL) met annuellement à jour le panier et les pondérations. La présentation des deux indices donne un aperçu de l'effet qu'entraînent l'ajout de nouveaux médicaments et la mise à jour des facteurs de pondération des tendances enregistrées.

Comme on peut le constater dans le tableau 4.6, les prix payés pour tous les médicaments par le Programme de services de santé non assurés (volet pharmaceutique) ont reculé de presque 1,85 % selon le PC et IPPP et d'environ 1,93 % selon ICPL.<sup>22</sup> Par ailleurs, les indices de volume ont augmenté sensiblement entre 1999-2000 et 2001-2002. En effet, le panier constant et l'indice de pondération de volume Paasche (PC et IPVP) a augmenté de 40,2 % et l'Indice-chaîne de volume Laspeyres (ICVL), de 41,8 %.

Tableau 4.6

Tous les médicaments  
Analyse des indices des prix et des volumes  
Programme des SSNA  
1999-2000 à 2001-2002

Exercice	Panier constant et Indices des prix et des volumes Paasche					Indice des prix et des volumes Laspeyres (IPL et IVL)				
	N <sup>bre</sup>	Indice des prix	Variation %	Indice des volumes	Variation %	N <sup>bre</sup>	Indice des prix	Variation %	Indice des volumes	Variation %
1999-2000		100,00		100,00			100,00		100,00	
2000-2001	1056	98,77	-1,23	119,67	19,67	1103	98,68	-1,32	118,18	18,18
2001-2002	1056	98,15	-0,63	140,25	17,19	1108	98,07	-0,61	141,88	20,05

Les tableaux 4.7 à 4.14 appliquent la méthodologie précédemment décrite, mais présentent les résultats selon le segment du marché. Les indices PC et IPPP, ICPL et les indices des volumes parallèles y sont présentés pour tous les médicaments brevetés, les médicaments brevetés à fournisseur exclusif, tous les médicaments non brevetés, les médicaments non brevetés à fournisseurs multiples, les médicaments de marque subissant la concurrence de médicaments génériques, les médicaments génériques et les médicaments de marque.

D'une façon générale, les variations de prix mesurés à l'aide de l'indice-chaîne des prix Laspeyres et l'indice des prix Paasche avec un panier constant étaient assez semblables en termes d'orientation et d'ampleur. Exception faite des prix des médicaments non brevetés à fournisseur exclusif, les prix des médicaments des différentes catégories ont été assez stables lorsqu'ils n'ont pas enregistré de légers reculs. Les indices des volumes des médicaments des différentes catégories ont augmenté, mais les différences sont plus marquées entre les catégories de médicaments.

Les prix des médicaments brevetés ont diminué de 0,4 % à 0,23 % et ceux de médicaments non brevetés de 1,73 % avec l'indice PC et IPPP et de 1,53 % avec l'ICPL. Les volumes des médicaments brevetés ont beaucoup plus augmenté (52,7 % - 54,31 %) que ceux des médicaments non brevetés (19,7 % - 21,7 %).

Les médicaments brevetés à fournisseur exclusif représentent environ 70 % de tous les DIN brevetés. Tel que noté au tableau 4.8, les diminutions de prix sont relativement modestes, mais ce segment de marché tient le haut du pavé au niveau de l'intensité de l'utilisation des médicaments avec des augmentations de volume de 77,6 % (PC et IPVP) et de 78,45 % (ICVL).

Les médicaments non brevetés peuvent également faire l'objet d'un examen aux titres suivants : tous les médicaments non brevetés, médicaments non brevetés à fournisseur exclusif et médicaments non brevetés à fournisseurs multiples. Dans le présent cas, l'évolution des diminutions de prix dans les autres catégories de médicaments est interrompue par les diminutions de 2,2 % et de 3,0 % des prix des médicaments non brevetés à fournisseur exclusif. Dans notre analyse, ce segment de marché s'inscrit également au deuxième rang des augmentations de volume les plus marquées, allant de 62,3 % (PC et IPVP) à 64,1 % (ICVL).

D'autre part, les médicaments non brevetés à fournisseurs multiples ont enregistré des diminutions modestes de prix (1,40 % et 1,78 %) ainsi que des augmentations modérées de volume (10,6 % et 10,8 %).

De toutes les catégories, c'est au niveau des médicaments de marque et de leurs pendants génériques que les diminutions de prix sont les plus marquées (4,1 % avec PC et IPPP) et 3,8 % avec ICPL). Ce segment de marché a également enregistré les plus faibles augmentations de volume (environ 6,0 %) de toutes les catégories de médicaments prises en compte dans notre analyse.

Si l'on compare les médicaments de marque aux médicaments génériques, on remarque une stabilité relative des prix avec des variations de l'ordre de -0,02 % à 0,07 % pour les médicaments de marque et de -1,68 % à -1,76 % pour les médicaments génériques. Toutefois, cette stabilité relative des prix est contrebalancée par des augmentations importantes du volume, plus particulièrement dans le cas des médicaments de marque. Des augmentations de volume de l'ordre de 40,97 % à 42,75 % ont été notées pour les médicaments de marque, et de 25,45 % et 24,34 % pour les médicaments génériques.

#### Tableau 4.7

Médicaments brevetés  
Analyse des indices de prix et de volume  
SSNA  
1999-2000 à 2001-2002

Exercice	Panier constant et Indices des prix et des volumes Paasche					Indice des prix et des volumes Laspeyres (IPL et IVL)				
	N <sup>bre</sup>	Indice des prix	Variation %	Indice des volumes	Variation %	N <sup>bre</sup>	Indice des prix	Variation %	Indice des volumes	Variation %
1999-2000		100,00		100,00			100,00		100,00	
2000-2001	304	99,61	-0,39	127,14	27,14	327	99,72	-0,28	124,33	24,33
2001-2002	304	99,64	0,03	152,67	20,08	332	99,77	0,04	154,31	24,11

#### Tableau 4.8

Médicaments brevetés à fournisseur exclusif  
Analyse des indices des prix et des volumes  
SSNA  
1999-2000 à 2001-2002

Exercice	Panier constant et Indices des prix et des volumes Paasche					Indice des prix et des volumes Laspeyres (IPL et IVL)				
	N <sup>bre</sup>	Indice des prix	Variation %	Indice des volumes	Variation %	N <sup>bre</sup>	Indice des prix	Variation %	Indice des volumes	Variation %
1999-2000		100,00		100,00			100,00		100,00	
2000-2001	215	99,65	-0,35	138,41	38,41	239	99,76	-0,24	133,83	33,83
2001-2002	215	99,75	0,10	177,58	28,30	244	99,96	0,20	178,55	33,41

#### Tableau 4.9

Médicaments non brevetés  
Analyse des indices des prix et des volumes  
SSNA  
1999-2000 à 2001-2002

Exercice	Panier constant et Indices des prix et des volumes Paasche					Indice des prix et des volumes Laspeyres (IPL et IVL)				
	N <sup>bre</sup>	Indice des prix	Variation %	Indice des volumes	Variation %	N <sup>bre</sup>	Indice des prix	Variation %	Indice des volumes	Variation %
1999-2000		100,00		100,00			100,00		100,00	
2000-2001	801	98,56	-1,44	110,45	10,45	841	98,73	-1,27	108,81	8,81
2001-2002	801	98,27	-0,29	119,71	8,39	835	98,47	-0,26	121,65	11,80

#### Tableau 4.10

Médicaments non brevetés à fournisseur exclusif  
Analyse des indices des prix et des volumes  
SSNA  
1999-2000 à 2001-2002

Exercice	Panier constant et Indices des prix et des volumes Paasche					Indice des prix et des volumes Laspeyres (IPL et IVL)				
	N <sup>bre</sup>	Indice des prix	Variation %	Indice des volumes	Variation %	N <sup>bre</sup>	Indice des prix	Variation %	Indice des volumes	Variation %
1999-2000		100,00		100,00			100,00		100,00	
2000-2001	279	100,18	0,18	128,87	28,87	337	100,79	0,79	129,98	29,98
2001-2002	279	102,19	2,01	162,32	25,96	314	103,00	2,19	164,10	26,25

Exercice	Panier constant et Indices des prix et des volumes Paasche					Indice des prix et des volumes Laspeyres (IPL et IVL)				
	N <sup>bre</sup>	Indice des prix	Variation %	Indice des volumes	Variation %	N <sup>bre</sup>	Indice des prix	Variation %	Indice des volumes	Variation %
1999-2000		100,00		100,00			100,00		100,00	
2000-2001	449	98,42	-1,58	106,34	6,34	473	98,53	-1,47	103,55	3,55
2001-2002	449	98,60	0,19	110,61	4,01	472	98,22	-0,31	110,84	7,04

Tableau 4.11

Médicaments non brevetés à fournisseurs multiples

Analyse des indices des prix et des volumes

SSNA

1999-2000 à 2001-2002

Exercice	Panier constant et Indices des prix et des volumes Paasche					Indice des prix et des volumes Laspeyres (IPL et IVL)				
	N <sup>bre</sup>	Indice des prix	Variation %	Indice des volumes	Variation %	N <sup>bre</sup>	Indice des prix	Variation %	Indice des volumes	Variation %
1999-2000		100,00		100,00			100,00		100,00	
2000-2001	329	96,20	-3,80	102,21	2,21	352	97,35	-2,65	102,27	2,27
2001-2002	329	95,86	-0,35	106,33	4,04	348	96,22	-1,16	106,21	3,85

Tableau 4.12

Médicaments de marchés où il y a concurrence des médicaments de marque et des médicaments génériques

Analyse des indices des prix et des volumes

SSNA

1999-2000 à 2001-2002

Exercice	Panier constant et Indices des prix et des volumes Paasche					Indice des prix et des volumes Laspeyres (IPL et IVL)				
	N <sup>bre</sup>	Indice des prix	Variation %	Indice des volumes	Variation %	N <sup>bre</sup>	Indice des prix	Variation %	Indice des volumes	Variation %
1999-2000		100,00		100,00			100,00		100,00	
2000-2001	508	98,11	-1,89	114,30	14,30	518	98,11	-1,89	110,44	10,44
2001-2002	508	98,24	0,13	125,45	9,76	527	98,32	0,21	124,34	12,58

Tableau 4.13

Médicaments génériques

Analyse des indices des prix et des volumes

SSNA

1999-2000 à 2001-2002

Exercice	Panier constant et Indices des prix et des volumes Paasche					Indice des prix et des volumes Laspeyres (IPL et IVL)				
	N <sup>bre</sup>	Indice des prix	Variation %	Indice des volumes	Variation %	N <sup>bre</sup>	Indice des prix	Variation %	Indice des volumes	Variation %
1999-2000		100,00		100,00			100,00		100,00	
2000-2001	877	100,00	0,00	121,08	21,08	938	100,23	0,23	118,89	18,89
2001-2002	877	99,98	-0,02	140,97	16,42	930	100,07	-0,15	142,75	20,07

Tableau 4.14

Médicaments de marque

Analyse des indices des prix et des volumes

SSNA

1999-2000 à 2001-2002

## 4.4 – Analyse - Médicaments de marque/ Médicaments génériques

Tel que nous l'avons vu à la section 4.1, les dépenses relatives et absolues en médicaments de marque ont augmenté entre 1999-2000 et 2001-2002. Au cours de ces trois exercices, l'augmentation annuelle moyenne a été établie à 20,0 %, portant ainsi à 83,65 millions de dollars la valeur des dépenses en médicaments de marque. Les dépenses en médicaments de marque sont passées de 72,2 % de la valeur totale des dépenses en médicaments qu'elles étaient en 1999-2000 à 74,2 % en 2001-2002. Le nombre de marchés bioéquivalents offrant des médicaments de marque et des médicaments génériques est demeuré stable au cours de la période faisant l'objet de la présente analyse, mais a diminué légèrement l'année suivante.<sup>23</sup> Le tableau 4.15 montre que le ratio des médicaments génériques par rapport aux médicaments de marque a augmenté, passant de 69,3 % à 73,3 % entre 1999-2000 et 2001-2002. Cette augmentation a été largement enregistrée entre 2000-2001 et 2001-2002.

Tableau 4.15

Variations annuelles de la comparaison des prix moyens\* des médicaments génériques et des médicaments de marque, y compris les nouveaux marchés bioéquivalents

Programme des SSNA (volet pharmaceutique) 1999-2000 à 2001-2002

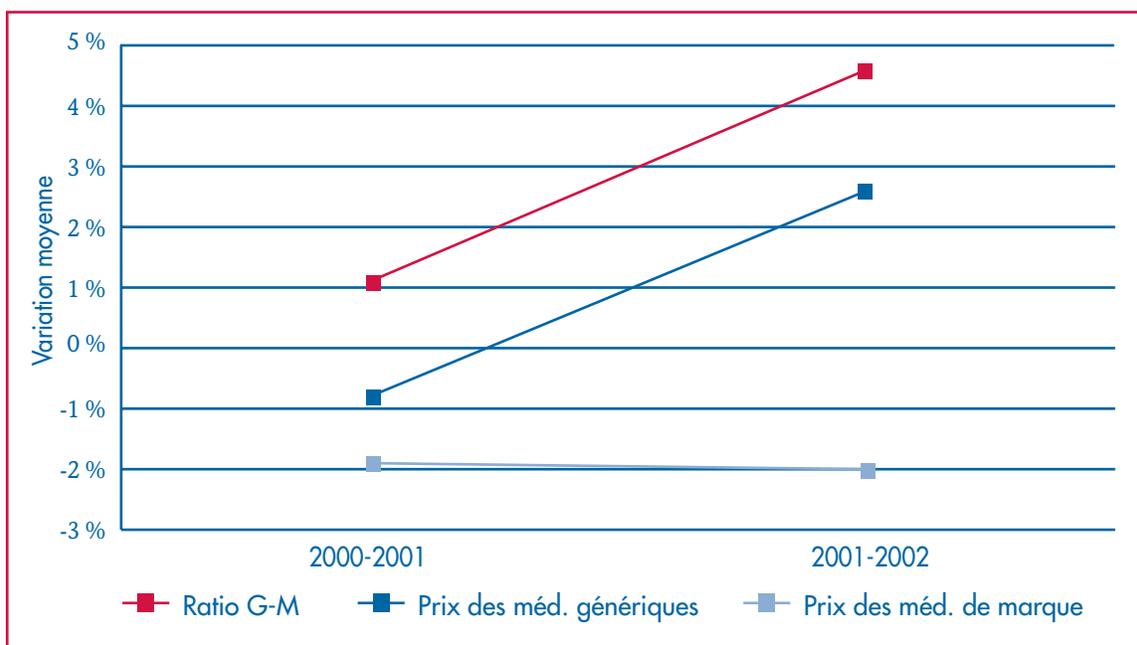
	Nbre de marchés bioéquivalents	Ratio du prix moyen méd. génériques/méd. de marque	Ratio de la variation moyenne, en %, des prix des méd. génériques/med. de marque	Variation moyenne du prix des méd. génériques	Variation moyenne du prix des méd. de marque
1999-2000	329	0,69			
2000-2001	329	0,70	1,1 %	-0,8 %	-1,9 %
2001-2002	328	0,73	4,6 %	2,6 %	-2,0 %
*Moyenne géométrique					

Même si la présente analyse se limite au nombre d'années pour lesquelles des données sont disponibles, le taux moyen de variation des prix des médicaments de marque est demeuré stable à environ -2,0 %. Quant aux médicaments génériques, leurs prix ont initialement baissé de 0,8 % pour monter de 2,6 % l'exercice suivant.

Les variations du ratio des prix des médicaments génériques par rapport aux médicaments de marque peuvent être causées par des variations du numérateur (prix des médicaments génériques), du dénominateur (prix des médicaments de marque) ou les deux. Les variations de ces trois valeurs peuvent également être influencées par les changements apportés au panier de marchés bioéquivalents pour lequel des statistiques peuvent aussi être produites.

Comme on peut le voir dans le graphique 4.1, la variation moyenne des ratios des prix des médicaments génériques par rapport aux médicaments de marque a été relativement la même que celle des prix des médicaments génériques en 2000-2001 et 2001-2002. Dans l'intervalle, le taux moyen de variation des prix des médicaments de marque n'a pas bougé, demeurant à -2,0 %. Des données sur d'autres exercices seraient utiles pour nous permettre de confirmer ces conclusions.

L'examen de la distribution des ratios des prix des médicaments génériques par rapport aux prix des médicaments de marque sur une période de trois ans permet de mieux observer les changements relatifs des prix des médicaments de marque et des médicaments génériques. Le tableau 4.16 présente le nombre et les pourcentages de médicaments bioéquivalents qui s'inscrivent dans les différents ratios de prix des médicaments génériques par rapport aux prix des médicaments de marque (x100): <50%, 50% - 75%, ... >110%.



Graphique 4.1

Sommaire de la variation moyenne des ratios des prix des médicaments génériques par rapport aux médicaments de marque

Le tableau 4.16 et le graphique 4.2 illustrent les tendances du ratio relatif du prix des médicaments génériques par rapport aux prix des médicaments de marque pour la période de l'analyse. La part des marchés bioéquivalents dont les ratios des prix des médicaments génériques par rapport aux prix des médicaments de marque qui se situaient à moins de 100 % a reculé, passant de 83,3 % qu'elle était en 1999-2000 à 79,3 % en 2001-2002. Inversement, la part des marchés bioéquivalents dont les ratios des prix des médicaments génériques par rapport aux prix des médicaments de marque étaient supérieurs à 100 % a augmenté en 2001-2002, passant de 16,7 % qu'elle était en 1999-2000 à 20,7 % en 2001-2002. Cette augmentation de la part du marché est attribuable aux marchés de médicaments bioéquivalents dont le ratio des prix des médicaments génériques par rapport aux prix des médicaments de marque était > 110 %. Dans le présent cas, le nombre de marchés bioéquivalents est passé de 26 qu'il était en 1999-2000 à 42 en 2000-2001, ce qui représente une augmentation de 61,5 %.

Prix des méd. génériques par rapport aux prix des méd. de marque	1999-2000		2000-2001		2001-2002		Variation entre 1999-2000 et 2001-2002 (%)
	Nbre de marchés bioéquivalents	%	Nbre de marchés bioéquivalents	%	Nbre de marchés bioéquivalents	% de tous les marchés bioéquivalents	
< 50 %	51	15,5	50	15,2	50	15,2 %	-1,96 %
50 % - 75 %	110	33,4	117	35,6	118	36,0 %	7,27 %
75 % - 90 %	58	17,6	48	14,6	40	12,2 %	-31,03 %
90 % - 100 %	55	16,7	50	15,2	52	15,9 %	-5,45 %
100 % - 110 %	29	8,8	33	10,0	26	7,9 %	-10,34 %
> 110 %	26	7,9	31	9,4	42	12,8 %	61,54 %
Total	329	100	329	100	328	1,00	-0,30 %

Tableau 4.16

Distribution des ratios des prix des médicaments génériques par rapport aux prix des médicaments de marque

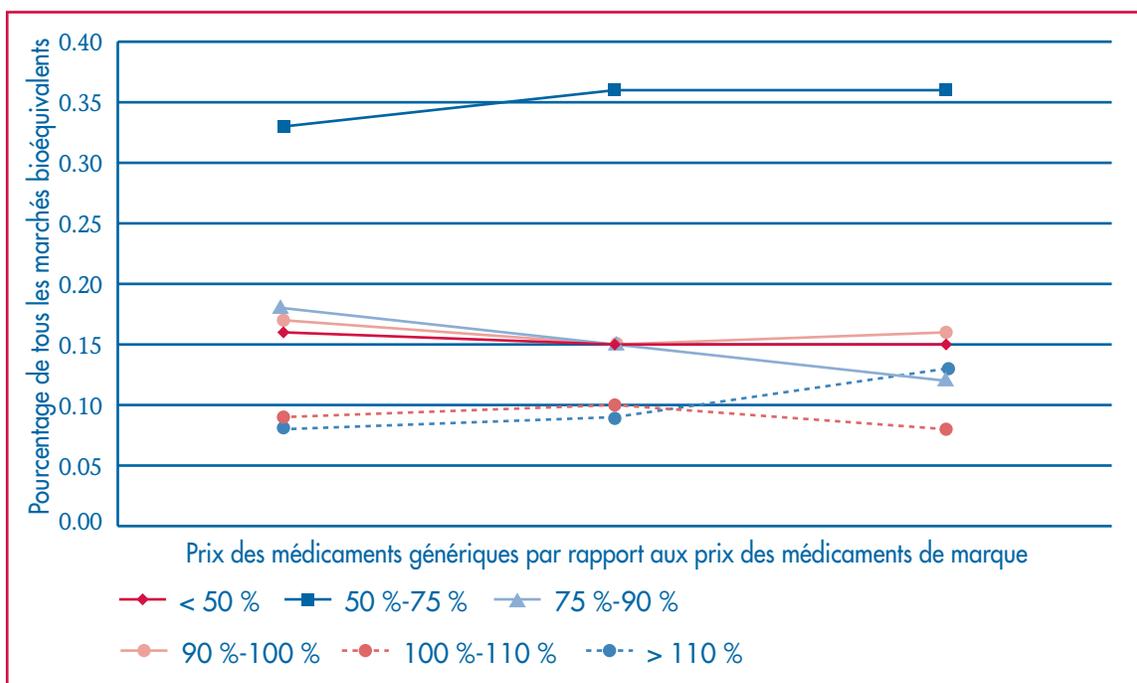
Programme des SSNA 1999-2000 à 2001-2002

## Graphique 4.2

Distribution  
procentuelle  
des marchés  
bioéquivalents

Prix des  
médicaments  
génériques par  
rapport aux prix  
des médicaments  
de marque

Programme des  
SSNA (volet  
pharmaceutique)  
1999-2000 à  
2001-2002



La seule autre section présentant une augmentation du nombre de marchés bioéquivalents (7,3 %) est celle dont le ratio des prix des médicaments de marque par rapport aux prix des médicaments génériques se situait entre 50 et 75 %. Ce segment de marché présente également pour 2001-2002 la plus haute fréquence, soit presque 36 % de tous les marchés bioéquivalents.

C'est le segment du marché dont le ratio des prix des médicaments génériques par rapport aux prix des médicaments de marque se situait entre 75 et 90 % qui accuse la plus importante diminution de la part de marché (31,0 %). Dans l'ensemble, le nombre de marchés bioéquivalents s'est révélé statique, avec un nombre d'environ 330 marchés.

Le tableau 4.17 présente de l'information sur le ratio des prix des médicaments de marque/médicaments génériques par rapport au nombre de fabricants de versions génériques du médicament de marque.

Les ratios des prix des médicaments génériques par rapport aux prix des médicaments de marque sont les plus bas ou à leur minimum lorsque le marché compte trois ou quatre fabricants d'une version générique d'un même médicament de marque. Les points minimum sont suivis par une augmentation graduelle et généralisée du ratio des prix des médicaments génériques par rapport aux prix des médicaments de marque. L'augmentation du nombre de fabricants de versions génériques d'un médicament de marque peut dans une certaine mesure favoriser une baisse du ratio des prix des médicaments génériques par rapport aux prix des médicaments de marque.

La baisse observée du ratio des prix des médicaments génériques par rapport aux prix des médicaments de marque se situe entre 3,1 % et 9,2 % lorsque le nombre de fabricants de médicaments génériques passe de un à deux. Le ratio diminue beaucoup plus lorsque le nombre de fabricants de médicaments génériques passe de deux à trois. Dans le dernier cas, cette diminution est de l'ordre de 13,6 % à 16,5 %.

Parmi les autres tendances qu'il est intéressant d'observer, citons la diminution de la part des marchés des médicaments de marque/ génériques lorsque le nombre de fabricants de médicaments génériques est en progression. Toutefois, les parts de marché des médicaments de marque/médicaments génériques semblent stables pour toute la période de l'étude.

De tous les marchés de médicaments de marque/médicaments génériques, ce sont les marchés ne comptant qu'un fabricant de médicaments génériques qui affichent la part la plus élevée (23 %). Les ratios des prix des médicaments génériques par rapport aux prix des médicaments de marque sont à leur plus bas niveau lorsqu'on y compte entre un et cinq fabricants de médicaments génériques. Ces marchés présentent également la plus grande part du marché des médicaments génériques/médicaments de marque qui est passée de 83,3 % qu'elle était en 1999-2000 à 79,3 % en 2001-2002.<sup>24</sup>

Tel que nous l'avons vu, le ratio des prix des médicaments génériques par rapport aux prix des médicaments de marque peut subir l'influence des variations annuelles des prix des médicaments génériques, des prix des médicaments de marque ou, encore, du panier de marchés bioéquivalents analysés.

Nbre de méd. génériques sur le même marché	Ratio moyen des prix* des médicaments génériques par rapport aux prix des médicaments de marque et pourcentage de tous les marchés bioéquivalents où les médicaments de marque sont en concurrence avec les médicaments génériques					
	1999-2000		2000-2001		2001-2002	
1	0,75	23,7 %	0,75	23,1 %	0,75	22,0 %
2	0,73	14,9 %	0,68	14,9 %	0,71	15,9 %
3	0,63	18,8 %	0,59	19,1 %	0,59	18,9 %
4	0,56	15,2 %	0,57	14,9 %	0,63	14,0 %
5	0,63	10,6 %	0,71	8,5 %	0,82	8,5 %
6	0,84	7,9 %	0,94	8,8 %	0,85	8,8 %
7	0,74	4,0 %	0,76	4,3 %	0,97	5,8 %
8	0,81	1,8 %	0,92	2,4 %	1,12	2,1 %
9	0,89	0,9 %	0,83	1,8 %	0,99	2,1 %
10	1,15	1,2 %	1,01	1,8 %	1,58	1,5 %
11	0,95	0,6 %	2,21	0,3 %	0,68	0,3 %
12	1,46	0,3 %	~	~	~	~

\*Moyenne géométrique

Tableau 4.17

Ratio des prix des médicaments génériques par rapport aux prix des médicaments de marque, selon le nombre de médicaments génériques sur le même marché, y compris les nouveaux marchés  
Programme des SSNA (volet pharmaceutique)  
1999-2000 à 2001-2002

# 5

## Analyse des facteurs d'augmentation des coûts des médicaments



### 5.1 – L'intérêt des facteurs d'augmentation des coûts des médicaments

L'examen des facteurs d'augmentation des coûts des médicaments permet aux gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments publics et privés, aux décideurs et aux autres intervenants, dont les consommateurs, de mieux comprendre les différents facteurs exerçant chaque année une influence sur les augmentations de prix et sur les tendances des dépenses en médicaments. Au cours des années 1990, les dépenses en médicaments au Canada augmentaient en moyenne de 13 % par année<sup>25</sup> alors que les prix des médicaments augmentaient en moyenne de moins de 2 % par année, exception faite des années 1991 (5,6 %) et 1995 (2,2 %).<sup>26</sup> Ces statistiques démontrent que les variations des dépenses annuelles en médicaments sont le fait d'un jeu de différents facteurs, dont ceux nommés dans le graphique 5.1.<sup>27</sup>

#### Graphique 5.1

Facteurs exerçant une influence sur les dépenses relatives aux médicaments

1. Augmentation de la population
2. Changements démographiques et changement de la condition de santé de la population (de plus en plus de personnes prennent des médicaments)
3. Changements des prix unitaires des médicaments (brevetés et non brevetés)
4. Majorations des marges bénéficiaires du grossiste et du détaillant ainsi que des honoraires du pharmacien
5. Changements des habitudes d'ordonnance des médecins (en faveur des médicaments nouveaux et généralement plus dispendieux servant à traiter la même condition)
6. Utilisation plus grande des médicaments (plus d'ordonnances par patient par année)
7. Utilisation de la pharmacothérapie plutôt que d'autres traitements (dans certains cas pour éviter la chirurgie)
8. Apparition de nouvelles maladies nécessitant une pharmacothérapie
9. Introduction de nouveaux médicaments pour traiter des conditions pour lesquelles il n'existait pas jusque là de pharmacothérapies efficaces
10. Introduction de nouveaux médicaments représentant des améliorations importantes par rapport aux pharmacothérapies existantes.

Même s'il est difficile de quantifier l'effet relatif des facteurs susmentionnés<sup>28</sup> sur les augmentations des coûts des médicaments, certaines études ont quand même tenté de le faire.<sup>29</sup> Ces études, qui ont utilisé différentes méthodologies pour évaluer l'incidence des différents facteurs, sont arrivées à la conclusion que les variations de prix ne constituent qu'un des facteurs contribuant à l'augmentation du coût total des médicaments. Au nombre des facteurs importants, citons également l'utilisation (à savoir les changements de la quantité de médicaments consommés) et l'influence des nouvelles pharmacothérapies.

## 5.2 – Distribution des variations des dépenses selon la composante

L'analyse présentée dans la présente section ventile les variations annuelles du coût des médicaments selon les composantes principales suivantes :

- Variations annuelles du volume (utilisation) de médicaments existants et de médicaments nouveaux<sup>30</sup>
- Variations annuelles des prix des médicaments existants et des médicaments nouveaux
- Influence annuelle des nouveaux médicaments (brevetés et non brevetés) récemment lancés sur le marché
- Influence annuelle des nouveaux médicaments selon la catégorie thérapeutique ou le groupe de maladies

La présente analyse nous permet de mieux comprendre les différents facteurs énumérés dans le graphique 5.1. Les influences de ces facteurs sur les variations annuelles des coûts des médicaments ont été évaluées dans le but de déterminer le pourcentage de l'augmentation des coûts pouvant être attribuée aux différents facteurs.<sup>31</sup>

Une autre ventilation selon la catégorie thérapeutique permet de voir si les coûts de certaines catégories de médicaments indiqués pour traiter une maladie augmentent chaque année dans une proportion plus grande que les autres catégories de médicaments. Elle nous permet également de vérifier la mesure dans laquelle les nouveaux médicaments sont utilisés en remplacement des médicaments existants et de comparer les coûts relatifs des nouveaux médicaments et des médicaments existants qu'ils remplacent. Enfin, la ventilation des médicaments selon qu'ils soient brevetés ou non brevetés nous permet d'examiner les médicaments selon le segment de marché auxquels ils appartiennent.

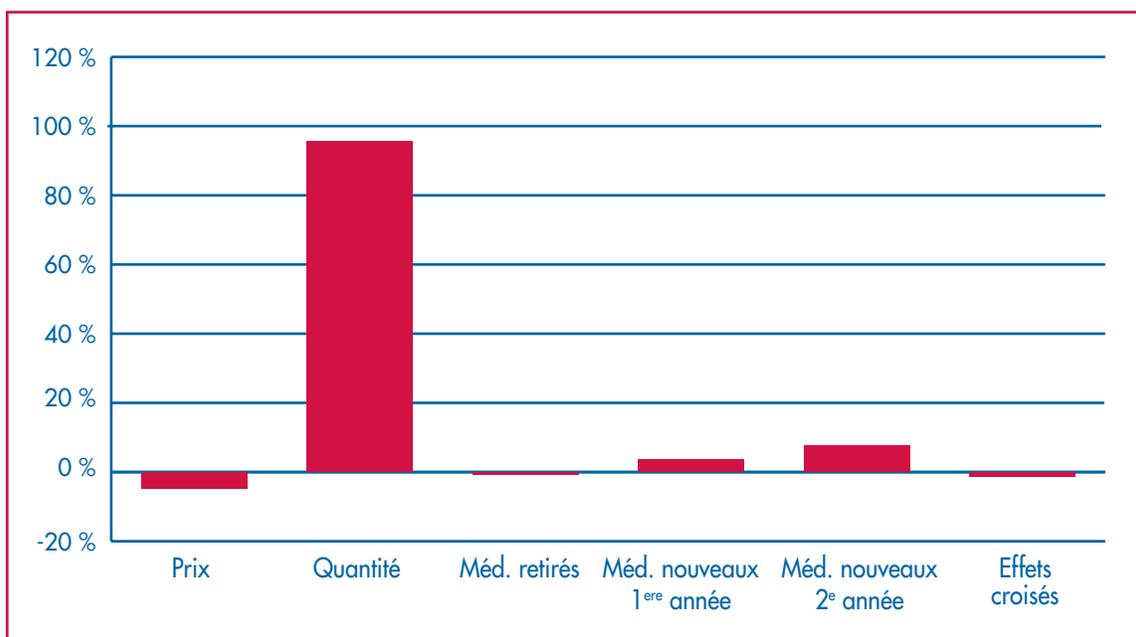
La variation des dépenses annuelles totales peut être ventilée en effet de prix, en effet de volume, en effet de médicaments retirés et autres effets.<sup>32</sup> Le tableau 5.1 résume la contribution relative des différentes composantes de la variation annuelle totale des dépenses en médicaments.

Exercice	Exercice (%)	Effet quantité (%)	Médicaments nouveaux 1 <sup>ère</sup> année (%)	Médicaments nouveaux 2 <sup>e</sup> année (%)	Effet des médicaments retirés (%)	Effets croisés (%)
2000-2001	-7,5	102,8	6,3	—	-0,1	-1,5
2001-2002	-2,8	90,0	1,3	13,8	-1,3	-1,1
Moyenne	-4,84	95,67	3,51	7,68	-0,74	-1,28

**Tableau 5.1**  
Taux moyen de contribution aux dépenses en médicaments selon les composantes principales  
Programme des SSNA (volet pharmaceutique)  
1999-2000 à 2001-2002

## Graphique 5.2

Contribution des composantes principales aux variations des dépenses en médicaments SSNA (volet pharmaceutique) 1999-2000 à 2001-2002



En moyenne, entre 1999-2000 et 2001-2002, les variations du volume ou de l'utilisation connues par le Programme des services de santé non assurés (volet pharmaceutique) ont été à la source de 95,7 % de la variation totale des dépenses en médicaments alors que pour les variations des prix unitaires ce pourcentage était de -4,8 %<sup>33</sup>, l'introduction de nouveaux médicaments la première année de 3,5%, et le retrait de médicaments et autres facteurs, de -1,28 %.<sup>34</sup> Ces résultats démontrent que l'utilisation est la principale cause d'augmentation des dépenses totales pour la période ayant fait l'objet de notre analyse. Le tableau 5.2 révèle également que les nouveaux médicaments ont une incidence plus grande la deuxième année de leur introduction que la première année. Les données se limitant à trois exercices, la moyenne de l'incidence de l'introduction de nouveaux médicaments la deuxième année n'a pu être établie. Le graphique 5.2 illustre la croissance des contributions relatives des différentes composantes aux variations des dépenses totales en médicaments entre 1999-2000 et 2001-2002.

Dans le tableau 5.1, certaines contributions sont plus évidentes que d'autres en raison de leur magnitude, positive ou négative. Ces contributions sont les suivantes : effet quantité pour l'exercice 2000-2001 (102,8 %) et 2001-2002 (90 %), effet prix en 2000-2001 (-7,5 %) et effet des médicaments nouveaux l'année suivant leur lancement soit 2001-2002 (13,8 %).

La décomposition des dépenses donne un aperçu de l'importance relative des changements d'utilisation faite des médicaments existants et des médicaments nouveaux. Précisons que les effets rapportés représentent l'incidence relative de chaque composante sur les variations des niveaux de dépenses totales. Même si notre analyse révèle un effet positif du prix, le lecteur doit savoir que l'effet du prix est grandement influencé par la concurrence qu'exercent les médicaments génériques, ce qui a pour effet de faire réduire le coût du produit chimique. L'effet prix est également influencé par les politiques de limitation des coûts. Une prochaine analyse au niveau du système ATC devrait permettre de jeter plus de lumière sur ce sujet.

Le tableau 5.2 ventile les dépenses annuelles totales selon qu'il s'agisse de « tous les médicaments » ou de « médicaments existants ». L'expression « médicaments existants » désigne les médicaments qui étaient admissibles à un remboursement au titre d'un régime d'assurance-médicaments en 1999-2000 - à savoir les médicaments qui étaient assurés en 1999-2000 ou avant.<sup>35</sup> L'expression « médicaments nouveaux » désigne les médicaments admissibles à un remboursement après 1999-2000. Les dépenses en médicaments existants en 1999-2000 ont augmenté au taux annuel moyen de 14,6 % entre 1999-2000 et 2001-2002

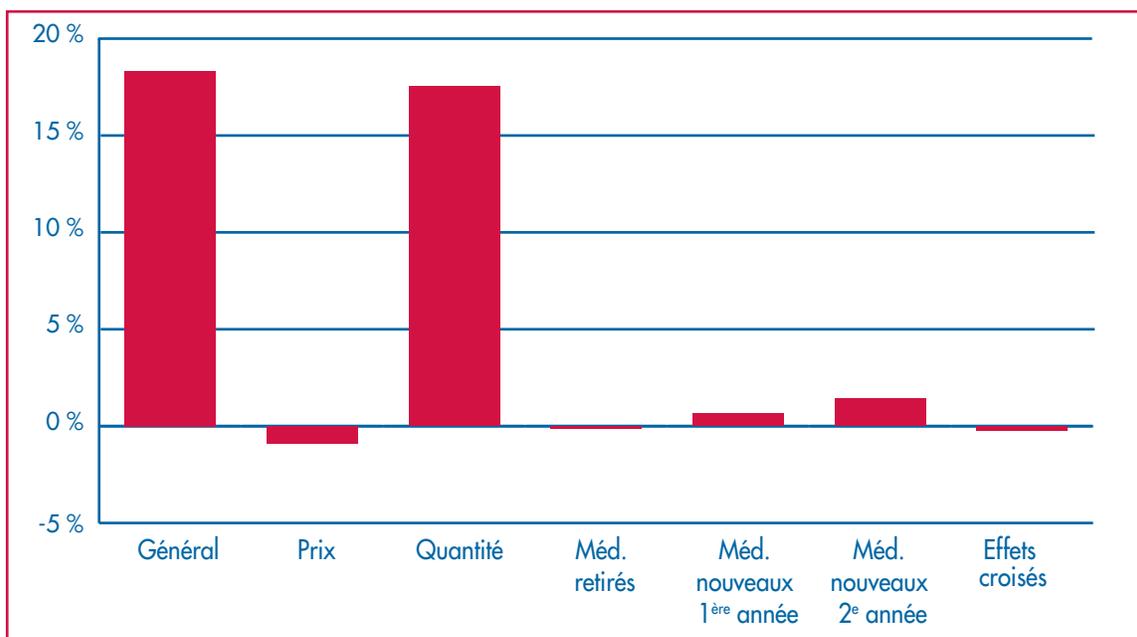
alors que les dépenses pour tous les médicaments ont augmenté au cours de la même période au taux annuel moyen de 18,3 %. La part des dépenses en médicaments nouveaux a augmenté d'une façon constante au cours de la même période.

Exercice	Tous les médicaments 1999-2000 à 2001-2002			Médicaments existants 1999-2000 à 2001-2002		
	Dépenses	Écart par rapport à l'exercice précédent	Variation (%)	Dépenses	Écart par rapport à l'exercice précédent	Variation (%)
1999-2000	80,50 \$	—	—	80,50 \$	—	—
2000-2001	94,70 \$	14,20 \$	17,60 %	93,10 \$	12,60 \$	15,70 %
2001-2002	112,70 \$	18,00 \$	19,00 %	105,70 \$	12,60 \$	13,50 %
Moyenne			18,30 %			14,60 %

Tableau 5.2

Dépenses en médicaments  
Programme des services de santé non assurés  
1999-2000 à 2001-2002  
(en millions de dollars)

Le graphique 5.3 illustre la contribution des différentes composantes exprimée en pourcentage de la croissance annuelle moyenne des dépenses entre 1999-2000 et 2001-2002. Les dépenses en médicaments ont augmenté au taux annuel moyen de 16,67 % au cours de la période sur laquelle porte notre analyse. En 2001-2002, les dépenses étaient de 36,09 % supérieures à celles de 1999-2000. Le graphique 5.3 révèle que l'utilisation, le prix et les médicaments nouveaux étaient à la source de cette croissance des dépenses.



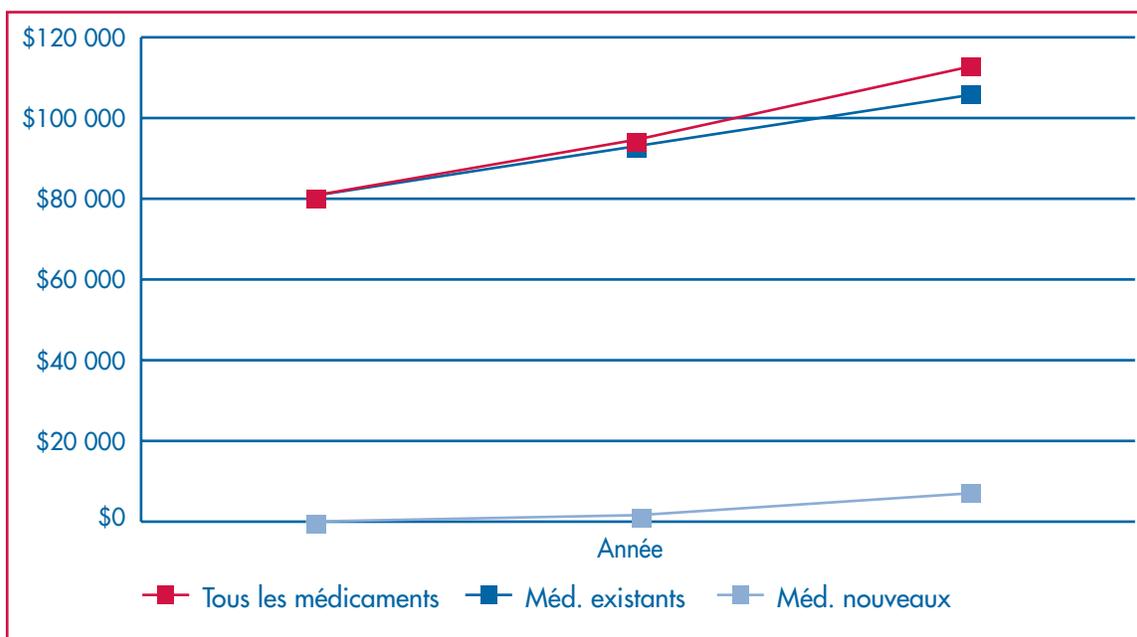
Graphique 5.3

Taux de contribution des composantes au taux de croissance moyen  
Programme des SSNA (volet pharmaceutique)  
1999-2000 à 2001-2002

Le graphique 5.4 est similaire au tableau 5.2 en ce sens qu'il illustre les tendances des dépenses pour tous les médicaments, pour les médicaments existants et pour les médicaments nouveaux. Il révèle que les dépenses en médicaments existants ont augmenté au fil des ans, mais également que les dépenses en médicaments nouveaux ont augmenté plus rapidement. Outre le remplacement de médicaments existants par des médicaments nouveaux, les variations de prix et (ou) les changements d'utilisation des médicaments peuvent faire varier les dépenses en médicaments.<sup>36</sup>

## Graphique 5.4

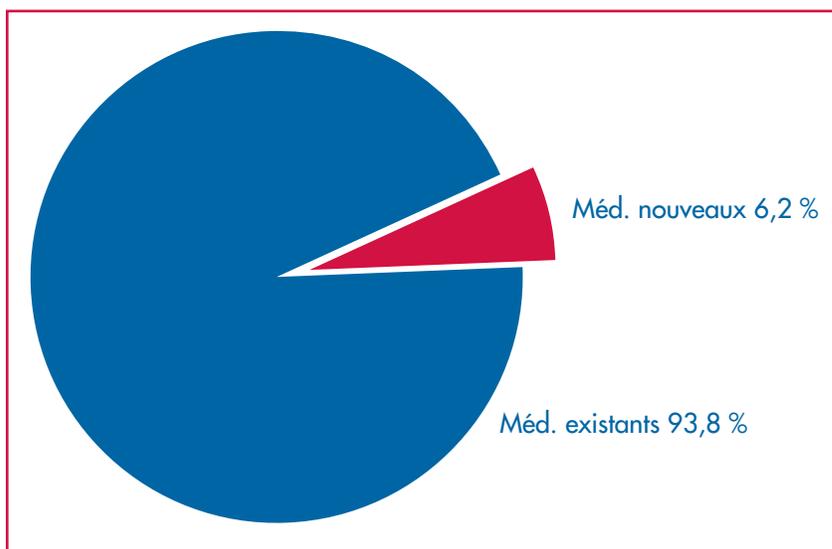
Niveaux des dépenses en médicaments existants et nouveaux  
Programme des SSNA (volet pharmaceutique)  
(en milliers de dollars)  
1999-2000 à 2001-2002



Le graphique 5.5 ventile l'ensemble des dépenses en médicaments selon qu'il s'agisse de médicaments nouveaux ou de médicaments existants. Les médicaments nouveaux ont été à la source de 6,2 % des dépenses en médicaments en 2001-2002. Le graphique 5.6 montre que, en 1999-2000, la proportion des dépenses en médicaments brevetés était de 56,3 % et celle en médicaments non brevetés, de 43,7 %. En 2001-2002, la proportion des dépenses en médicaments brevetés était passée à 62,1 % et environ 95 % de ces dépenses étaient associées à des médicaments existants. La croissance des dépenses en médicaments brevetés correspond à celle mentionnée dans les rapports annuels du CEPMB.

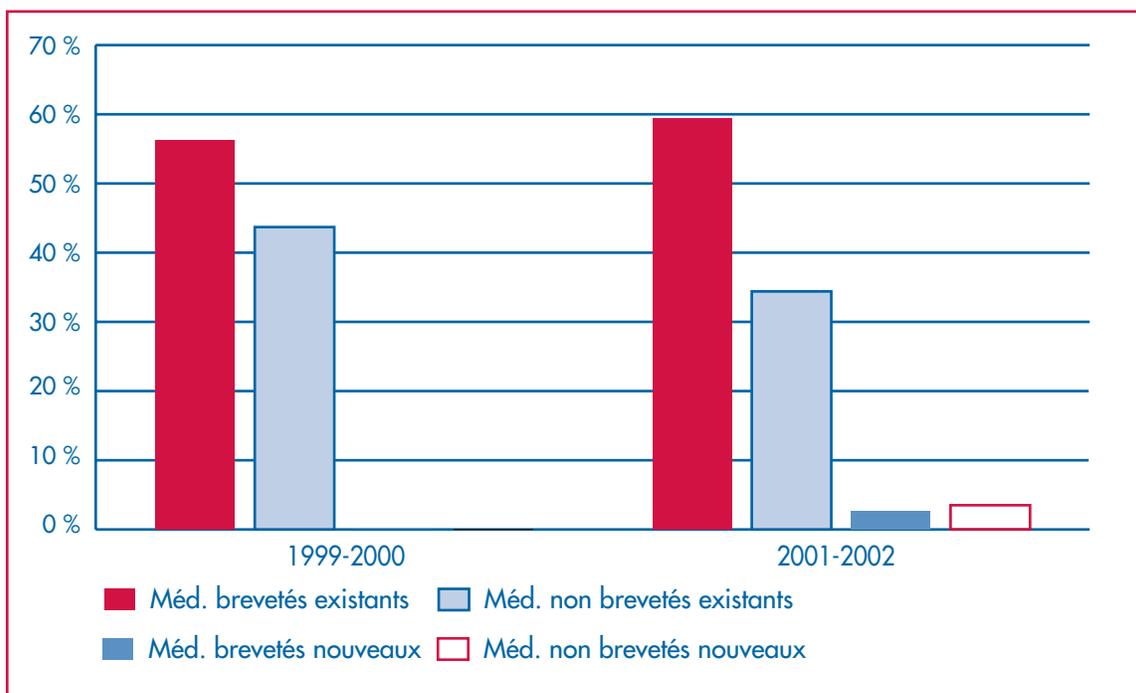
## Graphique 5.5

Contribution des médicaments existants et nouveaux à l'ensemble des dépenses en médicaments  
Programme des SSNA (volet pharmaceutique)  
2001-2002



## Graphique 5.6

Proportion de l'ensemble des dépenses en médicaments selon qu'il s'agisse de «médicaments nouveaux et existants» et selon les «groupes principaux»  
Programme des SSNA  
2001-2002



### 5.3 – Ventilation des dépenses en médicaments selon le statut du brevet/catégorie

Le graphique 5.7 présente les parts des dépenses en médicaments associées aux médicaments brevetés et aux médicaments non brevetés. La part associée aux médicaments brevetés peut être ventilée selon la catégorie 1 (extension d'une gamme de médicaments existants), la catégorie 2 (médicament constituant une découverte ou une amélioration importante par rapport à un médicament existant), la catégorie 3 (médicament offrant à tout le plus un avantage moyen par rapport à un médicament existant) et les médicaments brevetés non classés. Précisons que même si les dépenses en médicaments des catégories 1, 2 et 3 font l'objet d'un rapport distinct, ces médicaments sont souvent des marques, des concentrations ou des formes posologiques différentes d'un médicament. Les médicaments de la catégorie 1 constituent parfois une extension d'une gamme de médicaments de la catégorie 2 ou 3.

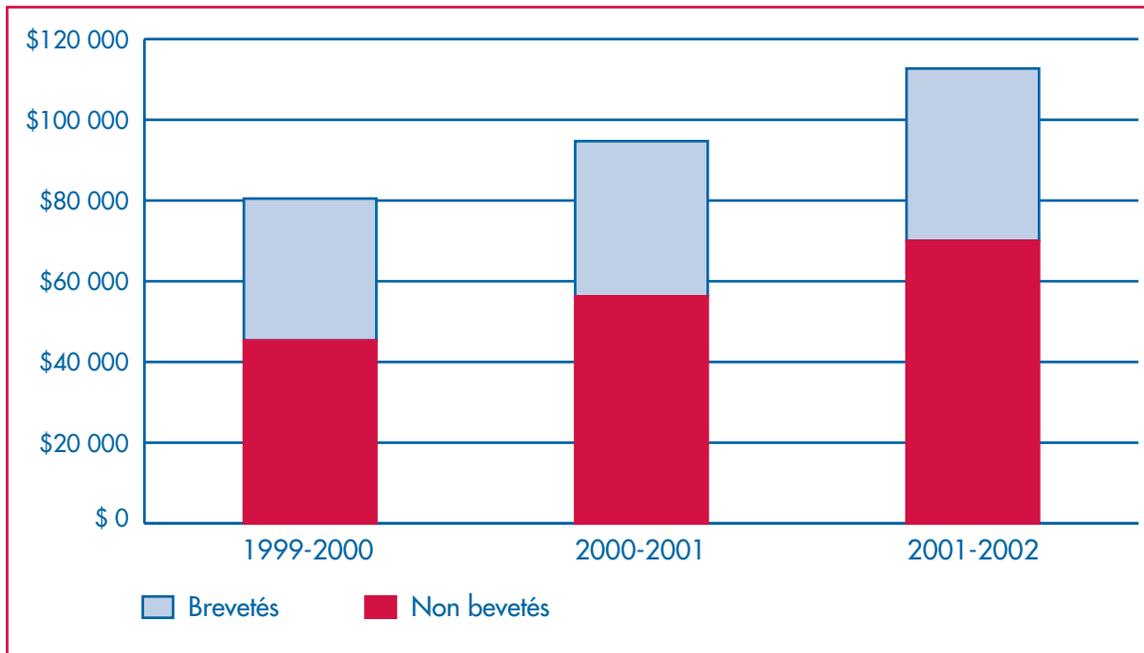
Des 53,3 millions de dollars de dépenses en médicaments brevetés engagées en 1999-2000, 30,0 % (16 millions de dollars) étaient associés à des médicaments de la catégorie 1, 9,4 % (5,0 millions de dollars) à des médicaments de la catégorie 2, 5,5 % (3,0 millions de dollars) à des médicaments de la catégorie 3 et 5,6 % (3,0 millions de dollars) aux médicaments brevetés existants depuis un certain temps, mais non classés. En 2001-2002, les 65,8 millions de dépenses en médicaments brevetés étaient répartis comme suit : 30,8 % (20,2 millions de dollars) pour les médicaments de la catégorie 1, 6,9 % (4,5 millions de dollars) pour les médicaments de la catégorie 2, 57,8 % (38,0 millions de dollars) pour les médicaments de la catégorie 3 et 4,5 % (3,0 millions de dollars) pour les médicaments brevetés existants depuis un certain temps, mais non classés.

## Graphique 5.7

Distribution de l'ensemble des dépenses en médicaments selon le statut du brevet

Programme des SSNA (volet pharmaceutique)

(en milliers de dollars)  
1999-2000 à 2001-2002



## 5.4 – Croissance des dépenses en médicaments nouveaux

Le tableau 5.3 illustre la célérité avec laquelle le marché réagit aux médicaments nouveaux. Par exemple, les dépenses engagées pour l'achat de médicaments lancés sur le marché en 2000-2001 ont totalisé 1,86 million de dollars cette même année et 5,71 millions de dollars l'année suivante. Il convient toutefois de préciser que, tout dépendant du mois de lancement du médicament nouveau sur le marché, les dépenses de la première année peuvent représenter les dépenses d'une partie de l'année seulement. Par exemple, dans le cas d'un médicament lancé sur le marché en juillet, les données sur les dépenses ne représenteront que les dépenses pour une période de six mois.

## Tableau 5.3

Dépenses en médicaments nouveaux

SSNA

1999-2000 à 2001-2002

(en millions de \$)

Année de lancement	2000-2001	2001-2002
2000-2001	1,86	5,72
2001-2002	n.a.	2,41
Total	n.a.	8,13

## 5.5 – Analyse selon le groupe thérapeutique

L'analyse ventile également les dépenses selon le deuxième niveau de classification ATC afin de déterminer la mesure selon laquelle différents groupes de maladies sont associés aux augmentations des dépenses en médicaments. Le deuxième niveau de classification ATC est constitué de médicaments de différentes classifications pharmacologiques partageant le même usage thérapeutique principal. Les seize groupes thérapeutiques les plus importants ont été identifiés à la lumière de leur niveau de dépenses par rapport aux autres groupes thérapeutiques. Le tableau 5.4 présente le pourcentage de contribution de ces seize groupes aux dépenses totales et aux variations des dépenses en médicaments entre 1999-2000 et 2001-2002.

Ces seize groupes, qui représentent environ 17 % du nombre total de groupes thérapeutiques (du deuxième niveau), ont été à la source de 90,8 % de l'ensemble des dépenses en médicaments en 2001-2002. Ces groupes de médicaments ont enregistré entre 1999-2000 et 2001-2002 une croissance moyenne des dépenses de 19,9 % par année.

Le tableau 5.4 présente les pourcentages de contribution au total des dépenses en médicaments des seize groupes thérapeutiques du deuxième niveau du système de classification ATC les plus importants ainsi que des huit groupes principaux du système ATC auxquels appartiennent les seize groupes thérapeutiques. Ces huit groupes principaux sont les suivants :

- Tube digestif et métabolisme
- Sang et organes sanguinifères
- Système cardiovasculaire
- Système génito-urinaire et hormones sexuelles
- Anti-infectieux généraux pour usage systémique
- Agents antinéoplasiques et immunomodulateurs
- Système musculo-squelettique
- Système nerveux.

Les dépenses de ces huit groupes ATC ont totalisé 109,5 millions de dollars en 2001-2002 ou, exprimé autrement, ont représenté 97,1 % du total des dépenses en médicaments.

La dernière colonne du tableau 5.4 présente la contribution à l'augmentation des dépenses en médicaments entre 1999-2000 et 2001-2002 des huit groupes du premier niveau du système de classification ATC et des seize groupes thérapeutiques du deuxième niveau les plus importants. Des médicaments des huit groupes du premier niveau, ce sont les médicaments appartenant au groupe « Système nerveux » qui ont le plus contribué aux augmentations des dépenses en médicaments (30,2 %), suivis de près par les médicaments appartenant au groupe « Système cardiovasculaire » (28,1 %) et par les médicaments du groupe Tube digestif et métabolisme (20,6 %).

Des seize groupes du deuxième niveau du système ATC, ce sont les médicaments du groupe de médicaments pour le traitement des troubles gastriques (Tube digestif et métabolisme) qui, dans une mesure de 12,7 %, ont le plus contribué à la croissance des dépenses en médicaments entre 1999-2000 et 2001-2002 suivis par les Agents agissant sur le système rénine-angiotensine (12,4 %) (système cardio-vasculaire) et par les Agents réducteurs de lipides sériques (11,3 %) (système cardio-vasculaire). Des autres groupes du deuxième niveau du système ATC qui ont contribué d'une façon notable à la croissance des dépenses en médicaments au cours des exercices sur lesquels portent la présente analyse, citons les médicaments utilisés pour le traitement du diabète (10,1 %), les psychoanaleptiques (9,4 %), les psycholeptiques (9,0 %) et les agents anti-inflammatoires et antirhumatismaux (8,9 %).

## Tableau 5.4

Pourcentage de contribution de certaines catégories thérapeutiques à l'ensemble des dépenses en médicaments SSNA 1999-2000 - 2001-2002 (en milliers de dollars)

Catégorie thérapeutique	ATC	1999-2000		2001-2002		1999-2000 à 2001-2002	
		Dépenses (000 \$)	% du total	Dépenses (000 \$)	% du total	Taux de croissance moyen des dépenses	Variation des dépenses totales (%)
Tube digestif et métabolisme	A	13 772	17,1	20 418	18,1	21,8	20,6
Antiacides	A02	9 082	11,3	13 164	11,7	20,4	12,7
Médicaments utilisés pour le diabète	A10	2 500	3,1	5 751	5,1	51,7	10,1
Autres		2 191	2,7	1 502	1,3	-17,2	-2,1
Sang et organes sanguiformateurs	B	785	1,0	1 358	1,2	31,5	1,8
Anticoagulants	B01	766	1,0	1 328	1,2	31,7	1,7
Autres		20	0,0	30	0,0	24,2	0,0
Système cardiovasculaire	C	20 406	25,4	29 463	26,1	20,2	28,1
Agents bêta-bloquants	C07	1 378	1,7	1 696	1,5	10,9	1,0
Bloqueurs des canaux calciques	C08	4 635	5,8	5 637	5,0	10,3	3,1
Agents agissant sur le système rénine-angiotensine	C09	8 135	10,1	12,138	10,8	22,1	12,4
Agents réducteurs des lipides sériques	C10	5 178	6,4	8,805	7,8	30,4	11,3
Autres		1 079	1,3	1,187	1,1	4,8	0,3
Système génito-urinaire et hormones sexuelles	G	4 080	5,1	4,754	4,2	7,9	2,1
Hormones sexuelles et modulateurs du système génital	G03	3 552	4,4	4,000	3,5	6,1	1,4
Autres		529	0,7	754	0,7	19,4	0,7
Antiinfectieux généraux pour usage systémique	J	11 727	14,6	12 983	11,5	5,2	3,9
Antibactériens pour usage systémique	J01	8 764	10,9	9 306	8,3	3,0	1,7
Antiviraux pour usage systémique	J05	2 285	2,8	3 041	2,7	15,4	2,3
Autres	Autres	678	0,8	636	0,6	-3,1	-0,1
Agents antinéoplasiques et agents immunomodulateurs	L	1 740	2,2	2 552	2,3	21,1	2,5
Agents immunosuppresseurs	L04	1 281	1,6	1 886	1,7	21,3	1,9
Autres	Autres	459	0,6	666	0,6	20,4	0,6
Système musculo-squelettique	M	6 080	7,6	9 093	8,1	22,3	9,3
Agents anti-inflammatoires et antirhumatismaux	M01	5 210	6,5	8 085	7,2	24,6	8,9
Autres	Autres	870	1,1	1 008	0,9	7,7	0,4
Système nerveux	N	19 110	23,7	28 853	25,6	22,9	30,2
Analgésiques	N02	3 496	4,3	5 666	5,0	27,3	6,7
Anticonvulsivants	N03	2 025	2,5	2 977	2,6	21,2	3,0
Psycholeptiques	N05	4 146	5,2	7 043	6,2	30,3	9,0
Psychoanaleptiques	N06	8 818	11,0	11 849	10,5	15,9	9,4
Autres	Autres	624	0,8	1 317	1,2	45,3	2,2
Total - Niveau 2 de la classification ATC	71 252	88,5102	373	90,8	19,9	96,6	
Total - Niveau 2 de la classification ATC	77 701	96,5109	473	97,1	18,7	98,6	
Total - Tous les médicaments	80 485	100,0112	713	100,0	18,3	100,0	

La part des dépenses totales en médicaments du groupe « antiacides, médicaments pour le traitement des troubles gastriques » est passée de 11,3 % qu'elle était en 1999-2000 à 11,7 % en 2001-2002. Les agents agissant sur le système rénine-angiotensine ont été à la source de 10,1 % des dépenses en médicaments en 1999-2000 et de 10,8 % en 2001-2002. En ce qui concerne les agents réducteurs de lipides sériques, leur part des dépenses est passée de 6,4 % à 7,8 % entre 1999-2000 et 2001-2002. La section 5.6 qui suit présente une analyse plus détaillée de ces trois groupes thérapeutiques principaux. De plus, l'annexe VI présente des détails sur le système de classification ATC ainsi qu'une analyse détaillée des autres catégories thérapeutiques.

## 5.6 – Décomposition des dépenses des 16 groupes thérapeutiques principaux

Comme à la section 5.2, le tableau 5.5 présente la contribution moyenne aux variations de dépenses en médicaments des 16 groupes thérapeutiques principaux du deuxième niveau du système de classification ATC. D'une façon générale, les tendances rapportées au tableau 5.1 concordent avec les moyennes rapportées pour les 16 principaux groupes thérapeutiques. On y note toutefois des différences intéressantes, notamment au niveau de l'effet de prix. Par exemple, même si les variations de prix ont une contribution négative sur les variations des dépenses, elles ont quand même un effet positif sur le prix dans le cas des analgésiques (19 %), des hormones sexuelles et modulateurs du système génital (13,3 %), des agents agissant sur le système rénine-angiotensine (5,2 %) et des psycholeptiques (4,0 %). On note également d'importants effets négatifs sur les prix pour les médicaments du deuxième niveau de la classification ATC suivants : antibactériens pour usage systémique (-56,7 %), anticoagulants (-26,5 %) et anticonvulsivants (-25,4 %).

Catégorie thérapeutique	ATC	Effet prix (%)	Effet quantité (%)	Effet méd. nouveaux 1 <sup>ère</sup> année (%)	Effet méd. nouveaux 2 <sup>e</sup> année (%)	Effet méd. retirés (%)	Effets croisés (%)
Tube digestif et métabolisme	A02	-5,00	104,30	0,50	0,10	0,00	0.10
Médicaments utilisés pour le diabète	A10	-3,20	32,50	20,20	51,10	0,00	-0.60
Anticoagulants	B01	-26,50	125,70	1,40	2,40	0,00	-3.00
Agents bêta-bloquants	C07	-11,10	109,50	0,20	2,40	0,00	-1.00
Bloqueurs des canaux calciques	C08	-1,90	101,90	0,00	0,00	-0,10	0.20
Agents agissant sur le système rénine-angiotensine	C09	5,20	91,30	0,50	2,50	0,00	0.50
Agents réducteurs de lipides sériques	C10	-12,20	110,60	0,40	2,40	0,00	-1.20
Système génito-urinaire et hormones sexuelles	G03	13,30	83,20	1,60	8,10	-0,30	-5.80
Antibactériens pour usage systémique	J01	-56,70	158,00	5,90	3,00	-1,40	-8.80
Antiviraux pour usage systémique	J05	-12,10	102,60	1,90	15,10	-0,50	-7.00
Agents immunosuppresseurs	L04	-0,40	46,70	21,30	35,00	0,00	-2.70
Agents anti-inflammatoires et antirhumatismaux	M01	-3,60	102,00	0,40	1,40	-0,10	-0.20
Analgésiques	N02	19,00	80,80	0,60	0,40	-2,10	1.20
Anticonvulsivants	N03	-25,40	121,00	4,00	7,40	0,00	-7.00
Psycholeptiques	N05	4,00	93,70	2,20	0,10	0,00	0.10
Psychoanaleptiques	N06	-19,10	118,60	0,50	0,00	-0,10	0.10
Moyenne		-4,80	94,80	3,40	7,60	-0,20	-0.80

**Tableau 5.5**  
Taux moyen de contribution des principaux groupes de dépenses en médicaments 16 principaux groupes thérapeutiques du deuxième niveau de la Classification ATC  
SSNA 1999-2000 à 2001-2002

L'effet quantité des 16 groupes thérapeutiques principaux est positif, allant de 32,5 % pour les médicaments utilisés pour le diabète à 158,0 % pour les antibactériens pour usage systémique. L'incidence des médicaments nouveaux a été plus marquée la première et la deuxième année dans le cas des médicaments utilisés pour le diabète (20,2 % la première année et 51,1 % la deuxième année) et des agents immunosuppresseurs (21,3 % la première année et 35,0 % la deuxième année). Grâce aux rapports sur les tendances générales et sur les tendances observées au niveau des différents groupes thérapeutiques, les décideurs ont accès à des données plus détaillées, ce qui les aide à prendre des décisions plus éclairées.

Vous trouverez ci-après une analyse détaillée de l'incidence des antiacides et des médicaments pour le traitement des troubles gastriques existants et nouveaux; des agents agissant sur le système rénine-angiotensine et des agents réducteurs de lipides sériques. Vous trouverez également à l'annexe VI de plus amples explications sur le système de classification ATC ainsi qu'une analyse détaillée des 12 autres catégories thérapeutiques.

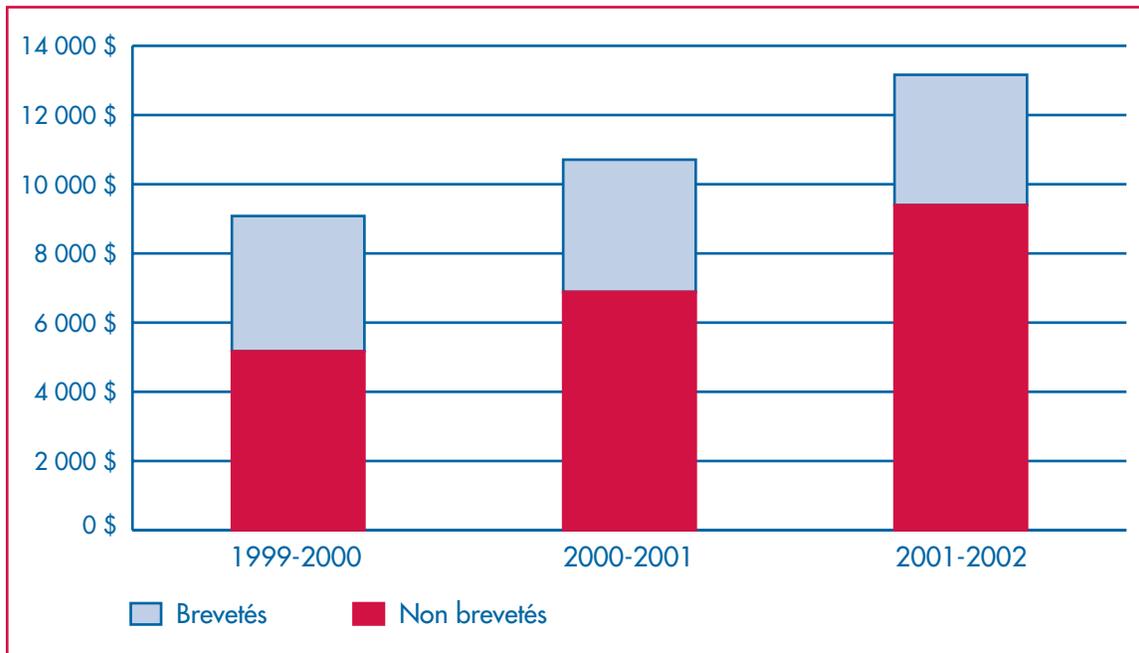
### 5.6.1 – Antiacides et médicaments pour le traitement des troubles gastriques

La valeur des dépenses en médicaments de ce groupe a augmenté, passant de 9,1 millions de dollars qu'elle était en 1999-2000 à 13,2 millions en 2001-2002, ce qui représente un taux de croissance annuelle de 20,4 %. Au cours de la même période, la part des dépenses en médicaments brevetés est passée de 56,9 % à 71,4 % en raison surtout des médicaments de la catégorie 3. Entre 1999-2000 et 2001-2002, la part des dépenses en médicaments brevetés de la catégorie 3 est passée de 16,6 % à 23,8 %, alors que celle des médicaments brevetés de la catégorie 1 a diminué, passant de 83,0 % à 75,8 %.

En 2001-2002, les trois médicaments les plus populaires de ce groupe thérapeutique étaient l'Omeprazole (6,6 millions \$), le Ranitidine (2,96 millions \$) et le Lansoprazole (1,45 million \$).

**Tableau 5.6**  
Dépenses en antiacides et en médicaments pour le traitement des troubles gastriques  
Programme des SSNA (volet pharmaceutique)  
1999-2000 à 2001-2002  
(en milliers de dollars)

Année de lancement sur le marché canadien	Catégorie	Dépenses 1999-2000	Dépenses 2000-2001	Dépenses 2001-2002
1999	Non brevets	3 910,1	3 816,5	3 678,6
1999	Brevetés	5 171,5	6 867,7	9 318,4
2000	Non brevets	0,0	5,0	78,4
2000	Brevetés	0,0	5,0	78,4
2001	Non brevets	0,0	0,0	10,5
2001	Brevetés	0,0	0,0	21,4
Total		9 081,6	13 163,7	
	Brevetés	5 171,5	6 887,6	9 396,2
	Non brevetés	3 910,1	3 821,5	3 767,5



Graphique 5.8

Dépenses en médicaments  
Programme des SSNA  
(en milliers de dollars)  
1999-2000 à  
2001-2002

### 5.6.2 – Agents agissant sur le système rénine-angiotensine

Entre 1999-2000 et 2001-2002, les dépenses en médicaments de cette catégorie thérapeutique ont augmenté en moyenne de 22,1 % par année. En 1999-2000, les médicaments brevetés ont été à la source de 76,1 % des dépenses en médicaments de cette catégorie thérapeutique. En 2001-2002, cette proportion a légèrement diminué pour se situer à 71,9 %. Les dépenses en médicaments brevetés ont été largement concentrées dans les médicaments de la catégorie 3 dont la part des dépenses totales en médicaments a légèrement reculé, passant de 98,6 % qu'elle était en 1999-2000 à 97,5 % en 2001-2002.

En 2001-2002, les trois médicaments de cette catégorie thérapeutique les plus vendus étaient l'Enapranil (4,04 millions de dollars), le Ramipril (2,67 millions de dollars) et le Lisinopril (1,57 million de dollars).

Année de lancement	Catégorie	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1999	Non brevetés	1 943,1	2 069,9	2,964,3
1999	Brevetés	6 192,0	8 018,1	8,601,7
2000	Non brevetés	0,1	5,3	219,7
2000	Brevetés	0,0	15,0	114,0
2001	Non brevetés	0,0	0,0	231,8
2001	Brevetés	0,0	0,0	6,6
<b>Total</b>		<b>8 135,1</b>	<b>10 108,3</b>	<b>12 137,9</b>
	<b>Brevetés</b>	<b>6 192,0</b>	<b>8 033,1</b>	<b>8 722,2</b>
	<b>Non brevetés</b>	<b>1 943,2</b>	<b>2 075,2</b>	<b>3 415,7</b>

Tableau 5.7

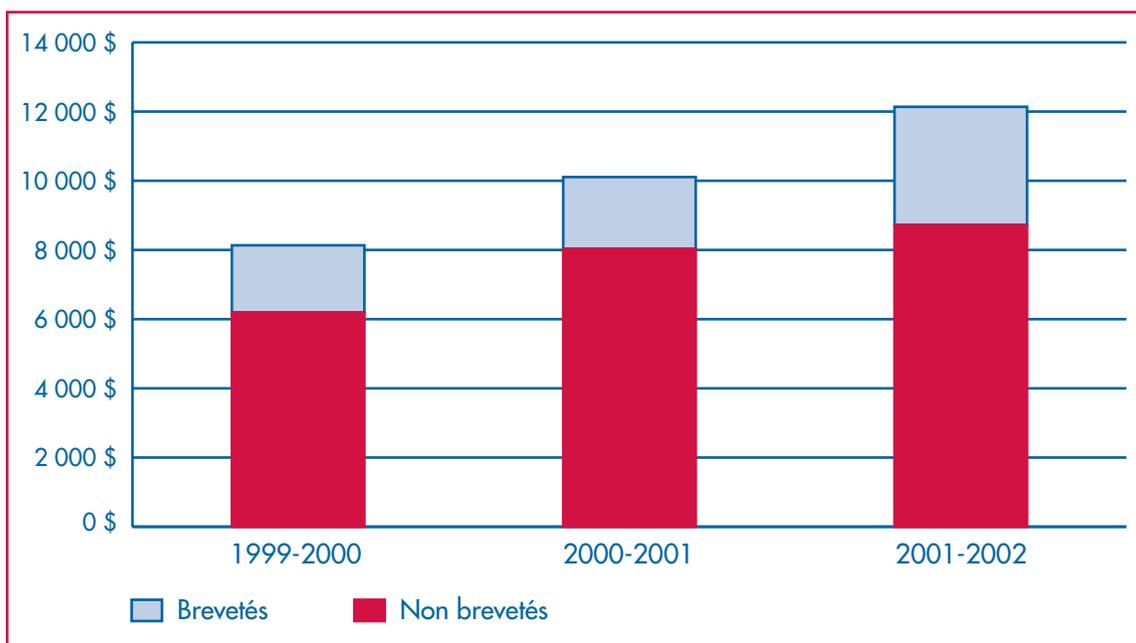
Dépenses en agents agissant sur le système rénine-angiotensine  
Programme des SSNA (volet pharmaceutique)  
1999-2000 à  
2001-2002  
(en milliers de dollars)

## Graphique 5.9

Dépenses en médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine

Programme des SSNA (volet pharmaceutique)

(en milliers de dollars)  
1999-2000 à 2001-2002



### 5.6.3 – Agents réducteurs de lipides sériques

Les dépenses en médicaments de ce groupe thérapeutique a enregistré une croissance annuelle moyenne relativement élevée (30,4 %) par rapport aux autres groupes thérapeutiques principaux. Le tableau 5.8 qui suit montre en effet que les dépenses en médicaments de ce groupe sont passées de 5,2 millions qu'elles étaient en 1999-2000 à 7,8 millions en 2001-2002.

En 1999-2000, les médicaments brevetés ont été à la source de 84,2 % des dépenses en médicaments de ce groupe thérapeutique, mais ce taux est passé à 78,8 % en 2001-2002. Les médicaments de la catégorie 3 ont été à la source de 68,9 % des dépenses en médicaments brevetés de ce groupe thérapeutique en 1999-2000 et de 76,1 % en 2001-2002. Les dépenses en médicaments de la catégorie 1 ont représenté en 1999-2000 30,1 % des dépenses en médicaments brevetés et seulement 23,9 % en 2001-2002.

En 2001-2002, les trois médicaments les plus vendus de ce groupe thérapeutique étaient l'Atorvastatin (4,48 millions de dollars), le Simvastatin (1,93 million de dollars) et le Pravastatin (0,8 million de dollars).

## Tableau 5.8

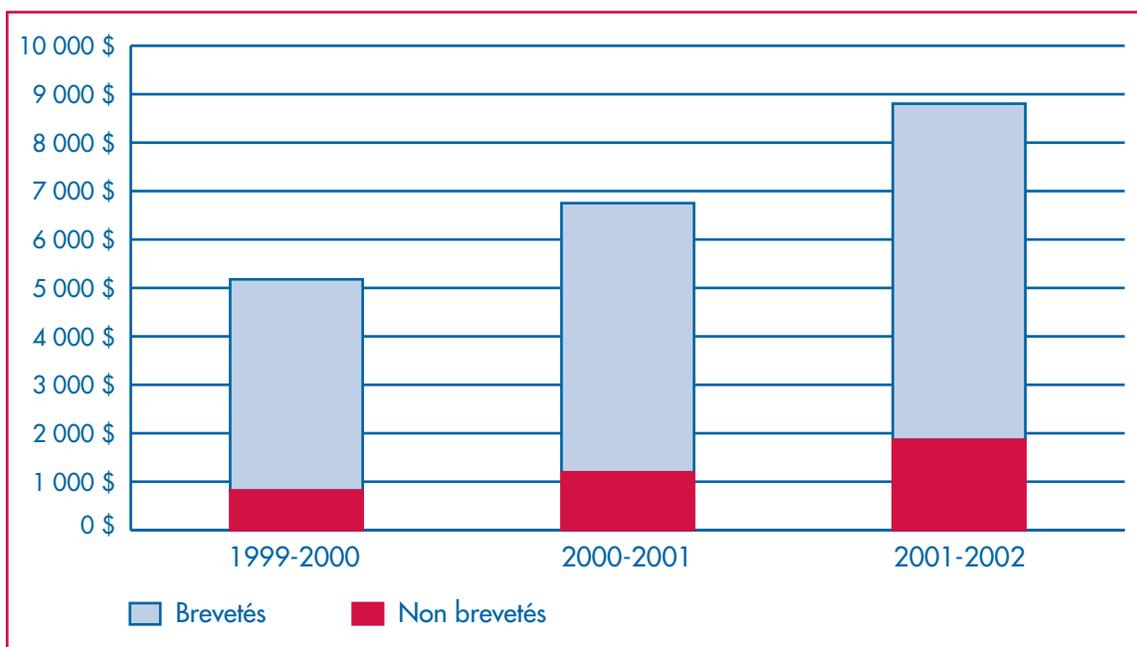
Dépenses en agents réducteurs de lipides sériques

Programme des SSNA (volet pharmaceutique)

1999-2000 à 2001-2002

(en milliers de dollars)

Année de lancement	Catégorie	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1999	Non brevetés	815,9	1 095,9	1,147.0
1999	Brevetés	4 362,0	5 557,5	6,930.4
2000	Non brevetés	0,0	97,7	416.5
2001	Non brevetés	0,0	0,0	300.6
2001	Brevetés	0,0	0,0	10.9
Total		5 177.9	6 751,0	8 805,4
	Brevetés	4 362.0	5 557,5	6 941,3
	Non brevetés	815.9	1 193,6	1 864,0



Graphique 5.10

Dépenses en agents réducteurs de lipides sériques

Programme des SSNA (volet pharmaceutique)

(en milliers de dollars)

1999-2000 à 2001-2002

## 5.7 – Analyse de la dose journalière définie

Le présent rapport s'intéresse également à la dose journalière définie (DJD) de quatre groupes thérapeutiques afin de donner un meilleur aperçu des tendances au niveau de l'utilisation.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la classification ATC et les DJD correspondantes.<sup>37</sup> Les DJD se fondent sur la dose d'entretien moyenne recommandée à un adulte pour l'indication principale du médicament. Une analyse du coût par DJD est présentée afin de relever les tendances du coût des cinq groupes thérapeutiques choisis à la lumière de leur contribution relative aux dépenses en médicaments du Programme des services de santé non assurés (volet pharmaceutique).

Une décomposition des dépenses selon leur effet prix, leur effet quantité, leur effet diversité de pharmacothérapies et leurs effets croisés a été effectuée. La méthodologie utilisée pour compiler ces effets est expliquée à l'annexe I. Dans le présent cas, la quantité correspond au nombre de DJD et le prix unitaire, au coût réclamé par DJD du médicament.

L'effet prix mesure l'incidence des variations de prix de chaque médicament. Cet effet est calculé en multipliant l'utilisation de la période de base (mesurée en DJD) par la variation de prix puis, ensuite, en calculant le total des résultats obtenus pour tous les médicaments du groupe thérapeutique.

L'effet quantité mesure l'incidence de la croissance générale de l'utilisation sur les dépenses. Cet effet est calculé en multipliant le coût par DJD pour la période de base par la variation du nombre total de DJD pour tous les médicaments du groupe thérapeutique.

Même si les prix et le total de DJD demeurent constants, les variations de dépenses peuvent être causées par des changements de pharmacothérapies. L'effet diversité de pharmacothérapies mesure l'incidence sur les dépenses des habitudes d'ordonnance. D'un point de vue qualitatif, un effet diversité de pharmacothérapies positif indique que les habitudes d'ordonnance de médecins ont changé en faveur de médicaments dont le coût par DJD est supérieur au coût moyen des médicaments du groupe thérapeutique. Par contre, un effet diversité de pharmacothérapies négatif révèle un mouvement en faveur de médicaments dont le coût par DJD est inférieur au coût moyen des médicaments de ce groupe thérapeutique.

Les effets croisés mesurent l'incidence de l'interaction entre les changements aux niveaux de l'utilisation et du coût par DJD qui ne seraient pas autrement pris en compte dans les calculs.

La section qui suit présente une analyse fondée sur les DJD pour les quatre principaux groupes thérapeutiques du deuxième niveau de la classification ATC.

### 5.7.1 – Antiacides et médicaments pour le traitement des troubles gastriques

Le tableau 5.9 qui suit présente en détail les taux d'utilisation des différents médicaments du groupe des Antiacides et médicaments pour le traitement des troubles gastriques et, en fin de tableau, le total pour l'ensemble du groupe thérapeutique.<sup>38</sup> Le tableau révèle que les taux d'utilisation des antiacides ont enregistré une croissance progressive entre 1999-2000 et 2001-2002. En effet, au cours de cette période, le taux total d'utilisation des antiacides est passé de 40,5 à 49,3 par 1 000 bénéficiaires par jour, ce qui correspond à un taux de changement de 21,6 %. Au nombre des principaux médicaments ayant contribué à cette croissance, citons le Ranitidine et l'Omeprazole. Les effets croisés étant relativement modestes et essentiellement inclus dans le seul but d'assurer l'exactitude du calcul algébrique, nous avons limité leur analyse.

**Tableau 5.9**  
Taux d'utilisation mesurés à l'aide de la DJD des médicaments pour le traitement des troubles gastriques  
Programme des SSNA (volet pharmaceutique)  
1999-2000 à 2001-2002

Médicament	Taux d'utilisation (par 1000 bénéficiaires/jour)		
	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Ranitidine	19,88	20,85	21,46
Omeprazole	9,69	11,98	15,23
Cimetidine	4,08	3,63	3,22
Pantoprazole	0,91	1,75	3,09
Lansoprazole	1,11	1,76	2,62
Famotidine	2,43	2,28	2,09
Nizatidine	1,50	1,21	1,01
Misoprostol	0,62	0,45	0,35
Sucralfate	0,29	0,23	0,20
Total	40,52	44,14	49,27

Données de 2001-2002 présentées par ordre décroissant

Comme le montre le tableau 5.10, l'effet prix a été négatif les deux années de l'analyse (-13 % et -0.4 %), mais le nombre de DJD (effet quantité) est passé de 59 % à 69 %. L'effet diversité des pharmacothérapies est à l'origine d'une augmentation de 42 % et de 45 % des dépenses en médicaments.

L'effet diversité des pharmacothérapies peut être analysé plus en profondeur à l'aide des composantes de coût des ingrédients présentées au tableau 5.11. Ce tableau présente les ingrédients par ordre décroissant de leur coût par DJD. On y observe que les trois premiers ingrédients (inhibiteurs de la pompe à protons) ont enregistré une augmentation de leur part de DJD de près de 14 % tandis que les quatre derniers ingrédients (antagonistes des récepteurs H2) ont enregistré un mouvement contraire de plus de 12 %.

	Effet prix (%)	Effet quantité (%)	Effet diversité des pharmacothérapies (%)	Effets croisés (%)
2000-2001	-13,4 %	68,8 %	44,9 %	-0,3 %
2001-2002	-0,4 %	58,5 %	41,8 %	0,2 %

**Tableau 5.10**  
Ventilation de l'augmentation des dépenses mesurée à l'aide de la DJD  
Médicaments pour des troubles gastriques  
Programme des SSNA  
1999-2000 à 2001-2002

Description ATC	Coût par DJD	Part des DJD (%) 1999-2000	Part des DJD (%) 2000-2001	Part des DJD (%) 2001-2002	Écart des parts des DJD sur trois ans (%)
Omeprazole <sup>1</sup>	2,46	23,9 %	27,1 %	30,9 %	7,0 %
Lansoprazole <sup>1</sup>	2,29	2,7 %	4,0 %	5,3 %	2,6 %
Pantoprazole <sup>1</sup>	2,16	2,3 %	4,0 %	6,3 %	4,0 %
Misoprostol	2,11	1,5 %	1,0 %	0,7 %	-0,8 %
Sucralfate	1,27	0,7 %	0,5 %	0,4 %	-0,3 %
Famotidine <sup>2</sup>	1,15	6,0 %	5,2 %	4,2 %	-1,8 %
Nizatidine <sup>2</sup>	1,15	3,7 %	2,7 %	2,0 %	-1,7 %
Ranitidine <sup>2</sup>	0,79	49,1 %	47,2 %	43,6 %	-5,5 %
Cimetidine <sup>2</sup>	0,26	10,1 %	8,2 %	6,5 %	-3,5 %
Moyenne	1,47				

<sup>1</sup> inhibiteurs de pompe à protons  
<sup>2</sup> antagonistes de récepteurs H2-receptor Antagonists

**Tableau 5.11**  
Coût par DJD et distribution procentuelle des DJD  
Médicaments pour des troubles gastriques  
Programme des SSNA  
1999-2000 à 2001-2002

### 5.7.2 – Agents agissant sur le système rénine-angiotensine

Le tableau 5.12 révèle une augmentation entre 1999-2000 et 2001-2002 des taux d'utilisation des agents agissant sur le système rénine-angiotensine. Le taux total d'utilisation a également augmenté, passant à 49,3 par 1 000 bénéficiaires par jour qu'il était en 1999-2000 à 97,5 par 1 000 bénéficiaires par jour en 2001-2002, ce qui représente un taux de changement général de 97,8 %. Exception faite du Captopril qui présente une tendance négative, les médicaments de ce groupe thérapeutique ont enregistré une croissance légèrement positive de leur taux d'utilisation avec un taux par 1 000 bénéficiaires passant de 8,0 en 1999-2000 à 40,9 en 2001-2002. Le taux d'utilisation du Enapranil a également augmenté, passant de 14,8 par 1 000 bénéficiaires par jour en 1999-2000 à 21,0 en 2001-2002.

Tableau 5.12

Taux d'utilisation mesurés à l'aide de la DJD  
Agents agissant sur le système rénine-angiotensine  
Programme des SSNA (volet pharmaceutique)  
1999-2000 à 2001-2002

Médicament	Taux d'utilisation (par 1 000 bénéficiaires/jour)		
	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Ramipril	8,0	21,6	40,9
Enalapril	14,8	20,3	21,0
Lisinopril	9,8	10,8	11,2
Fosinopril	4,1	5,0	5,7
Quinapril	2,7	3,1	3,4
Losartan	2,5	2,8	3,1
Cilazapril	2,5	2,7	2,8
Perindopril	1,3	1,8	2,1
Valsartan	0,9	1,4	2,0
Irbesartan	0,7	1,2	1,8
Candesartan	0,1	0,6	1,4
Captopril	1,7	1,3	1,1
Telmisartan	0,0	0,4	0,9
Benazepril	0,2	0,2	0,2
Total	49,3	73,2	97,5

Données pour 2001-2002 présentées par ordre décroissant

Le tableau 5.13 révèle un effet prix légèrement négatif (-9 % à -20 %) pour les agents agissant sur le système rénine-angiotensine ainsi qu'un effet quantité très positif (142 % à 189 %) sur les dépenses en médicaments. L'effet diversité des pharmacothérapies sur les dépenses en médicaments est négatif avec -27 % en 1999-2000 et -64 % en 2001-2002.

Pour mieux comprendre l'effet diversité des pharmacothérapies, il faut savoir que ce groupe de médicaments peut être subdivisé en inhibiteurs simples de l'enzyme de conversion et en antagonistes simples de l'angiotensine II. Au cours de la période donnée, tous les inhibiteurs simples de l'enzyme de conversion, à l'exception du Ramipril qui se vend à moindre prix, ont subi une baisse de leur part de marché et tous les antagonistes simples de l'angiotensine II, sauf le losartan qui se vend à plus haut prix, ont vu augmenter leur part de marché. Le Ramipril a été de loin le principal artisan de l'effet diversité des pharmacothérapies négatif ou, dit autrement, du « passage » à des pharmacothérapies à prix abordables. Le Ramipril dont le prix unitaire se situe à seulement 29 % du prix du médicament le plus dispendieux (0,37 par DJD versus 1,08) a vu augmenter de 26 % la part de sa DJD.

	Effet prix (%)	Effet quantité (%)	Effet diversité des pharmacothérapies (%)	Effets croisés (%)
2000-2001	-9,3 %	141,5 %	-26,9 %	-5,2 %
2001-2002	-19,6 %	188,6 %	-63,9 %	-5,1 %

Tableau 5.13

Ventilation de l'augmentation des dépenses mesurée à l'aide de la DJD

Programme des SSNA

1999-2000 à 2001-2002

Description ATC	Coût de la DJD	Part de la DJD (%) 1999-2000	Part de la DJD (%) 2000-2001	Part de la DJD (%) 2001-2002	Variation des parts de DJD sur trois ans (%)
Enalapril <sup>1</sup>	1,08	29,9 %	27,7 %	21,5 %	-8,4 %
Losartan <sup>2</sup>	1,07	5,0 %	3,8 %	3,1 %	-1,9 %
Fosinopril <sup>1</sup>	0,96	8,3 %	6,8 %	5,8 %	-2,5 %
Irbesartan <sup>2</sup>	0,93	1,4 %	1,6 %	1,9 %	0,5 %
Valsartan <sup>2</sup>	0,89	1,9 %	1,9 %	2,1 %	0,2 %
Perindopril <sup>1</sup>	0,87	2,7 %	2,5 %	2,2 %	-0,5 %
Candesartan <sup>2</sup>	0,84	0,2 %	0,8 %	1,4 %	1,2 %
Quinapril <sup>1</sup>	0,80	5,4 %	4,3 %	3,5 %	-2,0 %
Lisinopril <sup>1</sup>	0,68	19,9 %	14,7 %	11,4 %	-8,5 %
Telmisartan <sup>2</sup>	0,62	0,0 %	0,6 %	0,9 %	0,9 %
Captopril <sup>1</sup>	0,56	3,5 %	1,8 %	1,2 %	-2,4 %
Cilazapril <sup>1</sup>	0,51	5,1 %	3,7 %	2,8 %	-2,2 %
Benazepril <sup>1</sup>	0,42	0,4 %	0,3 %	0,2 %	-0,2 %
Ramipril <sup>1</sup>	0,37	16,2 %	29,6 %	42,0 %	25,7 %
Moyenne	0,68				

1 inhibiteurs simples de l'enzyme de conversion  
2 antagonistes simples de l'angiotensine II

Tableau 5.14

Coût par DJD et distribution procentuelle des DJD

Agents agissant sur le système rénine-angiotensine

Programme des SSNA

1999-2000 à 2001-2002

### 5.7.3 – Agents réducteurs de lipides sériques

Le tableau 5.15 qui suit présente en détail les taux d'utilisation des différents médicaments appartenant au groupe des agents réducteurs de lipides sériques et, en bas de tableau, le taux pour tout le groupe thérapeutique. On y constate que les taux d'utilisation des agents réducteurs de lipides sériques ont connu une croissance importante entre 1999-2000 et 2001-2002, le taux total étant passé de 18,62 à 35,26 par 1 000 bénéficiaires par jour entre 1999-2000 et 2001-2002, ce qui représente un taux de variation de 89,4 %. Les principaux artisans de cette croissance sont les « statines ». Avec le Simvastatine et le Atorvastatine en tête de proue, le taux d'utilisation de ce groupe de médicaments est de très loin supérieur aux taux d'utilisation des autres médicaments qui présentent une croissance allant de faible à légèrement négative.

Tableau 5.15

Taux d'utilisation mesurés à l'aide de la DJD  
Agents réducteurs de lipides sériques  
Programme des SSNA (volet pharmaceutique)  
1999-2000 à 2001-2002

Médicament	Taux d'utilisation (par 1000 bénéficiaires/jour)		
	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Atorvastatine	7,50	12,71	20,50
Simvastatine	3,58	4,31	6,47
Fenofibrate	1,88	2,27	2,82
Pravastatine	3,01	3,20	2,19
Cerivastatine	0,30	1,46	1,05
Lovastatine	1,30	1,16	1,00
Gemfibrozil	0,57	0,57	0,62
Fluvastatine	0,30	0,35	0,36
Bezafibrate	0,17	0,22	0,25
Colestipol	0,00	0,00	0,00
Total	18,62	26,25	35,26

Comme le montre le tableau 5.16, les dépenses en médicaments sont affectées par l'effet prix (-18 % et -28 %), avantagées par l'effet quantité (139 % et 147 %) et affectées par l'effet diversité des pharmacothérapies (-24 % et -11 %).

Tableau 5.16

Ventilation de l'augmentation des dépenses mesurée à l'aide de la DJD  
Agents réducteurs des lipides sériques  
Programme des SSNA  
1999-2000 à 2001-2002

Exercice	Effet prix (%)	Effet quantité (%)	Effet diversité des pharmacothérapies (%)	Effets croisés (%)
2000-2001	-18,0 %	146,6 %	-23,7 %	-4,9 %
2001-2002	-27,6 %	139,4 %	-10,7 %	-1,1 %

Le tableau 5.16 qui suit se penche sur l'effet thérapeutique légèrement négatif. La part des huit médicaments les plus dispendieux a diminué alors que celle des deux médicaments les moins dispendieux a augmenté. D'une façon plus particulière, la part de marché de l'Atorvastatine a augmenté, passant de 40 % à 58 %.

Description ATC	Coût par DJD	Part de DJD (%) 1999-2000	Part de DJD (%) 2000-2001	Part de DJD (%) 2001-2002	Variation de la part de marché sur trois ans (%)
Colestipol	5,518	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Bezafibrate	2,611	0,9 %	0,8 %	0,7 %	-0,2 %
Lovastatine	2,102	7,0 %	4,4 %	2,8 %	-4,2 %
Simvastatine	1,700	19,2 %	16,4 %	18,4 %	-0,9 %
Gemfibrozil	1,420	3,0 %	2,2 %	1,8 %	-1,3 %
Fluvastatine	1,377	1,6 %	1,3 %	1,0 %	-0,6 %
Fenofibrate	1,371	10,1 %	8,6 %	8,0 %	-2,1 %
Pravastatine	1,294	16,2 %	12,2 %	6,2 %	-10,0 %
Atorvastatine	1,244	40,3 %	48,4 %	58,1 %	17,9 %
Cerivastatine	1,000	1,6 %	5,6 %	3,0 %	1,4 %
Moyenne	1,372				

Tableau 5.17

Coût par DJD et distribution procentuelle des DJD  
Agents réducteurs des lipides sériques  
Programme des SSNA  
1999-2000 à 2001-2002

#### 5.7.4 – Médicaments utilisés pour le diabète

Le tableau 5.18 qui suit présente les taux d'utilisation des différents médicaments appartenant au groupe des médicaments utilisés pour le diabète. Ces taux ont relativement peu augmenté entre 1999-2000 et 2001-2002. En effet, le taux total est passé de 46,5 par 1 000 bénéficiaires par jour en 1999-2000 à 54,3 par 1 000 bénéficiaires par jour en 2001-2002, ce qui donne un taux de variation générale de 16,7 %. Le principal artisan de cette augmentation est le Metformine, les autres médicaments ayant connu des taux de croissance de l'utilisation beaucoup plus modestes.

Médicament	Taux d'utilisation (par 1 000 bénéficiaires/jour)		
	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Glibenclamide	27,3	27,1	27,4
Metformine	14,9	17,7	21,4
Gliclazide	3,3	3,5	3,6
Repaglinide	0,0	0,5	1,1
Acarbose	0,6	0,6	0,5
Chlorpropamide	0,3	0,3	0,2
Tolbutamide	0,1	0,1	0,1
Total	46,5	49,7	54,3

Données de 2001-2001 présentées par ordre décroissant

Tableau 5.18

Taux d'utilisation mesurés à l'aide de la DJD  
Médicaments utilisés pour le traitement du diabète  
Programme des SSNA (volet pharmaceutique)  
1999-2000 à 2001-2002

Comme le montre le tableau 5.19, le modèle bien courant d'effet prix négatif (-9 % et -21 %) et d'effet quantité positif (67 %) s'applique également aux médicaments utilisés pour le traitement du diabète. L'effet diversité des pharmacothérapies pour ce groupe de médicaments est très positif, avec un taux de 63 % en 1999-2000 et de 46 % en 2001-2002.

Le tableau 5.20 nous permet de constater que la part de marché des DJD du sous-groupe des médicaments les moins dispendieux (sulfonamides, dérivés de l'urée) a reculé d'environ 9 % au profit des médicaments les plus chers dont le Repaglinide et des médicaments moyennement chers dont le Metformine. Ce dernier médicament a enregistré une augmentation de plus de 7 % de sa part de marché exprimée en DJD tandis que le Repaglinide a enregistré une augmentation de 2 %.

**Tableau 5.19**

**Ventilation de l'augmentation des dépenses mesurée à l'aide de la DJD**

**Médicaments pour le traitement du diabète**

**Programme des SSNA  
1999-2000 à  
2001-2002**

	Effet prix (%)	Effet quantité (%)	Effet diversité des pharmacothérapies (%)	Effets croisés (%)
2000-2001	-20,9 %	67,5 %	63,1 %	-9,8 %
2001-2002	-9,0 %	67,4 %	46,2 %	-4,6 %

**Tableau 5.20**

**Coût par DJD et distribution procentuelle des DJD**

**Médicaments pour le traitement du diabète**

**Coût par DJD et distribution procentuelle des DJD**

Description ATC	Coût par DJD	Part des DJD (%) 1999-2000	Part des DJD (%) 2000-2001	Part des DJD (%) 2001-2002	Variation de la part des DJD sur trois ans (%)
Acarbose	1,39	1,3 %	1,2 %	0,9 %	-0,4 %
Repaglinide	1,23	0,1 %	1,0 %	2,1 %	2,0 %
Gliclazide <sup>1</sup>	0,67	7,0 %	7,0 %	6,6 %	-0,4 %
Metformine	0,50	32,0 %	35,6 %	39,4 %	7,4 %
Tolbutamide <sup>1</sup>	0,14	0,2 %	0,1 %	0,1 %	-0,1 %
Glibenclamide <sup>1</sup>	0,14	58,7 %	54,5 %	50,5 %	-8,3 %
Chlorpropamide <sup>1</sup>	0,10	0,7 %	0,6 %	0,4 %	-0,3 %
Moyenne	0,35	100,0 %	100,0 %	100,0 %	0,0 %

<sup>1</sup> sulfonamides, dérivés de l'urée



## Annexe I – Méthodologie

La présente étude fait l'analyse des dépenses en médicaments, des prix des médicaments ainsi que des composantes de la croissance des dépenses du Programme des services de santé non assurés (volet pharmaceutique) pour les exercices 1999-2000 à 2001-2002. L'information sur les dépenses, y compris les données sur les prix et les quantités, ont été tirées du Système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, de Santé Canada. La base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada a également été consultée pour que seuls les médicaments définis dans la *Loi sur les aliments et drogues* soient pris en compte dans la présente étude. Quant à la base de données du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, elle a été utilisée pour regrouper les médicaments selon le statut de leur brevet. Des identificateurs de marché ont été utilisés pour classer les médicaments selon leurs caractéristiques identifiables telles que médicaments brevetés versus médicaments non brevetés, médicaments génériques versus médicaments de marque, médicaments à fournisseur exclusif versus médicaments à fournisseurs multiples.

**Prix.** Les sections 4 et 5 font référence aux « prix ». Ces prix correspondent aux coûts réclamés et comprennent la marge bénéficiaire du grossiste, mais non les honoraires du pharmacien ni la marge bénéficiaire du détaillant. Pour obtenir le coût total de l'ingrédient, nous avons comptabilisé dans le coût la portion assumée par le bénéficiaire et celle assumée par le programme. Contrairement aux études antérieures qui calculaient les prix au niveau du DIN, la présente étude calcule le prix au niveau de la bioéquivalence ou, autrement dit, le prix se fondant sur l'identification/groupe pharmaceutique par ingrédient, concentration et voie d'administration. Cette nouvelle définition permet une analyse plus précise des effets prix pour les médicaments à fournisseurs multiples.

**Décompositions selon la croissance :** La section 5 décompose la croissance des dépenses selon différents « effets ». Ces effets sont définis comme suit :

- L'effet prix, qui mesure l'incidence de la variation de prix sur les dépenses alors que les autres facteurs utilisés dans la décomposition (par ex. la quantité) demeurent constants.
- L'effet volume/quantité, qui mesure l'incidence sur les dépenses des variations de quantités de médicaments consommés alors que les autres facteurs utilisés dans la décomposition (par ex. les prix) demeurent constants.

- Dans la présente étude, les médicaments ayant fait l'objet de demandes de remboursement en 1999-2000 ou avant sont appelés « médicaments existants » et les médicaments ne faisant l'objet de demandes de remboursement que depuis 2000-2001 ou plus tard, « médicaments nouveaux ». L'effet « médicaments nouveaux » indique le montant de l'augmentation des dépenses par suite de l'ajout de médicaments nouveaux sur le formulaire. Cet effet est ventilé en effets de la 1<sup>ère</sup> année et en effets de la 2<sup>e</sup> année. La « 1<sup>ère</sup> année » fait référence à la première année pour laquelle le médicament a fait l'objet de réclamations et la « 2<sup>e</sup> année », à l'année suivante.
- L'effet médicament retiré mesure l'incidence du retrait de médicaments du programme.
- Les effets croisés désignent le produit de la variation du prix et de la quantité. Cette composante peu importante est prise en compte dans l'analyse pour des raisons d'exactitude algébrique.

Les différents effets sont calculés à l'aide de la formule algébrique suivante :

$$\begin{aligned}
 e(i) - e(i - 1) &= \Sigma 0 [p(i) - p(i - 1)]q(i - 1) && \text{(effet prix)} \\
 &+ \Sigma 0 [q(i) - q(i - 1)]p(i - 1) && \text{(effet quantité)} \\
 &+ \Sigma 0 [p(i) - p(i - 1)] [q(i) - q(i - 1)] && \text{(effets croisés)} \\
 &+ \Sigma n1 e(i) && \text{ (« 1<sup>ère</sup> année » du médicament nouveau)} \\
 &+ \Sigma n2 e(i) && \text{ (« 2<sup>e</sup> année » de l'effet médicament nouveau)} \\
 &+ \Sigma x e(i - 1) && \text{(effet médicament retiré)}
 \end{aligned}$$

où

$e(i)$  = dépenses de l'année  $i$

$p(i)$  = prix pour l'année  $i$

$q(i)$  = quantité pour l'année  $i$

$\Sigma 0$  désigne le total de tous les médicaments existants

$\Sigma n1$  désigne le total de tous les médicaments nouveaux la 1<sup>ère</sup> année

$\Sigma n2$  désigne le total de tous les médicaments nouveaux la 2<sup>e</sup> année

$\Sigma x$  désigne le total de tous les médicaments retirés.

**Décompositions selon la DJD.** La section 5 présente les résultats obtenus avec la dose journalière définie (DJD) comme mesure d'utilisation (au lieu de quantités physiques) et ce, pour plusieurs groupes thérapeutiques. Dans ce cas, les variations des dépenses sont associées aux effets prix, aux effets volume, aux effets croisés et aux effets substitution de pharmacothérapie.

- L'effet prix mesure l'incidence des changements de prix (coût par DJD pour tous les médicaments appartenant à la même catégorie thérapeutique) sur les dépenses en maintenant constants les autres facteurs dont, par exemple, la quantité.
- L'effet volume mesure l'incidence des changements de volume/quantité (nombre de DJD) sur les dépenses en maintenant constants les autres facteurs dont, par exemple, le prix.
- L'effet substitution de pharmacothérapie mesure l'incidence des substitutions de médicaments de la même catégorie thérapeutique en maintenant constants les autres facteurs dont, par exemple, la quantité. Le coût par DJD variant selon le médicament, ces substitutions peuvent donner lieu à des changements marqués au niveau des dépenses. Essentiellement, l'effet de substitution de pharmacothérapie sera positif (négatif) s'il y a augmentation importante au niveau de l'utilisation de médicaments dont le coût de la DJD est plus élevé (ou moins élevé) que la moyenne générale des médicaments appartenant à la même catégorie thérapeutique.
- Les effets croisés mesurent l'incidence des interactions entre les variations du coût par DJD et celles du volume. Cette composante peu importante est généralement prise en compte dans l'analyse pour des raisons d'exactitude algébrique.

Dans ce cas, la formule de décomposition est la suivante :

$$\begin{aligned}
 e(i) - e(i - 1) &= \Sigma [p(i) - p(i - 1)]q(i - 1) && \text{(effet prix)} \\
 &+ P(i - 1) [Q(i) - Q(i - 1)] && \text{(effet quantité)} \\
 &+ \Sigma [p(i) - p(i - 1)] [q(i) - q(i - 1)] && \text{(effets croisés)} \\
 &+ \Sigma [q(i) - q(i - 1)] [p(i - 1) - P(i - 1)] && \text{(effet diversité de pharmacothérapies)}
 \end{aligned}$$

où

$e(i)$  = dépenses pour l'année  $i$

$p(i)$  = prix/coût par DJD l'année  $i$  pour un médicament

$P(i)$  = prix/coût par DJD l'année  $i$  pour le groupe thérapeutique

$q(i)$  = nombre de DJD l'année  $i$  pour un médicament

$Q(i)$  = nombre de DJD l'année  $i$  pour le groupe thérapeutique

$\Sigma$  correspond au cumul de tous les médicaments existants

## Annexe II – Description des données et sources



### Description des données

Variables	Définition	Source des données
DIN	Numéro d'identification du médicament	SSNA, Base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada, bases de données du CEPMB
Dépenses : Montant réclamé	Valeur en dollars réclamée	Ensemble de données du Programme des SSNA (Système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement)
Dépenses : Montant alloué	Valeur en dollars pouvant être versée pour une demande de remboursement	Ensemble de données du Programme des SSNA
Dépenses : Coût réclamé	Valeur en dollars demandée pour le remboursement d'un médicament (ne comprend pas les honoraires du pharmacien ni la marge bénéficiaire)	Ensemble de données du Programme des SSNA
Quantité réclamée	Quantité d'un médicament faisant l'objet de la réclamation.	Ensemble de données du Programme des SSNA
Numéro de classification ATC	Dans le système de classification ATC, les médicaments sont classés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et selon également leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques.	Base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada
Nom de marque	Nom sous lequel le médicament est commercialisé.	Base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada
Ingrédient actif	Toute substance ayant des propriétés médicinales et offrant une réaction pharmacologique ou autre effet direct aux niveaux du diagnostic, de la guérison, de l'atténuation, du traitement ou de la prévention d'une maladie ou affectant la structure ou le fonctionnement du corps chez les humains ou chez les animaux.	Base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada
Concentration	Concentration de l'ingrédient actif	Base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada
Forme pharmaceutique	Forme de présentation du médicament, par ex. comprimé, gélule	Base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada
Voie d'administration	Fait référence à la partie du corps par laquelle le médicament est administré. Par ex. voie orale	Base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada

Variables	Définition	Source des données
Dose thérapeutique quotidienne	Dose d'entretien quotidienne d'un médicament recommandée pour l'indication principale pour un adulte; correspond à la classification ATC.	Organisation mondiale de la santé
Statut de médicament de marque/générique	Statut déterminé par les fabricants membres de l'Association canadienne du médicament générique	<a href="http://www.cdma-acfpp.org/">http://www.cdma-acfpp.org/</a> <a href="http://www.canadapharma.org">http://www.canadapharma.org</a>
Niveau de bioéquivalence	Numéro d'identification de bioéquivalence pour les DIN présentant les mêmes ingrédients, formes posologiques, concentrations et voies d'administration	Ensemble de données de BC Pharmacare
Statut du brevet	Statut du brevet	Base de données du CEPMB
Année de lancement	Année au cours de laquelle le médicament a été lancé sur le marché	Base de données du CEPMB
Médicaments en vente libre et médicaments d'ordonnance	Médicaments en vente libre et médicaments d'ordonnance disponibles à l'échelle nationale présentés sur une base régionale pour faciliter la comparaison avec le Programme des services de santé non assurés (volet pharmaceutique).	- Rapports annuels du Programme des SSNA - Rapport de l'ICIS : Dépenses en médicaments au Canada 1985 - 2002

Description des dépenses, des variables de la population et de leurs valeurs					
Nom	Année	Statistiques	Sections du rapport	Source	Notes
Dépenses : Médicaments d'ordonnance et médicaments en vente libre	1999-2000	159 388 000	Section 2	Rapports annuels du Programme des SSNA	Dépenses en médicaments d'ordonnance et en médicaments en vente libre utilisées aux fins des comparaisons régionales entre le Programme des services de santé non assurés (volet pharmaceutique) et les dépenses nationales rapportées par l'ICIS.
	2000-2001	183 618 000			
	2001-2002	216 916 400			
Dépenses : Montant réclamé (XCLM)	1999-2000	164 503 722	Section 3	Base de données du Programme des SSNA	Données épurées et fusionnées dans le fichier de la base de données sur les médicaments de Santé Canada. Ne comprennent pas les dépenses non associées à des médicaments comme, par exemple, les bâtonnets diagnostiques.
	2000-2001	186 795 845			
	2001-2002	214 527 626			
Dépenses : Montant autorisé/alloué (XALL)	1999-2000	154 047 397	Section 3	Base de données du Programme des SSNA	Même que note précédente.
	2000-2001	174 568 274			
	2001-2002	200 011 738			
Dépenses : coût réclamé (XCOST)	1999-2000	119 029 070	Section 4 et 5	Base de données du Programme des SSNA	Même que notes précédentes. Utilisé comme base pour l'analyse du prix, du volume et des facteurs d'augmentation des prix puisqu'il s'agit de l'unique variable pouvant intégrer les effets des honoraires du pharmacien et de la marge bénéficiaire du détaillant.
	2000-2001	136 621 130			
	2001-2002	159 095 058			
Dépenses: Analyse des prix, volume et facteurs d'augmentation des coûts	1999-2000	80 484 612	Section 4 et 5	Base de données du Programme des SSNA	Même que notes précédentes. Les données sont limitées aux comprimés et aux gélules, ce qui a pour effet de réduire le total des dépenses.
	2000-2001	94 715 605			
	2001-2002	112 712 619			
Population admissible	1999-2000	681 164	Section 2	Rapports annuels du Programme des SSNA	L'estimation de la population admissible ayant été faite à la fin de l'exercice financier, la moyenne des deux années a donc été utilisée
	2000-2001	698 245			
	2001-2002	713 712			
Bénéficiaires	1999-2000	463 170	Section 3, 4 et 5	Base de données du Programme des SSNA	
	2000-2001	474 901			
	2001-2002	481 390			
Ordonnances	1999-2000	6 340 576	Section 3, 4 et 5	Base de données du Programme des SSNA	
	2000-2001	6 783 199			
	2001-2002	7 327 003			

# Annexe III – Programme des services de santé non assurés (volet pharmaceutique)



## Services de santé non assurés

En 2001-2002, le Programme des services de santé non assurés a offert à environ 721 000 Indiens inscrits, Inuits et Innus un éventail de services de santé non couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux/territoriaux. Ces services comprennent les prestations pharmaceutiques (médicaments d'ordonnance et en vente libre ainsi que l'équipement médical et fournitures médicales), les soins dentaires, les soins de la vision, le transport à des fins médicales, les prestations de santé en Alberta et en Colombie-Britannique, et certains autres services de santé. Tous les Indiens inscrits et Inuits et Innus reconnus résidant au Canada sont admissibles au Programme des services de santé non assurés, sans égard à leur lieu de résidence ni à leur niveau de revenu. Le Programme des SSNA existe en vertu de la Politique sur la santé des Indiens de 1979. Cette politique décrit les attributions des collectivités des Premières nations, des différents niveaux de gouvernement et du secteur privé en matière de santé des Premières nations.

## Volet pharmaceutique

La liste des médicaments assurés comporte des médicaments dont l'efficacité thérapeutique, l'innocuité, la valeur thérapeutique proportionnelle au coût et leur conformité au mandat et aux politiques du Programme ont été démontrées. Les médicaments génériques sont ajoutés conformément aux listes de médicaments interchangeable des provinces. Les médicaments peuvent être retirés de la liste des médicaments assurés pour les raisons suivantes : le produit est retiré du marché canadien, de nouveaux médicaments offrant des bienfaits thérapeutiques plus grands ont été ajoutés à la liste, de nouvelles données sur la toxicité rendent le médicament inapproprié, de nouvelles données révèlent que le médicament ne procure pas les bienfaits thérapeutiques escomptés, les bienfaits du médicament ne justifient pas son coût d'achat et le médicament présente un potentiel élevé d'usage abusif.

Les critères suivants du Programme des services de santé non assurés sont appliqués pour grouper les médicaments dans les catégories suivantes : Liste des médicaments assurés, Utilisation limitée, Exceptions et Exclusions.

Les médicaments sont classés dans la catégorie des médicaments apportant des avantages limités lorsque (i) le médicament démontre un important potentiel d'utilisations non conformes aux indications, (ii) son efficacité démontrée est accompagnée d'effets indésirables graves et prévisibles, (iii) les premier et deuxième choix de traitements ne sont pas efficaces ou ne sont pas tolérés par le client, et (iv) il existe des traitements de deuxième ligne offrant un bon rapport efficacité-prix.

Les médicaments non inscrits sur la liste des médicaments assurés peuvent, en vertu des critères d'exception, faire l'objet d'une approbation spéciale si le médecin ou le dentiste justifie son ordonnance.

Au nombre des exclusions prévues au Programme, citons les médicaments qui ne relèvent pas du mandat du programme tels que les médicaments favorisant la perte de poids ainsi que les médicaments favorisant la pousse de cheveux.

### **Sources des données :**

Les données démographiques sur la population des Premières nations et des Inuits sont tirées du Système de vérification du statut (SVS) de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGPNI). Ces données se fondent sur l'information fournies par le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (MAINC), les gouvernements des Territoires du Nord-ouest et du Nunavut, les organisations inuits telles que la *Inuvialuit Regional Corporation*, *Nunavut Tunngavik Incorporated*, la Labrador Inuit Association et la société Makivik du Québec. Le Système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement de la DGPNI est utilisé aux fins du traitement des demandes de remboursement pour des médicaments, des fournitures médicales, de l'équipement médical et des services dentaires.

### **Politiques relatives aux prix et à la quantité**

En règle générale, le Programme des services de santé non assurés (volet pharmaceutique) rembourse le médicament qui constitue le produit le plus efficace au prix le moins cher du médicament de son groupe thérapeutique. L'identification des médicaments interchangeables et la sélection des marques les moins cher se font en conformité avec les lois et les politiques pertinentes des provinces et des territoires.

D'une façon générale, l'ordonnance doit faire état de la quantité du médicament requise. Lorsque l'état de santé d'un bénéficiaire est stabilisé avec un médicament utilisé pour un traitement permanent et que des rajustements de la dose ne semblent pas nécessaires, une quantité maximale de 100 jours est suggérée.

### **Examen de l'utilisation faite des médicaments**

Partie du système de points de service ou de traitement des ordonnances en ligne, l'examen de l'utilisation faite des médicaments permet une analyse des données antérieures et actuelles concernant les réclamations afin de relever les problèmes que peuvent causer les médicaments, tels que les interactions médicamenteuses potentielles, le dédoublement des médicaments et des pharmacothérapies.

## Annexe IV – Indices de prix et de volume



L'information présentée dans la présente section complète l'analyse présentée à la section 4,3 portant l'intitulé Indices de prix, de coût et de volume.

À l'instar de l'indice à pondération fixe Paasche présenté dans le corps du texte, les indices de prix et de volume<sup>39</sup> présentés ci-après couvrent un ensemble fixe (ou panier constant) de médicaments. Cet ensemble est constitué de produits pour lesquels les demandes de remboursement au titre du Programme ont été enregistrées pour les années 1999-2000 à 2001-2002. Seuls l'indice-chaîne de prix Laspeyres (ICPL) et l'indice-chaîne de volume Laspeyres (ICVL) ne suivent pas l'approche du panier constant : dans ce cas, le panier de médicaments couverts une année donnée est constitué de médicaments pour lesquels les réclamations au titre du Programme avaient été enregistrées l'année même et l'année précédente. Les variations annuelles du nombre de médicaments couverts par l'ICPL et l'ICVL reflètent les variations correspondantes dans la gamme de produits assurés par le Programme.

Pour toutes les formules, les variations annuelles des valeurs de l'indice sont obtenues en comparant le coût d'achat de quantités données de médicaments aux prix pratiqués l'année en cours et l'année précédente à celle-ci. Les indices de panier constant ne diffèrent qu'au niveau des quantités utilisées pour faire cette comparaison. L'indice à pondération fixe Laspeyres utilise les quantités observées en 1999-2000 alors que l'indice à pondération fixe Paasche utilise les quantités observées en 2001-2002. La valeur de l'indice à pondération mobile Paasche pour une année donnée se fonde sur les quantités enregistrées pour cette année tandis que l'indice à pondération mobile Laspeyres utilise comme valeur les quantités observées l'année précédente.

Par exemple, l'indice à pondération fixe Laspeyres (Paasche) pour l'année « x » illustre ce qu'il aurait coûté d'assurer les quantités de 1999-2000 (2001-2002) aux prix « x » de l'année. Les indices à pondération mobile Laspeyres et Paasche ressemblent à l'ICPL/ICVL à la différence qu'ils excluent les médicaments qui sont devenus admissibles ou non admissibles à un remboursement au titre du Programme entre 1999-2000 et 2001-2002. Autrement dit, ils mesurent l'effet prix/volume obtenu avec le panier de médicaments « anciens » ou « existants ».

Exercice	Nbre de marchés bioéquivalents	Indice à pondération fixe Laspeyres (utilisation de 1999-2000 comme facteur de pondération)		Indice de prix à pondération mobile Laspeyres (utilisation annuelle comme facteur de pondération)		Indice à pondération mobile Paasche utilisation annuelle comme facteur de pondération	
		Indice Prix	Variation annuelle (%)	Indice Prix	Variation annuelle (%)	Indice Prix	Variation annuelle (%)
<b>Panier complet de médicaments</b>							
1999-2000		100,00		100,00		100,00	
2000-2001	1056	98,65	-1,35	98,65	-1,35	98,65	-1,35
2001-2002	1056	98,14	-0,51	98,12	-0,53	98,03	-0,63
<b>Médicaments brevetés</b>							
1999-2000		100,00		100,00		100,00	
2000-2001	304	99,70	-0,30	99,70	-0,30	99,57	-0,43
2001-2002	304	99,96	0,26	99,89	0,19	99,59	0,03
<b>Médicaments brevetés à fournisseur exclusif</b>							
1999-2000		100,00		100,00		100,00	
2000-2001	215	99,73	-0,27	99,73	-0,27	99,64	-0,36
2001-2002	215	100,26	0,53	100,12	0,39	99,74	0,10
<b>Médicaments non brevetés</b>							
1999-2000		100,00		100,00		100,00	
2000-2001	801	98,66	-1,34	98,66	-1,34	98,56	-1,44
2001-2002	801	98,86	0,21	98,53	-0,12	98,27	-0,29
<b>Médicaments non brevetés à fournisseur exclusif</b>							
1999-2000		100,00		100,00		100,00	
2000-2001	279	101,01	1,01	101,01	1,01	100,51	0,51
2001-2002	279	103,65	2,61	103,28	2,25	102,53	2,01
<b>Médicaments non brevetés à fournisseurs multiples</b>							
1999-2000		100,00		100,00		100,00	
2000-2001	449	98,45	-1,55	98,45	-1,55	98,41	-1,59
2001-2002	449	98,97	0,53	98,72	0,28	98,60	0,19
<b>Médicaments de marque subissant la concurrence de médicaments génériques</b>							
1999-2000		100,00		100,00		100,00	
2000-2001	329	96,21	-3,79	96,21	-3,79	98,03	-1,97
2001-2002	329	95,87	-0,34	95,87	-0,35	98,16	0,13
<b>Médicaments génériques</b>							
1999-2000		100,00		100,00		100,00	
2000-2001	508	98,01	-1,99	98,01	-1,99	98,03	-1,97
2001-2002	508	98,52	0,52	98,21	0,21	98,16	0,13
<b>Médicaments de marque</b>							
1999-2000		100,00		100,00		100,00	
2000-2001	877	100,22	0,22	100,22	0,22	100,01	0,01
2001-2002	877	99,92	-0,29	100,18	-0,04	99,99	-0,02

Indices des prix calculés à l'aide d'un panier constant de médicaments et de différents systèmes de pondération SSNA 1999-2000 à 2001-2002

Indices de volume avec un panier de médicaments constant et différents barèmes de pondération SSNA  
1999-2000 à 2001-2002

Exercice	Nbre de marchés bioéquivalents	Indice-chaîne à pondération fixe Laspeyres - (utilisation en 1999-2000 comme facteur de pondération)		Indice-chaîne à pondération mobile Laspeyres - (utilisation annuelle comme facteur de pondération)		Indice à pondération mobile Paasche (utilisation annuelle comme facteur de pondération)	
		Indice Prix	Variation annuelle (%)	Indice Prix	Variation annuelle (%)	Indice Prix	Variation annuelle (%)
<b>Panier de médicaments complet</b>							
1999-2000		100,00		100,00		100,00	
2000-2001	1056	119,70	19,70	119,70	19,70	119,70	19,70
2001-2002	1056	140,23	17,16	140,41	17,30	140,27	17,19
<b>Médicaments brevetés</b>							
1999-2000		100,00		100,00		100,00	
2000-2001	304	127,40	27,40	127,40	27,40	127,23	27,23
2001-2002	304	153,17	20,22	153,24	20,28	152,78	20,08
<b>Médicaments brevetés à fournisseur exclusif</b>							
1999-2000		100,00		100,00		100,00	
2000-2001	215	138,75	38,75	138,75	38,75	138,62	38,62
2001-2002	215	178,49	28,65	178,51	28,66	177,84	28,30
<b>Médicaments non brevetés</b>							
1999-2000		100,00		100,00		100,00	
2000-2001	801	110,92	10,92	110,92	10,92	110,81	10,81
2001-2002	801	120,43	8,57	120,43	8,57	120,11	8,39
<b>Médicaments non brevetés à fournisseur exclusif</b>							
1999-2000		100,00		100,00		100,00	
2000-2001	279	129,98	29,98	129,98	29,98	129,33	29,33
2001-2002	279	164,64	26,67	164,10	26,25	162,91	25,96
<b>Médicaments non brevetés à fournisseurs multiples</b>							
1999-2000		100,00		100,00		100,00	
2000-2001	449	106,64	6,64	106,64	6,64	106,60	6,60
2001-2002	449	111,02	4,11	111,03	4,11	110,88	4,01
<b>Médicaments de marque subissant la concurrence de médicaments de marque et génériques</b>							
1999-2000		100,00		100,00		100,00	
2000-2001	329	102,36	2,36	102,36	2,36	102,21	2,21
2001-2002	329	106,35	3,90	106,50	4,04	106,34	4,04
<b>Médicaments génériques</b>							
1999-2000		100,00		100,00		100,00	
2000-2001	508	114,63	14,63	114,63	14,63	114,66	14,66
2001-2002	508	125,80	9,75	125,91	9,83	125,84	9,76
<b>Médicaments de marque</b>							
1999-2000		100,00		100,00		100,00	
2000-2001	877	121,02	21,02	121,02	21,02	120,77	20,77
2001-2002	877	140,88	16,41	140,87	16,40	140,60	16,42

## Annexe V – Évolution démographique et médicaments les plus vendus

Le tableau qui suit ventile la population de bénéficiaires admissibles selon le groupe d'âge auxquelles ils appartiennent et le taux de croissance annuelle moyen pour chaque groupe d'âge.

Groupe d'âge	Population 1999-2000		Population 2001-2002		Taux de croissance	
	Nombre	Distribution (%)	Nombre	Distribution (%)	Générale (%)	Moyenne annuelle (%)
0-4	59846	8,7 %	59047	8,2 %	-1,3 %	-0,7 %
5-9	79820	11,6 %	80010	11,1 %	0,2 %	0,1 %
10-14	73376	10,6 %	78587	10,9 %	7,1 %	3,5 %
15-19	64300	9,3 %	68205	9,5 %	6,1 %	3,0 %
20-24	58502	8,5 %	60535	8,4 %	3,5 %	1,7 %
25-29	58635	8,5 %	57765	8,0 %	-1,5 %	-0,7 %
30-34	59481	8,6 %	60262	8,4 %	1,3 %	0,7 %
35-39	57066	8,3 %	59187	8,2 %	3,7 %	1,8 %
40-44	46614	6,8 %	51547	7,1 %	10,6 %	5,2 %
45-49	35251	5,1 %	39461	5,5 %	11,9 %	5,8 %
50-54	27535	4,0 %	30038	4,2 %	9,1 %	4,4 %
55-59	20244	2,9 %	22705	3,1 %	12,2 %	5,9 %
60-64	15652	2,3 %	16959	2,4 %	8,4 %	4,1 %
65+	33829	4,9 %	36778	5,1 %	8,7 %	4,3 %
Tous les âges	690151	100 %	721086	100 %	4,5 %	2,2 %

Source : Rapports annuels du Programme des services de santé non assurés, 1999-2000 et 2001-2002

Croissance de la population par groupe d'âge  
Programme des SSNA (volet pharmaceutique)  
1999-2000 à 2001-2002

**Les 25 médicaments brevetés et non brevetés ayant fait l'objet du plus grand nombre de réclamations**  
**Programme des SSNA (volet pharmaceutique)**  
**1999-2000 à 2001-2002**

DIN	Ingrédient	Nom de marque	ATC	Année de lancement*	1999-2000	2000-2001	2001-2002
2190915	Omeprazole (Magnesium d'oméprazole)	Losec 20 Mg	A02BC01	1996	4 014 086 \$	5 076 327 \$	6 568 864 \$
1940481	Paroxetine (Chlorhydrate de Paroxétine)	Paxil Compr. 20mg	N06AB05	1993	2 442 018 \$	2 988 194 \$	3 378 387 \$
2230711	Atorvastatin (Atorvastatin Calcium)	Lipitor 10mg Compr.	C10AA05	1997	891 949 \$	1 481 634 \$	2 300 342 \$
878936	Amlodipine Besylate	Amlodipine Compr. 10mg	C08CA01	1992	1 421 444 \$	1 866 110 \$	2 276 554 \$
878928	Amlodipine Besylate	Amlodipine Compr. 5mg	C08CA01	1992	1 627 557 \$	1 927 304 \$	2 248 684 \$
2239942	Celecoxib	Celebrex 200mg	M01AH01	1999	525 294 \$	1 745 126 \$	2 198 229 \$
894745	Clozapine	Leponex Compr. 100mg	N05AH02	1991	884 883 \$	1 302 690 \$	1 671 668 \$
2230713	Atorvastatin (Atorvastatin Calcium)	Lipitor 20mg Compr.	C10AA05	1997	580 081 \$	1 012 792 \$	1 642 283 \$
2229285	Olanzapine	Zyprexa - 10mg	N05AH03	1996	771 659 \$	1 024 707 \$	1 589 237 \$
670901	Enalapril Maleate	Vasotec Compr. 10mg	C09AA02	1987	1 024 975 \$	1 485 965 \$	1 529 822 \$
2213605	Fluticasone	Flovent inhalateur-Aem Inh-Orl 125mcg/Aem	R03BA05	1995	824 841 \$	1 383 795 \$	1 494 167 \$
1917056	Diclofenac de sodium	Arthrotec 50	M01AB55	1993	1 844 870 \$	1 635 822 \$	1 453 188 \$
2241113	Rosiglitazone (Rosiglitazone Maleate)	Avandia 4mg	A10BG02	2000		526 213 \$	1 424 077 \$
2155966	Ciprofloxacine (Chlorhydrate de Ciprofloxacine)	Cipro 500 - Compr. 500mg	J01MA02	1989	1 216 088 \$	1 389 202 \$	1 383 759 \$
2241108	Rofecoxib	Vioxx Compr. 25mg	M01AH02	1999	24 807 \$	619 039 \$	1 320 464 \$
708879	Enalapril Maleate	Vasotec Compr. 5mg	C09AA02	1987	976 961 \$	1 275 811 \$	1 199 310 \$
2221853	Ramipril	Altace - Cap 10mg	C09AA05	1997	164 833 \$	553 107 \$	1 198 292 \$
733059	Ranitidine (Chlorhydrate de Ranitidine)	Apo-Ranitidine Compr. 150mg	A02BA02	1987	1 144 934 \$	1 204 024 \$	1 185 876 \$
2229453	Pantoprazole (Pantoprazole de sodium Sesquihydrate)	Pantoloc 40mg	A02BC02	1997	332 947 \$	653 846 \$	1 169 886 \$
1984853	Clarithromycin	Biaxin Bid 250mg	J01FA09	1991	1 169 347 \$	1 260 364 \$	1 139 011 \$
2163926	Phosphate de Codéine	Tylenol avec Codéine No. 3 - Compr.	N02AA59	1964	603 934 \$	935 047 \$	1 114 987 \$
884340	Simvastatin	Zocor Compr. 20mg	C10AA01	1994	643 887 \$	780 755 \$	1 106 140 \$
2237280	Venlafaxine (Chlorhydrate de Venlafaxine)	Effexor XR Gélules 75mg	N06AX16	1998	418 808 \$	717 857 \$	1 095 890 \$
585092	Acétate de Médroxyprogestérone	Depo-Provera Sterile Suspension aqueuse 150 M	G03DA02	1997	852 702 \$	953 553 \$	1 075 022 \$
2239607	Citalopram (Citalopram Hydrobromide)	Celexa 20 Mg	N06AB04	1999	34 300 \$	521 415 \$	1 064 096 \$

Année de lancement désigne l'année à laquelle le médicament a été lancé sur le marché canadien. Dans les rapports précédents sur les tendances des prix des médicaments, l'année de lancement désignait l'année au cours de laquelle le médicament avait été inscrit sur le formulaire.

DIN	Ingrédient	Nom de marque	ATC	Année de lancement	1999-2000	2000-2001	2001-2002
2190915	Oméprazole (Oméprazole de magnésium)	Losac 20 Mg	A02BC01	1996	4 014 086 \$	5 076 327 \$	6 568 864 \$
2213605	Fluticasone Propionate	Flovent inhalateur-Aem Inh-Orl 125mcg/Aem	R03BA05	1995	824 841 \$	1 383 795 \$	1 494 167 \$
884340	Simvastatin	Zocor Compr. 20mg	C10AA01	1994	643 887 \$	780 755 \$	1 106 140 \$
2237280	Venlafaxine (Chlorydrate de Venlafaxine)	Effexor XR Gélules 75mg	N06AX16	1998	418 808 \$	717 857 \$	1 095 890 \$
2229837	Sodium de diclofenac	Arthrotec 75	M01AB55	1998	795 029 \$	948 014 \$	981 012 \$
2212021	Azithromycin	Zithromax - Compr. 250mg	J01FA10	1999	159 641 \$	689 425 \$	945 099 \$
2155990	Nifedipine	Adalat XI - SRT 60mg	C08CA05	1992	634 710 \$	691 183 \$	802 005 \$
2126710	Clarithromycin	Biaxin Bid 500mg	J01FA09	1994	550 958 \$	685 915 \$	777 927 \$
2231587	Epoetin Alfa	Eprex Stérile Solution 10000iu/1.0ml	B03XA01	1997	290 758 \$	481 226 \$	751 829 \$
2231586	Epoetin Alfa	Eprex Stérile Solution 4000iu/0,4ml	B03XA01	1997	545 345 \$	620 868 \$	723 332 \$

Les 10 médicaments brevetés de la catégorie 1 ayant fait l'objet du plus grand nombre de réclamations  
Programme des SSNA (volet pharmaceutique)  
1999-2000 à 2000-2001

DIN	Ingrédient	Nom de marque	ATC	Année de lancement	1999-2000	2000-2001	2001-2002
2155966	Ciprofloxacine (Chlorydrate de Ciprofloxacine)	Cipro 500 - Compr. 500mg	J01MA02	1989	1 216 088 \$	1 389 202 \$	1 383 759 \$
2212161	Sumatriptan (Sumatriptan Succinate)	Imitrex - Compr. 100mg	N02CC01	1992	665 581 \$	679 039 \$	708 159 \$
2230694	Imiglucerase	Cerezyme	A16AB02	1997	431 575 \$	490 287 \$	675 309 \$
2242903	Etanercept	Enbrel*	L04AA11	1999	—	—	498 099 \$
2025299	Risperidone	Risperdal Compr. 2mg	N05AX08	1993	358 304 \$	416 681 \$	464 913 \$
2155958	Ciprofloxacine (Chlorydrate de Ciprofloxacine)	Cipro 250 - Compr. 250mg	J01MA02	1989	417 918 \$	454 064 \$	453 138 \$
1968017	Filgrastim (R-Methug-Csf)	Neupogen	L03AA02	1992	190 281 \$	151 496 \$	269 981 \$
2025302	Risperidone	Risperdal Compr. 3mg	N05AX08	1993	232 105 \$	249 064 \$	254 451 \$
1978926	Budesonide	Pulmicort Nebuamp 0,5 Mg/MI	R03BA02	1992	233 367 \$	215 593 \$	203 449 \$
2244016	Infliximab	Remicade	L04AA12	2001	—	—	199 509 \$

\* Breveté en 2001-2002

Les 10 médicaments brevetés de la catégorie 2 ayant fait l'objet du plus grand nombre de réclamations  
Programme des SSNA (volet pharmaceutique)  
1999-2000 à 2000-2001

**Les 10 médicaments brevetés de la catégorie 3 ayant fait l'objet du plus grand nombre de réclamations**  
**Programme des SSNA (volet pharmaceutique)**  
**1999-2000 à 2000-2001**

DIN	Ingrédient	Nom de marque	ATC	Année de lancement*	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1940481	Paroxétine (Chlorhydrate de Paroxétine)	Paxil Compr. 20mg	N06AB05	1993	2 442 018 \$	2 988 194 \$	3 378 387 \$
2230711	Atorvastatin (Atorvastatin Calcium)	Lipitor 10mg Compr.	C10AA05	1997	891 949 \$	1 481 634 \$	2 300 342 \$
878936	Amlodipine Besylate	Amlodipine Compr. 10mg	C08CA01	1992	1 421 444 \$	1 866 110 \$	2 276 554 \$
878928	Amlodipine Besylate	Amlodipine Compr. 5mg	C08CA01	1992	1 627 557 \$	1 927 304 \$	2 248 684 \$
2239942	Celecoxib	Celebrex 200mg	M01AH01	1999	525 294 \$	1 745 126 \$	2 198 229 \$
2230713	Atorvastatin (Atorvastatin Calcium)	Lipitor 20mg Compr.	C10AA05	1997	580 081 \$	1 012 792 \$	1 642 283 \$
2229285	Olanzapine	Zyprexa - 10mg	N05AH03	1996	771 659 \$	1 024 707 \$	1 589 237 \$
670901	Enalapril Maleate	Vasotec Compr. 10mg	C09AA02	1987	1 024 975 \$	1 485 965 \$	1 529 822 \$
1917056	Sodium de diclofenac	Arthrotec 50	M01AB55	1993	1 844 870 \$	1 635 822 \$	1 453 188 \$
2241113	Rosiglitazone (Rosiglitazone Maleate)	Avandia 4mg	A10BG02	2000	-----	526 213 \$	1 424 077 \$



## Annexe VI - Catégories anatomique, thérapeutique, chimique

### Anatomique, thérapeutique, chimique (ATC)

Le système de classification anatomique, thérapeutique, chimique est le système officiel de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce système classe les médicaments selon leur utilisation thérapeutique. Pour faciliter les comparaisons selon la catégorie thérapeutique, l'OMS recommande le système de classification ATC [et la dose journalière définie (DJD)] comme unité de mesure.

Le système de classification ATC divise les médicaments en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et selon également leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques. Les médicaments sont classés d'abord dans un des cinq groupes thérapeutiques. Les médicaments sont ensuite divisés en quatorze groupes principaux (1<sup>er</sup> niveau) avec deux sous-groupes thérapeutiques/pharmacologiques (2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> niveaux). Le 4<sup>e</sup> niveau correspond à un sous-groupe thérapeutique, pharmacologique, chimique et le 5<sup>e</sup> niveau, à la substance chimique.

Les médicaments sont classifiés selon l'utilisation thérapeutique principale de l'ingrédient actif principal, suivant le principe d'un seul code ATC par formule pharmaceutique (c.-à-d. ingrédients, concentration et forme posologique semblables). Un médicament peut être associé à plusieurs codes ATC s'il est disponible en au moins deux concentrations ou présentations dont les utilisations thérapeutiques sont clairement différentes.

Les pages qui suivent présentent une description des 16 sous-groupes ATC ainsi que la décomposition des dépenses des 12 autres sous-groupes pris en compte dans l'analyse traitée à la section 5.6.

<b>ATC</b>	<b>Groupe thérapeutique</b>	<b>Sous-groupes</b>
A02	Médicament pour le traitement des troubles gastriques	Antiacides; antagonistes de récepteur H2; Prostaglandines; Inhibiteurs de pompe à protons, Combinaisons pour l'éradication de la bactérie <i>Helicobacter pylori</i> et autres tels que sucralfate
A10	Médicaments utilisés pour le diabète	Insulines et analogues; biguanides; sulfonamides; inhibiteur d'alpha-glucosidase; thiazolidinédiones et autres tel que repaglinide
B01	Anticoagulants	Antagonistes de la vitamine K; groupe des héparines; inhibiteurs d'agrégation plaquettaire, enzymes et autres
C07	Agents bêta-bloquants	Agents bêta-bloquants; agents bêta-bloquants avec thiazides; agents bêta-bloquants avec autres diurétiques; Agents bêta-bloquants, thiazides et autres diurétiques; agents bêta-bloquants et vasodilatateurs; bêta-bloquants; agents bêta-bloquants et autres antihypertenseurs
C08	Inhibiteurs calciques	Inhibiteurs calciques sélectifs avec effets vasculaires principaux; Inhibiteurs calciques sélectifs avec effets cardiaques directs; Inhibiteurs calciques non sélectifs, Inhibiteurs calciques et diurétiques.
C09	Agents agissant sur le système rénine-angiotensine	IECA, simple; IECA, en association; antagonistes de l'angiotensine II, simples; antagonistes de l'angiotensine II, en association et autres
C10	Agents réducteurs de lipides sériques	Inhibiteurs de HMG CoA reductase; fibrates; chélateurs des acides biliaires; niacines et dérivés
G03	Système génito-urinaire et hormones sexuelles	Contraceptifs hormonaux et modulateurs du système génital; androgènes; estrogènes; progestogènes; combinaisons d'androgènes et d'hormones sexuelles féminines; combinaisons de progestogènes et d'oestrogènes; gonadotropines et autres inducteurs de l'ovulation; antiandrogènes; autres hormones sexuelles et modulateurs du système génital
J01	Antibactériens pour usage systémique	Tétracyclines; Amphénicols (chloramphénicol); Pénicillines; inhibiteurs de la B-lactamase; Céporine; Monobactam; Carbapenems; Sulfonamides et Triméthoprim; Macrolides et Lincosamides (clindamycine); Aminoglycosides; Quinolones et autres tels que vancomycine, acide fusidique, métronidazole
J05	Antiviraux pour usage systémique	Antiviraux à action directe tels que l'Aciclovir, l'abacavir et le lysozyme.
L04	Agents immunosuppresseurs	Agents immunosuppresseurs sélectifs et autres tels que azathioprine et thalidomide.
M01	Agents anti-inflammatoires et antirhumatismaux	Anti-inflammatoires et antirhumatismaux non stéroïdiens (butylpyrazolidines, dérivés de l'acide acétique et substances apparentées, oxicams, dérivés de l'acide propionique, fénamates, coxibes et autres tels que nabumétone et glucosamine); Anti-inflammatoires et antirhumatismaux en association; agents antirhumatismaux spécifiques (préparations de sels d'or, pénicillamine)
N02	Analgésiques	Opiacés; autres analgésiques et antipyrétiques tels que acide acétylsalicylique et dérivés; dérivés corticostéroïdes et préparations contre la migraine
N03	Anticonvulsivants	Barbituriques et dérivés; dérivés hydantoïnes, dérivés oxazolodines; dérivés succinimides; dérivés de benzodiazépines; dérivés de carbamide; dérivés des acides gras et autres tel que felbamate.
N05	Psycholeptiques	Antipsychotiques (phénothiazines; dérivés de butyrophénones; dérivés d'indoles; dérivés de thioxanthènes; dérivés de diphenylbutylpipéridines tels que pimozide; diazépines, oxazépines et thiazépines tels que clozapine, olanzépine et quetiapine; neuroleptiques en tardive tels que tétrabenzazine; benzamides; lithium); Anxiolytiques (dérivés de benzodiazépine, carbamates, buspirone); Hypnotiques et sédatifs (barbituriques simples, barbituriques en association, aldéhydes et dérivés, dérivés de benzodiazépine, dérivés de pipéridinedione, dérivés de benzodiazépine tel que zopiclone)
N06	Psychoanaleptiques	Antidépresseurs; Psychostimulants et nootropiques (sympathomimétiques - action centrale, dérivés de xanthine); Psycholeptiques et psychoanaleptiques en association (antidépresseurs en association avec psycholeptiques); médicaments contre la démence

## A10 - Médicaments utilisés pour le diabète

Année de lancement	CAT	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1999	Non brevetés	2 346,1	2 601,6	2 932,7
1999	Brevetés	153,8	303,3	473,4
2000	Non brevetés	0,0	0,2	14,9
2000	Brevetés	0,0	653,1	2 315,4
2001	Non brevetés	0,0	0,0	15,1
1999-2001	Total	2 499,9	3 558,2	5 751,5
1999-2001	Brevetés	153,8	956,4	2 788,8
1999-2001	Non brevetés	2 346,1	2 601,8	2 962,7

**Incidence des médicaments existants et nouveaux par groupe de maladies**  
**Médicaments utilisés pour le diabète**  
**Programme des SSNA (volet pharmaceutique)**  
**1999-2000 à 2001-2002**  
**(en milliers de dollars)**

Les trois médicaments principaux de ce groupe thérapeutique étaient le Rosiglitazone (1,96 million de dollars), le Metformin (1,87 million de dollars) et Insulin Isophane Human Biosynthetic (1,44 million de dollars).

## B01 – Anticoagulants

Année de lancement	CAT	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1999	Non brevetés	555,0	548,4	343,2
1999	Brevetés	210,7	463,5	841,9
2000	Non brevetés	0,0	2,6	113,3
2000	Brevetés	0,0	7,8	21,2
2001	Non brevetés	0,0	0,0	8,0
1999-2001	Total	765,7	1 022,2	1 327,8
1999-2001	Brevetés	210,7	471,3	863,1
1999-2001	Non brevetés	555,0	551,0	464,6

**Incidence des médicaments existants et des médicaments nouveaux selon les principaux groupes de maladies**  
**Anticoagulants**  
**Programme des SSNA (volet pharmaceutique)**  
**1999-2000 à 2001-2002**  
**(en milliers de dollars)**

Les trois médicaments principaux de ce groupe thérapeutique étaient le Clopidogrel (0,84 million de dollars), le Warfarin sodique (0,31 million de dollars) et le Ticlopidine (0,14 million de dollars).

## C07 – Agents bêta-bloquants

Incidence des médicaments existants et des médicaments nouveaux selon les principaux groupes de maladies

Agents bêta-bloquants

Programme des SSNA (volet pharmaceutique)

1999-2000 à 2001-2002

(en milliers de dollars)

Année de lancement	CAT	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1999	Non brevetés	1 294,5	1 386,1	1 514,5
1999	Brevetés	83,8	109,0	156,0
2000	Non brevetés	0,0	2,8	10,6
2000	Brevetés	0,0	8,8	9,0
2001	Non brevetés	0,1	0,0	6,3
1999-2001	Total	1 378,4	1 506,6	1 696,4
1999-2001	Brevetés	83,8	117,7	165,0
1999-2001	Non brevetés	1 294,6	1 388,9	1 531,4

Les trois médicaments principaux de ce groupe thérapeutique étaient l'Atenelol (0,71 million de dollars), le Metoprolol (0,34 million de dollars) et le Carvedilol (0,15 million de dollars)

## C08 – Bloqueurs des canaux calciques

Incidence des médicaments existants et des médicaments nouveaux selon les principaux groupes de maladies

Bloqueurs des canaux calciques

Programme des SSNA (volet pharmaceutique)

1999-2000 à 2001-2002

(en milliers de dollars)

Année de lancement	CAT	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1999	Non brevetés	1 584,5	1 472,5	1 332,9
1999	Brevetés	3 050,2	3 614,0	4 237,8
2000	Non brevetés	0,0	9,1	53,8
2001	Non brevetés	0,0	0,0	12,6
1999-2001	Total	4 634,7	5 095,6	5 637,0
1999-2001	Brevetés	3 050,2	3 614,0	4 237,8
1999-2001	Non brevetés	1 584,5	1 481,6	1 399,2

Les trois médicaments principaux de ce groupe thérapeutique étaient l'Amlodipine (4,5 millions de dollars), le Nifedipine (1,6 million de dollars) et le Diltiazem (1,2 million de dollars).

## G03 – Hormones sexuelles et modulateurs du système génital

Année de lancement	CAT	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1999	Non brevetés	2 937,8	3 070,0	3 172,6
1999	Brevetés	614,1	706,1	784,3
2000	Non brevetés	0,0	2,4	38,7
2001	Non brevetés	0,0	0,0	0,1
2001	Brevetés	0,0	0,0	4,4
1999-2001	Total	3 551,8	3 778,5	4 000,2
1999-2001	Brevetés	614,1	706,1	788,8
1999-2001	Non brevetés	2 937,8	3 072,4	3 211,4

Les trois médicaments principaux de ce groupe thérapeutique étaient le Levonorgestrel (1,3 million de dollars), l'acétate de médroxyprogestérone (1,2 million de dollars) et le norgestimate (0,6 million \$).

## J01 – Antibactériens pour usage systémique

Année de lancement	CAT	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1999	Non brevetés	3 831,0	3 436,7	2 958,4
1999	Brevetés	4 933,1	5 609,7	5 686,3
2000	Non brevetés	0,0	282,9	425,9
2000	Brevetés	0,0	1,7	17,8
2001	Non brevetés	0,0	0,0	187,5
2001	Brevetés	0,0	0,0	29,7
1999-2001	Total	8 764,1	9 331,1	9 305,5
1999-2001	Brevetés	4 933,1	5 611,4	5 733,8
1999-2001	Non brevetés	3 831,0	3 719,7	3 571,7

Les trois médicaments principaux de ce groupe thérapeutique étaient le Clarythromysine (2,4 millions de dollars) le Ciprofloxacine (1,9 million de dollars) et l'Azithromycine (1,3 million de dollars).

Incidence des médicaments existants et des médicaments nouveaux selon les principaux groupes de maladies  
Hormones sexuelles et modulateurs du système génital  
Programme des SSNA (volet pharmaceutique)  
1999-2000 à 2001-2002  
(en milliers de dollars)

Incidence des médicaments existants et des médicaments nouveaux selon les principaux groupes de maladies  
Antibactériens pour usage systémique  
Programme des SSNA  
1999-2000 à 2001-2002  
(en milliers de dollars)

## J05 – Antiviraux pour usage systémique

Incidence des médicaments existants et des médicaments nouveaux selon les principaux groupes de maladies

Antiviraux pour usage systémique

Programme des SSNA

1999-2000 à 2001-2002

(en milliers de dollars)

Année de lancement	CAT	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1999	Non brevetés	349,8	464,0	201,6
1999	Brevetés	1 935,7	2 179,8	2 698,1
2000	Non brevetés	0,0	3,5	12,9
2000	Brevetés	0,0	5,4	119,8
2001	Non brevetés	0,0	0,0	1,9
2001	Brevetés	0,0	0,0	6,8
1999-2001	Total	2 285,5	2 652,7	3 041,1
1999-2001	Brevetés	1 935,7	2 185,3	2 824,8
1999-2001	Non brevetés	349,8	467,5	216,4

Les trois médicaments principaux de ce groupe thérapeutique étaient le Zidovudine (0,47 million de dollars), le Valacyclovir (0,39 million de dollars) et l'Éfavirenz (0,30 million de dollars).

## L04 – Agents immunosuppresseurs

Incidence des médicaments existants et des médicaments nouveaux selon les principaux groupes de maladies

Agents immuno-suppresseurs

Programme des SSNA

1999-2000 à 2001-2002

(en milliers de dollars)

Année de lancement	CAT	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1999	Non brevetés	150,5	154,4	165,9
1999	Brevetés	1 130,9	1 274,0	1 378,0
2000	Non brevetés	0,0	115,7	327,3
2001	Non brevetés	0,0	0,0	1,9
2001	Brevetés	0,0	0,0	13,2
1999-2001	Total	1 281,5	1 544,1	1 886,3
1999-2001	Brevetés	1 130,9	1 274,0	1 391,3
1999-2001	Non brevetés	150,5	270,1	495,0

Les trois médicaments principaux de ce groupe thérapeutique étaient le Cyclosporine (0,68 million de dollars), l'Étanercept (0,50 million de dollars) et le Mycophenolate Mofetil (0,46 million de dollars).

## M01 – Agents anti-inflammatoires et antirhumatismaux

Année de lancement	CAT	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1999	Non brevetés	2 108,9	1 919,8	1 843,5
1999	Brevetés	3 101,4	5 061,9	6 150,9
2000	Non brevetés	0,0	10,0	52,9
2001	Non brevetés	0,0	0,0	37,7
1999-2001	Total	5 210,3	6 991,8	8 084,9
1999-2001	Brevetés	3 101,4	5 061,9	6 150,9
1999-2001	Non brevetés	2 108,9	1 929,9	1 934,1

Les trois médicaments principaux de ce groupe thérapeutique étaient le Diclofenac sodique (3,14 millions de dollars), le Celecoxib (2,55 millions de dollars) et le Rofecoxib (1,59 million de dollars).

## N02 – Analgésiques

Année de lancement	CAT	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1999	Non brevetés	2 229,8	2 866,6	3 534,3
1999	Brevetés	1 266,5	1 586,4	2 082,7
2000	Non brevetés	0,0	0,1	1,6
2000	Brevetés	0,0	9,3	18,2
2001	Non brevetés	0,0	0,0	2,9
2001	Brevetés	0,0	0,0	26,3
1999-2001	Total	3 496,2	4 462,3	5 666,0
1999-2001	Brevetés	1 266,5	1 595,7	2 127,2
1999-2001	Non brevetés	2 229,8	2 866,7	3 538,8

Les trois médicaments principaux de ce groupe thérapeutique étaient le phosphate de codéine (1,43 million de dollars), le sulfate de morphine (1,37 million de dollars) et le Sumatriptan (0,89 million de dollars).

Incidence des médicaments existants et des médicaments nouveaux selon les principaux groupes de maladies

Agents anti-inflammatoires et antirhumatismaux

Programme des SSNA

1999-2000 à 2001-2002

(en milliers de dollars)

Incidence des médicaments existants et des médicaments nouveaux selon les principaux groupes de maladies

Analgésiques

Programme des SSNA

1999-2000 à 2001-2002

(en milliers de dollars)

## N03 – Anticonvulsivants

Incidence des médicaments existants et des médicaments nouveaux selon les principaux groupes de maladies  
**Anticonvulsivants**  
 Programme des SSNA  
 1999-2000 à 2001-2002  
 (en milliers de dollars)

Année de lancement	CAT	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1999	Non brevetés	1 762,4	2 052,0	1 859,4
1999	Brevetés	262,6	420,5	609,0
2000	Non brevetés	0,3	46,8	131,2
2000	Brevetés	0,0	2,0	3,3
2001	Non brevetés	0,0	0,0	374,5
1999-2001	Total	2 025,3	2 521,4	2 977,4
1999-2001	Brevetés	262,6	422,5	612,3
1999-2001	Non brevetés	1 762,7	2 098,8	2 365,1

Les trois médicaments principaux de ce groupe thérapeutique étaient le Gabapentine (0,93 million de dollars), le Carbamazépine (0,46 million de dollars) et le Topiramate (0,40 million de dollars).

## N05 – Psycholeptiques

Incidence des médicaments existants et des médicaments nouveaux selon les principaux groupes de maladies  
**Psycholeptiques**  
 Programme des SSNA  
 1999-2000 à 2001-2002  
 (en milliers de dollars)

Année de lancement	CAT	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1999	Non brevetés	1 659,5	1 952,9	2 297,0
1999	Brevetés	2 486,0	3 340,3	4 675,4
2000	Non brevetés	0,1	0,3	1,6
2000	Brevetés	0,0	1,4	4,1
2001	Non brevetés	0,0	0,0	3,7
2001	Brevetés	0,0	0,0	61,3
1999-2001	Total	4 145,6	5 294,8	7 043,1
1999-2001	Brevetés	2 486,0	3 341,7	4 740,7
1999-2001	Non brevetés	1 659,7	1 953,2	2 302,4

Les trois médicaments principaux de ce groupe thérapeutique étaient l'Olanzapine (2,75 millions de dollars), le Clozapine (1,75 million de dollars) et le Respiradone (1,52 million de dollars).

## N06 – Psychoanaleptiques

Année de lancement	CAT	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1999	Non brevetés	2 819,6	3 532,5	3 493,4
1999	Brevetés	5 998,5	6 536,7	8 038,3
2000	Non brevetés	0,0	22,6	161,0
2000	Brevetés	0,0	0,2	0,0
2001	Non brevetés	0,0	0,0	89,1
2001	Brevetés	0,0	0,0	67,3
1999-2001	Total	8 818,1	10 091,9	11 849,1
1999-2001	Brevetés	5 998,5	6 536,9	8 105,6
1999-2001	Non brevetés	2 819,6	3 555,1	3 743,5

**Incidence des médicaments existants et des médicaments nouveaux selon les principaux groupes de maladies**  
**Psychoanaleptiques**  
**Programme des SSNA**  
**1999-2000 à 2001-2002**  
**(en milliers de dollars)**

Les trois médicaments principaux de ce groupe thérapeutique étaient le Paroxétine (4,23 millions de dollars), le Venlafaxine (1,98 million de dollars) et le Sertraline (1,33 million de dollars).

# Annexe VII – Glossaire



## **Bénéficiaire :**

Personne ayant soumis une réclamation au titre du volet pharmaceutique du Programme des services de santé non assurés.

## **Effets croisés :**

Les effets croisés sont le produit des variations de prix et de quantité. Cette composante habituellement peu importante est prise en compte dans l'analyse pour des raisons d'exactitude algébrique.

## **Effet substitution des pharmacothérapies :**

L'effet substitution de pharmacothérapie illustre l'incidence sur les dépenses des substitutions des pharmacothérapies, alors que tous les autres facteurs (par ex. le prix et le volume) sont constants.

## **Effet médicament nouveau :**

L'effet médicament nouveau illustre l'incidence sur les dépenses de l'inscription de nouveaux médicaments sur le formulaire.

## **Effet prix :**

L'effet prix illustre l'incidence sur les dépenses des variations de prix alors que tous les autres facteurs (par ex. le volume) sont constants.

## **Effet retrait du médicament :**

L'effet du retrait du médicament indique la mesure selon laquelle les dépenses diminuent par suite du retrait de médicaments du formulaire, du retrait du marché par le manufacturier ou de l'absence de réclamations au cours des périodes de suivi.

### **Effet quantité/volume :**

L'effet quantité/volume illustre l'incidence sur les dépenses des variations de volumes alors que tous les autres facteurs (par exemple les prix) sont constants.

### **Médicaments de la catégorie 1 :**

Mode de classification des DIN du CEPMB. Nouveau DIN d'une forme posologique existante ou comparable d'un médicament existant, habituellement une nouvelle concentration d'un médicament existant (extension d'une gamme de produits).

### **Médicaments de la catégorie 2 :**

Mode de classification des DIN du CEPMB. Premier médicament qui traite avec efficacité une maladie ou qui constitue une amélioration importante par rapport aux médicaments existants. Les médicaments de cette catégorie sont souvent qualifiés « découverte » ou « amélioration importante ».

### **Médicaments de la catégorie 3 :**

Mode de classification des DIN du CEPMB. Nouveau médicament ou nouvelle forme posologique d'un médicament existant qui procure à tout le plus une amélioration moyenne par rapport aux médicaments existants.

### **Médicaments existants :**

Aux termes de la présente étude, l'expression « médicaments existants » s'entend de médicaments qui étaient admissibles à un remboursement en 1999-2000 ou avant.

### **Médicaments nouveaux :**

Aux termes de la présente étude, l'expression « médicaments nouveaux » s'entend de médicaments inscrits sur le formulaire en 1999-2000 ou par la suite.

## Notes de bas de page

- 1 Vous trouverez l'énoncé du mandat du Comité directeur du SNIUMP sur le site web de l'ICIS à l'adresse [www.cihi.ca/drugs](http://www.cihi.ca/drugs).
- 2 Les dépenses du Programme des services de santé non assurés (volet pharmaceutique) sont comparés à celles des régimes publics provinciaux tel que décrit dans la publication de l'Institut canadien d'information sur la santé portant l'intitulé *Dépenses en médicaments au Canada, 1985 - 2002*. Le programme des services de santé non assurés (volet pharmaceutique) comprend des produits autres que les médicaments tels que les fournitures médicales et l'équipement médical.
- 3 Une classification supplémentaire des médicaments a été effectuée à l'aide de la base de données complémentaire du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique qui classe les médicaments selon qu'ils sont bioéquivalents, de marque ou génériques. Ces données ont été utilisées avec celles du CEPMB et de Santé Canada pour rapprocher et grouper les DIN (anciens et nouveaux).
- 4 Vous trouverez aux annexes II et VI de plus amples explications concernant la méthodologie et l'utilisation faite de la dose journalière définie par l'Organisation mondiale de la santé.
- 5 Le CEPMB a créé trois catégories de médicaments brevetés (rapport annuel de 1999, page 30) :
  - Catégorie 1 - nouveau DIN d'une forme posologique existante ou comparable d'un médicament existant, habituellement une nouvelle concentration d'un médicament existant (extension d'une gamme de produits).
  - Catégorie 2 - le premier médicament traitant efficacement une maladie particulière ou constituant une amélioration importante par rapport aux médicaments existants. Les médicaments de cette catégorie sont souvent appelés « découverte » ou « amélioration importante ».
  - Catégorie 3 - nouveau médicament ou nouvelle forme posologique d'un médicament existant qui procure tout au plus des bienfaits thérapeutiques minimes ou modestes par rapport aux médicaments existants.
- 6 En raison de la disponibilité des données, l'analyse présentée dans le présent rapport peut être différente de celle des autres juridictions.
- 7 Afin de faciliter la comparaison entre les régions, les dépenses en médicaments sont limitées aux médicaments d'ordonnance et aux médicaments en vente libre rapportés dans les rapports annuels du Programme des services de santé non assurés et dans le rapport de l'ICIS portant l'intitulé *Dépenses en médicaments au Canada, 1985-2002*. De plus, les provinces et les territoires ont été groupés de la même façon qu'ils le sont dans les rapports annuels du Programme des services de santé non assurés. Ainsi, la Colombie-Britannique est présentée sous « région Pacifique », les « provinces atlantiques » désignent Terre-Neuve et Labrador, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick. Les Territoires du Nord-ouest et le Nunavut forment également un seul et même groupe.
- 8 Le nombre de bénéficiaires a été tiré de la base de données du Programme des services de santé non assurés. Le nombre de bénéficiaires peut avoir été surestimé étant donné que les bébés ne reçoivent pas des identificateurs uniques tant qu'ils n'ont pas atteint l'âge d'un an. Par conséquent, un identificateur « temporaire » a été attribué pour toute ordonnance remplie pour des enfants de moins d'un an.
- 9 La population admissible au Programme des services de santé non assurés, telle que rapportée dans les rapports annuels, étant mesurée à la fin de chaque exercice financier, le présent rapport utilise la moyenne des deux années afin de mieux refléter la taille de la population pour la période. Les calculs de la moyenne sont présentés à l'annexe II.
- 10 Communication personnelle avec des gestionnaires du Programme des services de santé non assurés (volet pharmaceutique).
- 11 L'expression « Coût alloué ou autorisé des médicaments » désigne la valeur monétaire autorisée pour la réclamation.
- 12 Contrairement aux régimes d'assurance-médicaments des provinces, les médicaments en vente libre ont été inclus dans la base de données du Programme des services de santé non assurés. Ainsi, on pourrait s'attendre à ce que le nombre d'ordonnances par bénéficiaire de ce régime d'assurance-médicaments public soit relativement plus élevé.

- 13 Korff, Wagner, and Saunders, "A Chronic Disease Score From Automated Pharmacy Data", *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 45, No. 2, pp. 197-203, 1992. Cette recherche a démontré qu'il est possible d'utiliser les données de demandes de remboursement de médicaments pour prendre la mesure du statut des maladies chroniques. Les auteurs sont arrivés à la conclusion que les données pharmaceutiques automatisées peuvent permettre une mesure stable du statut des maladies chroniques associée à la gravité de la maladie diagnostiquée par le médecin et de l'état de santé diagnostiqué par le patient et, partant, la prévision des taux subséquents de mortalité et d'hospitalisation.
- 14 Vous trouverez à l'annexe VI de plus amples explications sur le système de classification ATC de l'OMS.
- 15 Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique tient à jour une base de données qui classe les médicaments selon qu'ils sont de marque ou génériques. Cette base de données effectue également un suivi chronologique des DIN nouveaux et anciens. L'information du CEPMB et de la DGSP a également été utilisée pour déterminer le statut des médicaments d'ordonnance et des brevets ainsi que pour vérifier les données de la C.-B. et pour classer l'information manquante. Grosso modo, les médicaments produits par des fabricants de médicaments de marque ont été considérés aux fins de la présente analyse comme des médicaments de marque. La classification finale du DIN a été appliquée de façon uniforme à toutes les juridictions.
- 16 Aux fins de la présente analyse, les marchés de médicaments à fournisseur exclusif et à fournisseurs multiples sont définis par le nombre de médicaments présentant une combinaison unique d'ingrédient(s) actif(s), de concentration(s), de forme posologique et de voie d'administration.
- 17 Source : Rapport annuel du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés pour l'année 2002.
- 18 Les dépenses présentées dans la présente section se fondent sur le coût réclamé afin de donner un aperçu de l'ampleur et de l'importance relative des variations de prix enregistrées au niveau de la pharmacie de détail.
- 19 Cet indice est du même type que l'indice de prix calculé par le CEPMB (Indice de prix des médicaments brevetés - IPMB) et rapporté chaque année pour les médicaments brevetés. Il existe toutefois deux différences - la première étant que le prix est défini au niveau de la bioéquivalence plutôt qu'au niveau du DIN afin de prendre en compte l'introduction de médicaments génériques et la fréquence à laquelle l'information sur le prix et le volume est mise à jour dans l'indice qui est de 12 mois plutôt que six.
- 20 Médicaments pour lesquels la combinaison d'ingrédient(s) actif(s), de concentration(s), de forme posologique et de voie d'administration sont les mêmes.
- 21 Prix réclamés pour les médicaments figurant dans la base de données du Programme des services de santé non assurés (volet pharmaceutique) fournis au CEPMB.
- 22 Des résultats semblables sont obtenus lorsque la même analyse est effectuée en utilisant un indice à pondération mobile ou un indice-chaîne à pondération fixe Laspeyres (voir Annexe IV). Les brevets n'assurent pas tous l'exclusivité, car un médicament peut avoir plusieurs brevets avec des dates d'échéance différentes. De même, les brevetés peuvent consentir des ententes de production sous licence ou, encore, fabriquer le pendant générique de son médicament de marque avant l'échéance du brevet.
- 23 Aux fins de la présente analyse, les marchés bioéquivalents sont définis comme des groupes de médicaments ayant une même combinaison d'ingrédient(s) actif(s), de concentration(s), de forme(s) posologique(s) et de voie(s) d'administration.
- 24 Il ne faut pas oublier que la présente analyse reflète les données recueillies à des fins administratives par le Programme des services de santé non assurés (volet pharmaceutique), qu'elle peut refléter la conception du régime d'assurance-médicaments/du formulaire et que, partant, elle ne donne qu'une approximation des tendances réelles observées sur le marché.
- 25 Source : Institut canadien d'information sur la santé. Dépenses en médicaments au Canada, 1985 - 2002.
- 26 Source : Statistique Canada, CANSIM II, tableau 326-0002 et nos de catalogue 62-001-XPB et 62-010-XIB.
- 27 Ce graphique est en partie tiré du document de travail portant l'intitulé "Examining the Role, Function and Methods of the Patented Medicine Prices Review Board", Novembre 1997.

- 28 Autre facteur qu'il y a lieu de mentionner est la transition vers des soins de santé communautaires au cours des dernières années. En plus de remplacer la chirurgie, les régimes d'assurance-santé communautaires connaissent des augmentations de l'utilisation en raison du temps d'hospitalisation plus court et d'un nombre plus grand de traitements qui sont administrés dans la communauté plutôt qu'en milieu hospitalier.
- 29 Voir comme exemples Green Shield Canada "A Report on Drug Costs", 1994; Gorecki, P.K., "Controlling Drug Expenditures in Canada, The Non-Insured Health Benefits Experience", 1991; Angus, D.E. et al. "Sustainable Health Care for Canadians", 1995; and, Brogan Inc. (1998) "Handbook on Private Drug Plans: 1993-1996".
- 30 Les médicaments nouveaux sont définis au niveau chimique, de la dose, de la forme posologique et de la voie d'administration. Les médicaments bioéquivalents génériques ne sont pas considérés comme des médicaments nouveaux dans la décomposition des grandes composantes.
- 31 Vous trouverez à l'annexe 1 de plus amples renseignements sur la méthodologie ainsi que sur les changements de définitions apportés par rapport aux études antérieures sur les facteurs d'augmentation des coûts.
- 32 Le mot « autres » désigne les effets croisés.
- 33 Il est important de noter qu'il ne s'ensuit pas nécessairement que le prix moyen des médicaments rapporté par le Programme des services de santé non assurés a reculé de 4,8 % au cours de la même période. Une baisse marginale du prix unitaire d'un médicament populaire peut donner lieu à un important effet prix négatif. Par ailleurs, l'introduction de médicaments génériques peut contribuer d'une façon importante à la réduction du coût des marchés de médicaments à fournisseurs multiples au cours de la même période.
- 34 Le mot « nouvelle » utilisé pour décrire une dépense figurant sur le formulaire ne sous-tend pas nécessairement que le médicament est « nouveau » sur le marché. De même, une augmentation des dépenses peut constituer une comparaison des dépenses d'une partie d'année avec celles d'une année complète, tout dépendant de la période de l'année à laquelle le médicament a été inscrit au volet pharmaceutique du Programme des services de santé non assurés.
- 35 Cette définition ne fait aucune distinction entre les médicaments qui sont assurés systématiquement et ceux qui doivent être autorisés au préalable.
- 36 Les prix unitaires ne sont pas fournis pour mesurer le coût relatif des médicaments existants et des médicaments nouveaux, mais plutôt pour donner une idée des facteurs qui sont à la source des variations des dépenses. D'une façon plus précise, l'information révèle si une diminution des dépenses en médicaments existants est attribuable par des modifications aux niveaux des prix ou de l'utilisation.
- 37 On peut acheter un exemplaire des lignes directrices relatives à la classification ATC et à la DJD par le truchement du site web de l'OMS à l'adresse [www.whocc.nmd.no/order-forms.htm](http://www.whocc.nmd.no/order-forms.htm)
- 38 Les taux d'utilisation présentés dans le corps du texte de la présente analyse ne sont pas ajustés en fonction de l'âge ou du sexe. Il s'agit de taux bruts d'utilisation par 1 000 bénéficiaires par jour.
- Nombre de DJD = (quantité \* concentration) / DJD
  - Taux d'utilisation = 1000 \* (nombre de DJD / (nombre de bénéficiaires \* 365 jours). Le taux est exprimé comme mesure de l'utilisation par 1 000 bénéficiaires par jour.
  - Le nombre de bénéficiaires correspond au nombre total de personnes assurées cette année par le régime d'assurance-médicaments.
  - Le taux correspond au nombre de DJD par 1 000 bénéficiaires par jour. Il s'agit d'une mesure du pourcentage de bénéficiaires qui en théorie ont reçu une dose quotidienne standard.
- 39 Vous trouverez à l'étude du CEPMB S-9710, juillet 1997, de plus amples explications sur la méthodologie de l'indice-chaîne de prix Laspeyres (ICPL) adaptée pour calculer l'indice de prix des médicaments brevetés.