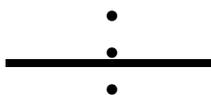


ANALYSE DE LA PÉNÉTRATION DU MARCHÉ **ÉTUDE DE CAS**

1995/96 - 1999/00



COLOMBIE-BRITANNIQUE
MANITOBA
NOUVELLE-ÉCOSSE
ONTARIO

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

Remerciements

L'analyse de la pénétration du marché a été réalisée par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) à la demande du ministre de la Santé en vertu d'un Protocole d'entente. Cette étude a été financée par Santé Canada.

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

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

Frank DeFelice (Président)
Direction des Programmes de médicaments
Ministère de la Santé et des Soins de longue
durée de l'Ontario
Programme des soins de longue durée

Scott Doidge (Vice-président)
Soins à domicile et produits pharmaceutiques
Santé Canada

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

Marilyn Thornton
Pharmacy Policy and Programs Branch
Alberta Health and Wellness

Andrea Laternas
Pharmaceutical Services
Drug Plan and Extended Benefits Branch
Saskatchewan Health

Olaf Koester
Régime d'assurance-médicaments
Santé Manitoba

Emily Somers
Drug Programs
Nova Scotia Department of Health

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

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

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

Ivan Ross Vrana
Santé Canada

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

John Hoar
Nova Scotia Department of Health

Kevin Wilson
Saskatchewan Health

Sean Burnett
British Columbia Ministry of Health Services

Wendy Eyres
British Columbia Ministry of Health Services

Paul Gudaitis
British Columbia Ministry of Health Services

Kitty Leong
Santé Manitoba

Résumé

- Les provinces faisant l'objet de la présente étude de cas sont la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse. Les médicaments évalués ont été proposés par les provinces participantes.
- L'objectif de l'analyse était de déterminer le remboursement des médicaments assuré par chaque province ainsi que la part de marché obtenue dans chaque province d'après le volume (mesuré à partir du nombre d'ordonnances) et les dépenses (mesurées à partir du coût du médicament établi).
- Les médicaments inclus dans cette étude de cas sont l'alendronate (Fosamax[®]), l'insuline lispro (Humalog[®]), le losartan (Cozaar[®]), les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et l'olanzapine (Zyprexa[®]). Les médicaments ayant différents statuts de remboursement (c'est-à-dire couverture régulière, restreinte ou limitée, sous autorisation spéciale) selon les provinces présentaient un intérêt particulier et offraient un aperçu de certaines différences dans le taux d'obtention de part de marché des nouveaux médicaments.
- Au cours de la dernière année de l'analyse, soit 1999-2000, la part de marché de ces médicaments au Manitoba a été la plus importante selon le volume et le coût des médicaments, à l'exception du losartan et de l'olanzapine. Le losartan a obtenu la plus grande part de marché au sein du régime d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Écosse et l'olanzapine, la plus grande part au sein du Programme de médicaments gratuits de l'Ontario.
- Étant donné l'intérêt manifesté à l'endroit de politiques spéciales tel que déterminé par les intervenants fédéraux-provinciaux-territoriaux, une évaluation plus approfondie des IPP a été effectuée. Une analyse sur les habitudes de prescription selon la tranche d'âge et la spécialité des médecins a fait ressortir certaines différences importantes entre les provinces. Plus particulièrement, le taux d'utilisation des IPP dans le cadre du régime d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Écosse est significativement plus faible que celui des autres provinces. Par ailleurs, leur utilisation est plus importante au Manitoba que dans les autres provinces étudiées. En 1999-2000, le pourcentage de bénéficiaires ayant reçu une ordonnance d'IPP uniquement (c'est-à-dire qu'aucun traitement initial par les antagonistes des récepteurs H₂ n'a été prescrit au cours de cette année) était de 9 % en Nouvelle-Écosse, de 20 % en Ontario, de 24 % en Colombie-Britannique et de 36 % au Manitoba. En Colombie-Britannique, le taux d'ordonnances d'IPP rédigées par un médecin spécialiste en médecine interne est significativement plus élevé que celui des autres groupes de spécialités au sein de cette province et des autres provinces.
- Les cinq études de cas présentées dans ce rapport donnent à penser que la pénétration du marché est plus rapide au cours des deux premières années du cycle de vie d'un produit. Le niveau d'adjudication conçu pour assurer le respect de critères précis avant de s'engager à couvrir un médicament semble jouer un rôle important dans la détermination du taux de pénétration du marché ainsi que dans le coût net au système étant donné qu'une exigence ou un engagement de temps important est en fait imposé.

Table des matières

RÉSUMÉ	III
1 INTRODUCTION	8
1.1 APPROCHE GÉNÉRALE	8
1.2 ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	9
2 ALENDRONATE (FOSAMAX®)	10
3 INSULINE LISPRO (HUMALOG®)	16
4 LOSARTAN (COZAAR®)	18
5 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP)	23
6 OLANZAPINE (ZYPREXA®)	33
CONCLUSION	37
ANNEXE I – PROCESSUS D'AUTORISATION SPÉCIALE	38
COLOMBIE-BRITANNIQUE	38
MANITOBA	38
ONTARIO.....	39
NOUVELLE-ÉCOSSE.....	40
ANNEXE II – DÉFINITION DU MARCHÉ ET RÉSULTATS	41
ALENDRONATE (FOSAMAX®)	41
INSULINE LISPRO (HUMALOG®)	46
LOSARTAN (COZAAR®)	47
INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS	49
OLANZAPINE (ZYPREXA®)	51
NOTES DE FIN DE DOCUMENT	52

Liste des figures

Figure 2-1	Régime d'assurance-médicaments Colombie-Britannique FOSAMAX Coût de l'ingrédient établi : tous les programmes	12
Figure 2-2	Régime d'assurance-médicaments Manitoba FOSAMAX Coût de l'ingrédient établi – tous les programmes	12
Figure 2-3	Régime d'assurance-médicaments Ontario FOSAMAX Coût de l'ingrédient établi : tous les programmes.....	12
Figure 2-4	Régime d'assurance-médicaments Nouvelle-Écosse OLANZAPINE Coût de l'ingrédient établi – régime des personnes âgées.....	12
Figure 2-5	Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances pour la Colombie-Britannique Alendronate et le reste du marché.....	14
Figure 2-6	Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances pour le Manitoba Alendronate et le reste du marché.....	14
Figure 2-7	Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances pour l'Ontario Alendronate et le reste du marché.....	14
Figure 2-8	Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances pour la Nouvelle-Écosse Alendronate et le reste du marché	14
Figure 3-1	Régime d'assurance-médicaments – Colombie –Britannique INSULINE LISPRO coût de l'ingrédient établi – tous les régimes.....	17
Figure 3-2	Régime d'assurance-médicaments –Manitoba INSLUNINE LISPRO coût de l'ingrédient établi – tous les régimes.....	17
Figure 3-3	Programme de médicaments gratuits de l'Ontario INSULINE LISPRO Coût de l'ingrédient établi : tous les programmes	17
Figure 3-4	Régime d'assurance-médicaments Nouvelle-Écosse INSULINE LISPRO Coût de l'ingrédient établi : programme pour les personnes âgées	17
Figure 4-1	Régime d'assurance-médicaments Colombie –Britannique LOSARTAN Coût de l'ingrédient établi : tous les programmes	20
Figure 4-2	Régime d'assurance-médicaments Manitoba LOSARTAN Coût de l'ingrédient établi : tous les programmes	20
Figure 4-3	Régime d'assurance-médicaments Ontario LOSARTAN Coût de l'ingrédient établi : tous les programmes.....	20
Figure 4-4	Régime d'assurance-médicaments Nouvelle-Écosse LOSARTAN Coût de l'ingrédient établi : programme pour les personnes âgées	20
Figure 4-5	Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances en Colombie-Britannique pour le losartan et le reste du marché	21
Figure 4-6	Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances au Manitoba pour le losartan et le reste du marché.....	21
Figure 4-7	Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances en Ontario pour le losartan et le reste du marché.....	21
Figure 4-8	Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances en Nouvelle-Écosse pour le losartan et le reste du marché	21
Figure 5-1	Régime d'assurance-médicaments Colombie–Britannique inhibiteurs de la pompe à protons Coût de l'ingrédient établi : tous les programmes.....	25
Figure 5-2	Régime d'assurance-médicaments – Manitoba inhibiteurs de la pompe à protons coût de l'ingrédient établi – tous les régimes.....	25
Figure 5-3	Régime d'assurance-médicaments Ontario inhibiteurs de la pompe à protons Coût de l'ingrédient établi : tous les programmes.....	25
Figure 5-4	Régime d'assurance-médicaments Nouvelle-Écosse inhibiteurs de la pompe à protons Coût de l'ingrédient établi : programme pour les personnes âgées.....	25
Figure 5-5	Pourcentage des bénéficiaires prenant des antagonistes de récepteurs H ₂ et des IPP selon la tranche d'âge par province – 1999-2000.....	28
Figure 5-6	Répartition des ordonnances d'IPP selon la spécialité C.-B., Ont., N.-É., 1999-2000	30
Figure 5-7	Pourcentage de patients suivant un traitement par IPP seulement en 1999-2000 selon les spécialités C.-B., Ont., N.-É.....	30
Figure 5-8	Pourcentage d'utilisation d'IPP seulement d'après l'âge et la province 1999-2000	31

Figure 5-9	Coût annuel moyen par patient suivant un traitement par antagonistes de récepteurs H ₂ et par IPP1999/00.....	31
Figure 6-1	Régime d'assurance-médicaments – Colombie –Britannique OLANZAPINE coût de l'ingrédient établi – tous les régimes.....	34
Figure 6-2	Régime d'assurance-médicaments – Manitoba OLANZAPINE coût de l'ingrédient établi – tous les régimes.....	34
Figure 6-3	Régime d'assurance-médicaments – Ontario OLANZAPINE coût de l'ingrédient établi – tous les régimes	34
Figure 6-4	Régime d'assurance-médicaments – Nouvelle-Écosse OLANZAPINE coût de l'ingrédient établi – régime des personnes âgées.....	34
Figure 6-5	Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances – Colombie-Britannique alendronate et le reste du marché 1995-96 à 1999-2000.....	36
Figure 6-6	Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances – Manitoba olanzapine et le reste du marché 1995-96 à 1999-2000	36
Figure 6-7	Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances – Ontario olanzapine et le reste du marché 1995-96 à 1999-2000	36
Figure 6-8	Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances – Nouvelle-Écosse olanzapine et le reste du marché 1995-96 à 1999-2000	36

Liste des tableaux

Tableau 1-1	Sommaire – Médicaments remboursés par les régimes d'assurance-médicaments provinciaux	8
Tableau 2-1	Part de marché selon le volume	10
Tableau 2-2	Part de marché selon le coût de l'ingrédient établi	10
Tableau 2-3	Résumé du taux de croissance de l'alendronate de 1997-98 à 1999-2000	11
Tableau 3-1	Part de marché selon le volume	16
Tableau 3-2	Part de marché selon le coût de l'ingrédient établi	16
Tableau 4-1	Market Share Based On Volume	18
Tableau 4-2	Part de marché selon le coût de l'ingrédient établi	18
Tableau 5-1	Part de marché selon le volume	23
Tableau 5-2	Part de marché selon le coût de l'ingrédient établi	24
Tableau 5-3	Analysis by Physician Specialty Group - H ₂ -RA and PPI's (1999/00).....	27
Tableau 5-4	Coût moyen par patient par province selon la spécialité – 1999-2000	28
Tableau 5-5	Répartition par province de l'utilisation, du coût et de la durée annuelle moyenne du traitement par IPP ou par ARH ₂ – 1999-2000.....	29
Tableau 6-1	Part de marché selon le volume	33
Tableau 6-2	Part de marché selon le coût établi	33

1 Introduction

L'inscription de nouveaux traitements, pouvant offrir un avantage thérapeutique moyen, limité ou n'en offrant aucun par rapport aux traitements actuels, est l'un des générateurs de coûts clés pour les régimes d'assurance-médicaments provinciaux¹. Les modèles d'utilisation des nouveaux traitements et la vitesse avec laquelle les habitudes de prescription changent ne correspondent pas nécessairement aux choix optimaux ou efficaces en terme de coûts. De façon générale, les administrateurs de régime d'assurance-médicaments ont tenté de gérer l'accès aux traitements « d'imitation » par le biais de politiques incitatives ayant pour but d'influencer la décision au niveau de la prescription et d'essayer de mieux informer les médecins sur la prescription efficace en terme de coûts à l'aide de lignes directrices ou de critères spécifiques. L'effort nécessaire pour obtenir la couverture et le niveau de remboursement joue un rôle déterminant dans la vitesse avec laquelle de nouveaux médicaments obtiennent une part de marché.

1.1 Approche générale

Les traitements médicamenteux choisis pour la présente analyse ont été étudiés en vue d'évaluer l'efficacité de différentes politiques

incitatives, de déterminer les différences entre les provinces et d'avoir également un aperçu de la vitesse à laquelle les médicaments entrent sur le marché et sont acceptés par le monde médical. Bien que chaque province fasse généralement appel à des processus d'évaluation indépendants pour décider de la couverture des médicaments, il y a souvent des similarités importantes, entre les provinces, sur la façon de rembourser un médicament. Les médicaments, soumis à différents critères d'admissibilité selon les provinces, offraient un intérêt particulier pour atteindre le but de cette analyse. Les provinces faisant l'objet de la présente étude de cas sont la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse.

Le tableau 1-1 présente un sommaire d'information sur les médicaments choisis, leur classification selon le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), la date à laquelle ils ont reçu leur premier avis de conformité ainsi que leur statut sur la liste de médicaments de chaque province étudiée. À l'exception des inhibiteurs de la pompe à protons, les médicaments sélectionnés pour la présente étude ont reçu leur avis de conformité de la part de Santé Canada avant septembre 1995 et sont des traitements relativement nouveaux. Il est intéressant de noter qu'il y a des différences importantes dans la façon de mettre en œuvre des politiques incitant à une utilisation efficace en terme de coûts des médicaments par chaque province et dans celle d'en assurer l'application.

Tableau 1-1

Sommaire – Médicaments remboursés par les régimes d'assurance-médicaments provinciaux						
Nom du médicament	Catégorie du CEPMB	Date du premier avis de conformité	Couverture – Colombie-Britannique	Couverture – Manitoba	Couverture - Ontario	Couverture - Nouvelle-Écosse
Fosamax [®] (Alendronate)	3	déc. 1995	AS	AS (partie II) ²	AS (section 8) ³	AS
Cozaar [®] (Losartan)	3	sept. 1995	AS	CR	UTILISATION RESTREINTE	CR
Humalog [®] (Insuline lispro)	H. C.	oct. 1996	CR ⁴	CR ⁵	UTILISATION RESTREINTE	AS
Zyprexa [®] (Olanzapine)	3	oct. 1996	AS	CR	CR ⁶	AS ⁷
IPP ⁸ (Losec [®] , Pantoloc ^{MC} , Prevacid [®])	2;3;3	juin 1989; sept. 1996; mai 1995	AS	AS (partie II)	UTILISATION RESTREINTE	AS

CR : couverture régulière
AS : autorisation spéciale
C : aucune couverture

En Colombie-Britannique, le processus d'autorisation spéciale (AS) est relativement simple et nécessite un investissement de temps limité de la part du médecin. Le formulaire se compose principalement de cases à cocher avec la possibilité de faire les demandes d'AS par téléphone ou par télécopieur. Au Manitoba, la couverture des médicaments se fonde sur une approche à trois niveaux (partie I à partie III). Les médicaments faisant l'objet de la présente étude bénéficient d'une couverture régulière (c'est-à-dire la partie I), ou leur prescription doit satisfaire à un ensemble de critères établis à titre de guide. Toutefois, les médecins n'ont pas à écrire ou à remplir de formulaire afin d'obtenir la couverture d'un médicament (partie II). Le programme de la partie II en vigueur au Manitoba est semblable, du point de vue administratif, à la politique sur les produits pharmaceutiques à usage limité de l'Ontario. Cette politique n'exige pas du médecin de faire parvenir une lettre ou de remplir un formulaire, cependant, les pharmaciens doivent indiquer, à l'aide d'un code spécial, le motif de l'utilisation du médicament. Le processus d'AS de l'Ontario (ou droit au remboursement d'après la section 8) semble être le moyen le plus rigoureux et le plus efficace pour freiner l'utilisation d'un médicament et sa pénétration du marché. Il est primordial de ne pas établir un rapport d'égalité entre ces différents programmes et de ne pas les regrouper, car il est possible de tirer plusieurs leçons d'approches administratives qui, à première vue, semblent similaires. Le processus d'autorisation spéciale de la Nouvelle-Écosse est composé du traitement de formulaires, de la couverture d'un médicament ayant un statut d'exemption et de demandes écrites de la part du médecin, ainsi que d'un fardeau administratif variable pour le médecin selon le médicament en question.

1.2 Analyse et discussion des résultats

Pour chaque médicament présenté au tableau 1-1, des médicaments ayant la même indication ont été relevés⁹ dans chaque province afin d'évaluer la taille et la valeur du marché dans son ensemble ainsi que la vitesse avec laquelle les nouveaux traitements obtiennent une part de marché. La part de marché obtenue sera présentée selon le volume (nombre d'ordonnances et quantité de médicament) et selon la valeur (coût admissible / établi).

2 ALENDRONATE (FOSAMAX®)

Les tableaux 2-1 et 2-2 présentent le résumé de la part de marché obtenue par l'alendronate au sein de son marché thérapeutique (pour connaître les médicaments faisant partie de ce marché ainsi que leurs parts de marché respectives, veuillez consulter l'annexe II). L'alendronate a reçu son premier avis de conformité en décembre 1995. Ce médicament était couvert en vertu d'une autorisation spéciale

dans toutes les provinces faisant partie de cette analyse. Toutefois, le niveau d'effort nécessaire aux médecins d'obtenir une couverture du médicament par le régime d'assurance-médicaments semble jouer un rôle important dans la vitesse avec laquelle le produit peut obtenir une part de marché (pour de plus amples renseignements sur la façon d'obtenir une autorisation spéciale pour chaque province, voir l'annexe I)¹⁰. Les critères de couverture au Manitoba et en Nouvelle-Écosse sont semblables et sont clairement décrits dans leurs listes de médicaments respectives.

Tableau 2-1

Part de marché selon le volume									
Année financière	Nom chimique	C.-B. Rx (%)	Man. Rx (%)	Ont. Rx (%)	N.-É. Rx (%)	C.-B. médicament (%)	Man. médicament (%)	Ont. médicament (%)	N.-É. médicament (%)
1996	Alendronate	0	4	0	1	0	2	0	1
1997	Alendronate	2	9	0	5	2	5	0	3
1998	Alendronate	4	13	0	11	3	8	0	8
1999	Alendronate	4	16	0	14	4	11	1	11

Tableau 2-2

Part de marché selon le coût de l'ingrédient établi ¹¹					
Année financière	Nom chimique	C.-B. (%)	Man. (%)	Ont. (%)	N.-É. (%)
1996	Alendronate	1	15	0	4
1997	Alendronate	10	32	1	17
1998	Alendronate	14	45	2	33
1999	Alendronate	19	50	2	39

Durant les premières années de sa présence sur le marché, l'alendronate a été en mesure de gagner presque toute sa part de marché. En 1997-98, en Colombie-Britannique, l'alendronate a obtenu 2 % de la part de marché en volume¹² et 10 % de la part de marché en coût. Toujours dans cet ordre, ces parts de marché étaient de 9 et de 32 % au Manitoba, de 0 et de 1 % en Ontario, ainsi que de 5 et de 17 % en Nouvelle-Écosse. En 1999-2000, des gains significatifs de part de marché ont été faits au Manitoba et en Nouvelle-Écosse, des gains modérés, en Colombie-Britannique et de faibles gains, en Ontario, où, pour obtenir une autorisation

spéciale en vertu de la section 8, le médecin doit rédiger une lettre décrivant précisément l'état de santé du patient afin que le médicament soit remboursé par le régime d'assurance-médicaments.

Pour la Colombie-Britannique et l'Ontario, étant donné que les données étaient disponibles, la croissance des dépenses liées à l'alendronate est suivie sur une base trimestrielle où le T1 correspond aux mois d'avril à juin, le T2, aux mois de juillet à septembre, le T3, aux mois d'octobre à décembre et le T4, aux mois de janvier à mars. La croissance des dépenses

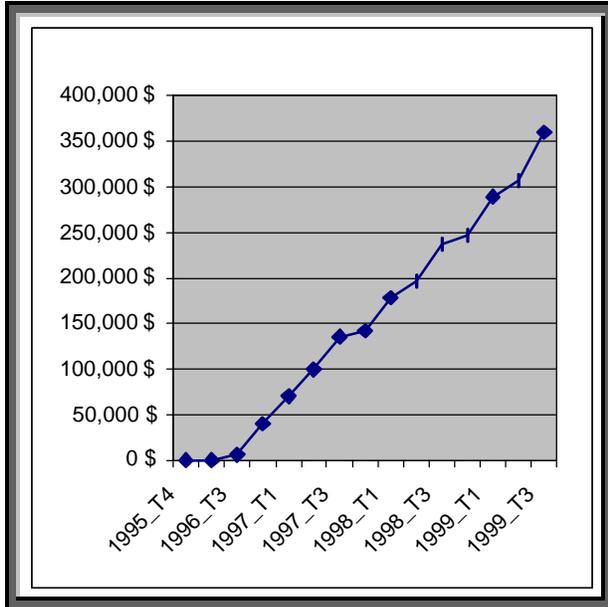
est généralement calculée une fois le médicament évalué par le ministère et des demandes de remboursement pour ce médicament faites pendant au moins deux trimestres, ceci afin de mieux connaître le taux de croissance réel après que la décision de rembourser le médicament a été prise et communiquée au monde médical. Entre 1997-98 et 1999-2000, la croissance annuelle moyenne des dépenses liées à l'alendronate était de 46 % en Colombie-Britannique, 62 % au Manitoba, 47 % en Ontario et 111 % en Nouvelle-Écosse. La pénétration du marché par l'alendronate était beaucoup plus rapide entre 1997-98 et 1998-99 qu'entre 1998-99 et 1999-2000. Par exemple, la croissance trimestrielle moyenne des dépenses

en Colombie-Britannique était de 24 % entre les années 1997-98 et 1998-99 et de 4 % entre les années 1998-99 et 1999-2000 (voir tableau 2-3). Fait également intéressant à noter, même si l'Ontario était en mesure de gérer les dépenses nettes reliées au produit, le taux de croissance des ordonnances de médicaments couverts suivait la pénétration générale du marché d'un nouveau médicament durant son cycle de vie prévu¹³. Si l'alendronate avait obtenu la même part de marché en Ontario que celle observée en Colombie-Britannique (qui est une part moyenne comparativement à celle obtenue au Manitoba et en Nouvelle-Écosse), les dépenses auraient été supérieures d'environ 3 millions \$ en 1999-2000¹⁴.

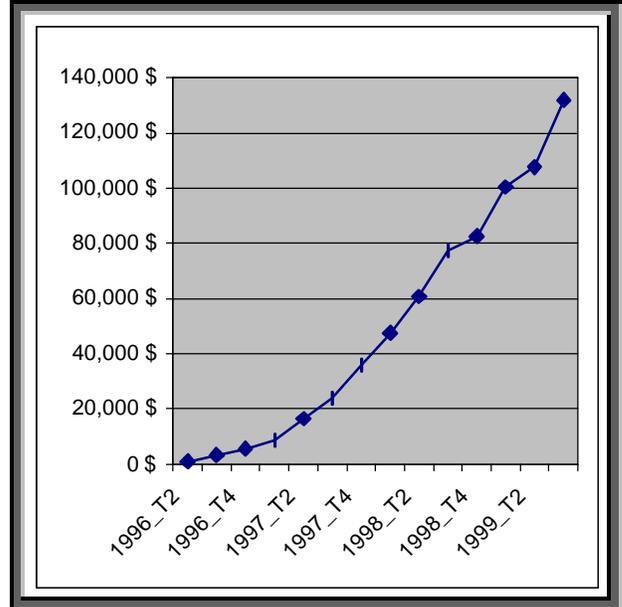
Tableau 2-3

Résumé du taux de croissance de l'alendronate de 1997-98 à 1999-2000				
Croissance trimestrielle moyenne	C.-B. (%)	Man. (%)	Ont. (%)	N.-É. (%)
1997/98-1998/99	24	23	47	46
1998/99-1999/00	4	13	19	13
1997/98-1999/00	12	15	27	24

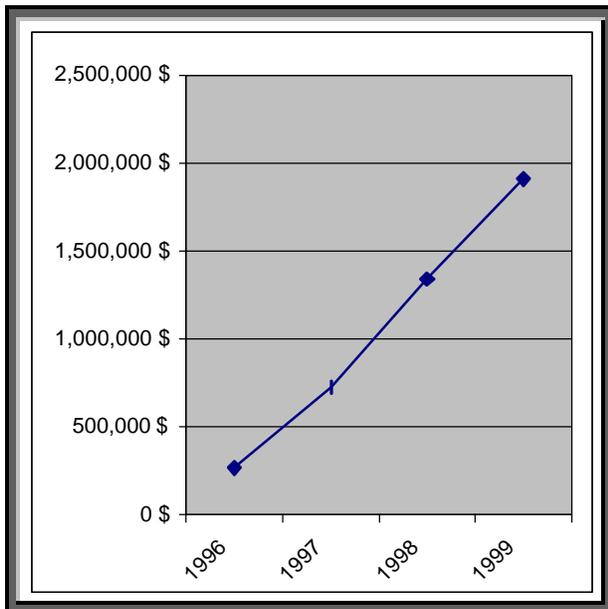
**Figure 2-1 Régime d'assurance-médicaments
Colombie-Britannique
FOSAMAX
Coût de l'ingrédient établi : tous les programmes**



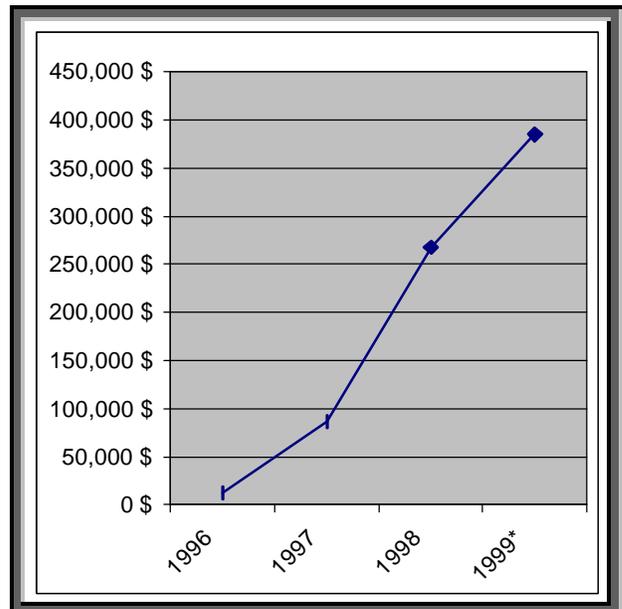
**Figure 2-3 Régime d'assurance-médicaments
Ontario
FOSAMAX
Coût de l'ingrédient établi : tous les programmes**



**Figure 2-2 Régime d'assurance-médicaments
Manitoba
FOSAMAX
Coût de l'ingrédient établi – tous les programmes**



**Figure 2-4 Régime d'assurance-médicaments
Nouvelle-Écosse
FOSAMAX
Coût de l'ingrédient établi – régime des personnes âgées**



La part de marché obtenue par l'alendronate, plus particulièrement au Manitoba et en Nouvelle-Écosse, est importante. Toutefois, il importe de mentionner que la clientèle a également augmenté durant la période de l'analyse. Entre 1997-98 et 1999-2000, le nombre d'ordonnances, sans tenir compte des ordonnances d'alendronate, pour l'ensemble du marché a augmenté de 29 % en Colombie-Britannique, 22 % au Manitoba, 43 % en Ontario et 26 % en Nouvelle-Écosse.

Figure 2-5 Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances pour la Colombie-Britannique Alendronate et le reste du marché

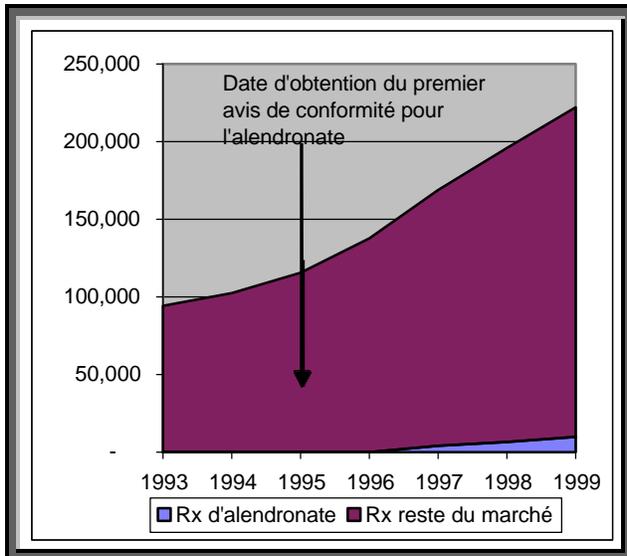


Figure 2-7 Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances pour l'Ontario Alendronate et le reste du marché

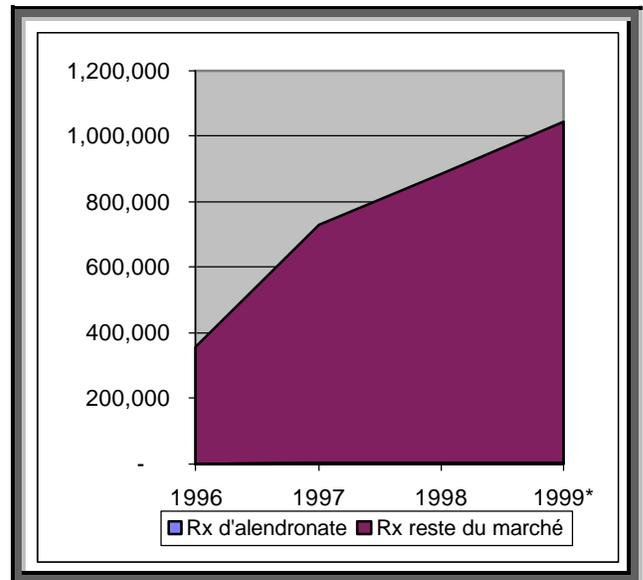


Figure 2-6 Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances pour le Manitoba Alendronate et le reste du marché

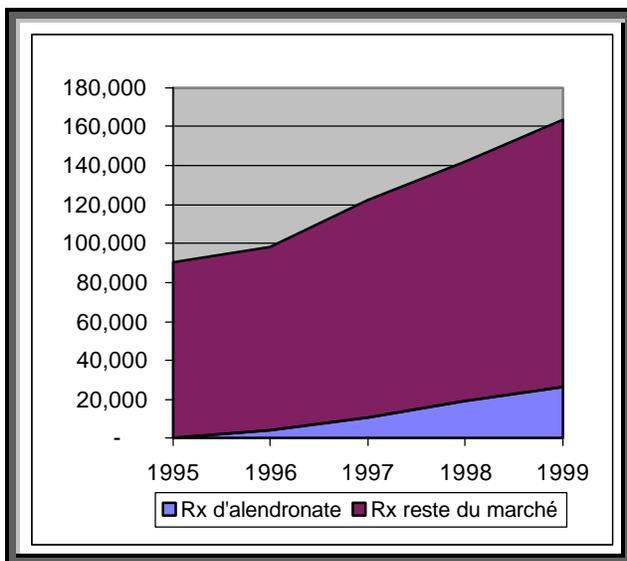
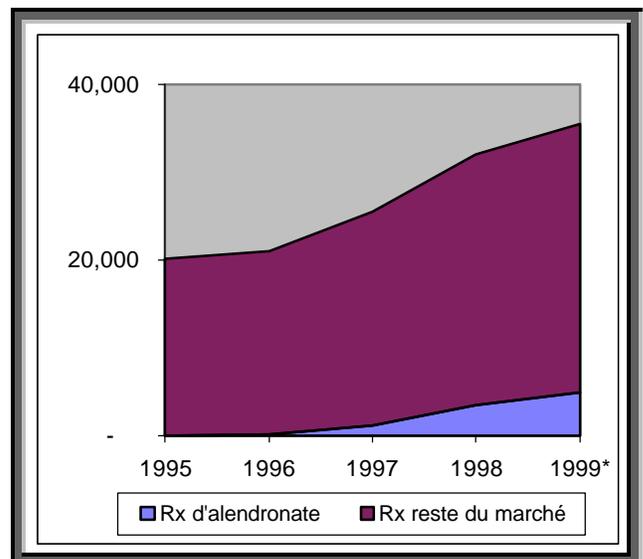


Figure 2-8 Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances pour la Nouvelle-Écosse Alendronate et le reste du marché



Pour toutes les provinces étudiées, le marché de l'alendronate dans sa globalité semble avoir augmenté autour de la période où l'avis de conformité a été délivré pour l'alendronate. D'autres études sont nécessaires afin de déterminer si ce phénomène est le reflet d'une

meilleure pratique et d'une amélioration du diagnostic ou s'il est fonction des efforts de vente et de publicité déployés soit par les fabricants de l'alendronate ou par ses concurrents dans ce champ thérapeutique.

3 Insuline lispro (Humalog®)

Les tableaux 3-1 et 3-2 présentent la part de marché obtenue par l'insuline lispro au sein de son marché thérapeutique. Le premier avis de conformité pour l'insuline lispro a été délivré en octobre 1996. Ce médicament est inscrit comme donnant droit à un remboursement

régulier en Colombie-Britannique et au Manitoba. Toutefois, le remboursement offert en Colombie-Britannique est limité au coût de l'insuline ordinaire humaine biosynthétique. En Ontario, l'insuline lispro est remboursée dans le cadre d'une utilisation restreinte selon des critères d'utilisation très précis, tandis qu'en Nouvelle-Écosse, son utilisation est restreinte et son remboursement fait l'objet de critères détaillés.

Tableau 3-1

Part de marché selon le volume									
Année financière	Nom chimique	C.-B. Rx (%)	Man. Rx (%)	Ont. Rx (%)	N.-É. Rx (%)	C.-B. médicament (%)	Man. médicament (%)	Ont. médicament (%)	N.-É. médicament (%)
1996	Insuline lispro	0	2	n.d.	0	n.d.	1	n.d.	0
1997	Insuline lispro	0	10	n.d.	0	n.d.	10	n.d.	0
1998	Insuline lispro	2	19	6	1	2	20	11	1
1999	Insuline lispro	9	30	11	2	8	32	19	2

Tableau 3-2

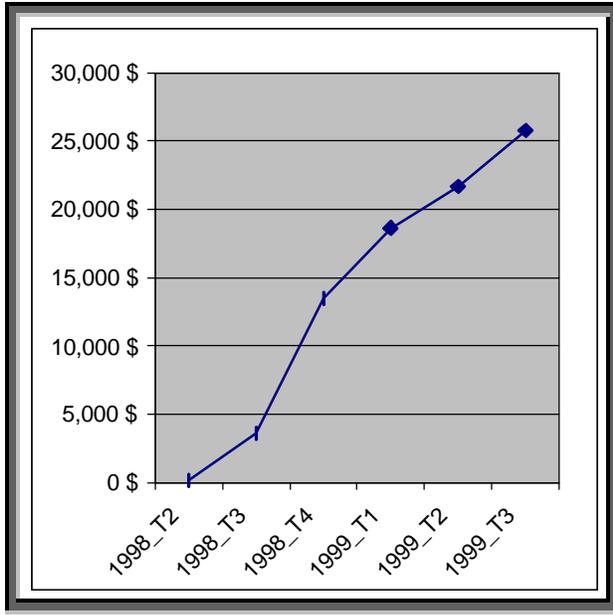
Part de marché selon le coût de l'ingrédient établi					
Année financière	Nom chimique	C.-B. (%)	Man. (%)	Ont. (%)	N.-É. (%)
1996	Insuline lispro	0	3	n.d.	0
1997	Insuline lispro	0	14	n.d.	1
1998	Insuline lispro	2	27	9	2
1999	Insuline lispro	9	42	16	3

La part de marché obtenue au Manitoba était la plus importante, suivie de celle de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse. Il est intéressant de noter que le remboursement partiel offert en Colombie-Britannique semble avoir eu un effet important sur la part de marché du médicament.

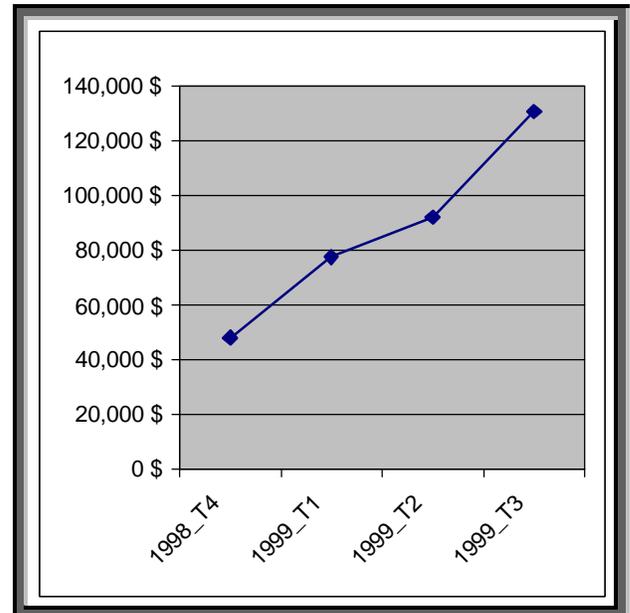
Le taux de croissance moyen de l'insuline lispro était significatif, même en Colombie-Britannique et en Ontario où la part de marché selon le coût établi était relativement faible. La croissance trimestrielle moyenne des dépenses entre 1998-99 et 1999-2000 était de 24 % en Colombie-Britannique, de 21 %¹⁵ au Manitoba, de 40 % en Ontario et de 25 % en Nouvelle-Écosse.

Contrairement à l'alendronate, l'inscription de l'insuline lispro sur les listes de médicaments n'a pas semblé augmenter la taille du marché dans son ensemble¹⁶, il y aurait eu substitution de l'insuline ordinaire humaine par l'insuline lispro¹⁷.

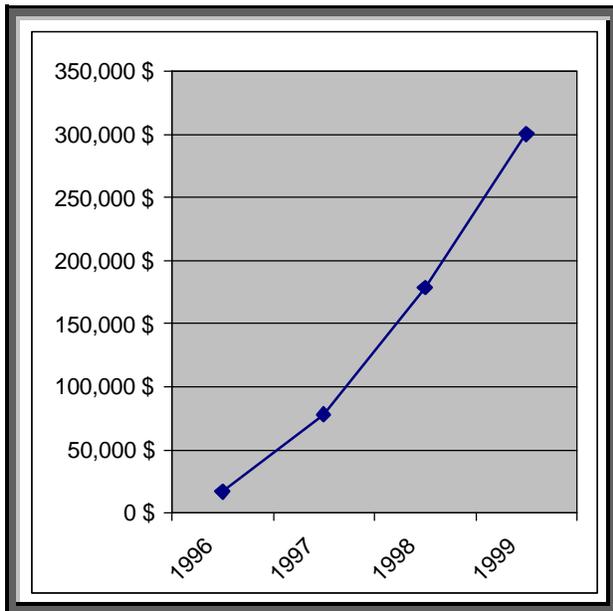
**Figure 3-1 Régime d'assurance-médicaments – Colombie-Britannique
INSULINE LISPRO
coût de l'ingrédient établi – tous les régimes**



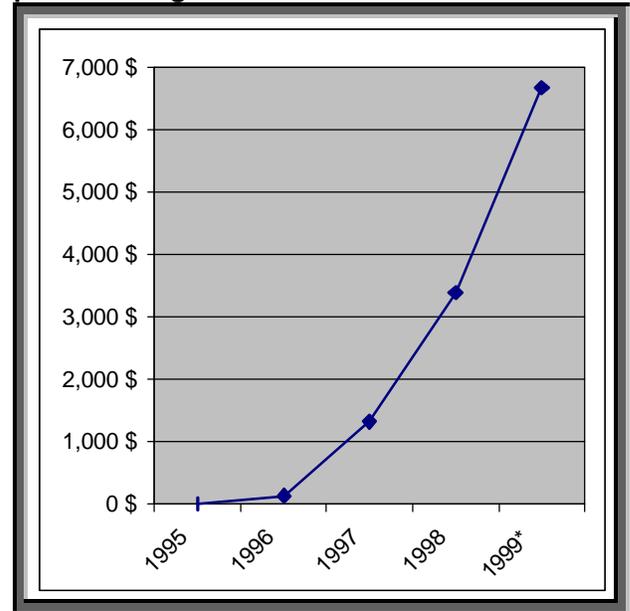
**Figure 3-3 Programme de médicaments gratuits de l'Ontario
INSULINE LISPRO
Coût de l'ingrédient établi : tous les programmes**



**Figure 3-2 Régime d'assurance-médicaments –Manitoba
INSULINE LISPRO
coût de l'ingrédient établi – tous les régimes**



**Figure 3-4 Régime d'assurance-médicaments Nouvelle-Écosse
INSULINE LISPRO
Coût de l'ingrédient établi : programme pour les personnes âgées**



4 LOSARTAN (Cozaar®)

Les tableaux 4-1 et 4-2 présentent la part de marché obtenue par le losartan au sein de son marché thérapeutique. Le premier avis de conformité pour le losartan a été délivré en septembre 1995. Au Manitoba et en Nouvelle-Écosse, le médicament a été inscrit comme donnant droit à un remboursement régulier, tandis qu'en Ontario il a reçu le statut de produit pharmaceutique à usage limité. Quant aux médecins de la

Colombie-Britannique, ils doivent faire une demande d'autorisation spéciale afin que leurs patients puissent recevoir un remboursement.

Fait intéressant, en 1998-99, la part de marché obtenue en Colombie-Britannique n'est que très légèrement inférieure à celle observée dans les autres provinces. Elle est en fait, d'après le volume, plus importante que celle obtenue en Ontario pour les trois premiers trimestres de l'année financière 1999-2000.

Tableau 4-1

Part de marché selon le volume									
Année financière	Nom chimique	C.-B. Rx (%)	Man. Rx (%)	Ont. Rx (%)	N.-É. Rx (%)	C.-B. médicament (%)	Man. médicament (%)	Ont. médicament (%)	N.-É. médicament (%)
1996	Losartan potassique	1	5	2	4	1	4	1	3
1997	Losartan potassique	3	7	4	7	3	6	3	5
1998	Losartan potassique	5	8	7	10	5	7	6	8
1999	Losartan potassique	7	9	7	12	7	8	6	11

Tableau 4-2

Part de marché selon le coût de l'ingrédient établi					
Année financière	Nom chimique	C.-B. (%)	Man. (%)	Ont. (%)	N.-É. (%)
1996	Losartan potassique	1	6	2	4
1997	Losartan potassique	4	8	5	7
1998	Losartan potassique	7	9	8	11
1999	Losartan potassique	9	10	9	15

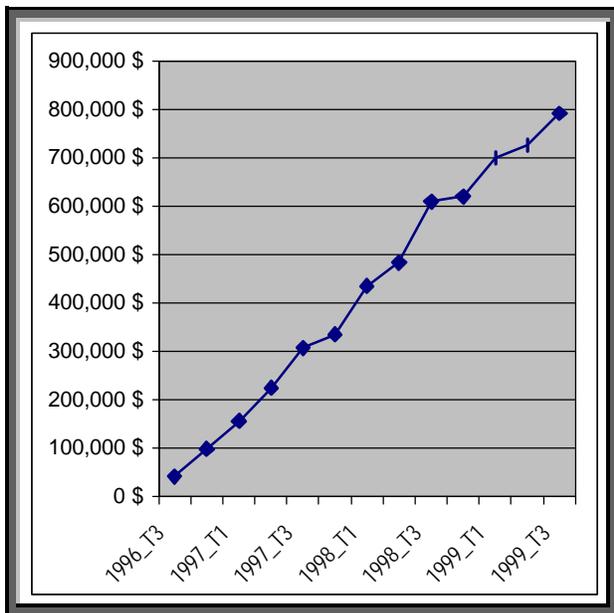
Dans toutes les provinces, le losartan a obtenu une importante part de marché (étant donné que le marché est établi depuis relativement longtemps et qu'un marché à créneaux a dû être créé pour ce médicament). La croissance trimestrielle moyenne des dépenses, durant la première année complète où il y avait remboursement en vertu de la liste de médicaments, était d'environ 27 % en Colombie-Britannique, de 27 % au Manitoba, de 25 % en Ontario et de 38 % en Nouvelle-Écosse. Entre les années 1997-98 et 1999-2000, la croissance trimestrielle moyenne des dépenses était de 20 % en Colombie-Britannique, de 6 % au

Manitoba, de 14 % en Ontario et de 8 % en Nouvelle-Écosse. En 1996-97, la part de marché détenue par le losartan en Colombie-Britannique était relativement faible. Toutefois, en Colombie-Britannique, il y a eu une croissance importante des dépenses reliées au losartan durant toute la durée de l'étude et en 1999-2000, la part du losartan représentait 9 % de la valeur totale du marché, un taux semblable à celui qui est observé en Ontario et inférieur de 1 % seulement à celui qui est observé au Manitoba. Il semble que le processus d'autorisation spéciale de la Colombie-Britannique n'ait pas été un obstacle important à la pénétration du

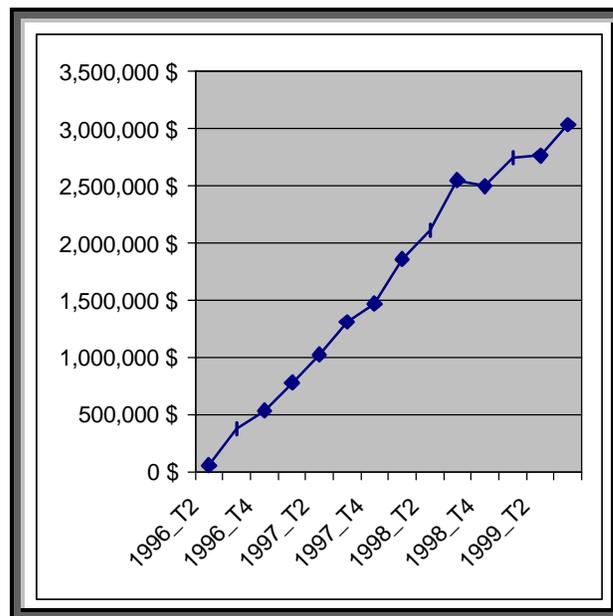
marché par ce médicament. En 1999-2000, la croissance des dépenses liées au losartan était relativement nulle au Manitoba et en Nouvelle-Écosse, provinces dans lesquelles la plus importante part de marché a été obtenue.

En 1999-2000, la croissance trimestrielle moyenne des dépenses était de 21 % en Colombie-Britannique, de 3 % au Manitoba, de 8 % en Ontario et de 1 % en Nouvelle-Écosse. Ces écarts pourraient être expliqués par la période de temps s'écoulant entre la date d'obtention de l'avis de conformité et l'inscription sur la liste de médicaments provinciale.

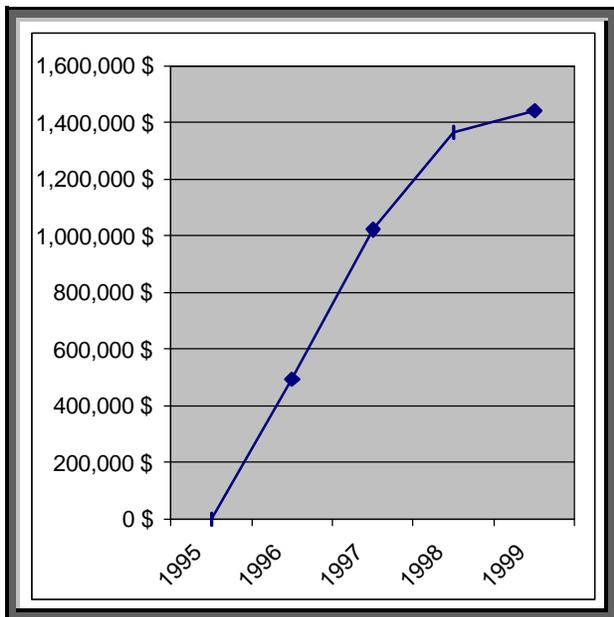
**Figure 4-1 Régime d'assurance-médicaments
Colombie – Britannique
LOSARTAN
Coût de l'ingrédient établi : tous les programmes**



**Figure 4-3 Régime d'assurance-médicaments
Ontario
LOSARTAN
Coût de l'ingrédient établi : tous les programmes**



**Figure 4-2 Régime d'assurance-médicaments
Manitoba
LOSARTAN
Coût de l'ingrédient établi : tous les programmes**



**Figure 4-4 Régime d'assurance-médicaments
Nouvelle-Écosse
LOSARTAN
Coût de l'ingrédient établi : programme pour les personnes âgées**

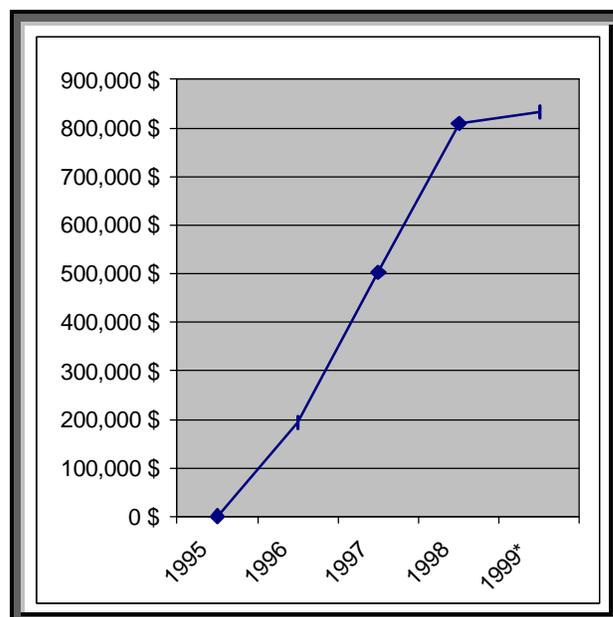


Figure 4-5 Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances en Colombie-Britannique pour le losartan et le reste du marché

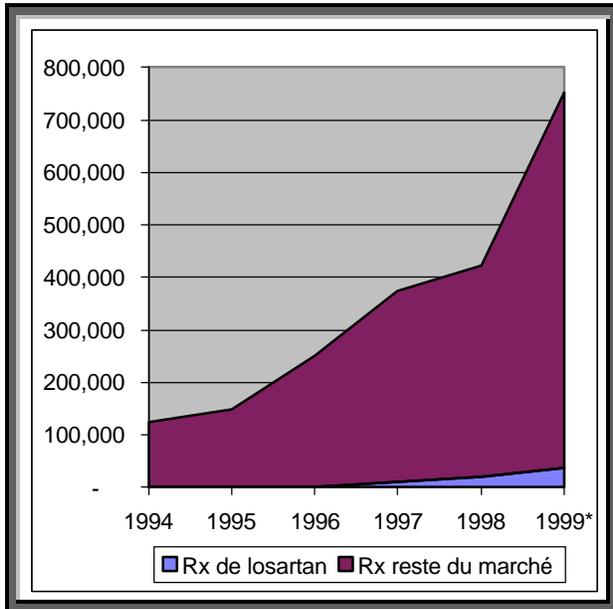


Figure 4-7 Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances en Ontario pour le losartan et le reste du marché

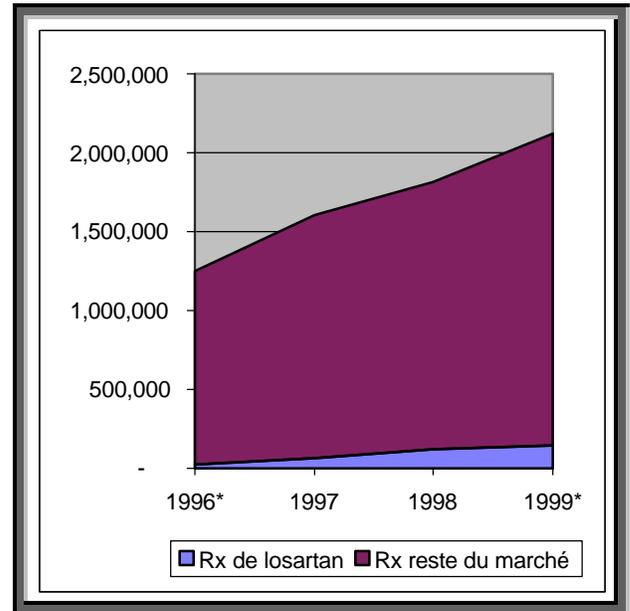


Figure 4-6 Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances au Manitoba pour le losartan et le reste du marché

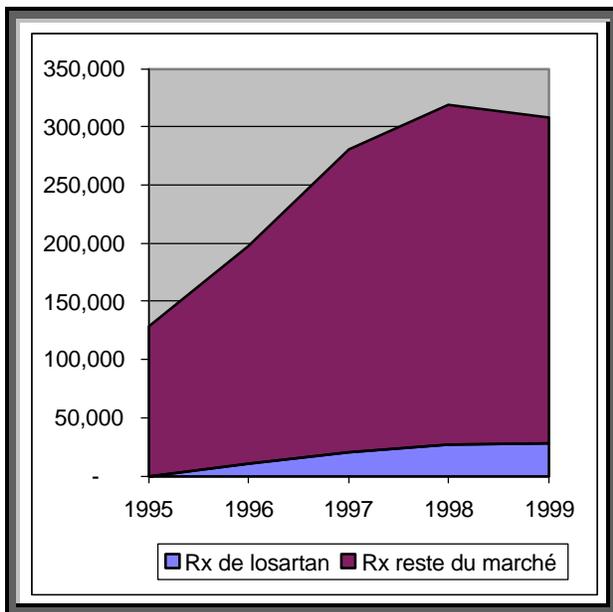
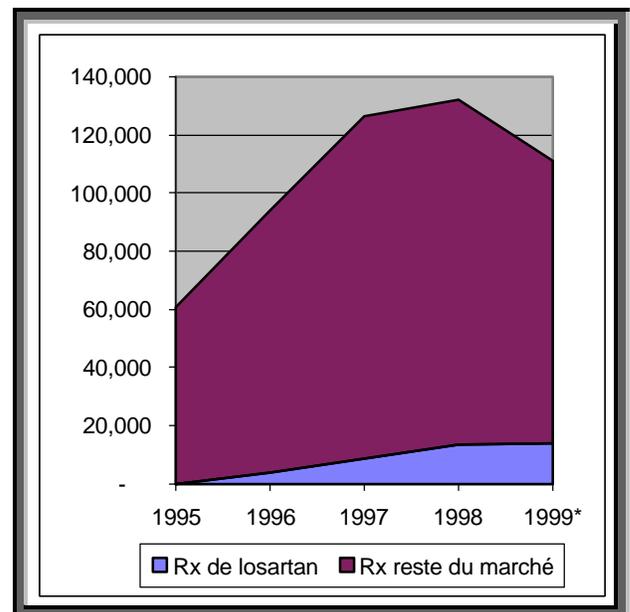


Figure 4-8 Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances en Nouvelle-Écosse pour le losartan et le reste du marché



Les figures ci-dessus illustrent la croissance du marché dans son ensemble et celle du nombre d'ordonnances de losartan. En 1998-99, en Colombie-Britannique, il semble y avoir eu une croissance exceptionnelle pour cette classe thérapeutique. Entre 1996-97 et 1999-2000, en Colombie-Britannique, le taux de croissance annuelle moyen des ordonnances était de 44 %, entre 1998-99 et 1999-2000, le nombre d'ordonnances donnant lieu à des demandes de remboursement a augmenté de 78 %.

Au Manitoba, la croissance de ce marché a commencé à diminuer en 1997-98. Entre 1996-97 et 1999-2000, le taux de croissance annuelle

moyen du nombre d'ordonnances était de 19 %. Entre 1997-98 et 1999-2000, le nombre d'ordonnances donnant lieu annuellement à des demandes de remboursement a augmenté de 9 %; en 1999-2000, la croissance n'était que de 4 %. En Ontario, le taux de croissance était relativement régulier durant toute la période; entre 1996-97 et 1999-2000, le taux de croissance annuelle moyen du nombre d'ordonnances était de 19 %. En Nouvelle-Écosse, entre 1996-97 et 1999-2000, le taux de croissance était de 6 %. Cependant, entre 1995-96 et 1997-98, le taux de croissance annuelle était de 44 %. En 1999-2000, le nombre d'ordonnances par année a diminué de 16 % pour tout le marché.

5 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP)

(OMÉPRAZOLE, LANSOPRAZOLE, PANTOPRAZOLE)

Les tableaux 5-1 et 5-2 présentent la part de marché obtenue par l'oméprazole, le lansoprazole et le pantoprazole au sein de leur marché thérapeutique. Le premier avis de conformité de l'oméprazole (Losec[®]) a été délivré en juin 1989, celui du lansoprazole (Prevacid[®]), en mai 1995 et celui du pantoprazole (Pantoloc[®]), en septembre 1996.

Ces produits sont inscrits comme donnant droit à un remboursement en vertu de la partie II du

Régime d'assurance-médicaments du Manitoba, ils ont un statut de produits pharmaceutiques à usage limité en Ontario et les médecins de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse doivent demander une autorisation spéciale afin que leurs patients aient droit à un remboursement. Dans toutes les provinces, des critères d'admissibilité spécifiques ont été définis et sont très similaires, cependant, tel que mentionné auparavant, la démarche administrative semble jouer un rôle significatif dans la détermination de la répartition finale des parts de marché.

Tableau 5-1

Part de marché selon le volume									
Année financière	Nom chimique	C.-B. Rx	Man. Rx	Ont. Rx	N.-É. Rx	C.-B. médicament	Man. médicament	Ont. médicament	N.-É. médicament
1994	Oméprazole	33 %	n.d.	18 %	n.d.	19 %	n.d.	11 %	n.d.
1995	Oméprazole	27 %	22 %	22 %	5 %	17 %	13 %	14 %	3 %
1996	Lansoprazole	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1996	Oméprazole	22 %	25 %	25 %	6 %	15 %	15 %	16 %	3 %
1997	Lansoprazole	2 %	2 %	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %
1997	Oméprazole	25 %	29 %	27 %	8 %	17 %	19 %	19 %	4 %
1997	Pantoprazole sodique	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
1998	Lansoprazole	3 %	3 %	3 %	1 %	2 %	2 %	2 %	1 %
1998	Oméprazole	27 %	32 %	27 %	11 %	19 %	21 %	20 %	6 %
1998	Pantoprazole sodique	3 %	4 %	1 %	1 %	2 %	3 %	1 %	0 %
1999	Lansoprazole	4 %	6 %	3 %	2 %	2 %	4 %	2 %	1 %
1999	Oméprazole	27 %	36 %	22 %	12 %	21 %	26 %	18 %	7 %
1999	Pantoprazole sodique	6 %	7 %	2 %	2 %	4 %	5 %	2 %	1 %

Tableau 5-2

Part de marché selon le coût de l'ingrédient établi					
Année financière	Nom chimique	C.-B. (%)	Man. (%)	Ont. (%)	N.-É. (%)
1994	Oméprazole	57 %	n.d.	38 %	n.d.
1995	Lansoprazole	0 %	0 %	0 %	0 %
1995	Oméprazole	62 %	41 %	45 %	13 %
1996	Lansoprazole	2 %	1 %	1 %	1 %
1996	Oméprazole	64 %	47 %	49 %	16 %
1997	Lansoprazole	4 %	3 %	3 %	2 %
1997	Oméprazole	65 %	52 %	53 %	21 %
1997	Pantoprazole sodique	1 %	1 %	0 %	0 %
1998	Lansoprazole	6 %	5 %	5 %	3 %
1998	Oméprazole	63 %	54 %	52 %	26 %
1998	Pantoprazole sodique	5 %	6 %	2 %	2 %
1999	Lansoprazole	7 %	8 %	6 %	3 %
1999	Oméprazole	61 %	56 %	48 %	28 %
1999	Pantoprazole sodique	10 %	9 %	4 %	3 %

Avant décembre 1995, en Colombie-Britannique, l'oméprazole était admissible à un remboursement régulier et y détenait une part de marché beaucoup plus importante que dans les autres provinces. La part de marché importante obtenue en Colombie-Britannique durant les premières années du cycle de vie du produit a été influencée par le changement apporté au statut de remboursement des IPP, leur statut étant passé d'une couverture régulière à une couverture restreinte (les gastro-entérologues de la province sont exemptés du processus d'autorisation spéciale pour les IPP, mais non de la politique de l'établissement du coût en fonction du médicament de référence touchant les antagonistes des récepteurs H₂)¹⁸, les pressions négatives exercées par la politique semblent avoir été cependant de courte durée. En 1999-2000, les IPP occupent environ 37 % du marché selon le volume de prescriptions (Rx), soit la deuxième part en importance, et un renversant 78 %¹⁹ du marché selon le coût établi²⁰. En 1999-2000, la part de marché pour le nombre d'ordonnances d'IPP est de 48 % au Manitoba, la part la plus importante comparativement à celle obtenue dans toutes les provinces étudiées. En 1999-2000, la part de marché d'après le volume (Rx) est de 27 % en Ontario et de 16 % en Nouvelle-Écosse.

Entre 1994-95 et le troisième trimestre de l'année financière 1999-2000, les dépenses reliées aux IPP ont augmenté en moyenne de

3 % à chaque trimestre en Colombie-Britannique et de 6,5 % en Ontario. Entre 1993-94 et le deuxième trimestre de 1995 (avant le changement de statut de remboursement des IPP), le taux de croissance trimestrielle moyen des dépenses en Colombie-Britannique était de 6 %. Entre le troisième trimestre de l'année financière 1995-96 et 1999-2000, le taux de croissance trimestrielle moyen des dépenses a diminué en moyenne de 4 %. Comme le montre la figure ci-dessous, les dépenses reliées aux IPP ont été légèrement influencées par la politique incitative d'autorisation spéciale. Toutefois, la part de marché a continué d'augmenter à la suite de la réduction initiale et les niveaux des dépenses ont encore une fois dépassé les niveaux observés avant l'application de la politique. En 1996-97, les dépenses reliées aux IPP ont diminué de 10 % en Colombie-Britannique et entre 1996-97 et 1999-2000, le taux de croissance annuelle des dépenses était de 26 %. Entre 1995-96 et 1999-2000, le taux de croissance annuelle moyen des dépenses était de 11 % en Colombie-Britannique, de 34 % au Manitoba, de 14 % en Ontario et de 34 % en Nouvelle-Écosse (en 1999-2000, l'augmentation annuelle du coût du médicament établi atteignait 12 %).

Figure 5-1 Régime d'assurance-médicaments Colombie-Britannique inhibiteurs de la pompe à protons Coût de l'ingrédient établi : tous les programmes

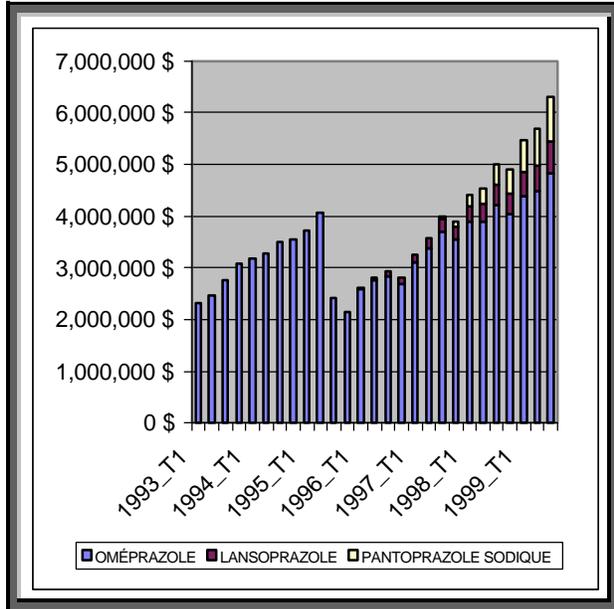


Figure 5-3 Régime d'assurance-médicaments Ontario inhibiteurs de la pompe à protons Coût de l'ingrédient établi : tous les programmes

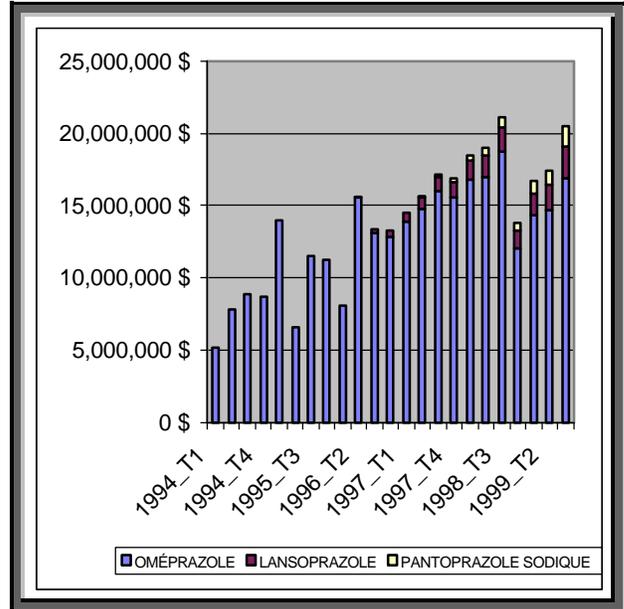


Figure 5-2 Régime d'assurance-médicaments – Manitoba inhibiteurs de la pompe à protons coût de l'ingrédient établi – tous les régimes

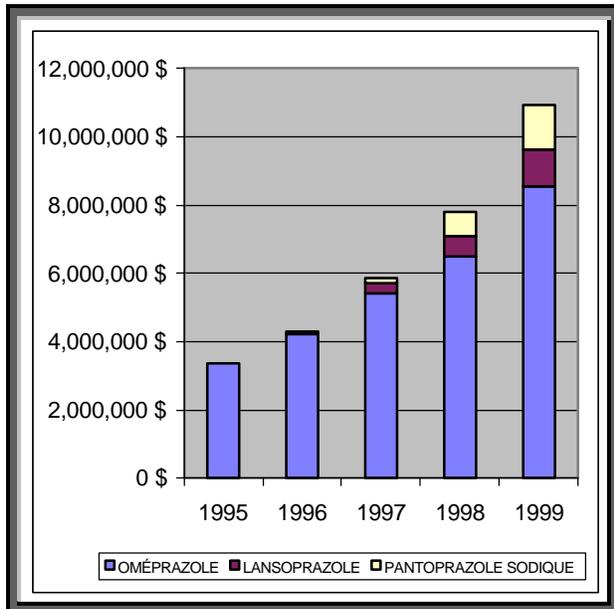
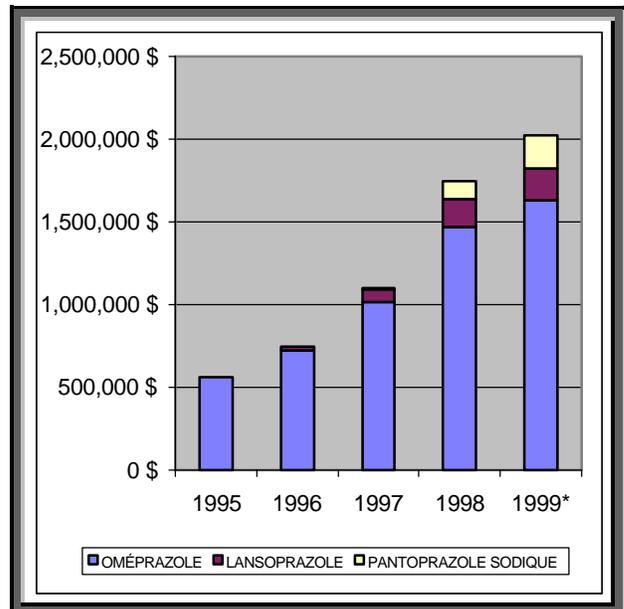


Figure 5-4 Régime d'assurance-médicaments Nouvelle-Écosse inhibiteurs de la pompe à protons Coût de l'ingrédient établi : programme pour les personnes âgées



Le lansoprazole et le pantoprazole ont également été en mesure d'obtenir une importante part de marché à leur arrivée sur le marché et l'augmentation des dépenses reliées à ces produits suit celle des autres produits d'imitation. Entre 1996-97 et 1999-2000, il y a eu une augmentation des dépenses trimestrielles reliées au lansoprazole d'environ 20 % en moyenne en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Ontario et de 14 % en Nouvelle-Écosse. Entre la fin des années 1997-98 et les années 1999-2000, il y a eu une augmentation des dépenses trimestrielles touchant le pantoprazole de 32 % en moyenne en Colombie-Britannique et de 23 % au Manitoba, enregistrant une part de marché plus importante que celle du lansoprazole, bien que celui-ci ait été mis en marché avant. Le taux de croissance du pantoprazole pourrait être dû à un faible avantage sur le prix ainsi qu'à la disponibilité d'une préparation intraveineuse, ce qui pourrait influencer les patients sortant de l'hôpital. En Ontario, les dépenses trimestrielles reliées au pantoprazole ont augmenté de 23 % en moyenne entre la fin des années 1997-98 et les années 1999-2000. Quant au taux de croissance trimestrielle en Nouvelle-Écosse, il était de 15 %.

Habitudes de prescription ou d'utilisation des IPP

Les IPP sont des agents relativement nouveaux et chers, utilisés dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux et du reflux gastro-œsophagien (RGO). En 1999-2000, le coût annuel moyen par patient recevant des antagonistes des récepteurs H₂ n'était que de 63 \$ en Colombie-Britannique, de 100 \$ au Manitoba, de 150 \$ en Ontario et en Nouvelle-Écosse. À titre de comparaison, le coût annuel moyen par patient prenant des IPP était de 620 \$ en Colombie-Britannique, de 420 \$ au Manitoba, de 650 \$ en Ontario et de 570 \$ en Nouvelle-Écosse.

En décembre 1995, dans le régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique, l'utilisation des IPP était limitée aux patients ayant suivi sans succès un traitement par des antagonistes des récepteurs H₂ ou aux patients traités par un gastro-entérologue. Bien que les gastro-entérologues n'aient pas à se conformer à la politique sur les IPP (c'est-à-dire aucune autorisation spéciale ou essai nécessaire), ils devaient se conformer au programme d'établissement du coût en fonction du produit de référence. L'analyse ci-dessous passe en revue les habitudes de prescription des IPP et des antagonistes des récepteurs H₂ en Colombie-Britannique comparativement à celles observées dans les autres provinces.

Tableau 5-3

Analyse selon la spécialité médicale – antagonistes des récepteurs H ₂ et IPP 1999-2000												
Spécialité	% du volume total (C.-B.)	% (Ont.)	% (N.-É.)	Coût moyen / id* (C.-B.) \$	Coût moyen / id (Ont.) \$	Coût moyen / id (N.-É.) \$	Nbre moyen de jours par id (C.-B.)	Nbre moyen de jours par id (Ont.)	Nbre moyen de jours par id (N.-É.)	Coût moyen par jour (C.-B.) \$	Coût moyen par jour (Ont.) \$	Coût moyen par jour (N.-É.) \$
Médecine générale	85,91	81,08	92,24	202,03	268,76	196,71	176,26	192,59	181,95	1,15	1,40	1,08
Médecine interne	6,32	3,58	0,92	289,86	217,54	128,77	139,72	135,64	90,73	2,07	1,60	1,42
Oto-rhino-laryngologie	0,39	0,14	0,30	127,07	119,03	115,34	78,92	86,48	106,22	1,61	1,38	1,09
Chirurgie générale	1,10	1,08	0,99	187,35	192,20	135,48	98,79	122,52	110,85	1,90	1,57	1,22
Gastro-entérologie	0,05	0,83	0,38	115,56	312,48	281,31	105,56	134,14	118,79	1,09	2,33	2,37
Gastro-entérologie (endoscopie)**	3,94	n.d.	n.d.	186,27	n.d.	n.d.	154,41	n.d.	n.d.	1,21	n.d.	n.d.

*id = patient

**gastro-entérologues effectuant des endoscopies, n'ayant pas à se conformer à la politique sur les IPP de la Colombie-Britannique

Le tableau 5-3 montre le pourcentage de toutes les ordonnances d'antagonistes des récepteurs H₂ et d'IPP rédigées par les cinq groupes de spécialité étudiés²¹. Le tableau 5-4, quant à lui, présente le coût moyen par patient en Colombie-Britannique, en Ontario et en Nouvelle-Écosse, et ce, pour deux tranches d'âge, soit les personnes âgées entre 65 et 70 ans et les personnes de moins de 65 ans. Plus de 90 % des ordonnances d'antagonistes des récepteurs H₂ et d'IPP ont été rédigées par un médecin généraliste en Nouvelle-Écosse, tandis que ce pourcentage était de 86 % en Colombie-Britannique. Le nombre d'ordonnances rédigées par des médecins spécialistes en médecine interne ou en

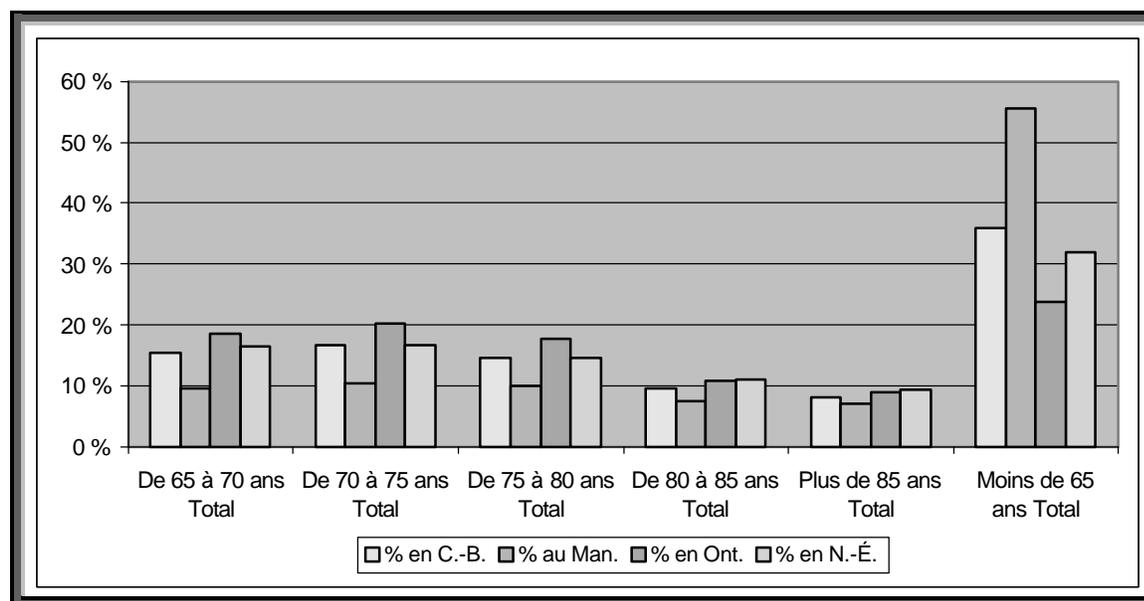
gastro-entérologie est beaucoup plus élevé en Colombie-Britannique que dans les autres provinces. Étant donné que les patients reçoivent souvent une ordonnance initiale d'un spécialiste pouvant ensuite être renouvelée par un médecin généraliste, le coût par patient ainsi que le coût par jour selon la spécialité est quelque peu difficile à cerner. Toutefois, les données ne suggèrent pas que la politique sur les IPP en Colombie-Britannique entraîne des coûts supérieurs engendrés par les spécialistes qui ne doivent pas se conformer à cette politique.

Tableau 5-4

Coût moyen par patient par province selon la spécialité 1999/00						
Spécialité	Coût moyen par patient (âge de 65 à 70 ans) C.-B.	Coût moyen par patient (non-senior: <65) BC	Coût moyen par patient (âge de 65 à 70 ans) Ont.	Coût moyen par patient (non-senior: <65) ON	Coût moyen par patient (âge de 65 à 70 ans) N.-É.	Coût moyen par patient (non-senior: <65) NS
Médecine générale	191,23	155,48	239,74	230,97	202,09	134,75
Médecine interne	275,84	306,50	214,45	198,65	120,39	105,45
Oto-rhino-laryngologie	123,69	142,82	122,40	92,79	118,47	89,91
Chirurgie générale	187,49	189,53	180,61	166,59	138,94	117,22
Gastro-entérologie	155,31	93,64	284,54	303,25	298,43	239,40
Gastro-entérologie (endoscopie)	186,67	139,39	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Le tableau 5-5 présente le pourcentage de patients ayant reçu, en 1999-2000, une ordonnance d'antagoniste des récepteurs H₂ seulement, d'IPP seulement ou des deux. De plus, le coût moyen par jour ainsi que la durée moyenne du traitement sont donnés pour les quatre provinces. En 1999-2000, c'est au Manitoba que se trouvait le pourcentage le plus élevé (36 %) de patients recevant un IPP. Par ailleurs, en Colombie-Britannique, où une démarche administrative a été établie pour

encourager la prescription efficace en terme de coûts d'IPP, le nombre de personnes prenant seulement un IPP est le deuxième plus important (24 %). Durant cette année-là c'est en Nouvelle-Écosse que se retrouve le nombre le moins élevé de personnes recevant seulement un IPP. C'est la Nouvelle-Écosse qui a instauré le processus le plus rigoureux exigeant de remplir un formulaire d'autorisation détaillé.

Figure 5-5 Pourcentage des bénéficiaires prenant des antagonistes de récepteurs H₂ et des IPP selon la tranche d'âge par province – 1999-2000


Fait également intéressant à noter, en Colombie-Britannique, le nombre de personnes ayant reçu un antagoniste des récepteurs H₂ lors d'un traitement initial est relativement faible. La durée moyenne d'un traitement est également révélatrice²² : la durée du traitement par un IPP est la plus longue en Colombie-Britannique, suivie de celle de l'Ontario, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba. En Colombie-Britannique, l'autorisation spéciale est accordée pour une période de temps spécifique, il se peut que l'incitation à prescrire avant la date de péremption de l'autorisation spéciale entraîne ce résultat²³. C'est au

Manitoba que la durée d'un traitement par un IPP et par un antagoniste des récepteurs H₂ est la plus courte, probablement en partie en raison du pourcentage de bénéficiaires âgés de moins de 65 ans soumis à un traitement d'une durée moyenne relativement plus courte. En Colombie-Britannique, le coût moyen par jour pour les patients ne prenant qu'un antagoniste des récepteurs H₂ est très inférieur, résultat du programme d'établissement du coût en fonction du produit de référence, et il est légèrement inférieur pour les patients ne prenant qu'un IPP et pour ceux prenant un IPP après avoir essayé un antagoniste des récepteurs H₂²⁴.

Tableau 5-5

Répartition par province de l'utilisation, du coût et de la durée annuelle moyenne du traitement par IPP ou par Antagonistes de récepteurs H ₂ 1999/00												
Catégorie du médicament	% de patients C.-B.	% de patients Man.	% de patients Ont.	% de patients N.-É.	Coût moyen par jour C.-B. (\$)	Coût moyen par jour Man. (\$)	Coût moyen par jour Ont. (\$)	Coût moyen par jour N.-É. (\$)	Durée moyenne du traitement (jours) C.-B.	Durée moyenne du traitement (jours) Man.	Durée moyenne du traitement (jours) Ont.	Durée moyenne du traitement (jours) N.-É.
Antagonistes des récepteurs H ₂ seulement	68	54	69	84	,42	,77	,84	,83	149	133	176	175
IPP seulement	24	36	20	9	2,49	2,53	2,67	2,62	249	165	242	219
IPP avec essai d'antagoniste des récepteurs H ₂ en 1999 2000	8	11	11	7	1,53	1,68	1,79	1,60	248	212	273	250

Les figures ci-dessous présentent des renseignements résumant, selon le groupe de spécialité, le nombre d'ordonnances rédigées pour un IPP et le pourcentage de patients ne prenant qu'un IPP. En Colombie-Britannique, le pourcentage d'ordonnances rédigées pour un IPP est beaucoup plus élevé pour toutes les spécialités, à l'exception des gastro-entérologues. Ce résultat est quelque

peu surprenant étant donné les politiques incitatives appliquées en Colombie-Britannique. Le pourcentage moyen total d'ordonnances pour un IPP était de 38 % en Colombie-Britannique, de 48 % au Manitoba, de 29 % en Ontario et de 15 % en Nouvelle-Écosse.

Figure 5-6 Répartition des ordonnances d'IPP selon la spécialité C.-B., Ont., N.-É., 1999-2000

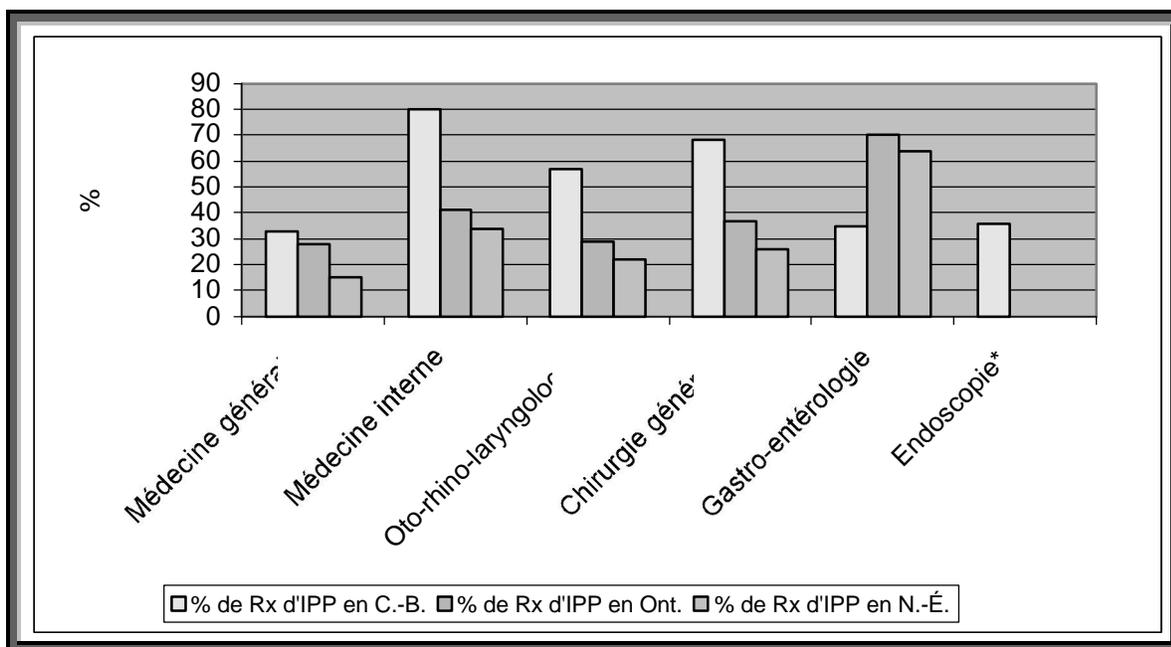


Figure 5-7 Pourcentage de patients suivant un traitement par IPP seulement en 1999-2000 selon les spécialités C.-B., Ont., N.-É.

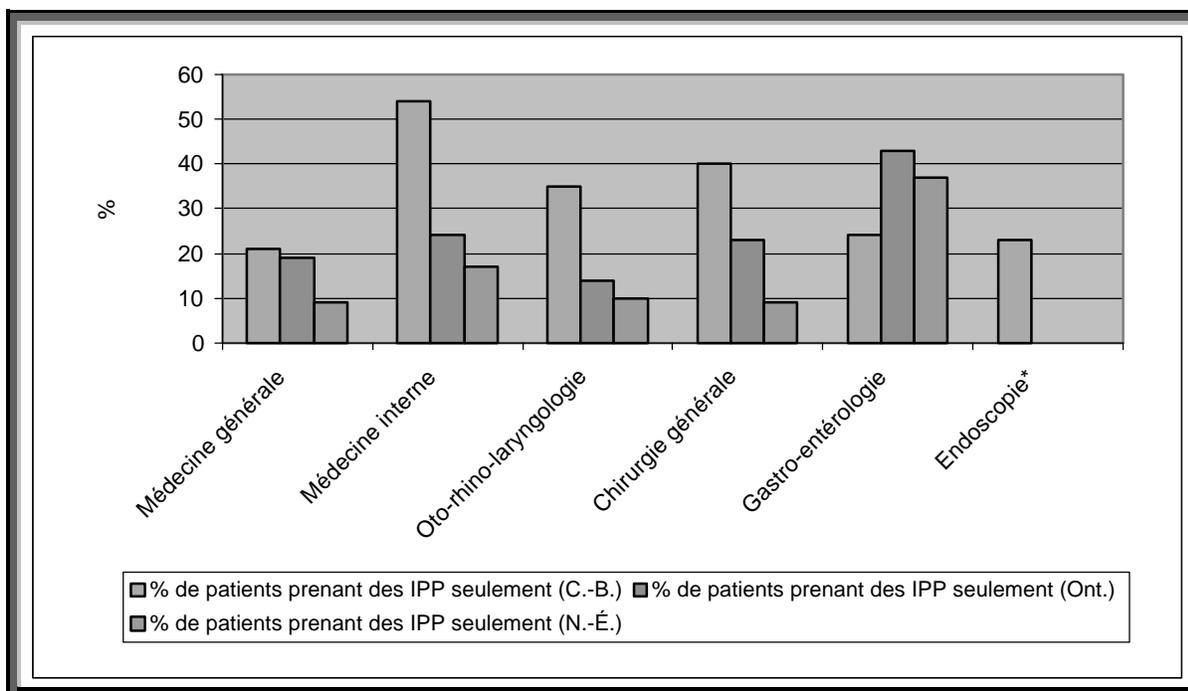


Figure 5-8 Pourcentage d'utilisation d'IPP seulement d'après l'âge et la province 1999-2000

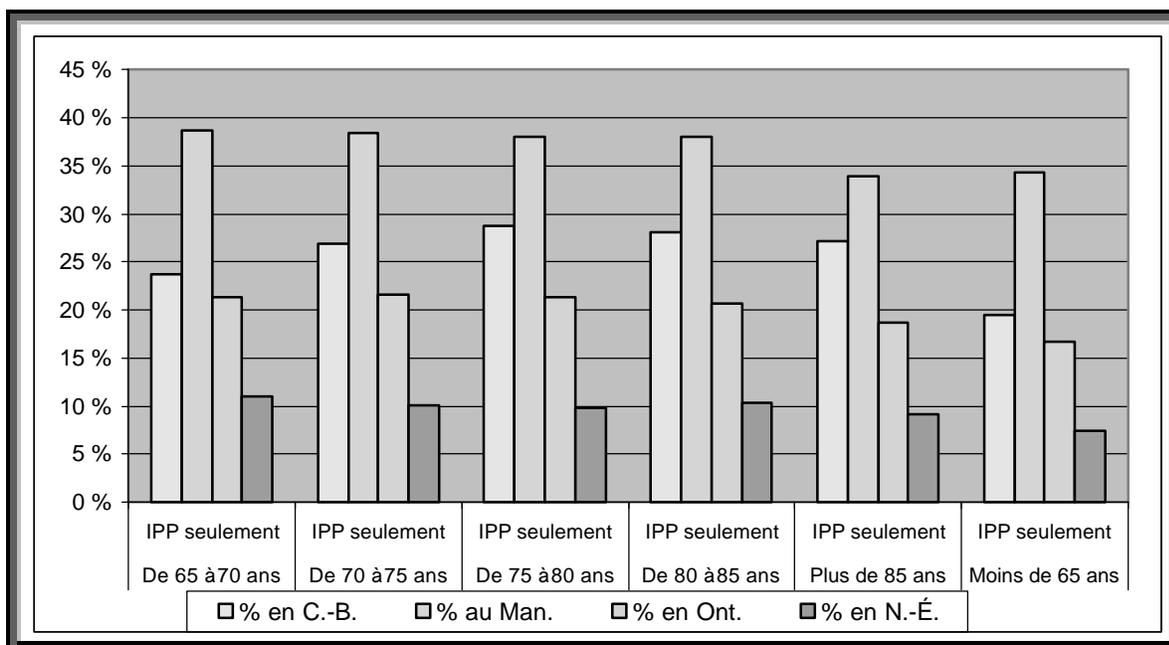
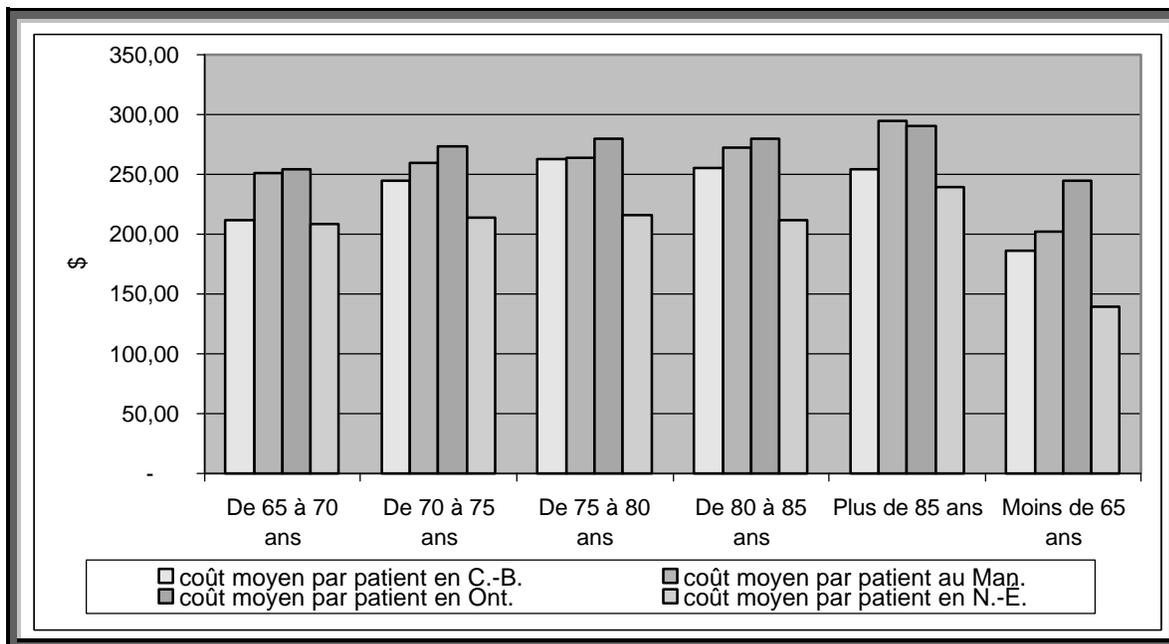


Figure 5-9 Coût annuel moyen par patient suivant un traitement par antagonistes de récepteurs H₂ et par IPP1999/00



Une évaluation selon la tranche d'âge ne change pas les résultats de façon significative. Pour toute tranche d'âge, le taux le plus élevé des bénéficiaires suivant un traitement par IPP seulement se retrouve au Manitoba²⁵ et le

deuxième plus élevé en Colombie-Britannique. Cependant, le coût moyen par patient le plus élevé s'observe en Ontario, sauf dans le cas des patients âgés de plus de 85 ans où le coût moyen par patient le plus élevé est enregistré au

Manitoba. Le coût moyen par patient le plus faible pour toutes les tranches d'âge est observé en Nouvelle-Écosse.

6 OLANZAPINE (ZYPREXA®)

Les tableaux 6-1 et 6-2 présentent la part de marché obtenue par l'olanzapine au sein de son marché thérapeutique. Le premier avis de conformité pour l'olanzapine a été délivré en octobre 1996. Le produit a été inscrit comme donnant droit à un remboursement régulier au Manitoba et en Ontario (après 1998) et a été inscrit sous réserve d'une autorisation spéciale en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse.

En 1997-98, la part de marché obtenue en Colombie-Britannique sous le processus d'autorisation spéciale a été significative et obtient la deuxième place en importance après l'Ontario. La pénétration du marché semble avoir été relativement faible au Manitoba et est comparable au taux de part de marché obtenu en Nouvelle-Écosse où est appliqué un processus d'autorisation spéciale. En 1999-2000, l'olanzapine occupe une part importante de marché dans chaque province.

Tableau 6-1

Part de marché selon le volume									
Année financière	Nom chimique	C.-B. Rx (%)	Man. Rx (%)	Ont. Rx (%)	N.-É. Rx (%)	C.-B. médicament (%)	Man. médicament (%)	Ont. médicament (%)	N.-É. médicament (%)
1996	Olanzapine	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
1997	Olanzapine	22 %	10 %	30 %	8 %	20 %	8 %	25 %	8 %
1998	Olanzapine	32 %	26 %	41 %	19 %	31 %	23 %	37 %	18 %
1999	Olanzapine	36 %	31 %	45 %	23 %	33 %	26 %	42 %	22 %

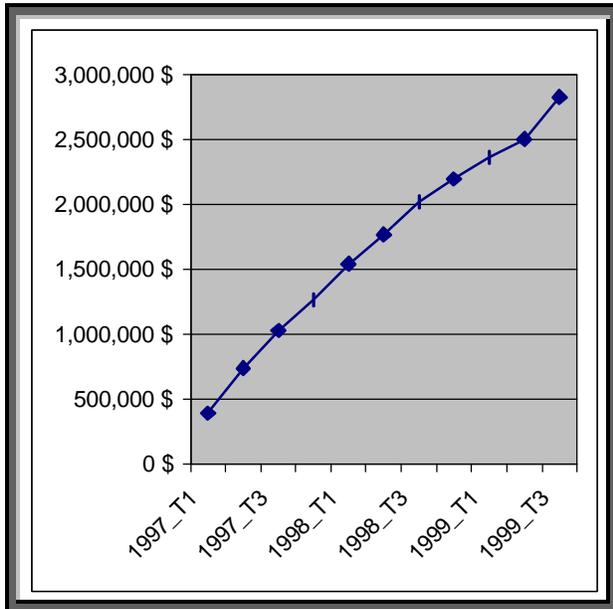
Tableau 6-2

Part de marché selon le coût établi					
Année financière	Nom chimique	C.-B. (%)	Man. (%)	Ont. (%)	N.-É. (%)
1996	Olanzapine	0 %	2 %	0 %	0 %
1997	Olanzapine	41 %	20 %	48 %	25 %
1998	Olanzapine	56 %	45 %	64 %	44 %
1999	Olanzapine	60 %	52 %	68 %	50 %

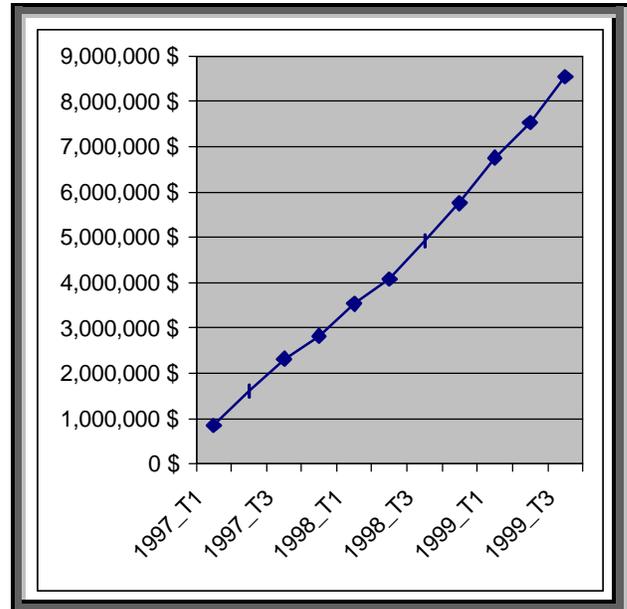
Entre 1997-98 et 1999-2000, l'augmentation trimestrielle moyenne des dépenses était d'environ 20 % en Colombie-Britannique et en Ontario et d'environ 40 % au Manitoba et en Nouvelle-Écosse. Entre 1998-99 et 1999-2000,

la croissance a diminué d'environ 10 % tous les trois mois en Colombie-Britannique et en Ontario et d'environ 20 % au Manitoba et en Nouvelle-Écosse.

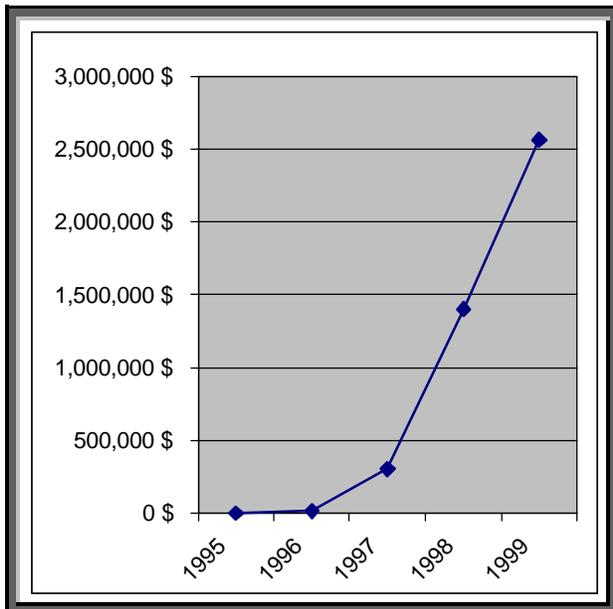
**Figure 6-1 Régime d'assurance-médicaments – Colombie-Britannique
OLANZAPINE
coût de l'ingrédient établi – tous les régimes**



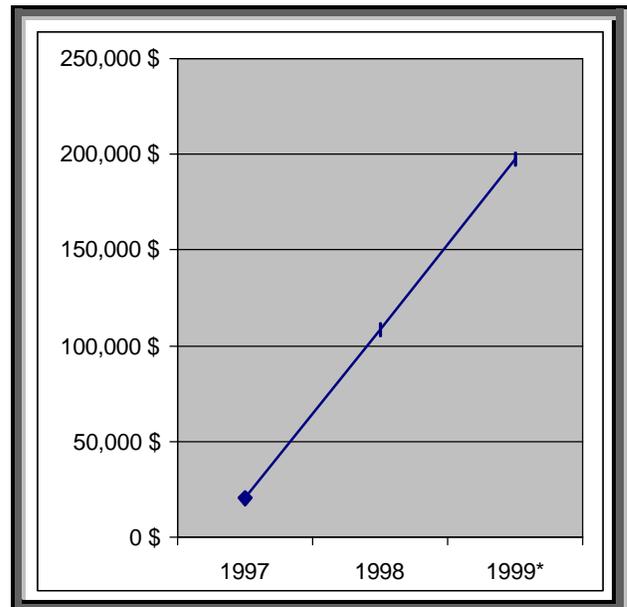
**Figure 6-3 Régime d'assurance-médicaments – Ontario
OLANZAPINE
coût de l'ingrédient établi – tous les régimes**



**Figure 6-2 Régime d'assurance-médicaments – Manitoba
OLANZAPINE
coût de l'ingrédient établi – tous les régimes**



**Figure 6-4 Régime d'assurance-médicaments – Nouvelle-Écosse
OLANZAPINE
coût de l'ingrédient établi – régime des personnes âgées**



La croissance du marché dans son ensemble est également frappante pour cette classe thérapeutique. Durant la période étudiée, la

clientèle de ce marché a également connu une croissance.

Entre 1997-98 et 1999-2000, le nombre d'ordonnances pour le marché complet, sans compter celles d'olanzapine, a augmenté de 64 % en Colombie-Britannique, de 151 % au Manitoba, de 141 % en Ontario et de 250 % en Nouvelle-Écosse.

Figure 6-5 Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances – Colombie-Britannique olanzapine et le reste du marché 1995-96 à 1999-2000

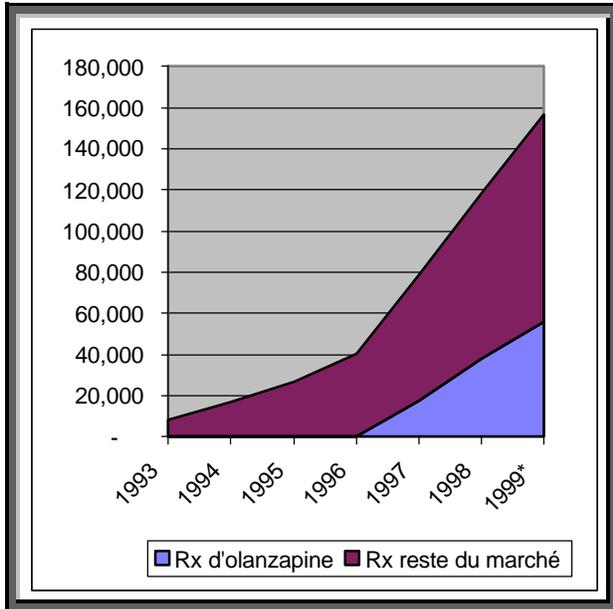


Figure 6-7 Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances – Ontario olanzapine et le reste du marché 1995-96 à 1999-2000

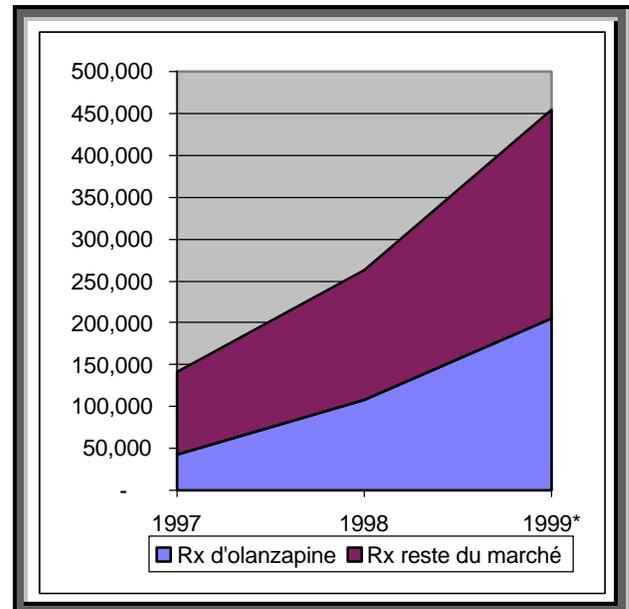


Figure 6-6 Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances – Manitoba olanzapine et le reste du marché 1995-96 à 1999-2000

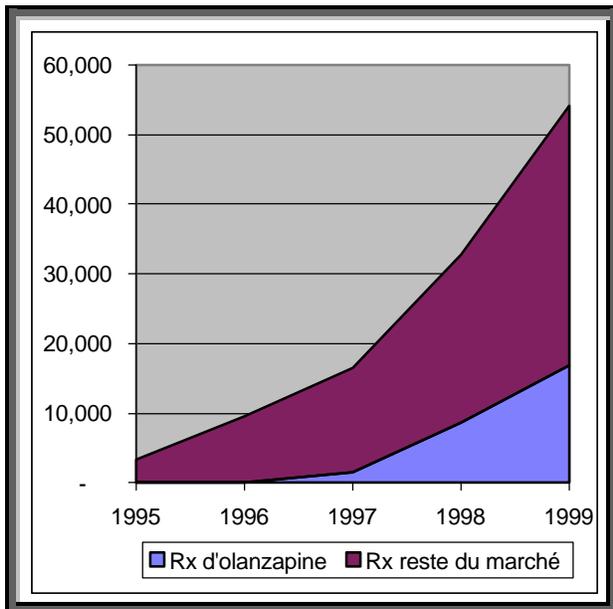
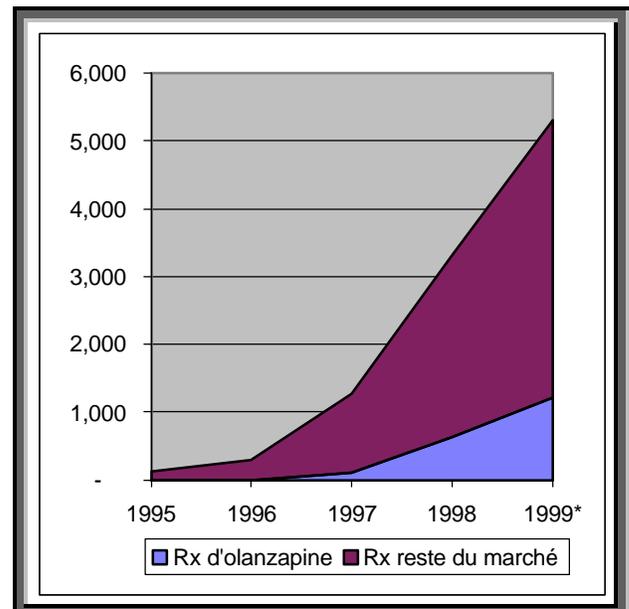


Figure 6-8 Augmentation annuelle du nombre d'ordonnances – Nouvelle-Écosse olanzapine et le reste du marché 1995-96 à 1999-2000



Conclusion

Les cinq études de cas présentées dans ce rapport donnent à penser que la pénétration du marché est plus rapide au cours des deux premières années du cycle de vie d'un produit. De façon générale, il semble que l'augmentation trimestrielle moyenne des dépenses soit de 20 à 30 %, peu importe la démarche administrative. Le niveau d'adjudication conçu pour assurer le respect de critères précis avant de s'engager à rembourser un médicament semble jouer un rôle important dans la détermination du taux de pénétration du marché ainsi que dans le coût net au système étant donné qu'une exigence ou un engagement de temps important est en fait imposé. L'exemple de Fosamax[®] démontre que la démarche imposée par la section 8 du Programme de médicaments gratuits de l'Ontario est extrêmement efficace pour influencer les parts de marché. Le processus

d'autorisation spéciale de la Colombie-Britannique semble entraîner des résultats comparables aux systèmes faisant appel à une utilisation restreinte ou à la satisfaction de critères. L'exemple de Humalog[®] en Colombie-Britannique est intéressant, les remboursements partiels semblent être relativement efficaces pour influencer l'utilisation des médicaments.

Cette étude a été conçue dans le but de mettre en lumière un certain contexte et de fournir un certain aperçu pour l'orientation et l'objet de travaux futurs. Une étude sur la possibilité de généraliser à partir de ces résultats devrait apporter une meilleure idée sur la nature de la concurrence dans le marché pharmaceutique, particulièrement de la concurrence où des équivalents thérapeutiques sont déjà présents sur le marché.

Annexe I – Processus d'autorisation spéciale

Colombie-Britannique

Pendant plusieurs années, le processus d'autorisation spéciale a été utilisé dans le cadre du régime d'assurance-médicaments. En juin 1998, le régime d'assurance-médicaments a changé pour adopter un système permettant la transmission et le traitement électroniques des demandes. Le système actuel a augmenté l'efficacité et les renseignements peuvent maintenant être traités, classés et récupérés plus rapidement. Le formulaire d'autorisation spéciale d'une page a été élaboré de manière à être le plus clair et le plus simple possible afin de réduire le fardeau administratif du médecin. Des numéros de téléphone sans frais ont été mis en service uniquement pour recevoir les télécopies de médecins. Les médecins ont le choix de faire leur demande d'autorisation spéciale par téléphone (demandes urgentes), par télécopieur ou par courrier. Certains médecins spécialistes (c'est-à-dire les gastro-entérologues, les allergologues) sont exemptés du processus pour certaines classes de médicaments (c'est-à-dire les IPP, le salmétérol).

Les médicaments ont été classés en fonction de

délais fondés sur l'urgence de la demande. Les demandes sont classées selon les catégories urgent (traitement complet en 24 heures), 48 heures (traitement en deux jours ouvrables) et 2 semaines (traitement en 14 jours). Les médecins peuvent déposer des demandes urgentes d'autorisation spéciale en appelant à un numéro sans frais pour rejoindre un pharmacien du régime d'assurance-médicaments ou en faisant parvenir la demande d'autorisation spéciale par télécopieur avec la mention « urgent ». Les télécopies de demandes urgentes d'autorisation spéciale sont retirées immédiatement et sont traitées le plus rapidement possible. Certains médicaments sont classés comme donnant lieu à une demande urgente (c'est-à-dire le fentanyl, le fluconazole, le zuclopenthixol) et certains médicaments classés comme faisant partie de la catégorie 48 heures peuvent faire l'objet d'une demande urgente (c'est-à-dire des IPP peuvent être l'objet d'une demande urgente dans les cas d'une infection par *H. pylori*, d'hémorragie gastro-intestinale, de sténose) qui, selon le besoin, peut être faite par téléphone ou par télécopieur.

Médicament	Statut	Durée d'adjudication visée
Fosamax [®]	AS	2 semaines
Cozaar [®]	AS	2 semaines
Humalog ^{®*}	partiel	n.d.
Zyprexa [®]	AS - urgent	24 heures
IPP**	AS	48 heures

*Humalog[®] est remboursé jusqu'à concurrence du prix régulier de l'insuline.

**Les IPP peuvent faire partie de la classe « urgent » dans les cas d'infection par *H. pylori*, d'hémorragie gastro-intestinale et de sténose.

Manitoba

La Liste des médicaments admissibles du Régime d'assurance-médicaments est divisée en trois parties. La partie I dresse une liste des

produits pharmaceutiques remboursés par le régime d'assurance-médicaments en toutes circonstances. La partie II comprend ceux qui ne sont remboursés que lorsqu'ils sont prescrits selon les modalités indiquées. Lorsqu'un

médicament ne figure ni dans la partie I, ni dans la partie II, il est possible de faire une demande de médicament d'exception (partie III) en fonction des circonstances précises propres à chaque individu. En vertu de ce programme, les médecins s'adressent au Programme de médicaments d'exception du Régime d'assurance-médicaments. En général, une approbation sera accordée pour un an.

Programme de médicaments d'exception du Régime d'assurance-médicaments :

1. Généralement, le médicament spécifié est administré seulement aux patients hospitalisés et n'est administré en dehors de l'hôpital que dans des circonstances inhabituelles.
2. Le médicament spécifié n'est habituellement pas prescrit ou administré au Manitoba, mais il est prescrit lorsqu'il est nécessaire au traitement d'un patient atteint d'une maladie, d'une incapacité ou d'un état rarement observé au Manitoba.
3. Le médicament spécifié est rarement utilisé étant donné que d'autres choix thérapeutiques inscrits sur la liste de médicaments sont habituellement efficaces, sauf dans les cas où ils sont contre-indiqués ou inefficaces à cause de l'état clinique du patient.

Partie I (Annexe C – médicaments spécifiés) médicaments inscrits : remboursement régulier, aucun critère spécial, par exemple Apo®-Amox.

Partie II (Annexe C – restriction selon des critères spécifiés tel que décrit – satisfait au statut de médicament d'exception) : le médecin doit inscrire « satisfait au statut de médicament d'exception (SME) » sur l'ordonnance lorsque la situation s'applique, par exemple Diflucan^{MD} 150 mg en gélule – pour le traitement à dose unique de la candidose vaginale chez les patientes ne tolérant pas le traitement antifongique topique ou lorsque celui-ci se révèle être inefficace.

Partie III Médicaments ne donnant pas droit à un remboursement régulier, devant avoir reçu un avis de conformité et devant avoir été évalués par le Comité responsable du choix des

médicaments et des normes pharmaceutiques du Manitoba. Ces médicaments peuvent faire l'objet d'un remboursement par le Régime d'assurance-médicaments sur la demande d'un médecin au nom de son patient. Les demandes peuvent être faites par téléphone au bureau responsable des médicaments d'exception afin qu'il y ait un remboursement spécial accordé au patient.

Ontario

Le Formulaire du régime de médicaments gratuits / Index comparatif des médicaments du Programme de médicaments gratuits de l'Ontario (formulaire) offre deux types de remboursements inscrits : inscription générale et usage limité (UL). Les produits répertoriés sous l'inscription générale peuvent être prescrits à tout bénéficiaire admissible au Programme de médicaments gratuits de l'Ontario et sont remboursés par le Programme selon des règlements régissant les remboursements habituels.

Les produits pharmaceutiques à usage limité sont admissibles à un remboursement seulement lorsqu'ils sont prescrits pour le traitement d'états cliniques spécifiques tels que décrits par les critères d'UL pour le produit. Les critères d'UL sont décrits dans le formulaire et un code de « motif d'utilisation » est spécifié pour chaque critère. Avant de pouvoir recevoir un remboursement pour un produit à UR, le prescripteur doit remplir un formulaire de prescription à UL. Ce formulaire est ensuite présenté au pharmacien par le patient. En remplissant le formulaire et en spécifiant le code de « motif d'utilisation », le prescripteur indique que le prestataire satisfait aux critères cliniques définis pour le produit. Le pharmacien doit s'assurer que le formulaire est rempli avant de procéder au traitement de la réclamation auprès du Programme de médicaments gratuits de l'Ontario. Lorsqu'il soumet la demande de remboursement, le pharmacien doit spécifier le code de « motif d'utilisation ». Le formulaire d'UL est valide durant une année, à compter de la date inscrite sur le formulaire, et doit être conservé par le pharmacien pour une période de deux ans aux fins de vérification. Le nouveau formulaire de prescription a été rationalisé et simplifié afin qu'il soit plus facile à remplir.

En ce qui touche les produits non inscrits au formulaire et les prestataires ne satisfaisant pas

aux critères cliniques, les médecins peuvent écrire au Programme de médicaments gratuits de l'Ontario et demander un remboursement en vertu de la section 8 de la Loi sur le régime de médicaments gratuits de l'Ontario (*Individual Clinical Review*). Les médecins seront avisés si le patient recevra ou non un remboursement pour le produit demandé.

Nouvelle-Écosse

Lorsque les médicaments sont évalués en vue d'être inscrits sur la liste de médicaments du Régime d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Écosse, ils peuvent faire l'objet de l'un des quatre traitements suivants :

- a. Inscrit comme donnant droit à un remboursement complet (C) – Tous les médicaments inscrits dans cette catégorie sont remboursés entièrement sur présentation d'une ordonnance médicale. Les produits de cette catégorie provenant de fournisseurs multiples se voient attribuer un coût maximum admissible (CMA) correspondant au coût du produit générique le moins cher. Le patient doit payer la quote-part (33 % jusqu'à un maximum de 350 \$).
- b. Inscrit comme donnant droit à un remboursement sous le statut de médicament d'exception (E) : Les médicaments de cette catégorie ne sont remboursés que lorsque le médecin fournit des renseignements écrits ou verbaux au bureau du Régime d'assurance-médicaments démontrant que le patient satisfait aux critères donnant droit à un remboursement. Une autorisation préalable est requise. Le patient doit payer la quote-part (33 % jusqu'à un maximum de 350 \$). Si le patient ne satisfait pas aux critères, le médicament ne sera pas remboursé.
- c. Inscrit comme donnant droit à un remboursement limité (CMA spécial) : Les médicaments de cette catégorie sont remboursés en vertu de ce programme. Le remboursement est

cependant limité. Il y a pour ces médicaments un autre agent inscrit sur la liste de médicaments disponible à un moindre coût. Le patient doit défrayer les coûts supplémentaires.

- d. Non remboursé : Les médicaments de cette catégorie ne sont habituellement pas remboursés. Toutefois, les demandes sont étudiées et, selon la situation, un remboursement pourrait être accordé. Les médecins doivent fournir des renseignements écrits ou verbaux au bureau du Régime d'assurance-médicaments et une autorisation préalable est requise. Si une demande est acceptée, le patient doit payer la quote-part (33 % jusqu'à un maximum de 350 \$).

Sur la liste de médicaments, un code de couleur ainsi qu'un symbole de prix sont attribués aux médicaments inscrits donnant droit à un remboursement complet afin d'aider les médecins à identifier les médicaments offrant le meilleur remboursement et ayant une efficacité optimale en terme de coûts. Les critères de remboursement des médicaments ayant le statut d'exception sont également décrits dans une annexe. À la suite de cette liste se trouvent les formulaires de demande de remboursement des médicaments d'exception, qui peuvent être utilisés pour faciliter le processus d'approbation, un formulaire général ainsi qu'un formulaire spécifique aux inhibiteurs de la pompe à protons.

Au lieu de faire parvenir une demande écrite au bureau du régime d'assurance-médicaments, certains médicaments ayant le statut d'exception sont marqués de codes reliés à des critères supplémentaires. Afin de permettre le remboursement direct de médicaments spécifiques ayant un statut d'exception, les codes de critère peuvent être mentionnés sur l'ordonnance du médecin ou communiqué verbalement par celui-ci au pharmacien. L'utilisation de ces codes permet au médecin et au pharmacien d'obtenir un remboursement immédiat des médicaments pour les patients satisfaisant clairement aux critères appliqués au médicament d'exception.

Annexe II – Définition du marché et résultats

ALENDRONATE (FOSAMAX®)

Marché

Année financière	Nom chimique	Ont. Rx	Ont. médic.	Ont. coût	C.-B. Rx	C.-B. médic.	C.-B. coût	Man. Rx	Man. médic.	Man. coût	N.-É. Rx	N.-É. médic.	N.-É. coût
1995	Alendronate	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1996	Alendronate	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	4 %	2 %	15 %	1 %	1 %	4 %
1997	Alendronate	0 %	0 %	1 %	2 %	2 %	10 %	9 %	5 %	32 %	5 %	3 %	17 %
1998	Alendronate	0 %	0 %	2 %	4 %	3 %	14 %	13 %	8 %	45 %	11 %	8 %	33 %
1999	Alendronate	0 %	1 %	2 %	4 %	4 %	19 %	16 %	11 %	50 %	14 %	11 %	39 %
1993	Alfacalcidol	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1994	Alfacalcidol	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	1 %	1 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Alfacalcidol	n.d.	n.d.	n.d.	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	2 %
1996	Alfacalcidol	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	2 %
1997	Alfacalcidol	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %
1998	Alfacalcidol	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %
1999	Alfacalcidol	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %
1993	Calcitonine saumon	n.d.	n.d.	n.d.	3 %	0 %	13 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1994	Calcitonine saumon	n.d.	n.d.	n.d.	2 %	0 %	14 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Calcitonine saumon	n.d.	n.d.	n.d.	2 %	0 %	14 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	4 %
1996	Calcitonine saumon	1 %	0 %	6 %	2 %	0 %	12 %	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %	4 %
1997	Calcitonine saumon	0 %	0 %	5 %	2 %	0 %	9 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %
1998	Calcitonine saumon	0 %	0 %	4 %	1 %	0 %	7 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %
1999	Calcitonine saumon	0 %	0 %	3 %	1 %	0 %	7 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
1993	Calcitriol	n.d.	n.d.	n.d.	1 %	1 %	3 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1994	Calcitriol	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	1 %	2 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Calcitriol	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	3 %	2 %	1 %	5 %
1996	Calcitriol	4 %	4 %	14 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	3 %	2 %	1 %	6 %
1997	Calcitriol	4 %	4 %	13 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	3 %	1 %	1 %	4 %
1998	Calcitriol	4 %	4 %	11 %	0 %	0 %	1 %	2 %	1 %	3 %	1 %	1 %	3 %
1999	Calcitriol	3 %	4 %	9 %	0 %	0 %	1 %	2 %	1 %	2 %	1 %	1 %	2 %
1993	Œstrogènes conjugués	n.d.	n.d.	n.d.	69 %	87 %	42 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1994	Œstrogènes conjugués	n.d.	n.d.	n.d.	69 %	87 %	42 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Œstrogènes conjugués	n.d.	n.d.	n.d.	68 %	86 %	41 %	85 %	95 %	70 %	75 %	89 %	42 %

Année financière	Nom chimique	Ont. Rx	Ont. médic.	Ont. coût	C.-B. Rx	C.-B. médic.	C.-B. coût	Man. Rx	Man. médic.	Man. coût	N.-É. Rx	N.-É. médic.	N.-É. coût
1996	Oestrogènes conjugués	67 %	86 %	26 %	65 %	78 %	37 %	82 %	92 %	59 %	82 %	90 %	48 %
1997	Oestrogènes conjugués	64 %	87 %	23 %	63 %	69 %	23 %	79 %	89 %	44 %	72 %	85 %	34 %
1998	Oestrogènes conjugués	59 %	87 %	20 %	57 %	61 %	16 %	74 %	85 %	35 %	62 %	76 %	22 %
1999	Oestrogènes conjugués	55 %	89 %	17 %	51 %	54 %	15 %	70 %	81 %	29 %	56 %	72 %	18 %
1996	Diénestrol	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.
1997	Diénestrol	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.
1998	Diénestrol	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1999	Diénestrol	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1993	Dihydrota-chystérol	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1994	Dihydrota-chystérol	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Dihydrota-chystérol	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.
1996	Dihydrota-chystérol	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1997	Dihydrota-chystérol	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.
1998	Dihydrota-chystérol	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1999	Dihydrota-chystérol	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.
1993	Ergocalciférol	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1994	Ergocalciférol	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Ergocalciférol	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
1996	Ergocalciférol	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
1997	Ergocalciférol	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1998	Ergocalciférol	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1999	Ergocalciférol	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %
1994	Estraderm [®] 50 et Estragest	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Estraderm [®] 50 et Estragest	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	1 %	n.d.	n.d.	n.d.
1996	Estraderm [®] 50 et Estragest	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	3 %	0 %	0 %	0 %
1997	Estraderm [®] 50 et Estragest	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %
1998	Estraderm [®] 50 et Estragest	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %
1999	Estraderm [®] 50 et Estragest	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %
1993	Estradiol 17-B	n.d.	n.d.	n.d.	9 %	3 %	19 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Année financière	Nom chimique	Ont. Rx	Ont. médic.	Ont. coût	C.-B. Rx	C.-B. médic.	C.-B. coût	Man. Rx	Man. médic.	Man. coût	N.-É. Rx	N.-É. médic.	N.-É. coût
1994	Estradiol 17-B	n.d.	n.d.	n.d.	8 %	3 %	18 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Estradiol 17-B	n.d.	n.d.	n.d.	8 %	2 %	17 %	10 %	2 %	19 %	14 %	3 %	28 %
1996	Estradiol 17-B	5 %	1 %	10 %	5 %	1 %	10 %	7 %	1 %	13 %	3 %	0 %	5 %
1997	Estradiol 17-B	4 %	1 %	9 %	1 %	0 %	2 %	6 %	1 %	10 %	2 %	1 %	4 %
1998	Estradiol 17-B	3 %	1 %	7 %	1 %	0 %	1 %	5 %	1 %	8 %	2 %	1 %	3 %
1999	Estradiol 17-B	3 %	1 %	6 %	1 %	0 %	1 %	6 %	3 %	8 %	2 %	1 %	3 %
1993	Estropipate (calculé en sulfate d'œstrone sodique 1,25 mg)	n.d.	n.d.	n.d.	1 %	1 %	1 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1994	Estropipate (calculé en sulfate d'œstrone sodique 1,25 mg)	n.d.	n.d.	n.d.	1 %	1 %	1 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Estropipate (calculé en sulfate d'œstrone sodique 1,25 mg)	n.d.	n.d.	n.d.	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %
1996	Estropipate (calculé en sulfate d'œstrone sodique 1,25 mg)	2 %	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
1997	Estropipate (calculé en sulfate d'œstrone sodique 1,25 mg)	2 %	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
1998	Estropipate (calculé en sulfate d'œstrone sodique 1,25 mg)	2 %	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
1999	Estropipate (calculé en sulfate d'œstrone sodique 1,25 mg)	2 %	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %

Année financière	Nom chimique	Ont. Rx	Ont. médic.	Ont. coût	C.-B. Rx	C.-B. médic.	C.-B. coût	Man. Rx	Man. médic.	Man. coût	N.-É. Rx	N.-É. médic.	N.-É. coût
1993	Estropipate (calculé en sulfate d'œstrone sodique 2,5 mg)	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	1 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1994	Estropipate (calculé en sulfate d'œstrone sodique 2,5 mg)	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	1 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Estropipate (calculé en sulfate d'œstrone sodique 2,5 mg)	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1996	Estropipate (calculé en sulfate d'œstrone sodique 2,5 mg)	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1997	Estropipate (calculé en sulfate d'œstrone sodique 2,5 mg)	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1998	Estropipate (calculé en sulfate d'œstrone sodique 2,5 mg)	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1999	Estropipate (calculé en sulfate d'œstrone sodique 2,5 mg)	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1993	Éthinylœstradiol	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1994	Éthinylœstradiol	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Éthinylœstradiol	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1996	Éthinylœstradiol	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1997	Éthinylœstradiol	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Année financière	Nom chimique	Ont. Rx	Ont. médic.	Ont. coût	C.-B. Rx	C.-B. médic.	C.-B. coût	Man. Rx	Man. médic.	Man. coût	N.-É. Rx	N.-É. médic.	N.-É. coût
	diol												
1998	Éthinyltestra- diol	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1999	Éthinyltestra- diol	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1993	Étidronate disodique	n.d.	n.d.	n.d.	9 %	4 %	19 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1994	Étidronate disodique	n.d.	n.d.	n.d.	9 %	5 %	20 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Étidronate disodique	n.d.	n.d.	n.d.	11 %	6 %	23 %	1 %	1 %	3 %	5 %	4 %	18 %
1996	Étidronate disodique	14 %	4 %	38 %	19 %	16 %	34 %	2 %	1 %	4 %	9 %	5 %	28 %
1997	Étidronate disodique	20 %	3 %	45 %	26 %	25 %	51 %	2 %	1 %	6 %	16 %	8 %	36 %
1998	Étidronate disodique	26 %	2 %	53 %	32 %	33 %	58 %	3 %	2 %	5 %	20 %	11 %	34 %
1999	Étidronate disodique	31 %	1 %	59 %	38 %	39 %	54 %	4 %	2 %	7 %	23 %	14 %	35 %
1993	Vitamine D	n.d.	n.d.	n.d.	8 %	3 %	2 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1994	Vitamine D	n.d.	n.d.	n.d.	8 %	2 %	1 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Vitamine D	n.d.	n.d.	n.d.	8 %	2 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %
1996	Vitamine D	7 %	2 %	1 %	6 %	2 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %
1997	Vitamine D	4 %	1 %	1 %	4 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
1998	Vitamine D	5 %	1 %	1 %	4 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
1999	Vitamine D	4 %	1 %	1 %	3 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %

INSULINE LISPRO (HUMALOG®)
Marché

Année financière	Nom chimique	Ont. Rx	Ont. médic	Ont. coût	C.-B. Rx	C.-B. médic	C.-B. coût	Man. Rx	Man. médic	Man. coût	N.-É. Rx	N.-É. médic	N.-É. coût
1995	Insuline (zinc) humaine biosynthétique (provenant de l'ADNr)	n.d.	n.d.	n.d.	78 %	78 %	77 %	54 %	55 %	51 %	76 %	75 %	74 %
1996	Insuline (zinc) humaine biosynthétique (provenant de l'ADNr)	n.d.	n.d.	n.d.	77 %	76 %	74 %	57 %	57 %	53 %	77 %	76 %	75 %
1997	Insuline (zinc) humaine biosynthétique (provenant de l'ADNr)	n.d.	n.d.	n.d.	76 %	75 %	73 %	52 %	52 %	47 %	77 %	76 %	74 %
1998	Insuline (zinc) humaine biosynthétique (provenant de l'ADNr)	56 %	49 %	50 %	74 %	73 %	70 %	47 %	48 %	40 %	76 %	74 %	73 %
1999	Insuline (zinc) humaine biosynthétique (provenant de l'ADNr)	52 %	42 %	44 %	68 %	67 %	64 %	40 %	40 %	32 %	75 %	74 %	72 %
1995	Insuline (zinc) de porc	n.d.	n.d.	n.d.	1 %	1 %	2 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %
1996	Insuline (zinc) de porc	n.d.	n.d.	n.d.	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.
1997	Insuline (zinc) de porc	n.d.	n.d.	n.d.	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.
1998	Insuline (zinc) de porc	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.
1999	Insuline (zinc) de porc	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1995	Insuline humaine biosynthétique	n.d.	n.d.	n.d.	20 %	20 %	22 %	45 %	44 %	48 %	24 %	25 %	25 %
1996	Insuline humaine biosynthétique	n.d.	n.d.	n.d.	21 %	23 %	24 %	41 %	41 %	43 %	23 %	24 %	25 %
1997	Insuline humaine biosynthétique	n.d.	n.d.	n.d.	22 %	24 %	26 %	38 %	37 %	38 %	23 %	24 %	25 %
1998	Insuline humaine biosynthétique	38 %	40 %	41 %	23 %	24 %	26 %	34 %	32 %	32 %	23 %	25 %	26 %
1999	Insuline humaine biosynthétique	37 %	38 %	39 %	22 %	23 %	25 %	30 %	28 %	26 %	23 %	24 %	25 %
1996	Insuline lispro	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2 %	1 %	3 %	0 %	0 %	0 %
1997	Insuline lispro	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	10 %	10 %	14 %	0 %	0 %	1 %
1998	Insuline lispro	6 %	11 %	9 %	2 %	2 %	2 %	19 %	20 %	27 %	1 %	1 %	2 %
1999	Insuline lispro	11 %	19 %	16 %	9 %	8 %	9 %	30 %	32 %	42 %	2 %	2 %	3 %

LOSARTAN (COZAAR®)
Marché

Année financière	Nom chimique	Ont. Rx	Ont. médic.	Ont. coût	C.-B. Rx	C.-B. médic.	C.-B. coût	Man. Rx	Man. médic.	Man. coût	N.-É. Rx	N.-É. médic.	N.-É. coût
1995	Bénazépril	n.d.	n.d.	n.d.	2 %	1 %	1 %	2 %	2 %	2 %	0 %	0 %	0 %
1996	Bénazépril	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %
1997	Bénazépril	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %
1998	Bénazépril	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %
1999	Bénazépril	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %
1998	Candésartan cilexétel	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %
1999	Candésartan cilexétel	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
1995	Captopril	n.d.	n.d.	n.d.	23 %	37 %	22 %	19 %	32 %	19 %	21 %	33 %	20 %
1996	Captopril	9 %	16 %	8 %	13 %	21 %	12 %	10 %	18 %	10 %	11 %	19 %	10 %
1997	Captopril	7 %	12 %	6 %	8 %	15 %	8 %	6 %	12 %	6 %	7 %	12 %	6 %
1998	Captopril	5 %	9 %	5 %	7 %	12 %	6 %	5 %	9 %	5 %	6 %	10 %	5 %
1999	Captopril	4 %	7 %	3 %	6 %	11 %	5 %	4 %	8 %	4 %	5 %	10 %	5 %
1995	Cilazapril	n.d.	n.d.	n.d.	4 %	4 %	4 %	5 %	4 %	4 %	2 %	1 %	2 %
1996	Cilazapril	2 %	2 %	2 %	3 %	3 %	3 %	5 %	4 %	4 %	3 %	2 %	2 %
1997	Cilazapril	3 %	2 %	2 %	3 %	3 %	2 %	5 %	5 %	4 %	3 %	2 %	2 %
1998	Cilazapril	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %	6 %	6 %	5 %	4 %	3 %	3 %
1999	Cilazapril	3 %	3 %	3 %	4 %	4 %	3 %	7 %	7 %	6 %	5 %	5 %	4 %
1995	Maléate d'énalapril	n.d.	n.d.	n.d.	16 %	14 %	17 %	6 %	6 %	7 %	20 %	20 %	24 %
1996	Maléate d'énalapril	47 %	49 %	54 %	37 %	37 %	41 %	28 %	29 %	32 %	37 %	40 %	44 %
1997	Maléate d'énalapril	43 %	45 %	49 %	35 %	34 %	36 %	36 %	39 %	41 %	46 %	50 %	53 %
1998	Maléate d'énalapril	37 %	41 %	43 %	30 %	29 %	30 %	33 %	36 %	38 %	38 %	42 %	44 %
1999	Maléate d'énalapril	32 %	36 %	37 %	12 %	12 %	13 %	16 %	19 %	19 %	14 %	17 %	16 %
1995	Fosinopril sodique	n.d.	n.d.	n.d.	9 %	7 %	9 %	14 %	11 %	13 %	12 %	9 %	11 %
1996	Fosinopril sodique	8 %	6 %	7 %	6 %	5 %	6 %	12 %	10 %	11 %	8 %	6 %	7 %
1997	Fosinopril sodique	9 %	7 %	8 %	5 %	4 %	4 %	11 %	9 %	10 %	6 %	5 %	6 %
1998	Fosinopril sodique	10 %	8 %	9 %	5 %	4 %	4 %	13 %	11 %	12 %	6 %	6 %	6 %
1999	Fosinopril sodique	10 %	8 %	9 %	5 %	5 %	5 %	16 %	14 %	15 %	8 %	7 %	8 %
1998	Irbésartan	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %
1999	Irbésartan	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	2 %	6 %	5 %	7 %	2 %	2 %	2 %
1995	Lisinopril	n.d.	n.d.	n.d.	31 %	26 %	32 %	39 %	33 %	39 %	36 %	29 %	35 %
1996	Lisinopril	19 %	16 %	17 %	20 %	18 %	20 %	25 %	23 %	24 %	26 %	22 %	23 %
1997	Lisinopril	19 %	17 %	17 %	13 %	12 %	13 %	19 %	17 %	18 %	21 %	17 %	18 %
1998	Lisinopril	19 %	17 %	17 %	12 %	11 %	12 %	17 %	16 %	16 %	22 %	19 %	19 %
1999	Lisinopril	18 %	17 %	16 %	13 %	12 %	12 %	18 %	18 %	17 %	26 %	25 %	25 %
1995	Lisinopril et hydrochlorothia-zide	n.d.	n.d.	n.d.	3 %	2 %	3 %	3 %	2 %	3 %	n.d.	n.d.	n.d.

Année financière	Nom chimique	Ont. Rx	Ont. médic.	Ont. coût	C.-B. Rx	C.-B. médic.	C.-B. coût	Man. Rx	Man. médic.	Man. coût	N.-É. Rx	N.-É. médic.	N.-É. coût
1996	Lisinopril et hydrochlorothia-zide	1 %	1 %	1 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	n.d.	n.d.	n.d.
1997	Lisinopril et hydrochlorothia-zide	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	2 %	2 %	2 %	0 %	0 %	0 %
1998	Lisinopril et hydrochlorothia-zide	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	2 %	2 %	2 %	1 %	1 %	1 %
1999	Lisinopril et hydrochlorothia-zide	2 %	1 %	2 %	2 %	2 %	2 %	4 %	3 %	3 %	2 %	2 %	2 %
1995	Losartan potassique	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1996	Losartan potassique	2 %	1 %	2 %	1 %	1 %	1 %	5 %	4 %	6 %	4 %	3 %	4 %
1997	Losartan potassique	4 %	3 %	5 %	3 %	3 %	4 %	7 %	6 %	8 %	7 %	5 %	7 %
1998	Losartan potassique	7 %	6 %	8 %	5 %	5 %	7 %	8 %	7 %	9 %	10 %	8 %	11 %
1999	Losartan potassique	7 %	6 %	9 %	7 %	7 %	9 %	9 %	8 %	10 %	12 %	11 %	15 %
1995	Perindopril erbumine	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1996	Perindopril erbumine	2 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %
1997	Perindopril erbumine	3 %	2 %	2 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	2 %	1 %	1 %
1998	Perindopril erbumine	4 %	3 %	3 %	0 %	0 %	0 %	2 %	1 %	1 %	2 %	2 %	2 %
1999	Perindopril erbumine	4 %	4 %	3 %	0 %	0 %	0 %	2 %	2 %	2 %	4 %	3 %	3 %
1995	Chlorhydrate de quinapril	n.d.	n.d.	n.d.	5 %	4 %	6 %	8 %	6 %	8 %	5 %	4 %	5 %
1996	Chlorhydrate de quinapril	5 %	4 %	5 %	9 %	7 %	8 %	6 %	5 %	6 %	5 %	4 %	5 %
1997	Chlorhydrate de quinapril	6 %	5 %	5 %	17 %	16 %	18 %	6 %	5 %	6 %	4 %	3 %	4 %
1998	Chlorhydrate de quinapril	6 %	6 %	6 %	19 %	18 %	19 %	6 %	5 %	6 %	4 %	4 %	4 %
1999	Chlorhydrate de quinapril	6 %	6 %	6 %	23 %	22 %	23 %	7 %	6 %	6 %	6 %	5 %	6 %
1995	Ramipril	n.d.	n.d.	n.d.	6 %	5 %	5 %	6 %	4 %	5 %	4 %	3 %	4 %
1996	Ramipril	4 %	3 %	3 %	8 %	6 %	7 %	4 %	4 %	4 %	4 %	3 %	3 %
1997	Ramipril	6 %	4 %	4 %	14 %	12 %	14 %	4 %	4 %	3 %	4 %	3 %	3 %
1998	Ramipril	7 %	6 %	6 %	18 %	16 %	16 %	4 %	4 %	4 %	5 %	4 %	4 %
1999	Ramipril	11 %	9 %	9 %	25 %	22 %	23 %	7 %	6 %	6 %	11 %	9 %	9 %
1997	Valsartan	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1998	Valsartan	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	2 %	1 %	2 %	1 %	1 %	1 %
1999	Valsartan	1 %	1 %	1 %	2 %	2 %	2 %	4 %	4 %	4 %	3 %	2 %	3 %

INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

(OMÉPRAZOLE, LANSOPRAZOLE, PANTOPRAZOLE)

Marché

Année financière	Nom chimique	Ont. Rx	Ont. médic.	Ont. coût	C.-B. Rx	C.-B. médic.	C.-B. coût	Man. Rx	Man. médic.	Man. coût	N.-É. Rx	N.-É. médic.	N.-É. coût
1994	Cimétidine	7 %	9 %	2 %	10 %	13 %	2 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Cimétidine	7 %	8 %	2 %	33 %	36 %	8 %	15 %	21 %	5 %	9 %	11 %	3 %
1996	Cimétidine	6 %	7 %	1 %	50 %	52 %	14 %	12 %	17 %	3 %	8 %	9 %	3 %
1997	Cimétidine	4 %	6 %	1 %	45 %	49 %	11 %	9 %	13 %	2 %	6 %	8 %	2 %
1998	Cimétidine	3 %	4 %	1 %	39 %	44 %	9 %	6 %	10 %	1 %	5 %	6 %	2 %
1999	Cimétidine	3 %	4 %	1 %	34 %	41 %	7 %	5 %	8 %	1 %	4 %	6 %	1 %
1994	Famotidine	10 %	7 %	10 %	7 %	6 %	7 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Famotidine	8 %	7 %	9 %	5 %	4 %	5 %	11 %	10 %	12 %	4 %	3 %	4 %
1996	Famotidine	8 %	6 %	8 %	2 %	2 %	3 %	9 %	10 %	9 %	4 %	3 %	4 %
1997	Famotidine	7 %	6 %	7 %	2 %	2 %	2 %	7 %	6 %	7 %	4 %	3 %	3 %
1998	Famotidine	7 %	6 %	6 %	2 %	2 %	2 %	6 %	5 %	5 %	3 %	2 %	3 %
1999	Famotidine	7 %	6 %	7 %	2 %	2 %	2 %	5 %	4 %	4 %	3 %	2 %	2 %
1995	Lansoprazole	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %
1996	Lansoprazole	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %	2 %	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	1 %
1997	Lansoprazole	2 %	1 %	3 %	2 %	1 %	4 %	2 %	1 %	3 %	1 %	0 %	2 %
1998	Lansoprazole	3 %	2 %	5 %	3 %	2 %	6 %	3 %	2 %	5 %	1 %	1 %	3 %
1999	Lansoprazole	3 %	2 %	6 %	4 %	2 %	7 %	6 %	4 %	8 %	2 %	1 %	3 %
1998	Lansoprazole, clarithromycine et amoxicilline	n.d.	n.d.	n.d.	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1999	Lansoprazole, clarithromycine et amoxicilline	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
1994	Nizatidine	4 %	4 %	6 %	2 %	2 %	3 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Nizatidine	5 %	4 %	6 %	2 %	2 %	2 %	4 %	3 %	4 %	2 %	2 %	2 %
1996	Nizatidine	5 %	5 %	6 %	1 %	1 %	1 %	3 %	3 %	4 %	2 %	2 %	2 %
1997	Nizatidine	6 %	6 %	6 %	1 %	1 %	1 %	3 %	3 %	4 %	2 %	2 %	2 %
1998	Nizatidine	6 %	6 %	7 %	1 %	1 %	1 %	3 %	3 %	3 %	2 %	1 %	1 %
1999	Nizatidine	7 %	6 %	5 %	1 %	1 %	1 %	2 %	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %
1994	Oméprazole	18 %	11 %	38 %	33 %	19 %	57 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Oméprazole	22 %	14 %	45 %	27 %	17 %	62 %	22 %	13 %	42 %	5 %	3 %	13 %
1996	Oméprazole	25 %	16 %	49 %	22 %	15 %	64 %	25 %	15 %	47 %	6 %	3 %	16 %
1997	Oméprazole	27 %	19 %	53 %	25 %	17 %	65 %	29 %	19 %	53 %	8 %	4 %	21 %
1998	Oméprazole	27 %	20 %	52 %	27 %	19 %	63 %	32 %	21 %	54 %	11 %	6 %	26 %
1999	Oméprazole	22 %	18 %	48 %	27 %	21 %	61 %	36 %	26 %	56 %	12 %	7 %	28 %
1997	Pantoprazole sodique	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %

Année financière	Nom chimique	Ont. Rx	Ont. médic.	Ont. coût	C.-B. Rx	C.-B. médic.	C.-B. coût	Man. Rx	Man. médic.	Man. coût	N.-É. Rx	N.-É. médic.	N.-É. coût
1998	Pantoprazole sodique	1 %	1 %	2 %	3 %	2 %	5 %	4 %	3 %	6 %	1 %	0 %	2 %
1999	Pantoprazole sodique	2 %	2 %	4 %	6 %	4 %	10 %	7 %	5 %	9 %	2 %	1 %	3 %
1999	Citrate de bismuth de ranitidine	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1994	Chlorhydrate de ranitidine	56 %	56 %	41 %	43 %	46 %	27 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Chlorhydrate de ranitidine	55 %	55 %	37 %	30 %	31 %	20 %	47 %	48 %	36 %	75 %	67 %	71 %
1996	Chlorhydrate de ranitidine	53 %	55 %	32 %	20 %	21 %	13 %	48 %	50 %	34 %	76 %	70 %	70 %
1997	Chlorhydrate de ranitidine	50 %	53 %	28 %	22 %	23 %	13 %	47 %	52 %	28 %	76 %	73 %	67 %
1998	Chlorhydrate de ranitidine	50 %	54 %	27 %	23 %	25 %	12 %	44 %	51 %	25 %	75 %	74 %	61 %
1999	Chlorhydrate de ranitidine	54 %	56 %	29 %	24 %	25 %	11 %	38 %	48 %	20 %	73 %	74 %	58 %
1994	Sucralfate	5 %	14 %	4 %	4 %	13 %	3 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Sucralfate	4 %	12 %	3 %	3 %	11 %	3 %	2 %	5 %	2 %	5 %	15 %	6 %
1996	Sucralfate	3 %	10 %	2 %	3 %	9 %	3 %	2 %	6 %	1 %	4 %	13 %	5 %
1997	Sucralfate	2 %	8 %	2 %	2 %	7 %	2 %	1 %	5 %	1 %	3 %	11 %	4 %
1998	Sucralfate	2 %	7 %	1 %	2 %	6 %	2 %	1 %	4 %	1 %	3 %	9 %	3 %
1999	Sucralfate	2 %	6 %	1 %	2 %	5 %	1 %	1 %	3 %	0 %	2 %	8 %	2 %

OLANZAPINE (ZYPREXA®)

Marché

Année financière	Nom chimique	Ont. Rx	Ont. médic.	Ont. coût	C.-B. Rx	C.-B. médic.	C.-B. coût	Man. Rx	Man. médic.	Man. coût	N.-É. Rx	N.-É. médic.	N.-É. coût
1996	Olanzapine	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1 %	1 %	2 %	n.d.	n.d.	n.d.
1997	Olanzapine	30 %	25 %	48 %	22 %	20 %	41 %	10 %	8 %	20 %	8 %	8 %	25 %
1998	Olanzapine	41 %	37 %	64 %	32 %	31 %	56 %	26 %	23 %	45 %	19 %	18 %	44 %
1999	Olanzapine	45 %	42 %	68 %	36 %	33 %	60 %	31 %	26 %	52 %	23 %	22 %	50 %
1997	Quétiapine	0 %	0 %	0 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1998	Quétiapine	1 %	2 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	2 %	1 %	1 %	2 %	1 %
1999	Quétiapine	4 %	6 %	3 %	2 %	3 %	2 %	7 %	13 %	5 %	5 %	8 %	3 %
1993	Rispéridone	n.d.	n.d.	n.d.	100 %	100 %	100 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1994	Rispéridone	n.d.	n.d.	n.d.	100 %	100 %	100 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	Rispéridone	n.d.	n.d.	n.d.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
1996	Rispéridone	n.d.	n.d.	n.d.	100 %	100 %	100 %	99 %	99 %	98 %	100 %	100 %	100 %
1997	Rispéridone	70 %	75 %	52 %	78 %	80 %	59 %	90 %	92 %	80 %	92 %	92 %	75 %
1998	Rispéridone	58 %	61 %	35 %	68 %	69 %	44 %	73 %	75 %	54 %	80 %	80 %	55 %
1999	Rispéridone	51 %	52 %	29 %	62 %	64 %	39 %	62 %	61 %	43 %	72 %	70 %	47 %

Notes de fin de document

¹Pour obtenir des renseignements plus détaillés, veuillez consulter les études provinciales sur les générateurs de coûts.

²Fosamax[®] 5 mg n'est pas couvert.

³Fosamax[®] est inscrit sur le Formulaire du Programme de médicaments gratuits de l'Ontario / Index comparatif des médicaments depuis le 30 novembre 2000.

⁴Remboursé jusqu'à concurrence du prix de l'insuline ordinaire humaine biosynthétique

⁵Humalog[®] mix-50 n'est pas couvert.

⁶N'est plus considéré comme étant à utilisation restreinte depuis le 31 décembre 1998. Utilisation restreinte du 10 avril 1997 au 30 décembre 1998.

⁷La rispéridone et la quétiapine également sur autorisation spéciale.

⁸Inhibiteurs de la pompe à protons

⁹Le personnel du Programme de médicaments gratuits de l'Ontario a déterminé des médicaments inscrits sur le Formulaire susceptibles de constituer un marché pour les médicaments soumis à l'étude. Ces médicaments ont été utilisés pour chaque province aux fins de la présente étude.

¹⁰L'évaluation de l'année financière 1999 est basée sur les trois trimestres d'exercice de la Colombie-Britannique et de l'Ontario ainsi que sur les deux premiers trimestres d'exercice de la Nouvelle-Écosse en raison de la disponibilité des données au moment de l'analyse.

¹¹Le coût de l'ingrédient établi est le coût du médicament reconnu par le régime d'assurance-médicaments provincial. Les majorations des prix de gros et de détail (si applicables) sont comprises ainsi que la part défrayée par le bénéficiaire (c'est-à-dire la quote-part ou la franchise), mais les frais d'exécution d'ordonnance sont exclus.

¹²Basé sur le nombre d'ordonnances

¹³Pour obtenir d'autres analyses sur la croissance d'un nouveau médicament, veuillez consulter le rapport sur les générateurs de coûts effectué par le Groupe d'étude fédéral-provincial-territorial sur les prix des médicaments (GÉPM).

¹⁴Le *Canadian Consensus Conference on Menopause and Osteoporosis* a été publié en novembre et décembre 1998.

¹⁵La croissance trimestrielle moyenne des dépenses entre 1997-98 et 1998-99 était de 32 % au Manitoba et de 37 % en Nouvelle-Écosse. Déjà en 1996-97, dans ces deux provinces, des demandes de remboursement ont été faites pour l'insuline lispro.

¹⁶Puisque la taille du marché n'a pas changé, l'analyse ne comprend aucune donnée sur les ordonnances du marché dans le texte principale; cette information est offerte dans l'annexe II, Définition du marché et résultats.

¹⁷En octobre 1998, des lignes directrices de pratique clinique pour la prise en charge du diabète au Canada ont été publiées.

¹⁸Une description plus détaillée des habitudes de prescription des spécialistes suit.

¹⁹Il est important de se rappeler que la valeur du marché est plus faible en Colombie-Britannique à cause de l'établissement du coût en fonction du produit de référence appliqué aux antagonistes des récepteurs H₂.

²⁰Depuis octobre 1995, le programme d'établissement du coût en fonction du produit de référence est en vigueur dans le cadre du régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique, les antagonistes des récepteurs H₂ ont été inclus dans ce programme.

²¹Les données pour les groupes de spécialité n'étaient pas disponibles pour le Manitoba, donc aucune analyse traitant des ordonnances ou de l'utilisation selon le groupe de spécialité n'est présentée pour le Manitoba. Au Manitoba, le coût total moyen par année par patient était de 241,73 \$, dont un approvisionnement quotidien moyen s'élevant à 152,89 \$ par patient avec un coût moyen par jour de 1,58 \$.

²²La durée d'un traitement a été calculée d'après le nombre de jours d'approvisionnement établi. Ces résultats ont été validés à l'aide des renseignements sur la dose thérapeutique quotidienne fournis par l'OMS.

²³La durée de l'autorisation initiale pour la prescription d'un IPP est limitée à 8 semaines en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse, à 6 mois en Ontario et il n'y a aucune limite de temps au Manitoba.

²⁴Les coûts sont estimés d'après le coût du médicament établi.

²⁵Il est important de se rappeler qu'au Manitoba, les bénéficiaires de plus de 65 ans peuvent être de classes socioéconomiques différentes de celles des personnes âgées des autres provinces étant donné que le Régime d'assurance-médicaments du Manitoba est fondé sur le revenu.