

SNIUMP

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

RÉGIMES PRIVÉS **D'ASSURANCE- MÉDICAMENTS** AU CANADA :

RAPPORT SUR LES DÉPENSES, 2018-2023



Conseil d'examen
du prix des médicaments
brevetés

Patented
Medicine Prices
Review Board

Canada

Publié par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB)
Février 2025

Le document *Régimes privés d'assurance-médicaments au Canada : Rapport sur les dépenses, 2018-2023* est disponible en format électronique sur le site Web du CEPMB.

This document is also available in English under the title:
Private Drug Plans in Canada: Expenditure Report, 2018–2023.

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

Tél. : 1-877-861-2350
ATS : 613-288-9654

Courriel : PMPRB.Information-Renseignements.CEPMB@pmprb-cepmb.gc.ca
Web : <https://www.canada.ca/en/patented-medicine-prices-review.html>

ISBN 978-0-660-74771-2
N° de cat. : H82-55/2025F-PDF

Citation suggérée :

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. (2025). *Régimes privés d'assurance-médicaments au Canada : Rapport sur les dépenses, 2018-2023*. Ottawa : CEPMB.

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par l'initiative de recherche du SNIUMP du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, 2025

Au sujet du CEPMB

Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) protège et informe les consommateurs canadiens par l'examen des prix des médicaments brevetés vendus au Canada et la production de rapports sur les tendances pharmaceutiques. En tant qu'organisme indépendant qui détient des pouvoirs quasi judiciaires, le CEPMB fait partie du portefeuille de la Santé et exécute son mandat en toute indépendance du ministre de la Santé.

Initiative de recherche du SNIUMP

L'initiative de recherche du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) a été mise sur pied par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé en septembre 2001. Il s'agit d'un partenariat entre le CEPMB et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Conformément à l'article 90 de la *Loi sur les brevets*, le CEPMB a pour mandat de procéder à des analyses pour fournir aux décideurs des renseignements essentiels sur les tendances relatives aux prix, à l'utilisation et aux coûts des médicaments, et ce, afin que les responsables du système de santé canadien disposent de renseignements complets et exacts sur l'utilisation des médicaments et sur les facteurs à l'origine des pressions sur les coûts.

Les priorités et méthodes de recherche propres à l'initiative de recherche du SNIUMP sont établies avec l'aide du comité consultatif du SNIUMP et tiennent compte des priorités des instances participantes, lesquelles sont énoncées dans le Programme de l'initiative de recherche du SNIUMP. Le comité consultatif est constitué de représentants des régimes publics d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard, de Terre-Neuve-et-Labrador et du Yukon, du programme des services de santé non assurés (SSNA) ainsi que de Santé Canada. Il comprend également des observateurs de l'ICIS, de l'Agence des médicaments du Canada (CDA-AMC), du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), et de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP).

Remerciements

Le présent rapport a été rédigé par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) dans le cadre de l'initiative de recherche du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP).

Le CEPMB tient à remercier les membres du comité consultatif du SNIUMP pour leur supervision et leurs conseils avisés au cours de la rédaction du rapport. Il faut noter que les déclarations et les constatations se rapportant au présent rapport ne reflètent pas nécessairement celles des membres ou de leurs organisations.

Nous remercions Yvonne Zhang d'avoir dirigé ce projet, ainsi que Kevin Pothier, Dianne Breau et Brian O'Shea d'avoir supervisé l'élaboration du rapport. Le CEPMB tient également à souligner la contribution de Jun Yu et de Lokanadha Cheruvu à l'analyse et la contribution de Shirin Paynter à la rédaction.

Avis de non-responsabilité

L'initiative de recherche SNIUMP est une initiative de recherche qui fonctionne indépendamment des activités réglementaires du CEPMB. Les priorités de recherche, les données, les déclarations et les opinions présentées ou reproduites dans les rapports du SNIUMP ne représentent pas la position du CEPMB au sujet des questions réglementaires. Les rapports du SNIUMP ne contiennent aucune information confidentielle ou protégée en vertu des articles 87 et 88 de la *Loi sur les brevets*, et la mention d'un médicament dans un rapport du SNIUMP ne revient pas à reconnaître ou à nier qu'il fait l'objet d'une déclaration soumise en application des articles 80, 81 ou 82 de la *Loi* ou que son prix est ou n'est pas excessif au sens de l'article 85 de la *Loi*.

Bien que ces informations soient en partie fondées sur des données obtenues sous licence tirées de la Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC} ainsi que de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les déclarations, les résultats, les conclusions, les points de vue et les opinions présentés dans ce rapport sont exclusivement ceux du CEPMB et ne peuvent être attribués à IQVIA ou à l'ICIS.

Sommaire

Le présent rapport fournit une analyse exhaustive des tendances relatives aux dépenses en médicaments d'ordonnance dans le contexte des régimes privés d'assurance-médicaments canadiens. De 2018 à 2023, les régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct ont connu un taux de croissance annuel composé de 7,1 %, avec une augmentation importante de 12,9 % en 2023. Cette croissance en 2023 est inégale sur le plan de ses deux principales composantes : les coûts des médicaments (qui ont augmenté de 14,1 %) et les coûts d'exécution des ordonnances (qui ont augmenté de 4,5 %). Au cours des dernières années, l'augmentation des dépenses dans les régimes privés était principalement due à une hausse considérable de l'utilisation de médicaments plus récents et à coût élevé. Une analyse comparative avec les régimes publics d'assurance-médicaments canadiens est également incluse dans le rapport.

La série de rapports *Régimes privés d'assurance-médicaments au Canada* du CEPMB suit et analyse les pressions exercées sur les coûts qui ont une incidence sur les dépenses en médicaments d'ordonnance des régimes privés d'assurance-médicaments au Canada. La présente édition du document *Régimes privés d'assurance-médicaments au Canada : Rapport sur les dépenses* donne un aperçu des facteurs à l'origine de la croissance des coûts associés aux médicaments d'ordonnance en 2023 ainsi qu'un examen rétrospectif des tendances en matière de coûts et d'utilisation des régimes privés d'assurance-médicaments depuis 2018.

La principale source de données du présent rapport est la Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIASM. Les résultats obtenus pour les régimes privés sont comparés à ceux de certains régimes publics d'assurance-médicaments figurant dans la base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Principales constatations

Les principales constatations couvrent les trois domaines d'analyse du document *Régimes privés d'assurance-médicaments au Canada : Rapport sur les dépenses* (voir la section « Analyses »), à savoir les tendances relatives aux dépenses en médicaments d'ordonnance, les inducteurs de coûts des médicaments et la gestion des régimes.

Dépenses en médicaments d'ordonnance

Les dépenses en médicaments d'ordonnance pour les régimes privés ont connu une hausse de 12,9 % en 2023, revenant ainsi à la tendance à la hausse qui prévalait avant la pandémie.

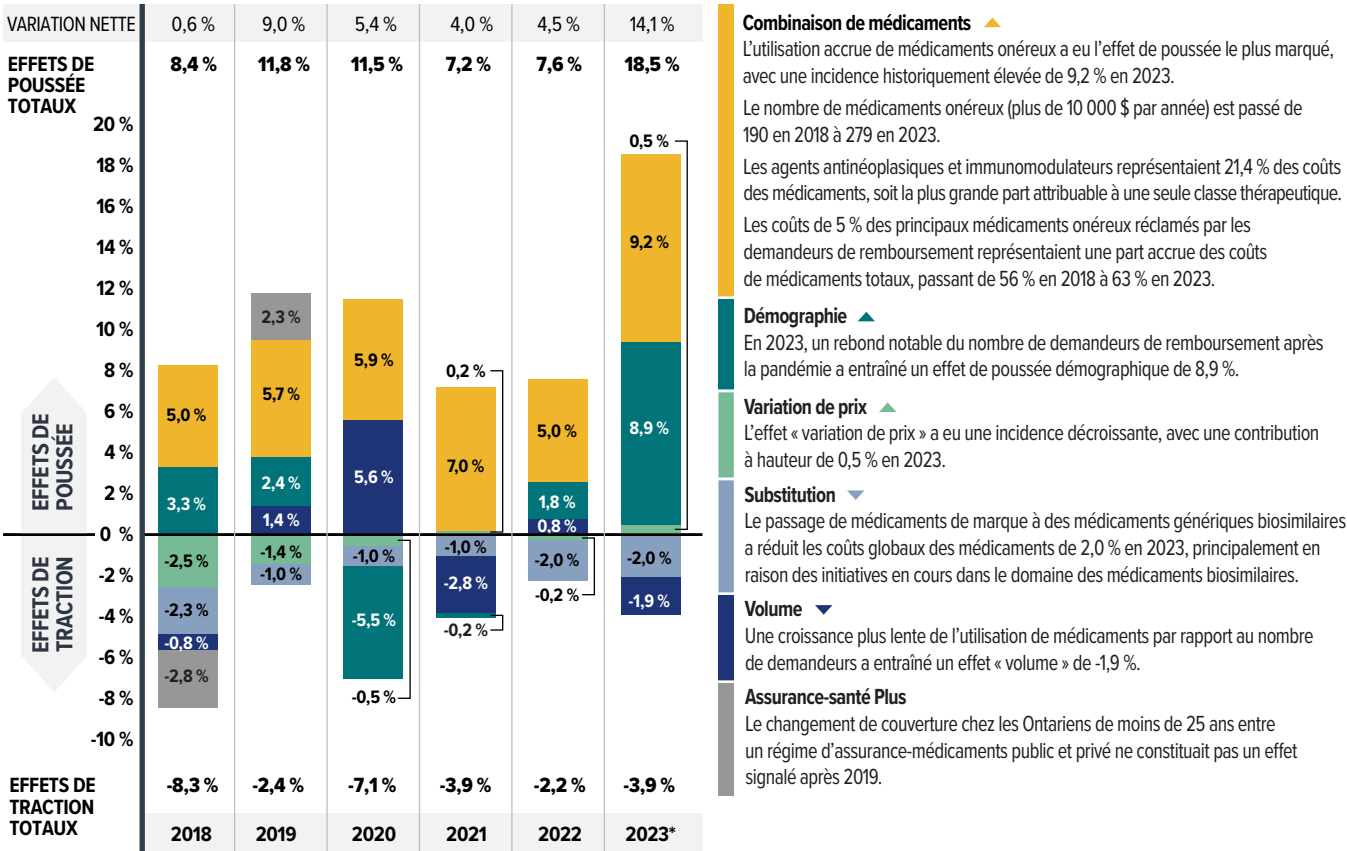
- ▶ Entre 2018 et 2023, les dépenses en médicaments d'ordonnance dans le contexte des régimes privés d'assurance-médicaments ont affiché un taux de croissance annuel composé de 7,1 %.
- ▶ Les coûts des médicaments, qui représentent 88 % des dépenses en médicaments d'ordonnance, ont connu une hausse de 14,1 % de 2022 à 2023, tandis que les coûts d'exécution d'ordonnance, qui représentent les 12 % restants des dépenses, ont augmenté de 4,5 %. Les assureurs privés couvrent généralement 88 % du coût total des ordonnances, les 12 % restants étant à la charge des bénéficiaires.
- ▶ Au cours de la décennie de 2013 à 2023, les coûts des médicaments ont affiché la croissance la plus rapide parmi les mesures de l'utilisation des médicaments, augmentant de 92 % et dépassant la croissance liée au nombre de demandeurs (30 %) et de demandes de remboursement (39 %).
- ▶ Les demandeurs de remboursement âgés de 25 à 64 ans représentaient 66 % de la population inscrite à un régime privé d'assurance-médicaments, mais étaient associés à 77 % des coûts des médicaments, principalement en raison d'une hausse des coûts annuels de traitement par demandeur. Les hommes engendraient toujours des coûts de traitement supérieurs à ceux des femmes des mêmes groupes d'âge, même si les femmes faisaient plus de demandes de remboursement.

Coûts des médicaments

Les coûts des médicaments ont bondi de 14,1 % en 2023, après trois années d'augmentation modérée (de 4 à 5 %) pendant la pandémie.

- Le principal facteur est l'utilisation accrue de médicaments onéreux (l'effet « combinaison de médicaments », avec une moyenne de 6,3 % sur les six années allant de 2018 à 2023, dont un sommet de 9,2 % en 2023.
- En 2023, les médicaments coûtant plus de 10 000 \$ et 25 000 \$ par an représentaient respectivement un tiers et un sixième des coûts de médicaments totaux. Bien qu'un nombre croissant de ces médicaments onéreux aient été remboursés par des régimes privés, ils n'ont été utilisés que par 1,5 % et 0,4 % des demandeurs, respectivement. Notamment, les coûts de 5 % des principaux médicaments onéreux réclamés par les demandeurs de remboursement représentaient près des deux tiers des coûts de médicaments totaux dans les régimes privés.
- Les mesures visant à atténuer les coûts, y compris les substitutions par un médicament générique ou un produit biosimilaire et les réductions de prix, ont permis de réduire les coûts de 1 % à 4 % par année. En 2023, l'effet « substitution » a pris de l'ampleur, entraînant une baisse des coûts (-2,0 %), tandis que l'effet « variation de prix » a eu une incidence minime (0,5 %).
- L'incidence démographique et les changements connexes dans les demandes de remboursement ont fluctué entre -3 % et 7 %. En 2023, un rebond important du nombre de demandeurs a entraîné un effet de poussée démographique à la hausse de 8,9 %, tandis qu'une croissance plus lente de l'utilisation de médicaments par demandeur a entraîné un effet de traction à la baisse de -1,9 %.

Aperçu des facteurs de coût des médicaments



Remarque : La présente analyse est fondée sur des renseignements accessibles au public sur les prix. Il ne reflète pas les remises, les rabais sur les prix ou les ententes confidentielles pouvant influencer sur les coûts réels. Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies et qu'elles sont soumises à un effet croisé.

*L'effet démographique de 2023 est basé sur les données projetées des demandeurs pour tenir compte du double comptage des demandeurs dans les données brutes.

Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC} (taux de saisie : de 79,9 % à 85,7 % du marché privé à paiement direct au Canada, variant en fonction de l'année).

Gestion des régimes

Les régimes privés d'assurance-médicaments remboursent généralement les médicaments prescrits selon un nombre de jours d'approvisionnement plus élevé par rapport à celui prévu par les régimes publics du SNIUMP. Le nombre de demandes de remboursement et les coûts engagés sont donc moindres. Toutefois, les demandeurs de remboursement paient des coûts plus élevés que les bénéficiaires actifs des régimes publics.

- ▶ Les régimes d'assurance-médicaments privés remboursent généralement des ordonnances de plus grande taille, le nombre moyen de jours d'approvisionnement par demande étant de 37 jours contre 25 jours pour les régimes d'assurance-médicaments publics du SNIUMP, ce qui se traduit par une diminution des coûts et de la part des coûts d'exécution des ordonnances. Cela porte à croire que l'allongement de la période d'approvisionnement, le cas échéant, pourrait réduire la fréquence d'exécution et générer des économies grâce à la réduction des coûts d'exécution des ordonnances.
- ▶ Les régimes privés d'assurance-médicaments ont remboursé 84 % des nouvelles substances actives (NSA) approuvées au cours de la période de 2017 à 2022 avant 2023, et environ 80 % des NSA ont été couvertes dans l'année qui a suivi l'autorisation de mise sur le marché. Pour la même cohorte et la même période, 55 % des NSA ont été inscrites dans la liste des médicaments couverts d'au moins un régime public, ce qui reflète des différences distinctes dans les mécanismes de remboursement.
- ▶ Environ 1,1 % des demandeurs de remboursement inscrits à un régime privé d'assurance-médicaments ont engagé des coûts d'ordonnance annuels supérieurs à 10 000 \$, contre 3,3 % des demandeurs inscrits aux régimes publics du SNIUMP. Toutefois, les demandeurs de remboursement pour des médicaments onéreux inscrits à des régimes privés d'assurance-médicaments ont payé une part et un montant plus importants que les bénéficiaires des régimes publics.
- ▶ En 2023, les promoteurs de régimes de petite taille (moins de 50 bénéficiaires) représentaient 68 % des promoteurs de régime, alors que les régimes de grande taille (plus de 1 000 bénéficiaires) ne représentaient que 8 % des régimes, mais comptaient 90 % des bénéficiaires et 89 % des coûts de médicaments totaux. En particulier, les régimes de taille moyenne engagent souvent des coûts annuels de médicaments plus élevés par demandeur de remboursement.

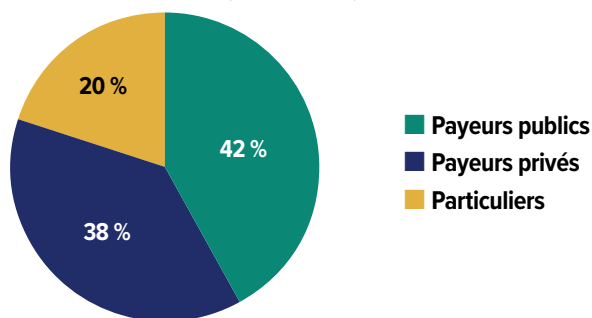
Table des matières

Sommaire.....	iv
Introduction.....	1
Méthodes.....	3
Limites.....	4
Analyses.....	5
SECTION 1	
Tendances des dépenses de médicaments d'ordonnance, de 2018 à 2023	6
SECTION 2	
Inducteurs de coûts des médicaments, de 2018 à 2023	12
SECTION 3	
Gestion des régimes privés d'assurance-médicaments	27
Annexe A	
Tendances annuelles relatives au coût des médicaments par classe thérapeutique.....	37
Annexe B	
Comparaison de l'utilisation : Régimes privés d'assurance- médicaments (à l'exclusion du Québec) par rapport aux régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP	38
Annexe C	
Taille des promoteurs de régime et utilisation de médicaments onéreux	39
Annexe D	
Les 50 médicaments les plus vendus (molécule, concentration ou forme la plus utilisée) selon la part des coûts de médicaments, régimes privés d'assurance-médicaments, 2023 (en %)	40

Introduction

Au Canada, les médicaments d'ordonnance, lorsqu'ils sont utilisés en dehors d'un milieu hospitalier, sont couverts par une combinaison de régimes publics d'assurance-médicaments (42 %), d'assureurs privés (38 %) et de dépenses engagées par les ménages et les particuliers (20 %), comme le montre la figure 0.1. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a indiqué que le coût total des médicaments d'ordonnance au Canada a atteint 42,1 milliards de dollars en 2023. Les assurances privées représentent le deuxième marché en importance, avec environ 38 % des dépenses en médicaments prescrits, soit 15,8 milliards de dollars. Ce taux est inférieur de 4,7 %, soit 2,0 milliards de dollars, à celui du plus important payeur, soit le secteur public. Bien que le financement public soit la principale source de couverture des dépenses, un grand nombre de la population canadienne est couverte par des assureurs privés^I, 64 % de la population (25 millions de personnes) étant inscrite à des régimes privés d'assurance-médicaments^{II}. En tant que principaux intervenants du système de santé, les régimes privés d'assurance-médicaments jouent un rôle important dans le remboursement des médicaments au Canada, et les coûts des régimes d'assurance-médicaments constituent une préoccupation majeure pour les promoteurs de régimes.

FIGURE 0.1 Part des dépenses en médicaments prescrits par source de financement, Canada, 2023



Sources de données : Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 : Tableaux de données – Série G. Ottawa, Ontario : ICIS; 2024. Consulté en novembre 2024.

Le présent rapport porte sur les dépenses des régimes privés d'assurance-médicaments en 2023, avec un regard rétrospectif sur les tendances depuis 2018. Les résultats de l'analyse aideront les intervenants à prévoir l'évolution des pressions exercées sur les coûts qui touchent les régimes privés d'assurance-médicaments du Canada et à y réagir. Le présent rapport adopte un format similaire à celui du rapport *CompasRx*, servant de source d'informations sur les tendances en matière de dépenses des régimes d'assurance-médicaments.

Le rapport comprend trois sections principales. La section 1 présente les tendances générales relatives aux dépenses en médicaments d'ordonnance dans les régimes privés d'assurance-médicaments, y compris des considérations démographiques comme l'âge et le genre. La section 2 donne un aperçu détaillé des facteurs qui déterminent le coût des médicaments dans les régimes privés, en mettant l'accent sur les médicaments onéreux et sur les répercussions possibles sur les coûts. La section 3 traite de la gestion des régimes privés d'assurance-médicaments, en présentant des comparaisons avec les régimes publics du SNIUMP et en soulignant les domaines pour lesquels des recherches supplémentaires sont nécessaires.

I Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. 2024. *Faits sur les assurances de personnes au Canada, édition 2024*.

II Conference Board of Canada. 2022. *Comprendre l'écart 2.0* (données tirées de diverses sources dont Statistique Canada, les gouvernements provinciaux, l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes du Canada et le Conference Board of Canada).

Document d'information : Régimes privés d'assurance-médicaments au Canada

Les régimes privés d'assurance-médicaments jouent un rôle important dans le remboursement des médicaments au Canada et sont des intervenants clés dans le système de santé.

Au Canada, les coûts des médicaments d'ordonnance sont couverts par une combinaison de régimes d'assurance-médicaments publics et privés, ainsi que par des particuliers. Si toutes les provinces et tous les territoires offrent une couverture pour les médicaments d'ordonnance à des groupes de la population en particulier (généralement les personnes âgées, les personnes à faible revenu ou celles dont le coût des médicaments est élevé par rapport à leur revenu), la plupart des régimes privés d'assurance-médicaments couvrent les bénéficiaires en âge de travailler et les personnes à leur charge.

La couverture des médicaments n'est qu'une composante des prestations complémentaires de santé fournies par le secteur privé, qui comprennent également les frais d'hospitalisation, les soins de la vue, l'assurance voyage, les services paramédicaux et les soins dentaires. Les employeurs équilibrent l'ensemble de leurs prestations afin d'attirer et de maintenir en poste les employés, et de garantir une main-d'œuvre saine et productive.

Les Canadiens et Canadiennes peuvent souscrire directement une assurance privée ou bénéficier d'une couverture par le biais des avantages sociaux offerts par leur employeur (l'option la plus courante). Les employeurs peuvent choisir différentes structures de couverture : (i) entièrement assuré – le risque est assumé par l'assureur; (ii) services administratifs uniquement (SAS) – le risque incombe à l'employeur; ou (iii) régimes hybrides – l'assureur et l'employeur partagent le risque.

Les régimes privés peuvent couvrir tous les médicaments d'ordonnance ou avoir une liste de médicaments définie. Les structures de partage des coûts prennent la forme de coassurances, de quotes-parts, de franchises et de plafonds. Les récentes préoccupations quant à la pérennité à long terme des régimes privés au Canada ont favorisé l'utilisation de mécanismes de gestion des coûts, comme le remplacement obligatoire par des médicaments génériques, l'augmentation du recours à des listes gérées de médicaments assurés, l'autorisation préalable et le multiniveau (favorisant l'utilisation de médicaments plus économiques), les réseaux de pharmacies recommandées, un partage des coûts accru, le groupement des bénéficiaires ayant des médicaments onéreux et l'élimination des prestations pour les retraités, entre autres.

Les données fournies dans la présente étude concernent un vaste échantillon de régimes privés à paiement direct des médicaments du Canada totalisant 167 millions d'ordonnances et des coûts d'ordonnance totaux s'élevant à 13,5 milliards de dollars (coûts des médicaments, marges bénéficiaires et frais d'exécution) en 2023.

Méthodes

La principale source de données du présent rapport est la Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC III}, qui comprend des données sur les demandes de remboursement de médicaments d'ordonnance recueillies auprès d'un vaste échantillon de régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct au Canada. Toutes les provinces canadiennes sont comprises dans cet ensemble de données. Ces données sont utilisées pour présenter les résultats des régimes privés d'assurance-médicaments aux niveaux national et provincial pour les années civiles 2018 à 2023.

Les valeurs d'analyse de la section 1 sont principalement extrapolées pour représenter 100 % du marché privé à paiement direct afin de fournir une vue d'ensemble de la dynamique du marché; les chiffres précis présentant des exceptions à cette approche sont signalés en conséquence. Les sections 2 et 3 présentent les analyses en valeurs réelles, afin de permettre une étude plus ciblée et plus approfondie. Les variations des taux de saisie au cours de la période étudiée peuvent entraîner des incohérences dans les taux de croissance indiqués dans les sections 1 et 2, notamment dans l'analyse des facteurs de coût des médicaments. Toutefois, les écarts dus à ces différences de taux de saisie sont généralement incorporés dans les effets de démographie et de volume.

En raison des différences substantielles dans la taille des régimes privés d'assurance-médicaments, la déclaration directe des dépenses absolues en médicaments prescrits peut ne pas donner d'indications significatives pour les promoteurs de régimes individuels. Pour faciliter une comparaison plus équitable entre les différents contextes, les valeurs ont été normalisées en fonction d'une taille moyenne de régime de 1 000 demandeurs, le cas échéant. Cette approche permet une analyse plus cohérente et comparable des dépenses en médicaments d'ordonnance dans les différentes provinces et tailles de régimes.

Le rapport analyse également les renseignements contenus dans la base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP), créée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Cette base de données renferme des renseignements nationaux sur les régimes publics d'assurance-médicaments, notamment des données sur les demandes de remboursement recueillies auprès des régimes participant à l'initiative du SNIUMP. Les résultats sont limités aux régimes

publics d'assurance-médicaments dont les données étaient disponibles au moment de l'étude : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et Yukon.

Les termes et définitions contenus dans le présent rapport cadrent largement avec les concepts équivalents présentés dans le rapport *CompasRx*. La principale différence réside dans le fait que les données relatives aux régimes privés d'assurance-médicaments étaient disponibles par année civile (de janvier à décembre), tandis que les données annuelles relatives aux régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP étaient agrégées par exercice (d'avril à mars). Il convient de noter que les termes « demandeurs de remboursement » et « bénéficiaires actifs » désignent tous deux les personnes pour lesquelles au moins une demande de remboursement de médicaments d'ordonnance a été acceptée. Le terme « demandeurs de remboursement » est principalement utilisé dans les régimes privés, alors que le terme « bénéficiaires actifs » cadre avec la terminologie des régimes publics.

Le rapport analyse différentes mesures des coûts. Les coûts de médicaments comprennent le coût du médicament et la marge acceptée pour le remboursement par les régimes privés ou publics analysés, à l'exclusion des frais d'exécution des ordonnances. Le coût de l'ordonnance comprend tous les éléments de coût associés à une ordonnance – les coûts des médicaments avec les marges associées et les coûts d'exécution, reflétant à la fois la part payée par le régime et la part payée par le patient.

L'analyse des facteurs de coût des médicaments suit l'approche méthodologique décrite dans le document du SNIUMP intitulé : Les facteurs de coût associés aux dépenses en médicaments d'ordonnance – Un rapport méthodologique^{IV}. L'analyse du coût moyen par unité dans la section 2 est limitée aux médicaments solides administrés par voie orale en raison des incohérences concernant la déclaration des données concernant le nombre d'unités d'autres types de formulations (p. ex. inhalateurs, perfusions, etc.). La classification thérapeutique utilisée dans l'analyse repose sur le système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la Santé. Les vaccins et les services pharmaceutiques ne sont généralement pas représentés dans le présent rapport.

Un glossaire des termes utilisés dans les études du SNIUMP est accessible sur le site Web du CEPMB.

III Le taux global de saisie des données relatives aux régimes privés d'assurance-médicaments a été estimé entre 79,9 % et 85,7 % de l'ensemble du marché privé à paiement direct, avec des variations selon les années.

IV Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, 2013. *Les facteurs de coût associés aux dépenses en médicaments d'ordonnance – Un rapport méthodologique*. Ottawa : CEPMB. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=887&lang=fr>

Limites

Les données contenues dans la Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA[®] proviennent des données des assureurs privés à paiement direct du Canada. Bien que les données de chaque fournisseur soient complètes, les assureurs canadiens ne sont pas tous inclus dans cette base de données. Dans la section 1, les valeurs sont extrapolées pour représenter 100 % du marché privé à paiement direct, en fonction des taux de saisie nationaux annuels, bien que les taux de saisie provinciaux varient à l'échelle du Canada.

Les données relatives aux régimes privés d'assurance-médicaments couvrent toutes les provinces; toutefois, les données du SNIUMP sur les régimes publics d'assurance-médicaments sont disponibles pour toutes les provinces, à l'exception du Québec. Alors que les données des régimes privés d'assurance-médicaments sont déclarées par année civile, les données annuelles des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP sont agrégées par exercice. Par conséquent, les comparaisons des paramètres d'utilisation et de coût entre les régimes privés d'assurance-médicaments et les régimes publics du SNIUMP représentent un aperçu des types de régimes respectifs.

Dans les comparaisons pertinentes, les données du SNIUMP sur les régimes publics d'assurance-médicaments ne comprennent que les bénéficiaires qui ont payé leur franchise et reçu un remboursement de leur régime public. Une fois identifiées, toutes les demandes de remboursement associées à ces bénéficiaires au cours d'une année donnée ont été incluses dans cette analyse. En revanche, les régimes privés d'assurance-médicaments peuvent prendre en compte les demandes de remboursement contenant des dépenses comptabilisées comme des franchises payées avant que les bénéficiaires ne soient admissibles à la couverture publique. Ceci est particulièrement pertinent pour les provinces ayant une approche de régime universel, comme la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Manitoba. Pour les bénéficiaires dont les médicaments sont de faible coût et qui n'ont pas atteint la franchise requise, donc qui n'étaient pas admissibles à une couverture de régime public au cours d'une année donnée, l'utilisation des médicaments n'est prise en compte que dans les régimes privés ou sous la forme de frais déboursés par des particuliers. Par conséquent, les résultats des régimes publics du SNIUMP peuvent refléter un déséquilibre en faveur des bénéficiaires ayant des médicaments onéreux.

Les demandes de coordination des prestations de régime privé à régime privé ont été exclues conformément aux règles de données normalisées d'IQVIA afin d'éviter de surcompter les demandes soumises à un deuxième régime privé uniquement au titre de la coordination des prestations. Toutefois, en ce qui concerne la coordination des prestations de régime privé à régime public, les données des régimes privés d'assurance-médicaments peuvent refléter une utilisation incomplète et des coûts pour les demandeurs de remboursement, à savoir les personnes âgées (65 ans et plus), pour lesquels les prestations sont coordonnées avec celles remboursées par le régime public.

Dans l'étude, la base de données est accédée à un niveau agrégé, ce qui peut entraîner un léger déséquilibre en faveur des femmes. Cette limitation est due à l'impossibilité d'exclure les cohortes de prestataires féminines incluses uniquement en raison des demandes de remboursement de contraceptifs oraux. En outre, le nombre de demandeurs pour 2023 a été ajusté pour corriger le double comptage dans les données brutes.

Les résultats présentés peuvent varier d'une province et d'un régime à un autre, notamment en raison des différences dans les profils démographiques et sanitaires des populations de bénéficiaires actifs. La variation de la disponibilité de sous-régimes précis dans les données publiques limite également la comparabilité des résultats entre les régimes.

Les montants en dollars indiqués représentent les dépenses nominales et ne sont pas ajustés pour tenir compte de l'inflation. Les coûts des médicaments reflètent les montants de remboursement acceptés par les régimes d'assurance-médicaments, qui peuvent différer des montants réels payés par le régime ou le programme. En outre, ces coûts ne tiennent pas compte des remises, des rabais sur les prix ou des ententes confidentielles pouvant influencer sur les dépenses finales.

Le présent rapport comprend des données jusqu'en 2023 inclusivement.

Analyses

Les éléments qui composent les dépenses en médicaments d'ordonnance peuvent être examinés sous deux angles : le partage des coûts et les produits pharmaceutiques.

Du point de vue de la fixation des prix des produits pharmaceutiques, le coût d'un régime d'assurance-médicaments d'ordonnance dans cette section se mesure par le total de deux composantes : le coût des médicaments d'ordonnance (y compris les marges bénéficiaires) et le coût de délivrance des médicaments d'ordonnance, représenté ici par la formule suivante :

Dépenses en médicaments d'ordonnance = Coûts des médicaments + Coûts d'exécution d'ordonnance

Du point de vue du partage des coûts, les dépenses déclarées dans la présente étude représentent le montant total que les régimes privés d'assurance-médicaments acceptent de rembourser. Ces dépenses tiennent compte à la fois des portions des coûts d'ordonnance payés par les régimes et ceux payés par les bénéficiaires, comme les quotes-parts et les franchises, représentées ici par la formule suivante :

Dépenses en médicaments d'ordonnance = Coûts payés par les régimes + Coûts payés par les bénéficiaires

Les sections qui suivent explorent ces deux angles, mais mettent l'accent sur les deux composantes du point de vue de la fixation des produits pharmaceutiques, soit les coûts des médicaments et les coûts d'exécution d'ordonnances, par l'analyse des tendances des données et l'ajout de contexte supplémentaire sous forme d'aperçu.

SECTION 1

Tendances des dépenses de médicaments d'ordonnance, de 2018 à 2023

Les dépenses en médicaments d'ordonnance pour les régimes privés ont augmenté de 12,9 % en 2023, ce qui revient à la tendance à la hausse qui prévalait en 2019, soit avant la pandémie. Cette année-là, une augmentation de 8,8 % a été enregistrée avant le début de la pandémie de COVID-19 en 2020. Malgré des facteurs dynamiques comme la pandémie, l'utilisation accrue de médicaments onéreux a toujours été le facteur de croissance le plus important des régimes privés d'assurance-médicaments.

Référence rapide : Section 1

La Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC} contient des données administratives sur les régimes privés d'assurance-médicaments obtenues auprès d'assureurs privés à paiement direct. Bien que les données de chaque fournisseur soient complètes, les assureurs canadiens ne sont pas tous inclus dans cette base de données, et la couverture varie d'une province à l'autre.

Les valeurs d'analyse de cette section sont principalement extrapolées pour représenter 100 % du marché privé à paiement direct afin de fournir une vue d'ensemble de la dynamique du marché; les figures précises présentant des exceptions à cette approche sont signalées en conséquence.

En raison des différences substantielles dans la taille des régimes privés d'assurance-médicaments, la déclaration directe des dépenses absolues en médicaments prescrits peut ne pas donner d'indications significatives pour les promoteurs de régimes individuels. Pour faciliter une comparaison plus équitable entre les différents contextes, les valeurs ont été normalisées en fonction d'un régime moyen de 1 000 demandeurs, le cas échéant. Cette approche permet une analyse plus cohérente et comparable des dépenses en médicaments d'ordonnance dans les différentes provinces et tailles de régimes.

Dépenses en médicaments d'ordonnance

**Dépenses en médicaments d'ordonnance =
Coûts des médicaments (88 %) + Coûts d'exécution
d'ordonnance (12 %)**

Entre 2018 et 2023, les dépenses annuelles en médicaments d'ordonnance des régimes privés d'assurance-médicaments ont augmenté à un taux de croissance annuel composé (TCAC) de 7,1 %. La période de 2018 à 2019, au cours de laquelle des Ontariens de moins de 25 ans^V sont passés d'une couverture d'assurance-médicaments du régime

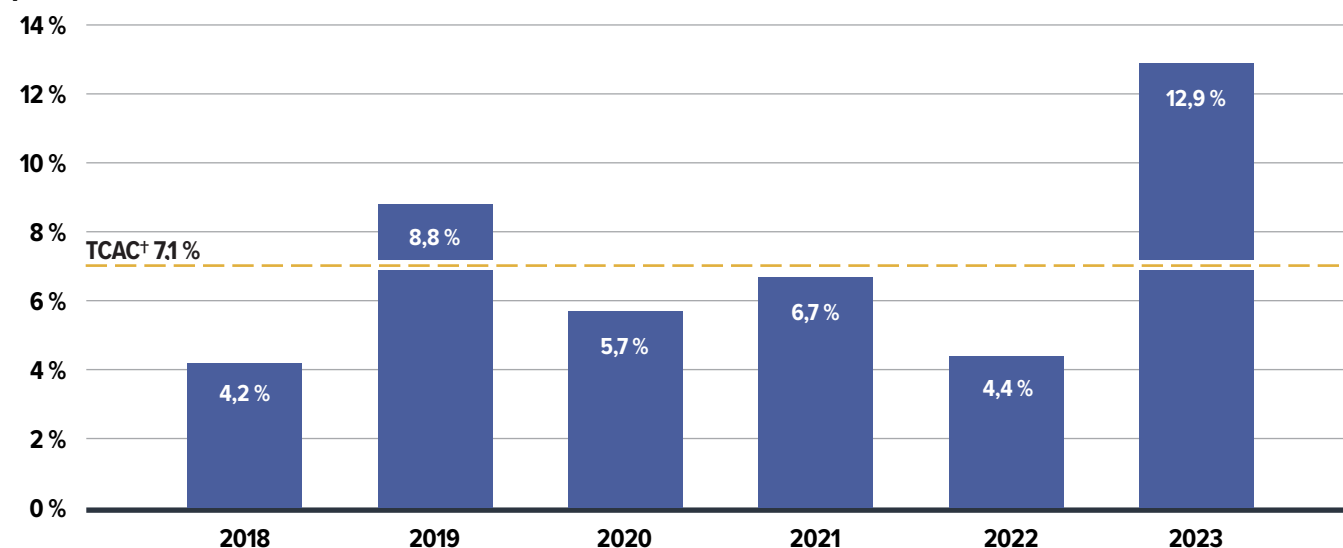
public à un régime privé, a contribué à une modeste croissance de 4,2 % pour les régimes d'assurance-médicaments privés en 2018, suivie d'une augmentation plus substantielle de 8,8 % en 2019. De 2020 à 2022, la croissance a ralenti en raison de la pandémie de COVID-19, avec des augmentations annuelles allant de 4,4 % à 6,7 %. Toutefois, en 2023, les niveaux de dépenses ont bondi de 12,9 %, revenant totalement à la tendance à la croissance d'avant la pandémie, comme si elle n'avait jamais été interrompue (figure 1.1).

^V Le programme Assurance-santé Plus de l'Ontario a offert une couverture pour les médicaments d'ordonnance à tous les Ontariens de moins de 25 ans à compter du 1^{er} janvier 2018. Depuis le 31 mars 2019, le programme a été remanié pour obliger les personnes bénéficiant d'une couverture privée à revenir à leur régime privé.

L'augmentation globale des dépenses en 2023 découle d'une disparité des taux de croissance entre les différentes composantes, avec une augmentation de 14,1 % du coût des médicaments (y compris les marges bénéficiaires associées) et une augmentation

de 4,5 % du coût d'exécution des ordonnances. Le coût des médicaments représentait une part nettement plus importante des dépenses globales (88 %), tandis que les frais d'exécution des ordonnances ne représentaient qu'une modeste part de 12 %.

FIGURE 1.1 Taux de variation annuel des dépenses en médicaments d'ordonnance, régimes privés d'assurance-médicaments*, de 2018 à 2023



* Les résultats reposaient sur des valeurs extrapolées de la Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC} pour représenter la totalité du marché privé à paiement direct au Canada.

† Taux de croissance annuel composé.

Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.

Ces dépenses reflètent à la fois la portion des coûts d'ordonnance payés par les régimes et la portion des coûts payés par les bénéficiaires, comme les quotes-parts et les franchises.

Part des dépenses en médicaments d'ordonnance payées par les bénéficiaires

**Dépenses en médicaments d'ordonnance =
Dépenses payées par le régime (88 %) + Dépenses
payées par les bénéficiaires (12 %)**

En 2023, les régimes privés d'assurance-médicaments ont payé en moyenne 88 % des dépenses totales pour les médicaments prescrits admissibles au remboursement, les 12 % restants étant payés par les bénéficiaires. L'information sur les mécanismes d'admissibilité et de partage des coûts des régimes d'assurance-médicaments sera examinée plus en détail dans la section 3.

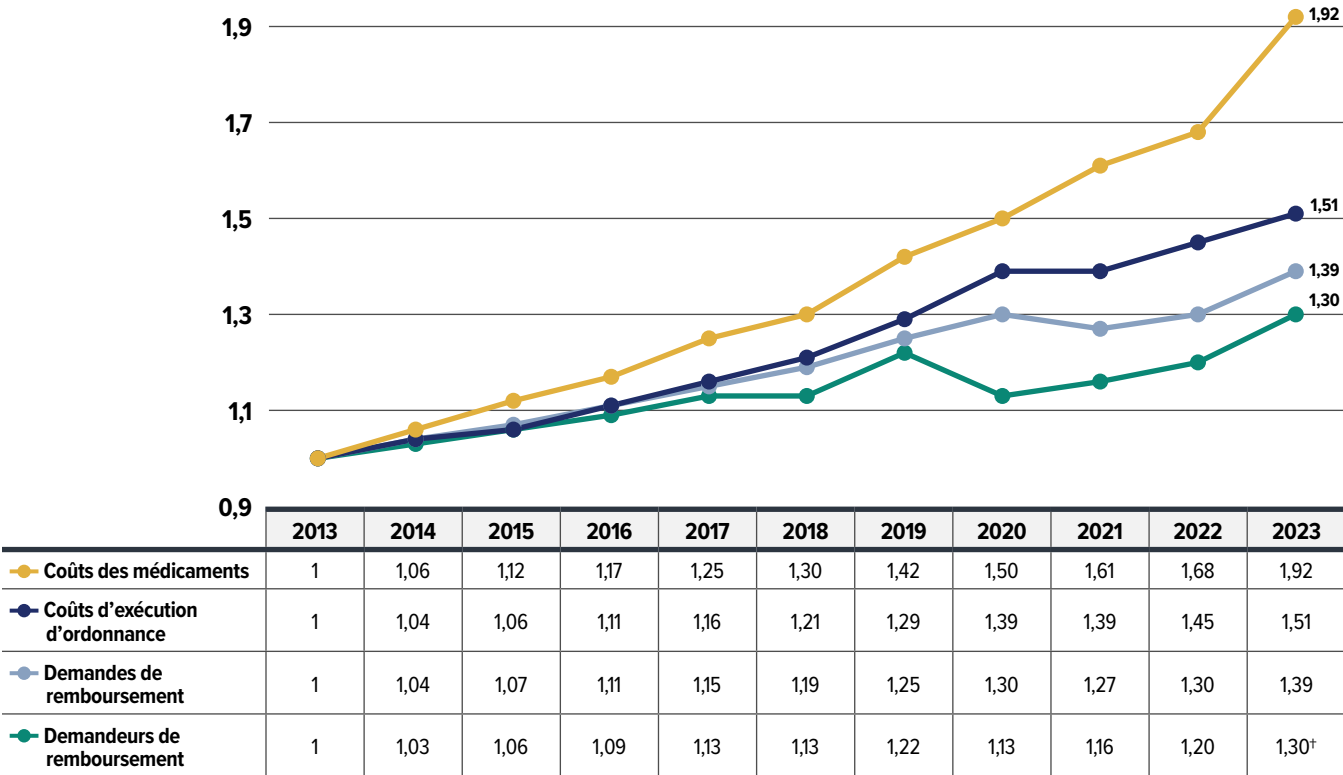
Tendances de l'utilisation des médicaments d'ordonnance

Bien que le présent rapport se concentre principalement sur la période de six ans allant de 2018 à 2023, la figure 1.2 présente une perspective historique plus longue, en remontant jusqu'en 2013. Elle s'inscrit dans la continuité de la période analysée dans le rapport du CEPMB Régimes privés d'assurance-médicaments au Canada – Partie 1 : Marché des médicaments génériques 2005-2013. Le calendrier élargi comprenait plusieurs vagues de réformes de la tarification des médicaments génériques lancées par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) à partir d'avril 2013. Les politiques de tarification des médicaments génériques de l'APP étaient transparentes et, même si elles visaient seulement les régimes publics d'assurance-médicaments, elles ont également été adoptées par de nombreux régimes privés d'assurance-médicaments.

Au cours de cette décennie, les coûts des médicaments ont connu la plus forte hausse parmi toutes les mesures d'utilisation des médicaments. La composante du coût des médicaments (y compris les marges bénéficiaires associées) dans les dépenses en médicaments prescrits a augmenté de 92 %, doublant presque entre 2013 et 2023. Les coûts des médicaments ont augmenté presque deux fois plus vite que les coûts d'exécution des ordonnances, soit de 51 %. De plus, la croissance

du coût des médicaments a été plus rapide que celle du nombre de demandeurs de remboursement (30 %) et de demandes de remboursement (39 %) dans les régimes privés d'assurance-médicaments. La section 2 fournit des informations complémentaires sur les tendances à la hausse des coûts des médicaments, des demandeurs et des demandes de remboursement au cours des dernières années (à partir de 2018).

FIGURE 1.2 Tendances en matière d'utilisation de médicaments prescrits dans les régimes privés d'assurance-médicaments*, de 2013 à 2023 (2013 = 1)



* Les résultats étaient basés sur des valeurs extrapolées de la Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC} pour représenter la totalité du marché privé à paiement direct au Canada.

† La valeur pour 2023 est projetée pour tenir compte du double comptage des demandeurs dans les données brutes.

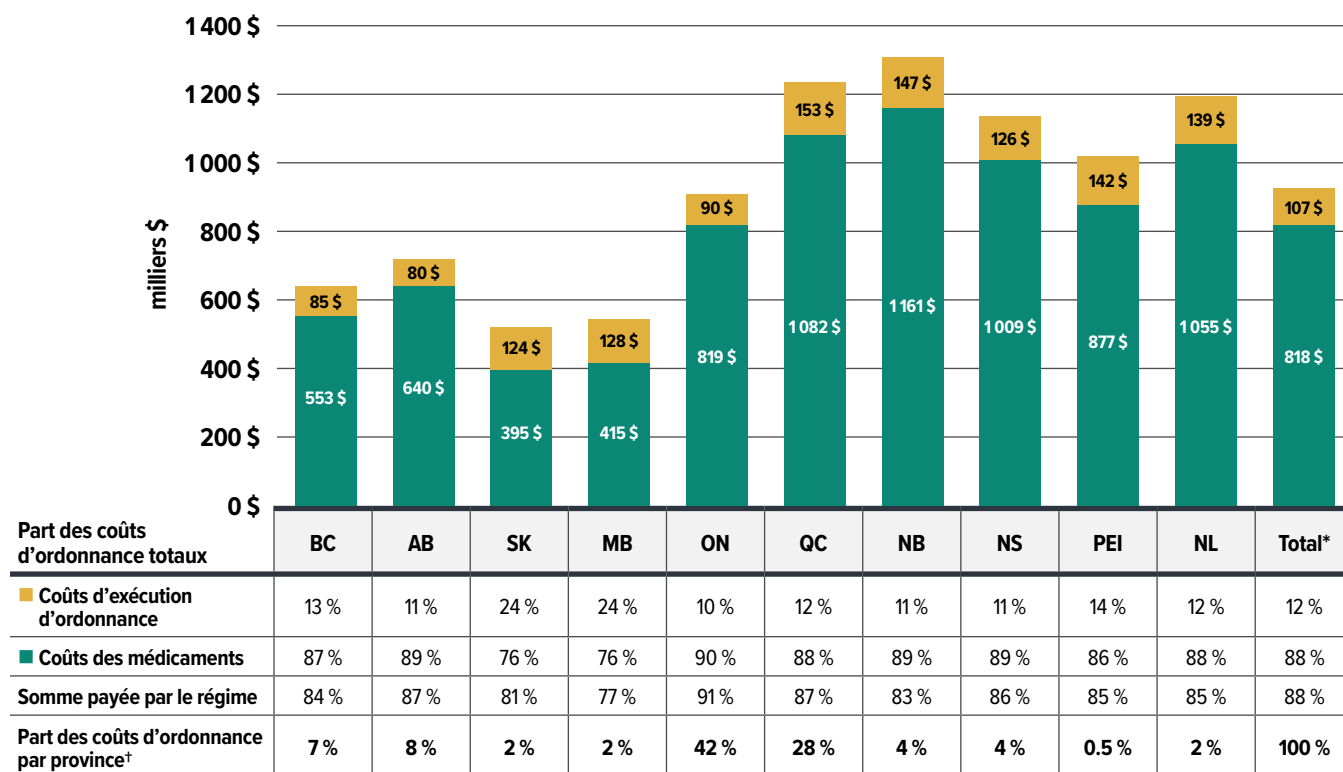
Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.

Dépenses en médicaments prescrits par province et ventilation démographique

La croissance annuelle des dépenses en médicaments d'ordonnance varie selon des facteurs comme le nombre de bénéficiaires actifs et le coût des médicaments associés. En raison des écarts considérables dans la taille des régimes privés d'assurance-médicaments, la déclaration directe des dépenses absolues en

médicaments prescrits peut ne pas donner d'indications significatives pour les promoteurs de régimes individuels. Pour une comparaison plus équitable, la figure 1.3 présente une vue d'ensemble des dépenses en médicaments prescrits, normalisées par régime de 1 000 demandeurs pour 2023, dans différentes provinces.

FIGURE 1.3 Dépenses en médicaments d'ordonnance (en milliers de dollars), pour 1 000 demandeurs de remboursement, régimes privés d'assurance-médicaments, 2023



* Le total inclut une petite quantité de données au-delà des 10 provinces présentées, y compris les demandes des territoires et celles dont l'information géographique est inconnue dans les données, qui représentent collectivement moins de 1 % du coût total des ordonnances.

† La part reflète les données saisies dans la Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}. Il se peut que la répartition exacte des dépenses en médicaments des régimes privés par province ne soit pas indiquée en raison de différences dans les taux de saisie.

Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.

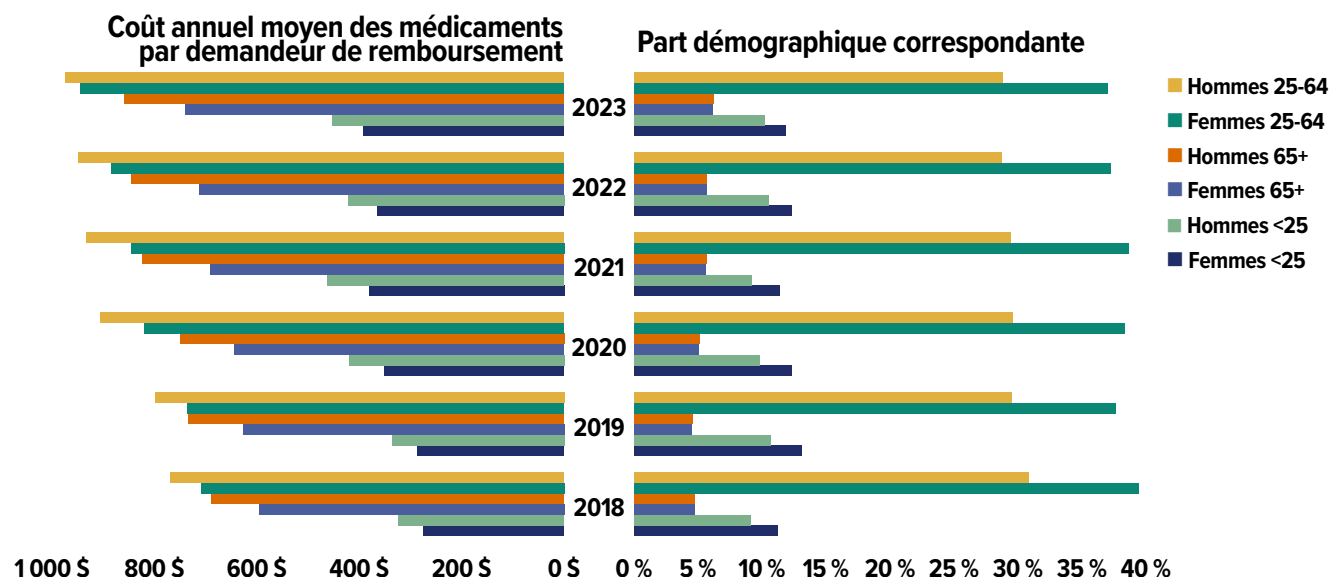
En 2023, les régimes privés d'assurance-médicaments payaient en moyenne 88 % des dépenses totales en médicaments d'ordonnance, soit une part similaire à celle payée par les régimes publics du SNIUMP. Toutefois, cette part varie d'une province à l'autre. Pour l'ensemble des régimes privés, les coûts des médicaments représentaient 88 % des dépenses totales, tandis que les coûts d'exécution d'ordonnance en représentaient 12 %.

Les régimes privés d'assurance-médicaments de l'Ontario représentaient la plus grande part des dépenses totales, soit 42 %, suivis par ceux du Québec, s'établissant à 28 %. Les dépenses en médicaments d'ordonnance par régime de 1 000 demandeurs variaient de 519 700 \$ en Saskatchewan à 1 307 800 \$ au Nouveau-Brunswick. Ces importantes variations provinciales peuvent être attribuées à des approches politiques différentes, par exemple, une couverture universelle des médicaments comparativement à une couverture définie en fonction de la population, ce qui donne lieu à une combinaison unique de régimes publics et privés dans chaque province.

Les provinces ayant adopté un régime universel, comme la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Manitoba, affichent généralement des coûts moins élevés par demandeur, possiblement parce que les franchises comptabilisées avant l'admissibilité des demandeurs à la couverture publique étaient prises en compte dans les dépenses couvertes par les régimes privés. Si le Nouveau-Brunswick affiche des coûts de prescription plus élevés par demandeur, c'est probablement en raison des coûts élevés associés aux demandes des personnes âgées couvertes par des régimes privés en tant que premier payeur. Pour une analyse plus approfondie de la distinction entre les personnes âgées et les personnes non considérées comme âgées, voir la figure 1.5 plus loin dans la présente section.

Les caractéristiques démographiques des bénéficiaires ont une forte influence sur la hausse des coûts des médicaments d'ordonnance. La figure 1.4 illustre l'incidence de facteurs démographiques tels que l'âge et le sexe sur les tendances en matière de dépenses des régimes privés d'assurance-médicaments.

FIGURE 1.4 Coût annuel moyen des médicaments* par demandeur de remboursement dans les régimes privés d'assurance-médicaments et sa part démographique correspondante, de 2018 à 2023



* Composante des coûts des médicaments (y compris les marges bénéficiaires connexes) dans les dépenses en médicaments prescrits.

Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.

De 2018 à 2023, le coût annuel moyen des médicaments par demandeur a augmenté dans tous les groupes d'âge et de sexe. En moyenne, les hommes ont toujours eu des coûts de traitement annuels plus élevés que les femmes dans le même groupe d'âge. Toutefois, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à faire des demandes de remboursement de médicaments, sauf dans le groupe des personnes âgées (65 ans et plus). La proportion globale plus élevée de femmes bénéficiaires (55 %), en particulier dans les groupes en âge de travailler (25-64 ans) et chez les jeunes (moins de 25 ans), peut être faussée par l'inclusion des demandes de remboursement de contraceptifs oraux, comme il est expliqué dans la section « Limites » du présent rapport. Cela pourrait également réduire légèrement le coût annuel moyen des médicaments calculé pour les femmes qui demandent des remboursements. D'autres facteurs, comme le comportement favorisant la santé et l'observance des traitements, peuvent également contribuer à la proportion plus élevée de femmes parmi les demandeurs de remboursement.

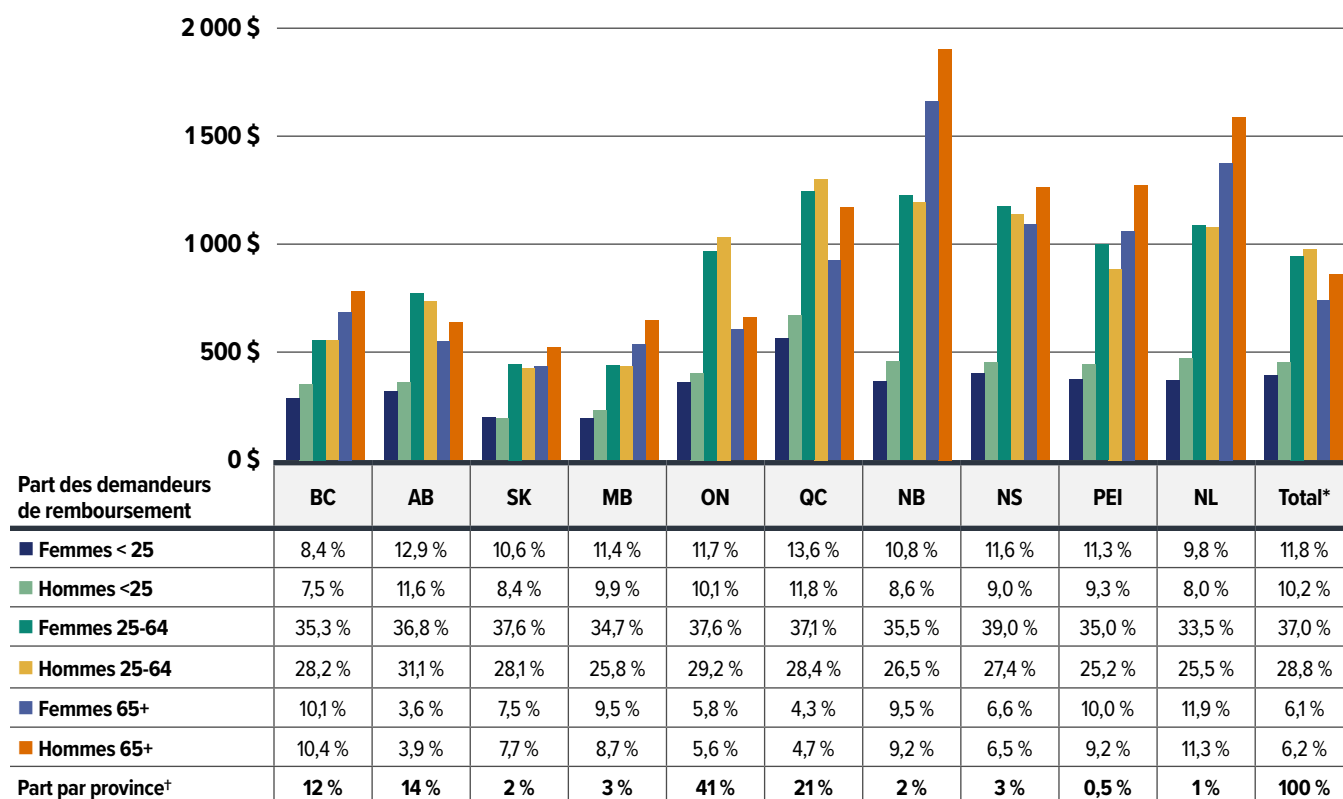
Les hommes et les femmes du groupe d'âge des 25-64 ans affichaient les coûts annuels de médicaments les plus élevés et représentaient la plus grande part des demandeurs de remboursement, faisant d'eux les principaux contributeurs aux dépenses globales en médicaments. En 2023, les hommes âgés de 25 à 64 ans ont assumé les coûts de traitement annuels les plus élevés (974 \$), suivis par les femmes du même groupe d'âge (945 \$).

Les aînés (65 ans et plus) représentaient la plus petite proportion des demandeurs de remboursement, mais représentaient le deuxième groupe d'âge en importance ayant généré les coûts annuels de médicaments les plus élevés. Cependant, leurs coûts annuels relativement faibles par rapport à ceux des 25-64 ans couverts par des régimes privés d'assurance-médicaments ne reflètent peut-être pas entièrement leurs dépenses réelles, car les données peuvent refléter une utilisation et des coûts incomplets en raison de la coordination avec les prestations remboursées par le régime public.

La part des demandeurs âgés de 65 ans et plus a légèrement augmenté au fil du temps, tandis que le nombre de demandeurs âgés de 25 à 64 ans a diminué, ce qui indique un vieillissement de la composition démographique des régimes privés. La part des demandeurs de moins de 25 ans a fluctué au cours des années prises en compte, probablement en raison de changements politiques et d'interventions liées à la pandémie.

Des approches stratégiques différentes ont conduit à des combinaisons uniques de couverture publique et privée des médicaments au Canada, entraînant des variations provinciales notables dans les facteurs démographiques, comme le montre la figure 1.5.

FIGURE 1.5 Coût annuel moyen des médicaments par demandeur de remboursement dans les régimes privés d'assurance-médicaments et sa part démographique correspondante, par province, 2023



* Le total inclut une petite quantité de données au-delà des 10 provinces présentées, y compris les demandes des territoires et celles dont l'information géographique est inconnue dans les données, qui représentent collectivement moins de 1 % du coût total des ordonnances.

† La part reflète les données saisies dans la Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}. Il se peut que la répartition exacte des dépenses en médicaments des régimes privés par province ne soit pas indiquée en raison de différences dans les taux de saisie.

Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.

En 2023, les coûts de traitement annuels des demandeurs de remboursement masculins étaient, en général, légèrement plus élevés que ceux des femmes. Cette différence était particulièrement prononcée dans le groupe des personnes âgées (65 ans et plus), dont la répartition était à parts égales entre les hommes et les femmes dans les régimes privés.

Dans les provinces dotées de régimes d'assurance-médicaments à approche mixte définis en fonction de la population et où les régimes publics constituent généralement les premiers payeurs pour les personnes âgées (comme l'Ontario, l'Alberta et le Québec^{VI}), on a enregistré les coûts annuels de médicaments les plus élevés dans les régimes d'assurance-médicaments privés chez les demandeurs en âge de travailler (25-64 ans). Toutefois, dans les provinces dotées d'un régime universel d'assurance-médicaments qui couvre tous les résidents sans égard à leur âge (comme la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Manitoba), les personnes âgées (65 ans et plus) ont engagé des coûts de médicaments

légèrement plus élevés que le groupe des 25-64 ans. En particulier, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador, où les régimes privés constituent les premiers payeurs pour les personnes âgées, ont enregistré les coûts annuels de médicaments les plus élevés chez les demandeurs âgés de 65 ans et plus.

Malgré les variations de coûts entre les provinces, les demandeurs âgés de 25 à 64 ans représentaient les deux tiers de la population des régimes privés d'assurance-médicaments et contribuaient aux coûts annuels globaux les plus élevés. Les jeunes (moins de 25 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus) représentaient ensemble le tiers restant des demandeurs; les personnes âgées avaient une part plus faible, mais assumaient des coûts plus élevés par rapport au groupe plus jeune.

Pour connaître les tendances démographiques correspondantes dans les régimes publics, y compris la composition par province des assurés aînés et non aînés, consultez la dernière édition du rapport [CompasRx](#).

VI Les résidents du Québec âgés de 65 ans et plus sont automatiquement inscrits au régime public. S'ils demeurent admissibles à un régime privé offrant une couverture de base pour les médicaments d'ordonnance, ils peuvent décider de n'être assurés que par le régime public, administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

SECTION 2

Inducteurs de coûts des médicaments, de 2018 à 2023

En 2023, les régimes privés d'assurance-médicaments enregistraient une croissance substantielle de 14,1 % du coût des médicaments – la composante la plus importante des dépenses en médicaments d'ordonnance. Les coûts en 2023 ont rebondi après trois années d'augmentations annuelles plus modérées de 4 %-5 % pendant la pandémie de COVID-19 (de 2020 à 2022). Au cours de la période de six ans allant de 2018 à 2023, l'utilisation accrue de médicaments onéreux a été le principal facteur de hausse, entraînant une augmentation constante des coûts de 5 % à 9 % annuellement. Les mesures d'atténuation des coûts, comme des substitutions par des médicaments génériques et biosimilaires et des réductions de prix, ont entraîné des effets à la baisse allant de -1 % à -4 %, mais n'étaient pas suffisantes pour compenser l'augmentation des coûts. L'incidence démographique et des changements connexes dans les demandes de remboursement ont entraîné des fluctuations entre -3 % et 7 %, attribuables à des changements stratégiques et concernant la structure de régime, à des interventions pendant la pandémie de COVID-19, à des incohérences dans la saisie de données, ainsi qu'à la croissance naturelle du volume et du nombre de patients.

Référence rapide : Section 2

Dans la présente section, une analyse détaillée des facteurs de coûts est utilisée pour déterminer dans quelle mesure les coûts des médicaments des régimes privés auraient varié, année après année, entre 2018 et 2023 si un seul facteur (p. ex. le prix des médicaments) avait été pris en compte et que tous les autres étaient demeurés les mêmes^{VII}.

Les variations dans les coûts des médicaments sont attribuables à un certain nombre d'effets de « poussée » et de « traction ». L'effet net de ces forces opposées produit le taux global de variation.

Effet « variation de prix » : Variations dans les prix des médicaments de marque et des médicaments génériques, déterminées au niveau de la molécule, de la concentration et de la forme.

Effet « substitution » : Passage des médicaments de marque aux médicaments génériques et à l'utilisation de médicaments biosimilaires.

Effet « démographie » : Variations dans le nombre de bénéficiaires actifs et variations dans la répartition selon l'âge ou le sexe.

Effet « volume » : Variations dans le nombre d'ordonnances délivrées aux patients, le nombre moyen d'unités d'un médicament délivrées par ordonnance ou l'utilisation de diverses concentrations ou formes d'un médicament.

Effet « combinaison de médicaments » : Changements dans l'utilisation des médicaments moins onéreux au profit des médicaments plus onéreux, y compris ceux qui arrivent sur le marché, qui s'y trouvaient déjà et qui sont restés sur le marché pendant la période étudiée.

VII En réalité, plusieurs facteurs changent simultanément, créant un effet résiduel ou croisé. L'effet croisé n'est pas présenté dans cette analyse, mais il est pris en compte dans la variation du coût total.

La figure 2.1 donne un aperçu des pressions exercées sur les taux de variation des coûts des médicaments de 2018 à 2023.

En général, les variations de la population de patients et du volume de médicaments prescrits entraînent une augmentation légère à modérée du coût des médicaments. En 2018 et 2019 (années précédant la pandémie de COVID-19), l'incidence combinée des changements démographiques et de volume était d'environ 3 %. Au cours de cette période, outre l'effet démographique habituel, le transfert de la couverture des Ontariens de moins de 25 ans entre les régimes d'assurance-médicaments publics et privés a eu des effets opposés, compensant les coûts de -2,5 % à 2,3 %.

Toutefois, la pandémie a considérablement perturbé ces tendances de base à partir de 2020. L'incidence initiale de la COVID-19 a mené à une diminution notable du nombre de demandeurs de remboursement en 2020, exerçant un effet démographique à la baisse de -5,5 % en 2020. Dès 2021, la baisse du nombre de demandeurs s'est arrêtée, entraînant un effet démographique neutre (-0,2 %). En 2022, le nombre de demandeurs a continué à se redresser, ce qui a entraîné une hausse modeste des coûts de 1,8 %, bien qu'inférieure aux niveaux de croissance antérieurs à la pandémie et partiellement influencée par des incohérences mineures dans la saisie des données. Dès 2023, le nombre de demandeurs a bondi, remontant complètement à des niveaux cadrant avec les tendances de croissance pré-pandémiques, comme s'il n'y avait pas eu d'interruption, et entraînant un important effet de poussée démographique de 8,9 %.

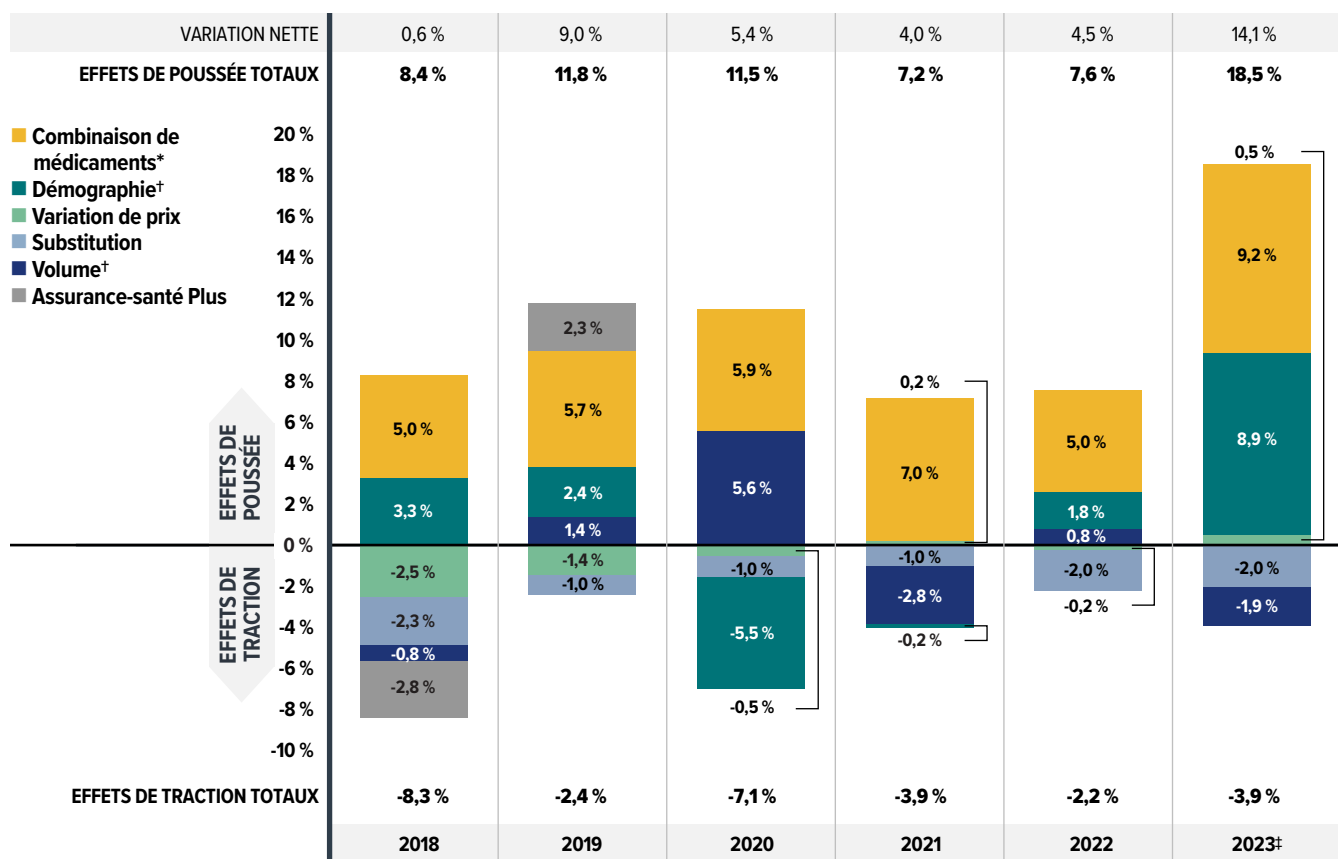
Par ailleurs, l'effet de volume a exercé une force inverse mineure par rapport à l'effet démographique. En 2020, malgré la baisse du nombre de demandeurs, une augmentation appréciable du nombre de demandes de remboursement par patient a entraîné une hausse des dépenses globales de 5,6 %. Toutefois, le ralentissement de la croissance de l'usage de

médicaments par rapport à l'augmentation du nombre de demandeurs a exercé à des forces neutres, voire à la baisse, allant de 0,8 % à -2,8 %, contrant ainsi l'effet démographique des années suivantes jusqu'en 2023.

La poussée à la hausse la plus marquée des coûts peut être attribuée à l'utilisation de médicaments onéreux, aussi appelée l'effet « combinaison de médicaments », qui a maintenu une moyenne de 6,3 % entre 2018 et 2023. En 2023, cet effet a atteint un niveau historiquement élevé, exerçant une poussée à la hausse de 9,2 % sur les coûts des médicaments dans les régimes d'assurance-médicaments privés, mettant ainsi en évidence son incidence croissante.

Faisant contrepoids aux pressions à la hausse sur le coût, la substitution par des médicaments génériques et biosimilaires et les réductions de prix exercent généralement une pression à la baisse sur le coût. L'ampleur de ces effets peut varier d'année en année selon l'arrivée de médicaments génériques et biosimilaires sur le marché et l'adoption de politiques ou d'initiatives pertinentes. La diminution des prix des médicaments génériques et l'augmentation des prix des médicaments de marque ont eu, en contrepartie, une incidence nette modeste sur la hausse du coût des médicaments, soit d'un effet de traction de -2,5 % lié à l'Initiative pancanadienne sur les prix des médicaments génériques en 2018, diminuant jusqu'à une contribution minimale (0,5 %) en 2023. À l'inverse, le passage de médicaments de marque à des médicaments génériques ou biosimilaires a eu un effet de traction de plus en plus marqué. En 2023, l'effet de substitution (stimulé par les initiatives de changement vers des médicaments biosimilaires) a réduit de 2,0 % les coûts des médicaments couverts par des régimes privés. Cette tendance devrait se poursuivre à mesure de la hausse de la disponibilité des biosimilaires.

FIGURE 2.1 Facteurs de coût des médicaments, régimes privés d'assurance-médicaments, de 2018 à 2023



Remarque : La présente analyse est fondée sur des renseignements accessibles au public sur les prix. Elle ne tient pas compte des remises, des rabais sur les prix ou des ententes confidentielles pouvant influencer sur les coûts réels.

Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies et qu'elles sont soumises à un effet croisé.

* L'effet de combinaison de médicaments ne sépare pas l'incidence des antiviraux à action directe (AAD) pour l'hépatite C, en raison de leur incidence négligeable sur les dépenses des régimes privés d'assurance-médicaments pour la période rapportée, de 2018 à 2023.

† Une discontinuité partielle temporaire dans les données présentées en 2021 et 2022 par le fournisseur de données sur les régimes privés d'assurance-médicaments a influé sur les résultats associés aux effets de démographie et de volume.

‡ L'effet de démographie de 2023 est fondé sur les données projetées des demandeurs pour tenir compte du double comptage des demandeurs dans les données brutes.

Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC} (taux de saisie : de 79,9 % à 85,7 % du marché privé à paiement direct au Canada, variant en fonction de l'année).

Aperçu : Facteurs de coût des médicaments des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP

La plus grande partie (43 %^{VIII}) du coût total des médicaments prescrits au Canada est financée par les régimes publics d'assurance-médicaments. De 2017-2018 à 2022-2023, les régimes publics du SNIUMP ont connu une croissance substantielle des coûts des médicaments, avec un taux de croissance annuel composé de 6,7 %. Les coûts des médicaments ont augmenté de 7,9 % dans les régimes publics du SNIUMP en 2022-2023.

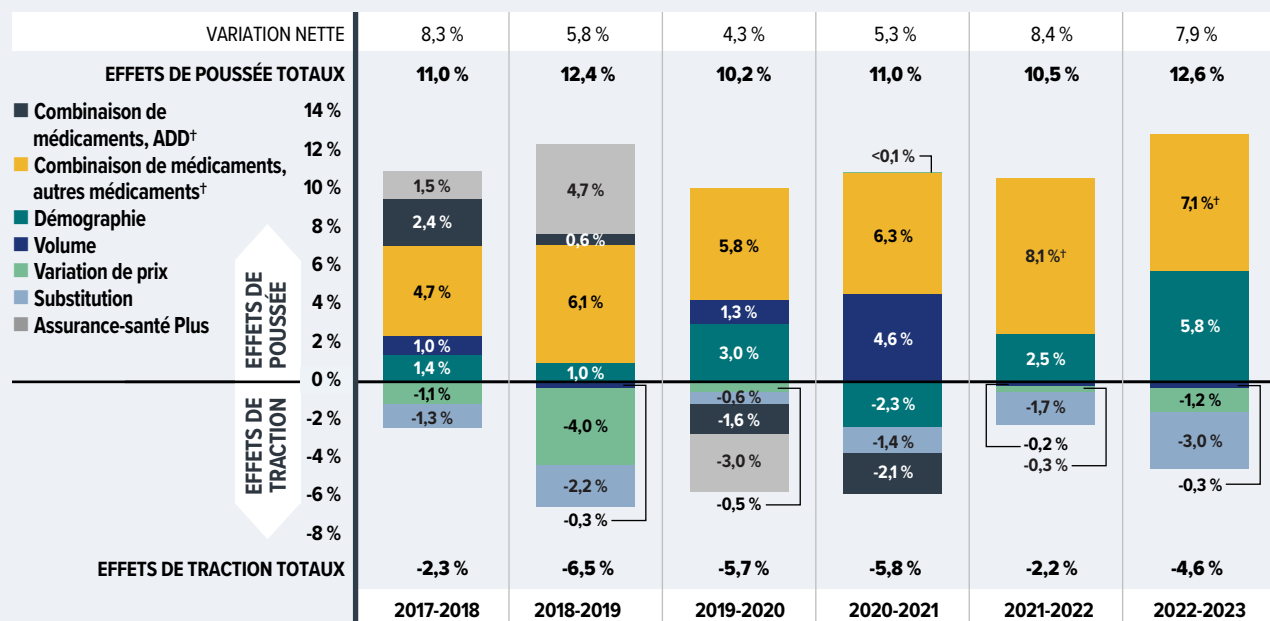
L'utilisation croissante de médicaments onéreux (effet « combinaison de médicaments ») est le principal facteur de coût pour les régimes publics canadiens. Au cours des dernières années, les médicaments onéreux ont exercé une pression à la hausse constante et importante sur les dépenses, représentant une contribution de 7,1 % aux coûts des médicaments dans les régimes publics en 2022-2023.

Les mesures d'atténuation des coûts, notamment les économies importantes réalisées grâce à la substitution des médicaments par des génériques et des biosimilaires, appuyées par les initiatives de passage à des biosimilaires et combinées à des réductions de prix mineures, ont fait baisser les coûts des médicaments de 4,2 % dans les régimes publics en 2022-2023, mais n'ont pas suffi à contrebalancer l'effet « combinaison de médicaments ».

La pandémie de COVID-19 a entraîné des changements dans les demandes de remboursement des régimes publics. Tout d'abord, un effet démographique à la baisse a été observé en 2020-2021 en raison de la diminution du nombre de bénéficiaires remboursés; puis un rebond dépassant les niveaux d'avant la pandémie a été enregistré en 2021-2022 et en 2022-2023. Dans le même temps, l'effet de volume, en partie lié à la taille temporairement limitée des ordonnances pendant la pandémie, a exercé une force inverse mineure.

Les dépenses du programme Assurance-santé Plus de l'Ontario se sont stabilisées et ont eu peu d'incidence depuis 2019-2020. L'effet des antiviraux à action directe (AAD) pour l'hépatite C a également diminué et n'est plus présenté séparément depuis 2020-2021.

FIGURE 2.1 (A) Facteurs de coûts des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, de 2017-2018 à 2020-2021



Remarque : La présente analyse est fondée sur des renseignements accessibles au public sur les prix. Elle ne tient pas compte des rabais confidentiels négociés sur les prix des médicaments par l'APP au nom des régimes publics. Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies et qu'elles sont soumises à un effet croisé.

* Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et le Programme des services de santé non assurés (SSNA). Les résultats pour 2020-2021 et au-delà n'incluent pas le programme des SSNA.

[†] L'effet « combinaison de médicaments et AAD » a diminué et n'est plus présenté séparément depuis 2020-2021.

Sources de données : CompasRx, 10^e édition : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments, 2022-2023 (résultats préliminaires à la publication).

VIII Les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments comprennent celles du Québec et des régimes publics du SNIUMP. Elles ne tiennent pas compte des coûts d'ordonnance payés par un particulier ou un assureur privé tiers, selon le document de l'Institut canadien d'information sur la santé intitulé *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2023 – Notes méthodologiques*.

Les principaux effets – variation des prix, substitution et combinaison de médicaments – sont examinés plus en détail dans la suite de cette section.

Effet « variation de prix »

Cet effet rend compte des variations dans les prix des médicaments de marque et des médicaments génériques. À la suite de l'importante chute ponctuelle des prix des médicaments génériques découlant de la mise en œuvre de l'Initiative pancanadienne sur les prix des médicaments génériques en avril 2018 (qui ne visait que les régimes publics d'assurance-médicaments, mais qui a également été adoptée par de nombreux régimes privés d'assurance-médicaments), son influence sur les régimes privés a progressivement diminué, contribuant de façon minime dès 2023.

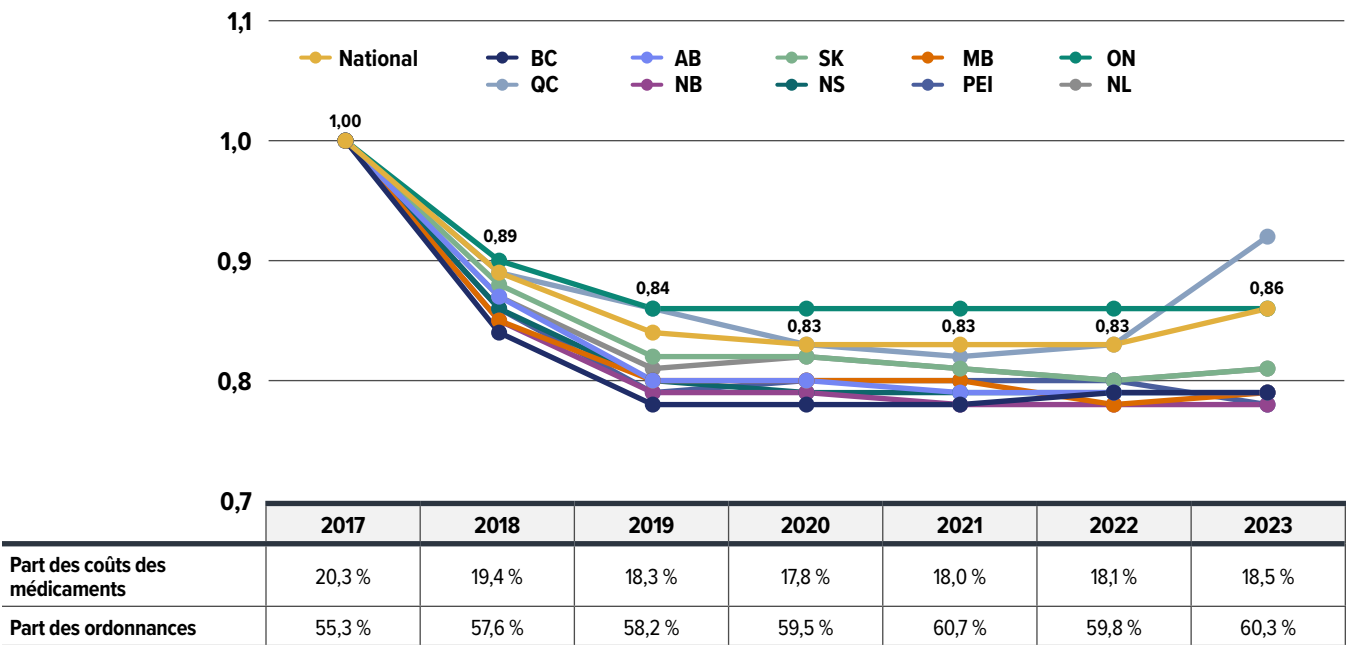
La figure 2.2 présente les tendances relatives aux coûts unitaires moyens des médicaments génériques de 2017 à 2023, ainsi que les parts correspondantes du total des ordonnances et des coûts de médicaments des régimes privés. Les résultats sont présentés sous forme d'indice, l'année 2017 ayant été choisie comme année de référence (fixée à un) pour tenir compte de l'incidence immédiate de l'initiative de 2018 sur la fixation des prix des génériques, et les années suivantes étant rapportées à la valeur de référence de 2017. Les résultats sont une moyenne, pondérée en fonction des coûts, des variations des coûts unitaires remboursés pour chaque médicament. L'analyse n'a tenu compte que des formulations solides à administrer par voie orale afin d'assurer la cohérence des données sur les coûts unitaires.

À la suite de l'initiative de 2018 sur la fixation des prix des génériques, le coût unitaire moyen des génériques a chuté considérablement de 11 % de 2017 à 2018, puis une nouvelle baisse moyenne de 5 % est survenue en 2019. Depuis, les prix sont restés stables sans autre diminution de 2019 à 2023 dans la plupart des provinces. Toutefois, le Québec constitue une exception notable, contribuant à une légère augmentation globale de 3 % en 2023 puisqu'il ne fait pas partie de l'Initiative pancanadienne sur les prix des médicaments génériques^{IX}. Par conséquent, le coût unitaire moyen des génériques dans les régimes privés pour 2023 se situait à 86 % du niveau de coût antérieur à la politique, en 2017.

Au cours de la même période, la part des ordonnances pour les médicaments génériques analysés dans les régimes privés a augmenté, atteignant plus de 60 % en 2023, soit une hausse considérable par rapport au taux de 55 % enregistré en 2017. Toutefois, leur part correspondante dans le coût total des médicaments a connu une légère baisse, passant de 20,3 % à 18,5 %. Cette tendance reflète à la fois la diminution de l'incidence des réductions de prix des médicaments génériques et la croissance plus forte des coûts dans le segment des médicaments non génériques, plus coûteux, malgré l'utilisation accrue des médicaments génériques.

IX En octobre 2023, le Québec a accepté une nouvelle entente de fixation des prix pour les génériques selon le cadre pancanadien de tarification par niveau (CTN).

FIGURE 2.2 Indice des coûts unitaires moyens, médicaments génériques*, régimes privés d'assurance-médicaments, de 2017 à 2023 (2017=1)



Remarque : Les résultats sont une moyenne, pondérée en fonction des coûts, des variations des coûts unitaires remboursés pour chaque médicament. Les résultats sont présentés sous forme d'indice, et 2017 a été choisi comme année de base (valeur de 1), reflétant la période juste avant l'initiative sur la fixation des prix des génériques. Cette mesure permet de saisir les répercussions immédiates à partir de 2018, où les valeurs des années subséquentes sont établies en fonction de la valeur de l'année de base.

* L'analyse était limitée aux données sur les formulations solides à administrer par voie orale afin d'assurer la cohérence des données sur les coûts unitaires.

Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.

Aperçu : Initiatives de l'APP

Par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP), les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral travaillent de concert à donner une plus grande valeur aux médicaments génériques et aux médicaments de marque au profit des régimes canadiens d'assurance-médicaments financés par les fonds publics. Bien que destinées uniquement aux régimes publics d'assurance-médicaments, les politiques de tarification des médicaments génériques de l'APP, qui étaient transparentes, ont été adoptées par la suite par de nombreux régimes privés d'assurance-médicaments.

Médicaments génériques :

Entre le 1^{er} avril 2015 et le 1^{er} avril 2016, les prix de 18 médicaments génériques d'usage courant ont été réduits à 18 % du prix des produits de marque de référence. En outre, une période de transition d'un an a été instaurée le 1^{er} avril 2017, au cours de laquelle les prix de six des molécules ont été réduits davantage, passant à 15 % du prix de la marque de référence.

Le 1^{er} avril 2018, une entente quinquennale conjointe entre l'APP et l'Association canadienne du médicament générique (ACMG) a réduit de 25 % à 40 % le prix de 67 des médicaments génériques les plus prescrits au Canada, ce qui a donné lieu à des réductions globales pouvant atteindre 90 % du prix des équivalents de marque.

Depuis le 1^{er} avril 2022, la Politique sur les produits historiques élaborée par l'APP et l'ACMG répond aux préoccupations concernant les évaluations des produits génériques dont le produit de référence de marque a été annulé après la mise en marché.

Une nouvelle initiative de tarification de trois ans entre l'APP et l'Association canadienne du médicament générique (ACMG) est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2023, avec une option de prolongation de deux ans. Le Québec est désormais inclus comme participant dans la nouvelle entente. Dans le cadre de cette initiative, les génériques à source unique nouvellement lancés font l'objet d'une baisse de prix automatique à 55 % du prix de référence du médicament de marque après trois mois de financement public.

Pour plus de détails, voir l'aperçu des politiques sur la fixation des prix des médicaments génériques et des initiatives de l'APP sur le [site Web du CEPMB](#).

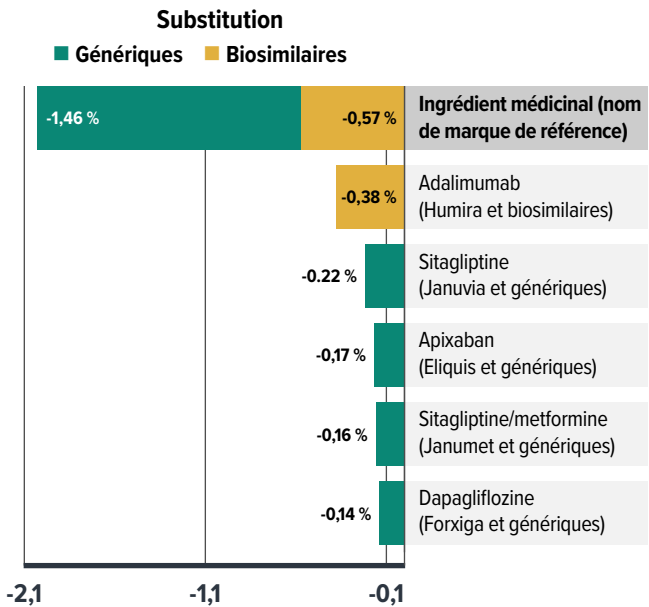
Effet de substitution

Le passage des médicaments de marque aux médicaments génériques ou biosimilaires a systématiquement fait baisser le coût global des médicaments, l'effet de substitution se situant entre -1,0 % et -2,3 % par année de 2018 à 2023. L'incidence de cet effet varie selon l'arrivée de médicaments génériques et biosimilaires sur le marché et l'adoption de politiques ou d'initiatives pertinentes. Contrairement à l'effet de diminution des prix, l'effet de substitution est devenu un facteur clé de réduction des coûts. En 2023, cet effet, renforcé par les initiatives de substitution par des médicaments biosimilaires, a permis de réduire les coûts des médicaments dans les régimes privés de 2,0 %.

La figure 2.3 présente les principaux facteurs contribuant à l'effet de substitution total et met en évidence les économies réalisées grâce aux médicaments biosimilaires en 2023. Les cinq médicaments ayant la plus grande influence sur la réduction des coûts ont, ensemble, permis de diminuer les coûts des médicaments de 1,1 %.

Quatre des principaux contributeurs sont des médicaments couramment prescrits dont des génériques sont apparus en 2023, notamment trois antidiabétiques (sitagliptine, sitagliptine/metformine et dapagliflozine) et un anticoagulant (apixaban), qui, ensemble, ont permis de réaliser une économie de l'ordre de 0,7 %. C'est notamment le passage à des biosimilaires de l'adalimumab qui a eu l'incidence la plus importante; il est, à lui seul, responsable d'une réduction de 0,4 % de la hausse des coûts des médicaments. Dans l'ensemble, les biosimilaires ont contribué à près d'un tiers des économies totales résultant de la substitution en 2023 (0,6 % de 2,0 %).

FIGURE 2.3 Principaux médicaments contribuant à l'effet « substitution »*, régimes privés d'assurance-médicaments, 2023

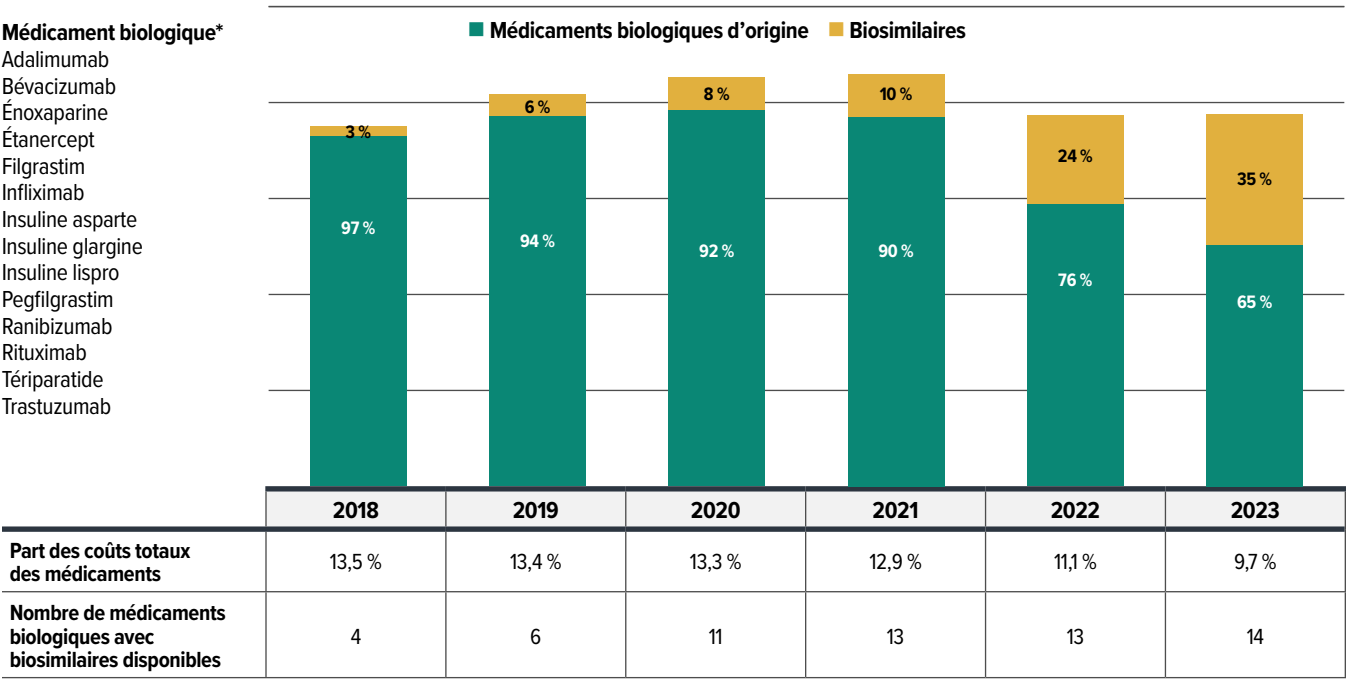


* Le passage d'un médicament de marque à des options génériques ou biosimilaires.

Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.

Les biosimilaires, qui sont des solutions de rechange moins coûteuses aux médicaments biologiques d'origine, offrent des possibilités significatives de réduction des coûts sans pour autant présenter de différences sur les plans de l'efficacité et de l'innocuité. En 2023, un total de 14 médicaments biologiques ayant des biosimilaires offerts étaient couverts par les régimes privés d'assurance-médicaments. La figure 2.4 présente ces produits biologiques et l'évolution de leur part des coûts dans les régimes privés d'assurance-médicaments de 2018 à 2023, ventilés par médicaments biologiques d'origine et de biosimilaires. La hauteur de chaque barre représente l'échelle des coûts totaux associés à ces médicaments.

FIGURE 2.4 Part du coût des médicaments biologiques avec biosimilaires disponibles*, régimes privés d'assurance-médicaments, de 2018 à 2023



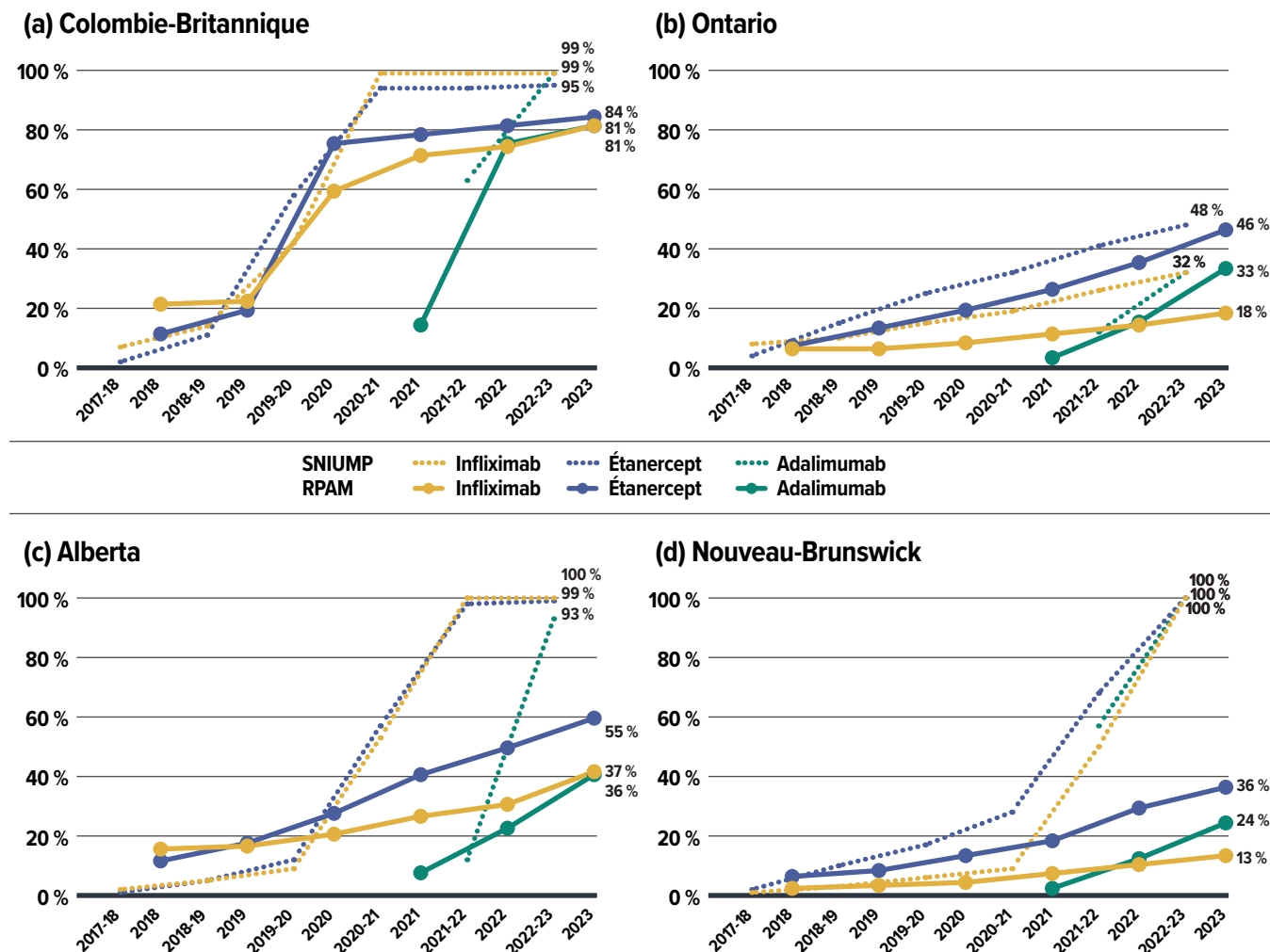
* Comprend le même ensemble de 14 produits biologiques pour lesquels au moins un biosimilaire était offert dans les régimes privés d'assurance-médicaments en 2023. Les biosimilaires peuvent avoir été introduits à différents moments de la période étudiée.

Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.

Le nombre de molécules biologiques distinctes avec des biosimilaires disponibles remboursés par les régimes publics d'assurance-médicaments est passé de 4 en 2018 à 14 en 2023, ce qui reflète l'élargissement des options thérapeutiques et la disponibilité croissante des biosimilaires sur le marché. De ce fait, la part des coûts des biosimilaires dans ce groupe est passée de 3 % à 35 %. En raison de la diminution de la part des médicaments biologiques d'origine, plus coûteux, le coût global des médicaments de ce groupe a connu un déclin. Sa part dans les dépenses totales des régimes privés d'assurance-médicaments est passée de 13,5 % à moins de 10 %. L'introduction des médicaments biosimilaires a non seulement permis de stabiliser les coûts, mais aussi de réduire les dépenses liées aux médicaments biologiques d'origine à mesure que des options biosimilaires devenaient disponibles et plus largement utilisées.

Récemment, un nombre croissant de payeurs canadiens ont mis en place des politiques visant à encourager le passage des médicaments biologiques d'origine aux produits biosimilaires afin d'accroître l'adoption des biosimilaires. Les régimes publics d'assurance-médicaments ont généralement devancé les régimes privés en ce qui concerne l'adoption des biosimilaires, en grande partie grâce à des politiques provinciales proactives. Cependant, le degré d'adoption des biosimilaires a varié considérablement au niveau national, notamment en raison du moment où les politiques provinciales de substitution par des biosimilaires ont été mises en place et des différences entre les modèles de couverture des médicaments des régimes publics et privés dans les provinces. La figure 2.5 illustre l'adoption d'ordonnances de produits biosimilaires pour trois médicaments anti-TNF- α largement utilisés et ciblés par les initiatives de biosimilaires (adalimumab, infliximab et étanercept), et compare leur utilisation dans les régimes d'assurance-médicaments privés et les régimes publics du SNIUMP dans quatre provinces sélectionnées.

FIGURE 2.5 Part des biosimilaires dans les demandes de remboursement selon la province, régimes privés d'assurance-médicaments (RPAM) de 2018 à 2023 par rapport aux régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2017-2018 à 2022-2023



Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.

Les provinces sélectionnées pour la figure 2.5 comprennent la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Nouveau-Brunswick, qui sont les premières provinces à avoir adopté des initiatives relatives aux médicaments biosimilaires dans le cadre de leurs régimes publics respectifs. En comparaison, l'Ontario (la plus grande province du Canada) n'a présenté aucune politique de substitution par des produits biosimilaires avant mars 2023, ce qui en fait une province représentative sans politique de substitution pendant la majeure partie de la période étudiée.

Les régimes publics d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et du Nouveau-Brunswick ont connu une augmentation substantielle de l'adoption des biosimilaires, soit de 93 % à 100 % de leurs marchés respectifs en mars 2023. En revanche, les régimes privés d'assurance-médicaments de ces provinces ont tiré de l'arrière, en particulier en Alberta et au Nouveau-Brunswick, où l'adoption des biosimilaires était inférieure à la moitié des niveaux observés dans leurs régimes publics, même avec des données allant jusqu'à la fin de 2023. Ces écarts peuvent être attribués à la nature fragmentée des modes de couverture des régimes publics et privés et aux différents niveaux de concurrence au sein des marchés de l'assurance privée.

La Colombie-Britannique se distingue par une administration et une intégration uniques du régime BC Fair PharmaCare et de ses demandes de remboursement de médicaments au privé. Les payeurs privés ont adopté de manière proactive l'initiative de la C.-B. sur les produits biosimilaires, ce qui a mené à un taux d'adoption des biosimilaires par les régimes privés dépassant les 80 % en 2023, soit un taux largement supérieur à celui enregistré chez les payeurs privés des autres provinces.

En Ontario, étant donné que la politique de transition vers les biosimilaires a été mise en place dans les régimes publics seulement à la fin de l'exercice 2022-2023, le taux d'adoption des biosimilaires était tout juste supérieur à celui observé dans les régimes privés.

Grâce au processus de mise en œuvre en cours et à l'expansion potentielle des initiatives de transition vers des biosimilaires à l'échelle du Canada, l'adoption des biosimilaires devrait s'accélérer et, par conséquent, entraîner des économies de coûts plus importantes dans les régimes publics et privés.

Effet « combinaison de médicaments »

L'évolution de l'utilisation des médicaments entre ceux à coût moins élevé et ceux à coût plus élevé a fait augmenter les niveaux de coûts globaux des régimes privés d'assurance-médicaments de 5 % à 9 % par année. En 2023, cet effet a contribué à hauteur de 9,2 % à la croissance de 14,1 % des coûts des médicaments.

La figure 2.6 présente les dix médicaments qui ont le plus contribué à l'effet « combinaison de médicaments » en 2023, représentant ensemble une hausse de 6,7 % du coût global des médicaments. En tête de liste figure

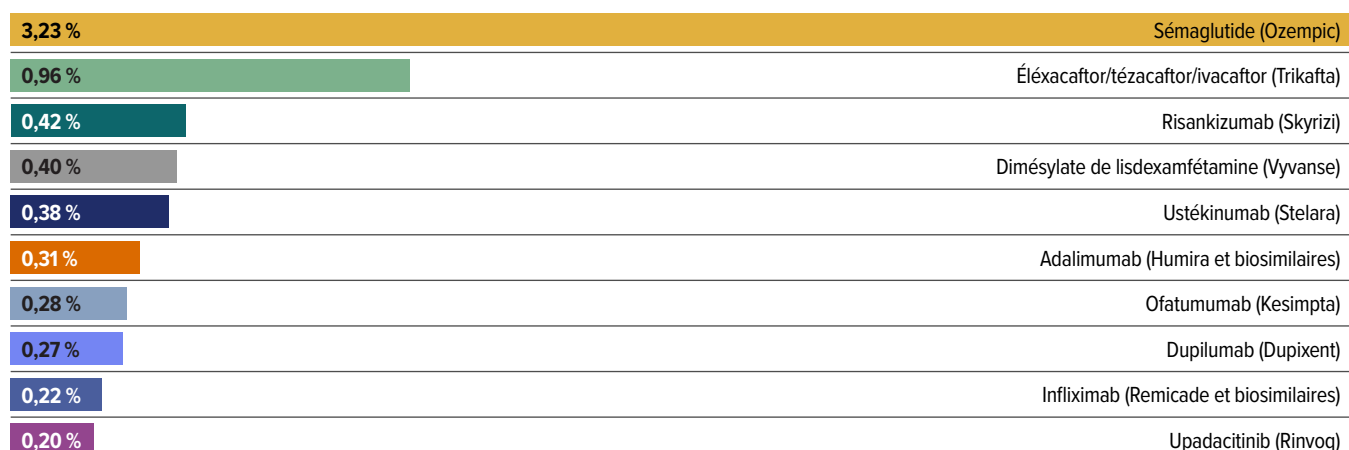
l'antidiabétique sémaglutide (Ozempic), qui a contribué à lui seul à hauteur de 3,2 % à l'augmentation des coûts des médicaments au cours de sa sixième année de commercialisation. Trikafta, l'association médicamenteuse à dose fixe d'éléxacaftor, de tézacaftor et d'ivacaftor destinée au traitement de la fibrose kystique, s'est classé au deuxième rang en raison de son coût de traitement annuel élevé de plus de 150 000 \$, alors que son utilisation n'était que de 0,1 pour 1 000 demandeurs.

Huit des principaux contributeurs étaient des médicaments onéreux dont les coûts de traitement annuels moyens étaient situés entre 11 751 \$ et 151 995 \$, y compris six immunosuppresseurs, un traitement contre la fibrose kystique et un traitement dermatologique. Les deux autres médicaments avaient des coûts de traitement annuels relativement faibles, mais étaient largement utilisés par environ 30 demandeurs sur 1 000.

Quatre des principaux contributeurs étaient sur le marché depuis plus de 15 ans en 2023. Parmi ceux-ci, deux produits anti-TNF- α , soit l'adalimumab et l'infliximab, ont déjà des biosimilaires offerts, ce qui laisse entendre une utilisation limitée de leurs solutions de rechange moins chères.

La part du total des coûts des médicaments pour chacun des principaux médicaments contribuant à l'effet est présentée dans le tableau accompagnant la figure 2.6. Il convient de noter que cette valeur diffère de la contribution à l'effet « combinaison de médicaments », qui mesure la croissance (augmentation ou diminution des coûts au fil du temps) plutôt que les coûts eux-mêmes.

FIGURE 2.6 Principaux médicaments contribuant à l'effet « combinaison de médicaments », régimes privés d'assurance-médicaments, 2023



Coût moyen par demandeur de remboursement*	Utilisation pour 1 000 demandeurs de remboursement	Coût des médicaments† (part)	Nombre d'années sur le marché‡	Classe thérapeutique§	Ingrédient médicamenteux (nom commercial)
1 628 \$	33,2	6,3 %	6	Antidiabétiques	■ Sémaglutide (Ozempic)
151 995 \$	0,1	1,8 %	3	Autres médicaments de l'appareil respiratoire	■ Éléxacaftor/tézacaftor/ivacaftor (Trikafta)
17 793 \$	0,4	0,9 %	5	Antipsoriatiques	■ Risankizumab (Skyrizi)
747 \$	27,0	2,3 %	15	Psychoanaleptiques	■ Dimésylate de lisdexamfétamine (Vyvanse)
26 098 \$	0,9	2,7 %	15	Immunosuppresseurs	■ Ustékinumab (Stelara)
15 524 \$	2,0	3,2 %	19	Immunosuppresseurs	■ Adalimumab (Humira et biosimilaires)
19 358 \$	0,2	0,4 %	3	Autres médicaments agissant sur le système nerveux	■ Ofatumumab (Kesimpta)
18 453 \$	0,8	1,3 %	6	Immunosuppresseurs	■ Dupilumab (Dupixent)
30 201 \$	1,3	4,2 %	23	Immunosuppresseurs	■ Infliximab (Remicade et biosimilaires)
11 751 \$	0,4	0,6 %	4	Immunosuppresseurs	■ Upadacitinib (Rinvoq)

* Le coût moyen par demandeur de remboursement peut ne pas représenter le coût d'une année complète de traitement.

† Les coûts des médicaments ne reflètent pas les remises, les rabais sur les prix ou les ententes confidentielles.

‡ Le nombre d'années depuis que Santé Canada a autorisé la mise en marché du médicament, en date de 2023.

§ La classe thérapeutique repose sur le niveau 2 du système de classification ATC. Les résultats ne tiennent pas compte des administrations ayant des programmes particuliers pour les médicaments ophtalmologiques.

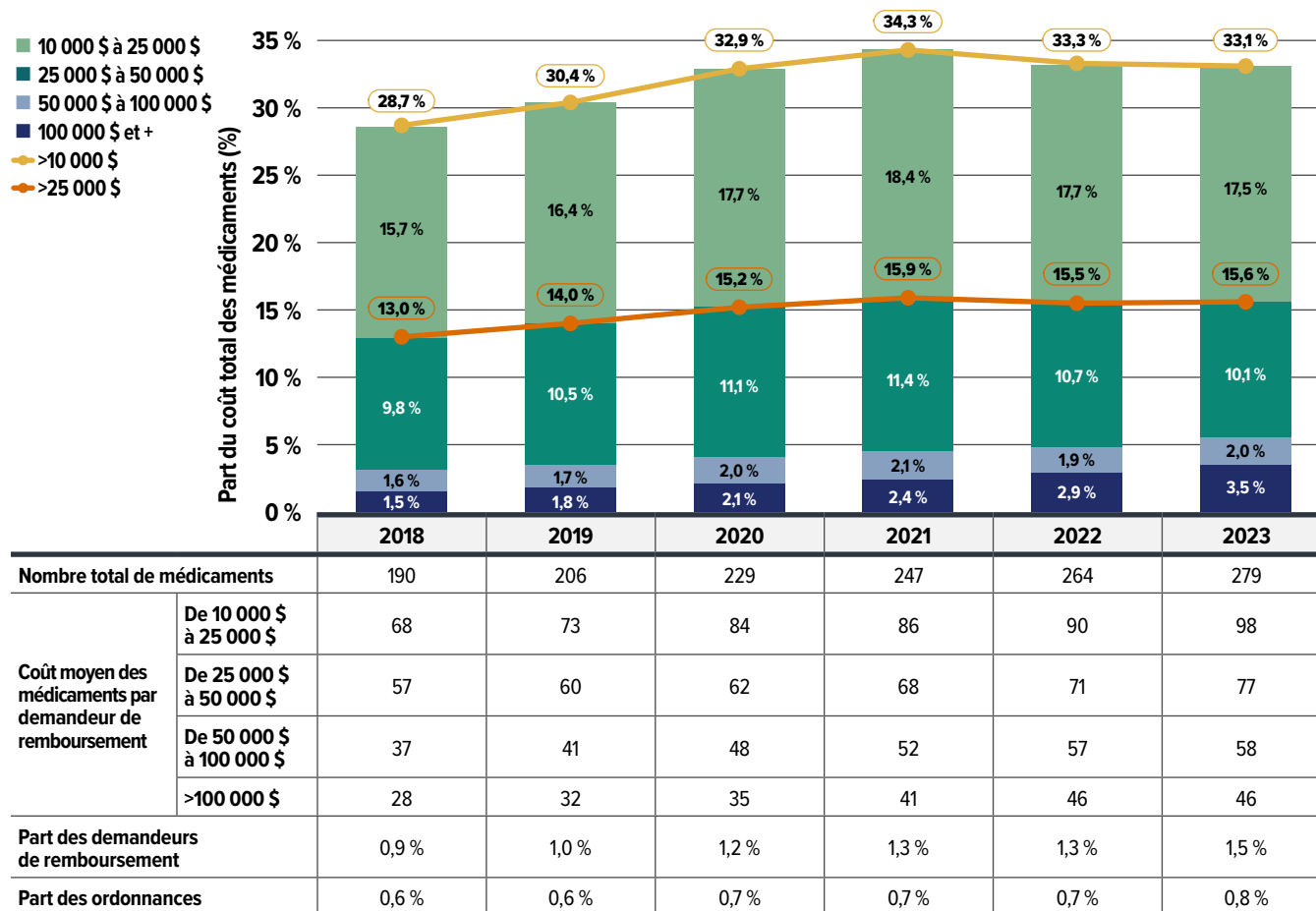
Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.

Au cours des dernières années, les régimes privés ont remboursé un nombre croissant de médicaments onéreux, qui visent souvent un nombre relativement restreint de patients. Le nombre de médicaments ayant coûté plus de 10 000 \$ par patient annuellement a augmenté considérablement, passant de 190 en 2018 à 279 en 2023. De même, le nombre de médicaments coûtant plus de 25 000 \$ par année a bondi, passant de 122 à 181 au cours de la même période. Ces médicaments onéreux représentaient respectivement 28,7 % et 13,0 % du coût total des régimes privés d'assurance-médicaments en 2018. En 2023, leurs parts respectives augmentaient, passant à 33,1 % et 15,6 %. Malgré la croissance dans ces catégories, les médicaments de plus de 10 000 \$ n'ont été utilisés que par 1,5 % des demandeurs, et ceux de plus de 25 000 \$, par seulement 0,4 % d'entre eux.

Bien que toutes les catégories de médicaments onéreux aient connu une croissance soutenue, la hausse la plus marquée a été enregistrée dans la tranche de coûts la plus élevée, à savoir les médicaments coûtant plus de 100 000 \$ par année. Le nombre de ces médicaments est passé de 28 en 2018 à 46 en 2023, et leur part dans le coût total des médicaments a plus que doublé, passant de 1,6 % à 3,5 %.

La figure 2.7 présente les tendances sur le marché en matière d'utilisation de médicaments onéreux entre 2018 et 2023 selon le coût annuel moyen des médicaments par demandeur, déterminés au niveau des ingrédients médicinaux : 10 000 \$ – 25 000 \$; 25 000 \$ – 50 000 \$; 50 000 \$ – 100 000 \$; et 100 000 \$ ou plus.

FIGURE 2.7 Tendances relatives au nombre et à la part des coûts des médicaments onéreux*, régimes privés d'assurance-médicaments, de 2018 à 2023



Remarque : Les coûts déclarés des médicaments ne reflètent pas les remises, les rabais sur les prix ou les ententes confidentielles.

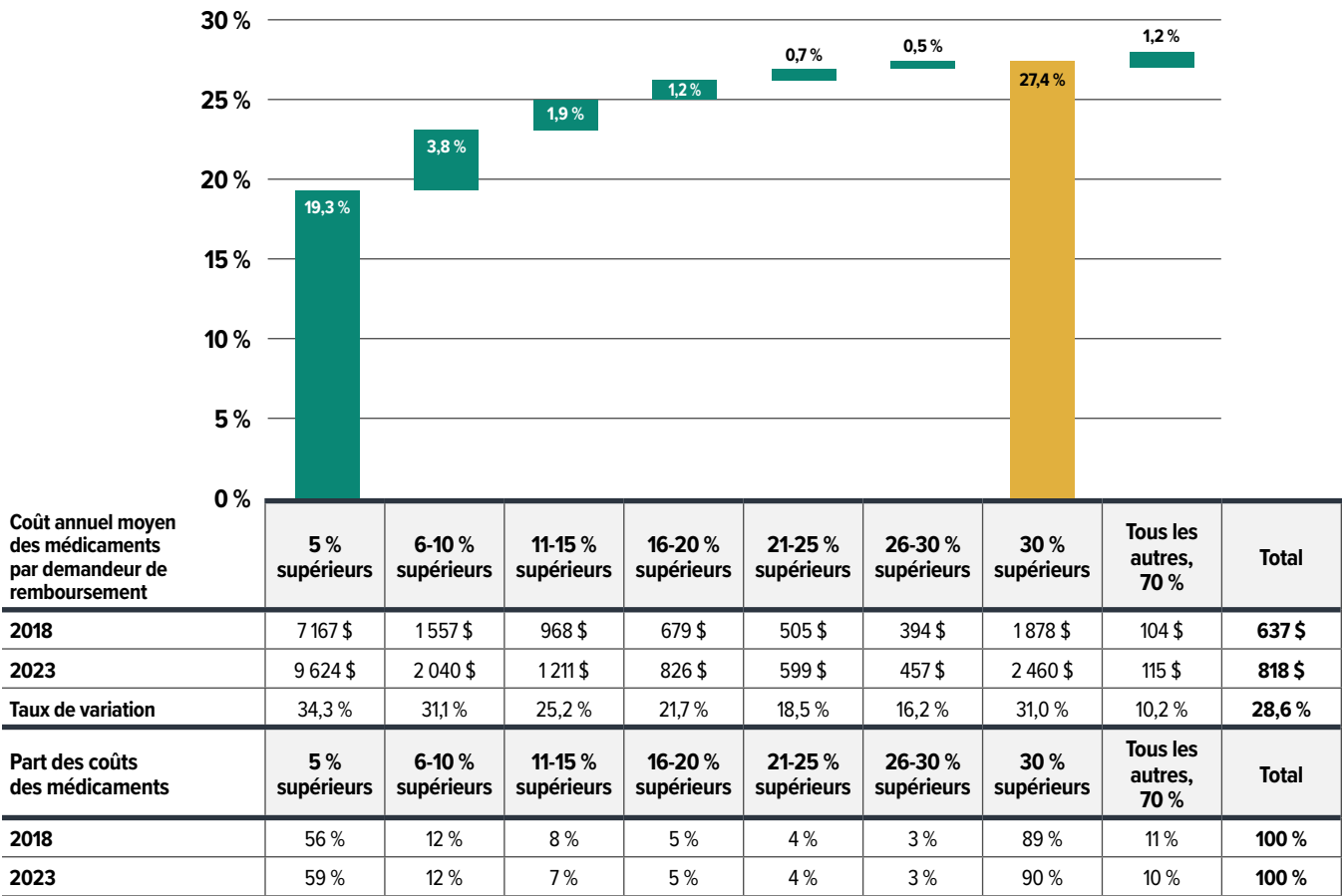
* Coût annuel moyen des médicaments par demandeur de remboursement dépassant 10 000 \$. Le coût moyen par demandeur de remboursement peut ne pas représenter le coût du traitement sur une année complète.

Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.

Les données révèlent qu’une proportion relativement faible de demandeurs est responsable d’une grande partie des coûts des médicaments dans les régimes privés d’assurance-médicaments, et que leur contribution à la hausse du coût annuel moyen par demandeur est encore plus disproportionnée. Le tableau présenté sous la figure 2.8 montre que les coûts de 5 % des principaux médicaments onéreux réclamés par les demandeurs de remboursement représentaient une part croissante du coût total des médicaments, passant de 56 % en 2018 à 59 % en 2023, tandis que la part des coûts des médicaments moins chers réclamés par les demandeurs demeurait stable ou avait diminué.

La figure 2.8 montre également que le coût annuel moyen par demandeur a augmenté de 28,6 % (181 \$), passant de 637 \$ en 2018 à 818 \$ en 2023. Même s’ils représentaient la même taille de population que les autres groupes, les demandeurs des médicaments les plus onéreux (5 %) ont contribué à eux seuls, à hauteur de 19,3 % (123 \$), à l’augmentation globale de 28,6 %. De même, les 30 % de demandeurs les mieux classés selon la part des coûts ont été responsables de 27,4 % (174 \$) de l’augmentation globale de 28,6 % du coût par demandeur. En revanche, les 70 % de demandeurs restants n’ont contribué à l’augmentation que dans une proportion de 1,2 % (7 \$).

FIGURE 2.8 Contribution à la hausse du coût total par demandeur de remboursement en fonction des groupes classés selon la part des coûts*, régimes privés d’assurance-médicaments, 2023 et 2018



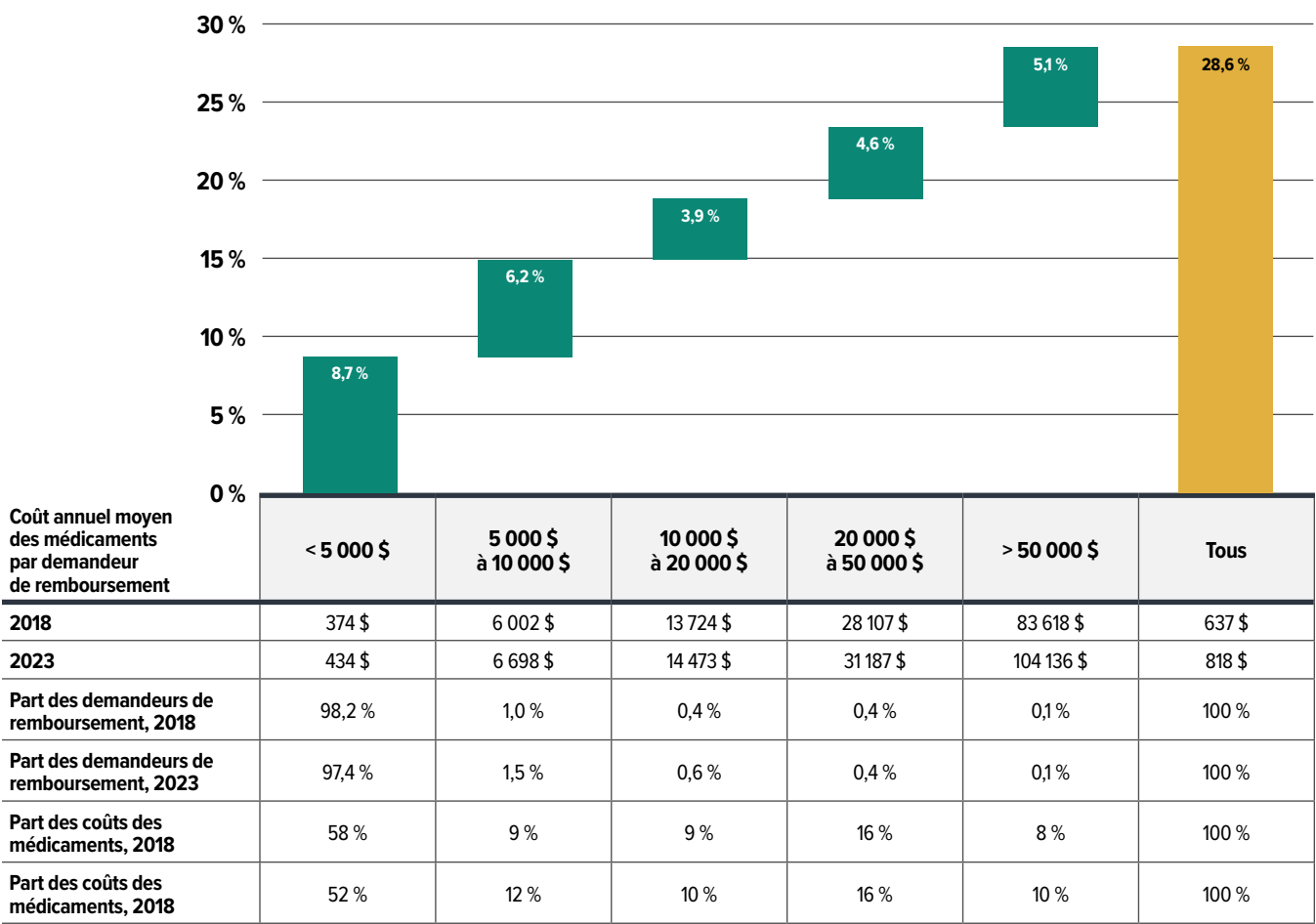
* Concentration des coûts par tranche de 5 % des demandeurs en fonction de leur part du total des coûts des médicaments par année, sans suivre les mêmes demandeurs au cours d’années consécutives.

Sources de données : Base de données des régimes privés d’assurance-médicaments à paiement direct d’IQVIA^{nc}.

La figure 2.9 classe les demandeurs dans cinq catégories de coûts en fonction de leur coût annuel moyen en médicaments : moins de 5 000 \$; 5 000 \$ – 10 000 \$; 10 000 \$ – 20 000 \$; 20 000 \$ – 50 000 \$; et 50 000 \$ ou plus. Alors qu'environ 97 % à 98 % des demandeurs ont engagé des montants inférieurs à 5 000 \$ par année, leur part du total des coûts des médicaments dans les régimes privés a diminué, passant de 58 % en 2018 à 52 % en 2023. En outre, leur contribution à l'augmentation du coût moyen par demandeur était disproportionnellement faible, puisqu'elle ne représentait

que 30 % (8,7 % sur 28,6 %) de l'augmentation survenue entre 2018 et 2023. En revanche, les demandeurs dont les coûts annuels étaient supérieurs à 5 000 \$, bien que représentant moins de 3 % du total des demandeurs, étaient responsables de près de 70 % (19,8 % sur 28,6 %) de l'augmentation. Fait remarquable, les demandeurs dont le coût de traitement annuel dépassait 50 000 \$, soit seulement 0,1 % des demandeurs, avaient contribué à hauteur de 5,1 % à l'augmentation globale de 28,6 % du coût par demandeur.

FIGURE 2.9 Contribution à la hausse du coût total par demandeur de remboursement en fonction de la catégorie de coût de traitement annuel*, régimes privés d'assurance-médicaments, 2023 et 2018



* Les demandeurs étaient classés en fonction de leur coût annuel moyen pour des ordonnances, sans suivre les mêmes demandeurs sur des années consécutives.

Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.

La figure 2.9 montre que les coûts des médicaments associés aux demandeurs de réclamations plus élevées ont augmenté plus rapidement que ceux des demandeurs dont les coûts étaient plus faibles. En conséquence, les coûts globaux des médicaments sont de plus en plus centrés sur les demandeurs dont les coûts sont plus élevés.

Une analyse par domaine thérapeutique (figure 2.10) montre qu'entre 2018 et 2023, cinq classes thérapeutiques relatives à l'oncologie et aux maladies chroniques enregistraient les coûts de médicaments les plus élevés dans les régimes privés, leur part combinée passant de 71 % à 74 %.

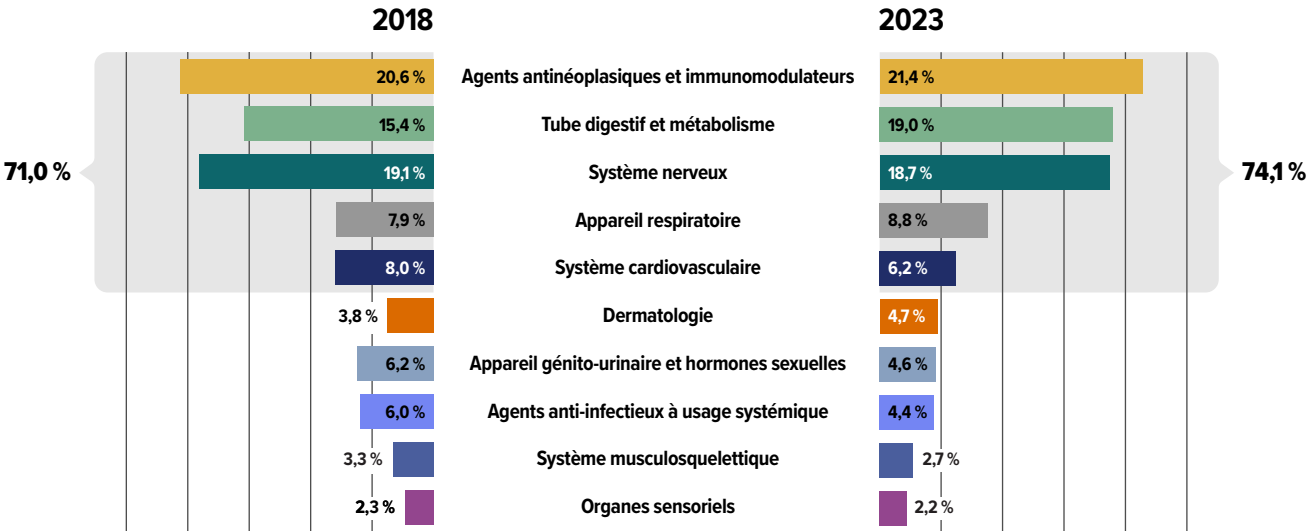
Les agents antinéoplasiques et immunomodulateurs, soit des traitements biologiques et immunologiques récents et à coût élevé, demeuraient en tête, leur part de coût passant de 20,6 % à 21,4 % sur la période 2018-2023. Cela reflète la tendance actuelle vers une utilisation accrue des médicaments immunomodulateurs et des médicaments oncologiques oraux adaptés aux patients ambulatoires^x. La part des coûts des médicaments utilisés dans le traitement des troubles des voies digestives et du métabolisme est passée de 15,4 % à 19,0 % en 2023, dépassant celle des médicaments

utilisés dans les troubles du système nerveux, qui occupent désormais la deuxième place. Cette hausse est principalement due aux nouveaux antidiabétiques, comme le sémaglutide (Ozempic), un agoniste des récepteurs du GLP-1.

Les médicaments pour le traitement des troubles de l'appareil respiratoire ont également vu leur part augmenter de 7,9 % à 8,8 %, passant de la cinquième à la quatrième place au cours de la même période, en grande partie grâce à l'introduction du traitement de la fibrose kystique éléxacaftor/tézacaftor/ivacaftor (Trikafta). Les médicaments pour le système nerveux et le système cardiovasculaire, qui comprennent généralement des traitements à coût moins élevé utilisés par un plus grand nombre de demandeurs de remboursement, ont vu leurs parts de coûts à un niveau stable ou en légère baisse au cours des dernières années, principalement en raison d'augmentations importantes dans les domaines thérapeutiques à coût plus élevé mentionnés précédemment.

Pour une ventilation annuelle détaillée des tendances relatives aux coûts des médicaments par classe thérapeutique de 2018 à 2023, voir l'[annexe A](#).

FIGURE 2.10 Les dix principaux groupes du niveau 1 du système de classification ATC* selon la part des coûts totaux des médicaments, régimes privés d'assurance-médicaments, 2023 et 2018



* Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) tenu à jour par l'Organisation mondiale de la Santé.
Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.

X Les médicaments oncologiques à administrer à domicile, qui constituent un traitement standard émergent pour de nombreux cancers, sont principalement couverts par des programmes bénéficiant de fonds publics au Canada. Toutefois, ces médicaments peuvent être couverts par une combinaison de régimes publics et privés, et des variations interprovinciales notables sont observées concernant les listes de médicaments et des sources de financement.

SECTION 3

Gestion des régimes privés d'assurance-médicaments

Les régimes privés d'assurance-médicaments remboursent généralement des ordonnances de plus grande taille, soit un approvisionnement moyen de 37 jours par demande de réclamation, comparativement à un approvisionnement moyen de 25 jours dans les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP en 2023. De ce fait, les demandeurs de remboursement des régimes privés présentent moins de la moitié des demandes de remboursement annuelles et dépensent moins de la moitié des coûts de médicaments annuels par rapport aux bénéficiaires des régimes publics. La part et le montant des coûts d'exécution des ordonnances sont également plus faibles dans les régimes privés.

En 2023, les régimes privés d'assurance-médicaments ont remboursé la majorité (84 %) des nouvelles substances actives (NSA) récemment approuvées. Cette couverture plus large de médicaments a contribué à la hausse du coût moyen des ordonnances pour les demandeurs de remboursement des régimes privés par rapport à celui des bénéficiaires des régimes publics.

En ce qui concerne la taille des promoteurs de régime, les régimes de petite taille (moins de 50 demandeurs) constituent la majorité (68 %) des promoteurs de régime en 2023. Bien que seulement 8 % des promoteurs de régime aient été classés dans la catégorie des régimes de grande taille (plus de 1 000 demandeurs), ils représentaient 90 % du nombre total de demandeurs et 89 % des coûts totaux, ce qui souligne l'influence considérable des grands promoteurs de régime dans le contexte des régimes privés d'assurance-médicaments.

Référence rapide : Section 3

La gestion et la pérennité des régimes privés d'assurance-médicaments impliquent de trouver un équilibre entre l'augmentation des coûts des médicaments d'ordonnance et l'accès aux traitements nécessaires, tout en optimisant l'expérience des membres des régimes.

Cette section propose une analyse approfondie de la gestion des régimes privés d'assurance-médicaments, utilisant les données relatives aux demandes de remboursement pour axer sur les principaux indicateurs d'utilisation et de coût. L'analyse comprend des comparaisons entre les régimes privés d'assurance-médicaments (RPAM) et les régimes publics du SNIUMP. Elle permet également d'examiner les taux de remboursement des nouvelles substances actives (NSA) ainsi que les tendances des bénéficiaires ayant des médicaments onéreux. Une attention particulière est accordée aux variations de la taille des promoteurs de régime, allant des petits aux grands employeurs, et à leur incidence sur les habitudes d'utilisation et la croissance des coûts. Compte tenu de la complexité et de la variété des structures de régimes, les indicateurs plus généraux, comme l'admissibilité au régime, les structures de couverture, les plafonds annuels ou viagers et les contributions de l'employeur ne sont pas traités en détail ici.

Si les remboursements de médicaments représentent une composante importante des régimes privés d'assurance-médicaments, il est important de reconnaître que des stratégies plus générales de limitation des coûts influencent également la pérennité des régimes privés à long terme. Des outils stratégiques, notamment la substitution obligatoire par des médicaments génériques, l'autorisation préalable, les régimes reposant sur une liste de médicaments, la thérapie par paliers, les réseaux de pharmacies privilégiées, les programmes de soutien pour les troubles complexes, les mécanismes de gestion des risques, comme le regroupement des demandeurs ayant des médicaments onéreux, et les ententes d'inscription de produits (EIP), deviennent de plus en plus pertinents dans le secteur privé. En raison de la complexité et de la diversité des stratégies de gestion des différents assureurs et promoteurs de régime, la présente étude n'évalue pas ces mécanismes en détail.

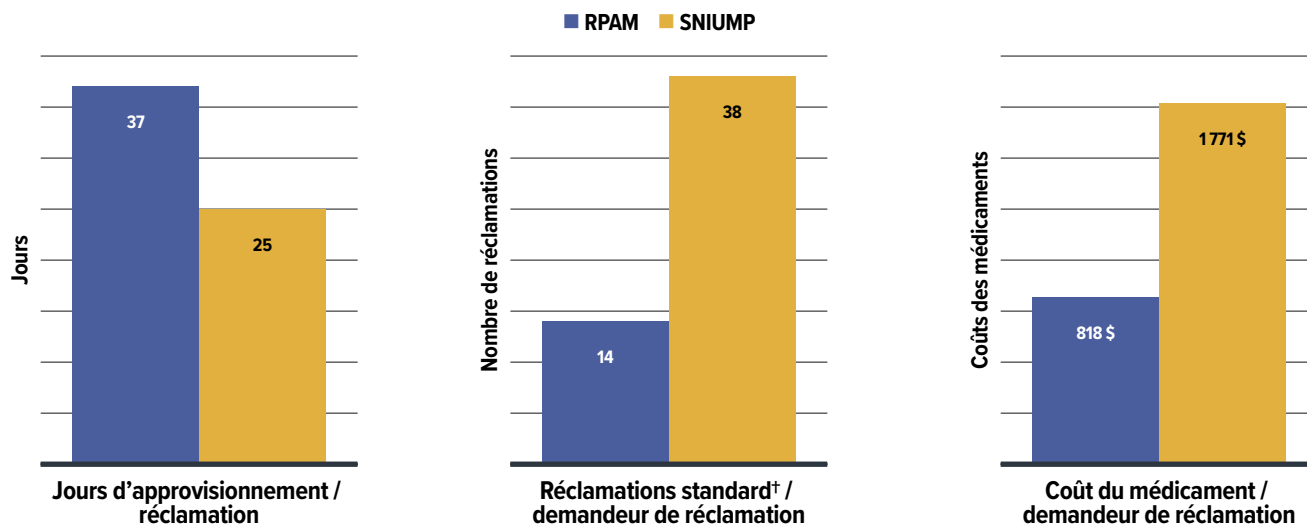
Les régimes d'assurance-médicaments privés par rapport aux régimes d'assurance-médicaments publics du SNIUMP

Outre les différences de profil démographique et sanitaire entre les populations couvertes par les régimes privés et publics d'assurance-médicaments, le volume d'ordonnances est un facteur important de variation du coût moyen des ordonnances par patient. Le coût total des ordonnances comprend à la fois le coût des médicaments et le coût d'exécution. Ainsi, le fait d'encourager un nombre de jours d'approvisionnement supérieur peut accroître la taille moyenne des ordonnances tout en réduisant la fréquence d'exécution pour le même volume de médicaments par patient, ce qui diminue les coûts d'ordonnance globaux. L'exécution d'ordonnances en plus petites quantités, qui peut réduire

le gaspillage et améliorer l'observance, est plus courante dans les régimes publics d'assurance-médicaments, qui couvrent une importante population de personnes âgées. Toutefois, les données actuelles ne permettent pas d'évaluer le gaspillage de médicaments.

La figure 3.1 compare la taille moyenne des ordonnances et les habitudes d'utilisation au sein des régimes privés d'assurance-médicaments et des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP. Pour garantir des comparaisons précises, les mesures pertinentes utilisées incluent les demandes de remboursement normalisées selon une taille d'ordonnance de 30 jours.

FIGURE 3.1 Taille moyenne des ordonnances et habitudes d'utilisation, régimes privés d'assurance-médicaments (RPAM) en 2023 et régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP en 2022-2023*



* D'après les plus récentes données annuelles disponibles; les données des régimes privés d'assurance-médicaments (RPAM) étaient déclarées par année civile en 2023, tandis que celles des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP étaient agrégées pour l'exercice financier 2022-2023.

[†] Le nombre de demandes de remboursement était converti en un nombre standard d'ordonnances de 30 jours afin de permettre des comparaisons plus précises entre les deux types de régimes.

Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}; base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

En 2023, les régimes d'assurance-médicaments privés remboursaient généralement des ordonnances de plus grande taille, soit une moyenne de 37 jours d'approvisionnement par demande, contre 25 jours par demande pour les régimes d'assurance-médicaments publics, ce qui se traduit par une délivrance moins fréquente de quantités plus importantes dans les régimes d'assurance-médicaments privés. Par conséquent, les demandeurs des régimes privés ont fait beaucoup moins de demandes par année que les bénéficiaires actifs des régimes publics,

soit 14 demandes annuelles dans les régimes privés contre 38 demandes dans les régimes publics pour une taille d'ordonnance normalisée de 30 jours.

Parce qu'ils reçoivent moins d'ordonnances standard de 30 jours par année, les demandeurs des régimes privés d'assurance-médicaments ont engagé moins de la moitié des coûts annuels de médicaments par rapport aux bénéficiaires des régimes publics, soit en moyenne 818 \$ par demandeurs dans les régimes privés contre 1 771 \$ par bénéficiaire dans les régimes publics du SNIUMP.

Pour mieux cadrer avec les données des régimes publics du SNIUMP (qui n'incluent pas le Québec), une analyse excluant les régimes privés du Québec est présentée à l'annexe B pour étayer davantage les résultats présentés à la figure 3.1.

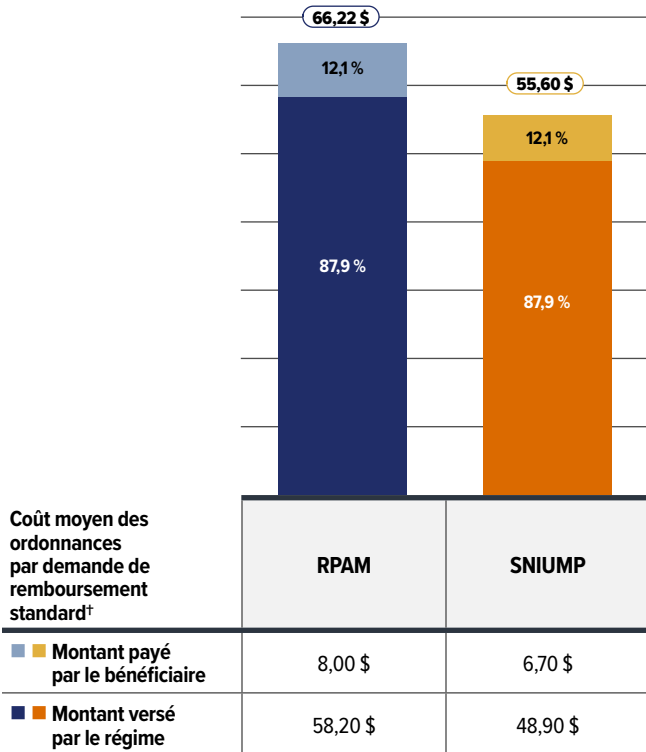
Les régimes privés, au sein desquels les ordonnances sont exécutées moins fréquemment et sont liées à un approvisionnement journalier plus long, ont une part et des coûts d'exécution d'ordonnances proportionnellement plus faibles que ceux des régimes publics du SNIUMP (figure 3.2). Cela laisse entendre que la réduction de la fréquence d'exécution des ordonnances par un prolongement approprié de l'approvisionnement journalier peut être une option

d'atténuation des coûts, qui génère des économies par des frais d'exécution moindres. En revanche, les régimes publics, représentés par une population âgée plus importante, exigent une délivrance plus fréquente et une surveillance accrue des médicaments, ce qui contribue vraisemblablement aux tailles d'ordonnance relativement plus petites observées dans les régimes publics.

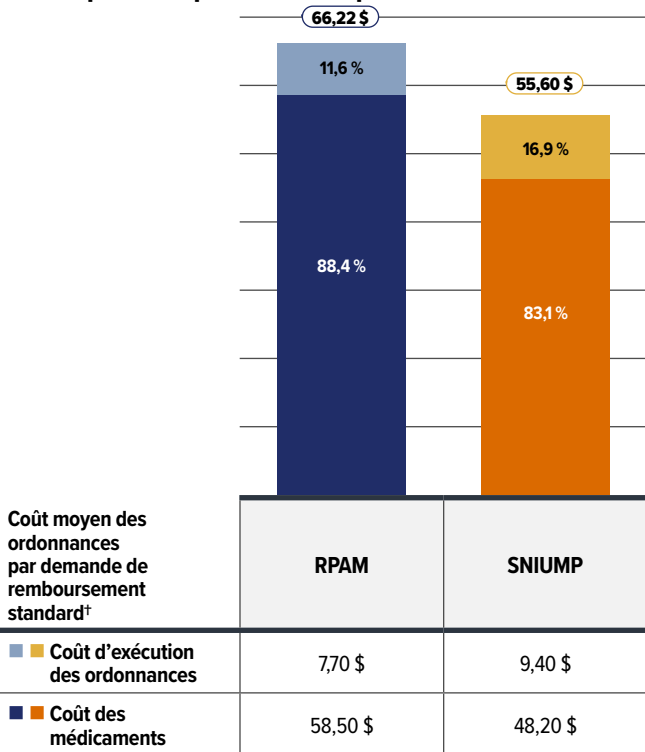
La figure 3.2 présente une ventilation des coûts d'ordonnance moyens par demande de remboursement sous deux angles, soit le partage des coûts et le prix des produits pharmaceutiques, en comparant les régimes privés d'assurance-médicaments et les régimes publics du SNIUMP.

FIGURE 3.2 Ventilation du coût moyen des ordonnances par demande de réclamation, régimes privés d'assurance-médicaments (RPAM) en 2023* et régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP en 2022-2023*

(a) Perspective de la part des coûts



(b) Perspective de l'établissement des prix des produits pharmaceutiques



* D'après les plus récentes données annuelles disponibles; les données des régimes privés d'assurance-médicaments (RPAM) étaient déclarées par année civile en 2023, tandis que celles des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP étaient agrégées pour l'exercice financier 2022-2023.

† Le nombre de demandes de remboursement était converti en un nombre standard d'ordonnances de 30 jours afin de permettre des comparaisons plus précises entre les deux types de régimes.

Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}; base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Le coût moyen d'une ordonnance par demande de remboursement standard de 30 jours était d'environ 10 \$ plus élevé dans les régimes privés que dans les régimes publics du SNIUMP. Du point de vue du partage des coûts, les assureurs privés couvraient généralement 88 % du

coût total des ordonnances, et les demandeurs devaient assumer les 12 % restants. Même si cette répartition des coûts était similaire dans les régimes publics, les montants totaux étaient inférieurs, et la proportion de partage des coûts variait d'une province à l'autre.

Malgré le coût d'ordonnance plus élevé par demande dans les régimes privés, le coût d'exécution d'ordonnance moyen par demande était inférieur d'environ 1,7 \$ à celui des régimes publics. Le coût des médicaments représentait donc une part plus importante du coût total des ordonnances dans les régimes privés (88 % contre 83 % dans les régimes publics). Le coût moyen plus élevé des médicaments par demande de remboursement dans les régimes d'assurance-médicaments privés s'explique par une liste de médicaments plus élargie couvrant une gamme plus vaste de médicaments, y compris davantage de médicaments de marque et des traitements récents et à coût élevé.

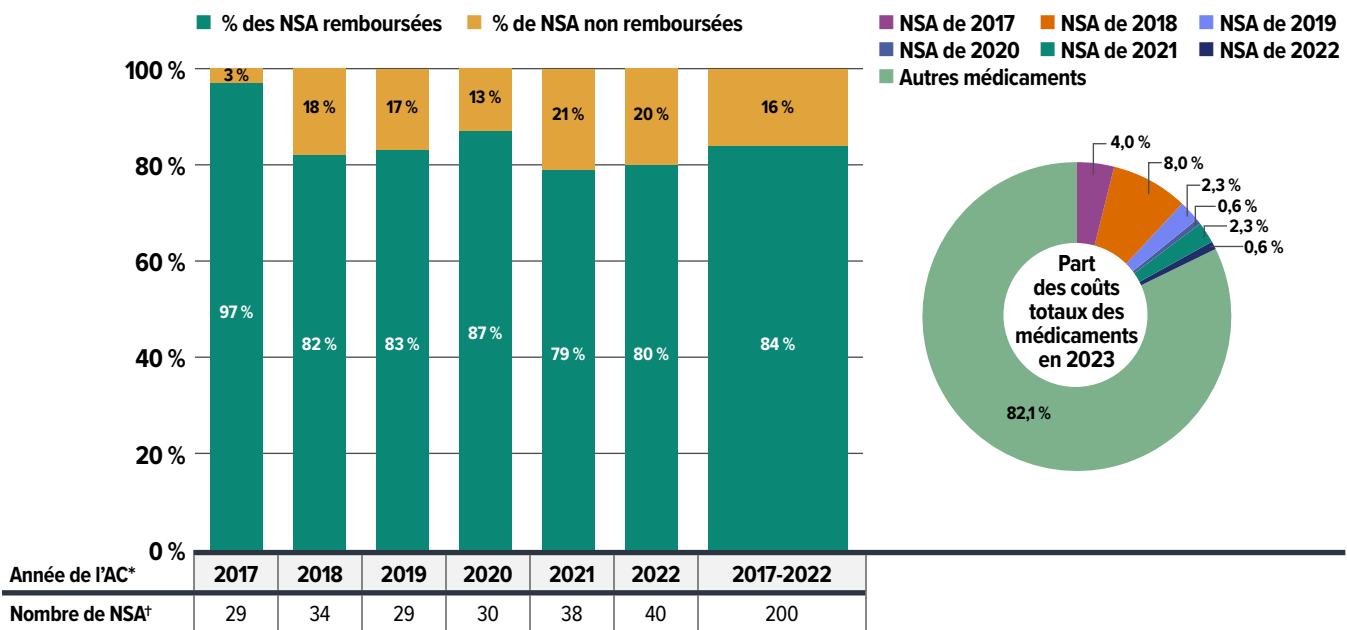
Taux de remboursement

Les régimes privés d'assurance-médicaments au Canada sont généralement complets et remboursent la plupart des médicaments prescrits. Bien qu'il existe des régimes fondés sur une liste de médicaments, la plupart d'entre eux maintiennent un accès ouvert à une vaste gamme de médicaments, y compris des traitements innovants et de marque nouvellement lancés. La figure 3.3 présente les taux de remboursement de nouvelles substances actives (NSA) qui ont reçu leur première autorisation de mise sur le marché de Santé Canada entre 2017 et 2022, ainsi que leur part du coût global des médicaments dans les régimes privés d'assurance-médicaments en 2023.

La cohorte des NSA approuvées entre 2017 et 2022 a fait l'objet d'un suivi jusqu'en 2023, ce qui laisse au moins un an après l'approbation pour évaluer l'état de remboursement. Les données révèlent que le pourcentage de NSA remboursées par les régimes privés d'assurance-médicaments variait de 97 % pour les médicaments approuvés en 2017, à 79 % et 80 % pour les médicaments approuvés en 2021 et 2022, respectivement. Cette variation reflète plusieurs facteurs, notamment le nombre d'années de commercialisation et les domaines thérapeutiques ciblés par les nouveaux médicaments. Dans l'ensemble, 84 % (168) des NSA approuvées au cours de la période de 2017 à 2022 ont été remboursées par des régimes privés d'assurance-médicaments en 2023. En général, les NSA ont été couverts dans l'année qui a suivi l'autorisation de mise sur le marché, et environ 80 % de ces médicaments ont été remboursés par au moins quelques régimes privés, même si la couverture pouvait varier d'un promoteur de régime à l'autre.

Il convient de mentionner que les régimes publics d'assurance-médicaments enregistraient un taux de remboursement nettement inférieur pour la même cohorte; 55 % (109) de ces NSA étaient inscrites dans la liste de médicaments d'au moins un régime provincial d'assurance-médicaments, y compris au Québec, en 2023. Cette différence peut être attribuable aux modalités de couverture de médicaments distinctes dans les secteurs public et privé. Les régimes privés d'assurance-médicaments gèrent leurs propres décisions en matière d'inscription de médicaments dans leur liste et de remboursement. Ils ajoutent donc, bien souvent, directement et rapidement de nouveaux médicaments à la liste des médicaments couverts. En revanche, les programmes financés par les fonds publics utilisent des systèmes communs et suivent souvent des modalités de remboursement sur une plus longue période, selon des recommandations en matière d'évaluation des technologies de la santé (ETS), la collaboration dans le cadre des négociations sur la fixation des prix au sein de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) et les décisions définitives des provinces ou des territoires d'ajouter un médicament à leur liste de médicaments. Par conséquent, les régimes publics ont tendance à avoir des taux de remboursement plus faibles pour les NSA au cours d'une même période d'observation comparativement aux régimes privés. La comparaison directe des statistiques de remboursement sans cadre d'étude bien défini ni compréhension approfondie des modalités distinctes pourrait conduire à des interprétations erronées. En conséquence, la présente étude évite toute comparaison directe. Pour un aperçu plus approfondi des listes de médicaments publics et de leur complexité au sein des régimes publics, consultez la série de rapports du CEPMB [Concordance des listes de médicaments des régimes publics au Canada](#).

FIGURE 3.3 Taux et nombre de médicaments d'ordonnance contenant de nouvelles substances actives (NSA) en 2017-2022, remboursés et non remboursés par des régimes privés d'assurance-médicaments, en 2023



Remarque : L'inscription sur la liste des médicaments a été considérée lorsqu'un remboursement était constaté dans les données des demandes de remboursement des régimes privés d'assurance-médicaments pour un produit pharmaceutique donné, sans différenciation dans les indications.

* L'année au cours de laquelle les médicaments contenant une nouvelle substance active (NSA) ont reçu pour la première fois leur autorisation de mise sur le marché (par avis de conformité [AC]) de la part de Santé Canada.

† La cohorte des médicaments analysés était centrée sur les médicaments d'ordonnance utilisés dans la communauté; les produits pharmaceutiques sans ordonnance (c'est-à-dire les produits radiopharmaceutiques) et les médicaments administrés principalement en milieu hospitalier étaient exclus

Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}; bases de données de Santé Canada.

Notamment, 16 % (32) des NSA approuvées au cours de cette période n'ont été remboursées par aucun régime privé d'assurance-médicaments, souvent parce qu'elles étaient associées à des domaines thérapeutiques principalement couverts par des programmes financés par les fonds publics, comme les traitements contre le VIH/SIDA ou les nouveaux traitements oncologiques à administrer à domicile.

Même si elle ne représentait que 7 % de tous les ingrédients médicinaux remboursés par les régimes privés d'assurance-médicaments en 2023, la cohorte de NSA de 2017 à 2022 représentait 18 % des coûts de médicaments

totaux au cours de cette année. Pour en savoir plus sur la composition des médicaments remboursés par les régimes privés d'assurance-médicaments, se reporter à l'[annexe D](#), qui dresse la liste des 50 médicaments les plus vendus (molécules, concentrations, formes les plus utilisées) en 2023. Notamment, 72 % du coût des médicaments les plus vendus (29 % du coût de tous les médicaments) correspondait aux produits de marque seulement, c'est-à-dire qui ne comportaient aucune option générique ou biosimilaire.

Bénéficiaires de médicaments onéreux

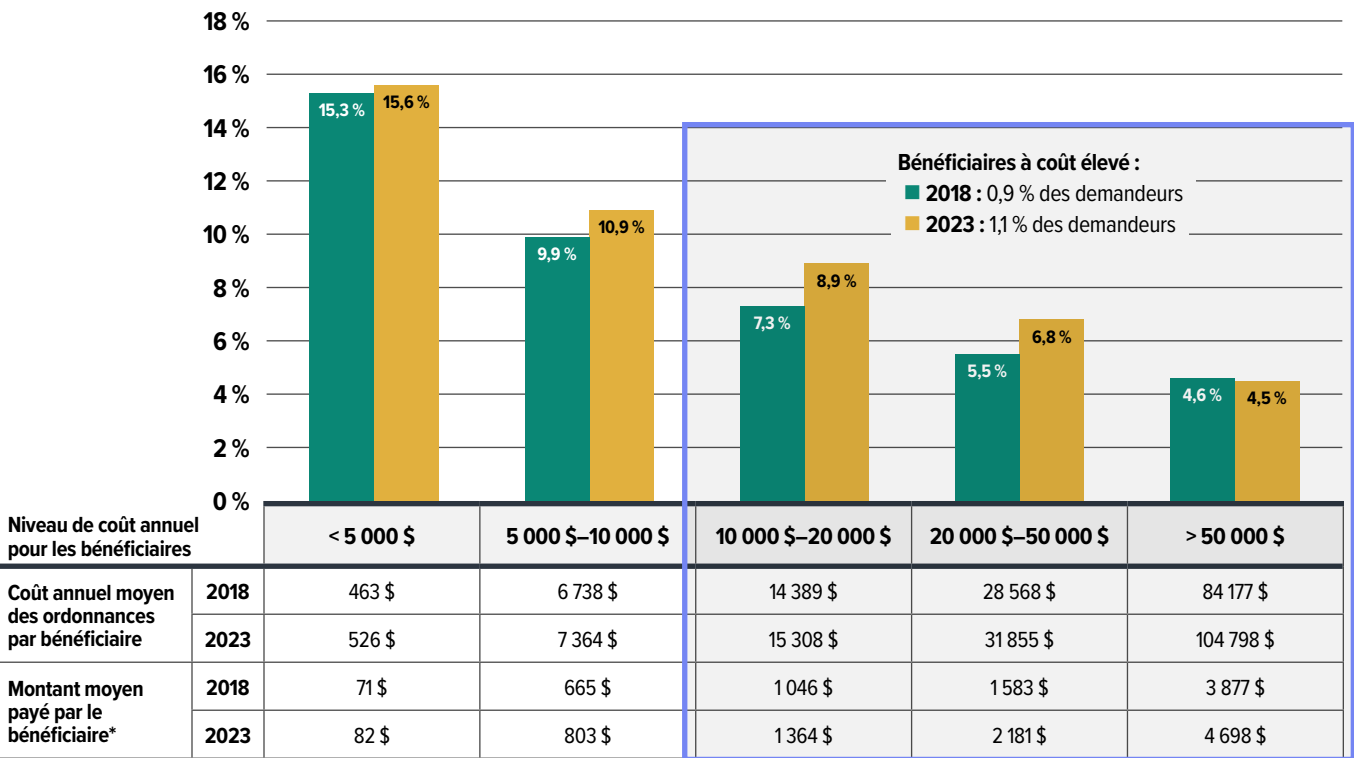
Dans le prolongement de la discussion sur l'élargissement de la couverture des médicaments par les régimes privés d'assurance-médicaments et l'augmentation des coûts d'ordonnance moyens qui en découle, il est également essentiel de comprendre l'évolution des frais à la charge des bénéficiaires actifs. Compte tenu de l'augmentation du coût des médicaments, ce point est important pour mieux évaluer la pérennité globale de ces régimes.

Les figures 3.4 et 3.5 explorent cette dynamique par un examen de la part des coûts d'ordonnance payés

par les bénéficiaires par rapport à leurs niveaux de coûts annuels totaux, en axant particulièrement sur les demandeurs de remboursement de médicaments onéreux et en comparant les régimes privés d'assurance-médicaments aux régimes publics du SNIUMP.

La figure 3.4 montre l'évolution de la part des dépenses prise en charge par les bénéficiaires des régimes privés d'assurance-médicaments entre 2018 et 2023, ventilée selon cinq niveaux de coût annuel pour les bénéficiaires : moins de 5 000 \$; 5 000 \$ – 10 000 \$; 10 000 \$ – 20 000 \$; 20 000 \$ – 50 000 \$; et 50 000 \$ ou plus.

FIGURE 3.4 Part des coûts d'ordonnances payés par les bénéficiaires dans les régimes privés d'assurance-médicaments, par niveau de coût annuel des bénéficiaires, 2023 et 2018



* Comme les coûts des médicaments déclarés ne reflètent pas les remises, les rabais sur les prix ou les ententes confidentielles, les montants payés par les bénéficiaires actifs peuvent être surestimés en raison de l'augmentation des quotes-parts et des franchises appliquées avant que les remises ne soient traitées.

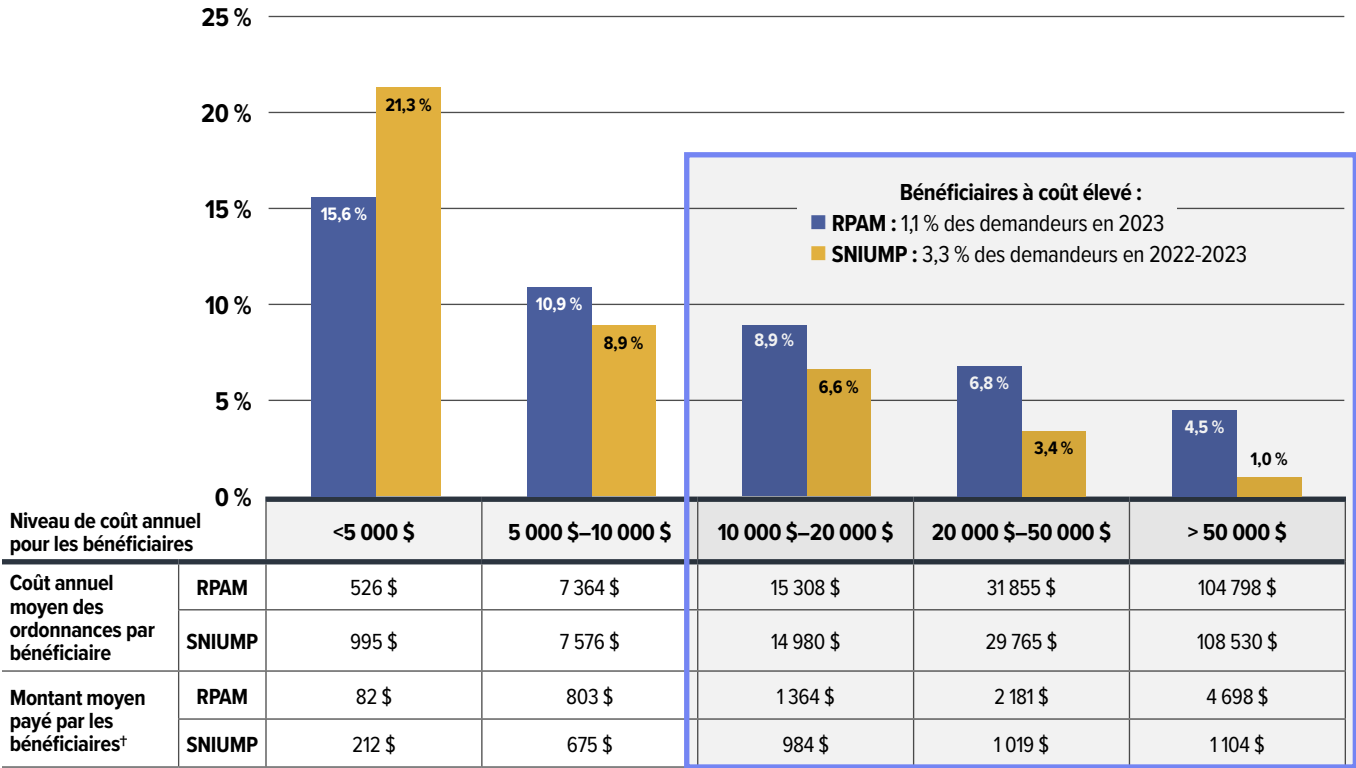
Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.

Au cours d’une année donnée, à mesure que les catégories de coûts annuels moyens augmentaient, la part des coûts d’ordonnance payée par les bénéficiaires diminuait généralement. Toutefois, les bénéficiaires finissaient par payer davantage en raison de l’augmentation des coûts d’ordonnance totaux. Par exemple, les bénéficiaires dont les coûts sont les plus élevés (plus de 50 000 \$ par an) ont payé la part la plus faible de leurs coûts de prescription et ont vu une légère réduction entre 2018 et 2023, mais leur montant absolu à payer a augmenté de 821 \$, atteignant près de 4 700 \$ en 2023, ce qui reflète l’augmentation des coûts des médicaments.

Pour les bénéficiaires dont les coûts annuels sont supérieurs à 10 000 \$, les frais déboursés par ces derniers^{XI} sont passés de 1 467 \$ en 2018 à 1 922 \$ en 2023, soit une hausse de 455 \$. La proportion de ces bénéficiaires ayant des médicaments onéreux a également augmenté, passant de 0,9 % à 1,1 % au cours de la même période.

La figure 3.5 compare les régimes privés d’assurance-médicaments aux régimes publics du SNIUMP pour les mêmes catégories de coûts annuels des bénéficiaires

FIGURE 3.5 Part des coûts d’ordonnances payés par les bénéficiaires, par niveau de coût annuel des bénéficiaires, régimes privés d’assurance-médicaments (RPAM) en 2023 et régimes publics d’assurance-médicaments du SNIUMP en 2022-2023*



* D’après les plus récentes données annuelles disponibles; les données des régimes privés d’assurance-médicaments (RPAM) étaient déclarées par année civile en 2023, tandis que celles des régimes publics d’assurance-médicaments du SNIUMP étaient agrégées pour l’exercice financier 2022-2023.

† Comme les coûts des médicaments déclarés ne reflètent pas les remises, les rabais sur les prix ou les ententes confidentielles, les montants payés par les bénéficiaires actifs peuvent être surestimés en raison de l’augmentation des quotes-parts et des franchises appliquées avant que les remises ne soient traitées.

Sources de données : Base de données des régimes privés d’assurance-médicaments à paiement direct d’IQVIA^{MC}.

XI Les frais devant être déboursés par les bénéficiaires correspondent à leur part des coûts d’ordonnances partagés, à l’exclusion des contributions plus larges, comme les franchises ou les primes.

Malgré la tendance similaire observée dans les régimes privés et publics, où la part des coûts d'ordonnance payée par le bénéficiaire a diminué, mais où les frais devant être déboursés par le bénéficiaire ont augmenté à mesure que les dépenses annuelles augmentaient, il existe des différences considérables entre les deux types de régimes. La proportion de bénéficiaires dont les coûts annuels dépassaient 10 000 \$ était trois fois plus élevée dans les régimes publics du SNIUMP (3,3 %) que dans les régimes privés (1,1 %).

En outre, les demandeurs de remboursement des régimes privés d'assurance-médicaments ont payé une part plus importante de leurs coûts d'ordonnance aux niveaux de coûts plus élevés (plus de 5 000 \$ par an); l'écart se creusait aux niveaux de coûts plus élevés. Ce fait était particulièrement plus marqué chez les bénéficiaires de régimes privés dont les coûts annuels dépassaient les 50 000 \$, lesquels devaient déboursier des montants quatre fois plus élevés que leurs homologues des régimes publics (4,5 % contre 1,0 %), soit une différence de près de 3 600 \$.

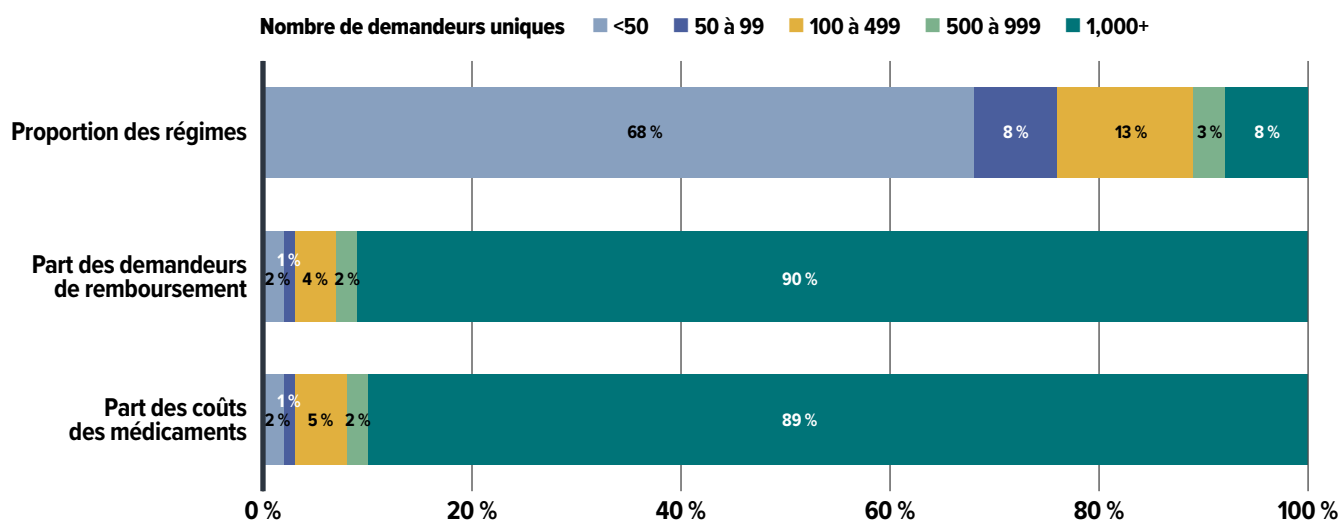
Ces différences sont probablement influencées par plusieurs facteurs, notamment la structure des régimes, le profil sanitaire des patients et le fait que les données analysées sur les régimes publics du SNIUMP n'englobaient que les bénéficiaires qui avaient payé leur franchise et reçu un remboursement.

Taille des promoteurs de régime

Bien que le présent rapport n'évalue pas directement les mécanismes de gestion des risques comme le regroupement des demandeurs de remboursement, le fait de comprendre comment la taille d'un promoteur d'un régime influe sur la répartition des coûts permet de mieux saisir la modernisation des régimes dans une optique de viabilité financière et de pérennité à long terme.

Les figures 3.6 et 3.7 présentent la répartition des régimes privés d'assurance-médicaments selon la taille du promoteur en 2023 et l'évolution du nombre de régimes entre 2018 et 2023. En 2023, les petits promoteurs de régime (moins de 50 demandeurs) représentaient la majorité des promoteurs (68 %), suivis par les régimes comptant de 100 à 499 demandeurs (13 %), de 50 à 99 demandeurs (8 %) et de 500 à 999 demandeurs (3 %). Les grands régimes de plus de 1 000 demandeurs ne représentaient que 8 % de l'ensemble des régimes, mais étaient à l'origine de 90 % du nombre total de demandeurs et de 89 % des coûts de médicaments totaux (figure 3.6).

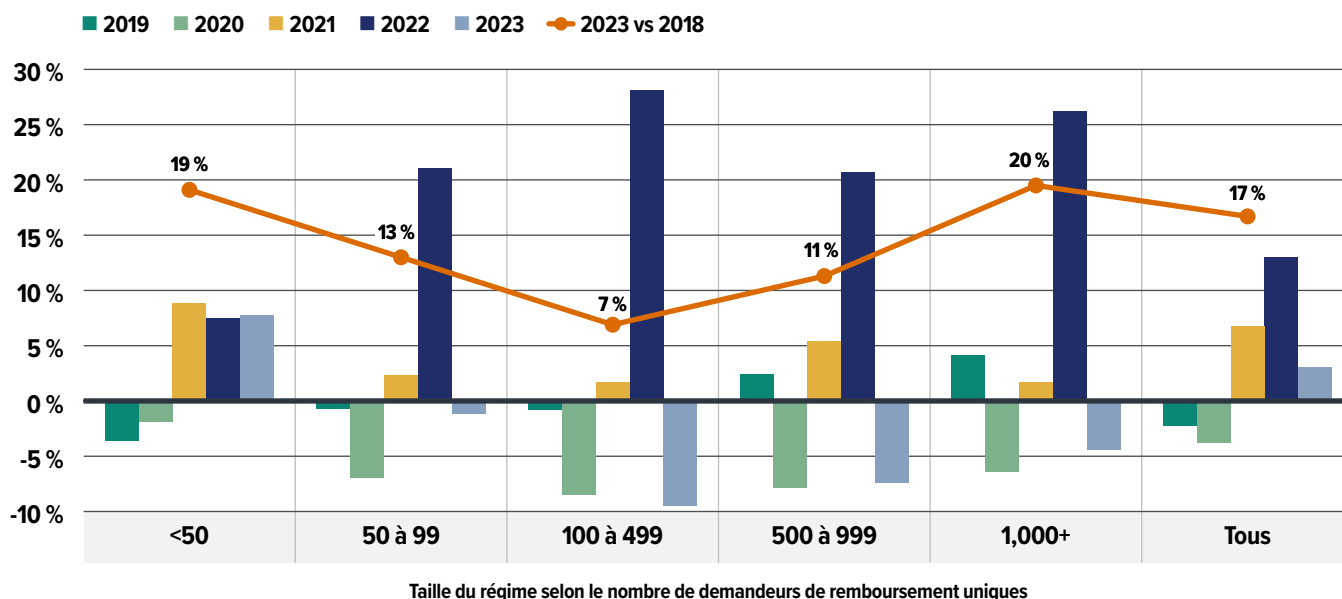
FIGURE 3.6 Répartition selon la taille du promoteur de régime*, régimes privés d'assurance-médicaments, 2023



* La taille du promoteur de régime d'assurance-médicaments est définie en fonction du nombre de demandeurs uniques au cours d'une année donnée.

Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.

FIGURE 3.7 Taux de variation annuel du nombre de régimes d'assurance-médicaments selon la taille du promoteur de régime*, régimes privés d'assurance-médicaments, de 2018 à 2023



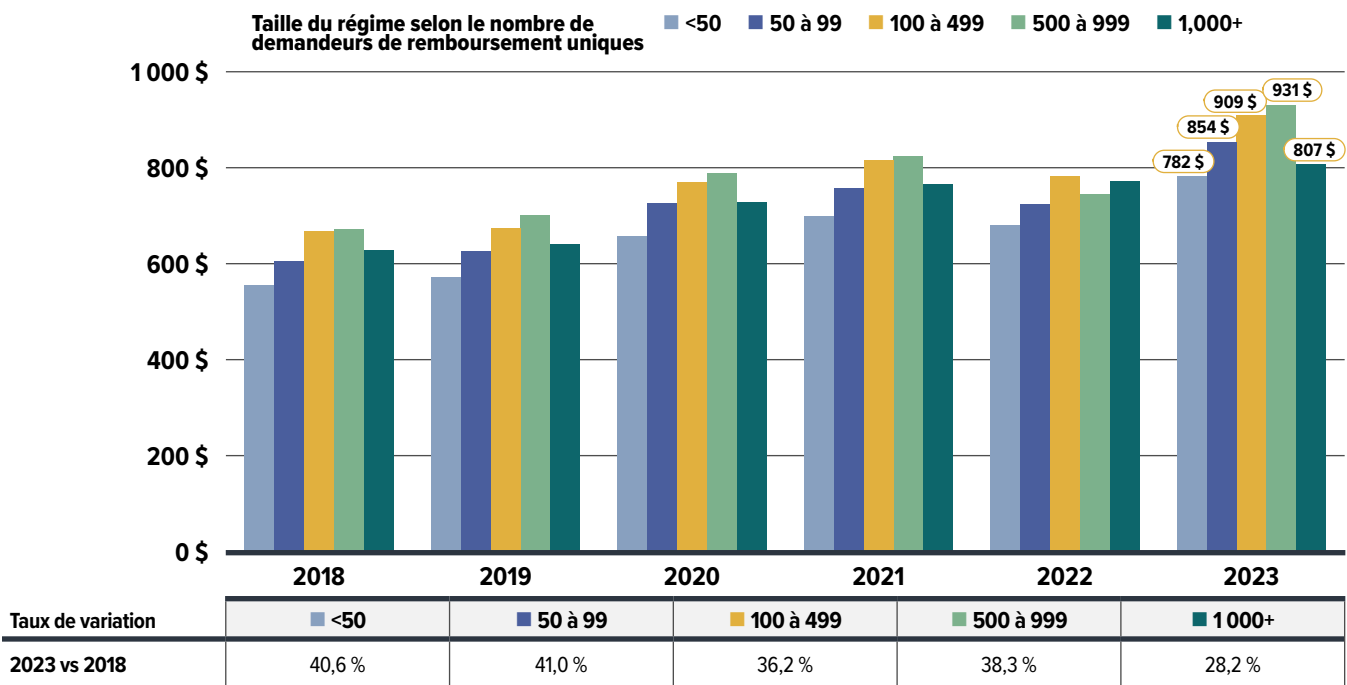
* La taille du promoteur de régime d'assurance-médicaments est définie en fonction du nombre de demandeurs uniques au cours d'une année donnée.

Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.

Comme le montre la figure 3.7, les tendances relatives au nombre de régimes par taille ont fluctué au cours des dernières années. Les petits régimes (moins de 50 demandeurs) ont connu un déclin de 2018 à 2020, mais ont augmenté de façon constante de 2021 à 2023. Tous les grands régimes ont connu des baisses en 2020, ont rebondi au cours des deux années suivantes, puis ont de nouveau connu un déclin en 2023. Ces tendances peuvent être liées à des changements dans la structure

des régimes, comme le programme Assurance-santé Plus de l'Ontario en 2018 et 2019, et à l'incidence de la pandémie de COVID-19. Au cours de la période de six ans indiquée, le nombre total de régimes a augmenté de 17 %, la croissance la plus rapide étant observée dans les petits régimes (< 50 demandeurs) et dans les grands régimes (> 1 000 demandeurs), qui ont connu une hausse de 19 % et 20 %, respectivement.

FIGURE 3.8 Coût annuel moyen des médicaments par demandeur de remboursement, selon la taille du promoteur de régime*, régimes privés d'assurance-médicaments, de 2018 à 2023



* La taille du promoteur de régime d'assurance-médicaments est définie en fonction du nombre de demandeurs uniques au cours d'une année donnée.

Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.

La figure 3.8 montre le coût moyen des médicaments par demandeur pour les différentes tailles de régimes entre 2018 et 2023. Alors que les coûts par demandeur ont augmenté pour toutes les tailles de régimes, les petits régimes (< 100 demandeurs) ont connu le taux de croissance le plus élevé, soit environ 41 %. Fait intéressant, les régimes de taille moyenne (100-499 et 500-999 demandeurs) affichent les coûts annuels moyens de médicaments par demandeur les plus élevés en 2023, soit 909 \$ et 931 \$, respectivement. En revanche, les régimes de petite taille (< 50 demandeurs) et les régimes de grande taille (> 1 000 demandeurs) affichent tous deux des coûts annuels moyens par demandeur inférieurs d'au moins 100 \$. L'annexe C donne un aperçu préliminaire de la façon dont l'utilisation de médicaments onéreux peut être liée à la taille des promoteurs de régime.

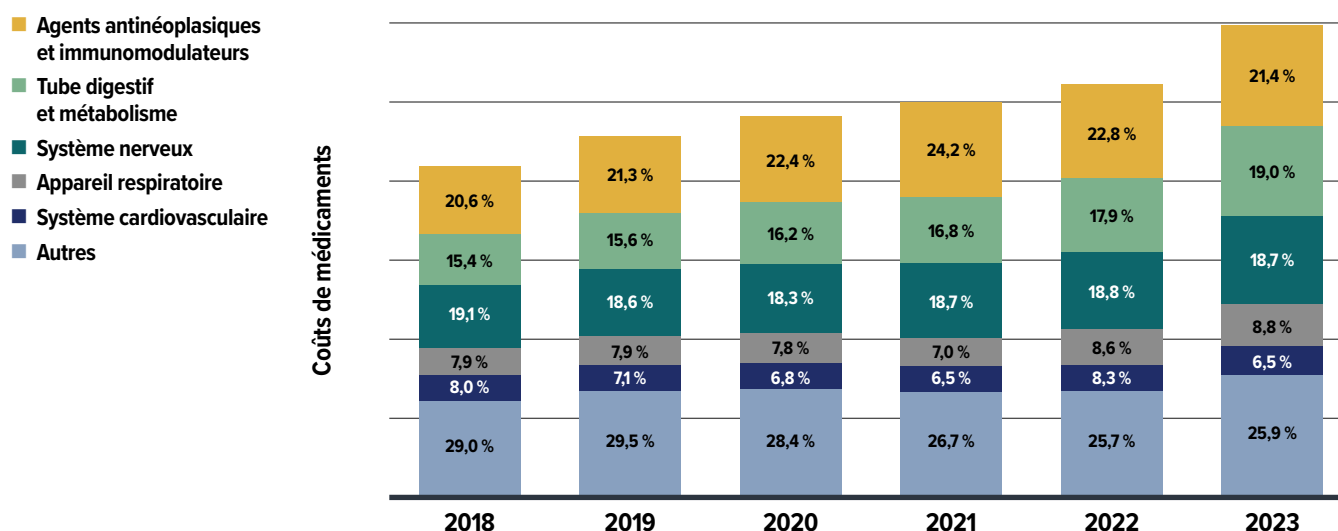
Sans entrer dans les détails des structures de couverture, des primes ou d'autres frais d'assurance comme que les frais de regroupement, ces variations en fonction de la taille du régime portent à croire que les promoteurs de régimes de petite taille peuvent offrir une couverture moins complète pour gérer les coûts en raison de leur groupement d'assureurs de plus petite taille. À l'inverse, les grands régimes, dont les profils de patients sont plus diversifiés, peuvent mieux répartir les coûts par demandeur sur une base plus large, même s'ils couvrent un plus grand nombre de médicaments onéreux. Les régimes de taille moyenne ne bénéficient pas de l'avantage de regroupement des grands régimes, mais offrent également une couverture plus large que celle des régimes plus petits, ce qui peut se traduire par des coûts plus élevés par demandeur.

Annexe A

Tendances annuelles relatives au coût des médicaments par classe thérapeutique

Pour mieux comprendre l'évolution des traitements sur le marché canadien des régimes privés d'assurance-médicaments, une ventilation annuelle du coût des médicaments par classe thérapeutique est présentée dans la figure A1 ainsi que l'ampleur des variations associées dans les coûts des médicaments entre 2018 et 2023.

FIGURE A1 Les cinq principaux groupes du niveau 1 du système de classification ATC* par part des coûts totaux de médicaments, régimes privés d'assurance-médicaments, 2018 à 2023



* Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) tenu à jour par l'Organisation mondiale de la Santé.

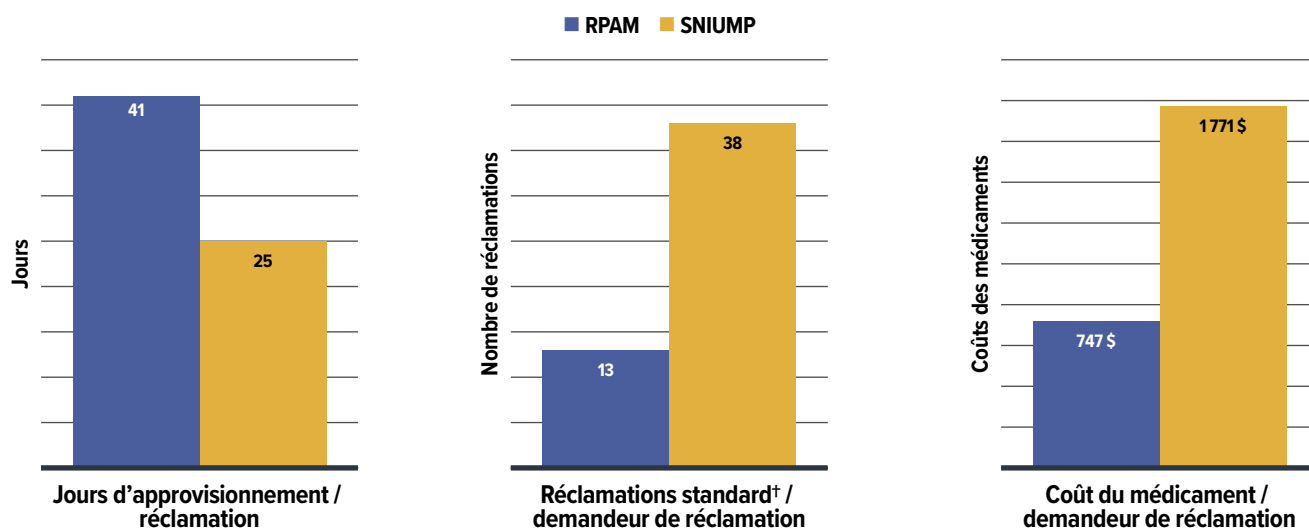
Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.

Annexe B

Comparaison de l'utilisation : Régimes privés d'assurance-médicaments (à l'exclusion du Québec) par rapport aux régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP

Dans une optique d'harmonisation des données avec celles des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, qui n'incluent pas le Québec, la figure B1 présente une comparaison de l'utilisation des régimes privés, excluant ceux du Québec. Les résultats étayaient davantage les tendances observées à la figure 3.1, montrant que les régimes privés comptent généralement moins de demandes de remboursement, mais un plus grand nombre de jours d'approvisionnement par demande, ainsi que des coûts par demandeur inférieurs à ceux des régimes publics du SNIUMP.

FIGURE B1 Taille moyenne des ordonnances et habitudes d'utilisation, régimes privés d'assurance-médicaments (excluant le Québec) en 2023 et régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP en 2022-2023*



* D'après les plus récentes données annuelles disponibles; les données des régimes privés d'assurance-médicaments (RPAM) étaient déclarées par année civile en 2023, tandis que celles des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP étaient agrégées pour l'exercice financier 2022-2023.

[†] Le nombre de demandes de remboursement était converti en un nombre standard d'ordonnances de 30 jours afin de permettre des comparaisons plus précises entre les deux types de régimes.

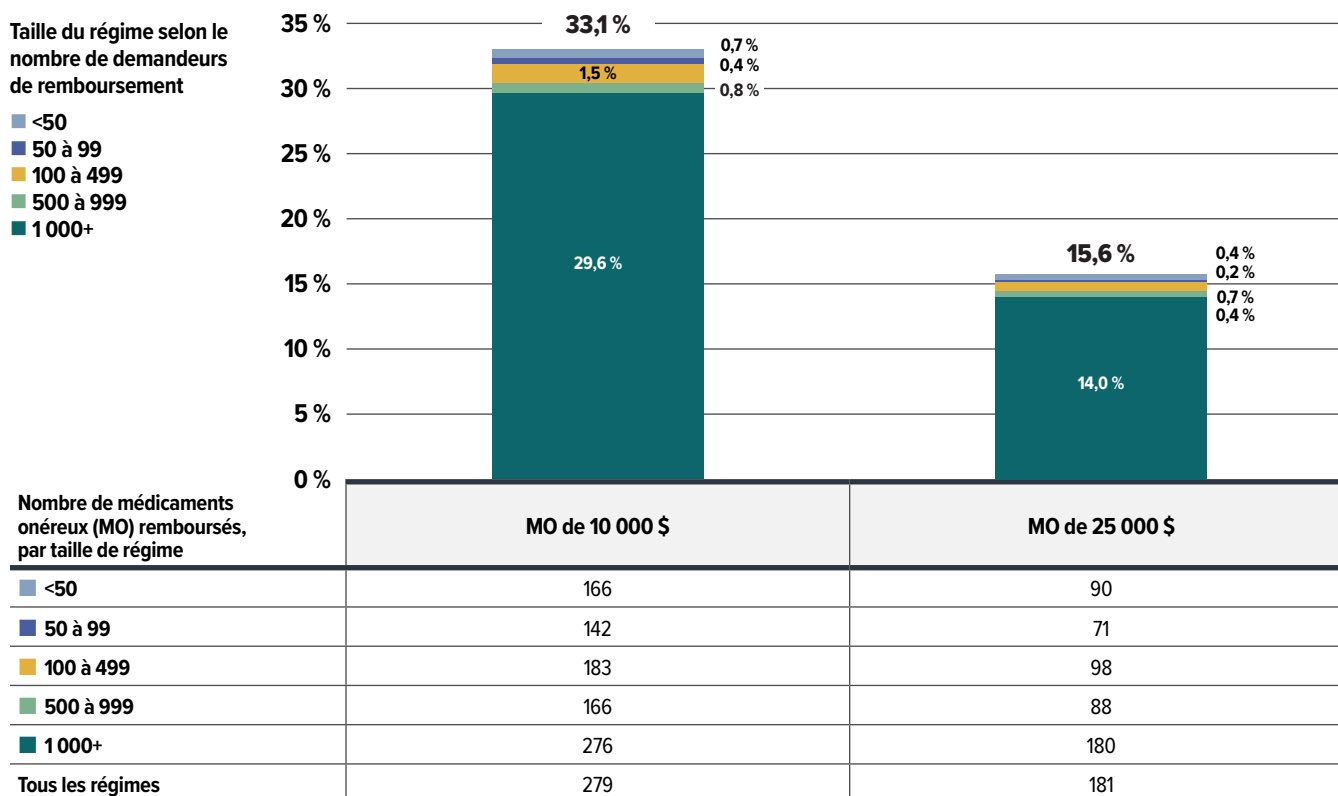
Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}; base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe C

Taille des promoteurs de régime et utilisation de médicaments onéreux

La figure C1 présente la part des coûts des médicaments onéreux par taille de promoteur de régimes privés d'assurance-médicaments pour 2023, ainsi que le nombre de médicaments onéreux remboursés par taille de régime. Elle montre que les promoteurs ayant la plus grande taille (plus de 1 000 demandeurs) ont remboursé la quasi-totalité des médicaments onéreux indiqués dans la figure 2.7, ce qui reflète vraisemblablement l'éventail le plus large de troubles médicaux couverts par ces régimes. Fait intéressant, leur contribution aux dépenses en médicaments onéreux s'aligne proportionnellement sur leur part des coûts globaux des médicaments, comme le montre la figure 3.6. Ce fait donne à penser qu'un groupe de demandeurs plus imposant peut améliorer l'accès aux médicaments onéreux sans alourdir considérablement le coût global des médicaments pour l'ensemble des demandeurs.

FIGURE C1 Part des coûts des médicaments onéreux selon la taille du promoteur de régime*, régimes privés d'assurance-médicaments, 2023



* La taille du promoteur de régime d'assurance-médicaments est définie en fonction du nombre de demandeurs uniques au cours d'une année donnée.

Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.

Annexe D

Les 50 médicaments les plus vendus (molécule, concentration ou forme la plus utilisée) selon la part des coûts de médicaments, régimes privés d'assurance-médicaments, 2023 (en %)

Rang	Ingrédient médicinal (concentration)	Médicament de marque ou biologique seulement	Utilisation pour 1 000 demandeurs*	Part des coûts de tous les médicaments
1	Sémaglutide (1,34 mg/mL)	Oui	45,0	6,1 %
2	Infliximab (100 mg)	—	1,4	4,2 %
3	Adalimumab (40 mg/0,8 mL)	—	2,0	3,0 %
4	Ustékinumab (90 mg/mL)	Oui	0,8	2,5 %
5	Élécacftor/tézacftor/ivacaftor et ivacaftor (100 mg/50 mg/75 mg/100 mg)	Oui	0,1	1,6 %
6	Dupilumab (150 mg/mL)	Oui	0,8	1,3 %
7	Budésonide/formotérol (200 mg/6 mg)	Oui	31,5	1,1 %
8	Védolizumab (300 mg)	Oui	0,5	1,0 %
9	Liraglutide 6 mg/mL	Oui	4,0	0,8 %
10	Ocrélizumab (30 mg/mL)	Oui	0,3	0,8 %
11	Toxine botulinique A (100 U)	Oui	3,5	0,7 %
12	Rizankizumab (150 mg/mL)	Oui	0,4	0,7 %
13	Aflibercept (2 mg/0,05 mL)	Oui	0,7	0,7 %
14	Golimumab 50 mg/0,5 mL	Oui	0,4	0,7 %
15	Guselkumab (100 mg/mL)	Oui	0,4	0,7 %
16	Empagliflozine (25 mg)	Oui	8,0	0,7 %
17	Sécukinumab (150 mg/mL)	Oui	0,4	0,6 %
18	Ésoméprazole magnésium (40 mg)	—	16,0	0,6 %
19	Étanercept (50 mg/mL)	—	0,5	0,6 %

Rang	Ingrédient médicinal (concentration)	Médicament de marque ou biologique seulement	Utilisation pour 1 000 demandeurs*	Part des coûts de tous les médicaments
20	Dexlansoprazole (60 mg)	Oui	14,6	0,5 %
21	Dimésylate de lisdexamfétamine (40 mg)	Oui	8,0	0,5 %
22	Dimésylate de lisdexamfétamine (30 mg)	Oui	10,1	0,5 %
23	Empagliflozine (10 mg)	Oui	6,9	0,5 %
24	Upadacitinib (15 mg)	Oui	0,4	0,5 %
25	Oxalate d'escitalopram (10 mg)	–	35,0	0,5 %
26	Omalizumab (150 mg/mL)	Oui	0,4	0,5 %
27	Vaccin contre le virus varicelle-zona (50 mcg/0,5 mL)	Oui	17,6	0,5 %
28	Ofatumumab (20 mg/0,4 mL)	Oui	0,2	0,4 %
29	Chlorhydrate de méthylphénidate (54 mg)	–	5,5	0,4 %
30	Chlorhydrate de méthylphénidate (36 mg)	–	8,0	0,4 %
31	Rivaroxaban (20 mg)	–	4,9	0,4 %
32	Éfinaconazole (10 %)	Oui	15,7	0,4 %
33	Certolizumab pégol (200 mg/mL)	Oui	0,3	0,4 %
34	Ixékizumab (80 mg/mL)	Oui	0,2	0,4 %
35	Progestérone (100 mg)	–	15,4	0,4 %
36	Dimésylate de lisdexamfétamine (50 mg)	Oui	4,5	0,4 %
37	Pantoprazole sodique (40 mg)	–	58,0	0,3 %
38	Bictégravir / emtricitabine / ténofovir alaféamide (50 mg/200 mg/25 mg)	Oui	0,3	0,3 %
39	Emtricitabine / ténofovir alaféamide (200 mg/25 mg)	Oui	0,5	0,3 %
40	Éculizumab (10 mg/mL)	Oui	0,01	0,3 %
41	Dimésylate de lisdexamfétamine (20 mg)	Oui	9,1	0,3 %
42	Insuline glargine (100 U/mL)	Oui	5,9	0,3 %
43	Omalizumab (150 mg)	Oui	0,2	0,3 %
44	Insuline asparte (100 U/mL)	–	6,7	0,3 %
45	Chlorhydrate d'épinéphrine (0,3 mg)	Oui	14,5	0,3 %
46	Oxalate d'escitalopram (20 mg)	–	20,0	0,3 %
47	Mépolizumab (100 mg/mL)	Oui	0,1	0,3 %
48	Mésalamine (1 200 mg)	Oui	1,9	0,3 %
49	Insuline dégludec (200 U/mL)	Oui	2,3	0,3 %
50	Vortioxétine (10 mg)	Oui	4,5	0,3 %
Part des médicaments de marque ou biologiques dans les 50 principaux médicaments		71,6 %		
Part des 50 principaux médicaments parmi l'ensemble des médicaments		40,3 %		

* Le taux d'utilisation pour 1 000 demandeurs des principaux médicaments répertoriés peut différer légèrement de celui indiqué dans la figure 2.6 pour le même ingrédient médicinal, car l'annexe D présente les données au niveau de l'ingrédient, de la concentration et de la forme, alors que les données de la figure 2.6 sont fusionnées au niveau de l'ingrédient chimique.

Sources de données : Base de données des régimes privés d'assurance-médicaments à paiement direct d'IQVIA^{MC}.