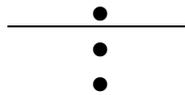




ANALYSE DES GÉNÉRATEURS DE COÛT DES  
RÉGIMES D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS  
PROVINCIAUX



**COLOMBIE-BRITANNIQUE**

1990-91 à 1998-99

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

# TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>1</b>
<b>1.0 Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>2.0 Pourquoi étudier les générateurs de coûts?</b> .....	<b>6</b>
<b>3.0 Fil conducteur du rapport</b> .....	<b>8</b>
<b>4.0 Tendances en matière de dépenses en médicaments en Colombie-Britannique</b> ....	<b>9</b>
4.1 Généralités .....	9
4.2 Principaux changements depuis l'implantation de Pharmacare .....	9
4.3 Coût du remboursement des médicaments d'ordonnance .....	10
4.4 Total des dépenses en médicaments au détail des secteurs public et privé .....	12
4.5 Facteurs influant sur les dépenses en médicaments .....	13
<b>5.0 Analyse</b> .....	<b>14</b>
5.1 Dépenses en médicaments du régime Pharmacare de Colombie-Britannique de 1990-91 à 1998-99 .....	14
5.2 Répartition des variations de dépenses par déterminant .....	14
5.3 Répartition des dépenses en médicaments : (par statut en matière de brevet et par catégorie) .....	21
5.4 Croissance des dépenses en médicaments plus récents .....	22
5.5 Analyse des classes thérapeutiques .....	24
Hypolipémiants : .....	28
Psycho-analéptiques : .....	30
Agents agissant sur le système rénine-angiotensine (Inhibiteurs de l'ECA) : .....	32
<b>6.0 Conclusion</b> .....	<b>35</b>
<b>Annexe 1</b> .....	<b>36</b>
Méthodologie .....	36
<b>Annexe 2</b> .....	<b>39</b>
Information générale sur le régime .....	39
<b>Annexe 3</b> .....	<b>41</b>
Changements démographiques et médicaments les plus vendus .....	41
<b>Annexe 4</b> .....	<b>46</b>
Analyse des classes thérapeutiques .....	46
Système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) .....	46
<b>Annexe 5</b> .....	<b>76</b>
Glossaire .....	76



## SOMMAIRE

- Le Groupe d'étude fédéral-provincial-territorial sur les prix des médicaments<sup>1</sup> a été formé pour étudier des questions relatives au prix des médicaments auxquelles doivent faire face les régimes d'assurance-médicaments et les Canadiens en général.
- La présente étude est une mise à jour des générateurs de coûts du régime Pharmacare de la Colombie-Britannique au cours de la période allant de 1990-91 à 1998-99.
- L'analyse des générateurs de coûts, produit par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) pour la part du groupe de travail sur les prix des médicaments (GTPM), fournit aux gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments, tant publics que privés, aux décideurs et aux autres intervenants, y compris les consommateurs, une meilleure compréhension des principaux déterminants des augmentations annuelles des dépenses en produits pharmaceutiques.
- Ce rapport vise principalement à répartir les variations annuelles du coût des médicaments entre les cinq déterminants suivants : effet de prix, effet de quantité, introduction de nouveaux médicaments, sortie de médicaments existants et autres. Une décontraction supplémentaire des générateurs de coûts a été effectuée par classe thérapeutique et statut de brevet.
- Le régime Pharmacare de Colombie-Britannique a subi des changements notables depuis ses débuts, changements rendus nécessaires pour assurer une meilleure gestion des coûts croissants des médicaments et pour encourager une méthode de prescription économique. La mise en place du Low Cost Alternative Drug Program en 1994 et de la règle du prix du produit de référence en 1995 a coïncidé avec la plus faible croissance des dépenses du régime Pharmacare pour la période allant de 1994-95 à 1996-97.
- Entre 1990-91 et 1998-99, les dépenses totales en médicaments se sont accrues de 159 millions de \$ (dans le cas des régimes examinés). Entre 1990-91 et 1998-99, dans la province, en moyenne, les fluctuations de prix unitaire ont compté pour -17 % de la variation des dépenses, les différences de quantité, ou d'utilisation, pour 79 %, l'introduction de nouveaux médicaments, pour 43 % et la sortie de médicaments existants et d'autres facteurs, pour -1 % et -5 %, respectivement. Ces chiffres permettent de présumer que l'utilisation et l'arrivée de nouveaux médicaments sont les facteurs déterminants qui ont le plus contribué à l'accroissement des dépenses au cours de cette période; les dépenses ayant augmenté significativement malgré une baisse du prix unitaire moyen. La contribution de chacun de ces facteurs a considérablement changé en 1994-95, lorsque les valeurs ont commencé à varier d'une année à l'autre. Des études plus approfondies seraient nécessaires pour comprendre la sensibilité du modèle, l'effet des politiques de limitation

---

<sup>1</sup> Connu actuellement sous le nom de Groupe de travail féd.-prov.-terr. sur les prix des médicaments.

des coûts et l'entrée et la pénétration du marché des nouveaux médicaments.

- En 1998-99 les médicaments qui existaient déjà en 1990-91 et les médicaments plus récents (c.-à-d. ceux qui sont apparus après 1990-91) représentaient, respectivement, 34 % et 66 % des dépenses totales en médicaments.
- En 1990-91, la proportion des dépenses totales en matière de médicaments brevetés était de 38 %; en 1998-99, les médicaments brevetés représentaient 52 % des dépenses totales et 75 % de l'augmentation totale des dépenses au cours de la période examinée.
- Parmi les médicaments brevetés, ce sont ceux de la catégorie 3 qui ont le plus contribué aux dépenses totales en médicaments brevetés. En fait, en 1998-99, les médicaments ne présentant pas, presque pas ou très peu d'amélioration (catégorie 3) comptaient pour 56 % des dépenses totales en médicaments brevetés. Les médicaments qui constituaient des extensions de gamme (catégorie 1) ou des innovations ou des améliorations importantes (catégorie 2) comptaient pour 31 % et 8 %, respectivement.
- L'étude démontre que les ventes de nouveaux médicaments connaissent une croissance notable au cours de leurs premières années d'existence. Par exemple, la croissance des dépenses en nouveaux médicaments pendant leur toute première année complète sur le marché atteint au moins 43 %. La croissance des ventes décroît ensuite chaque année, au fil de la maturation des médicaments plus récents. Puis, dès la 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> année, les dépenses pour ces médicaments chutent, en moyenne, de 5 %. La diminution graduelle des ventes s'explique par l'arrivée ininterrompue sur le marché de nouveaux médicaments qui, eux, connaissent des taux de croissance élevés.
- En 1998-99, les médicaments de sept groupes du Système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC), incluant appareil circulatoire, système nerveux central, tube digestif et métabolisme, appareil respiratoire, agents anti-infectieux, sang et organes hématopoïétiques et organes sensoriels, représentaient 290,9 millions de \$, ou 91 % des dépenses totales.
- On a démontré que, de 1990-91 à 1998-99, ce sont les médicaments associés à l'appareil cardiovasculaire qui ont contribué pour la plus grande part à l'augmentation des dépenses totales avec un pourcentage de 36 %, suivis par les médicaments associés au système nerveux central à 33 %, au tube digestif et au métabolisme à 11 %, à l'appareil respiratoire à 7 %, les agents anti-infectieux généraux à 3 %, les médicaments associés au sang et aux organes hématopoïétiques à 3 % et aux organes génito-urinaires et aux hormones sexuelles à 1 %.

- Pour identifier plus facilement les groupes de maladies contribuant davantage, de façon proportionnelle, à l'augmentation des dépenses en médicaments, l'étude a été fractionnée au deuxième niveau des classifications du Système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC). L'étude révèle que les agents hypolipémiants, associés à l'appareil circulatoire, ont compté pour le plus fort pourcentage d'augmentation des dépenses de 1990-91 à 1998-99. Les antidépresseurs, du groupe du système nerveux central, ont occupé quant à eux le deuxième rang, suivis des agents associés au système rénine-angiotensine de l'appareil circulatoire. Le pourcentage de chacun de ces groupes de maladies représentait respectivement 17 %, 14 % et 12 % de l'augmentation des dépenses en médicaments de 1990-91 à 1998-99.

## **ANALYSE DES GÉNÉRATEURS DE COÛTS DES RÉGIMES D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS PROVINCIAUX COLOMBIE-BRITANNIQUE 1990-91 à 1998-99**

### **1.0 Introduction**

En mars 1997, le Groupe d'étude sur les prix des médicaments<sup>2</sup> a préparé un rapport global qui fournissait une description de l'industrie pharmaceutique au Canada, des tendances en matière de prix des médicaments et des dépenses qui y sont consacrées, ainsi que les mécanismes utilisés par les payeurs privés et publics pour régler ou influencer les prix des médicaments.

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

- analyse de la tendance des prix des médicaments d'ordonnance couverts par six régimes d'assurance-médicaments provinciaux pour la période 1990 à 1997;
- analyse de la relation entre le niveau des prix des médicaments génériques et leurs équivalents de marque pendant la période 1990-1997;
- comparaison internationale du prix des médicaments non brevetés de fournisseur exclusif les plus vendus en 1996;
- comparaison du prix des médicaments brevetés ne constituant pas une innovation ou une amélioration significative (catégorie 3) lancés en 1995 ou en 1996 avec les autres médicaments de la même classe thérapeutique et;
- comparaison des prix des médicaments d'ordonnance dans six régimes d'assurance-médicaments provinciaux de 1990 à 1997

La présente étude est une mise à jour d'un rapport sur les générateurs de coûts du régime Pharmacare de Colombie-Britannique au cours de la période allant de 1990-91 à 1998-99<sup>3</sup>. Les renseignements sur les prix, les quantités, les dépenses totales et les parts du marché ont été tirés de la base de données du régime Pharmacare de la Colombie-Britannique. La base de données des produits pharmaceutiques de Santé Canada a été utilisée pour veiller à ce que seuls les médicaments définis par la *Loi sur les aliments et drogues* soient pris en compte. Cette base de données a également servi à l'identification de tous les produits pharmaceutiques d'après le Système

<sup>2</sup> Le Groupe de travail comprend des représentants de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, de la Nouvelle-Écosse, de Santé Canada et du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Il fut créé pour examiner une des six questions soulevées lors de la réunion des ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux en avril 1996. Les autres questions concernent l'utilisation, le marketing, le gaspillage, l'éducation des consommateurs ainsi que la recherche et le développement. Son travail est supervisé par le Comité des questions pharmaceutiques, qui présente un compte-rendu à la Conférence des sous-ministres de la santé.

<sup>3</sup> L'étude précédente a été menée sur une base temporelle et les prix ont été calculés par DIN. La présente étude, elle, est menée par exercice financier et le prix est calculé au niveau chimique; c'est-à-dire, le prix d'une substance chimique contenant les mêmes ingrédients, la même puissance, le même mode d'administration et la même forme. Ce changement de la définition a été adopté afin de davantage mettre en relief la substitution au sein d'un marché à fournisseurs multiples et pour préciser la définition d'un nouveau médicament.

de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC). Pour terminer, la base de données du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés a permis de regrouper les médicaments selon qu'ils étaient brevetés ou non.

Le rapport comprend les sections suivantes : la section 2 explique pourquoi une étude des générateurs de coûts procure des renseignements importants à tous les intervenants du secteur de la santé; la section 3 décrit les principales perspectives de l'analyse des générateurs de coûts; la section 4 fait état de la croissance des coûts globaux des médicaments dans les régimes d'assurance-médicaments, tant publics que privés, en Colombie-Britannique de 1990-91 à 1998-99; la section 5 présente les résultats et la section 6 clôture le tout en exposant les conclusions.

## 2.0 Pourquoi étudier les générateurs de coûts?

L'analyse des générateurs de coûts fournit aux gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments, tant publics que privés, aux décideurs et aux autres intervenants, y compris les consommateurs, une meilleure compréhension des principaux déterminants des augmentations annuelles des dépenses en produits pharmaceutiques et des tendances de ces mêmes dépenses. Au cours des années 1990, les augmentations annuelles des coûts des médicaments au Canada se chiffraient, en moyenne, à environ 10 %<sup>4</sup>. Cette augmentation coïncidait avec une hausse annuelle moyenne du prix global des médicaments d'ordonnance de moins de 3 %<sup>5</sup>. Voilà qui démontre que les variations annuelles des coûts des médicaments résultaient de plusieurs facteurs, lesquels sont résumés dans la figure 1<sup>6</sup>.

Figure 1

Facteurs affectant les dépenses totales en médicaments	
1.	Variations de la population totale
2.	Changements relatifs à la démographie et à l'état de santé de la population (c.-à-d. vers les personnes qui ont un besoin croissant de médicaments)
3.	Fluctuations des prix unitaires des médicaments (brevetés et non brevetés)
4.	Modifications des majorations des prix de gros et de détail et des honoraires du pharmacien
5.	Changements dans les habitudes de prescription des médecins (c.-à-d. passer d'anciens médicaments à faible coût à des médicaments plus récents relativement plus coûteux [effet thérapeutique ± amélioré] pour les mêmes troubles sous-jacents)
6.	Différences dans l'utilisation des médicaments pour chaque patient (c.-à-d. plus de médicaments par patient par année)
7.	Tendance à recourir à la pharmacothérapie pour remplacer d'autres formes de traitements (c.-à-d. comme mesure de remplacement de médecines alternatives à la chirurgie dans certains cas)
8.	Émergence de nouvelles maladies à traiter et de nouveaux ou de meilleurs traitements pour les maladies connues
9.	Extension de la protection par brevet, obstacles à l'inscription et réduction de la concurrence

Bien qu'il soit difficile de quantifier l'effet relatif des facteurs<sup>7</sup> ci-dessus sur les augmentations des coûts des médicaments, certaines études ont tenté de le faire<sup>8</sup>. Ces études ont employé des méthodes différentes pour évaluer l'effet des différents facteurs. Les principales conclusions sont que les changements de prix ne sont que l'un des déterminants du coût total des médicaments. Les autres facteurs importants comprennent notamment l'utilisation (c.-à-d. les différences au chapitre

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

<sup>5</sup> Statistique Canada, CANSIM, série P200202.

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

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

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

de la quantité de médicaments utilisés), les changements de méthodes thérapeutiques, les habitudes en matière de prescription et l'influence de la commercialisation de nouveaux médicaments.

### 3.0 Fil conducteur du rapport

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

- variations annuelles de la quantité (utilisation) des médicaments anciens et plus récents;
- variations annuelles du prix des médicaments anciens et récents<sup>9</sup>;
- effet annuel de l'apparition de nouveaux médicaments (brevetés et non brevetés) et
- effet annuel des médicaments récents par classe thérapeutique ou groupe de maladies.

L'analyse de ces déterminants permet de comprendre plusieurs des facteurs énumérés à la figure 1. Tous ces facteurs sont examinés individuellement pour déterminer leur effet respectif sur les variations annuelles du coût des médicaments. En d'autres mots, une évaluation du pourcentage d'augmentation du prix annuel des médicaments attribuable à chacun des déterminants sera effectuée<sup>10</sup>. Il est important de noter qu'un examen plus détaillé des niveaux de prix (plutôt que des fluctuations de prix annuelles), la substitution de médicaments plus anciens, la pénétration rapide du marché des nouveaux médicaments et les tendances en matière de coût des traitements sont tous des déterminants qui doivent faire l'objet de recherches et d'analyses ultérieures.

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

---

<sup>9</sup> Les nouveaux médicaments sont définis par leurs substance active, leur posologie, leur forme et leur mode d'administration. Les produits génériques bioéquivalents ne sont pas considérés comme des nouveaux médicaments pour ce qui est de la décomposition de leurs composants majoritaires.

<sup>10</sup> Voir l'annexe 1 pour connaître les détails méthodologiques et les modifications apportées à la méthodologie et aux définitions utilisées dans les études de générateurs de coûts précédentes.

## 4.0 Tendances en matière de dépenses en médicaments en Colombie-Britannique

Le régime Pharmacare de la Colombie-Britannique ayant connu d'importants changements au cours des dernières années, une brève description de ce régime peut se révéler utile.

### 4.1 Généralités

Lancé le 1<sup>er</sup> janvier 1974, le régime Pharmacare de la Colombie-Britannique est sous la responsabilité du ministère de la Santé et du ministère des Aînés, sous l'autorité de la loi *Pharmacists, Pharmacy Operations, and Drug Scheduling Act*. Tous les résidents permanents de la Colombie-Britannique sont couverts par le régime Pharmacare. Ce dernier comprend toutefois plusieurs programmes dont les critères d'admissibilité varient. Veuillez vous reporter à l'annexe 2 pour obtenir de plus amples renseignements sur l'admissibilité. Le régime rembourse les médicaments d'ordonnance, les appareils de prothèse permanents désignés, l'insuline, les seringues et les aiguilles pour les diabétiques insulino-dépendants, les fournitures pour stomisés, les fournitures pour les femmes ayant subi une mastectomie, les bandelettes réactives de dosage de la glycémie pour les détenteurs d'un certificat de formation admissibles, et les dispositifs d'immobilisation orthopédique pour les enfants de 19 ans et moins.

### 4.2 Principaux changements depuis l'implantation de Pharmacare

- En 1977, le régime s'est élargi pour inclure des médicaments autres que les médicaments d'ordonnance, et des bénéficiaires autres que les personnes âgées et les assistés sociaux.
- En 1978, les pensionnaires des établissements de soins de longue durée se sont ajoutés au nombre des bénéficiaires.
- En 1987, les quotes-parts à payer par les personnes âgées ont été intégrées au régime.
- En 1988, la somme maximale pouvant être payée par une personne ou une famille a été fixée à 2 000 \$.
- La franchise annuelle a été augmentée à 300 \$ en 1988, à 325 \$ en 1989, à 375 \$ en 1991, à 400 \$ en 1992, à 500 \$ en 1993, à 600 \$ en 1994 et à 800 \$ en 1998.
- Les *Rural Incentive and Product Incentive Programs* ont fait leur apparition en 1990. Le *Product Incentive Program* a été éliminé graduellement en 1994, tandis que le *Rural Incentive Program* est encore en vigueur aujourd'hui.
- Le programme de médicaments de remplacement à faible coût (*Low Cost Alternative Drug Program*) a été lancé en 1994.
- PharmaNet, un réseau protégé reliant les pharmacies par le biais d'une base de données

centrale, a fait son apparition en 1995. PharmaNet permet de vérifier automatiquement l'admissibilité des bénéficiaires.

- La pratique du prix de référence a été introduite en 1995 pour des catégories thérapeutiques spécifiques de médicaments. Le régime Pharmacare rembourse les autres médicaments de la catégorie jusqu'à concurrence du prix du produit de référence.

La mise en place du programme de médicaments de remplacement à faible coût en 1994 et de la règle du prix du produit de référence en 1995 a coïncidé avec la plus faible croissance des dépenses du régime Pharmacare pour la période allant de 1994 à 1996.

### 4.3 Coût du remboursement des médicaments d'ordonnance

Bien qu'en moyenne le prix du fabricant compte pour près de 65 % du prix de détail d'un médicament d'ordonnance, les variations des majorations des prix de gros et de détail et des honoraires du pharmacien contribuent également de façon importante à modifier les dépenses totales en médicaments. Le tableau 1 présente les variations des majorations des prix de gros et des honoraires du pharmacien pour les programmes A et C<sup>11</sup> de 1990-91 à 1998-99. Les majorations des prix de détail ne s'appliquent pas au régime Pharmacare de la Colombie-Britannique.

**Tableau 1**

Majorations des prix de gros et honoraires du pharmacien Colombie-Britannique : 1990-1998			
Année	Majoration des prix de gros	Honoraires moyens du pharmacien	
		Programme A**	Programme C
1990	0% - 24%*	\$5.74	\$6.18
1991	0% - 24%*	\$5.78	\$6.24
1992	0% - 24%*	\$5.81	\$6.28
1993	0% - 24%*	\$5.90	\$6.35
1994	0% - 24%*	\$5.78	\$6.37
1995	0% - 9%	\$6.23	\$6.32
1996	0% - 9%	\$6.70	\$6.14
1997	0% - 7%	\$6.67	\$5.89
1998	0% - 7%	\$6.12	\$5.90

Source : *Pharmacare Trends*, Colombie-Britannique, 1997 et données sur les demandes faites au régime Pharmacare.

\* En moyenne, la majoration des prix de gros fut d'environ 12 %.

\*\* Les honoraires moyens du pharmacien pour le programme A sont une estimation du fait qu'ils ne comprennent pas les honoraires pour les personnes âgées tant qu'ils n'atteignent pas le plafond annuel de 200 \$.

En règle générale, le régime Pharmacare rembourse aux pharmaciens le coût d'acquisition réel du médicament (le prix payé par la pharmacie au grossiste ou au fabricant). Avant 1995, la majoration

<sup>11</sup> Les dépenses des programmes A et C constituent, en moyenne, 75 % des dépenses du régime Pharmacare de 1990-91 à 1998-99.

des prix de gros en Colombie-Britannique variait entre 0 et 24 %, pour une majoration moyenne d'environ 12 %. Le 1<sup>er</sup> mai 1995, la majoration des prix de gros maximale autorisée a été fixée à 9 %, puis réduite à 7 % le 1<sup>er</sup> janvier 1997.

Après avoir mis en vigueur le programme de médicaments de remplacement à faible coût, la règle des frais supplémentaires maximaux du grossiste et la pratique du prix de référence, le régime Pharmacare a commencé à rembourser les pharmaciens de détail sous réserve des dispositions suivantes :

- Le régime Pharmacare rembourse le coût d'acquisition réel de tous les médicaments, comprenant des frais supplémentaires ne dépassant pas 7 % (9 % en 1995 et 1996) du prix de liste du fabricant. Le remboursement est calculé à partir du meilleur prix offert pour quelques médicaments ayant un fort volume.
- le remboursement est en outre limité au coût d'acquisition réel du médicament le moins cher lorsqu'un médicament est disponible auprès de plusieurs fournisseurs;
- pour tous les médicaments touchés par la règle du prix de référence, le remboursement est limité au coût du ou des produits désignés comme de référence, à la règle des frais supplémentaires maximaux de 7 % maximum et aux quotes-parts et aux franchises applicables.

**Honoraires du pharmacien** – Comme l'illustre le tableau 1, les honoraires moyens du pharmacien en vertu des programmes A et C sont demeurés relativement constants depuis 1990-91. Dans le cas du programme A, les honoraires sont passés de 5,74 \$ à 6,12 \$ par ordonnance entre 1990-91 et 1998-99. Pour la même période, les honoraires moyens du programme C ont pour leur part diminué et sont passés de 6,18 \$ à 5,89 \$ par ordonnance. Les honoraires maximums pour une ordonnance normale sont de 7,55 \$. Les honoraires professionnels réels facturés sont déterminés par chaque pharmacien. Pharmacare accepte les honoraires professionnels qui n'excèdent pas la moyenne provinciale de plus de 15 %.

**Taux par capita** – Les services pharmaceutiques relatifs aux médicaments d'ordonnance destinés aux résidents des établissements de soins de longue durée sont remboursés par capitation. Les services sont définis par la loi et sont conformes au régime Pharmacare.

#### 4.4 Total des dépenses en médicaments au détail des secteurs public et privé<sup>12</sup>

Depuis le début des années 1980, les dépenses en médicaments en Colombie-Britannique, tout comme dans le reste du Canada, ont été l'élément connaissant la plus forte croissance au chapitre

<sup>12</sup> Les chiffres utilisés dans cette section proviennent de Santé Canada et de membres de l'ICIS. Les montants de dépense de 1998 ne sont que des estimations préliminaires.

des dépenses totales en soins de santé<sup>13</sup>. En Colombie-Britannique, les dépenses ont connu un ralentissement au cours de la période de 1994-95 à 1996-97. Cependant, au cours des deux dernières années, le taux de croissance est revenu au niveau d'avant 1994. En effet, en 1997-98, les dépenses se sont accrues de 9,6 % et en 1998-99, de 10,2 %, ce qui constitue environ le double de la moyenne nationale et une croissance plus rapide que le taux annuel d'inflation, selon l'indice des prix à la consommation (IPC) de cette période.

En 1998, les dépenses totales au détail pour les médicaments d'ordonnance étaient de 1 041 millions de \$, c.-à-d. 619 millions de \$ pour le secteur public et 422 millions de \$ pour le secteur privé<sup>14</sup>. En 1998, la portion comprenant le régime d'assurance-médicaments provincial ou la portion publique (dépenses des programmes d'assurance-médicaments) était de 431 millions de \$, ou 70 % du total des dépenses publiques. La portion publique restante, soit 187 millions de \$, ou 30 %, est constituée des dépenses en médicaments des hôpitaux et des programmes fédéraux. En 1998, les dépenses totales au détail (secteurs public et privé comprenant notamment les médicaments sans ordonnance) étaient de 1 418 millions de \$. Les médicaments d'ordonnance représentaient 73 % de ce total.

Au cours des années, la part des dépenses publiques totales sur les dépenses totales a diminué. En effet, en 1990, les dépenses publiques constituaient 62% des dépenses totales. Alors qu'en 1998, elles ne constituaient plus que 59 % des dépenses totales. Malgré cela, la part des dépenses publiques en Colombie-Britannique demeure relativement élevée.

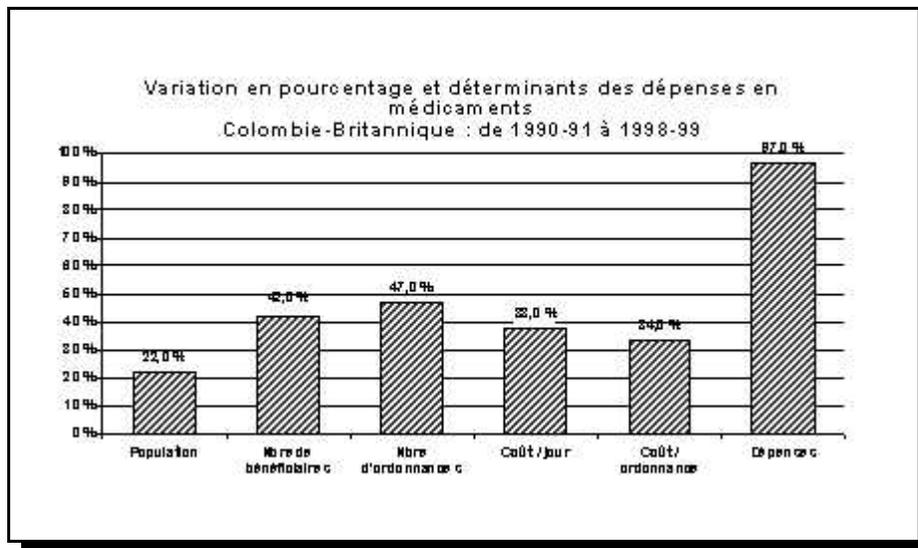
---

<sup>13</sup> Entre 1993 et 1999, les dépenses en médicaments au Canada représentaient environ 15 % des dépenses totales en santé. (ICIS, Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-1999)

<sup>14</sup> Les dépenses du secteur privé incluent les quotes-parts et les franchises payées par les bénéficiaires du régime d'assurance-médicaments provincial.

## 4.5 Facteurs influant sur les dépenses en médicaments

Figure 2



La figure 2 présente un résumé de certains facteurs importants décrits à la figure 1 susceptibles d'avoir contribué aux dépenses totales en médicaments de 1990-91 à 1998-99 :

- le nombre de bénéficiaires a augmenté de 42 %. Cette importante augmentation au cours de cette période pourrait être attribuée en partie à l'introduction du système PharmaNet en 1995<sup>15</sup>.
- Le nombre d'ordonnances s'est accru de 47 %, et le coût moyen par ordonnance a augmenté de 34 %. Il est important de noter qu'un grand nombre de facteurs influent parfois sur le coût d'une ordonnance. Parmi ceux-ci, on compte : le prix unitaire du fabricant; les majorations des prix de gros et de détail; les changements dans les habitudes de prescription des médecins (c.-à- d. passer d'un ancien médicament moins coûteux à un médicament plus récent relativement plus cher); la tendance à passer à la pharmacothérapie pour remplacer d'autres formes de traitements; l'inclusion de nouvelles maladies à traiter et de nouveaux médicaments servant à traiter des maladies pour lesquelles il n'y avait aucune pharmacothérapie auparavant; et les changements au chapitre du nombre de médicaments par ordonnance.

Une analyse plus approfondie de chacun de ces facteurs est nécessaire pour bien évaluer leur effet potentiel individuel sur l'augmentation annuelle des coûts des médicaments.

<sup>15</sup> Le réseau procure à l'échelle de la province un profil de la médication d'un patient, élimine le besoin pour le patient de garder ses reçus et de soumettre des demandes de remboursement; de plus, il automatise les processus de facturation et de paiement pour les pharmacies.

## 5.0 Analyse

### 5.1 Dépenses en médicaments du régime Pharmacare de Colombie-Britannique de 1990-91 à 1998-99

De 1990-91 à 1998-99, les dépenses totales du régime Pharmacare<sup>16</sup> en produits pharmaceutiques de la Colombie-Britannique sont passées de 159,8 millions de \$ à 318,6 millions de \$. Ce montant diffère des dépenses totales du régime Pharmacare pour les raisons suivantes :

- les médicaments n'étaient inclus dans cette analyse que s'ils pouvaient être jumelés à ceux de la base de données de la Direction générale de la protection de la santé (DGPS) de Santé Canada;
- les dépenses en médicaments de cette analyse n'incluaient pas les dépenses du programme universel puisqu'elles comprennent les franchises et les quote-parts payées par les bénéficiaires de Pharmacare<sup>17</sup>; et
- les chiffres des dépenses n'incluaient ni les honoraires du pharmacien ni les dépenses ne se rapportant pas aux médicaments (comme les bandelettes réactives diagnostiques).

### 5.2 Répartition des variations de dépenses par déterminant

Les variations des dépenses annuelles totales peuvent être ventilées entre les différents déterminants suivants : effet de prix, effet de quantité, inscription de nouveaux médicaments, retrait de médicaments existants et autres<sup>18</sup>. Le tableau 2 résume la contribution relative de chacun des déterminants mentionnés précédemment aux variations annuelles totales des dépenses.

Entre 1991-92 et 1998-99, dans la province, en moyenne, les fluctuations du prix de détail unitaire ont compté pour -17 % de la variation des dépenses, les différences de quantité, ou d'utilisation, pour 79 %, l'inscription de nouveaux médicaments, pour 44% et le retrait de médicaments existants et d'autres facteurs, pour -1 % et -5 %, respectivement. Les résultats démontrent que l'inscription et l'utilisation de nouveaux médicaments sont responsables de la plus importante augmentation pendant cette période. La contribution de chacun de ces facteurs a considérablement changé en 1994-95, lorsque les valeurs ont commencé à varier d'une année à l'autre. Ces changements

<sup>16</sup> Les dépenses totales englobent les programmes A, B, C, D et F.

<sup>17</sup> La quote-part et la franchise sont calculées en fonction du coût des ingrédients et des honoraires du pharmacien reconnus.

<sup>18</sup> « Autres » représente l'effet croisé du prix et du volume. L'effet croisé est l'interaction entre le changement de prix et le changement de quantité, c'est-à-dire qu'il s'agit d'une mesure de la corrélation entre les changements de prix et de quantité. Si un changement de prix important correspond à un changement de quantité important, l'effet croisé sera significatif. Une valeur négative indique que des changements importants surviennent dans des directions opposées. Il peut s'agir, par exemple, d'une diminution importante de prix accompagnée d'une augmentation importante de quantité ou, à l'opposé, d'une importante augmentation de prix accompagnée d'une importante diminution de quantité.

correspondent aux modifications de politiques entrées en vigueur en 1994.

Entre 1991-92 et 1993-94, en moyenne, l'effet de prix unitaire a compté pour 10 %<sup>19</sup> de la variation des dépenses, les différences de quantité, ou d'utilisation, pour 66 %, l'inscription de nouveaux médicaments, pour 26 % et le retrait de médicaments existants et d'autres facteurs, pour -1 % et -2 %, respectivement. Entre 1995-96 et 1998-99, en moyenne, l'effet de prix unitaire a compté pour -24 % de la variation des dépenses, les différences de quantité, ou d'utilisation, pour 80 %, l'inscription de nouveaux médicaments, pour 54 % et le retrait de médicaments existants et d'autres facteurs, pour 0 % et -9 %, respectivement. La variation de la contribution de chaque déterminant permet de comprendre les tendances régissant largement les fluctuations des dépenses, c'est-à-dire que l'utilisation de médicaments existants et l'inscription de nouveaux médicaments (principalement des médicaments brevetés de catégorie 3, ou produits d'imitation) sont les principaux générateurs de prix, et deviennent de plus en plus importants pour expliquer les augmentations des dépenses auxquelles fait face la province.

Le tableau 2 démontre que l'effet de l'inscription de nouveaux médicaments est important la première année, mais encore plus significatif la deuxième année, alors que sa contribution aux dépenses passe de 11 % à 33 %.

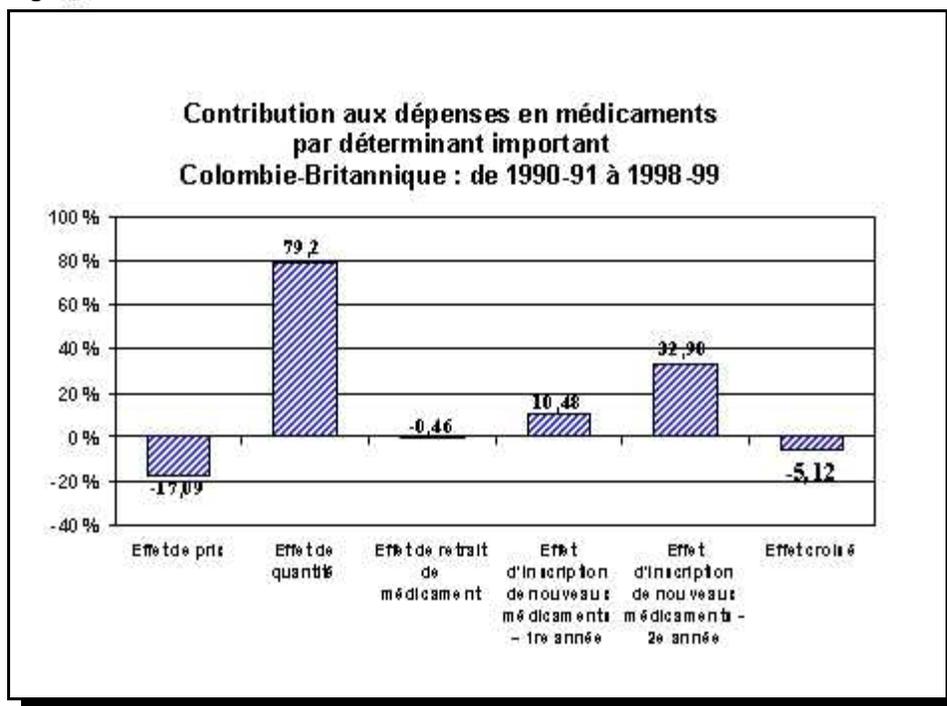
---

<sup>19</sup> Il est important de noter que ces valeurs ne signifient pas une diminution de prix de 17,1 % au cours de la période observée. Il peut s'agir d'une faible réduction de l'utilisation d'un médicament largement employé qui entraîne un important effet de prix négatif. De plus, l'entrée en vigueur de la règle du médicament de remplacement à faible coût et de celle de la substitution par un produit générique ont joué un rôle important dans la réduction des coûts pour le marché des médicaments à fournisseur multiple au cours de la période observée.

**Tableau 2**

Contribution moyenne aux dépenses en médicaments par déterminant important Colombie-Britannique : 1990-91 à 1998-99						
Année	Effet de prix (%)	Effet de quantité <sup>20</sup> (%)	Retrait de médicaments (%)	Inscription de nouveaux médicaments – 1 <sup>o</sup> année (%)	Inscription de nouveaux médicaments – 2 <sup>o</sup> année (%)	Effet croisé (%)
1991-92	18,5	72,2	0	7,8	n. d.	1,5
1992-93	17,1	50,9	0	6,3	25,1	0,6
1993-94	-12,5	76	-1,9	10,1	38,9	-10,5
1994-95	-1 309,1	728,4	-0,8	60,3	380,7	40,5
1995-96	-10	85,7	-0,1	11,3	35,4	-22,3
1996-97	-63,1	48,5	-0,6	9,3	120,1	-14,3
1997-98	-20,4	90,4	-0,6	23,3	13,9	-6,6
1998-99	-21,2	78	-0,3	3,3	44,6	-4,5
Moyenne	-17,1	79,2	-0,5	10,5	33	-5,12

**Figure 3**



Les résultats présentés ci-dessus suggèrent qu'une augmentation de l'utilisation et de la couverture des nouveaux médicaments influe grandement sur les variations annuelles des dépenses. La

<sup>20</sup> Il est important de noter que le fait de passer d'un ancien médicament à un médicament plus récent, plus coûteux, peut potentiellement surestimer l'effet de quantité (volume). Il faudrait pousser l'analyse davantage afin d'examiner cet effet de remplacement.

décomposition des dépenses permet de connaître l'importance relative des changements d'utilisation des médicaments plus récents et existants. Il est important de se rappeler que les effets mentionnés représentent l'effet relatif de chaque déterminant sur les fluctuations des dépenses. L'effet de prix négatif présenté dans cette analyse est causé en grande partie par la concurrence des médicaments génériques, qui fait diminuer le coût de tous les médicaments d'une même classe thérapeutique, et par les politiques de limitation des coûts. Les réductions absolues de prix par DIN, particulièrement des médicaments plus récents les plus vendus, ne sont pas la principale source de l'important effet de prix négatif. Pour connaître la véritable signification des résultats présentés ci-dessous, il faudrait analyser davantage le niveau de prix des nouveaux médicaments et les changements dans les habitudes de prescription privilégiant les médicaments plus récents, les fluctuations des coûts des traitements ou des niveaux de prix (plutôt que les variations annuelles), les stratégies de commercialisation des nouveaux médicaments, le taux de pénétration du marché des nouveaux médicaments et de recul des médicaments plus anciens, et l'effet des politiques publiques.

Le tableau 3 répartit les dépenses totales annuelles entre les médicaments existants et les médicaments plus récents. Les médicaments dits existants sont ceux qui étaient sur le marché en 1990-91 (c.-à-d. les médicaments lancés en 1990-91 ou avant). Les médicaments plus récents sont ceux qui ont fait leur apparition en 1991-92 ou au cours des années subséquentes. On a constaté que les dépenses en médicaments existant déjà en 1990-91 ont chuté en moyenne de 5 % entre 1990-91 et 1998-99, tandis que les dépenses pour tous les médicaments (existants et plus récents) se sont accrues en moyenne de 9 % au cours de la même période. Les chiffres du tableau 1 permettent de constater que les dépenses en médicaments, toutes catégories confondues, ont connu une forte croissance tous les ans, sauf entre 1994-95 et 1996-97. Quant aux dépenses en médicaments existants, elles ont diminué depuis 1994-95. Il en résulte donc que la proportion de dépenses en médicaments plus récents augmente chaque année par rapport aux dépenses totales.

**Tableau 3**

Dépenses en médicaments						
Colombie-Britannique : de 1991-91 à 1998-99						
(en millions de \$)						
Année	Tous les médicaments (existants et plus récents)			Médicaments existants – de 1990-91 à 1998-99		
	Dépenses totales	Différence dans les dépenses	Taux de croissance	Dépenses totales	Différence dans les dépenses	Taux de croissance (%)
1990-91	159,8 \$	-	-	159,8 \$	-	-
1991-92	195,1 \$	35,3 \$	22,1 %	191,0 \$	31,2 \$	19,5 %
1992-93	225,5 \$	30,4 \$	15,6 %	208,2 \$	17,2 \$	9,0 %
1993-94	248,0 \$	22,5 \$	10,0 %	209,6 \$	1,4 \$	0,7 %
1994-95	247,1 \$	-0,9 \$	-0,4 %	168,9 \$	-40,7 \$	-19,4 %
1995-96	256,0 \$	9,0 \$	3,6 %	145,1 \$	-23,9 \$	-14,1 %
1996-97	263,9 \$	7,9 \$	3,1 %	128,6 \$	-16,5 \$	-11,4 %
1997-98	289,2 \$	25,3 \$	9,6 %	120,9 \$	-7,7 \$	-6,0 %
1998-99	318,6 \$	29,4 \$	10,2 %	109,0 \$	-11,9 \$	-9,9 %

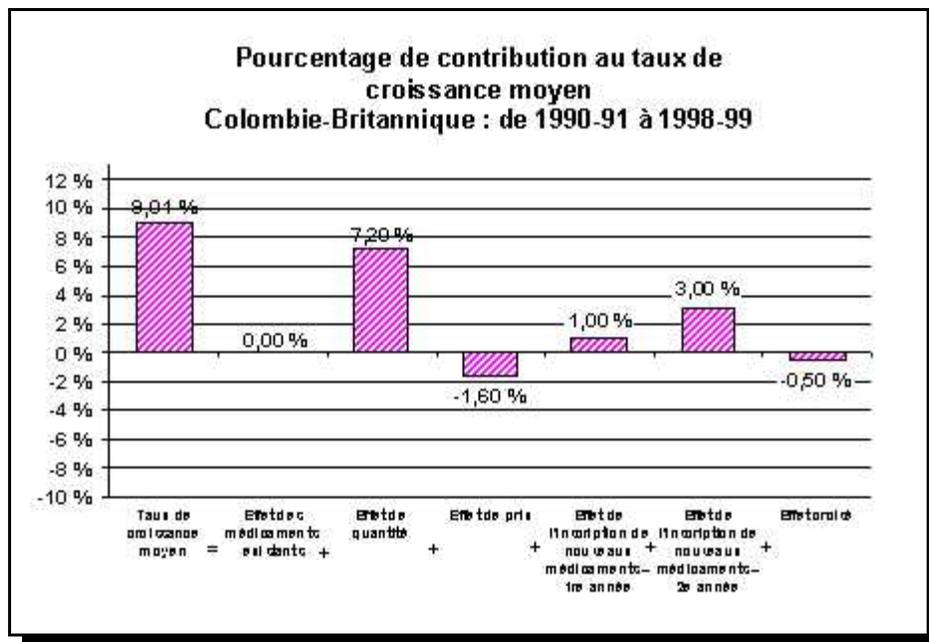
Le tableau 3 montre que pendant que les dépenses augmentaient en moyenne à un taux de 9,01 % dans la catégorie « Tous les médicaments », elles diminuaient en moyenne de 5 % dans la catégorie « Médicaments existants ». La croissance des dépenses est demeurée relativement faible pendant la période 1994-95 à 1995-96. Cette diminution coïncide avec la mise en application des règles de

limitation des coûts, comme le programme de remplacement par un médicament à faible coût et celui basé sur le prix de référence, introduits respectivement en 1994 et 1995. C'est cependant durant ces mêmes années que les dépenses en médicaments existants ont connu la plus importante chute. En 1997-98, les dépenses dans la catégorie « Tous les médicaments » ont augmenté de 9,6 %, mais en 1998-99, le taux de croissance revenait aux valeurs d'avant 1994-95.

La figure 4 illustre la contribution de chacun des déterminants d'une autre façon. Dans cette figure, on constate que les dépenses en médicaments augmentaient en moyenne de 9,01 % au cours de la période de 1990-91 à 1998-99 et que l'utilisation et l'introduction de nouveaux médicaments sont en grande partie responsables de cette augmentation.

Figure 4

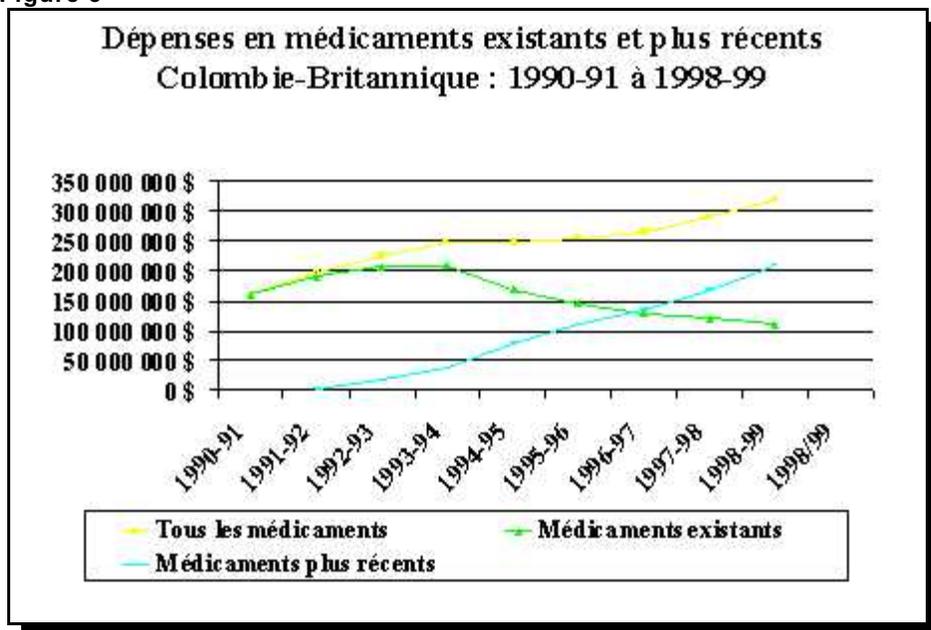
Figure 4



La figure 5 correspond au tableau 2; elle illustre les tendances des dépenses en médicaments (médicaments existants et nouveaux médicaments). Entre 1990-91 et 1998-99, les dépenses en médicaments existants ont chuté de 32 % alors que les dépenses en nouveaux médicaments ont augmenté de 5 000 % et que les dépenses totales ont augmenté d'environ 97 % pour toute la période analysée.

Figure 5

Figure 5



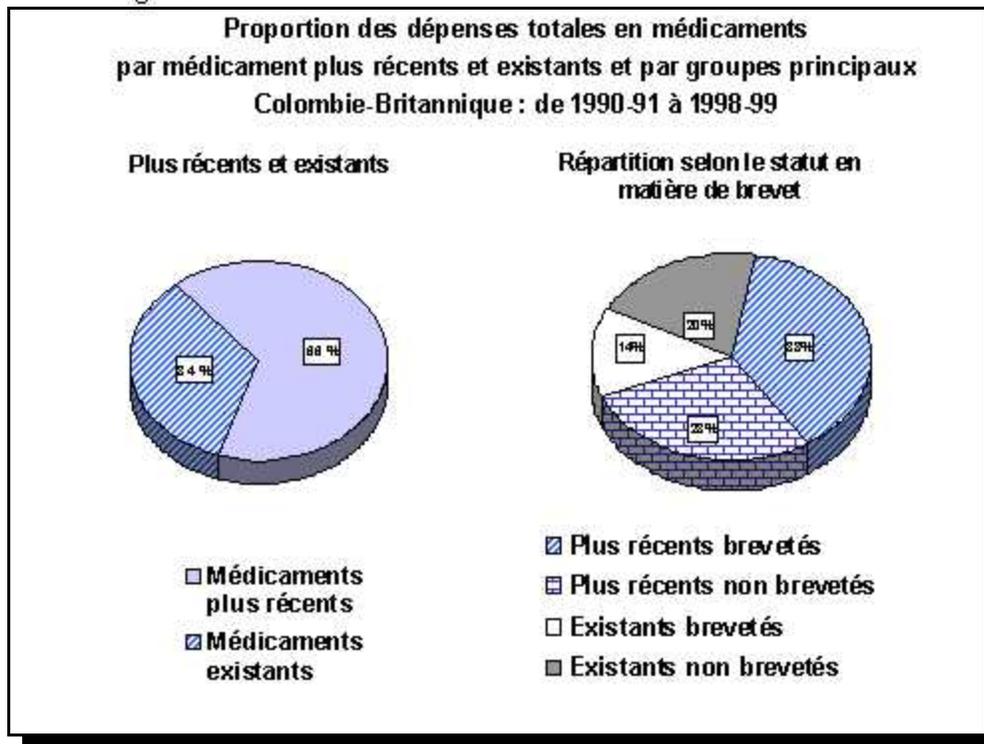
Outre le remplacement d'anciens médicaments par de plus récents, une réduction du prix et de l'utilisation de médicaments existants peut expliquer une certaine partie de la diminution des dépenses. En effet, alors que le nombre d'ordonnances de médicaments plus anciens a diminué de 5 % au cours de la période entière, le prix réclamé a chuté de 20 %, passant de 25,10 \$ en 1990-91 à 19,96 \$ en 1998-99 et le coût unitaire moyen durant cette période est passé de 0,28 \$ à 0,23 \$. Dans le cas des médicaments plus récents, le phénomène contraire s'est produit. En 1992-93, le coût des ingrédients réclamé pour une ordonnance de médicaments plus récents était de 53,17 \$ avec un coût unitaire correspondant de 0,68 \$ alors qu'en 1998-99, ils étaient respectivement en moyenne de 54,95 \$ et de 0,70 \$<sup>21</sup>. En 1998-99, les médicaments inscrits sur la liste de la province après 1990-91 constituaient environ 40 % de toutes les ordonnances et 63 % des dépenses alors qu'en 1992-93, ils représentaient 3,4 % des ordonnances et 6 % des dépenses.

La figure 6 répartit les dépenses totales en produits pharmaceutiques entre les dépenses en

<sup>21</sup>Ces chiffres ne sont pas ajustés en fonction de l'inflation..

médicaments brevetés et celles en médicaments non brevetés. En 1990-91, la part des dépenses en médicaments brevetés et non brevetés par rapport aux coûts totaux était de 38 % et de 62 %, respectivement. Parmi les dépenses en médicaments brevetés, la proportion d'anciens médicaments brevetés hors catégorie était de 62 %, celle des médicaments de la catégorie 1, de 7 %, des médicaments de la catégorie 2, de 12 % et des médicaments de la catégorie 3, de 19 %. En 1990-91, les dépenses en médicaments brevetés représentaient 38 % du total des dépenses. En 1998-99, la part de dépenses en médicaments brevetés est passée à 52 %, tandis que celle des dépenses en médicaments non brevetés diminuait à 48 %. Parmi les médicaments brevetés, les médicaments hors catégorie comptaient pour 5 % du coût total des médicaments brevetés, ceux de la catégorie 1, pour 31 %, ceux de la catégorie 2, pour 8 % et ceux de la catégorie 3, pour 56 %. La croissance des dépenses en médicaments brevetés correspond à l'effet de l'acrosissement de la protection par brevet résultant de l'adoption des projets de loi C-22 et C-91 en 1987 et en 1993<sup>22</sup>.

Figure 6 Figure 6



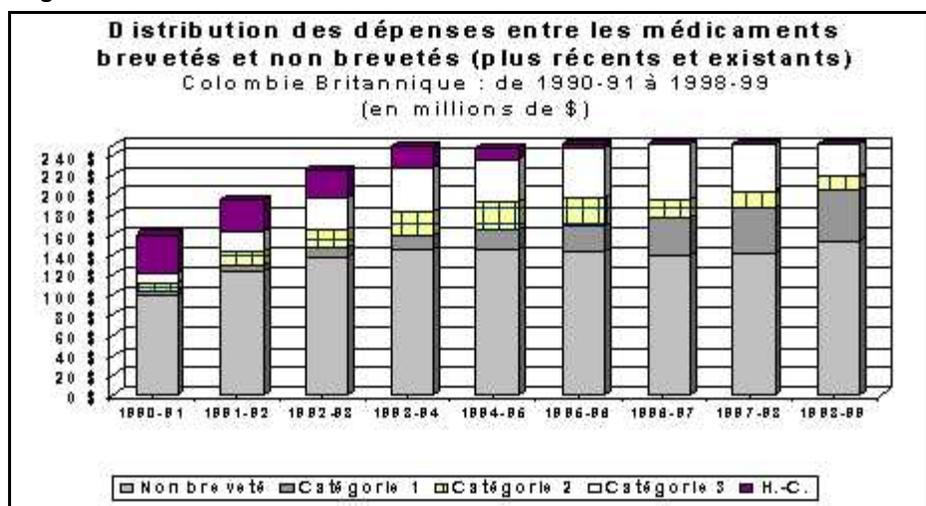
<sup>22</sup> Ces données correspondent à la croissance générale des médicaments brevetés signalée par le CEPMB (1998). Voir le document S-9811, intitulé *Tendances des prix des médicaments brevetés*.

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

La figure 7 illustre la part des médicaments brevetés et non brevetés dans les dépenses totales en médicaments. Les médicaments brevetés sont répartis en quatre catégories : la catégorie 1 (extension de gamme d'un médicament existant); la catégorie 2 (médicament innovateur ou amélioration importante d'un médicament existant); la catégorie 3 (médicaments qui présentent des améliorations moyennes ou modestes ou qui n'en présentent aucune) et les médicaments brevetés plus anciens hors catégorie. Cependant, il est important de noter que, bien que les dépenses en médicaments des catégories 1, 2 et 3 soient indiquées séparément, il existe souvent différentes marques, différents dosages et différentes formes pharmaceutiques d'un même médicament.

Les médicaments de la catégorie 1 sont parfois une extension de gamme d'un médicament de la catégorie 2 ou de la catégorie 3 et un médicament de la catégorie 3 est souvent un médicament qui présente une amélioration moyenne ou modeste ou qui n'en présente aucune par rapport à un médicament de la catégorie 2<sup>23</sup>.

Figure 7  
Figure 7



La figure 7 montre qu'en 1990-91, la part des dépenses en médicaments brevetés et non brevetés par rapport aux coûts totaux était de 38 % (61 M \$) et de 62 % (99 M \$), respectivement. Des 38 % de

<sup>23</sup> Par exemple, la substance active contre l'asthme budésonide est offerte en de nombreuses marques, dosages et formes pharmaceutiques. Pulmicort Inhaler et Pulmicort Spacer, qui sont deux formes pharmaceutiques différentes de la marque Pulmicort, ont été lancés en 1988 comme médicaments de catégorie 3 (améliorations moyennes). Pulmicort Turbuhaler a ensuite été lancé en 1990 en tant qu'extension de gamme (catégorie 1), puis Pulmicort Nebuamp a été lancé en 1992 en tant que médicament innovateur (catégorie 2). Un autre exemple est Losec (20 mg/gélule), une marque de commerce de l'oméprazole, a été lancé en tant que médicament innovateur (catégorie 2) en 1989. En 1996, Losec (20 mg/comprimé), soit le même dosage, mais une forme pharmaceutique différente, a été relancé sur le marché en tant qu'extension de gamme (catégorie 1).

dépenses en médicaments brevetés, la proportion des médicaments de la catégorie 1 était de 7 % (3,97 M \$), celle des médicaments de la catégorie 2, de 12 % (7,36 M \$), des médicaments de la catégorie 3, de 19 % (11,71 M \$) et des médicaments plus anciens brevetés hors catégorie, de 62 % (37,63 M \$). En 1998-99, la part des dépenses en médicaments brevetés et non brevetés par rapport aux coûts totaux était de 52 % (165,7 M \$) et de 48 % (153,57 M \$), respectivement. Des 52 % de dépenses en médicaments brevetés, la proportion de médicaments de la catégorie 1 était de 31 % (51,7 M \$), celle des médicaments de la catégorie 2, de 8 % (12,4 M \$), des médicaments de la catégorie 3, de 56 % (92,9 M \$) et des médicaments plus anciens brevetés hors catégorie, de 5 % (7,97 M \$).

#### 5.4 Croissance des dépenses en médicaments plus récents

Les données du tableau 4 démontrent à quelle vitesse le marché réagit au lancement de nouveaux médicaments. Par exemple, les dépenses en médicaments lancés en 1991-92, qui étaient de 4,1 millions de \$, ont augmenté à 15 millions de \$ en 1992-93. Une augmentation similaire durant l'année suivant le lancement d'un médicament a été observée pour chacune des huit années observées. Après une augmentation marquée les deux ou trois premières années, les dépenses commencent à diminuer. Cependant, il faut noter que, selon le mois de lancement, les dépenses durant l'année de lancement peuvent représenter les dépenses d'une année « partielle ». Par exemple, si un médicament est lancé en juillet, les données relatives aux dépenses ne valent que pour six mois seulement.

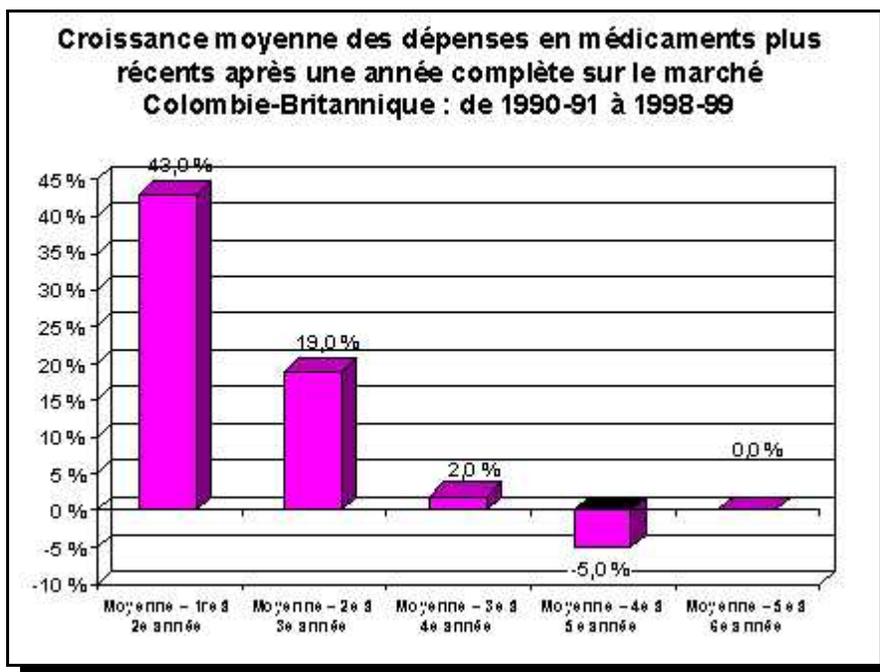
**Tableau 4**

Dépenses en médicaments plus récents Colombie-Britannique : de 1990-91 à 1998-99 (en millions de \$)								
Année de lancement	91/92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
1991-1992	4,11	15,02	21,35	25,84	29,83	29,08	29,63	28,64
1992-1993	n. d.	2,28	13,58	24,42	33,73	31,52	24,95	25,76
1993-1994	n. d.	n. d.	3,48	23,95	30,76	26,05	23,25	25,02
1994-1995	n. d.	n. d.	n. d.	3,93	13,26	17,66	24,55	27,18
1995-1996	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	3,39	23,15	30,01	33,86
1996-1997	n. d.	7,86	23,14	26,05				
1997-1998	n. d.	n. d.	12,73	38,51				
1998-1999	n. d.	n. d.	n. d.	4,61				
Total	4,11	17,3	38,4	78,14	110,98	135,33	168,27	209,64

Pour éviter de surestimer la croissance des dépenses en nouveaux médicaments en comparant les dépenses de une année « complète » et de une année « partielle », l'information paraissant dans le

tableau 3 est employée pour calculer la croissance moyenne des dépenses en nouveaux médicaments entre chaque année « complète » sur le marché, suivant l'année de lancement.

Figure 8



À la figure 8, les 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> années représentaient la croissance moyenne des dépenses en nouveaux médicaments entre leur première et deuxième années complètes sur le marché. En moyenne la croissance des dépenses entre ces deux premières années complètes sur le marché était de 43 %. La croissance des dépenses décroît ensuite chaque année, au fil du nombre d'années sur le marché des médicaments plus récents. Ce changement apparaît clairement à la figure 8, où la croissance moyenne des dépenses chute à 19 % entre la 2<sup>e</sup> et la 3<sup>e</sup> année, à 2 % entre la 3<sup>e</sup> et la 4<sup>e</sup> année et finalement à -5 % entre la 4<sup>e</sup> et la 5<sup>e</sup> année. La diminution graduelle des ventes s'explique par l'arrivée ininterrompue sur le marché de nouveaux médicaments qui, eux, connaissent des taux de croissance des dépenses élevés.

## 5.5 Analyse des classes thérapeutiques

Pour déterminer plus facilement les groupes de maladies contribuant davantage, de façon proportionnelle, à l'augmentation des dépenses en médicaments, l'étude a été fractionnée au deuxième niveau des classifications du Système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC). Ce niveau regroupe des médicaments de classes pharmacologiques différentes dont l'indication thérapeutique principale est la même. On a établi seize classes thérapeutiques en se basant sur le niveau de dépenses qu'elles engendrent par rapport aux autres classes thérapeutiques. Le tableau 5 présente, en pourcentage, la contribution des seize principales classes thérapeutiques aux dépenses totales, ainsi que leur contribution aux variations constatées entre 1990-91 et 1998-99.

**Tableau 5**

Contribution en pourcentage de classes thérapeutiques choisies aux dépenses totales							
Colombie-Britannique : de 1990-91 à 1998-99							
Classe thérapeutique	Code	Contribution en 1990-91		Contribution en 1998-99		% de variation des dépenses totales	Taux moyen de croissance des dépenses
		\$ (en milliers)	% des dépenses totales	\$ (en milliers)	% des dépenses totales		
Tube digestif et métabolisme	A	24 459	15,3 %	42 626	13,4 %	11,0 %	7,0 %
Antiacides, médicaments contre les ulcères gastroduodénaux et les flatulences	A02	17 121	10,7 %	24 315	7,6 %	5,0 %	4,0 %
Antidiabétiques	A10	3 642	2,3 %	9 125	2,9 %	3,0 %	12,0 %
Autres		3 696	2,3 %	9 186	2,9 %	3,0 %	12,0 %
Sang et organes hématopoïétiques	B	2 051	1,3 %	6 865	2,2 %	3,0 %	16,0 %
Antithrombotiques	B01	1 865	1,2 %	6 703	2,1 %	3,0 %	17,0 %
Autres		186	0,1 %	162	0,1 %	0,0 %	-2,0 %
Appareil circulatoire	C	59 658	37,3 %	116 365	36,5 %	36,0 %	9,0 %
Cardiothérapie	C01	8 484	5,3 %	10 823	3,4 %	1,0 %	3,0 %
Bêta-bloquants	C07	7 762	4,9 %	10 090	3,2 %	1,0 %	3,0 %
Inhibiteurs du canal calcique	C08	19 315	12,1 %	25 821	8,1 %	4,0 %	4,0 %
Inhibiteurs de l'ECA	C09	11 762	7,4 %	31 343	9,8 %	12,0 %	13,0 %
Hypolipidémiants	C10	6 418	4,0 %	34 076	10,7 %	17,0 %	23,0 %
Autres		5 917	3,6 %	4 212	1,3 %	-1,0 %	-4,0 %

Classe thérapeutique	Code	Contribution en 1990-91		Contribution en 1998-99		% de variation des dépenses totales	Taux moyen de croissance des dépenses
		\$ (en milliers)	% des dépenses totales	\$ (en milliers)	% des dépenses totales		
Anti-infectieux à action générale	J	7 535	4,7 %	13 089	4,1 %	3,0 %	7,0 %
Antibactériens à action générale	J01	6 757	4,2 %	10 558	3,3 %	2,0 %	6,0 %
Autres		778	0,5 %	2 530	0,8 %	1,0 %	16,0 %
Système nerveux	N	22 935	14,4 %	75 302	23,6 %	33,0 %	16,0 %
Analgésiques	N02	4 204	2,6 %	9 037	2,8 %	3,0 %	10,0 %
Antiépileptiques	N03	2 288	1,4 %	7 814	2,5 %	3,0 %	17,0 %
Antiparkinsoniens	N04	4 564	2,9 %	5 908	1,9 %	1,0 %	3,0 %
Psycholeptiques	N05	6 308	3,9 %	24 347	7,6 %	11,0 %	18,0 %
Psycho-analeptiques	N06	5 141	3,2 %	27 366	8,6 %	14,0 %	23,0 %
Autres		430	0,3 %	831	0,3 %	0,0 %	9,0 %
Appareil respiratoire	R	13 043	8,2 %	24 585	7,7 %	7,0 %	8,0 %
Antiasthmatiques	R03	11 261	7,0 %	21 672	6,8 %	7,0 %	9,0 %
Autres		1 783	1,1 %	2 914	0,9 %	1,0 %	6,0 %
Organes sensoriels	S	4 340	2,7 %	5 933	1,9 %	1,0 %	4,0 %
Préparations ophtalmologiques	S01	4 061	2,5 %	5 647	1,8 %	1,0 %	4,0 %
Autres		279	0,2 %	286	0,1 %	0,0 %	0,0 %
16 plus importantes classes ATC (second niveau)		120 953	75,7 %	264 645	83,1 %	90,5 %	10,1 %
7 plus importants groupes ATC (premier niveau)		134 021	83,9 %	284 765	89,4 %	94,9 %	0,1 %
Total		159 816		318 635		100,0 %	9,0 %

On a constaté que les seize principales classes thérapeutiques, qui représentent environ 15 % du nombre total de classes thérapeutiques (de second niveau), comptaient pour 80,5 % de l'ensemble des dépenses en produits pharmaceutiques en 1998-99.

Les deux premières colonnes du tableau 5 montrent la contribution en pourcentage des seize principales classes thérapeutiques aux dépenses totales, ainsi que la contribution de chacun des sept groupes ATC auxquels appartiennent ces seize classes thérapeutiques. Les sept groupes ATC sont les suivants : appareil circulatoire; système nerveux; tube digestif et métabolisme; appareil respiratoire; anti-infectieux à action générale; sang et organes hématopoïétiques et organes sensoriels. En 1998-99, les dépenses encourues pour ces sept groupes ATC atteignaient 290,9 millions de dollars ou 91 % des dépenses totales.

L'étude révèle que, parmi les classes thérapeutiques de second niveau, les agents hypolipémiants, associés à l'appareil circulatoire, ont compté pour le plus fort pourcentage d'augmentation des dépenses de 1990-91 à 1998-99. Les psycho-analéptiques, du groupe du système nerveux central, ont occupé quant à eux le deuxième rang, suivis des agents agissant sur le système rénine-angiotensine de l'appareil circulatoire. Le pourcentage de chacun de ces groupes de maladies représentait respectivement 17 %, 14 % et 12 % de l'augmentation des dépenses en médicaments de 1990-91 à 1998-99.

En 1990, les agents hypolipémiants ne comptaient que pour 4 % des dépenses totales, tandis qu'en 1998-99, ils atteignaient 10,7 %. Pour la même période, la part des psycho-analéptiques est passée de 3,2 % à 8,6 % et celle des inhibiteurs de l'ECA, de 7,4 % à 9,8 %.

La dernière colonne du tableau 5 montre la contribution de chacun des groupes ATC et de chacune des classes thérapeutiques à l'accroissement total des dépenses entre 1990-91 et 1998-99. Parmi les sept groupes ATC, la plus grande contribution aux dépenses a été le fait de l'appareil circulatoire (36 %), suivi par le système nerveux central (33 %) et par le tube digestif et le métabolisme (11 %). Dans le cas des seize classes thérapeutiques de second niveau, les agents hypolipémiants, les psycho-analéptiques et les inhibiteurs de l'ECA sont les plus importants générateurs de coûts. Leur contribution à l'augmentation des dépenses représente respectivement 17 %, 14 % et 12 %. En outre, les psycholeptiques (11 %) et les antiasthmatiques (7 %) comptent parmi les autres médicaments ayant contribué grandement à l'augmentation des dépenses. Par ailleurs, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les diurétiques ont aidé à diminuer l'accroissement des dépenses, leur contribution étant de -6 % et de -1 %, respectivement.

Le tableau 6 présente la contribution moyenne des déterminants de chacun des 16 principales classes thérapeutiques aux variations des dépenses. Il est évident qu'il existe d'importantes différences entre les classes. En général, les tendances moyennes présentées dans le tableau 2 correspondent aux moyennes des 16 principales classes thérapeutiques, mais il existe cependant quelques exceptions intéressantes. Par exemple, bien que les variations de prix contribuent de façon négative aux augmentations des dépenses (le prix diminue en moyenne avec le temps), dans le cas des hypolipémiants, les variations de prix sont responsables, en moyenne, de 1 pour cent de l'augmentation des dépenses. Dans le cas des antibactériens à action générale, les variations de prix sont responsables, en moyenne, de 12 % de l'augmentation des dépenses. Les variations présentées dans le tableau suivant semblent indiquer qu'il existe une différence dans les marchés thérapeutiques. La compréhension de ces différences et de leurs raisons constitue l'un des futurs défis de la recherche.

**Tableau 6**

Contribution moyenne aux dépenses en médicaments par déterminant important pour les 16 principales classes thérapeutiques Colombie-Britannique : 1990-91 à 1998-99							
Classe thérapeutique	Code	Moyenne de l'effet de prix (%)	Moyenne de l'effet de quantité (%)	Moyenne de l'effet de l'inscription de nouveaux médicaments – 1 <sup>re</sup> année (%)	Moyenne de l'effet de l'inscription de nouveaux médicaments – 2 <sup>e</sup> année (%)	Moyenne de retrait de médicaments existants (%)	Moyenne de l'effet croisé (autre) (%)
Antiacides, médicaments contre les ulcères gastro-duodénaux et les flatulences	A02	-64	16	16	133	0	-1
Antidiabétiques	A10	-32	132	0	3	0	-3
Antithrombotiques	B01	-1	86	3	9	0	4
Cardiothérapie	C01	-71	173	1	7	0	-9
Bêta-bloquants	C07	-99	142	19	41	0	-3
Inhibiteurs du canal calcique	C08	-109	107	8	65	0	29
Inhibiteurs de l'ECA	C09	-4	89	4	11	0	0
Hypolipidémiants	C10	1	67	6	29	0	-3
Antibactériens à action générale	J01	12	111	13	15	-2	-49
Analgésiques	N02	-7	74	9	26	0	-1
Antiépileptiques	N03	-8	89	7	13	0	0
Antiparkinsoniens	N04	-39	35	44	55	0	6
Psycholeptiques	N05	-13	63	22	27	0	1
Psycho-analeptiques	N06	-15	92	5	19	0	-1
Antiasthmatiques	R03	-22	91	5	25	0	0
Préparations ophtalmologiques	S01	-19	6	16	85	0	12
Moyenne totale		-19	81	9	30	0	-1

L'analyse qui suit expose en détail l'effet des médicaments, existants et plus récents, pour ce qui est des agents hypolipidémiants, des psycho-analeptiques et des inhibiteurs de l'ECA. Les autres classes thérapeutiques sont analysées en détail à l'annexe 4.

**Hypolipidémiants :**

Les dépenses associées à cette classe thérapeutique ont connu le plus fort taux de croissance. Le tableau 5 montre que les dépenses sont passées de 6,4 millions de dollars en 1990-91 à 34,1 millions de dollars en 1998-99

En 1990-91, les dépenses en médicaments brevetés représentaient 81 % du total des dépenses. Elles étaient réparties principalement entre les médicaments de la catégorie 2, qui comptaient pour 77 % des dépenses totales, et les médicaments plus anciens hors-catégorie, qui représentaient 19 % des dépenses. Pour leur part, les médicaments de la catégorie 3 comptaient pour seulement 4 % des dépenses totales en médicaments brevetés. En 1998-99, les médicaments brevetés ne représentaient plus que 78 % des dépenses totales, la part des médicaments des catégories 1 et 3 a connu une remontée spectaculaire, constituant 30 % et 70 %, respectivement, des dépenses en médicaments brevetés.

**Tableau 7**

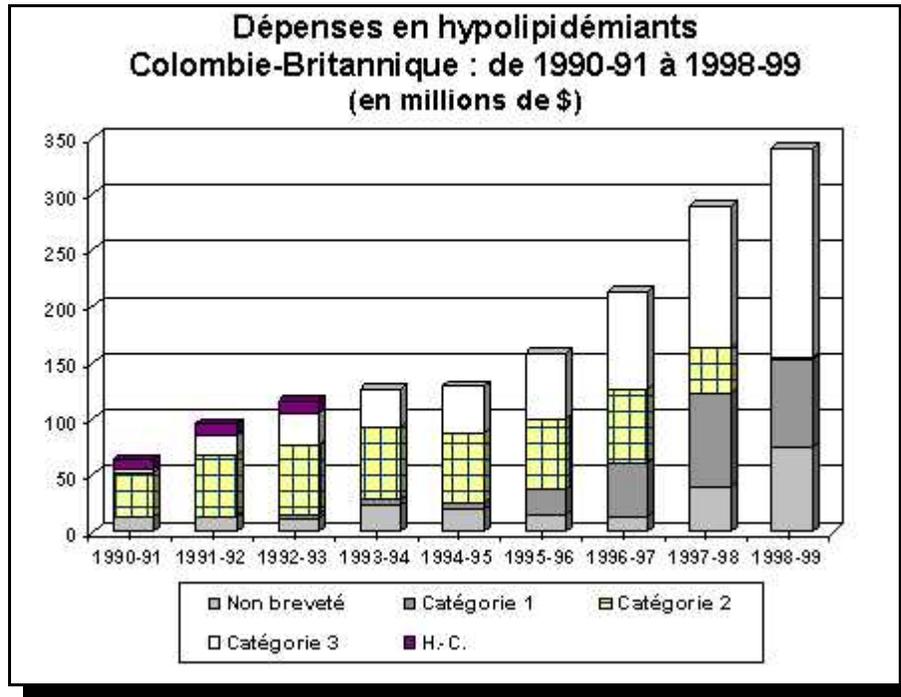
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Hypolipémiants Colombie-Britannique : 1990-91 à 1998-99 (en milliers de \$)										
Année de lancement	CAT	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
1990-91	-	1 191	1 201	918	1 764	636	182	91	96	113
1990-91	1	29	188	368	521	637	787	1 058	880	30
1990-91	2	4 016	5 454	6 233	6 400	6 184	6 274	6 595	3 934	145
1990-91	3	218	1 632	2 786	3 386	3 978	5 393	8 034	10 696	11 035
1990-91	HC	964	1 038	1 103	0	0	0	0	0	0
1991-92	-	0	24	200	210	91	2	5	5	4
1991-92	1	0	4	18	39	43	52	79	120	132
1992-93	-	0	0	0	52	306	282	271	272	231
1993-94	-	0	0	0	224	838	630	442	347	251
1993-94	3	0	0	0	1	150	453	681	912	848
1993-94	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1994-95	-	0	0	0	0	2	234	256	205	162
1994-95	1	0	0	0	0	87	1 326	3 502	6 350	6 113
1995-96	-	0	0	0	0	0	176	220	173	133
1995-96	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1996-97	-	0	0	0	0	0	0	16	44	495
1996-97	1	0	0	0	0	0	0	86	993	1 625
1997-98	-	0	0	0	0	0	0	0	2 849	6 033
1997-98	3	0	0	0	0	0	0	0	1 036	6 650
1998-99	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1998-99	3	0	0	0	0	0	0	0	0	74
1998-99	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total des dépenses		6418	9 541	11 627	12 597	12 952	15 790	21 335	28 911	34 076
Dépenses – médicaments brevetés		5 227	8 316	10 508	10 347	11 079	14285	20035	24 920	26 653
Dépenses – médicaments non brevetés		1191	1 225	1 119	2 250	1 873	1 505	1 300	3 991	7 423

Les trois substances actives les plus vendues de cette catégorie étaient la provastatine, l'atorvastatine et la lovastatine, qui comptent pour 70 % des dépenses totales.

La figure 9 correspond au tableau 7. Elle indique qu'au cours des années, les médicaments de la catégorie 3, suivis de ceux de la catégorie 1, ont compté pour le plus fort pourcentage des dépenses de cette classe thérapeutique.

Figure 9

Figure 9



**Psycho-analéptiques :**

Les dépenses associées aux psycho-analéptiques ont connu le deuxième plus fort taux de croissance des dépenses totales entre 1990-91 et 1998-99. Le tableau 8 montre que les dépenses totales sont passées de 5,1 millions de dollars en 1990-91 à 27,4 millions de dollars en 1998-99. En 1990-91, les médicaments brevetés constituaient 49 % des dépenses. En 1998-99, ils constituaient 67 % du total des dépenses.

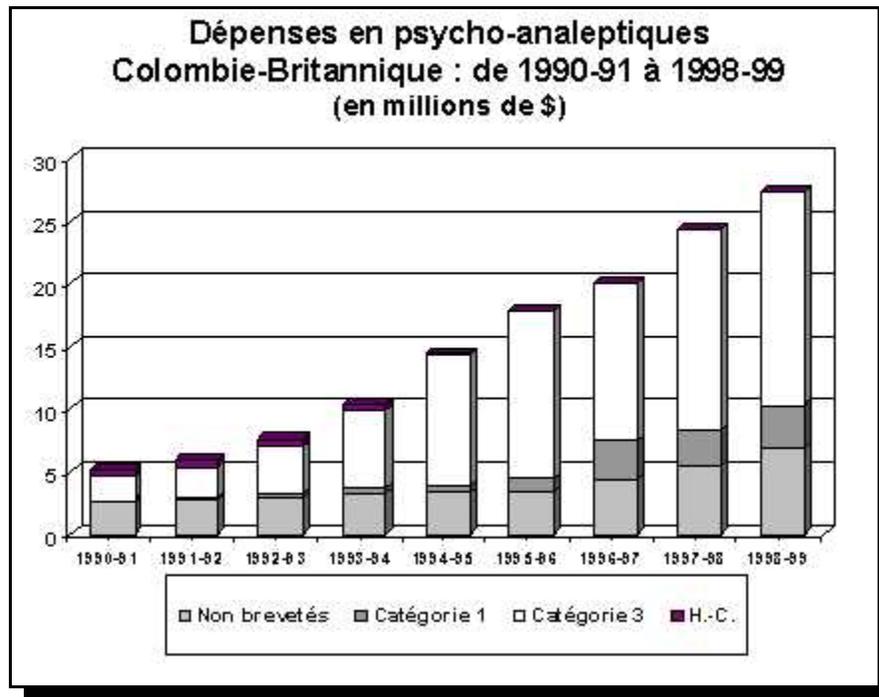
Les trois substances actives les plus vendues de cette catégorie étaient le chlorhydrate de paroxétine, de sertraline et de fluoxétine, qui comptaient pour 64 % des dépenses totales.

**Tableau 8**

Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Colombie-Britannique : de 1990-91 à 1998-99 Psycho-analéptiques (en milliers de \$)										
Année de lancement	CAT	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
1990-1991	-	2 644	3 414	3 593	3 567	1 896	1 877	1 797	2 736	1 339
1990-1991	1	105	167	177	205	93	4	4	3	6
1990-1991	3	1 900	2 411	2 983	3 638	5 215	5 272	1 694	41	34
1990-1991	HC	491	0	0	0	0	0	0	0	0
1991-1992	-	0	2	11	15	35	34	34	35	29
1991-1992	3	0	8	694	1 484	2 153	2 494	2 702	3 142	3 472
1992-1993	-	0	0	46	166	407	341	282	237	192
1992-1993	3	0	0	62	535	939	1 335	1 545	1 789	1 668
1992-1993	HC	0	0	0	0	0	0	1	1	1
1993-1994	-	0	0	0	114	952	874	798	800	723
1993-1994	1	0	0	0	135	428	487	16	8	5
1993-1994	3	0	0	0	571	2 103	3 285	4 770	6 692	8 060
1994-1995	-	0	0	0	0	159	239	182	212	198
1994-1995	3	0	0	0	0	56	1 006	1 933	3 193	3 718
1995-1996	-	0	0	0	0	0	129	3 104	2 836	2 641
1995-1996	1	0	0	0	0	0	528	189	402	593
1996-1997	-	0	0	0	0	0	0	1 057	1 686	1 742
1997-1998	-	0	0	0	0	0	0	0	606	2 126
1997-1998	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1997-1998	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1998-1999	-	0	0	0	0	0	0	0	0	149
1998-1999	1	0	0	0	0	0	0	0	0	664
1998-1999	3	0	0	0	0	0	0	0	0	6
<b>Total des dépenses</b>		5141	6 002	7 566	10 430	14 437	17 906	20 106	24 419	27 366
Dépenses – médicaments brevetés		2497	2 586	3 916	6 568	10 987	14 412	12 853	15 272	18 227
Dépenses – médicaments non brevetés		2644	3 416	3 650	3 862	3 450	3 494	7 253	9 147	9 139

La figure 10 correspond au tableau 8. Elle illustre les taux élevés de croissance des dépenses pour cette classe thérapeutique. Elle montre également que les médicaments brevetés de la catégorie 3 ont constitué la plus grande part du total des dépenses. Les médicaments de la catégorie 2 sont des médicaments plus anciens qui ont été remplacés par la suite par des médicaments de la catégorie 1 ou 3 plus récents.

Figure 10



**Agents agissant sur le système rénine-angiotensine (Inhibiteurs de l'ECA) :**

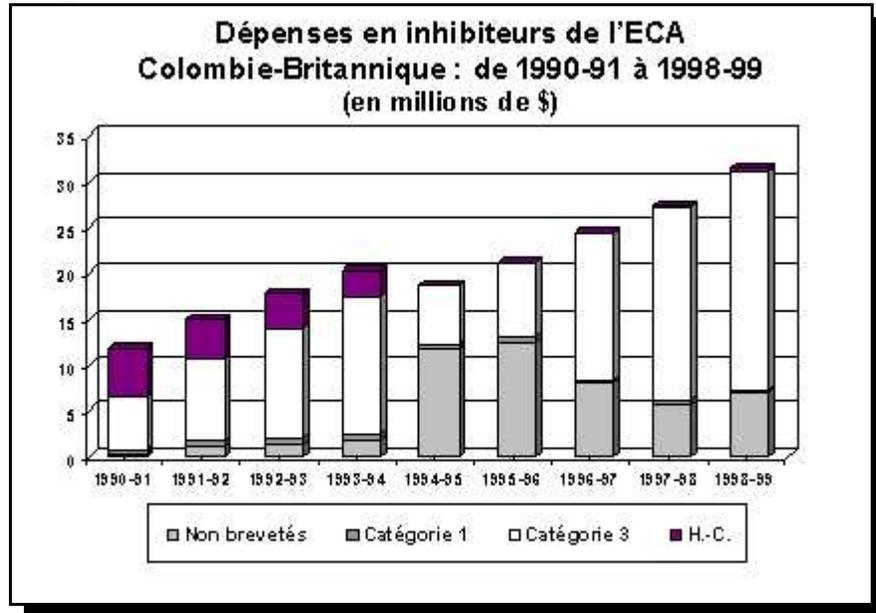
Le total des dépenses a pratiquement doublé depuis 1990-91. En effet, malgré l'inclusion des inhibiteurs de l'ECA dans le programme de tarification basée sur le prix du produit de référence en 1997, les dépenses sont passées de 11,8 millions de \$ en 1990-91 à 31,3 millions de \$ en 1998-99. Dans les périodes de 1990-91 à 1994-95 et de 1996-97 à 1998-99 la plus grande partie des dépenses est imputable aux médicaments brevetés, alors que les médicaments non brevetés avaient une grande part du marché dans la période de 1994-95 à 1995-96. La plus importante hausse des dépenses en médicaments brevetés est le fait des médicaments de la catégorie 3 existants en 1990-91, et des nouveaux médicaments de la catégorie 3 introduits en 1992-93.

Les trois substances actives les plus vendues de cette catégorie étaient le maléate d'énalapril (10,8 millions de \$), le quinapril (6,0 millions de \$) et le ramipril (5,1 millions de \$). La part de ces trois substances représentait 67 % des dépenses totales en inhibiteurs de l'ECA.

**Tableau 9**

Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Inhibiteurs de l'ECA Colombie-Britannique : de 1990-91 à 1998-99 (en milliers de \$)										
Année de lancement	CAT	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
1990-1991	-	352	980	980	1 102	1 747	1 463	1 360	1 230	1 379
1990-1991	1	378	672	679	625	514	428	314	254	0
1990-1991	3	5 823	8 885	11 701	13 850	4 521	5 600	12 140	13 452	13 283
1990-1991	HC	5 210	4 286	3 778	2 884	118	19	48	90	0
1991-1992	-	0	71	287	413	718	670	629	468	398
1991-1992	3	0	0	120	277	300	347	757	2 157	2 575
1992-1993	-	0	0	9	59	48	108	85	35	29
1992-1993	3	0	0	202	722	1 161	1 525	2 177	3 809	4 794
1993-1994	-	0	0	0	293	9 055	9 686	4 657	36	9
1993-1994	3	0	0	0	71	322	574	690	770	936
1994-1995	-	0	0	0	0	143	562	1 200	3 502	4 957
1994-1995	1	0	0	0	0	4	46	88	137	199
1994-1995	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1995-1996	-	0	0	0	0	0	17	52	330	347
1996-1997	-	0	0	0	0	0	0	7	77	124
1996-1997	3	0	0	0	0	0	0	141	966	1 964
1997-1998	-	0	0	0	0	0	0	0	2	3
1997-1998	3	0	0	0	0	0	0	0	26	114
1998-1999	-	0	0	0	0	0	0	0	0	3
1998-1999	1	0	0	0	0	0	0	0	0	26
1998-1999	3	0	0	0	0	0	0	0	0	205
Total des dépenses		11762	14 895	17 755	20 297	18 650	21 045	24 340	27 342	31 343
Dépenses – médicaments brevetés		11410	13 843	16 479	18 430	6 940	8 538	16 355	21 661	24 096
Dépenses – médicaments non brevetés		352	1 051	1 276	1 867	11 711	12 507	7 985	5 681	7 247

Figure 11



## 6.0 Conclusion

La présente étude est une analyse des générateurs de coûts du régime Pharmacare de Colombie-Britannique au cours de la période allant de 1990-91 à 1998-99.

Durant la période analysée, les dépenses des programmes étudiés sont passées de 159,8 à 318,6 millions de \$. L'utilisation accrue de médicaments existants et l'inscription de nouveaux médicaments en 1991-92 et au cours des années subséquentes étaient principalement responsables de la croissance des dépenses.

Entre 1990-91 et 1998-99, les dépenses totales en médicaments se sont accrues de 159 millions de \$ (dans le cas des programmes examinés). Entre 1990-91 et 1998-99, dans la province, en moyenne, les fluctuations de prix unitaire ont compté pour -17 % de la variation des dépenses, les variations de quantité, ou d'utilisation, pour 79 %, l'inscription de nouveaux médicaments, pour 43 % et le retrait de médicaments existants et d'autres facteurs, pour -1 % et -5 %, respectivement. Ces chiffres permettent de présumer que l'utilisation et l'inscription de nouveaux médicaments sont les facteurs ayant le plus contribué à l'accroissement des dépenses au cours de cette période, les dépenses ayant augmenté significativement malgré une baisse du prix unitaire moyen. La contribution de chacun de ces facteurs a considérablement changé en 1994-95, lorsque les valeurs ont commencé à varier d'une année à l'autre. Des études plus approfondies sont nécessaires pour comprendre la sensibilité du modèle, l'effet des politiques de limitation des coûts et de l'inscription et de la pénétration du marché des nouveaux médicaments.

Les variations des dépenses totales ont été divisées selon les cinq déterminants suivants : effet de prix, effet de quantité, effet de l'inscription de nouveaux médicaments, effet de retrait de médicaments existants et autres. Entre 1990-91 et 1998-99, les dépenses totales en médicaments se sont accrues de 159 millions de \$.

Le rapport analyse également à quel point les sept principaux groupes ATC contribuent à l'augmentation des dépenses en médicaments. En 1998-99, les médicaments associés à sept groupes du Système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) (appareil circulatoire, système nerveux central, tube digestif et métabolisme, appareil respiratoire, anti-infectieux, sang et organes hématopoïétiques et organes sensoriels) représentaient 290,9 millions de \$, ou 91 % des dépenses totales.

Depuis 1993-94, le programme Pharmacare de la Colombie-Britannique a subi plusieurs modifications en vue de palier l'augmentation du coût des médicaments. Une analyse plus poussée est nécessaire afin de comprendre parfaitement l'effet de ces changements sur les dépenses totales en médicaments et les tendances en matière d'utilisation.

## Annexe 1

### Méthodologie

La présente étude a pour objet l'analyse des générateurs de coûts des dépenses totales en produits pharmaceutiques de 1990-91 à 1998-99 en Colombie-Britannique.

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

Les prix mentionnés dans cette étude comprennent les majorations des prix de gros, mais non les honoraires du pharmacien.

Ce rapport fait état des dépenses en fonction de l'année d'inscription des médicaments. L'année d'inscription est définie l'année où les premières ventes ont été enregistrées dans la base de données du régime Pharmacare de la Colombie-Britannique. Dans cette étude, les médicaments déjà vendus en 1990-91 ou avant sont mentionnés sous le terme de médicaments « existants », tandis que ceux dont les ventes ont débuté en 1991-92 ou au cours des années subséquentes sont appelés médicaments « plus récents ».

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

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

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

$$DT_o = P_o Q_o \quad o = \text{période de référence} \dots \dots \dots (1)$$

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

$$= P_o(Q_1 - Q_o) + Q_o(P_1 - P_o) + (P_1 - P_o)(Q_1 - Q_o) + P_{1n}Q_{1n} - P_o^o Q_o^o$$

Où :

$DT$  = Dépenses totales

$P_o(Q_1 - Q_o)$  = Effet de quantité

$Q_o(P_1 - P_o)$  = Effet de prix

$(P_1 - P_o)(Q_1 - Q_o)$  = Période d'interaction

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

$P_o^o Q_o^o$  = Médicaments retirés

$P_o(Q_1 - Q_o) + Q_o(P_1 - P_o) + (P_1 - P_o)(Q_1 - Q_o)$  = Effet des médicaments existants,  $E_i$

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

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

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

Où :

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

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

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

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

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

$$\therefore \Delta DT_i = E_i + \sum N_i + N_i^* \dots \dots \dots (4)$$

Diviser (4) par  $\Delta DT_i$

$$\Delta DT_i / \Delta DT_i = 1 = E_i / \Delta DT_i + \sum N_i / \Delta DT_i + N_i^* / \Delta DT_i$$

Estimation de l'effet de chaque déterminant

L'étude précédente a été menée sur des périodes prédéterminées et le prix a été calculé par DIN, alors que la présente étude est menée par exercice financier et le prix est calculé par substance chimique; c'est-à-dire, le prix d'une substance chimique comprenant le même ingrédient actif, le même dosage, le même mode d'administration, la même posologie et la même forme. Ce changement de définition a été adopté afin de mettre davantage en relief la substitution au sein d'un marché à fournisseurs multiples et de mieux préciser la contribution de chacun des déterminants des générateurs de coût du modèle<sup>24</sup>.

L'effet des nouveaux médicaments est calculé non seulement l'année de leur inscription, mais également l'année suivante. Après ces deux périodes, l'effet des nouveaux médicaments est calculé en fonction du prix, de l'utilisation et d'un autre effet.

L'autre but important de ce rapport est la décomposition des dépenses en fonction des classes thérapeutiques et des statuts en matière de brevet au cours de la période 1990-91 à 1998-99. Elle nous a permis :

- de déterminer dans quelle mesure chaque classe thérapeutique a contribué à l'augmentation des dépenses totales du régime Pharmacare au cours de la période de 1990-91 à 1998-99. Pour ce faire, il a suffi de calculer la différence entre le niveau de dépenses pour chaque classe thérapeutique entre 1990-91 et 1998-99, puis de diviser cette différence par la différence entre le niveau de dépenses totales entre 1990-91 et 1998-99.
- d'établir l'ampleur du remplacement de médicaments existants par de nouveaux médicaments, et ce, pour chaque classe thérapeutique;
- de déterminer l'effet des médicaments des catégories 1, 2 et 3 sur le marché.

---

<sup>24</sup> La version précédente de l'analyse des générateurs de coût traitait tous les nouveaux DIN comme de nouveaux médicaments, même les génériques.

## Annexe 2

### RÉGIME PROVINCIAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS : COLOMBIE-BRITANNIQUE

#### Information générale sur le régime

##### *Bénéficiaires couverts*

Tous les résidents permanents de la Colombie-Britannique sont couverts par le régime Pharmacare. Ce dernier comprend toutefois plusieurs programmes dont les critères d'admissibilité varient.

Programme A : Personnes âgées de 65 ans et plus.

Programme B : résidents des établissements de soins de longue durée.

Programme C : bénéficiaires de l'aide sociale

Programme D : patients atteints de fibrose kystique.

Programme E : tous les autres résidents de la Colombie-Britannique.

Programme F : enfants ayant besoin de soins médicaux.

##### *Franchises, quotes-parts et honoraires du pharmacien*

Programme A : Les personnes âgées doivent payer les honoraires du pharmacien jusqu'à un maximum annuel de 200 \$; ceux-ci sont ensuite payés par la province. Le régime Pharmacare couvre 100 % du prix des ingrédients reconnus.

Programmes B, C, D et F : Les bénéficiaires de ces programmes n'ont à payer ni franchise ni quote-part.

Programme E : Les bénéficiaires doivent payer les premiers 800 \$ des coûts d'ordonnances, et 30 % du coût de chaque ordonnance subséquente jusqu'à concurrence de 2 000 \$. Les familles ayant un revenu annuel inférieur à 20 000 \$ doivent payer une franchise annuelle de 600 \$, par la suite, une couverture de 100 % s'applique.

### *Couverture du régime Pharmacare*

Le régime Pharmacare rembourse :

- les médicaments admissibles prescrits par un médecin, un dentiste ou un podiatre
- l'insuline, les aiguilles et les seringues nécessaires aux personnes diabétiques
- les bandelettes réactives de dosage de la glycémie lorsqu'une surveillance de la glycémie à domicile a été recommandée par un médecin et que la personne détient un certificat de formation émis par un centre de formation reconnu. Depuis mai 1996, 35 406 personnes inscrites au régime Pharmacare détenaient un tel certificat.
- certaines fournitures pour stomisé
- les prothèses permanentes désignées et les dispositifs d'immobilisation orthopédique pour les enfants

Le régime Pharmacare ne rembourse pas :

- les pansements
- les édulcorants de synthèse
- les médicaments antiacides, les laxatifs et autres médicaments vendus sans ordonnance
- les fauteuils roulants, les déambulateurs et autres dispositifs médicaux
- les coûts des médicaments remboursés en entier par un autre régime
- les médicaments ou fournitures obtenus à l'extérieur de la Colombie-Britannique

## Annexe 3

### Changements démographiques et médicaments les plus vendus

Le tableau suivant fait état de la croissance de la population en Colombie-Britannique de 1990 à 1997 par tranche d'âges. En 1991, la tranche des 30 à 39 ans constituait le plus fort pourcentage de la population totale avec 17,1 %, suivi de la tranche des 20 à 29 ans avec 15,3 % et des groupes des 40 à 49 ans et des 0 à 9 ans avec 13,7 % chacun. En 1997, la tranche des 30 à 39 ans représentait toujours le plus fort pourcentage de la population avec 17,1 %, La tranche des 40 à 49 ans a vu son pourcentage augmenter à 15,6 %, tandis que la tranche des 0 à 9 ans diminuait à 12,6 % et celle des 20 à 29 ans, à 14,2 %.

Entre 1990 et 1997, le plus fort taux de croissance a été atteint par la tranche des 80 à 90 ans et plus (45,8 %), laquelle était suivie de près par celle des 40 à 49 ans (44,2 %) et celle des 50 à 59 ans (38,5 %).

Croissance de la population Colombie-Britannique : de 1990 à 1998						
TRANCHES D'ÂGES	ANNÉE				VARIATIONS 1990-1998 (en milliers)	% de croissance 1990-1998
	1990		1998			
	Population (en milliers)	% du total	Population (en milliers)	% du total		
0-9	430,30	13,70	496,16	12,37	65,86	15,31
10-19	410,40	13,10	527,09	13,14	116,69	28,43
20-29	478,40	15,30	557,64	13,91	79,24	16,56
30-39	535,00	17,10	676,73	16,88	141,73	26,49
40-49	427,50	13,70	642,16	16,01	214,66	50,21
50-59	297,80	9,50	440,85	10,99	143,05	48,03
60-69	280,10	8,90	311,52	7,77	31,42	11,22
70-79	189,60	6,10	237,76	5,93	48,16	25,40
80-90+	82,60	2,60	120,00	2,99	37,40	45,28
Personnes âgées (65 ans et plus)	409,40	13,10	509,18	12,70	99,78	24,37
Tous âges	3 131,70	100,00	4 009,92	100,00	878,22	28,04

Source : Statistique Canada, Statistiques démographiques annuelles, n° de catalogue 91-213-XPB, 1998

25 Médicaments (brevetés ou non) les plus vendus Colombie-Britannique : 1998-99						
DIN	Marque	Ingrédient	ATC	Année d'inscription	Dépenses 1997-98	Dépenses 1998-99
2190915	Losec 20 mg	Oméprazole (oméprazole magnésien)	A	1995	12 906 228 \$	14 751 090 \$
1940481	Paxil 20 mg, co.	Paroxétine (chlorhydrate de paroxétine)	N	1993	6 041 080 \$	7 229 754 \$
893757	Pravachol 20 mg, co.	Pravastine sodique	C	1990	5 512 836 \$	5 773 801 \$
2220172	Apo-lovastatin 20 mg,co.	Lovastatine	C	1997	2 350 159 \$	4 803 546 \$
884340	Zocor 20 mg, co.	Simvastatine	C	1994	3 805 329 \$	4 588 608 \$
884332	Zocor 10 mg, co.	Simvastatine	C	1990	4 447 526 \$	4 504 775 \$
708879	Vasotec 5 mg, co.	Maléate d'énalapril	C	1990	4 615 112 \$	4 399 638 \$
2230711	Lipitor 10 mg	Atorvastatine (atorvastatine calcique)	C	1997	657 441 \$	4 149 526 \$
2155907	Adalat XL 30 mg, co. L.A.	Nifédipine	C	1991	4 371 698 \$	4 147 411 \$
2215055	Becloforte 250 mcg-aém, aérosol-doseur	Dipropionate de béclo méthasone	R	1990	4 543 302 \$	3 968 025 \$
878928	Norvasc 5 mg, co.	Amlodipine (bésilate d'amlodipine)	C	1992	3 275 684 \$	3 928 583 \$
2229285	Zyprexa 10 mg	Olanzapine	N	1997	1 704 150 \$	3 724 447 \$
1962817	Zoloft 50 mg, caps.	Sertraline (chlorhydrate de sertraline)	N	1991	3 092 524 \$	3 466 465 \$
894745	Clozaril 100 mg, co.	Clozapine	N	1990	2 838 467 \$	3 165 731 \$
670901	Vasotec 10 mg, co.	Maléate d'énalapril	C	1990	3 140 277 \$	3 144 974 \$
870935	Sinemet CR 200-50	Lévodopa	N	1991	2 582 629 \$	2 920 277 \$
1947672	Accupril 10 mg, co.	Quinapril (chlorhydrate de quinapril)	C	1991	2 156 729 \$	2 575 431 \$
836338	Prepulsid 10 mg, co.	Cisapride (monohydrate de cisapride)	A	1990	2 569 551 \$	2 473 000 \$
576158	Atrovent 28,6 mg-100 gm, aém	Bromure d'ipratropium	R	1990	2 140 699 \$	2 333 715 \$
2155966	Cipro 500 mg, co.	Ciprofloxacine (chlorhydrate de ciprofloxacine)	J	1990	2 067 228 \$	2 255 929 \$
851752	Pulmicort turbuhaler 200 mcg-aém	Budésonide	R	1990	2 053 493 \$	2 121 170 \$
2230713	Lipitor 20 mg	Atorvastatine (atorvastatine calcique)	C	1997	314 846 \$	2 075 559 \$
2229269	Zyprexa 5 mg	Olanzapine	N	1997	1 023 128 \$	2 013 612 \$
2176017	Didrocal 400 mg, et 1250 mg, co. (500 mg de Ca)	Carbonate de calcium	M	1995	1 169 277 \$	1 967 795 \$
2177587	Pms-fluoxetine 20 mg, caps.	Fluoxétine (chlorhydrate de fluoxétine)	N	1995	2 098 300 \$	1 889 840 \$
TOTAL					81 477 694.98 \$	98 372 702.49 \$

10 Médicaments brevetés de la catégorie 1 les plus vendus Colombie-Britannique : 1998-99						
DIN	Marque	Ingrédient	ATC	Année d'inscription	Dépenses 1997-98	Dépenses 1998-99
2190915	Losec 20 mg	Oméprazole (oméprazole magnésien)	A	1995	12 906 228 \$	14 751 090 \$
884340	Zocor 20 mg, co.	Simvastatine	C	1994	3 805 329 \$	4 588 608 \$
870935	Sinemet CR 200-50	Lévodopa	N	1991	2 582 629 \$	2 920 277 \$
851752	Pulmicort turbuhaler 200 mcg-aém	Budésonide	R	1990	2 053 493 \$	2 121 170 \$
2176017	Didrocal 400 mg, et 1250 mg, co. (500 mg de Ca)	Carbonate de calcium	M	1995	1 169 277 \$	1 967 795 \$
2177587	Pms-fluoxetine 20 mg, caps.	Fluoxétine (chlorhydrate de fluoxétine)	N	1995	2 098 300 \$	1 889 840 \$
2213613	Flovent 250 mcg-aém, aéro. oral	Propionate de fluticasone	R	1996	1 041 600 \$	1 700 577 \$
2146959	Lipidil micro 200 mg, caps.	Fénofibrate	C	1994	2 544 855 \$	1 524 203 \$
2054817	Prepulsid 20 mg, co.	Cisapride (monohydrate de cisapride)	A	1993	1 286 116 \$	1 509 038 \$
851760	Pulmicort turbuhaler 400 mcg-aém	Budésonide	R	1991	1 159 564 \$	1 182 325 \$
2155990	Adalat XL 60 mg, co. L.A.	Nifédipine	C	1992	1 055 523 \$	1 066 906 \$

<b>Dépenses relatives aux 10 médicaments brevetés de la catégorie 2 les plus vendus Colombie-Britannique : 1998-99</b>						
DIN	Marque	Ingrédient	ATC	Année d'inscription	Dépenses 1997-98	Dépenses 1998-99
2155966	Cipro 500 mg, co.	Ciprofloxacine (chlorhydrate de ciprofloxacine)	J	1990	2 067 228 \$	2 255 929 \$
2025299	Risperdal 2 mg, co.	Rispéridone	N	1992	1 463 821 \$	1 627 549 \$
2025302	Risperdal 3 mg, co.	Rispéridone	N	1993	1 347 972 \$	1 347 575 \$
2212161	Imitrex 100 mg, co.	Sumatriptan (succinate de sumatriptan)	N	1991	1 302 690 \$	1 290 268 \$
2155958	Cipro 250 mg, co.	Ciprofloxacine(chlorhydrate de ciprofloxacine)	J	1990	1 208 489 \$	1 258 837 \$
1978926	Pulmicort nebuamp 0,5 mg-mL, amp.	Budésonide	R	1992	655 440 \$	709 922 \$
2025310	Risperdal 4 mg, co.	Rispéridone	N	1993	686 648 \$	708 496 \$
2169649	Betaseron	Interféron bêta-1b	L	1997	312 523 \$	671 139 \$
2010909	Proscar 5 mg, co.	Finastéride	G	1992	1 583 492 \$	644 335 \$
2213575	Zofran, 8 mg, co.	Ondansétron (chlorhydrate d'ondansétron dihydraté)	A	1991	522 052 \$	602 849 \$

Dépenses relatives aux 10 médicaments brevetés de la catégorie 3 les plus vendus Colombie-Britannique : 1998-99						
DIN	Marque	Ingrédient	ATC	Année d'inscription	Dépenses 1997-98	Dépenses 1998-99
1940481	Paxil 20 mg, co.	Paroxétine (chlorhydrate de paroxétine)	N	1993	6 041 080 \$	7 229 754 \$
893757	Pravachol 20 mg, co.	Pravastine sodique	C	1990	5 512 836 \$	5 773 801 \$
884332	Zocor 10 mg, co.	Simvastatine	C	1990	4 447 526 \$	4 504 775 \$
708879	Vasotec 5 mg, co.	Maléate d'énalapril	C	1990	4 615 112 \$	4 399 638 \$
2230711	Lipitor 10 mg	Atorvastatine (atorvastatine calcique)	C	1997	657 441 \$	4 149 526 \$
878928	Norvasc 5 mg, co.	Amlodipine (bésilate d'amlodipine)	C	1992	3 275 684 \$	3 928 583 \$
2229285	Zyprexa 10 mg	Olanzapine	N	1997	1 704 150 \$	3 724 447 \$
1962817	Zoloft 50 mg, caps.	Sertraline (chlorhydrate de sertraline)	N	1991	3 092 524 \$	3 466 465 \$
670901	Vasotec 10 mg, co.	Maléate d'énalapril	C	1990	3 140 277 \$	3 144 974 \$
1947672	Accupril 10 mg, co.	Quinapril (chlorhydrate de quinapril)	C	1991	2 156 729 \$	2 575 431 \$

## Annexe 4

### Analyse des classes thérapeutiques

Contribution en pourcentage de classes thérapeutiques choisies aux dépenses totales Colombie-Britannique : de 1990-91 à 1998-99			
Classe thérapeutique	Contribution en 1990-91 (en millions de \$)	Contribution en 1998-99 (en millions de \$)	% de variation totale des dépenses
Appareil circulatoire	59,57	116,36	35,76 %
Système nerveux	22,94	75,3	32,97 %
Tube digestif et métabolisme	24,46	42,63	11,44 %
Appareil respiratoire	13,04	24,59	7,27 %
Anti-infectieux à action générale	7,54	13,09	3,50 %
Appareil locomoteur	5,71	10,82	-3,07 %
Appareil génito-urinaire et hormones sexuelles	3,9	8,14	2,67 %
Sang et organes hématopoïétiques	2,05	6,86	3,03 %
Organes sensoriels	4,34	5,93	1,00 %
Produits dermatologiques	3,11	5,08	1,24 %
Agents anticancéreux et immunomodulateurs	0,92	4,66	2,36 %
Hormonothérapie, sauf les hormones sexuelles	1,26	3,14	1,18 %
Produits antiparasitaires, insecticides et répulsifs	0,23	0,57	0,22 %
Hors catégorie	0,57	1,15	0,36 %
Divers	0,19	0,31	0,08 %
<b>Total</b>	<b>159,82</b>	<b>318,63</b>	<b>100,00 %</b>

### Système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC)

Le système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) [et la dose thérapeutique quotidienne (DTQ)] est recommandé en tant qu'unité de mesure par l'OMS dans le cadre des études sur l'utilisation des médicaments.

Dans le système de classification ATC, les médicaments sont groupés selon le système ou l'organe sur lequel ils agissent et selon leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques. Les groupes comptent cinq niveaux différents. Les médicaments sont divisés en quatorze groupes principaux (1<sup>er</sup> niveau), puis en sous-groupes thérapeutiques - pharmacologiques (2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> niveaux). Le 4<sup>e</sup> niveau est un sous-groupe thérapeutique - pharmacologique - chimique et le 5<sup>e</sup> niveau est la substance active.

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

ATC	Classe thérapeutique	Sous-groupes*
A02	Antiacides, médicaments contre les ulcères gastro-duodénaux et les flatulences	Antiacides; antagonistes des récepteurs H <sub>2</sub> ; prostaglandines; inhibiteurs de la pompe à protons; traitement d'association pour l'éradication de <i>Helicobacter pylori</i> et autres, comme le sucralfate
A10	Antidiabétiques	Insulines et analogues; biguanides; sulfonamides; inhibiteurs de l'α-glucosidase; thiazolidinédiones et autres, comme la répaglinide.
B01	Antithrombotiques	Antagonistes de la vitamine K (warfarine); héparines (y compris l'HFPM); antiagrégants plaquettaires (clopidogrel, ticlopidine, abciximab); enzymes (streptokinase, alteplase) et autres (lépirudine)
C01	Cardiothérapie	Glucosides cardiotoniques (digoxine); antiarythmiques; stimulants cardiaques (agents adrénérgiques et dopaminérgiques, inhibiteurs de la phosphodiesterase); vasodilatateurs (dérivés nitrés) et autres, comme les prostaglandines
C07	Bêta-bloquants	Bêta-bloquants; bêta-bloquants et diurétiques thiazidiques; bêta-bloquants et autres diurétiques; bêta-bloquants et vasodilatateurs et bêta-bloquants et autres antihypertenseurs
C08	Inhibiteurs du canal calcique	Inhibiteurs du canal calcique sélectifs agissant principalement au niveau vasculaire; inhibiteurs du canal calcique sélectifs agissant directement au niveau cardiaque; inhibiteurs du canal calcique non sélectifs et inhibiteurs du canal calcique et diurétiques
C09	Inhibiteurs de l'ECA	Inhibiteurs de l'ECA simples; inhibiteurs de l'ECA en association; antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II simples; antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II en association et autres
C10	Hypolipidémiants	Inhibiteurs de la HMG-CoA-réductase; fibrates; séquestrants des acides biliaires; acide nicotinique et dérivés

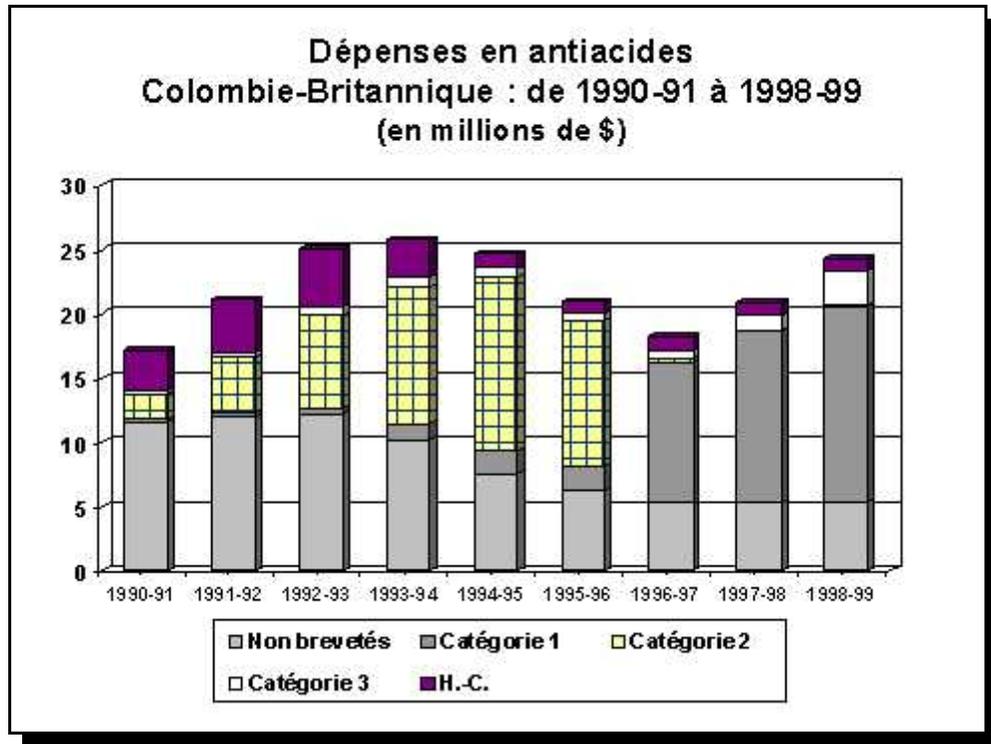
ATC	Classe thérapeutique	Sous-groupes*
J01	Antibactériens à action générale	Tétracyclines; amphénicol (chloramphénicol); pénicillines; inhibiteurs de la $\beta$ -lactamase; céphalosporines; monobactams; carbapenems; sulfonamides et triméthoprim; macrolides et lincosamides (clindamycine); aminosides; quinolones et autres, comme la vancomycine, l'acide fusidique et le métronidazole
N02	Analgésiques	Opioïdes (alcaloïdes naturels de l'opium, comme la morphine, la codéine; dérivés de phenylpipéridine, comme la péthidine et le fentanyl; dérivés de la diphénylpropylamine, comme la méthadone et la pentazocine; dérivés de morphinan, comme le butorphanol et la nalbuphine; opioïdes en association avec des antispasmodiques); d'autres analgésiques et antipyrétiques (acide salicylique et dérivés, pyrazolones, anilides, comme le paracétamol); antimigraineux (alcaloïdes de l'ergot de seigle, agonistes des récepteurs 5HT <sub>1</sub> et autres antimigraineux, comme le pizotifène ou la clonidine)
N03	Antiépileptiques	Barbituriques et dérivés; dérivés de l'hydantoïne; dérivés de l'oxazolidine; dérivés du succinimide; dérivés des benzodiazépines (clonazépan); dérivés du carboxamide; dérivés d'acides gras (acide valproïque, vigabatrine) et autres (lamotrigine, topiramate, gabapentine)
N04	Antiparkinsoniens	Agents anticholinergiques; agents dopaminergiques [L-dopa et dérivés de la L-dopa; dérivés de l'adamantane (amantadine); agonistes de la dopamine; inhibiteurs type B de la MAO (sélégiline); autres (entacapone)]
N05	Psycholeptiques	Antipsychotiques (phénothiazines; dérivés de la butyrophénone; dérivés de l'indole; dérivés du thioxanthène; dérivés de la diphénylbutylpipéridine, comme le pimozide, les diazépines, les oxazépines et les thiazépines, comme la clozapine, l'olanzépine et la quétiapine; antipsychotiques dans les cas de dyskinésie tardive, comme la tétrabénazine, les benzamides et le lithium); anxiolytiques (dérivés des benzodiazépines, carbamates, buspirone); hypnotiques et sédatifs (barbituriques simples, barbituriques en association, acétaldéhydes et dérivés, dérivés des benzodiazépines, dérivés de la pipéridinédione, substances semblables aux benzodiazépines, comme la zopiclone)

ATC	Classe thérapeutique	Sous-groupes*
N06	Psycho-analeptiques	Antidépresseurs; psychostimulants et nootropiques (sympathomimétiques agissant sur le système nerveux central, dérivés de la xanthine); psycholeptiques et psycho-analeptiques en association (antidépresseurs et psycholeptiques en association); médicaments anti-démence
R03	Antiasthmatiques	Adrénurgiques par inhalation; autres antiasthmatiques par inhalation (glucocorticoïdes, anticholinergiques; antiallergiques); adrénurgiques à action générale; autres antiasthmatiques à action générale (xanthines, xanthines et adrénurgiques, antagonistes du récepteur des leucotriènes)
S01	Préparations ophtalmologiques	Anti-infectieux (antibiotiques, sulfonamides, antiviraux, autres anti-infectieux); anti-inflammatoires (corticostéroïdes simples; corticostéroïdiens et mydriatiques en association; anti-inflammatoires non stéroïdiens); anti-inflammatoires et anti-infectieux en association; préparations antiglaucomateuses et myotiques; mydriatiques et cyclopégiques; décongestionnants et antiallergiques; anesthésiques locaux; agents diagnostiques; adjuvants chirurgicaux; autres, comme les larmes artificielles

\* Principales catégories énumérées

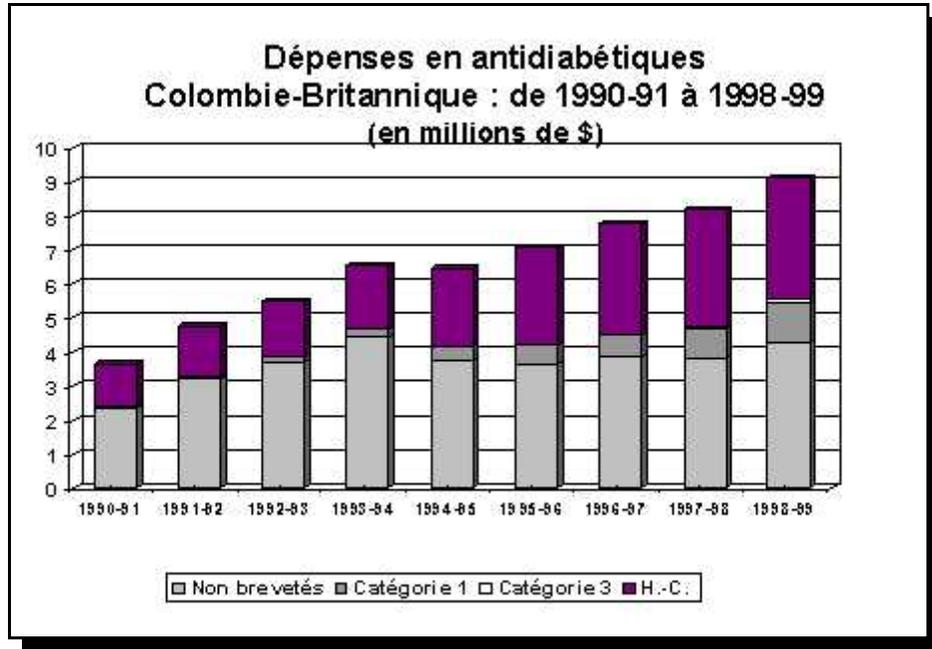
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Antiacides, médicaments contre les ulcères gastro-duodénaux et les flatulences Colombie-Britannique : de 1990-91 à 1998-99 (en milliers de \$)										
Année d'inscription	CAT	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
1990-1991	-	11 618	11 981	12 031	9 399	6 339	6 240	5 437	4 872	4 303
1990-1991	1	211	373	405	381	576	277	89	104	93
1990-1991	2	1 920	4 327	7 189	10 636	13 515	11 382	396	121	41
1990-1991	3	289	383	591	782	718	463	217	198	167
1990-1991	HC	3 082	3 979	4 503	2 919	1 095	46	69	73	74
1991-1992	-	-	17	273	345	298	255	215	176	150
1992-1993	-	-	-	30	382	431	288	131	118	110
1992-1993	1	-	-	10	809	1 159	585	274	211	154
1993-1994	-	-	-	-	91	446	304	205	171	128
1994-1995	-	-	-	-	-	9	166	131	131	144
1995-1996	1	-	-	-	-	-	976	10 484	12 906	14 751
1995-1996	3	-	-	-	-	-	0	217	623	1 102
1995-1996	HC	-	-	-	-	-	0	-	-	0
1996-1997	-	-	-	-	-	-	-	193	745	925
1996-1997	3	-	-	-	-	-	-	87	160	158
1997-1998	-	-	-	-	-	-	-	-	121	656
1997-1998	1	-	-	-	-	-	-	-	12	55
1997-1998	3	-	-	-	-	-	-	-	144	1 196
1998-1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14
1998-1999	1	-	-	-	-	-	-	-	-	95
Total des dépenses		17,1	21 060	25 030	25 745	24 637	20 932	18 144	20 885	24 315
Dépenses – médicaments brevetés		5,5	9 062	12 697	15 527	17 064	13 728	11 831	14 552	17 885
Dépenses – médicaments non brevetés		11,6	11 998	12 333	10 218	7 573	7 204	6 313	6 333	6 430

Figure 12



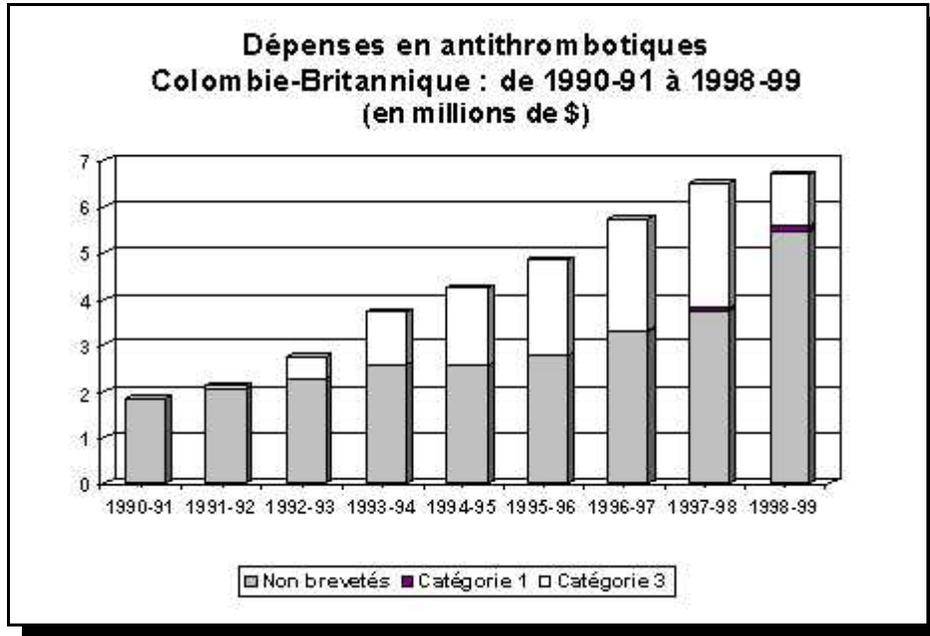
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Antidiabétiques Colombie-Britannique : de 1990-91 à 1998-99 (en milliers de \$)										
Année d'inscription	CAT	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
1990-1991	-	2 316	3 176	3 555	4 129	2 281	3 636	3 637	3 214	3 070
1990-1991	1	25	55	107	175	236	-	-	-	-
1990-1991	HC	1 251	1 475	1 672	1 799	1 853	514	519	488	464
1991-1992	-	-	42	149	153	273	328	414	476	495
1992-1993	-	-	-	3	142	244	383	372	397	509
1992-1993	1	-	-	13	46	96	-	-	-	-
1993-1994	-	-	-	-	1	972	1 159	828	834	860
1993-1994	1	-	-	-	16	63	76	129	191	251
1993-1994	HC	-	-	-	73	434	689	932	1 203	1 425
1994-1995	-	-	-	-	-	1	250	762	1 039	1 327
1995-1996	-	-	-	-	-	-	53	164	257	331
1995-1996	3	-	-	-	-	-	0	3	46	92
1996-1997	-	-	-	-	-	-	-	0	3	10
1996-1997	3	-	-	-	-	-	-	1	18	29
1997-1998	-	-	-	-	-	-	-	-	29	100
1998-1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	162
Total des dépenses		3642	4 749	5 500	6 533	6 453	7 089	7 762	8 197	9 125
Dépenses – médicaments brevetés		1276	1 531	1 792	2 108	2 681	1 279	1 584	1 946	2 262
Dépenses – médicaments non brevetés		2366	3 218	3 708	4 424	3 772	5 809	6 177	6 251	6 863

Figure 13



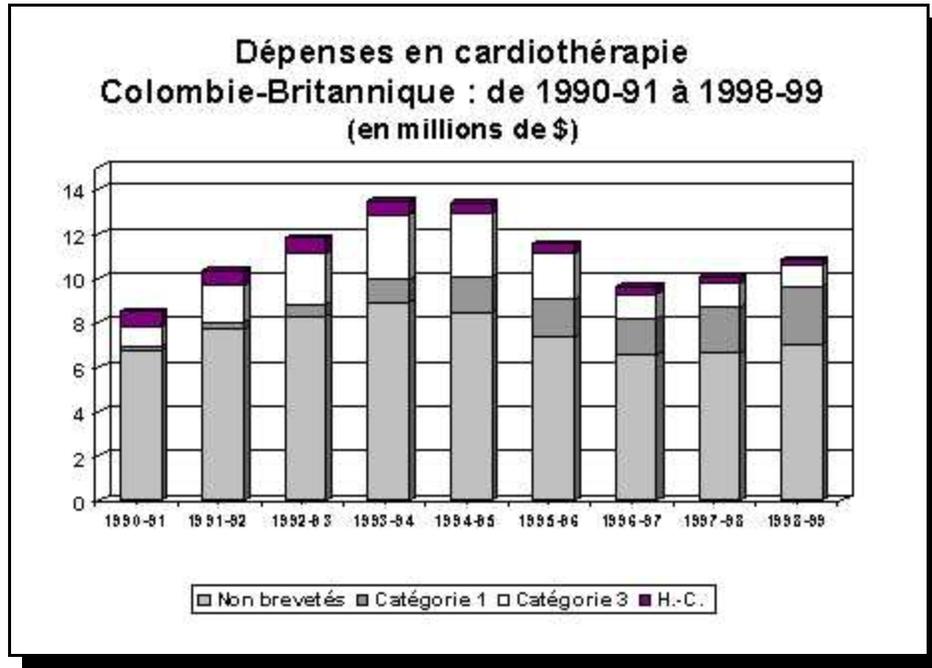
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Antithrombotiques Colombie-Britannique : de 1990-91 à 1998-99 (en milliers de \$)										
Année d'inscription	CAT	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
1990-1991	-	1 865	2 020	2 221	2 511	2 418	2 588	3 045	3 428	3 801
1991-1992	-	-	33	46	42	55	45	40	37	41
1991-1992	3	-	90	502	1 130	1 681	2 060	2 380	2 677	951
1992-1993	-	-	-	2	33	79	134	209	266	336
1994-1995	-	-	-	-	-	2	11	4	7	-
1995-1996	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1995-1996	1	-	-	-	-	-	4	16	57	64
1996-1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1996-1997	1	-	-	-	-	-	-	0	-	-
1996-1997	3	-	-	-	-	-	-	31	9	3
1997-1998	-	-	-	-	-	-	-	-	2	20
1997-1998	1	-	-	-	-	-	-	-	28	57
1997-1998	3	-	-	-	-	-	-	-	17	170
1998-1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 248
1998-1999	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
1998-1999	3	-	-	-	-	-	-	-	-	10
Total des dépenses		1865	2 143	2 772	3 716	4 235	4 842	5 724	6 528	6 703
Dépenses – médicaments brevetés		0	90	502	1 130	1 681	2 064	2 427	2789	1257
Dépenses – médicaments non brevetés		1865	2 053	2 269	2 586	2 554	2 778	3 297	3 739	5 445

Figure 14



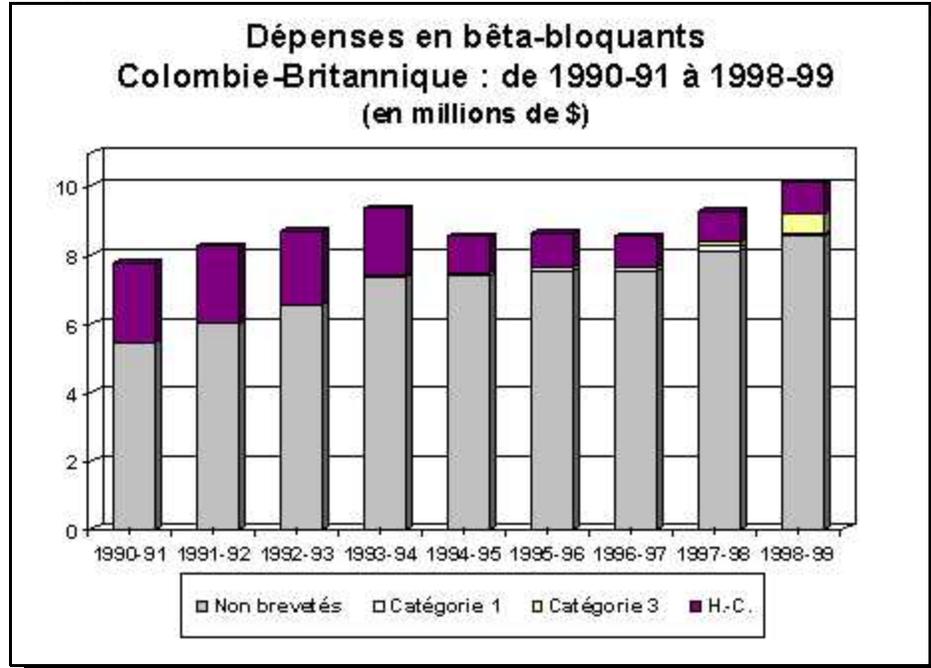
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Cardiothérapie Colombie-Britannique : de 1990-91 à 1998-99 (en milliers de \$)										
Année d'inscription	CAT	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
1990-1991	-	6 889	8 446	8 816	9 574	8 942	7 759	6 838	6 862	7 141
1990-1991	1	1	81	431	705	981	1 025	962	1 160	1 395
1990-1991	3	901	1 686	2 297	2 889	2 893	2 061	1 093	1 043	965
1990-1991	HC	692	109	95	1	0	0	0	-	-
1991-1992	-	-	18	58	61	53	45	32	28	23
1991-1992	1	-	13	70	195	277	243	172	218	272
1991-1992	HC	0	-	0	0	-	-	-	-	-
1992-1993	-	-	-	3	16	25	34	37	42	41
1992-1993	1	-	-	1	3	5	7	11	19	28
1993-1994	1	-	-	-	12	193	255	233	275	372
1994-1995	-	-	-	-	-	1	6	4	0	0
1994-1995	1	-	-	-	-	14	51	74	99	55
1995-1996	-	-	-	-	-	0	4	13	16	17
1995-1996	1	-	-	-	-	-	10	168	282	329
1996-1997	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-
1996-1997	1	-	-	-	-	-	-	6	38	58
1997-1998	-	-	-	-	-	-	-	-	7	42
1998-1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	86
Total des dépenses		8484	10 353	11 772	13 456	13 385	11 500	9 643	10 089	10 823
Dépenses – médicaments brevetés		1595	1 888	2 894	3 805	4 364	3 652	2 718	3 134	3 474
Dépenses – médicaments non brevetés		6889	8 464	8 878	9 651	9 021	7 847	6 925	6 955	7 349

Figure 16



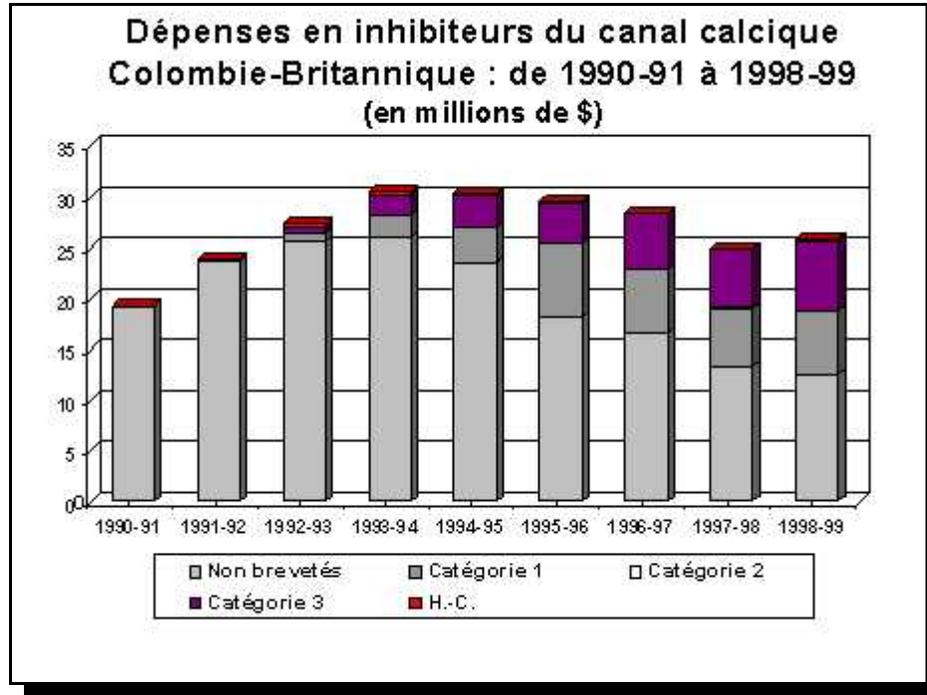
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Bêta-bloquants Colombie-Britannique : de 1990-91 à 1998-99 (en milliers de \$)										
Année d'inscription	CAT	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
1990-1991	-	5 432	6 004	6 931	7 864	6 495	4 669	3 302	3 195	3 948
1990-1991	1	2	7	15	29	36	39	43	47	-
1990-1991	HC	2 328	2 251	1 745	1 060	873	832	797	783	170
1991-1992	-	-	0	1	1	6	7	9	9	13
1991-1992	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
1991-1992	HC	-	0	-	-	-	-	-	0	-
1992-1993	-	-	-	1	4	29	28	28	23	23
1993-1994	-	-	-	-	387	1 090	1 350	160	150	169
1994-1995	-	-	-	-	-	13	1 212	1 479	1 501	1 477
1995-1996	-	-	-	-	-	-	491	2 667	2 721	2 529
1996-1997	-	-	-	-	-	-	-	71	642	974
1997-1998	-	-	-	-	-	-	-	-	49	187
1997-1998	3	-	-	-	-	-	-	-	171	567
1998-1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33
Total des dépenses		7762	8 262	8 692	9 345	8 543	8 628	8 556	9 292	10 090
Dépenses – médicaments brevetés		2329	2 258	1 760	1 089	910	871	839	1 001	737
Dépenses – médicaments non brevetés		5432	6 004	6 932	8 256	7 633	7 757	7 717	8 290	9 353

Figure 17



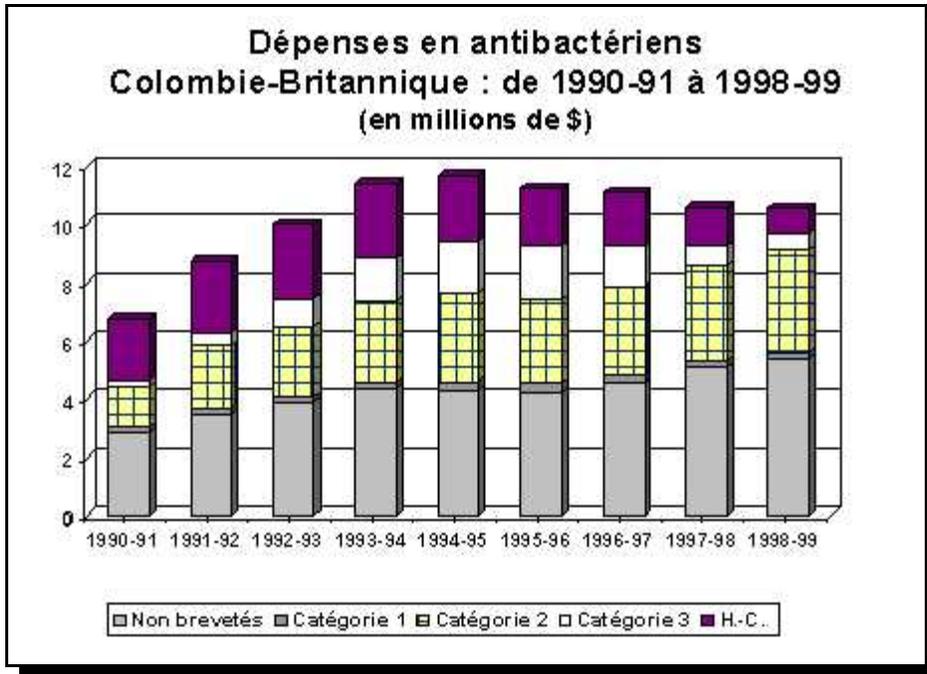
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Inhibiteurs du canal calcique Colombie-Britannique : de 1990-91 à 1998-99 (en milliers de \$)										
Année d'inscription	CAT	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
1990-1991	-	19 287	23 673	25 419	24 285	19 448	4 436	2 853	993	760
1990-1991	2	0	1	7	8	8	9	22	37	41
1990-1991	HC	27	229	121	256	269	211	140	95	75
1991-1992	-	-	2	73	206	323	373	282	15	7
1991-1992	1	-	0	615	1 655	2 554	5 490	4 731	4 372	4 147
1991-1992	3	-	4	417	933	972	642	763	1 278	1 470
1991-1992	HC	-	19	281	164	53	24	14	6	5
1992-1993	-	-	-	146	1 469	3 123	9 885	7 484	131	84
1992-1993	1	-	-	157	548	914	1 692	1 521	1 056	1 067
1992-1993	3	-	-	161	1 099	2 056	3 317	4 697	4 526	5 432
1993-1994	-	-	-	-	38	526	2 801	2 411	697	724
1993-1994	1	-	-	-	0	5	14	33	100	148
1994-1995	-	-	-	-	-	180	663	765	1 048	1 125
1994-1995	1	-	-	-	-	12	24	10	14	11
1995-1996	-	-	-	-	-	-	42	740	1 576	1 599
1996-1997	-	-	-	-	-	-	-	2 051	7 353	5 239
1997-1998	-	-	-	-	-	-	-	-	1 634	3 715
1998-1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
1998-1999	1	-	-	-	-	-	-	-	-	159
Total des dépenses		19 315	23 928	27 395	30 663	30 444	29 628	28 515	24 932	25 821
Dépenses – médicaments brevetés		28	252	1 758	4 664	6 843	11 424	11 930	11 484	12 555
Dépenses – médicaments non brevetés		19 287	23 675	25 637	25 999	23 601	18 205	16 585	13 447	13 266

Figure 18



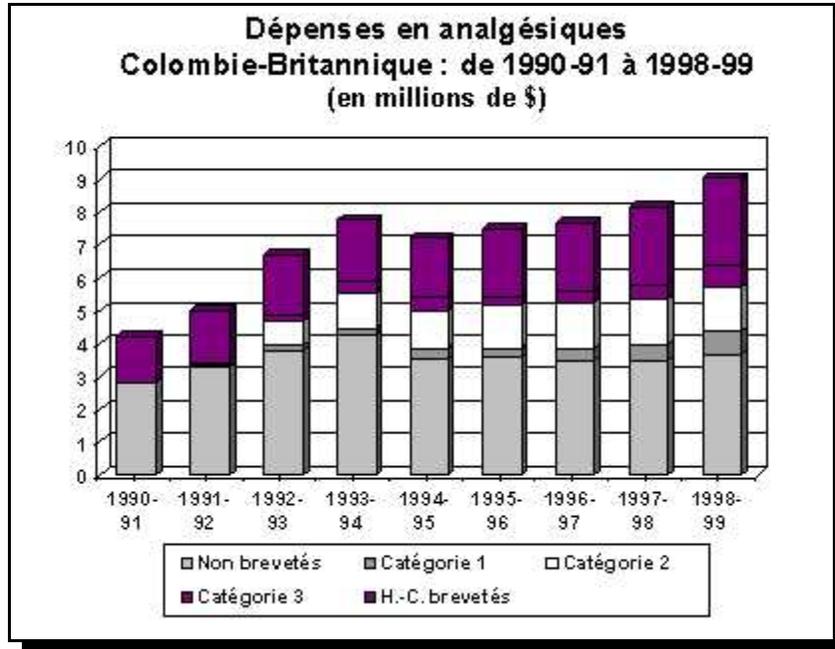
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Agents antibactériens à action générale Colombie-Britannique : de 1990-91 à 1998-99 (en milliers de \$)										
Année d'inscription	CAT	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
1990-1991	-	2 916	3 499	3 933	4 566	4 248	3 951	4 102	4 290	4 237
1990-1991	1	181	217	201	179	91	40	33	26	10
1990-1991	2	1 407	2 175	2 395	2 801	3 044	2 867	2 991	3 276	3 515
1990-1991	3	201	337	498	610	627	566	438	287	246
1990-1991	HC	2 053	2 380	2 387	2 320	2 099	1 837	1 704	1 264	796
1991-1992	-	-	0	6	11	10	9	8	5	8
1991-1992	1	-	0	-	-	-	-	0	0	0
1991-1992	3	-	114	214	207	175	159	153	137	44
1991-1992	HC	-	0	-	0	-	0	-	-	-
1992-1993	-	-	-	23	15	127	191	248	282	300
1992-1993	1	-	-	3	1	1	1	0	0	0
1992-1993	3	-	-	305	663	981	1 069	785	161	131
1992-1993	HC	-	-	0	-	-	-	-	-	-
1993-1994	-	-	-	-	7	215	165	135	142	142
1993-1994	1	-	-	-	0	0	-	-	-	-
1994-1995	-	-	-	-	-	38	215	239	250	265
1994-1995	1	-	-	-	-	19	110	147	93	100
1994-1995	3	-	-	-	-	0	-	-	7	0
1994-1995	HC	-	-	-	-	0	3	-	-	-
1995-1996	-	-	-	-	-	-	8	22	35	60
1995-1996	1	-	-	-	-	-	0	-	-	0
1995-1996	3	-	-	-	-	-	46	49	5	4
1995-1996	HC	-	-	-	-	-	3	2	8	-
1996-1997	-	-	-	-	-	-	-	32	263	304
1996-1997	3	-	-	-	-	0	-	2	21	33
1997-1998	-	-	-	-	-	-	-	-	5	87
1997-1998	3	-	-	-	-	-	-	-	54	85
1998-1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	186
1998-1999	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
1998-1999	3	-	-	-	-	-	-	-	-	4
<b>Total des dépenses</b>		<b>6757</b>	<b>8 724</b>	<b>10 025</b>	<b>11 381</b>	<b>11 676</b>	<b>11 243</b>	<b>11 089</b>	<b>10 611</b>	<b>10 558</b>
Dépenses – médicaments brevetés		3841	5 224	6 003	6 782	7 038	6 702	6 304	5 339	4 969
Dépenses – médicaments non brevetés		2916	3 499	4 022	4 599	4 638	4 540	4 785	5 272	5 589

Figure 19



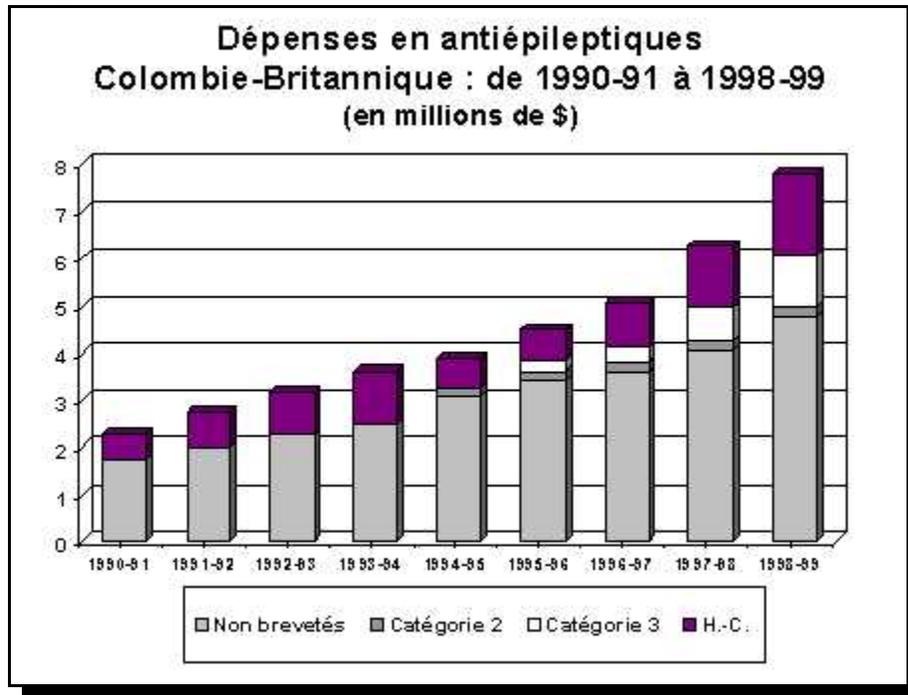
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Analgésiques Colombie-Britannique : de 1990-91 à 1998-99 (en milliers de \$)										
Année d'inscription	CAT	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
1990-1991	-	2 791	3 238	3 491	3 778	4 939	5 056	5 162	5 214	5 565
1990-1991	1	0	95	147	198	-	-	-	-	-
1990-1991	HC	1 413	1 605	1 813	1 909	8	2	2	1	1
1991-1992	-	-	26	265	415	446	400	349	319	370
1991-1992	2	-	66	756	1 075	1 165	1 301	1 375	1 360	1 345
1992-1993	-	-	0	27	61	85	76	60	48	39
1992-1993	3	-	-	178	336	405	250	315	378	535
1993-1994	-	-	-	-	13	145	238	216	238	310
1994-1995	-	-	-	-	0	48	94	76	84	87
1994-1995	3	-	-	-	-	0	6	34	65	79
1995-1996	-	-	-	-	-	-	31	34	105	72
1995-1996	1	-	-	-	-	-	4	27	37	55
1996-1997	-	-	-	-	-	-	-	11	26	42
1996-1997	1	-	-	-	-	-	-	10	103	196
1996-1997	HC	-	-	-	-	-	-	0	76	92
1997-1998	-	-	-	-	-	-	-	-	37	3
1997-1998	1	-	-	-	-	-	-	-	3	97
1997-1998	3	-	-	-	-	-	-	-	47	87
1998-1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47
1998-1999	1	-	-	-	-	-	-	-	-	15
Total des dépenses		4204	5 030	6 676	7 784	7 241	7 457	7 671	8 142	9 037
Dépenses – médicaments brevetés		1414	1 766	2 894	3 518	1 578	1 562	1 763	2 071	2 502
Dépenses – médicaments non brevetés		2791	3 264	3 782	4 266	5 663	5 894	5 908	6 071	6 535

Figure 20



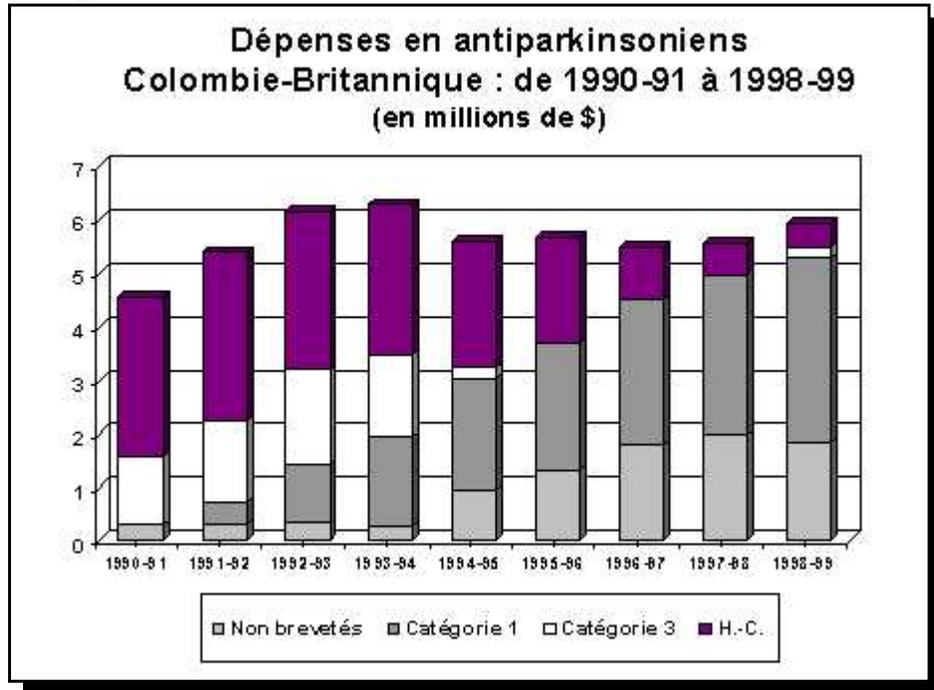
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Antiépileptiques Colombie-Britannique : de 1990-91 à 1998-99 (en milliers de \$)										
Année d'inscription	CAT	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
1990-1991	-	2 087	2 459	2 821	3 166	2 674	2 519	2 312	2 079	1 743
1990-1991	HC	201	282	357	431	501	668	911	1 293	1 745
1991-1992	-	-	0	0	-	-	0	0	0	0
1992-1993	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0
1993-1994	-	-	-	-	16	509	515	385	365	338
1994-1995	-	-	-	-	-	45	343	398	917	1 590
1994-1995	2	-	-	-	-	154	215	231	-	-
1994-1995	3	-	-	-	-	2	190	308	470	580
1995-1996	-	-	-	-	-	-	52	427	603	622
1995-1996	3	-	-	-	-	-	9	24	45	58
1996-1997	-	-	-	-	-	-	-	60	283	302
1997-1998	-	-	-	-	-	-	-	-	27	215
1997-1998	3	-	-	-	-	-	-	-	172	444
1998-1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	178
Total des dépenses		2288	2 741	3 178	3 614	3 885	4 511	5 057	6 255	7 814
Dépenses – médicaments brevetés		201	282	357	431	656	1 082	1 474	1 980	2 827
Dépenses – médicaments non brevetés		2087	2 459	2 821	3 183	3 229	3 430	3 583	4 274	4 987

Figure 21



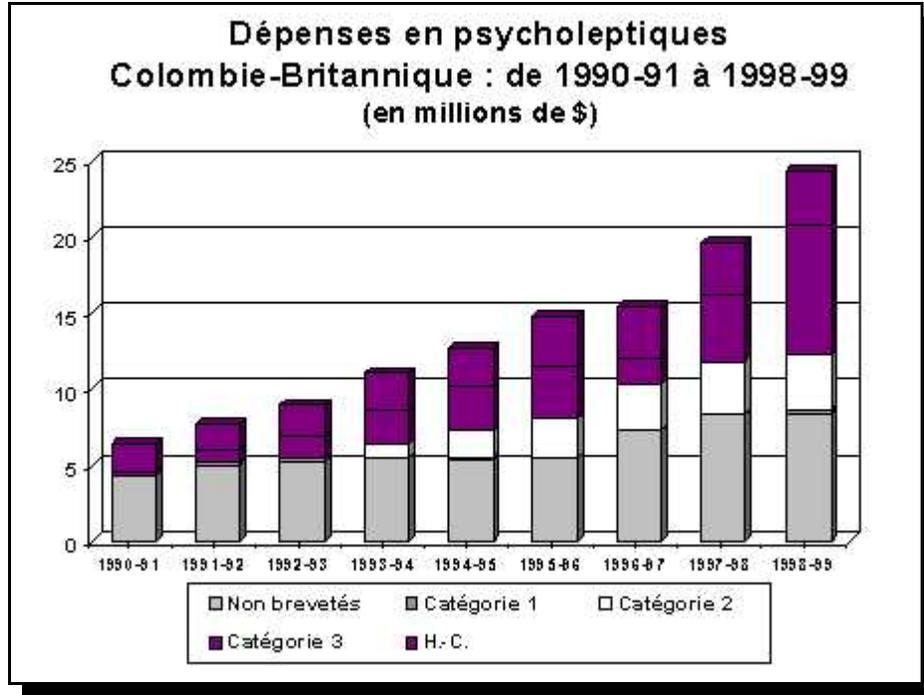
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Antiparkinsoniens Colombie-Britannique : de 1990-91 à 1998-99 (en milliers de \$)										
Année d'inscription	CAT	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
1990-1991	-	397	1 619	3 217	2 936	2 282	1 879	870	394	215
1990-1991	3	1 274	1 529	1 796	1 535	222	2	2	0	1
1990-1991	HC	2 894	1 823	-	-	-	-	-	-	-
1991-1992	-	-	0	0	0	-	-	-	-	-
1991-1992	1	-	414	1 083	1 615	1 928	2 146	2 350	2 583	2 920
1991-1992	HC	-	5	50	96	147	164	66	47	21
1992-1993	-	-	-	0	-	0	0	0	-	0
1993-1994	-	-	-	-	52	105	96	79	67	51
1993-1994	1	-	-	-	34	145	241	342	427	504
1994-1995	-	-	-	-	-	773	1 120	969	829	659
1995-1996	-	-	-	-	-	-	19	380	482	454
1995-1996	HC	-	-	-	-	-	13	152	225	291
1996-1997	-	-	-	-	-	-	-	278	480	542
1997-1998	-	-	-	-	-	-	-	-	10	39
1998-1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1998-1999	3	-	-	-	-	-	-	-	-	209
Total des dépenses		4564	5 391	6 146	6 268	5 603	5 680	5 487	5 545	5 908
Dépenses – médicaments brevetés		4167	3 772	2 929	3 279	2 442	2 566	2 911	3 283	3 947
Dépenses – médicaments non brevetés		397	1 619	3 217	2 989	3 160	3 114	2 577	2 262	1 961

Figure 22



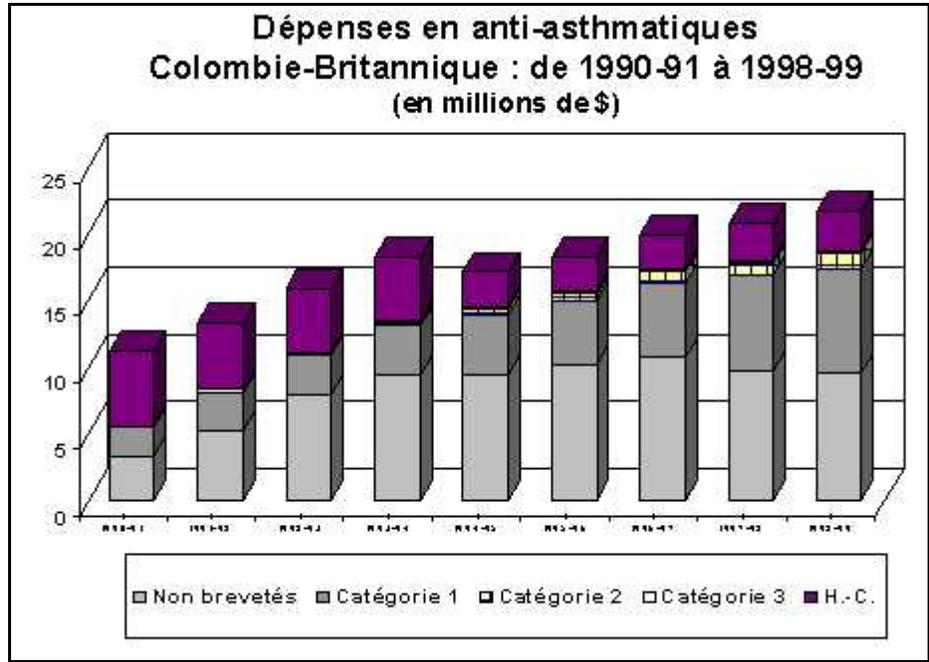
Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Psycholeptiques Colombie-Britannique : de 1990-91 à 1998-99 (en milliers de \$)										
Année d'inscription	CAT	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
1990-1991	-	4 462	5 533	7 806	9 851	10 058	10 872	8 236	6 551	5 869
1990-1991	1	175	123	83	-	-	-	-	-	-
1990-1991	3	163	851	-	-	-	-	-	-	-
1990-1991	HC	1 608	1 271	1 048	54	61	63	59	65	65
1991-1992	-	-	5	30	38	60	65	79	103	123
1992-1993	-	-	-	3	46	93	105	101	92	26
1992-1993	2	-	-	0	373	723	986	1 245	1 464	1 628
1992-1993	3	-	-	0	2	1	1	3	8	0
1992-1993	HC	-	-	0	-	-	-	-	-	-
1993-1994	-	-	-	-	2	150	106	224	238	143
1993-1994	2	-	-	-	585	1 182	1 514	1 744	2 035	2 056
1993-1994	3	-	-	-	93	214	435	758	1 180	1 692
1994-1995	-	-	-	-	-	219	457	471	494	439
1995-1996	-	-	-	-	-	-	57	247	298	278
1996-1997	-	-	-	-	-	-	-	2 312	3 623	3 782
1997-1998	-	-	-	-	-	-	-	-	261	821
1997-1998	1	-	-	-	-	-	-	-	10	180
1997-1998	3	-	-	-	-	-	-	-	3 169	6 780
1998-1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	408
1998-1999	3	-	-	-	-	-	-	-	-	56
Total des dépenses		6308	7 783	8 971	11 044	12 760	14 760	15 478	19 590	24 347
Dépenses – médicaments brevetés		1846	2 245	1 132	1 107	2 180	2 998	3 810	7 930	12 457
Dépenses – médicaments non brevetés		4462	5 538	7 839	9 937	10 580	11 761	11 668	11 660	11 890

Figure 23

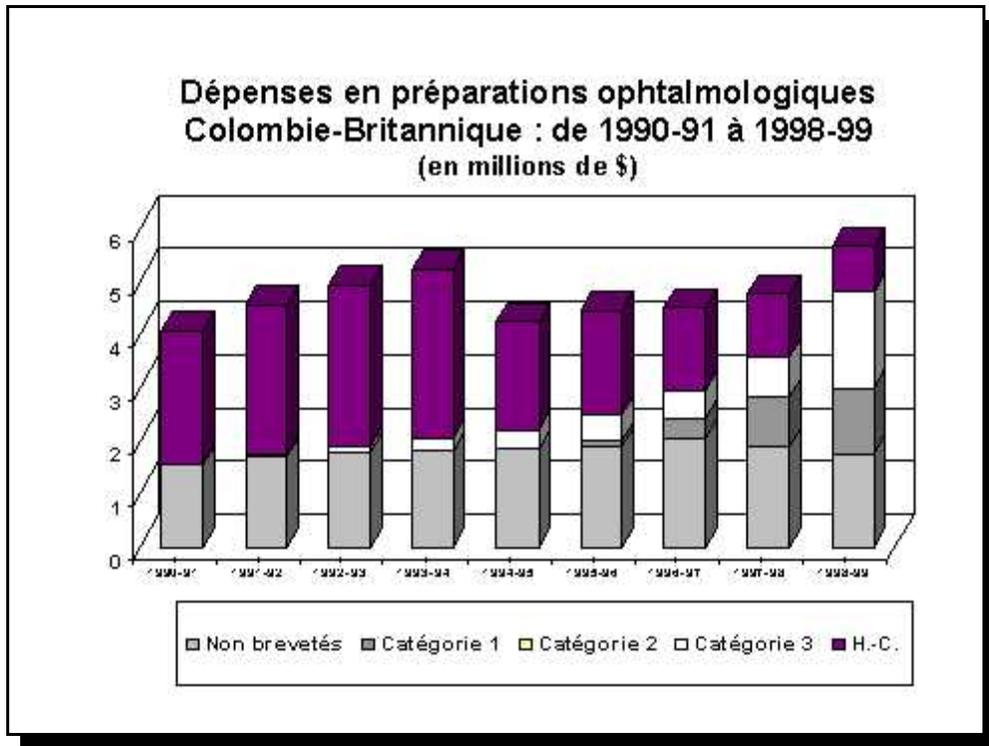


Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Antiasthmatiques Colombie-Britannique : de 1990-91 à 1998-99 (en milliers de \$)										
Année d'inscription	CAT	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
1990-1991	-	4 215	8 001	8 447	7 981	4 968	4 500	4 557	4 736	4 743
1990-1991	1	2 252	2 569	2 281	2 430	2 468	2 466	2 519	2 573	2 616
1990-1991	3	28	145	156	163	185	170	141	107	82
1990-1991	HC	4 766	1 718	1 310	1 037	265	226	195	121	99
1991-1992	-	-	930	3 284	5 030	5 826	6 747	6 497	4 722	3 995
1991-1992	1	-	11	246	521	737	911	1 083	1 160	1 182
1992-1993	-	-	-	18	717	1 718	1 778	1 861	1 725	1 444
1992-1993	1	-	-	55	-	-	-	-	-	-
1992-1993	2	-	-	56	238	408	560	804	980	1 064
1993-1994	-	-	-	-	105	316	423	498	385	42
1993-1994	HC	-	-	-	49	223	212	178	155	127
1994-1995	-	-	-	-	-	67	226	243	217	168
1995-1996	-	-	-	-	-	-	3	110	305	309
1995-1996	1	-	-	-	-	-	2	382	939	1 088
1995-1996	3	-	-	-	-	-	0	40	58	18
1996-1997	-	-	-	-	-	-	-	517	1 486	1 760
1996-1997	1	-	-	-	-	-	-	337	1 081	1 760
1997-1998	-	-	-	-	-	-	-	-	89	899
1997-1998	1	-	-	-	-	-	-	-	2	8
1997-1998	3	-	-	-	-	-	-	-	8	76
1998-1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63
1998-1999	1	-	-	-	-	-	-	-	-	128
Total des dépenses		11261	13 374	15 854	18 273	17 181	18 223	19 963	20 849	21 672
Dépenses – médicaments brevetés		7046	4 443	4 104	4 440	4 286	4 547	5 679	7 184	8 248
Dépenses – médicaments non brevetés		4215	8 931	11 750	13 833	12 895	13 676	14 284	13 665	13 424

Figure 24



Effet des médicaments existants et plus récents par principaux groupes de maladies Préparations ophtalmologiques Colombie-Britannique : de 1990-91 à 1998-99 (en milliers de \$)										
Année d'inscription	CAT	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
1990-1991	-	1 960	2 243	2 448	3 892	2 901	2 579	1 626	1 600	1 304
1990-1991	1	0	0	0	-	-	-	-	-	-
1990-1991	3	-	-	-	-	-	-	186	214	229
1990-1991	HC	2 100	2 296	2 400	960	541	547	521	25	1
1991-1992	-	-	3	18	24	48	48	51	49	41
1991-1992	3	-	5	39	55	78	184	173	167	211
1992-1993	-	-	-	8	179	425	662	841	777	674
1992-1993	2	-	-	0	0	2	2	-	-	-
1992-1993	3	-	-	7	78	144	100	121	158	229
1993-1994	-	-	-	-	7	20	17	22	26	22
1993-1994	HC	-	-	-	30	57	77	101	124	14
1994-1995	-	-	-	-	-	11	104	121	96	68
1994-1995	1	-	-	-	-	8	89	171	613	854
1995-1996	-	-	-	-	-	-	12	326	305	290
1995-1996	1	-	-	-	-	-	20	212	317	380
1996-1997	-	-	-	-	-	-	-	25	99	110
1997-1998	-	-	-	-	-	-	-	-	15	41
1997-1998	3	-	-	-	-	-	-	-	171	1 153
1998-1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26
Total des dépenses		4061	4 547	4 921	5 225	4 235	4 441	4 496	4 757	5 647
Dépenses – médicaments brevetés		2101	2 301	2 446	1 123	830	1 018	1 485	1 789	3 071
Dépenses – médicaments non brevetés		1 960	2 246	2 475	4 102	3 405	3 422	3 011	2 968	2 576



## Annexe 5

### Glossaire

#### *Bénéficiaire*

Toute personne ayant effectué une réclamation auprès du programme Pharmacare de la Colombie-Britannique.

#### *Dépenses totales en médicaments*

Dans la présente étude, dépenses encourues par le programme Pharmacare de la Colombie-Britannique, et franchises ou quotes-parts payées par les bénéficiaires. Les dépenses comprennent également les augmentations du prix de gros, mais non les honoraires du pharmacien.

#### *Effet de l'inscription de médicaments*

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

#### *Effet de prix*

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

#### *Effet de retrait de médicament*

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

#### *Effet de quantité*

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

#### *Médicament de la catégorie 1*

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

#### *Médicament de la catégorie 2*

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

*Médicament de la catégorie 3*

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

*Médicament existant*

Dans la présente étude, médicament qui était déjà inscrit sur la liste de médicaments de la Colombie-Britannique en 1990-91.

*Médicament plus récent*

Dans la présente étude, médicament inscrit sur la liste de médicaments de la Colombie-Britannique en 1991-92 ou les années subséquentes.