



Facteurs d'accroissement des dépenses en médicaments prescrits au Canada

Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

Table des matières

Sommaire.....	iii
Remerciements.....	v
À propos de l'ICIS.....	vii
Introduction.....	1
Dépenses en produits pharmaceutiques au Canada.....	2
Facteurs d'accroissement des dépenses en produits pharmaceutiques.....	5
Facteurs d'accroissement des dépenses en médicaments prescrits : bilan d'une décennie.....	6
Facteurs d'accroissement des dépenses en médicaments prescrits : examen approfondi de chaque facteur.....	8
Croissance démographique et vieillissement de la population.....	8
Prix des médicaments et inflation générale.....	10
Volume et éventail de médicaments.....	13
Résumé.....	18
Annexe A : Notes méthodologiques.....	21
Calculs relatifs aux facteurs d'accroissement des coûts.....	21
Valeur des brevets échus.....	23
Nouvelles substances chimiques et nouvelles catégories de médicaments.....	23
Limites.....	23
Annexe B : Sources de données.....	25
Annexe C : Facteurs d'accroissement des dépenses pour l'achat au détail d'antihypertenseurs au Canada, de 1998 à 2007.....	27
Annexe D : Facteurs d'accroissement des dépenses pour l'achat au détail d'hypocholestérolémiants au Canada, de 1998 à 2007.....	29
Annexe E : Facteurs d'accroissement des dépenses pour l'achat au détail de médicaments gastro-intestinaux au Canada, de 1998 à 2007.....	31
Annexe F : Facteurs d'accroissement de la valeur en gros des achats de médicaments pour le traitement du cancer par les hôpitaux et les pharmacies au Canada, de 2004-2005 à 2009-2010.....	33
Annexe G : Facteurs d'accroissement de la valeur en gros des achats d'immunosuppresseurs par les pharmacies au Canada, de 2004-2005 à 2009-2010.....	37
Annexe H : Systèmes de classification des médicaments.....	39
Annexe I : Avertissement concernant IMS Brogan.....	41
Références.....	43

Sommaire

- Au cours des 20 dernières années, les médicaments ont constitué l'une des catégories de dépenses affichant la croissance la plus rapide dans le système de santé du Canada. Depuis 2005, toutefois, les dépenses en médicaments augmentent moins rapidement que les dépenses liées aux hôpitaux et aux médecins, ainsi que les dépenses totales de santé.
- À l'échelle internationale, entre 1997 et 2007, seuls les États-Unis dépassaient le Canada au chapitre de la croissance des dépenses en médicaments par habitant, parmi les pays de comparaison.
- Entre 1998 et 2007, les dépenses pour l'achat de médicaments prescrits à l'extérieur des hôpitaux au Canada sont passées de 8,0 à 19,0 milliards de dollars, pour un taux de croissance annuel moyen de 10,1 %.
- L'augmentation de l'utilisation des médicaments et les changements dans l'éventail de traitements utilisés sont les facteurs qui ont le plus contribué à cette augmentation des dépenses, étant respectivement à l'origine d'une croissance annuelle moyenne de 6,2 et de 2,0 %. Les effets liés au volume et à l'éventail de médicaments étaient partiellement attribuables à des changements dans les directives de traitement, à une prévalence accrue des maladies et à l'adoption de nouveaux médicaments.
- La croissance démographique et le vieillissement de la population ont eu des répercussions plus modestes sur les dépenses en médicaments, chacun participant à hauteur de 1,0 % à la croissance annuelle moyenne.
- Les variations dans les prix n'ont quant à elles pas eu d'incidence significative sur les dépenses en médicaments; le prix des médicaments a même diminué lorsqu'on tient compte de l'inflation générale.
- L'utilisation accrue d'hypocholestérolémiants, de médicaments pour le traitement du cancer et d'immunosuppresseurs justifie environ un tiers de l'augmentation totale des dépenses en médicaments observée entre 2004-2005 et 2009-2010. La croissance liée aux médicaments pour le traitement du cancer et aux immunosuppresseurs est attribuable en partie à l'adoption de nouveaux médicaments biologiques.
- Selon les tendances qui se dessinent en matière de mise au point de médicaments, les médicaments pour le traitement du cancer et les immunosuppresseurs pourraient continuer à faire croître les dépenses en médicaments dans les années à venir.
- L'augmentation de l'accessibilité des médicaments génériques permettra de réaliser certaines économies au cours des trois à cinq prochaines années. En 2009, la valeur en gros des achats de médicaments dont le brevet arrivera à échéance entre 2010 et 2014 atteignait près de 8,7 milliards de dollars. Cela équivaut à plus du tiers (38,2 %) des dépenses pour l'achat en gros de médicaments prescrits au Canada.
- Depuis deux ans, dans de nombreux régimes publics d'assurance-médicaments, le montant versé pour l'achat de médicaments génériques a été réduit. Les prix maximaux admissibles des médicaments génériques varient pour représenter désormais, selon la réglementation, 25 à 56 % du prix des produits de marque.

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les experts suivants pour leurs judicieux conseils sur la publication *Facteurs d'accroissement des dépenses en médicaments prescrits au Canada*.

- Paul Grootendorst, professeur agrégé, Faculté de pharmacie, École de politique publique et de gouvernance, Université de Toronto
- Bob Nakagawa, sous-ministre adjoint, Services pharmaceutiques, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Nous sommes aussi reconnaissants envers le chercheur externe suivant pour l'expertise avec laquelle il a mené certaines des tâches analytiques liées au rapport :

- Steve Morgan, directeur associé, Centre de recherche sur les services et les politiques de santé, Université de la Colombie-Britannique

Veillez noter que les analyses et les conclusions figurant dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes ou des organismes mentionnés ci-dessus.

À propos de l'ICIS

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada. Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS recueille et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

La réalisation de la présente analyse est rendue possible grâce à l'apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Introduction

En 2010-2011, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a entrepris d'analyser les facteurs d'accroissement des dépenses de santé au Canada. Dans le cadre de ce projet, les facteurs macroéconomiques qui influent sur les dépenses de santé ont été explorés, de même que les facteurs d'accroissement des coûts liés aux médecins, aux hôpitaux et aux médicaments et à d'autres catégories de dépenses de santé. La Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS) de l'ICIS et la publication annuelle connexe *Tendances des dépenses nationales de santé* permettent de rendre compte des dépenses de santé au Canada. Les définitions de la BDDNS ont guidé l'analyse des données dans le cadre du projet sur les facteurs d'accroissement des coûts des soins de santé.

Le cadre conceptuel normalisé pour le projet sur les facteurs d'accroissement des coûts des soins de santé est axé sur six éléments pouvant être mesurés à l'aide des données du Canada :

- la croissance démographique;
- le vieillissement de la population;
- l'inflation générale;
- l'effet lié aux prix;
- l'effet lié au volume;
- l'éventail de médicaments.

Le présent rapport met l'accent sur les dépenses en médicaments, la deuxième catégorie de dépenses de santé en importance au Canada. Les médicaments sont devenus l'un des plus importants éléments du système de santé, tant sur le plan clinique que financier. Le présent rapport résume les données sur l'ensemble des dépenses en médicaments, selon la source de financement et pour des catégories de médicaments choisies, en mettant l'accent sur les facteurs qui influent sur le niveau de dépenses et les tendances observés. La première section du rapport présente un aperçu des tendances des dépenses en médicaments au Canada au cours de la dernière décennie. Une comparaison est établie avec les tendances observées dans les autres principaux secteurs de dépenses de santé au Canada et avec les tendances des dépenses en médicaments relevées dans d'autres pays. La deuxième partie traite de l'influence qu'ont les facteurs d'accroissement des coûts sur ces tendances, en fonction du cadre conceptuel décrit plus haut. Elle présente également des renseignements sur les changements dans les processus de découverte de médicaments et les politiques pharmaceutiques qui influent sur la disponibilité, l'utilisation et le prix des médicaments au Canada. Il est important de noter que dans le présent rapport, les dépenses en médicaments sont analysées à l'aide de multiples sources de données, ce qui nécessite le recours à deux concepts distincts : les dépenses pour l'achat au détail et les dépenses pour l'achat en gros. Les premières correspondent aux achats effectués dans les pharmacies communautaires, qui comprennent les honoraires du pharmacien et la marge bénéficiaire de la pharmacie. Cette notion exclut les dépenses liées aux médicaments délivrés dans les hôpitaux. Les dépenses pour l'achat en gros correspondent aux médicaments achetés par les pharmacies

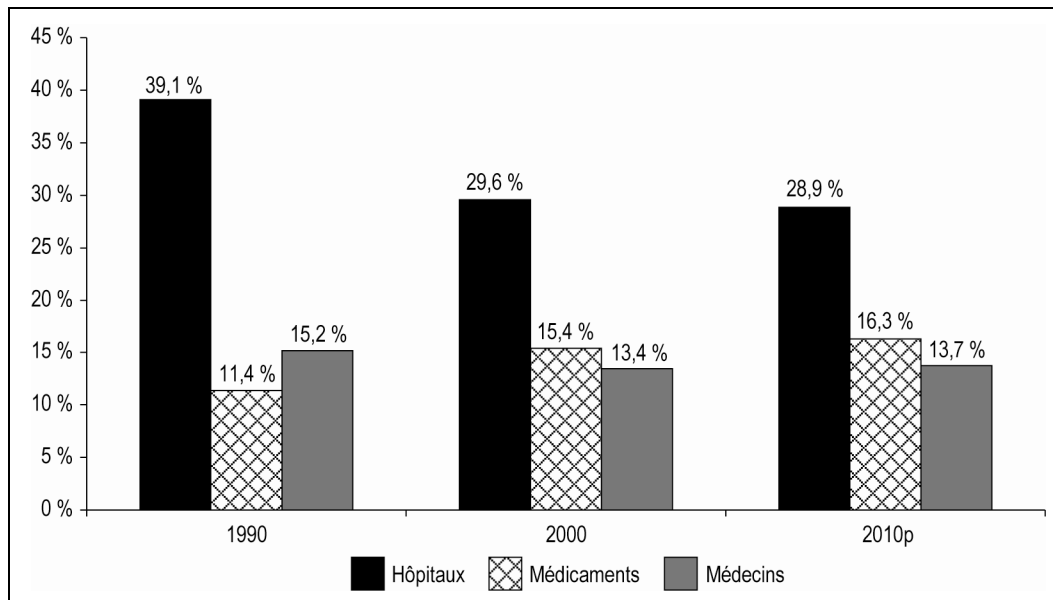
communautaires et les hôpitaux au prix de gros ou du fabricant; elles excluent les honoraires professionnels et les marges bénéficiaires. Pour plus de précisions sur les sources des données, consultez les annexes A et B.

Dépenses en produits pharmaceutiques au Canada

Les Canadiens ont dépensé environ 31,1 milliards de dollars en produits pharmaceutiques en 2010¹, ce qui équivaut à 910 \$ par personne, plus de trois fois le montant dépensé par habitant en 1990¹. Les dépenses en médicaments prescrits représentaient la majeure partie des dépenses en médicaments : selon les prévisions, elles devaient s'élever à 26,1 milliards de dollars en 2010, soit 83,8 % du total des dépenses en médicaments¹.

Au cours des 20 dernières années, les médicaments ont constitué l'une des catégories de dépenses affichant la croissance la plus rapide dans le système de santé du Canada. Les dépenses en produits pharmaceutiques au Canada ont crû particulièrement rapidement au cours des années 1990, avec l'apparition de nombreuses catégories de médicaments-vedettes et l'augmentation de leur utilisation et de leur coût. Les produits pharmaceutiques représentaient 11,4 % des dépenses de santé en 1990 (figure 1). Les dépenses en médicaments ayant crû plus rapidement que toutes les autres catégories de dépenses de santé au cours des années 1990, la part des produits pharmaceutiques dans les dépenses totales de santé au Canada a augmenté de quatre points de pourcentage, pour atteindre 15,4 % en 2000. Les dépenses en médicaments ont dépassé les dépenses liées aux médecins en 1997. Depuis, seules les dépenses liées aux hôpitaux occupent une plus grande part des dépenses de santé au Canada.

Figure 1 : Part en pourcentage des dépenses totales de santé, selon certaines catégories, Canada, de 1990 à 2010



Remarque

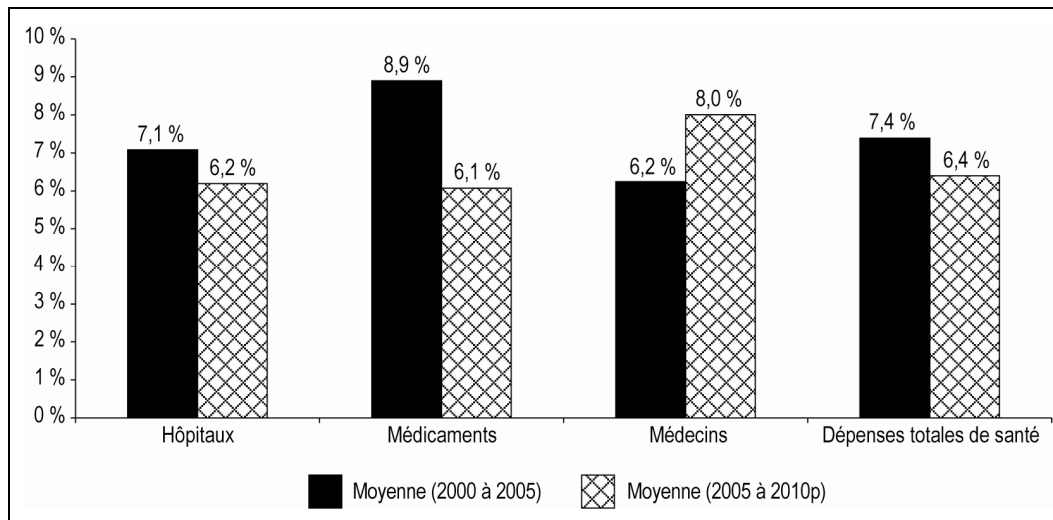
p : prévision.

Source

Base de données sur les dépenses nationales de santé, 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Bien que les dépenses en médicaments aient continué d'augmenter plus vite que toutes les autres catégories importantes entre 2000 et 2010, la croissance au cours de cette décennie a connu deux phases distinctes (figure 2). De 2000 à 2005, à l'instar des tendances observées au cours des années 1990, les dépenses en produits pharmaceutiques ont affiché une croissance rapide par rapport à celle d'autres catégories de dépenses de santé. La croissance annuelle moyenne des dépenses en médicaments par habitant s'établissait à 8,1 % entre 1990 et 2000, et à 8,9 % entre 2000 et 2005. En revanche, entre 2005 et 2010, la croissance des dépenses en médicaments a ralenti, pour atteindre un taux annuel moyen de 6,1 %. Au cours de cette période, l'augmentation des dépenses en médicaments a été moins prononcée que celle des dépenses liées aux hôpitaux et aux médecins, ainsi que des dépenses totales de santé. Comme il en sera question plus loin, cette variation du taux de croissance des dépenses en produits pharmaceutiques (en valeurs absolues et relativement aux autres dépenses de santé) s'explique par des tendances en matière de mise au point de produits et de politiques gouvernementales qui sont propres à la composante pharmaceutique des soins de santé.

Figure 2 : Taux de croissance annuel moyen, selon certaines catégories de dépenses de santé, Canada, de 2000 à 2010



Remarque

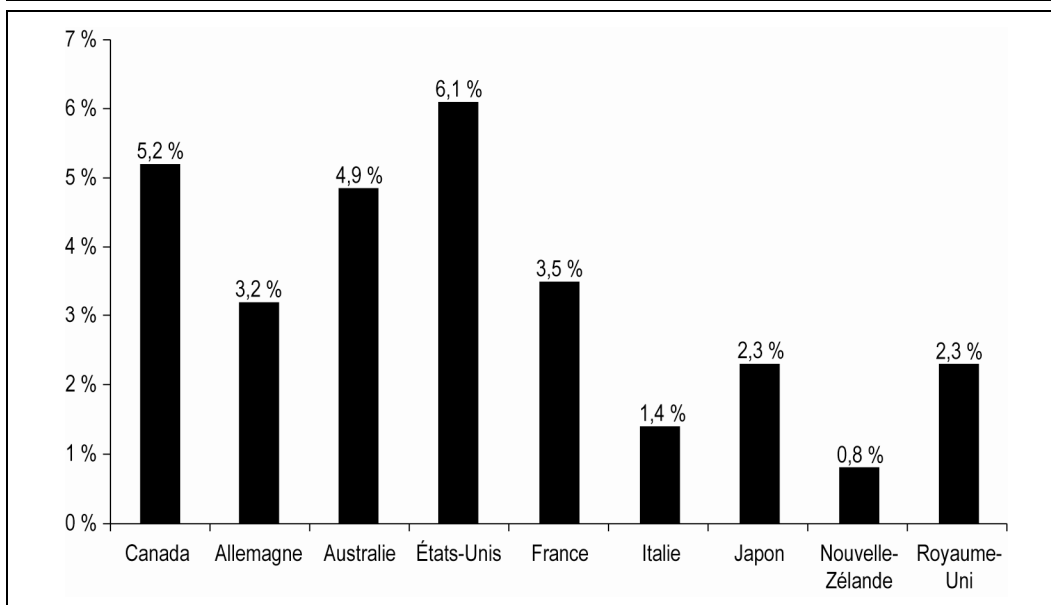
p : prévision.

Source

Base de données sur les dépenses nationales de santé, 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

À l'échelle internationale, les dépenses en médicaments au Canada ont augmenté relativement rapidement au cours des dernières années. Après ajustement en fonction de l'inflation générale, les dépenses en médicaments par habitant au Canada ont augmenté de 5,2 % par année en moyenne entre 1997 et 2007. Seuls les États-Unis dépassaient le Canada à ce chapitre (6,1 %) parmi les pays de comparaison (figure 3). Une croissance beaucoup plus faible a été observée au Japon (2,3 %), au Royaume-Uni (2,3 %), en Italie (1,4 %) et en Nouvelle-Zélande (0,8 %). Les dépenses en médicaments par habitant s'élevaient à 805 \$ au Canada en 2007, encore une fois au deuxième rang derrière les États-Unis, à 1 060 \$. Parmi les pays de comparaison, les plus faibles dépenses par habitant ont été observées au Royaume-Uni (442 \$) et en Nouvelle-Zélande (304 \$)ⁱ.

Figure 3 : Croissance annuelle moyenne des dépenses en médicaments par habitant, pays sélectionnés, de 1997 à 2007



Source

Organisation de coopération et de développement économiques et IRDES, *Éco-Santé OCDE 2010*, Paris (France), OCDE et IRDES, octobre 2010.

Au Canada, contrairement aux autres grandes catégories de dépenses de santé, les médicaments ne sont pas pleinement pris en compte en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*; une large part des dépenses en médicaments est ainsi prise en charge par le secteur privé. En 2010, selon les prévisions, la part des dépenses en médicaments prise en charge par le secteur public devait représenter 39,0 % du total des dépenses en médicaments et 46,4 % des dépenses en médicaments prescrits. Les dépenses en médicaments du secteur public devaient atteindre 12,1 milliards de dollars en 2010. Le taux de croissance annuel moyen

i. Afin de comparer les niveaux de dépenses en médicaments à l'échelle internationale, les unités monétaires nationales ont été converties en dollars canadiens à l'aide des parités des pouvoirs d'achat (PPA). Les PPA représentent les différences dans le coût de la vie entre les pays et, ce faisant, permettent une comparaison des prix internationaux en termes de sacrifice du consommateur².

des dépenses publiques en médicaments prescrits au cours de la décennie était de 8,6 %, un pourcentage légèrement supérieur au taux de croissance de 8,3 % du total des dépenses en médicaments prescrits.

Il est important de noter qu'en plus des 12,1 milliards de dollars relevant de la catégorie « Médicaments » de la BDDNS, le secteur public prend également en charge les médicaments délivrés dans les hôpitaux et les médicaments financés par les organismes provinciaux de lutte contre le cancer et d'autres programmes spéciaux qu'on ne considère pas comme faisant partie des régimes d'assurance-médicaments normaux des provinces. Selon les données de 2009 sur les ventes en gros, les dépenses en médicaments des hôpitaux s'élevaient à environ 2,4 milliards de dollars, dont 800 millions pour les médicaments pour le traitement du cancer.

Facteurs d'accroissement des dépenses en produits pharmaceutiques

On peut s'appuyer sur des indices économiques pour cerner les facteurs ayant contribué aux tendances des dépenses dans le secteur pharmaceutique. Pour en savoir plus sur ces indices, consultez l'annexe A. La présente section explique quant à elle les différents facteurs d'accroissement des coûts qui ont influé sur les dépenses en médicaments prescrits au Canada au cours de la dernière décennie. Voici les facteurs d'accroissement des dépenses en médicaments prescrits, adaptés à partir du cadre conceptuel normalisé du projet :

- **Croissance démographique** — désigne l'effet des changements dans la taille de la population sur les dépenses totales en médicaments. Toutes choses étant égales par ailleurs, une augmentation de la taille de la population entraîne une augmentation des dépenses totales.
- **Viellissement de la population** — désigne l'effet sur les dépenses des variations dans la répartition de la population selon l'âge. Le vieillissement de la population entraîne l'augmentation des dépenses si l'utilisation et les coûts des médicaments augmentent avec l'âge chez l'individu moyen.
- **Inflation générale** — désigne l'effet des variations du niveau général des prix, mesurées par l'indice implicite du produit intérieur brut (PIB), sur les dépenses dans un secteur particulier. Elle reflète le changement du pouvoir d'achat d'un dollar d'une période à une autre.
- **Effet lié aux prix** — désigne les facteurs qui modifient le coût moyen d'achat d'un médicament donné dans un dosage et une forme en particulier. Ils peuvent résulter de variations dans le prix d'un médicament de marque ou de sa version générique ou du remplacement d'un médicament de marque par sa version générique (ou vice versa) chez les nouveaux utilisateurs ou les utilisateurs actuels. L'effet lié aux prix sert à mesurer l'incidence des variations dans les prix des médicaments qui diffèrent des tendances de l'inflation générale et sont donc calculés après inflation. Par exemple, si l'augmentation des dépenses attribuable aux variations dans les prix s'élève à 3 %, et que l'inflation générale est à 2 %, 2 % de l'augmentation des dépenses sont attribués à l'inflation générale et 1 %, à l'effet lié aux prix.

- **Effet lié au volume** — désigne les facteurs liés au nombre et à la taille des ordonnances exécutées pour le traitement de diverses affections.
- **Effet lié à l'éventail de médicaments** — désigne les facteurs qui entraînent le changement des coûts moyens liés au traitement d'une affection donnée en raison de variations dans la sélection des médicaments utilisés. Cela peut comprendre des variations dans la sélection des catégories de médicaments au sein des catégories thérapeutiques (p. ex. l'usage des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine [ECA] parmi les utilisateurs d'antihypertenseurs) et des médicaments au sein des catégories de médicaments (p. ex. le ramipril parmi les utilisateurs d'inhibiteurs de l'ECA). L'effet lié à l'éventail de médicaments est accru lorsqu'un patient commence à utiliser un médicament de prix élevé au sein d'une catégorie ou remplace un médicament par un autre plus cher au sein de la même catégorie.

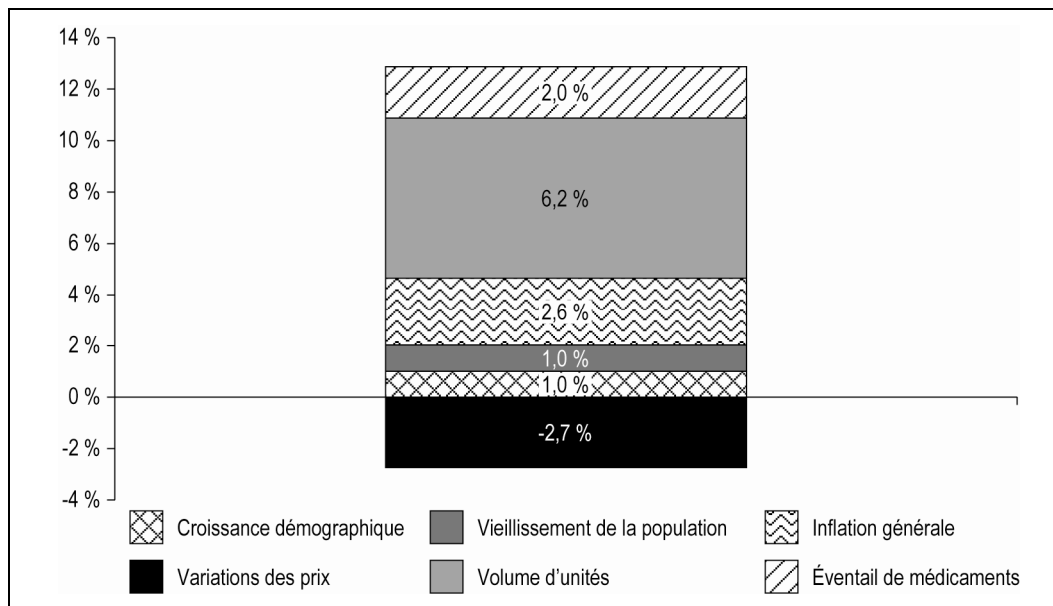
Facteurs d'accroissement des dépenses en médicaments prescrits : bilan d'une décennie

Entre 1998 et 2007, les dépenses pour l'achat au détail de médicaments prescrits utilisés à l'extérieur des hôpitaux au Canada sont passées de 8,0 à 19,0 milliards de dollars, pour un taux de croissance annuel moyen de 10,1 %. Ce taux a été calculé au moyen de la Vérification Canadian CompuScript de deuxième génération (Second Generation Canadian CompuScript Audit) d'IMS Brogan. Bien que d'importance semblable, il diffère de la croissance annuelle moyenne de 9,8 % des dépenses en médicaments prescrits déclarée dans la BDDNS de l'ICIS pour la même période. Pour obtenir plus d'information sur les écarts entre ces sources de données et d'autres sources de données utilisées dans le présent rapport, consultez l'annexe B.

Les facteurs qui touchent chacun des effets mesurés sont explorés plus en détail dans les sections qui suivent. Il importe de noter que les tendances relevées dans la présente analyse sont fortement teintées par les résultats des grandes provinces, qui représentent la plus grande part des dépenses pour l'achat au détail. En effet, en 1998 comme en 2007, environ les deux tiers des dépenses en médicaments au Canada étaient attribuables au Québec et à l'Ontario. L'influence de ces deux provinces sur les tendances nationales est donc considérable. Cela dit, bien qu'une certaine variation des taux de croissance des dépenses en médicaments et de l'incidence des facteurs d'accroissement individuels ait été observée, les effets liés au volume et à l'éventail de médicaments se sont révélés les plus importants facteurs d'accroissement des dépenses en médicaments dans toutes les provinces.

Croissance démographique : Une croissance annuelle moyenne de 1,0 % des dépenses pour l'achat au détail de produits pharmaceutiques était attribuable à la croissance démographique (figure 4); les 9,1 % restants s'expliquaient par le vieillissement de la population et les effets liés au volume, aux prix et à l'éventail de médicaments utilisés.

Figure 4 : Facteurs influant sur la croissance annuelle moyenne des dépenses pour l'achat de tous les types de médicaments prescrits au détail, Canada, de 1998 à 2007



Sources

Vérification Canadian CompuScript de deuxième génération et ensembles de données longitudinales anonymisées sur les patients, IMS Brogan; S. Morgan et coll., *The Canadian Rx Atlas, 2nd Edition*, Vancouver (C.-B.), Centre de recherche sur les services et les politiques de santé, Université de la Colombie-Britannique, 2008.

Vieillesse de la population : Ce facteur expliquait 1,0 % de la croissance annuelle moyenne des dépenses pour l'achat au détail de médicaments. Ce type de dépenses par habitant augmente considérablement avec l'âge (p. ex. 1 778 \$ chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, comparativement à 132 \$ chez celles âgées de 19 ans ou moins), mais puisque la population vieillit plus lentement que les individus, l'incidence du vieillissement de la population sur une période donnée est plus faible que ce à quoi on pourrait s'attendre.

Inflation générale : L'inflation, quant à elle, était à l'origine de 2,6 % de la croissance annuelle moyenne des dépenses pour l'achat au détail de médicaments.

Effet lié aux prix : Les variations des prix des produits existants et l'effet de l'arrivée de nouveaux produits génériques s'annulaient en grande partie, ce qui s'est traduit par une diminution annuelle moyenne de 0,1 % des dépenses en médicaments. Après ajustement en fonction de l'inflation générale (à laquelle on a attribué 2,6 % de la croissance des dépenses), l'effet lié aux prix était donc à l'origine d'une diminution de 2,7 % des dépenses en médicaments. Au Canada, les prix des médicaments brevetés (qui représentaient les deux tiers des dépenses pour l'achat au détail) sont réglementés de façon à les empêcher d'augmenter plus rapidement que l'indice des prix à la consommation (IPC) sur de longues périodes. Certaines provinces réglementent également les prix des produits génériques, qui représentent un quart supplémentaire des dépenses. Dans un tel contexte, il n'est pas surprenant que les prix aient augmenté à un taux très inférieur à l'inflation. Il importe de noter que l'effet lié aux prix ne rend pas compte de l'effet des nouveaux médicaments, qui font

souvent leur entrée sur le marché à des prix plus élevés que les médicaments existants. L'effet des nouveaux médicaments est plutôt pris en compte dans les effets liés au volume et à l'éventail de médicaments.

Effet lié au volume : Cet effet était à l'origine de 6,2 % de la croissance annuelle moyenne des dépenses en médicaments, ce qui en fait le plus important facteur d'accroissement des coûts. D'importants effets liés au volume ont été observés dans certaines grandes catégories thérapeutiques comme les antihypertenseurs, les hypocholestérolémiants et les médicaments gastro-intestinaux (voir les annexes C, D et E pour plus de précisions). L'augmentation de la prévalence et du traitement de certaines maladies ainsi que le changement des directives de traitement ont contribué à l'augmentation du volume dans ces catégories.

Effet lié à l'éventail de médicaments : Les changements dans l'éventail de médicaments utilisés constituaient le deuxième facteur en importance (l'effet des variations de prix et de l'inflation générale étant considérés comme un effet combiné), à l'origine de 2,0 % de la croissance annuelle moyenne. Bien que moins important que l'effet lié au volume, l'effet lié à l'éventail de médicaments a contribué de façon significative à l'augmentation des dépenses dans certaines catégories thérapeutiques. L'influence de nouveaux médicaments biologiques a entraîné un important effet lié à l'éventail de médicaments touchant les dépenses en médicaments pour le traitement du cancer et en immunosuppresseurs (voir les annexes F et G pour plus de précisions).

Facteurs d'accroissement des dépenses en médicaments prescrits : examen approfondi de chaque facteur

Croissance démographique et vieillissement de la population

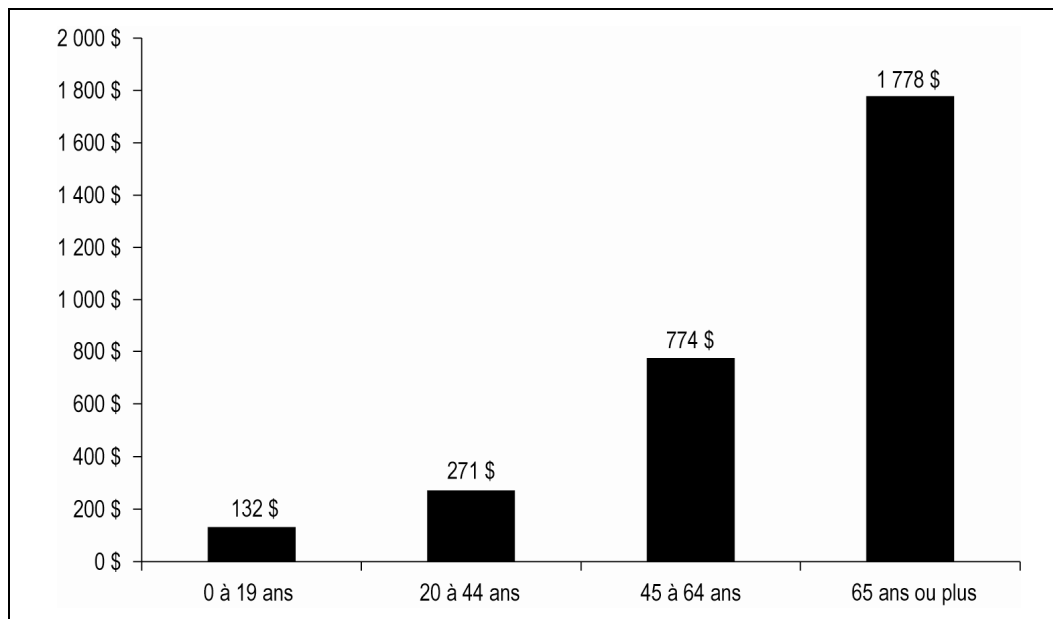
Bilan d'une décennie

L'effet de la croissance démographique a été mesuré directement en divisant les dépenses en produits pharmaceutiques par la taille de la population canadienne. La croissance annuelle moyenne des dépenses en médicaments attribuable à la croissance démographique est donc égale au taux de croissance démographique, qui se chiffrait à 1,0 % entre 1998 et 2007.

L'effet du vieillissement de la population a été mesuré à l'aide de la méthode de normalisation selon l'âge : le profil des dépenses en médicaments des différents groupes d'âge a été maintenu constant au fil du temps, tandis que la proportion de la population dans chaque groupe variait pour refléter les changements dans l'âge de la population.

Le vieillissement de la population canadienne entre 1998 et 2007 a entraîné une augmentation d'environ 1,0 % par année des dépenses en médicaments. L'incidence relativement faible de ce facteur est due au fait que, malgré une augmentation marquée des dépenses en médicaments prescrits en fonction de l'âge (figure 5), la population ne vieillit pas aussi rapidement que les personnes qui la constituent. D'autres facteurs comme l'augmentation des achats de médicaments ont influé plus fortement sur les dépenses en produits pharmaceutiques au Canada.

Figure 5 : Dépenses pour l'achat de médicaments au détail par habitant, selon le groupe d'âge, Canada, 2007



Source

S. Morgan et coll., *The Canadian Rx Atlas, 2nd Edition*, Vancouver (C.-B.), Centre de recherche sur les services et les politiques de santé, Université de la Colombie-Britannique, 2008.

Si le vieillissement de la population a eu relativement peu d'effet sur les principales catégories de dépenses en médicaments, son effet a été plus prononcé pour certaines catégories thérapeutiques. Par exemple, ce facteur a eu 50 % plus d'effet sur les dépenses pour l'achat d'hypocholestérolémiants (1,5 % par année) que sur les dépenses globales en médicaments (1,0 %). Le vieillissement a eu plus d'influence dans ce cas parce que l'utilisation d'hypocholestérolémiants est rare chez les personnes de moins de 45 ans. Par conséquent, le gradient selon l'âge est beaucoup plus marqué pour cette catégorie de médicaments que pour les médicaments en général.

Perspectives d'avenir

Les projections démographiques laissent entrevoir une croissance démographique et un vieillissement accrus au Canada au cours des prochaines années. Le vieillissement sera particulièrement prononcé au cours des 20 à 30 années à venir, alors que la génération des baby-boomers dépassera le cap des 65 ans. Comme ce groupe d'âge affiche le plus haut niveau de dépenses par habitant dans la catégorie des médicaments (et dans les autres catégories de dépenses de santé), il est probable que l'effet du vieillissement de la population sur les dépenses en médicaments persiste dans les années à venir. Tandis qu'à l'heure actuelle, les personnes âgées de 65 ans ou plus représentent environ 15 % de la population, on prévoit que cette proportion augmentera à environ 25 % d'ici 2036³. Cela dit, les résultats des 10 dernières années portent à croire que l'incidence du vieillissement sur les dépenses en médicaments est modeste comparativement aux autres facteurs. Une étude portant sur l'incidence future du vieillissement sur les dépenses en médicaments prévoit que le vieillissement de la population entraînera une croissance annuelle moyenne des dépenses en médicaments de moins de 1,0 % jusqu'en 2036⁴.

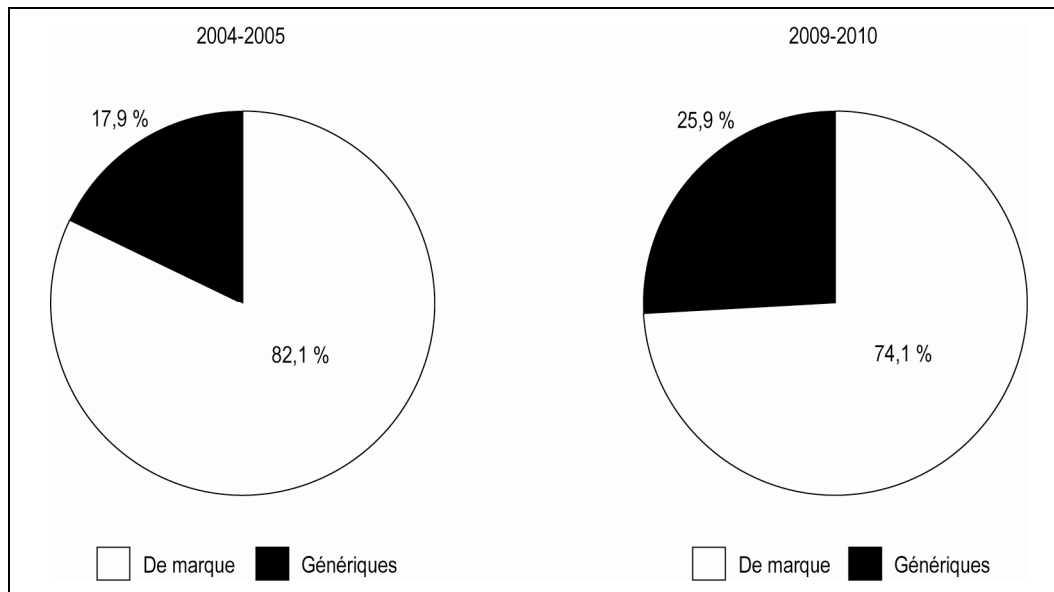
Prix des médicaments et inflation générale

Bilan d'une décennie

Deux groupes de produits pharmaceutiques doivent être pris en considération dans l'examen des prix des médicaments au Canada : les produits brevetés et les produits non brevetés (c.-à-d. les produits génériques et les produits de marque dont le brevet est échu). Au Canada, le prix des produits brevetés est réglementé par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB). En général, cette réglementation assure que l'augmentation des prix des médicaments brevetés n'excède pas celle de l'IPC. Historiquement, toutefois, les prix augmentent à un taux annuel plus faible que l'IPC et, au cours de la période visée par l'étude, ils n'ont jamais augmenté de plus de 1,0 % par année⁵. En 2009, le CEPMB a rapporté que la part des produits brevetés dans les dépenses totales en médicaments au Canada s'élevait à 62,4 %, une diminution par rapport à l'année précédente. En raison de la forte proportion de produits sujets à une réglementation dans les dépenses en médicaments, les prix des produits pharmaceutiques au Canada ne subissent qu'une faible pression à la hausse. Cette situation est unique dans le domaine de la santé, où d'autres secteurs ont connu une importante inflation des prix au cours de la dernière décennie⁶.

Le deuxième groupe de produits est celui des médicaments non brevetés, pour la plupart des médicaments génériques. De 2004-2005 à 2009-2010, les ventes en gros (y compris les achats des pharmacies et des hôpitaux) de médicaments génériques au Canada ont augmenté à un rythme (15,0 %) trois fois supérieur à celui des ventes en gros des médicaments de marque (4,6 %). En conséquence, la part des médicaments de marque dans les achats en gros de médicaments prescrits est passée de 82,1 % en 2004-2005 à 74,1 % en 2009-2010 (figure 6).

Figure 6 : Part en pourcentage des dépenses pour l'achat de médicaments en gros (pharmacies et hôpitaux), produits de marque et génériques, 2004-2005 et 2009-2010



Source

Vérification des achats des hôpitaux et des pharmacies du Canada, 2010, IMS Brogan.

Contrairement aux médicaments brevetés qui se distinguent de leurs concurrents sur le plan chimique ou biologique, les médicaments génériques sont en général considérés comme équivalents aux produits concurrents. Ils se distinguent donc généralement par leur prix inférieur aux produits de marque correspondants. Le prix des produits génériques en proportion du prix des médicaments de marque a diminué entre 2004-2005 et 2009-2010, passant de 65,1 % à 59,9 %. Certaines provinces exigent que le prix des médicaments génériques corresponde à un certain pourcentage du prix du produit de marque équivalent pour être admissible au remboursement dans le cadre du régime public d'assurance-médicaments. Cette pratique, aujourd'hui courante, sera examinée plus en détail plus loin dans le présent rapport.

L'effet combiné des changements de prix et de l'inflation générale a entraîné une diminution annuelle moyenne de 0,1 % des dépenses en médicaments entre 1998 et 2007. Cela indique que, sans tenir compte de l'inflation générale, les augmentations de prix sont plus ou moins compensées par les économies générées par la concurrence des produits génériques et d'autres diminutions de prix. Durant cette période, l'inflation générale se chiffrait à 2,6 % par an, selon l'indice implicite du PIB (utilisé comme mesure de l'inflation dans la présente analyse), ou à 2,2 % lorsque mesurée au moyen de l'IPCⁱⁱ. Cela porte à croire que même si les prix des médicaments n'ont connu qu'une faible diminution nominale, en chiffres absolus (après inflation), la diminution était plus marquée.

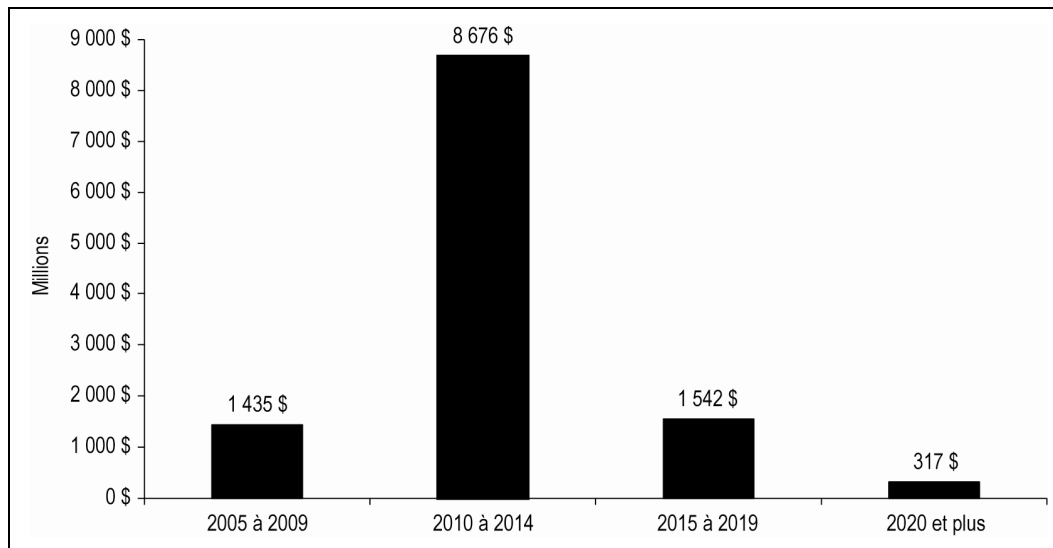
Comme les autres facteurs, l'effet lié aux prix variait selon la catégorie de dépenses en médicaments. L'introduction de versions génériques de produits largement utilisés a permis de réaliser des économies relativement importantes dans certaines catégories. L'arrivée de l'atorvastatine générique a ainsi contribué à un effet lié aux prix négatif de 4,5 % (après inflation) sur les dépenses en hypocholestérolémiants, et celle de versions génériques de plusieurs inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), dont l'oméprazole et le pantoprazole, à un effet lié aux prix négatif de 4,4 % (après inflation) sur les dépenses en médicaments gastro-intestinaux.

Perspectives d'avenir

On s'attend à ce que la part des médicaments génériques au sein du marché des médicaments prescrits au Canada augmente au cours des prochaines années, car les brevets de nombreux médicaments-vedettes arriveront à échéance. L'incidence financière de l'expiration des brevets au cours des prochaines années a été estimée au moyen des données de 2009 sur l'achat en gros (par les pharmacies et les hôpitaux) de médicaments dont le brevet est sur le point d'expirer (figure 7).

ii. Les données sur l'indice implicite du PIB et l'IPC sont accessibles auprès de Statistique Canada.

Figure 7 : Total de l'achat en gros (pharmacies et hôpitaux) au Canada en 2009 de médicaments brevetés (ou autrefois brevetés), par année d'échéance du brevet, à partir de 2005



Sources

Vérification des achats des hôpitaux et des pharmacies du Canada, IMS Brogan; Registre des brevets, Santé Canada.

En 2009, la valeur des achats en gros de médicaments dont le brevet devait arriver à échéance entre 2010 et 2014 atteignait près de 8,7 milliards de dollars. Cela équivaut à plus du tiers (38,2 %) des dépenses pour l'achat en gros de médicaments sur ordonnance au Canada cette année-là. Ces données laissent entrevoir la possibilité de réaliser des économies substantielles grâce aux nouveaux médicaments génériques dans les années à venir. Il faut toutefois préciser que même si de nombreuses personnes optent pour les produits génériques moins coûteux après l'échéance d'un brevet, d'autres facteurs peuvent annuler les économies potentielles, notamment les patients qui continuent de prendre un médicament de marque une fois le brevet échu, l'utilisation accrue d'autres produits brevetés faisant partie de la même catégorie de médicaments et les patients qui prennent un médicament générique sans avoir d'abord pris le médicament de marque équivalent. Il faut également préciser que dans le cas de certains produits biologiques, la concurrence des médicaments génériques risque d'être moins importante en raison d'incertitudes persistant au sujet des exigences réglementaires, du processus de fabrication et de l'établissement des prix des produits biogénériques ou biosimilaires.

Comme mentionné précédemment, en plus du grand nombre de produits génériques sur le point d'être commercialisés, on a récemment noté une tendance des régimes publics d'assurance-médicaments à réglementer le prix des médicaments génériques selon un pourcentage du prix du produit de marque. Plusieurs provinces ont adopté de telles politiques en 2010 et 2011, soit en fixant un prix maximal, soit en abaissant le prix maximal courant des produits génériques qui figurent sur la liste des médicaments remboursables en vertu du régime d'assurance-médicaments. La plupart des provinces ont ainsi fixé le prix des médicaments génériques à des proportions variant entre 25 et 56 % du prix des médicaments de marque. Il sera important de surveiller les répercussions de telles politiques au fil de leur adoption par tous les régimes publics d'assurance-médicaments, et alors que le prix des médicaments génériques continue à baisser.

Volume et éventail de médicaments

Bilan d'une décennie

Entre 1998 et 2007, les Canadiens de tous âges ont acheté davantage de médicaments sur ordonnance que jamais auparavant, ce qui a entraîné une augmentation des dépenses en médicaments de 6,2 % par année. Cet effet lié au volume a constitué le plus important facteur d'accroissement des dépenses en médicaments au Canada au cours de cette période. Les changements dans l'éventail des médicaments choisis au sein d'une même catégorie ont également entraîné une augmentation des dépenses en médicaments de 2,0 % par année de 1998 à 2007.

L'effet lié au volume peut découler d'une variation dans la proportion de la population qui prend des médicaments prescrits, d'un changement du nombre moyen de médicaments pris par une personne, ou encore d'une modification de la posologie ou de la durée des traitements existants. Si ces changements sont positifs (p. ex. si le nombre d'utilisateurs ou le nombre de médicaments pris en moyenne augmentent), l'effet lié au volume sera positif, tandis que si les changements sont négatifs (p. ex. si les doses prescrites ou la durée des traitements diminuent), l'effet lié au volume sera négatif.

On remarque un effet lié à l'éventail de médicaments lorsque des patients remplacent un médicament par un autre appartenant à la même catégorie (p. ex. si des utilisateurs d'IPP passent de l'oméprazole au rabéprazole) ou passent d'une catégorie de médicaments à une autre au sein d'une même catégorie thérapeutique (p. ex. si des utilisateurs de médicaments gastro-intestinaux passent des antagonistes des récepteurs H2 aux IPP), ou encore lorsqu'une proportion relativement élevée de nouveaux utilisateurs se voient prescrire un médicament ou une catégorie de médicaments en particulier. Tous ces changements touchent la répartition des médicaments utilisés dans une catégorie thérapeutique donnée. S'ils entraînent l'utilisation d'une proportion accrue de médicaments coûteux dans une même catégorie, l'effet lié à l'éventail de médicaments sera positif. Au contraire, si davantage de médicaments d'un coût moindre sont utilisés à la suite de ces changements, l'effet sera négatif. Il importe de noter que ce facteur ne tient pas compte du remplacement d'un produit de marque par un médicament générique, sauf s'il est question du changement de la version de marque d'une substance chimique à la version générique d'une autre substance, ou vice-versa. L'effet du passage à la version générique de la même substance est plutôt pris en compte dans l'effet lié aux prix.

L'effet de l'adoption de médicaments nouvellement arrivés sur le marché relève à la fois de l'effet lié au volume et de l'effet lié à l'éventail de médicaments, puisque l'arrivée de nouveaux produits peut modifier non seulement la répartition des médicaments utilisés dans une même catégorie, mais également l'utilisation de cette catégorie de médicaments dans son ensemble.

Les catégories de médicaments qui contribuent à l'accroissement des dépenses en produits pharmaceutiques au Canada ont évolué au cours de la dernière décennie, témoignant de changements dans la mise au point des médicaments. Bien que les catégories de médicaments contre les affections courantes, telles que l'hypertension, l'hypercholestérolémie, les ulcères ou les brûlures d'estomac et la dépression, aient connu une croissance rapide dans les années 1990 et au début des années 2000, la croissance des dépenses qui s'y rapportent

a commencé à ralentir vers la fin de la dernière décennie⁷. Un examen approfondi de la seconde moitié de la décennie a révélé un taux de croissance plus rapide pour les médicaments contre des affections moins courantes, telles que le cancer et les maladies auto-immunes (tableau 1).

Les dépenses liées aux immunosuppresseurs (comme l'éтанercept, utilisé dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde) ont affiché le plus haut taux de croissance annuel moyen (25,1 %) entre 2004-2005 et 2009-2010, bien qu'elles aient représenté une part relativement faible des dépenses totales en médicaments. Les médicaments pour le traitement du cancer, la troisième catégorie en importance sur le plan des dépenses pour l'achat en gros en 2009-2010, ont également connu l'un des plus forts taux de croissance annuels moyens (13,4 %). L'arrivée de nouveaux médicaments biologiques, souvent plus coûteux que les médicaments existants (lorsqu'ils existent), a beaucoup influé sur la croissance observée dans ces deux catégories thérapeutiques.

Tableau 1 : Dix catégories thérapeutiques ayant le plus contribué à la croissance globale des dépenses pour l'achat de médicaments en gros (pharmacies et hôpitaux), taux de croissance annuel moyen (pourcentage), de 2004-2005 à 2009-2010

Catégorie de médicaments	Contribution à la croissance (%)	TCAM (%)
Immunosuppresseurs	12,2 %	25,1 %
Hypocholestérolémiants	10,5 %	7,8 %
Médicaments pour le traitement du cancer	9,3 %	13,4 %
Médicaments pour les problèmes respiratoires	5,4 %	8,4 %
Médicaments pour le traitement du diabète	4,5 %	9,9 %
Analgésiques	4,3 %	6,3 %
Médicaments pour le traitement du VIH	4,1 %	11,4 %
Antiépileptiques	3,5 %	13,0 %
Antidépresseurs	3,0 %	4,2 %
Antihypertenseurs	2,7 %	1,6 %

Remarque

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Source

Vérification des achats des hôpitaux et des pharmacies du Canada, 2010, IMS Brogan.

Bien que le volume et l'éventail des médicaments utilisés figuraient parmi les principaux facteurs d'accroissement des dépenses liées à toutes les principales catégories de médicaments, certaines variations ont été observées d'une catégorie à l'autre quant à l'influence des différents facteurs. Par exemple, l'effet lié au volume constituait le principal facteur d'accroissement des dépenses en hypocholestérolémiants et en antihypertenseurs (annexes C et D), tandis que l'effet lié à l'éventail de médicaments figurait en tête des facteurs d'accroissement des dépenses en immunosuppresseurs et en médicaments pour le traitement du cancer (annexes F et G).

Dans le cas des hypocholestérolémiants, le nombre de patients qui se voient recommander un traitement médicamenteux a augmenté à la suite de l'abaissement des taux de cholestérol cibles indiqués dans les directives de traitement⁸⁻¹¹. Une augmentation de la prévalence de l'obésité, du

diabète et de l'hypertension, tous des facteurs de risque de cardiopathie, a également été observée¹¹. Il est également probable que la modification des directives de traitement et l'augmentation de la prévalence et du traitement de l'hypertension aient été les principaux facteurs d'accroissement des dépenses en antihypertenseurs¹¹⁻¹⁴.

L'influence des nouveaux médicaments biologiques a entraîné un important effet lié à l'éventail de médicaments qui a touché les dépenses en médicaments pour le traitement du cancer et en immunosuppresseurs. Dans le cas des médicaments pour le traitement du cancer, la majeure partie de la croissance est attribuable à des dépenses accrues pour l'achat de produits biologiques plus récents connus sous le nom d'anticorps monoclonaux. Il s'agit notamment du trastuzumab, du bévacizumab et du rituximab. L'augmentation des dépenses en immunosuppresseurs est due en grande partie à l'importante croissance des dépenses en inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (médicaments anti-TNF), comme l'étanercept et l'infliximab, qui servent à traiter de nombreuses affections, notamment la polyarthrite rhumatoïde et la maladie de Crohn.

Perspectives d'avenir

Les tendances passées et futures en matière de dépenses en médicaments au Canada sont déterminées par les scénarios de mise au point des médicaments, qui sont mondiaux de nature. Par exemple, à mesure que de nouveaux médicaments sont découverts et commercialisés dans le but de répondre à des besoins non comblés en matière de santé, l'utilisation de ces médicaments définisseurs de catégorie dans des catégories thérapeutiques connexes et les dépenses qu'elle entraîne devraient augmenter. L'effet lié au volume rend compte de ces mécanismes.

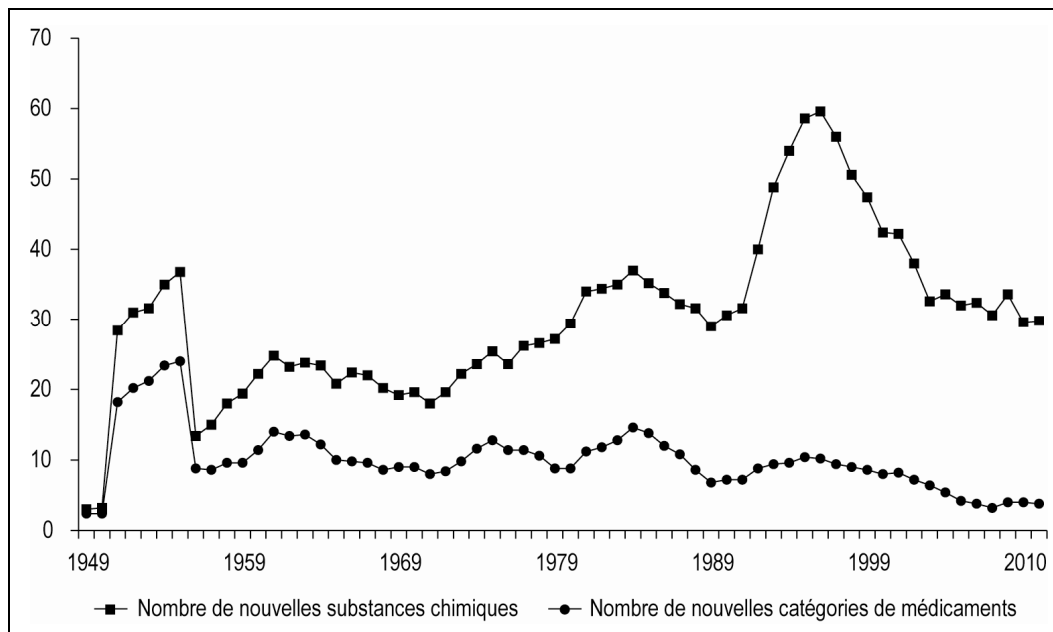
Lorsque des médicaments sont lancés sur le marché pour faire concurrence aux médicaments de catégories chimiques et thérapeutiques déjà bien établies (aussi connus sous le nom de « succédanés »), leur fabricant tente de conquérir une part du marché en procédant à des activités promotionnelles et non en réduisant les prix. Généralement, les produits qui font leur entrée dans des catégories de médicaments existantes coûtent plus cher par patient traité que leurs concurrents plus anciens¹⁵. Que le coût supérieur par patient traité soit accompagné d'une amélioration proportionnelle de la qualité des résultats pour la santé ou non, l'effet lié à l'éventail de médicaments rend compte des variations dans les dépenses qui en résultent.

Enfin, lorsque les brevets qui protégeaient depuis 20 ans les nouveaux produits de la concurrence arrivent à échéance, les médicaments génériques peuvent faire leur entrée sur le marché. Comme il a été mentionné plus haut, les fabricants de médicaments génériques affrontent habituellement la concurrence en vendant à moindre prix, ce qui a généralement pour effet de réduire le prix moyen du médicament. Les résultats concernant l'effet lié aux prix présentés ci-dessus rendent compte de ce mécanisme.

Les répercussions potentielles des effets liés au volume et à l'éventail de médicaments reposent en grande partie sur le moment et le scénario de découverte du médicament. L'interaction entre la concurrence scientifique et économique produit un cycle d'expansion de marché (effet lié au volume), de différenciation des produits (effets liés à l'éventail de médicaments et au volume) et, en fin de compte, de concurrence des prix (effet lié aux prix) dans les catégories thérapeutiques.

Les données historiques sur les approbations de médicaments exposent des tendances qui rendent compte de la vague d'innovation qui a eu lieu au sein de l'industrie pharmaceutique dans les années 1990. Les moyennes quinquennales de nouvelles substances chimiques et de nouvelles catégories de médicaments dont la vente a été approuvée au Canada entre 1949 et 2010 montrent que le nombre de nouveaux médicaments approuvés a atteint un sommet dans les années 1990 (figure 8). À la différence du nombre total de nouveaux médicaments, le nombre de médicaments définisseurs de catégorie est demeuré relativement stable (on pourrait même dire qu'il a diminué depuis les années 1970). Ainsi, les approbations de nouveaux succédanés dans des catégories de médicaments déjà établies comptent pour une part importante de la vague inégalée d'approbations de nouveaux médicaments observée dans les années 1990. Les données sur les approbations de médicaments par la U.S. Food and Drug Administration révèlent un sommet similaire¹⁶.

Figure 8 : Moyennes quinquennales de nouvelles substances chimiques et de nouvelles catégories de médicaments dont la vente a été approuvée au Canada, de 1949 à 2010



Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Base de données sur les produits pharmaceutiques, Santé Canada.

L'augmentation et la chute de la concurrence des succédanés à la fin des années 1990 reflètent vraisemblablement des variations dans la nature des découvertes de médicaments. De nombreuses catégories de médicaments qui ont vu le jour dans les années 1970 et 1980 étaient fondées sur des paradigmes scientifiques communs : les théories sur les récepteurs et les enzymes. En raison de la nature des possibilités scientifiques et des incitatifs économiques, les catégories de médicaments qui ont connu le plus de succès étaient des catégories-vedettes permettant de traiter des affections relativement communes. De nombreux fabricants de médicaments ont fait leur entrée sur le marché en mettant au point des composés chimiques semblables aux produits novateurs de l'époque, mais quand même distincts, pour chercher à atteindre la même cible thérapeutique, d'où l'augmentation du nombre de succédanés mis au point dans les années 1990.

L'industrie pharmaceutique navigue actuellement entre le paradigme de la mise au point de médicaments fondée sur la théorie des récepteurs de petites molécules et celui de la mise au point de médicaments fondée sur la médecine moléculaire. Le ciblage moléculaire a notamment déclenché une vague de mise au point de nouveaux médicaments dans les catégories des agents antinéoplasiques et immunomodulateurs (p. ex. les anticorps monoclonaux mentionnés précédemment). Bien qu'auparavant, ces catégories thérapeutiques représentaient moins de 10 % de tous les médicaments approuvés sur le marché, elles ont compté pour 20 % des médicaments approuvés au cours de la dernière décennie et comptent aujourd'hui pour près de 30 % des médicaments en phase de mise au point clinique (tableau 2)¹⁶.

Tableau 2 : Médicaments nouvellement mis en marché au Canada, de 2001 à 2009, et médicaments en essais cliniques de phase III, 2009, par grande catégorie thérapeutique

Grande catégorie thérapeutique	Pourcentage de nouveaux médicaments de 2001 à 2009	Pourcentage de médicaments en essais de phase III
Antinéoplasiques et immunomodulateurs	20,4	28,4
Anti-infectieux pour usage systémique	20,4	9,6
Système nerveux	13,1	12,5
Tube digestif et métabolisme	9,9	10,4
Sang et organes hématopoïétiques	6,3	3,7
Système cardiovasculaire	6,3	8,4
Système génito-urinaire et hormones sexuelles	5,2	3,9
Préparations hormonales systémiques	3,7	2,5
Organes sensoriels	3,7	4,5
Dermatologie	2,6	2,2
Appareil respiratoire	2,6	4,1
Autres	5,8	9,8
Total	100,0	100,0

Sources

Substances nouvelles mises en marché au Canada, Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés; médicaments en essais cliniques de phase III, base de données sur les nouveaux médicaments mis au point (New Medicines in Development Database) (www.innovation.org).

De nombreux médicaments aujourd'hui en cours de mise au point ciblent des marchés beaucoup plus petits que les médicaments-vedettes du passé. Ces médicaments mis au point à partir de nouveaux paradigmes scientifiques ciblent des marchés restreints et pourraient donc ne pas avoir à faire concurrence à autant de succédanés que leurs prédécesseurs. Cependant, la mise au point de médicaments pour des populations de patients plus limitées ayant des besoins plus criants en matière de santé présente de nouvelles difficultés stratégiques. Les responsables de l'élaboration des politiques et les professionnels de la santé doivent déjà relever d'importants défis sur les plans clinique, économique et éthique en raison du taux croissant d'approbations de nouveaux médicaments servant à traiter de graves affections. Le fait que de tels médicaments soient souvent vendus à des prix sans précédent constitue l'un des plus grands défis : les prix ne s'élèvent pas à des centaines ou à des milliers de dollars, mais bien à des centaines de milliers de dollars par

patient traité. Il est important de noter que les nouveaux médicaments présentent souvent des améliorations par rapport aux médicaments existants et que leur prix élevé n'est pas nécessairement injustifié. Toutefois, il n'en reste pas moins que la hausse des prix entraîne une augmentation des ressources consacrées au remboursement des médicaments par les régimes publics d'assurance-médicaments, ce qui complique le choix des médicaments à rembourser.

Résumé

Le présent rapport expose un examen des facteurs d'accroissement des coûts des médicaments de 1998 à 2007, une période où les dépenses pour l'achat au détail de médicaments prescrits au Canada sont passées de 8,0 milliards de dollars à 19,0 milliards de dollars, ce qui représente une croissance annuelle moyenne de 10,1 %. Respectivement à l'origine de 6,2 % et de 2,0 % de la croissance annuelle moyenne, l'augmentation de l'utilisation des médicaments et les variations au chapitre de l'éventail des traitements utilisés sont les facteurs qui ont le plus contribué à cette augmentation des dépenses. Les effets liés au volume et à l'éventail de médicaments étaient partiellement attribuables à des variations dans les directives de traitement, à une prévalence accrue des maladies et à l'adoption de nouveaux médicaments.

Tous deux à l'origine de 1,0 % de la croissance annuelle moyenne, la croissance et le vieillissement de la population ont eu des répercussions plus modestes sur les dépenses en médicaments. Les variations de prix n'ont quant à elles pas occasionné de croissance significative. Bien qu'en moyenne, les dépenses des Canadiens âgés soient beaucoup plus élevées que celles de leurs jeunes compatriotes, la population ne vieillit pas aussi rapidement que les personnes qui la constituent. Les répercussions du vieillissement sont donc moins importantes que ce à quoi certains pourraient s'attendre.

La croissance des médicaments hypocholestérolémiants, immunosuppresseurs et pour le traitement du cancer justifie environ un tiers de l'augmentation totale des dépenses en médicaments. La croissance des médicaments pour le traitement du cancer et des immunosuppresseurs est partiellement attribuable à l'adoption de nouveaux médicaments biologiques. Selon les tendances qui se dessinent en matière de mise au point de médicaments, ces deux catégories pourraient continuer à faire croître les dépenses en médicaments dans les années à venir. Bien qu'auparavant, ces catégories thérapeutiques représentaient moins de 10 % de tous les médicaments approuvés sur le marché, elles ont compté pour 20 % des médicaments approuvés au cours de la dernière décennie et comptent aujourd'hui pour près de 30 % des médicaments en phase de mise au point clinique¹⁶.

L'augmentation de l'accessibilité des médicaments génériques pourrait également permettre de réaliser des économies dans l'avenir. En 2009, la valeur en gros des médicaments dont le brevet devait arriver à échéance entre 2010 et 2014 atteignait près de 8,7 milliards de dollars, ce qui équivaut à plus du tiers (38,2 %) de la valeur totale des médicaments prescrits vendus en gros au Canada. Toutefois, la possibilité de réaliser ce type d'économies semble diminuer beaucoup dans les années subséquentes.

En plus du grand nombre de produits génériques sur le point d'être commercialisés, on a noté, au cours de la dernière année, une tendance des régimes publics d'assurance-médicaments à réglementer les prix des médicaments génériques selon un pourcentage du prix du produit de marque (ces prix sont souvent mis en application par les régimes privés d'assurance-médicaments aussi). Bien que les mécanismes de plafonnement du prix des produits génériques permettent de réaliser des économies à court terme, la croissance des dépenses persistera si l'augmentation de l'utilisation continue d'être le plus important facteur d'accroissement des dépenses en médicaments.

Annexe A : Notes méthodologiques

Calculs relatifs aux facteurs d'accroissement des coûts

Les facteurs d'accroissement des coûts ont été calculés pour deux périodes distinctes. La principale analyse des facteurs d'accroissement des coûts s'est penchée sur la période allant de 1998 à 2007 et a été réalisée au moyen de la Vérification Canadian CompuScript de deuxième génération d'IMS Brogan. Selon ces données, au Canada, les dépenses pour l'achat au détail de médicaments prescrits à l'extérieur des hôpitaux ont augmenté en moyenne de 10,1 % par année de 1998 à 2007. Bien que d'importance semblable, ce taux diffère du taux de croissance annuel moyen de 9,8 % des dépenses consacrées à l'achat de médicaments prescrits déclaré dans la BDDNS de l'ICIS pour la même période. Des différences entre les sources de données expliquent l'écart entre les taux mesurés. Par exemple, les données de la BDDNS n'incluent que les coûts assumés par les clients canadiens, tandis que les données issues de la Vérification Canadian CompuScript incluent les coûts au détail de toutes les ventes en pharmacie, y compris ceux assumés par les clients non canadiens. De plus, les données de la BDDNS comprennent les dépenses liées aux médicaments distribués à l'extérieur des pharmacies de détail (p. ex. dans les cliniques ambulatoires), tandis que ces dépenses ne sont pas incluses dans les données tirées de la base CompuScript. Pour obtenir plus d'information sur les écarts entre ces sources de données et d'autres sources de données utilisées dans le présent rapport, consultez l'annexe B.

Une analyse des facteurs d'accroissement des dépenses liées aux médicaments pour le traitement du cancer et aux immunosuppresseurs a été réalisée pour la période allant de 2004-2005 à 2009-2010, à l'aide des données de la Vérification des achats des hôpitaux et des pharmacies du Canada d'IMS Brogan. En raison de la disponibilité des données, les années débutent en octobre et se terminent en septembre. Par exemple, l'année 2009-2010 englobe les 12 mois qui séparent octobre 2009 de septembre 2010.

Les dépenses ont d'abord été divisées par le nombre d'habitants de manière à supprimer l'impact de la croissance démographique. Pour calculer l'effet de la croissance démographique, on a utilisé le taux moyen de variations annuelles dans la population au cours de la période étudiée.

Pour tenir compte de l'inflation générale, les dépenses par habitant (les dépenses divisées par le nombre d'habitants) ont ensuite été divisées par l'indice implicite du produit intérieur brut (PIB) de la dernière année de la période étudiée (la première année a été utilisée comme année de base). Pour calculer l'inflation générale, on a utilisé le taux moyen de variation annuelle de l'indice implicite du PIB au cours de la période étudiée (soit 2,6 % pour l'analyse de la période allant de 1998 à 2007 et 2,2 % pour l'analyse de la période allant de 2004-2005 à 2009-2010).

Les dépenses réelles par habitant ont ensuite été normalisées selon l'âge pour chaque médicament, puis cumulées. L'effet du vieillissement de la population a été calculé comme la différence entre le taux de croissance annuel moyen des dépenses et le taux de croissance des dépenses normalisées selon l'âge (en maintenant la répartition des âges constante dans la population tout au long de la période étudiée). Il est à noter que l'effet du vieillissement de la population n'a pas été calculé pour l'analyse utilisant des données sur les achats (présentées dans les annexes F et G), car les données par patient n'étaient pas disponibles.

Les mesures des effets liés aux prix, au volume et à l'éventail de médicaments ont été faites après déduction des variations dans la taille et l'âge de la population ainsi que de l'inflation générale, ce qui signifie qu'elles sont calculées à titre de contribution aux variations des dépenses réelles en médicaments par habitant normalisées selon l'âge. Ces mesures sont fondées sur la formule de l'indice idéal de Fisher (soit la moyenne géométrique des indices de Laspeyres et de Paasche) qui permet de calculer le prix, la quantité et l'éventail implicites des médicaments utilisés par la population canadienne.

Pour mesurer l'effet lié aux prix, les prix ont été obtenus en calculant les dépenses totales consacrées à une combinaison donnée de substance chimique, de dosage et de forme au cours d'une année donnée, divisées par le nombre d'unités de cette combinaison distribuées au cours de cette même année. L'effet lié aux prix a été mesuré comme des changements attribuables aux variations de prix dans les dépenses réelles par habitant normalisées selon l'âge par catégorie de médicaments en gardant constantes la taille de chaque catégorie thérapeutique (pour obtenir plus de précisions sur l'attribution des catégories de médicaments, consultez l'annexe H) et la part relative de chaque médicament dans sa catégorie thérapeutique respective. Parce que les prix ont été définis en fonction du dosage de la substance chimique et de la forme et non du produit précis, le fait de passer d'un produit de marque à un produit générique a un effet sur le prix, tout comme les variations de prix réels des produits de marque ou génériques. Comme il a été mentionné précédemment, il est important de noter que l'effet lié aux prix ne rend pas compte de l'effet des nouveaux médicaments, qui font souvent leur entrée sur le marché à des prix plus élevés que les médicaments existants. L'effet des nouveaux médicaments est plutôt pris en compte dans les effets liés au volume et à l'éventail de médicaments.

Pour mesurer l'effet lié à l'éventail de médicaments, les prix moyens de chaque catégorie thérapeutique ont été obtenus en calculant le nombre total d'unités d'une combinaison donnée de substance chimique, de dosage et de forme distribuées au cours d'une année donnée, multiplié par le prix de cette combinaison (tel qu'il a été défini ci-dessus) durant l'année de référence (puisque les prix sont gardés constants dans la mesure de l'effet lié à l'éventail de médicaments), puis divisé par le nombre total d'unités de cette catégorie thérapeutique distribuées au cours de cette année. L'effet lié à l'éventail de médicaments reflète les variations dans les dépenses par habitant normalisées selon l'âge par catégorie thérapeutique attribuables aux variations du prix moyen (pondéré) de tous les médicaments pour lesquels une demande de remboursement a été soumise dans cette catégorie. Parce que tous les autres facteurs restent constants (les prix des médicaments, les dépenses normalisées selon l'âge par médicament et la taille de chaque catégorie thérapeutique), l'effet lié à l'éventail de médicaments est attribuable aux variations dans les parts relatives qu'occupent les médicaments (c'est-à-dire les combinaisons distinctes de substance chimique, de dosage et de forme) dans chaque catégorie thérapeutique. La part d'un médicament dans sa catégorie thérapeutique est obtenue en calculant le nombre d'unités de ce médicament distribuées divisé par le nombre total d'unités distribuées dans sa catégorie thérapeutique. Si les médicaments dont la part avait augmenté dans une catégorie (y compris les médicaments lancés sur le marché au cours de la période d'étude) étaient vendus, en moyenne, à des prix supérieurs (voir l'explication du calcul ci-dessus) à ceux des médicaments dont la part avait diminué, alors l'effet lié à l'éventail de médicaments était positif pour cette catégorie. Les résultats pour chaque catégorie thérapeutique ont ensuite été cumulés pour obtenir l'effet global lié à l'éventail de médicaments.

L'effet lié au volume a été obtenu en calculant les variations dans les dépenses réelles par habitant normalisées selon l'âge par catégorie de médicaments, déduction faite des variations de prix et de part de chaque médicament dans sa catégorie thérapeutique (voir l'explication du calcul ci-dessus). Les résultats pour chaque catégorie thérapeutique ont ensuite été cumulés pour obtenir l'effet global lié au volume. Comme c'est le cas pour l'effet lié à l'éventail de médicaments, l'effet lié au volume peut être causé par de nouveaux produits ou des produits existants.

Valeur des brevets échus

On a obtenu la valeur des brevets échus en attribuant une date d'échéance tirée du Registre des brevets de Santé Canada à chaque produit de la Vérification des achats des hôpitaux et des pharmacies du Canada d'IMS Brogan. Les produits pour lesquels aucun brevet n'était enregistré dans le Registre des brevets ont été considérés comme étant sans brevet valide. Dans de nombreux cas, de multiples brevets étaient associés à un seul produit. Dans ces cas, on a utilisé la première date d'échéance (selon l'ordre chronologique) du Registre des brevets de Santé Canada comme date d'échéance estimée du brevet. On a validé cette méthode en comparant l'année d'approbation du médicament générique avec la date d'échéance estimée pour des produits dont le brevet était déjà échu, et ces dates coïncidaient fréquemment. Toutefois, certains produits peuvent être protégés de la concurrence des produits génériques par des brevets supplémentaires dont la validité se poursuit après l'échéance du premier brevet. Une entreprise peut également accorder une licence à un fabricant de médicaments génériques afin que celui-ci en produise un avant l'échéance du brevet.

Nouvelles substances chimiques et nouvelles catégories de médicaments

De nouvelles substances chimiques et de nouvelles catégories de médicaments ont été identifiées au moyen de la Base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada et du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) de l'ICIS. Une substance chimique a été considérée comme nouvelle pendant sa première année de commercialisation au Canada. Une catégorie de médicaments a été considérée comme nouvelle pendant la première année où une substance chimique de cette catégorie a été commercialisée au Canada. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon dont les substances chimiques et les catégories de médicaments ont été définies, consultez l'annexe H. Pour réduire l'impact de la variation annuelle, des moyennes quinquennales ont été déclarées. Le nombre de nouvelles substances chimiques et de nouvelles catégories de médicaments déclarées pour chaque année équivaut au nombre moyen de substances chimiques et de catégories de médicaments nouvellement commercialisées au cours de cette année et dans les quatre années précédentes.

Limites

Aucune source de données unique ne peut fournir de l'information sur tous les médicaments distribués au Canada et sur les patients à qui ces médicaments sont distribués. Pour cette raison, cette étude repose sur de multiples sources. Certaines sources sont plus exhaustives que les autres en ce qui a trait aux données sur les dépenses en médicaments, mais

contiennent de l'information moins détaillée, tandis que d'autres contiennent plus de détails, mais ont une portée plus restreinte. Il est reconnu que les données diffèrent d'une source à l'autre (p. ex. les dépenses pour l'achat en gros diffèrent des dépenses pour l'achat au détail). Néanmoins, il semble que les tendances observées soient similaires d'une source à l'autre. Il a fallu recourir à de multiples sources de données pour examiner une grande gamme de questions importantes, comme l'impact du vieillissement et les tendances liées aux médicaments pour le traitement du cancer. En effet, de nombreux médicaments pour le traitement du cancer sont principalement distribués dans les hôpitaux. Par conséquent, l'information à leur sujet n'est pas disponible dans les pharmacies de détail.

Les données d'IMS Brogan contiennent des projections fondées sur un échantillon de fournisseurs de données. Elles sont donc sujettes aux erreurs d'échantillonnage. Cependant, la marge d'erreur est très faible lorsque l'on utilise des données pancanadiennes.

Aucune information sur les diagnostics ou les affections justifiant les prescriptions n'était disponible. Pour cette raison, les catégories de médicaments ont été déterminées selon l'indication principale et peuvent ne pas refléter l'utilisation réelle des médicaments. Par exemple, de nombreux médicaments classés dans cette étude comme des antihypertenseurs sont également utilisés pour traiter l'insuffisance cardiaque.

Annexe B : Sources de données

Les données utilisées dans cette étude proviennent de sources de données gérées par l'ICIS et IMS Brogan.

Tableau B1 : Sources de données

Source		Inclusions des coûts		Détails des dépenses			
Dépositaire	Source des données	Frais d'administration	Honoraires et marges	Source de financement	Catégorie de médicaments	Âge/sexe	Collectivité/hôpital
ICIS	BDDNS	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Collectivité seulement
	SNIUMP	Non	Oui	Publique seulement	Oui	Oui	Collectivité seulement
IMS Brogan	DS&H	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui
	CS/ALPD	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Collectivité seulement

Remarques

BDDNS : Base de données sur les dépenses nationales de santé.

SNIUMP : Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits.

DS&H : Vérification des achats des hôpitaux et des pharmacies du Canada (Canadian Drug Store and Hospital Purchases Audit).

CS/ALPD : Vérification Canadian CompuScript de deuxième génération (Second Generation Canadian CompuScript Audit) et ensembles de données longitudinales anonymisées sur les patients (Anonymized Longitudinal Patient Datasets).

La BDDNS de l'ICIS renferme une série historique de macrostatistiques sur les dépenses de santé par province et territoire. La catégorie « Médicaments » de la BDDNS vise à mesurer la consommation finale, à l'extérieur des établissements, de médicaments achetés par des consommateurs, ou par des tiers payeurs en leur nom, généralement dans des points de vente au détail. Les données sur les dépenses en médicaments contenues dans la BDDNS sont des estimations qui représentent les coûts finaux pour les consommateurs canadiens, y compris les honoraires du pharmacien, les marges bénéficiaires brutes et les taxes applicables. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la composante « Médicaments » de la BDDNS, veuillez consulter la série de rapports de l'ICIS *Dépenses en médicaments au Canada*.

Le SNIUMP, également géré par l'ICIS, contient des données sur les demandes approuvées par les régimes publics d'assurance-médicaments, que ce soit pour un remboursement ou pour l'application d'une franchise. Les coûts comprennent les honoraires professionnels et les marges bénéficiaires. En décembre 2010, le SNIUMP contenait des données soumises par les régimes provinciaux d'assurance-médicaments de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard. Les régimes publics d'assurance-médicaments provinciaux ne soumettent pas tous des données.

Gérée par IMS Brogan, la Vérification des achats des hôpitaux et des pharmacies du Canada (DS&H) contient des données sur les volumes, en dollars et en unités, de produits pharmaceutiques achetés par les pharmacies de détail et les hôpitaux. Les montants représentent les ventes en gros ou les prix des fabricants et ne comprennent pas les honoraires

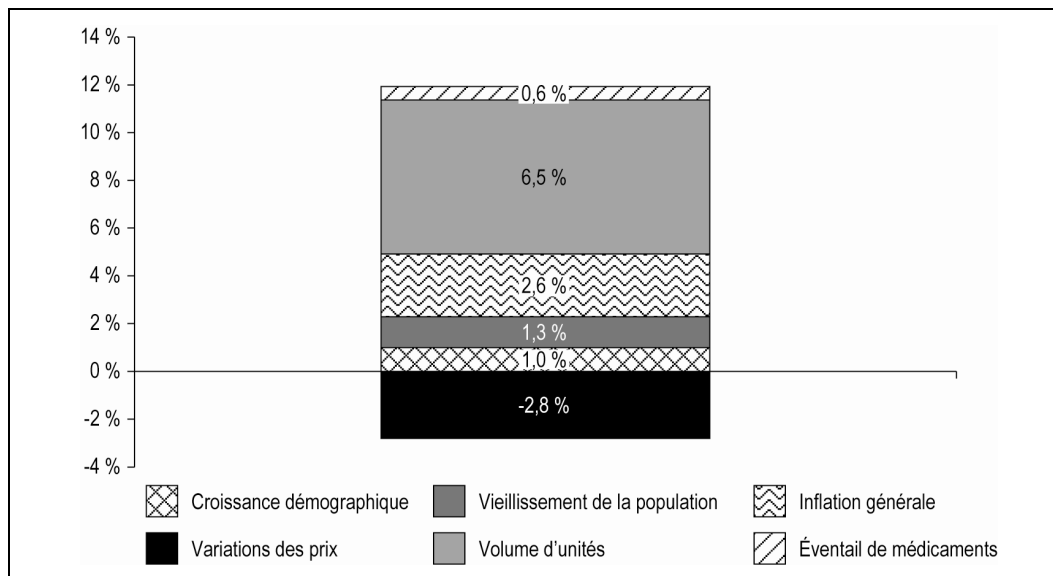
professionnels ni les marges bénéficiaires sur les ventes au détail. Les données sont recueillies auprès d'un échantillon de pharmacies, puis projetées de manière à ce qu'elles soient représentatives des achats faits dans toutes les pharmacies de détail et dans tous les hôpitaux du Canada.

On a utilisé les deux dernières sources de données d'IMS Brogan employées dans cette étude, soit la Vérification Canadian CompuScript de deuxième génération et les ensembles de données longitudinales anonymisées sur les patients (CS/ALPD), en combinaison, soit telles qu'elles étaient présentées dans le *Canadian Rx Atlas* publié par le Centre de recherche sur les services et les politiques de santé de l'Université de la Colombie-Britannique. Cet ensemble de données combinées contient de l'information sur les volumes totaux d'ordonnances exécutées, d'unités distribuées et de ventes en dollars pour les pharmacies de détail de chaque province, incluant les honoraires professionnels et les marges bénéficiaires. Il fournit également des estimations de la proportion d'ordonnances exécutées selon l'âge pour chaque province et chaque type de médicament. Les données sont recueillies auprès d'un échantillon de pharmacies, puis projetées de manière à ce qu'elles soient représentatives des achats faits dans toutes les pharmacies de détail du Canada. Dans le cadre de cette étude, on a analysé de nouveau les résultats présentés dans le *Canadian Rx Atlas* afin de s'assurer que la méthodologie utilisée soit la même que celle utilisée pour mesurer les facteurs d'accroissement des coûts des autres catégories de dépenses de santé dans le rapport de l'ICIS *Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits*.

Annexe C : Facteurs d'accroissement des dépenses pour l'achat au détail d'antihypertenseurs au Canada, de 1998 à 2007

Les médicaments pour traiter les patients souffrant d'hypertension artérielle constituent la plus importante catégorie thérapeutique de médicaments au Canada. De 1998 à 2007, les dépenses pour l'achat de ces médicaments sont passées de 1,3 milliard à 2,7 milliards de dollars, ce qui représente un taux de croissance annuel moyen de 9,1 %. Comme c'est le cas pour les dépenses pour l'achat de médicaments en général, l'inflation générale et la croissance démographique ont contribué à faire augmenter les dépenses pour l'achat d'antihypertenseurs par année d'en moyenne 2,6 % et 1,0 %, respectivement, de 1998 à 2007.

Figure C1 : Facteurs influant sur la croissance annuelle moyenne des dépenses pour l'achat au détail d'antihypertenseurs, Canada, de 1998 à 2007



Sources

Vérification Canadian CompuScript de deuxième génération et ensembles de données longitudinales anonymisées sur les patients, IMS Brogan; S. Morgan et coll., *The Canadian Rx Atlas, 2nd Edition*, Vancouver (C.-B.), Centre de recherche sur les services et les politiques de santé, Université de la Colombie-Britannique, 2008.

Le vieillissement de la population a eu une incidence légèrement plus importante sur les dépenses liées à l'achat d'antihypertenseurs (1,3 % par année) que sur les dépenses liées à l'achat de médicaments en général (1,0 %) au cours de la période étudiée. Ce phénomène s'explique par le fait que l'utilisation d'antihypertenseurs est plus concentrée chez les personnes âgées que ne l'est l'utilisation de médicaments en général.

Après avoir tenu compte de l'effet du vieillissement de la population, les variations dans le volume de traitements antihypertenseurs achetés au Canada ont fait croître les dépenses liées à cette catégorie de médicaments de 6,5 % par année de 1998 à 2007. La croissance du volume

d'antihypertenseurs utilisés est probablement liée au fait que l'hypertension est davantage diagnostiquée et traitée qu'auparavant¹¹. De telles tendances rendent probablement compte à la fois des variations réelles de la morbidité au sein de la population et des changements dans les pratiques cliniques (y compris en matière de dépistage et de diagnostic)¹¹⁻¹⁴.

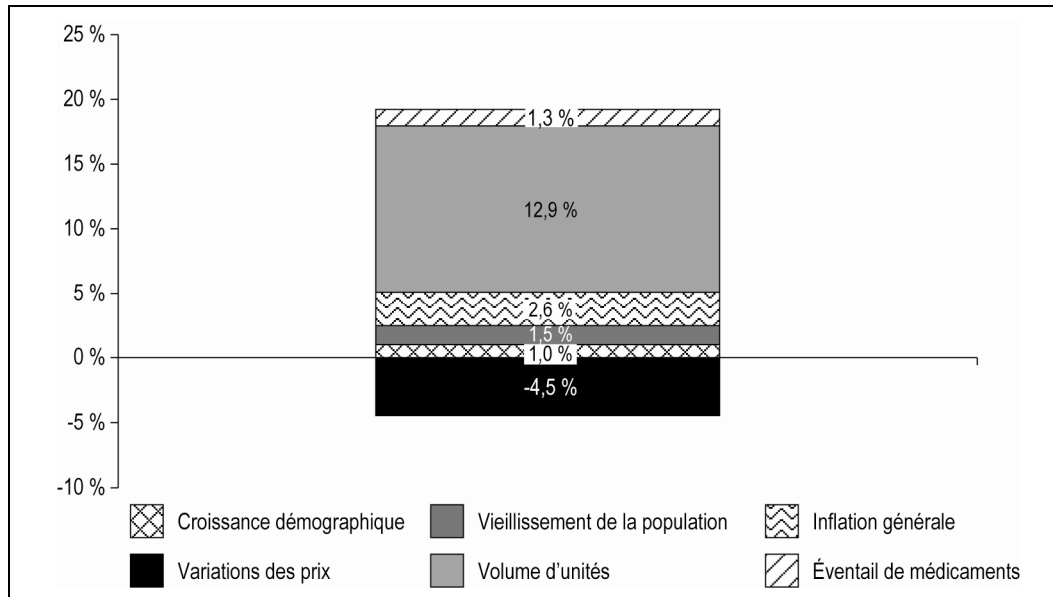
Les variations dans l'éventail de médicaments choisis dans la grande catégorie des médicaments antihypertenseurs ont entraîné une augmentation des dépenses liées à ces médicaments de 0,6 % par année de 1998 à 2007. Ce modeste effet lié à l'éventail de médicaments dérive d'une croissance plus rapide de l'utilisation des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) et des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA-II), de nouveaux médicaments, par rapport à celle des diurétiques et des bêtabloquants, des médicaments plus anciens. Les effets financiers de telles variations ont été plus que compensés par les économies découlant de l'augmentation de l'offre d'antihypertenseurs génériques. La concurrence de ces produits génériques a entraîné une diminution moyenne des prix (après inflation) de 2,8 % par année de 1998 à 2007.

Annexe D : Facteurs d'accroissement des dépenses pour l'achat au détail d'hypocholestérolémiants au Canada, de 1998 à 2007

Les médicaments utilisés pour réduire les risques cardiovasculaires associés à l'hypercholestérolémie (les statines) figuraient parmi les catégories thérapeutiques de médicaments prescrits affichant la croissance la plus rapide, ce qui en a fait la deuxième plus importante catégorie en ce qui a trait aux dépenses pour l'achat au détail au Canada en 2007. De 1998 à 2007, les dépenses pour l'achat au détail d'hypocholestérolémiants sont passées de 0,5 milliard à 1,9 milliard de dollars, pour un taux de croissance annuel moyen de 14,8 %. Il s'agit de la grande catégorie thérapeutique ayant montré la croissance la plus rapide sur le plan des ventes de médicaments prescrits au détail au Canada au cours de cette période; cette catégorie a également continué de figurer parmi les catégories où les dépenses pour l'achat en gros ont crû le plus rapidement au Canada jusqu'en 2010.

L'inflation générale et la croissance démographique ont respectivement contribué à augmenter les dépenses pour l'achat de médicaments hypocholestérolémiants d'en moyenne 2,6 % et 1,0 % par année de 1998 à 2007. D'autres facteurs doivent donc justifier une croissance de 11,1 % par année des dépenses en dollars constants par habitant pour l'achat au détail de ces médicaments.

Figure D1 : Facteurs influant sur la croissance annuelle moyenne des dépenses pour l'achat au détail d'hypocholestérolémiants, Canada, de 1998 à 2007



Sources

Vérification Canadian CompuScript de deuxième génération et ensembles de données longitudinales anonymisées sur les patients, IMS Brogan; S. Morgan et coll., *The Canadian Rx Atlas, 2nd Edition*, Vancouver (C.-B.), Centre de recherche sur les services et les politiques de santé, Université de la Colombie-Britannique, 2008.

De 1998 à 2007, le vieillissement de la population a eu 50 % plus d'effet sur les dépenses pour l'achat d'hypocholestérolémiants (1,5 % par année) que sur les dépenses pour l'achat de médicaments en général (1,0 %). Le vieillissement a eu plus d'influence sur les dépenses liées à cette catégorie de médicaments parce que l'utilisation de médicaments hypocholestérolémiants est très rare chez les personnes de moins de 45 ans. Par conséquent, la variation selon l'âge est beaucoup plus marquée pour cette catégorie de médicaments que pour les médicaments en général.

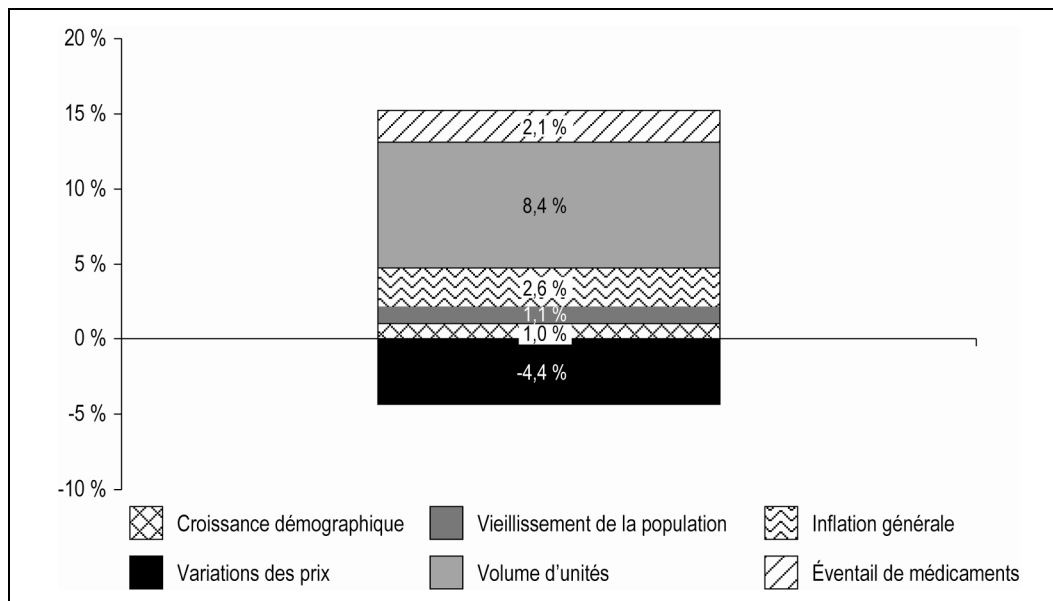
Le volume de médicaments anticholestérolémiants achetés au Canada est le principal facteur d'accroissement des coûts dans cette catégorie. En effet, l'utilisation dans les différents groupes d'âge a augmenté assez rapidement pour faire croître les dépenses liées à cette catégorie de médicaments de 12,9 % par année de 1998 à 2007. Ce phénomène est probablement attribuable à l'augmentation de la prévalence de l'hyperlipidémie et des facteurs de risques connexes ainsi qu'aux variations dans les pratiques et les lignes directrices en matière de prescription⁸⁻¹¹.

Les variations dans l'éventail de médicaments choisis dans cette catégorie thérapeutique ont entraîné une augmentation des dépenses pour l'achat de ces médicaments de 1,3 % par année de 1998 à 2007. Cette augmentation a été plus que compensée par les économies générées par l'offre de médicaments génériques dans cette catégorie. D'autres économies devraient avoir été réalisées après 2007, car le premier brevet du médicament le plus populaire de la catégorie arrivait à échéance en 2010.

Annexe E : Facteurs d'accroissement des dépenses pour l'achat au détail de médicaments gastro-intestinaux au Canada, de 1998 à 2007

Les médicaments gastro-intestinaux utilisés pour soigner les brûlures d'estomac, les ulcères et les dommages à l'œsophage causés par le reflux acide (médicaments antiacides) constituaient la troisième catégorie thérapeutique la plus importante de médicaments prescrits sur le plan des dépenses pour l'achat au détail au Canada en 2007. De 1998 à 2007, les dépenses pour l'achat au détail de médicaments gastro-intestinaux sont passées de 0,5 à 1,4 milliard de dollars, pour un taux de croissance annuel moyen de 10,9 %. L'inflation générale et la croissance démographique ont respectivement contribué à augmenter les dépenses pour l'achat de médicaments gastro-intestinaux par année d'en moyenne 2,6 % et 1,0 % de 1998 à 2007. D'autres facteurs doivent donc justifier une croissance de 7,3 % par année des dépenses en dollars constants par habitant.

Figure E1 : Facteurs influant sur la croissance annuelle moyenne des dépenses pour l'achat au détail de médicaments gastro-intestinaux, Canada, de 1998 à 2007



Sources

Vérification Canadian CompuScript de deuxième génération et ensembles de données longitudinales anonymisées sur les patients, IMS Brogan; S. Morgan et coll., *The Canadian Rx Atlas, 2nd Edition*, Vancouver (C.-B), Centre de recherche sur les services et les politiques de santé, Université de la Colombie-Britannique, 2008.

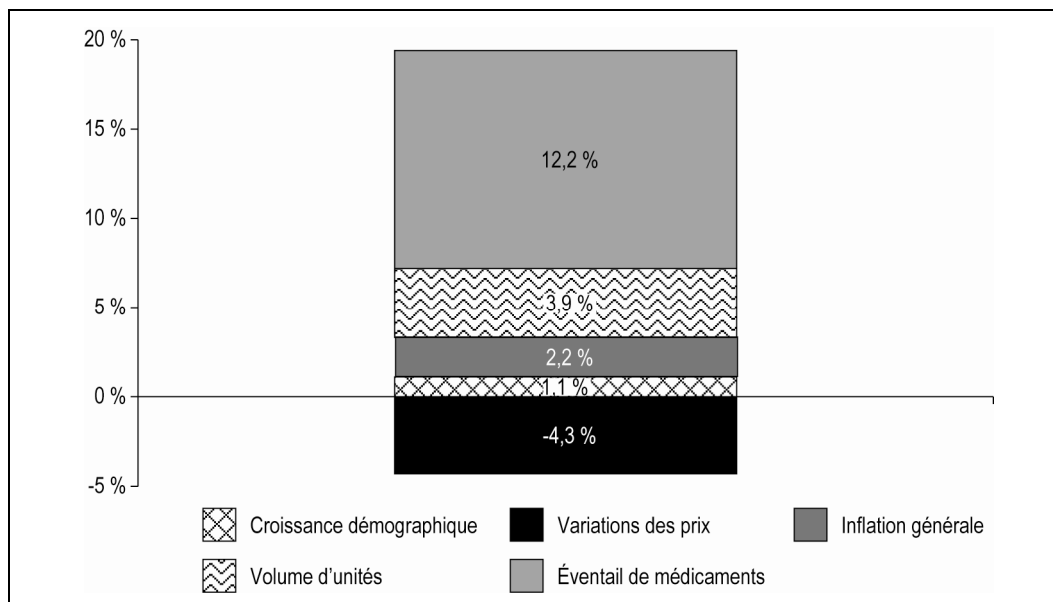
Parce que l'utilisation de médicaments gastro-intestinaux augmente de façon constante avec l'âge, le vieillissement de la population canadienne de 1998 à 2007 a entraîné une hausse des dépenses liées à cette catégorie thérapeutique d'environ 1,1 % par année. Comme c'est le cas pour d'autres catégories de médicaments de premier ordre, l'utilisation accrue des médicaments gastro-intestinaux dans chaque catégorie d'âge a beaucoup contribué à la croissance des dépenses dans cette catégorie. De 1998 à 2007, l'augmentation du volume de médicaments gastro-intestinaux utilisés a contribué à faire croître les dépenses pour l'achat de ces médicaments de 8,4 % par année.

L'utilisation accrue des IPP a fait augmenter l'utilisation des médicaments gastro-intestinaux. L'augmentation de l'utilisation des IPP a également eu un effet sur l'éventail des médicaments utilisés dans cette catégorie : parce que les IPP coûtent plus cher que les antagonistes des récepteurs H2, des médicaments plus anciens, leur part croissante dans cette catégorie thérapeutique a fait augmenter les dépenses d'en moyenne 2,1 % par année de 1998 à 2007. En raison de la disponibilité accrue des IPP et des antagonistes des récepteurs H2 génériques, les prix de cette catégorie de médicaments ont baissé de 4,4 % par année (après inflation) pendant cette période, ce qui représente une diminution considérable. On prévoit d'autres baisses de prix de la sorte, car la plupart des médicaments populaires de cette catégorie sont maintenant offerts en format générique ou le seront dans un proche avenir.

Annexe F : Facteurs d'accroissement de la valeur en gros des achats de médicaments pour le traitement du cancer par les hôpitaux et les pharmacies au Canada, de 2004-2005 à 2009-2010

Selon la Vérification des achats des hôpitaux et des pharmacies du Canada d'IMS Brogan, les médicaments pour le traitement du cancer sont l'une des composantes des dépenses pharmaceutiques qui a crû le plus rapidement au cours des six dernières années. Les achats en gros de médicaments pour le traitement du cancer par les hôpitaux sont passés de 444 millions de dollars au cours de l'année se terminant en septembre 2005 à 848 millions au cours de l'année se terminant en septembre 2010 : leur taux de croissance annuel moyen atteint donc 15,2 %. Les achats en gros de médicaments pour le traitement du cancer par les pharmacies communautaires sont quant à eux passés de 271 millions de dollars à 444 millions, pour un taux de croissance annuel moyen de 10,4 % au cours de la même période. L'inflation générale et la croissance démographique ont respectivement contribué à augmenter les dépenses liées à l'achat de médicaments pour le traitement du cancer d'en moyenne 2,2 % et 1,1 % par année au cours de cette période. D'autres facteurs doivent donc justifier une croissance annuelle des dépenses en dollars constants par habitant de 11,9 % pour les hôpitaux et de 7,1 % pour les pharmacies.

Figure F1 : Facteurs influant sur la croissance annuelle moyenne des dépenses pour l'achat en gros de médicaments pour le traitement du cancer par les hôpitaux, Canada, de 2004-2005 à 2009-2010

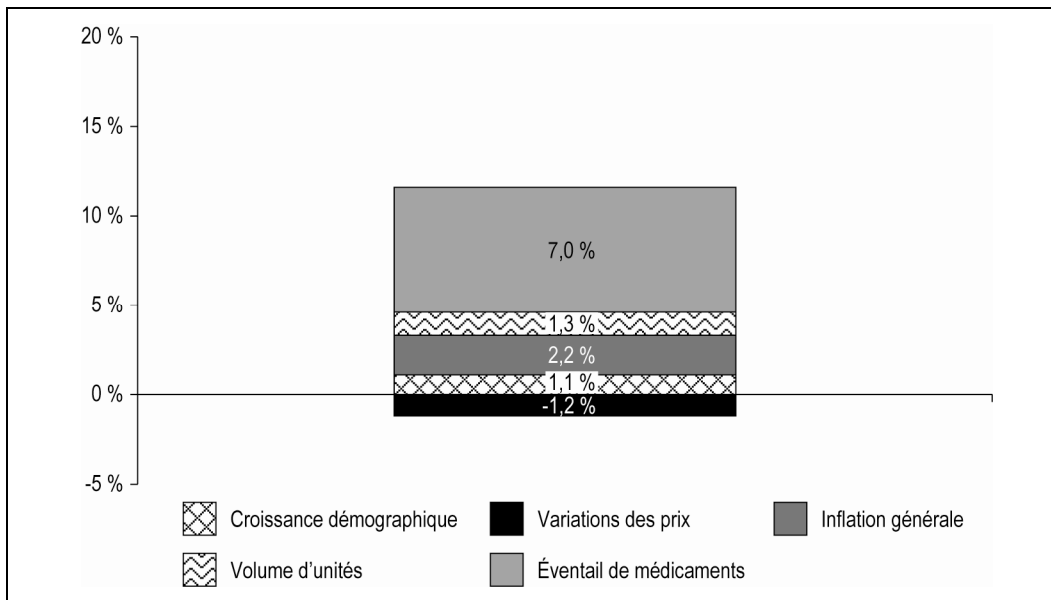


Source

Vérification des achats des hôpitaux et des pharmacies du Canada, 2010, IMS Brogan.

Les données sur les dépenses en gros ne permettent pas de calculer les effets du vieillissement de la population sur les dépenses pour l'achat de médicaments pour le traitement du cancer. L'augmentation du volume de médicaments utilisés pour le traitement du cancer en milieu hospitalier par la population en général a contribué à faire croître les dépenses des hôpitaux pour l'achat en gros de médicaments de cette catégorie d'en moyenne 3,9 % par année. Tandis que la croissance du volume des achats de médicaments pour le traitement du cancer par les hôpitaux a été compensée par une baisse annuelle moyenne de 4,3 % (incluant les économies réalisées grâce aux médicaments génériques) de la valeur des médicaments pour le traitement du cancer existants achetés en gros par les hôpitaux, des variations dans l'éventail de médicaments pour le traitement du cancer achetés par les hôpitaux ont eu des répercussions importantes sur les dépenses dans cette catégorie. Les achats croissants de nouveaux médicaments à prix élevé pour le traitement du cancer ont entraîné une augmentation annuelle moyenne de 12,2 % de la valeur des médicaments pour le traitement du cancer achetés en gros par les hôpitaux de 2004-2005 à 2009-2010. Les données disponibles ne tiennent pas compte des réductions de prix négociées entre les hôpitaux et les fabricants de médicaments, qui peuvent avoir compensé une partie de cette hausse des coûts.

Figure F2 : Facteurs influant sur la croissance annuelle moyenne des dépenses pour l'achat en gros de médicaments pour le traitement du cancer par les pharmacies communautaires, Canada, de 2004-2005 à 2009-2010



Source

Vérification des achats des hôpitaux et des pharmacies du Canada, 2010, IMS Brogan.

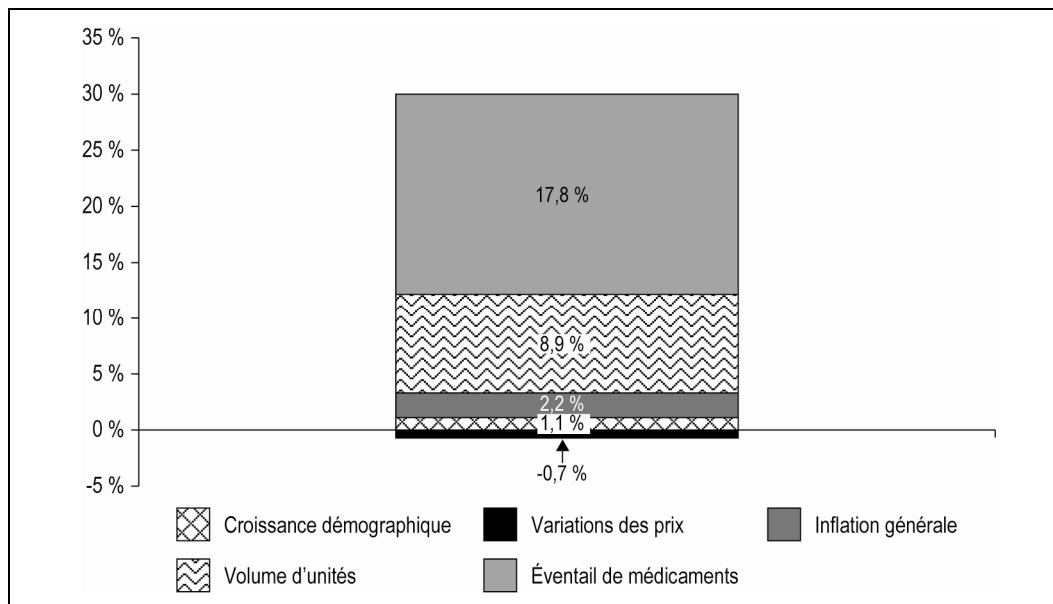
Les facteurs d'accroissement des dépenses en médicaments pour le traitement du cancer des pharmacies communautaires sont similaires aux facteurs d'accroissement des dépenses des hôpitaux, malgré certaines différences. Ce n'est pas surprenant, étant donné que l'éventail de médicaments pour le traitement du cancer distribués dans les hôpitaux diffère considérablement de l'éventail de médicaments distribués dans les pharmacies communautaires. Le fait que l'augmentation du volume de médicaments utilisés par la population en général ne constitue pas un facteur important d'accroissement des dépenses des pharmacies communautaires est

une différence majeure. L'augmentation des prix pour l'achat en gros de médicaments pour le traitement du cancer par les pharmacies communautaires a été inférieure à l'inflation, ce qui a entraîné un léger effet négatif lié aux prix. Comme c'est le cas dans les hôpitaux, la croissance des achats de nouveaux traitements contre le cancer à prix élevé a occasionné une hausse annuelle moyenne considérable des coûts. Des variations dans l'éventail de médicaments pour le traitement du cancer achetés en gros par les pharmacies communautaires de 2004-2005 à 2009-2010, en grande partie attribuables aux traitements récemment commercialisés, ont entraîné une augmentation des coûts d'en moyenne 7,0 % par année.

Annexe G : Facteurs d'accroissement de la valeur en gros des achats d'immunosuppresseurs par les pharmacies au Canada, de 2004-2005 à 2009-2010

La valeur des achats canadiens d'immunosuppresseurs en gros a augmenté plus rapidement au cours des six dernières années que la valeur des achats réalisés dans toute autre catégorie thérapeutique. L'augmentation des achats réalisés par les pharmacies communautaires explique en grande partie cette hausse rapide. Les achats en gros d'immunosuppresseurs par les hôpitaux sont passés de 83 millions de dollars au cours de l'année se terminant en septembre 2005 à 95 millions au cours de l'année se terminant en septembre 2010, ce qui représente un taux de croissance annuel moyen de 2,8 %. Les achats en gros d'immunosuppresseurs par les pharmacies communautaires sont quant à eux passés de 297 millions à 1,070 milliard, pour un taux de croissance annuel moyen de 29,2 % au cours de la même période. L'inflation générale et la croissance démographique ont respectivement contribué à augmenter les dépenses pour l'achat d'immunosuppresseurs d'en moyenne 2,2 % et 1,1 % par année au cours de cette période.

Figure G1 : Facteurs influant sur la croissance annuelle moyenne des dépenses pour l'achat en gros d'immunosuppresseurs par les pharmacies communautaires, Canada, de 2004-2005 à 2009-2010



Source

Vérification des achats des hôpitaux et des pharmacies du Canada, 2010, IMS Brogan.

Une grande partie de l'augmentation des achats d'immunosuppresseurs dans le milieu communautaire découle de la croissance des achats d'inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (médicaments anti-TNF), des médicaments relativement récents utilisés dans le traitement de multiples affections, y compris la polyarthrite rhumatoïde, le psoriasis et la maladie de Crohn. Les trois médicaments anti-TNF les plus utilisés ont été commercialisés au Canada entre 2001 et 2004. Les trois ont été adoptés par de nombreux patients, ce qui a influé sur les effets liés au volume et à l'éventail de médicaments.

La variation dans l'éventail de médicaments utilisés est le facteur qui a eu le plus d'incidence sur les dépenses dans cette catégorie de médicaments. En effet, il est à l'origine d'une augmentation annuelle moyenne de 17,8 % des achats en gros d'immunosuppresseurs par les pharmacies communautaires. La croissance des achats des médicaments anti-TNF récents à prix élevé par rapport aux achats d'anciens médicaments à prix inférieur a largement contribué à faire augmenter l'effet lié à l'éventail de médicaments. Le coût annuel de ces médicaments peut atteindre en moyenne de 9 000 \$ à plus de 30 000 \$ par patient, selon la dose et la raison de l'utilisation¹⁷⁻¹⁹.

Annexe H : Systèmes de classification des médicaments

Les médicaments peuvent être analysés à l'aide de nombreux systèmes de classification. La présente analyse est fondée sur le système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

- Dans ce système de classification, les médicaments sont divisés en groupes selon l'organe ou l'appareil sur lequel ils agissent, ainsi que leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques.
- Ce système ne fait pas de distinction entre la teneur, la posologie, la voie d'administration ou la forme du médicament, sauf lorsque le nom l'indique (p. ex. corticostéroïde par aérosol).
- Les médicaments sont classés en groupes répartis sur cinq différents niveaux :
 - Ils sont divisés en 14 groupes anatomiques principaux (premier niveau), assortis de sous-groupes pharmacologique ou thérapeutique (deuxième niveau).
 - Les niveaux trois et quatre sont des sous-groupes chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques.
 - Le niveau cinq correspond à la substance chimique.
 - Les niveaux deux, trois et quatre sont souvent utilisés pour identifier les sous-groupes pharmacologiques lorsque ceux-ci conviennent mieux à l'analyse que les sous-groupes thérapeutiques ou chimiques.

Dans le cadre de l'analyse des facteurs d'accroissement des coûts, le système ATC de l'OMS a été utilisé de la même manière que la Vérification Canadian CompuScript de deuxième génération et la Vérification des achats des hôpitaux et des pharmacies du Canada d'IMS Brogan. Dans cette analyse :

- IMS Brogan a classé les produits pharmaceutiques selon le niveau 4 du système ATC;
- le terme « catégorie de médicaments » renvoie au sous-groupe pharmacologique (niveau 3 du système ATC);
- le terme « catégorie thérapeutique » renvoie à des sous-groupes pharmacologiques ayant des indications communes.

Dans l'analyse des nouvelles substances chimiques et des nouvelles catégories de médicaments, le système ATC de l'OMS a été utilisé de la même manière que la Base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada. Dans cette analyse :

- Santé Canada a classé la plupart des produits pharmaceutiques selon le niveau 5 du système ATC;
- la « substance chimique » renvoie au niveau 5 du système ATC; une substance chimique unique peut figurer dans de nombreux codes du niveau 5 du système ATC si elle est utilisée de multiples façons pour traiter de multiples troubles médicaux;

- la « catégorie de médicaments » désigne le sous-groupe chimique (niveau 4) du système ATC de l'OMS; à ce niveau, les sous-groupes sont théoriquement considérés comme des groupes de substances chimiques distinctes qui agissent de la même façon lors du traitement de troubles médicaux semblables; la catégorie de médicaments a été définie autrement que ci-dessus parce qu'un plus grand nombre de précisions était requis pour cette analyse;
- la « grande catégorie thérapeutique » désigne le groupe anatomique principal (niveau 1) du système ATC de l'OMS; à ce niveau, les groupes sont théoriquement considérés comme des groupes de substances chimiques distinctes qui agissent sur le même organe ou appareil.

Annexe I : Avertissement concernant IMS Brogan

IMS Brogan, une unité d'IMS Health, a des bureaux à Montréal, à Toronto et à Ottawa.

IMS Health fournit des services d'information commerciale et sur la santé aux industries des produits pharmaceutiques et des soins de santé à l'échelle mondiale. Dans le cadre du présent rapport, l'ICIS a utilisé la Vérification des achats des hôpitaux et des pharmacies du Canada d'IMS Brogan, qui mesure la valeur en dollars et le volume unitaire des produits pharmaceutiques achetés par les pharmacies de détail et les hôpitaux du Canada. Les données servant à cette vérification sont recueillies à partir d'un échantillon représentatif de 2 700 pharmacies et de 686 hôpitaux et établissements de soins de longue durée. Les données de l'échantillon sont ensuite projetées à l'échelle de l'ensemble des pharmacies et des hôpitaux de manière à ce qu'elles reflètent tous les achats réalisés au Canada.

IMS Brogan obtient toutes ses données de fournisseurs externes. Par conséquent, bien qu'il déploie tous les efforts nécessaires pour s'assurer de l'exactitude et de l'intégralité de ses données et analyses, IMS Brogan ne garantit pas la fiabilité de ses données ou de toute application qui pourrait en découler. En aucune circonstance IMS Brogan ne sera tenu responsable de tout dommage, y compris les dommages indirects, consécutifs ou particuliers, prévisibles ou non, résultant de toute utilisation ou mise en application de ses données, et ce, même si IMS Brogan a été avisé de la possibilité de tels dommages.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Drug Expenditure in Canada, 1985 to 2010* [*Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2010*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.
2. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, *Generic Drugs in Canada: Price Trends and International Price Comparisons, 2007* [*Médicaments génériques au Canada : structure de marché — tendances et répercussions 2007*], Ottawa (Ont.), CEPMB, 2008.
3. Statistique Canada, *Population Projections for Canada, Provinces and Territories* [*Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires*], Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2009, n° 91-520-X au catalogue.
4. S. Morgan et C. Cunningham, « Population Aging and the Determinants of Healthcare Expenditures: The Case of Hospital, Medical, and Pharmaceutical Care in British Columbia, 1996 to 2006 », *Healthcare Policy* (sous presse).
5. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, *Annual Report 2009* [*Rapport annuel 2009*], Ottawa (Ont.), CEPMB, 2009.
6. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Care Cost Drivers: The Facts*. [*Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits.*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.
7. S. Morgan et coll., *The Canadian Rx Atlas, 2nd Edition*, Vancouver (C.-B.), Centre de recherche sur les services et les politiques de santé, Université de la Colombie-Britannique, 2008.
8. J. G. Fodor et coll., « Recommendations for the Management and Treatment of Dyslipidemia », *CMAJ*, vol. 162, n° 10 (2000), p. 1441-1447. Consulté le 6 avril 2011. Internet : <<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/162/10/1441>>.
9. J. Genest et coll., « Recommendations for the Management of Dyslipidemia and the Prevention of Cardiovascular Disease: 2003 Update », *CMAJ*, vol. 169, n° 9 (2003), p. 921-924. Internet : <<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/169/9/921>>.
10. J. Genest et coll., « 2009 Canadian Cardiovascular Society/Canadian Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Dyslipidemia and Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult—2009 Recommendations », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 25, n° 10 (2009), p. 567-579.
11. C. Jackevicius et coll., « Long Term Trends in Use of and Expenditure for Cardiovascular Medications in Canada », *CMAJ*, vol. 181, n°s 1-2 (2009), p. E19-E28.
12. D. Ross et coll., « 1999 Canadian Recommendations for the Management of Hypertension », *CMAJ*, vol. 161, suppl. 12 (1999), p. S1-S22. Consulté le 6 avril 2011. Internet : <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/161/12_suppl/S1>.

13. Canadian Hypertension Recommendations Working Group, « 2001 Canadian Hypertension Recommendations: What Has Changed? », *Canadian Family Physician*, vol. 48 (2002), p. 1662-1665.
14. Programme éducatif canadien sur l'hypertension, *2010 CHEP Recommendations for the Management of Hypertension [Recommandations de 2010 du PECH pour la prise en charge de l'hypertension]*. Internet : <<http://hypertension.ca/chep/recommandations-2010/>>.
15. S. Morgan et coll., « 'Breakthrough' Drugs and Growth in Expenditure on Prescription Drugs in Canada », *BMJ*, vol. 331, n° 7520 (2005), p. 815-816.
16. U.S. Food and Drug Administration, *Drugs@FDA* (base de données). Internet : <<http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm>>.
17. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, *CEDAC Final Recommendation: Adalimumab [Recommandation finale du CCCEM : adalimumab]*, Ottawa (Ont.), ACMTS, 2005.
18. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, *CEDAC Final Recommendation: Rituximab [Recommandation finale du CCCEM : rituximab]*, Ottawa (Ont.), ACMTS, 2007.
19. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, *CEDAC Final Recommendation: Infliximab [Recommandation finale du CCCEM : infliximab]*, Ottawa (Ont.), ACMTS, 2009.

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120

www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-024-7 (PDF)

© 2012 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Facteurs d'accroissement des dépenses en médicaments prescrits au Canada*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2012.

This publication is also available in English under the title *Drivers of Prescription Drug Spending in Canada*.

ISBN 978-1-77109-023-0 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa

495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's

140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006