



# Dépenses en médicaments prescrits au Canada

2019

Regard sur les régimes publics  
d'assurance médicaments



Institut canadien  
d'information sur la santé  
Canadian Institute  
for Health Information

La production du présent document 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.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

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  
[icis.ca](http://icis.ca)  
[droitdauteur@icis.ca](mailto:droitdauteur@icis.ca)

ISBN 978-1-77109-883-0 (PDF)

© 2019 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments*. Ottawa, ON : ICIS; 2019.

This publication is also available in English under the title *Prescribed Drug Spending in Canada, 2019: A Focus on Public Drug Programs*.

ISBN 978-1-77109-882-3 (PDF)

# Table des matières

Remerciements . . . . .	4
À propos de l'ICIS . . . . .	4
Points saillants . . . . .	5
À propos du présent rapport . . . . .	6
Introduction . . . . .	7
Dépenses des régimes publics d'assurance médicaments par grande catégorie thérapeutique . . . . .	8
Dépenses des régimes publics d'assurance médicaments par catégorie de médicaments . . . . .	11
Médicaments biologiques : 3 des 5 principales catégories de médicaments à l'origine des dépenses . . . . .	15
Médicaments contre l'hépatite C : deuxième plus grande part des dépenses . . . . .	16
Inhibiteurs de protéines kinases : facteur de croissance principal des dépenses . . . . .	17
Opioïdes et médicaments contre la dépendance aux opioïdes : un danger pour la santé et la sécurité publiques . . . . .	18
Variations démographiques dans les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments . . . . .	19
Variations selon l'âge . . . . .	19
Variations selon le sexe . . . . .	21
Variations selon le revenu du quartier . . . . .	22
Utilisateurs à coûts élevés et grands utilisateurs . . . . .	24
Utilisateurs à coûts élevés . . . . .	24
Grands utilisateurs (polypharmacie) . . . . .	27
Médicaments génériques et médicaments biosimilaires . . . . .	29
Dépenses des hôpitaux et des régimes publics d'assurance médicaments liées aux médicaments contre le cancer . . . . .	31
Conclusion . . . . .	33
Annexe A : Tableaux de données . . . . .	35
Annexe B : Aperçu des régimes d'assurance médicaments et des listes de médicaments assurés . . . . .	51
Annexe C : Texte de remplacement pour les images . . . . .	58
Références . . . . .	66

# Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) remercie les groupes suivants pour leur contribution au rapport *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments* :

- Programme de médicaments sous ordonnance, ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador
- Régime provincial d'assurance médicaments, ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard
- Services pharmaceutiques, ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse
- Direction des services pharmaceutiques, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
- Régime public d'assurance médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec
- Division des médicaments et des appareils et accessoires fonctionnels, ministère de la Santé de l'Ontario
- Direction des programmes de médicaments, ministère de la Santé du Manitoba
- Direction du régime d'assurance médicaments et des prestations complémentaires, ministère de la Santé de la Saskatchewan
- Services pharmaceutiques et de santé, ministère de la Santé de l'Alberta
- Programme d'assurance maladie et d'assurance médicaments, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
- Programme d'assurance médicaments, ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon
- Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Services aux Autochtones Canada

Il convient de noter que les analyses et les conclusions figurant dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions des organismes mentionnés ci-dessus.

## À propos de l'ICIS

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit à tous les Canadiens de l'information essentielle sur la santé.

En collaboration avec des partenaires et des intervenants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de partout au Canada, l'ICIS recueille, regroupe et diffuse de l'information qui éclaire les politiques, la gestion, les soins et la recherche, entraînant des résultats pour la santé qui sont meilleurs et plus équitables pour tous les Canadiens.

L'information sur la santé est aujourd'hui l'un des plus précieux biens publics de notre société. Au cours de ses 25 ans d'existence, l'ICIS est devenu un chef de file en matière de données, de protection, de sécurité, d'accessibilité et d'innovation afin de contribuer à l'amélioration des systèmes de santé au Canada.

La vision de l'ICIS : De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé.

## Points saillants

En 2018, les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments représentaient 43,4 % des dépenses en médicaments prescrits au Canada. Le présent rapport examine en profondeur les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, à partir des données recueillies dans le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) de l'ICIS. Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments ne comprennent pas les sommes consacrées aux médicaments fournis dans les hôpitaux ni aux médicaments financés par les organismes de lutte contre le cancer ou d'autres programmes spéciaux.

### **Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments ont augmenté de 6,8 % en 2018, contre 5,3 % en 2017.**

- La croissance observée en 2018 était en grande partie attribuable au lancement de l'Assurance-santé Plus en Ontario qui a élargi la couverture d'assurance médicaments à tous les résidents de la province qui ont 24 ans et moins. Si l'on exclut les nouveaux bénéficiaires de l'Assurance-santé Plus, les dépenses des régimes dans l'ensemble des autorités compétentes n'ont augmenté que de 3,4 %.
- Les inhibiteurs de protéines kinases (utilisés pour traiter divers types de cancer) et les médicaments contre l'hépatite C étaient les 2 principales catégories de médicaments ayant contribué à la croissance des dépenses.
- Les économies réalisées grâce aux médicaments génériques et aux politiques de tarification ont continué de contrebalancer en partie la croissance. Les dépenses ont considérablement diminué au sein de plusieurs catégories, notamment celles des statines, des inhibiteurs de la pompe à protons et des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA).

**Les médicaments anti-TNF, utilisés dans le traitement d'affections telles que la polyarthrite rhumatoïde et la maladie de Crohn, ont occasionné la plus grande part des dépenses en médicaments pour une septième année consécutive.**

- Les dépenses consacrées aux inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (médicaments anti-TNF) ont légèrement augmenté. Elles représentaient 8,3 % des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments.
- Les dépenses visant les médicaments contre l'hépatite C arrivaient au deuxième rang (5,4 %). Elles ont connu une hausse de 15,0 % en 2018, alors qu'elles avaient augmenté de 16,6 % en 2017.
- Les produits biosimilaires des médicaments anti-TNF Enbrel (étanercept) et Remicade (influximab) représentaient 4,7 % des dépenses consacrées à ces produits en 2018.

**La part des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments liées aux utilisateurs à coûts élevés a continué d'augmenter.**

- En 2018, les bénéficiaires ayant reçu une indemnisation de 10 000 \$ ou plus par les régimes d'assurance médicaments, soit 2,1 % de l'ensemble des bénéficiaires, représentaient plus du tiers des dépenses (38,8 % comparativement à 36,6 % en 2017).
- Les utilisateurs à coûts élevés regroupent les personnes qui prennent un nombre élevé de médicaments et celles qui utilisent des médicaments coûteux.
  - Parmi les bénéficiaires ayant reçu une indemnisation de 10 000 \$ ou plus par les régimes d'assurance médicaments, un sur 4 utilisait 15 catégories de médicaments ou plus, et un sur 5 utilisait moins de 5 catégories de médicaments.
  - 3 utilisateurs à coûts élevés sur 5 ont pris au moins un médicament coûteux.

## À propos du présent rapport

Le rapport *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019* présente une analyse approfondie des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments au Canada en 2018. Il examine les types de médicaments qui ont entraîné la majorité des dépenses selon le sexe, l'âge et le revenu du quartier. Il porte aussi sur les diverses catégories de médicaments qui ont contribué aux tendances observées dans les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments. Pour obtenir des précisions sur la méthodologie et les termes employés dans le présent rapport, consulter le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019 — notes méthodologiques](#).

Des tableaux de données supplémentaires, qui présentent notamment les principales catégories de médicaments selon les dépenses et le taux d'utilisation, sont accessibles sur le site Web de l'ICIS : [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments — 100 principales catégories de médicaments, 2018, tableaux de données](#).

Il est à noter que les chiffres présentés dans le rapport (y compris dans les tableaux et les figures) sont arrondis et que, par conséquent, leur somme pourrait ne pas correspondre au total.

Faites parvenir vos commentaires et questions à l'équipe responsable du SNIUMP à [medicaments@icis.ca](mailto:medicaments@icis.ca).

## Introduction

Les dépenses en médicaments prescrits devraient atteindre 34,3 milliards de dollars en 2019, soit une hausse de 2,7 % par rapport à 2018<sup>1</sup>. Le financement des médicaments prescrits provient de sources multiples. Dans le secteur public, on compte notamment les régimes provinciaux, territoriaux et fédéraux d'assurance médicaments et les caisses de sécurité sociale (comme les commissions des accidents du travail). Dans le secteur privé, on trouve les assureurs privés, ainsi que les ménages ou les particuliers qui assument eux-mêmes le coût des médicaments.

En 2019, selon les prévisions, le secteur public aura financé 43,1 % des dépenses en médicaments prescrits, ce qui représente 14,8 milliards de dollars. Ce secteur affiche ainsi un taux de croissance annuel de 2,5 %, alors que le taux observé dans le secteur privé est de 2,9 %. La part du secteur public dans le financement des dépenses en médicaments prescrits variait d'une province à l'autre, les proportions les plus faibles étant observées au Nouveau-Brunswick (31,7 %) et à Terre-Neuve-et-Labrador (34,0 %), et les plus fortes, au Manitoba (47,4 %) et en Saskatchewan (48,6 %). Dans le cas du secteur privé, les dépenses en médicaments prescrits engagées par des assureurs privés ont atteint 12,7 milliards de dollars (36,9 %), tandis que le reste (6,8 milliards de dollars, ou 19,9 %) a été financé par les ménages canadiens<sup>1</sup>.

En 2018, les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments représentaient 43,4 % des dépenses en médicaments prescrits, selon le rapport [Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019](#)<sup>1</sup> de l'ICIS. Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments excluent les sommes consacrées aux médicaments fournis dans les hôpitaux et aux médicaments non financés par les régimes d'assurance médicaments publics (p. ex. financés par les organismes de lutte contre le cancer).

Le présent rapport offre une analyse approfondie des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments en 2018, à partir des données sur les demandes de remboursement de médicaments soumises au SNIUMP de l'ICIS par l'ensemble des provinces, le Yukon et un régime fédéral administré par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Services aux Autochtones Canada.

# Dépenses des régimes publics d'assurance médicaments par grande catégorie thérapeutique

La répartition des dépenses selon les grandes catégories thérapeutiques donne un aperçu des types d'affections associées à la majorité des dépenses en médicaments. On entend par grande catégorie thérapeutique un groupe de substances chimiques distinctes qui agissent sur le même organe ou système corporel (voir le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019 — notes méthodologiques](#)).

Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments se sont chiffrées à 14,5 milliards de dollars en 2018. Elles ont ainsi connu une croissance annuelle de 6,8 %, contre 5,3 % en 2017<sup>i</sup> ([tableau A1](#)). La croissance observée en 2018 découlait en grande partie de la mise en œuvre par l'Ontario d'un nouveau volet d'admissibilité (Assurance-santé Plus) en janvier 2018. Ce volet permet désormais aux résidents de la province qui ont 24 ans et moins d'avoir accès au Programme de médicaments de l'Ontario<sup>2</sup>. Si l'on exclut les dépenses liées aux bénéficiaires de l'Assurance-santé Plus qui n'étaient auparavant pas couverts par un régime ontarien d'assurance médicaments<sup>ii</sup>, les dépenses dans l'ensemble des autorités compétentes n'ont augmenté que de 3,4 % en 2018.

Parmi les 14 grandes catégories thérapeutiques, les antinéoplasiques et les immunomodulateurs étaient à l'origine de la plus grande part des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments (21,2 %), même si une bonne portion des dépenses publiques liées à ces médicaments est financée par les organismes de lutte contre le cancer et les hôpitaux et ne figure pas dans les dépenses des régimes publics (tableau 1). Parmi les 5 principales grandes catégories thérapeutiques, la baisse des dépenses consacrées aux médicaments pour le système cardiovasculaire (-9,0 %) a contrebalancé en partie la croissance des dépenses enregistrée dans d'autres grandes catégories thérapeutiques, comme celles des antinéoplasiques et des immunomodulateurs (15,6 %).

---

i. Ce montant ne tient pas nécessairement compte de toutes les ententes avec les fabricants de médicaments pour les produits listés.

ii. 91,9 % des bénéficiaires de l'Assurance-santé Plus n'étaient auparavant pas couverts par un régime ontarien d'assurance médicaments (c.-à-d. qu'aucune demande de remboursement n'a été acceptée pour eux en Ontario en 2017).

**Tableau 1** Pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments et taux d'utilisation, par grande catégorie thérapeutique\*, 2018

Grande catégorie thérapeutique	DTR (en millions de dollars)	Taux de croissance annuel (%)	Pourcentage des DTR	Taux d'utilisation (%)
Antinéoplasiques et immunomodulateurs	3 080,5	15,6	21,2	3,2
Système nerveux	2 332,7	1,5	16,1	43,2
Appareil digestif et métabolisme	1 839,6	5,8	12,7	35,8
Système cardiovasculaire	1 477,1	-9,0	10,2	42,8
Anti-infectieux à usage systémique	1 335,2	9,7	9,2	49,0
Organes sensoriels	885,8	12,2	6,1	11,2
Appareil respiratoire	876,5	8,1	6,0	22,6
Sang et organes hématopoïétiques	745,3	8,6	5,1	12,3
Système musculosquelettique	381,1	3,9	2,6	21,8
Système génito-urinaire et hormones sexuelles	344,2	19,5	2,4	16,1
Préparations hormonales systémiques	247,9	9,0	1,7	18,1
Médicaments dermatologiques	158,6	26,1	1,1	21,8
Autres	130,9	15,8	0,9	0,9
Produits antiparasitaires, insecticides et répulsifs	23,7	7,6	0,2	3,9
Non attribué <sup>†</sup>	153,2	8,8	1,1	2,2
Produits autres que des médicaments <sup>‡</sup>	487,7	3,7	3,4	20,3
<b>Total</b>	<b>14 500,0</b>	<b>6,8</b>	<b>100,0</b>	<b>s.o.</b>

#### Remarques

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Cette catégorie comprend les produits pharmaceutiques auxquels aucun code du système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) n'a été attribué.

‡ La catégorie Produits autres que des médicaments comprend notamment les fournitures pour diabétiques, les soins des plaies, les articles de stomie et les services pharmaceutiques. (Voir le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019 — notes méthodologiques](#) pour obtenir des précisions.)

DTR : dépenses totales des régimes.

s.o. : sans objet.

#### Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Les dépenses visant des produits autres que des médicaments (p. ex. les fournitures pour diabétiques, les soins des plaies, les services pharmaceutiques) totalisaient 487,7 millions de dollars et représentaient 3,4 % des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments. Les fournitures pour diabétiques étaient à l'origine de 62,1 % des dépenses en produits autres que des médicaments. Les dépenses consacrées à ces produits ont reculé de 3,2 % en 2017 et de 1,2 % en 2018. Cette baisse est en grande partie attribuable à la diminution des dépenses en bandelettes réactives pour glycémie (83,3 % des dépenses en fournitures pour diabétiques en 2018). Des changements apportés aux listes de médicaments assurés limitant le nombre de bandelettes réactives remboursées par personne par année pourraient avoir contribué à la baisse des dépenses liées à ces produits<sup>3,4</sup>. Les services dispensés par les pharmaciens, comme l'examen des médicaments et la vaccination, arrivaient au deuxième rang dans la catégorie des dépenses consacrées aux produits autres que des médicaments. Les dépenses visant ces services représentaient 18,1 % dans cette catégorie, soit une hausse de 9,0 % en 2018.

La répartition des dépenses selon les grandes catégories thérapeutiques était semblable pour toutes les autorités compétentes. Les antinéoplasiques et immunomodulateurs et les médicaments pour le système nerveux constituaient les 2 plus grandes proportions des dépenses dans 8 des 12 autorités compétentes. Ils figuraient également parmi les 4 principales grandes catégories thérapeutiques pour toutes les autorités compétentes, à l'exception de la DGSPNI ([tableau A2](#)). De nombreux facteurs peuvent influencer sur la répartition des dépenses, notamment la structure du régime d'assurance médicaments, la santé et les caractéristiques démographiques des bénéficiaires du régime, la liste des médicaments assurés et les tendances en matière de prescription. Pour obtenir une liste complète de ces facteurs, consulter le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019 — notes méthodologiques](#).

# Dépenses des régimes publics d'assurance médicaments par catégorie de médicaments

Cette section porte sur les catégories de médicaments qui représentaient la plus grande proportion des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments ([tableaux A3](#) et [A4](#)), et sur celles qui ont le plus contribué à la croissance de ces dépenses ([tableaux A5](#) et [A6](#)). La répartition des dépenses par catégorie de médicaments donne un portrait détaillé des types d'affections traitées. Les catégories de médicaments sont considérées comme des groupes de substances chimiques distinctes qui agissent de façon similaire dans le traitement de troubles médicaux semblables. La contribution de chacune des catégories de médicaments à la croissance des dépenses correspond à la variation des dépenses consacrées à la catégorie de médicaments entre 2017 et 2018, divisée par la variation des dépenses globales (voir le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019 — notes méthodologiques](#)).

Les 10 principales catégories de médicaments représentaient le tiers des dépenses des régimes d'assurance médicaments en 2018. Pour une septième année consécutive, les médicaments anti-TNF (utilisés pour traiter des affections telles que la polyarthrite rhumatoïde et la maladie de Crohn) ont engendré la plus grande part des dépenses, suivis des médicaments contre l'hépatite C et des agents antinéovascularisation (utilisés pour traiter la dégénérescence maculaire liée à l'âge) (figure 1). En 2018, les inhibiteurs directs du facteur Xa, une catégorie d'anticoagulants oraux directs utilisés pour traiter ou prévenir les AVC et les thrombo-embolies veineuses, ont fait leur apparition dans la liste des 10 catégories de médicaments ayant le plus contribué aux dépenses.

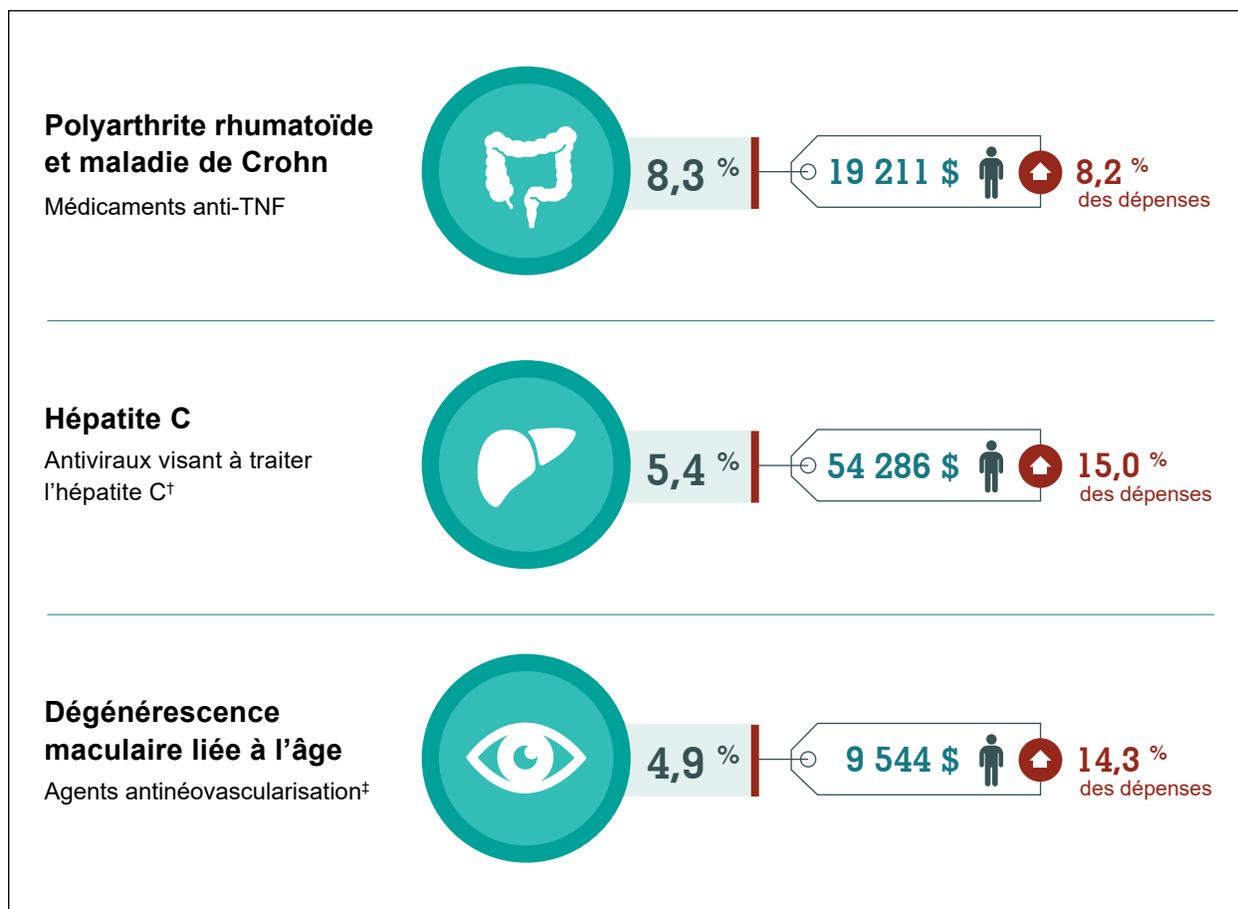
## Assurance-santé Plus

En janvier 2018, l'Ontario a mis en œuvre l'Assurance-santé Plus, un nouveau volet d'admissibilité qui permet aux résidents de la province qui ont 24 ans et moins d'avoir accès au Programme de médicaments de l'Ontario. Pendant l'année, près de 2,3 millions de personnes, soit 43,0 % des bénéficiaires actifs en Ontario, ont présenté au moins une demande de remboursement dans le cadre de l'Assurance-santé Plus. En outre, les dépenses liées à ce nouveau volet en 2018 se sont chiffrées à 638,7 millions de dollars, ce qui représente une moyenne de 281 \$ par bénéficiaire de l'Assurance-santé Plus. Les médicaments couverts par l'Assurance-santé Plus représentaient 9,9 % des dépenses du régime public d'assurance médicaments ontarien (et 4,4 % des dépenses dans l'ensemble des autorités compétentes). Ils ont grandement contribué à la hausse des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments au Canada en 2018. Au cours de l'année, les dépenses dans l'ensemble des autorités compétentes ont connu une hausse de 6,8 %. Cependant, elles n'ont augmenté que de 3,4 % si l'on exclut celles liées aux bénéficiaires de l'Assurance-santé Plus qui n'étaient auparavant pas couverts par un régime ontarien d'assurance médicaments.

Les 3 principales catégories de médicaments utilisés par les bénéficiaires de l'Assurance-santé Plus étaient les médicaments anti-TNF, les sympathomimétiques à action centrale (utilisés pour traiter le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité [TDAH]) et les autres antipsychotiques (utilisés pour traiter la schizophrénie et le trouble bipolaire).

Le 1<sup>er</sup> avril 2019, des modifications ont été apportées à l'Assurance-santé Plus, qui s'adresse désormais aux résidents de 24 ans et moins qui ne sont pas couverts par un régime privé.

**Figure 1** Les 3 principales catégories de médicaments, selon le pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments\*, 2018



**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovasculaires) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

Anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha.

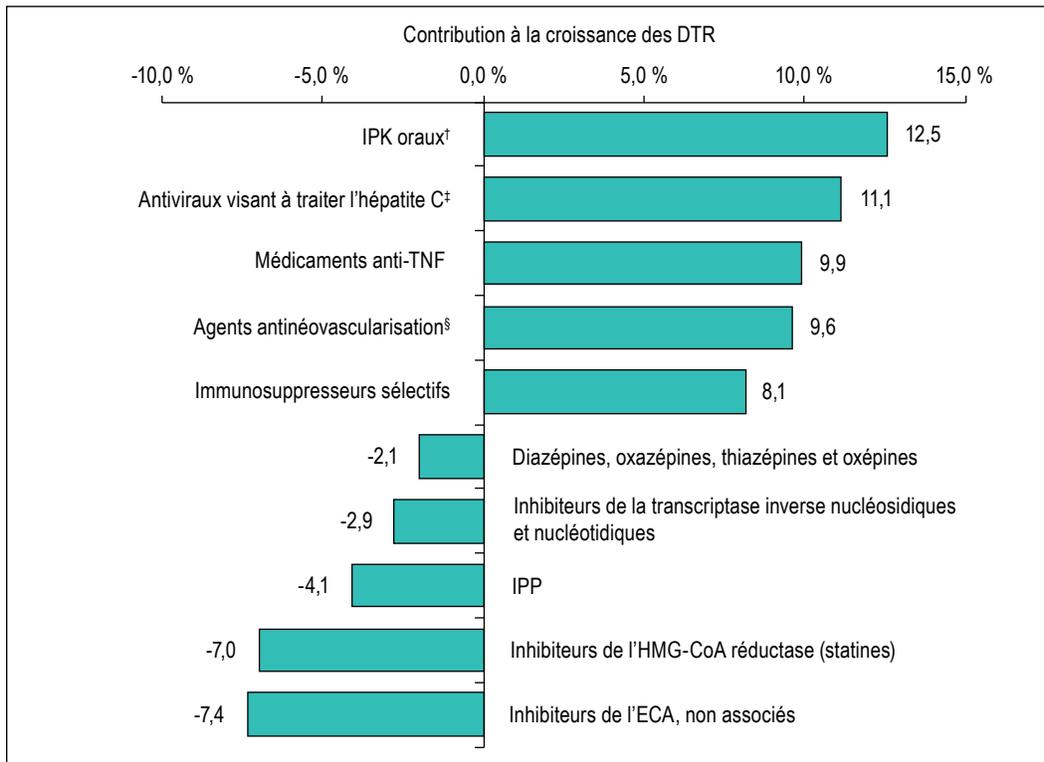
**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Les inhibiteurs de protéines kinases (IPK) oraux (utilisés pour traiter divers types de cancer) ont le plus fortement contribué à la croissance des dépenses, suivis par les médicaments contre l'hépatite C, qui constituaient la principale catégorie de médicaments ayant contribué à la croissance des dépenses en 2017 (figure 2). Les sympathomimétiques à action centrale (utilisés pour traiter le TDAH) ont fait leur entrée au classement des 10 principales catégories ayant contribué à la croissance des dépenses, se classant au huitième rang, ce qui est largement attribuable au lancement de l'Assurance-santé Plus. Cette catégorie de médicaments

a en effet occasionné la deuxième plus grande part des dépenses de ce régime. Classées au 11<sup>e</sup> rang, les associations d'hypoglycémiantes oraux (utilisés pour traiter le diabète de type 2) ne figurent plus parmi les 10 principales catégories de médicaments ayant contribué à la croissance des dépenses.

**Figure 2** Les 5 principales catégories de médicaments, selon la contribution positive et la contribution négative à la croissance des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments\*, 2018



**Remarques**

- \* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.
- † La majorité des dépenses consacrées aux IPK en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas financées par les régimes publics d'assurance médicaments et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.
- ‡ Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.
- § Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.  
 IPK : inhibiteurs de protéines kinases.  
 Anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha.  
 IPP : inhibiteurs de la pompe à protons.  
 ECA : enzyme de conversion de l'angiotensine.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Les dépenses consacrées aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) simples (utilisés pour traiter l'hypertension artérielle et l'insuffisance cardiaque) se sont chiffrées à 187,4 millions de dollars en 2018, contre 255,0 millions de dollars en 2017, ce qui représente la plus importante baisse (figure 2). La mise en marché d'une version générique du péridopril en 2018 explique en grande partie cette diminution.

Les dépenses consacrées aux statines (utilisées pour traiter l'hypercholestérolémie) ont aussi fortement diminué, passant de 382,8 millions de dollars en 2017 à 318,5 millions en 2018, tout comme celles visant les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP; utilisés pour traiter le reflux gastro-œsophagien), qui sont passées de 289,7 millions de dollars en 2017 à 252,0 millions en 2018. Ces baisses seraient en partie attribuables à la réduction du prix de certains médicaments négociée par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP). Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2018, le prix de 20 des médicaments génériques les plus prescrits, dont les statines, les IPP et les inhibiteurs de l'ECA, correspond à 10 % du prix de l'équivalent de marque (au lieu de 15 %)⁵. Les dépenses consacrées par les régimes publics d'assurance médicaments aux 67 médicaments ayant fait l'objet des négociations de l'APP ont diminué de 243,0 millions de dollars, ce qui représentait 1,7 % des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments en 2018.

## Médicaments biologiques : 3 des 5 principales catégories de médicaments à l'origine des dépenses

Les dépenses consacrées à l'ensemble des médicaments biologiques ont légèrement augmenté. Elles représentaient 23,3 % des dépenses totales en 2018, contre 22,2 % en 2017. Parmi les 5 principales catégories de médicaments ayant occasionné le plus de dépenses, 3 sont des médicaments biologiques : médicaments anti-TNF, agents antinéovascularisation et immunosuppresseurs sélectifs (utilisés pour traiter de nombreuses affections, dont diverses formes d'arthrite, et pour prévenir le rejet chez les patients ayant subi une greffe).

Les médicaments anti-TNF représentaient la plus grande part des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments (8,3 %), et ils arrivaient au troisième rang des catégories de médicaments ayant contribué à la croissance des dépenses ([tableaux A3](#) et [A5](#)). Les agents antinéovascularisation ont quant à eux engendré 4,9 % des dépenses et se sont classés au quatrième rang des catégories ayant contribué à la croissance des dépenses. Chacune de ces catégories de médicaments a été utilisée par une faible proportion des bénéficiaires (environ 0,5 %), mais a entraîné des coûts élevés par patient (environ 19 211 \$ par bénéficiaire indemnisé pour les anti-TNF et 9 544 \$ pour les agents antinéovascularisation).

Les médicaments anti-TNF constituaient la plus grande part des dépenses des régimes d'assurance médicaments dans toutes les provinces, sauf en Ontario et en Colombie-Britannique, où ils occupaient le deuxième rang, après les agents antinéovascularisation (en Ontario) et les médicaments contre l'hépatite C (en Colombie-Britannique). (Voir le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments — 100 principales catégories de médicaments, 2018, tableaux de données.](#)) Le Lucentis (ranibizumab) et l'Eylea (aflibercept) étaient à l'origine de presque toutes les dépenses consacrées aux agents antinéovascularisation en 2018; représentant 39,5 % et 60,5 % de ces dépenses respectivement. Les dépenses publiques consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces médicaments en Alberta, sont financées dans le cadre de programmes spéciaux qui ne sont pas pris en compte dans les données soumises au SNIUMP dans ces provinces.

Les immunosuppresseurs sélectifs représentaient 2,6 % des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments et se classaient au cinquième rang des catégories de médicaments contribuant à la croissance des dépenses. Pour cette catégorie de médicaments, les dépenses ont augmenté de 74,1 millions de dollars en 2018. Ce résultat est attribuable dans une mesure de 73,1 % à la hausse des dépenses visant 2 médicaments : le Xeljanz (tofacitinib), pour lequel les dépenses sont passées de 25,9 millions en 2017 à 45,9 millions de dollars en 2018, et l'Entyvio (védolizumab), pour lequel elles sont passées de 9,9 millions de dollars en 2017 à 44,1 millions en 2018. Le tofacitinib a été intégré aux listes de médicaments assurés en 2016 et le védolizumab, en 2017.

## Médicaments contre l'hépatite C : deuxième plus grande part des dépenses

Mis en marché en 2014, les médicaments contre l'hépatite C ont occasionné la deuxième plus grande part (5,4 %) des dépenses des régimes d'assurance médicaments en 2018, en plus de se classer au deuxième rang des catégories ayant contribué à la croissance des dépenses, avec une proportion de 11,1 % de la croissance totale (figure 2). Le fait que certaines autorités compétentes aient étendu en 2017 la couverture de ces médicaments à toutes les personnes admissibles ayant reçu un diagnostic d'hépatite C chronique, sans égard au type ou à la gravité de l'affection, peut expliquer ce résultat dans une certaine mesure.

Les différents médicaments ayant contribué aux dépenses et à leur croissance au sein de la catégorie ont considérablement changé en 2017 et en 2018. Les dépenses liées à 2 médicaments mis en marché en 2016 — le Zepatier (elbasvir et grazoprévir) et l'Epclusa (sofosbuvir et velpatasvir) — ont augmenté de 203,4 millions de dollars, représentant 87,1 % des dépenses des régimes d'assurance médicaments consacrées à cette catégorie de médicaments en 2018. En revanche, les dépenses liées au Sovaldi (sofosbuvir) et au

Harvoni (lédipasvir et sofosbuvir), qui représentaient la majorité des dépenses consacrées à la catégorie de médicaments en 2016, ont diminué en 2017 et 2018. L'Epclusa est le premier produit à avoir été approuvé pour le traitement de tous les génotypes du virus de l'hépatite C<sup>6</sup>. Le prix des nouveaux médicaments est semblable à celui de leurs prédécesseurs : chacun coûte de 50 840 \$ à 54 857 \$ par patient. Les médicaments contre l'hépatite C sont habituellement utilisés dans le cadre d'un traitement d'une durée définie (p. ex. 12 semaines) et sont associés à des taux de réussite élevés (plus de 90 % des cas pour les génotypes 1 à 6 du virus)<sup>7, 8</sup>. Il va donc de soi que la majorité (89,1 %) des personnes ayant présenté une demande de remboursement de médicaments contre l'hépatite C en 2018 étaient de nouveaux utilisateurs.

Comme les 3 catégories de médicaments biologiques, la catégorie des médicaments contre l'hépatite C présente un faible taux d'utilisation (0,1 % des bénéficiaires). Néanmoins, cette catégorie affiche le coût moyen le plus élevé parmi les 10 principales catégories de médicaments, soit 54 286 \$ par bénéficiaire indemnisé. En 2018, elle figurait aussi parmi les 5 principales catégories de médicaments ayant contribué aux dépenses des régimes publics d'assurance médicaments dans toutes les autorités compétentes, sauf à Terre-Neuve-et-Labrador et au Québec (voir le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments — 100 principales catégories de médicaments, 2018, tableaux de données](#))<sup>iii</sup>. Ces provinces enregistrent les 2 plus faibles taux de cas déclarés d'hépatite C au Canada, ce qui explique en partie ce résultat<sup>9</sup>.

## Inhibiteurs de protéines kinases : facteur de croissance principal des dépenses

En 2018, les IPK (utilisés pour traiter divers types de cancer) ont contribué le plus fortement à la croissance des dépenses ([tableau A5](#)). Cette catégorie de médicaments, qui arrive au quatrième rang (2,9 %) au chapitre des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, a contribué à 12,5 % de la croissance globale des dépenses en 2018. Les dépenses consacrées à cette catégorie ont presque triplé de 2014 à 2018, passant de 148,6 à 421,7 millions de dollars. En 2018, elles ont augmenté de 37,2 %.

Les dépenses liées au Imbruvica (ibrutinib) se sont accrues de 43,8 millions de dollars. Ce médicament a engendré 28,5 % des dépenses dans la catégorie en 2018. L'Imbruvica est utilisé pour traiter la leucémie lymphoïde chronique (LLC), l'un des types de leucémie les plus

---

iii. Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP. L'Île-du-Prince-Édouard a dépensé 1,8 million de dollars pour son programme de lutte contre l'hépatite C en 2018. Si ces dépenses avaient été prises en compte, les antiviraux visant à traiter l'hépatite C se seraient classés au deuxième rang au chapitre des dépenses des régimes d'assurance médicaments.

fréquents chez les adultes<sup>10</sup>. En juillet 2016, ce médicament a été approuvé comme traitement de première intention de la LLC<sup>11, 12</sup>. L'Ofev (nintédanib), utilisé pour traiter la fibrose pulmonaire idiopathique, est le seul IPK administré à des patients non cancéreux. Ce médicament représentait 7,1 % des dépenses dans la catégorie. Comme les dépenses consacrées aux médicaments contre le cancer en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas financées par les régimes publics d'assurance médicaments ni incluses dans le SNIUMP, les dépenses consacrées aux IPK dans ces provinces sont sous-estimées.

## Opioïdes et médicaments contre la dépendance aux opioïdes : un danger pour la santé et la sécurité publiques

Les opioïdes constituent une catégorie de médicaments principalement utilisée pour soulager la douleur. Bien qu'ils offrent des avantages thérapeutiques considérables, ils présentent aussi un risque d'abus. Une mauvaise utilisation des opioïdes peut causer de graves préjudices, voire la mort<sup>13, 14</sup>. Le Canada affiche l'un des taux de consommation d'opioïdes par habitant les plus élevés au monde<sup>15</sup>. La distribution importante d'opioïdes coûte non seulement cher aux systèmes de santé, mais elle représente aussi un danger pour la santé et la sécurité publiques en raison des risques de préjudices associés à l'utilisation inappropriée des opioïdes<sup>13</sup>.

Les alcaloïdes naturels de l'opium, comme la morphine et la codéine, se classaient au vingt-deuxième rang des principales catégories de médicaments selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments en 2018. Les dépenses liées à cette catégorie sont passées de 187,9 millions de dollars en 2017 à 181,4 millions en 2018. Les alcaloïdes naturels de l'opium ont engendré 1,3 % des dépenses totales des régimes et 68,4 % des dépenses des régimes consacrées aux opioïdes en 2018. Ils figuraient en outre au 12<sup>e</sup> rang chez les personnes de moins de 65 ans avec des dépenses publiques de 101,4 millions de dollars, soit 1,6 % des dépenses totales des régimes. Il est à noter que ces valeurs ne tiennent pas compte des dépenses engagées par les assureurs privés et les ménages, qui sont probablement plus élevées chez les personnes de moins de 65 ans que chez les personnes âgées.

Les dépenses consacrées à l'ensemble des opioïdes ont affiché une baisse, passant de 281,1 millions de dollars en 2017 à 265,2 millions en 2018. Cette diminution s'explique en grande partie par le recul du nombre de nouveaux utilisateurs et de personnes qui prennent des opioïdes de façon chronique<sup>16</sup>. D'autres facteurs peuvent avoir contribué à cette diminution, comme la mise en œuvre de nouvelles lignes directrices pour le traitement, le retrait d'opioïdes à forte activité des listes de médicaments assurés dans plusieurs autorités compétentes et une sensibilisation accrue à la crise des opioïdes au Canada<sup>16-19</sup>.

Les médicaments visant à traiter la dépendance aux opioïdes arrivaient au cinquième rang des 10 catégories ayant contribué aux dépenses des régimes pour les personnes de moins de 65 ans. Ces médicaments sont le plus souvent utilisés pour traiter la dépendance aux opioïdes illicites, comme l'héroïne, mais peuvent également être utilisés pour la prise en charge de la douleur<sup>20, 21</sup>. En 2018, 96,7 % (177,6 millions de dollars) des dépenses consacrées par les régimes aux médicaments utilisés pour traiter la dépendance aux opioïdes visaient des personnes de moins de 65 ans. La majorité des dépenses (73,5 %) dans cette catégorie de médicaments était pour la méthadone (vendue sous les noms de marque Metadol et Methadose), et les dépenses consacrées au Suboxone (buprénorphine en association avec la naloxone) ont augmenté légèrement (de 26,0 % en 2017 à 26,4 % en 2018). Les 2 traitements présentent chacun des avantages et des inconvénients. Toutefois, les nouvelles lignes directrices de pratique clinique publiées en 2018 préconisent le recours à une association de buprénorphine et de naloxone (plutôt qu'à la méthadone) à titre de traitement de première intention en raison d'un moindre risque d'effets secondaires, y compris de surdose, et d'une certaine souplesse au chapitre des schémas posologiques<sup>22, 23</sup>.

## Variations démographiques dans les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments

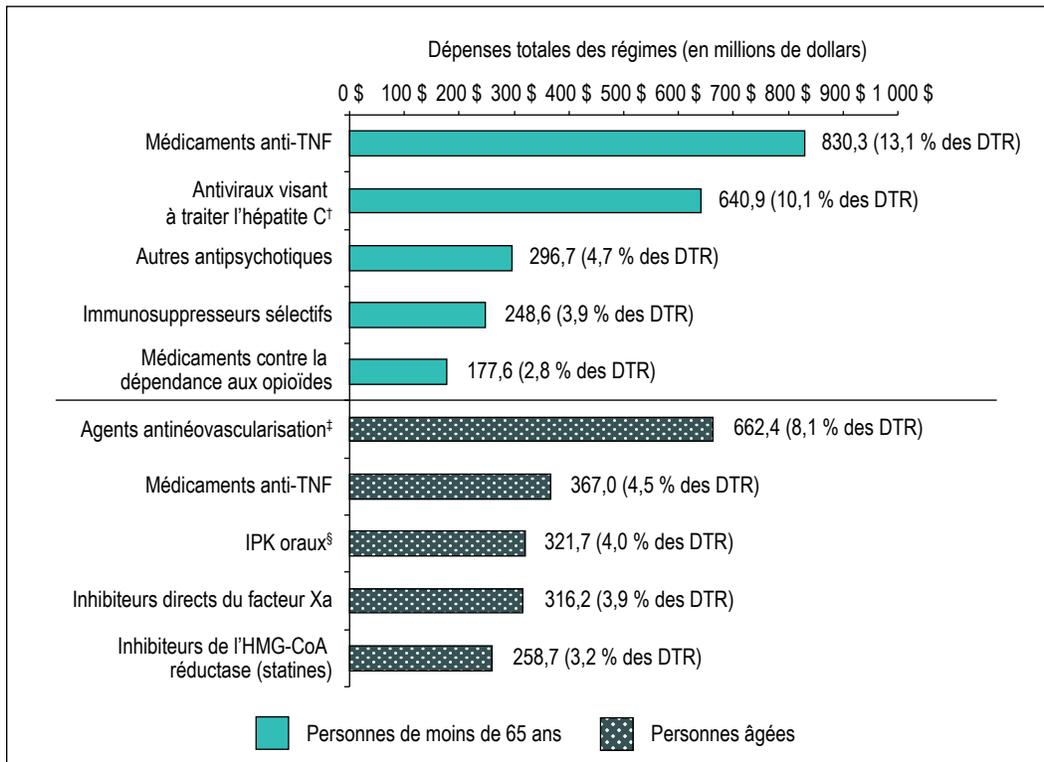
### Variations selon l'âge

Les régimes publics d'assurance médicaments ont en moyenne remboursé plus d'argent aux personnes âgées (1 608 \$ par bénéficiaire indemnisé) qu'à celles de moins de 65 ans (1 075 \$ par bénéficiaire indemnisé). Seulement 2 catégories de médicaments — les anti-TNF et les autres immunosuppresseurs — figuraient dans les 10 principales catégories de médicaments à la fois pour les personnes âgées ([tableau A7](#)) et celles de moins de 65 ans ([tableau A8](#)). Les personnes âgées étaient à l'origine de 56,2 % des dépenses totales des régimes d'assurance médicaments, mais ne constituaient que 39,9 % des bénéficiaires actifs ([tableau B1](#)).

Les agents antinéovascularisation ont occasionné la plus grande part des dépenses (8,1 %) des régimes publics d'assurance médicaments pour les personnes âgées (figure 3). En effet, 94,0 % des dépenses dans cette catégorie de médicaments ont été consacrées aux personnes âgées, ce qui rend compte de la différence dans la prévalence de la dégénérescence maculaire liée à l'âge entre les 2 groupes d'âge. Les statines — catégorie de médicaments la plus utilisée chez les personnes âgées — se sont classées au cinquième rang et représentaient 3,2 % des dépenses totales<sup>24</sup>. Les associations

d'hypoglycémisants oraux (utilisés dans le traitement du diabète de type 2) ont fait leur apparition dans la liste des 10 catégories les plus coûteuses chez les personnes âgées en 2018, tandis que les inhibiteurs de l'ECA (utilisés dans le traitement de l'hypertension artérielle et de l'insuffisance cardiaque congestive) n'y figuraient plus (11<sup>e</sup> rang en 2018).

**Figure 3** Les 5 principales catégories de médicaments, selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments liées aux personnes âgées et à celles de moins de 65 ans\*, 2018



**Remarques**

- \* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.
- † Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.
- ‡ Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.
- § La majorité des dépenses consacrées aux IPK en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas financées par les régimes publics d'assurance médicaments et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

Anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha.

IPK : inhibiteurs de protéines kinases.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Les médicaments anti-TNF ont engendré la plus grande part des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments consacrées aux personnes de moins de 65 ans (13,1 %), suivis des médicaments contre l'hépatite C (10,1 %) et des autres antipsychotiques (4,7 %). Par opposition, les médicaments contre l'hépatite C se classaient au 14<sup>e</sup> rang des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments pour les personnes âgées (1,7 %). Les autres immunosuppresseurs, utilisés pour traiter la polyarthrite rhumatoïde et le myélome multiple ainsi que pour prévenir le rejet en cas de transplantation rénale, ont fait leur entrée au classement des 10 principaux médicaments pour les personnes de moins de 65 ans, tandis que les alcaloïdes naturels de l'opium l'ont quitté (12<sup>e</sup> rang).

## Variations selon le sexe

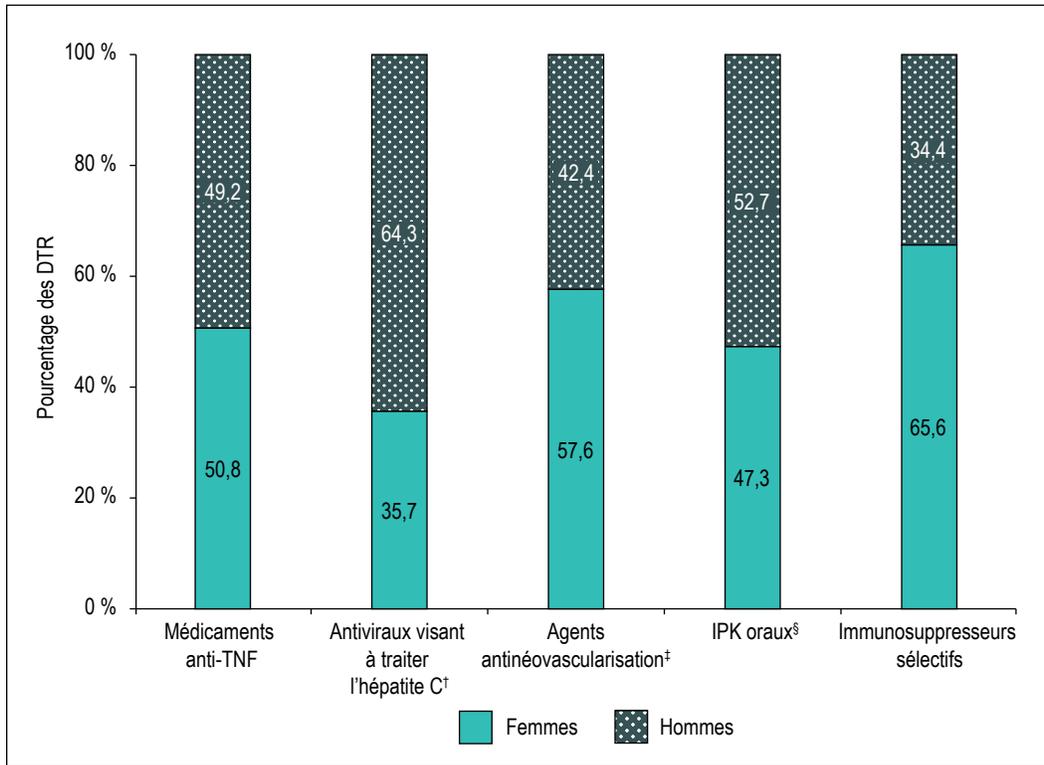
Les femmes étaient à l'origine de 50,9 % des dépenses totales des régimes d'assurance médicaments et représentaient 55,0 % des bénéficiaires actifs en 2018 (voir le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments — 100 principales catégories de médicaments, 2018, tableaux de données](#)). Par ailleurs, 8 des 10 principales catégories de médicaments étaient les mêmes pour les 2 sexes ([tableau A9](#) et [tableau A10](#)).

Les médicaments anti-TNF étaient responsables de la plus grande part des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments pour les hommes et les femmes. Les agents antinéovascularisation et les médicaments contre l'hépatite C figuraient aussi parmi les 3 catégories les plus coûteuses pour les 2 sexes. Les dépenses consacrées aux immunosuppresseurs sélectifs et leur taux d'utilisation étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes; l'inverse est observé pour les médicaments contre l'hépatite C et les autres antipsychotiques ([tableau A11](#)). Les différences dans la prévalence des maladies pourraient expliquer en partie ces écarts. Par exemple, l'hépatite C est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes<sup>25</sup>. D'autres facteurs pourraient entraîner des variations selon le sexe, comme les différences dans les doses administrées et la durée d'utilisation<sup>26</sup>. Des variations notables ont également été constatées dans les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments en ce qui concerne les antiviraux pour traiter l'infection au VIH<sup>iv</sup>, qui se sont classés au neuvième rang chez les hommes, mais au 36<sup>e</sup> rang chez les femmes.

---

iv. Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'infection au VIH à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

**Figure 4** Les 5 principales catégories de médicaments, selon le pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments et le sexe\*



**Remarques**

- \* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.
- † Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.
- ‡ Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéoplasiques) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.
- § La majorité des dépenses consacrées aux IPK en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas financées par les régimes publics d'assurance médicaments et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

Anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha.

IPK : inhibiteurs de protéines kinases.

**Sources**

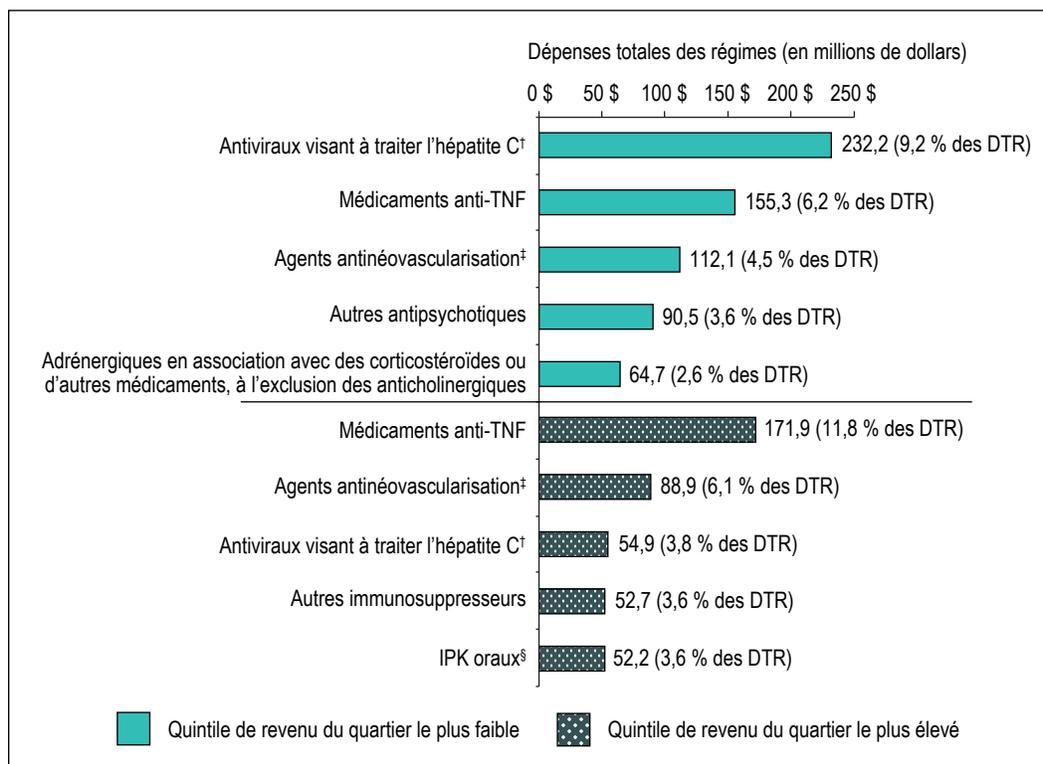
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

## Variations selon le revenu du quartier

La figure 5 illustre en détail les dépenses consacrées aux 10 principales catégories de médicaments selon le quintile de revenu du quartier dans les 8 autorités compétentes où le quartier a pu être déterminé. Dans ces autorités compétentes, 8 des 10 catégories figuraient parmi les 10 médicaments les plus coûteux dans tous les quintiles de revenu,

et les médicaments anti-TNF étaient à l'origine des dépenses publiques les plus élevées pour chaque quintile à l'exception du plus faible (voir le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments — 100 principales catégories de médicaments, 2018, tableaux de données](#)).

**Figure 5** Les 5 principales catégories de médicaments, selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, quintiles de revenu du quartier le plus faible et le plus élevé, autorités compétentes sélectionnées\*, 2018



#### Remarques

\* En date de juillet 2019, 8 autorités compétentes soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement permettant de déterminer le code postal des patients : Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon.

† Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

§ La majorité des dépenses consacrées aux IPK en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas financées par les régimes publics d'assurance médicaments et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

Anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha.

IPK : inhibiteurs de protéines kinases.

#### Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada.

Les catégories de médicaments représentant la plus grande proportion des dépenses variaient selon le quintile de revenu du quartier (voir le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments — 100 principales catégories de médicaments, 2018, tableaux de données](#)). Les médicaments contre l'hépatite C étaient à l'origine d'une proportion beaucoup plus élevée des dépenses dans les quartiers à faible revenu que dans les quartiers à revenu élevé, tandis que les médicaments anti-TNF représentaient une forte proportion des dépenses dans les quartiers à revenu élevé. Il importe aussi de prendre note que les médicaments pour traiter la dépendance aux opioïdes et les antiviraux pour traiter les infections au VIH se sont classés respectivement aux sixième et huitième rangs dans le quintile de revenu le plus faible, mais ne figuraient pas dans les 10 principaux médicaments du quintile de revenu le plus élevé (voir le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments — 100 principales catégories de médicaments, 2018, tableaux de données](#)). De nombreux facteurs ont probablement contribué à ces différences, y compris la prévalence supérieure des infections au VIH et le recours accru aux services publics de traitement de la dépendance aux opioïdes dans les quartiers à faible revenu<sup>27-29</sup>.

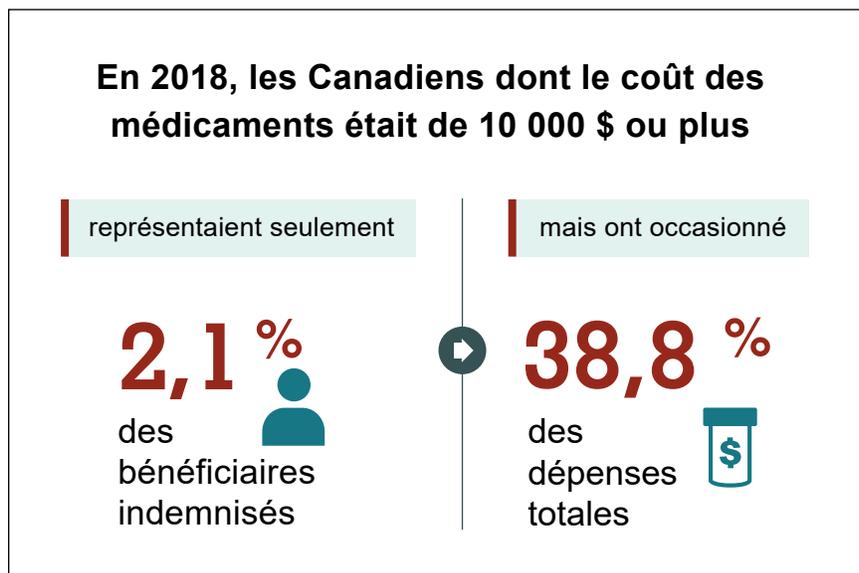
Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments par bénéficiaire indemnisé variaient aussi quelque peu en fonction du revenu. Elles se chiffraient à 1 521 \$ pour les résidents des quartiers à faible revenu, contre 1 102 \$ pour les résidents des quartiers à revenu élevé ([tableau B2](#)). Cet écart découle probablement de multiples facteurs, y compris la structure des régimes publics d'assurance médicaments et les variations de l'état de santé selon le niveau de revenu<sup>28</sup>.

## Utilisateurs à coûts élevés et grands utilisateurs

### Utilisateurs à coûts élevés

En 2018, la majeure partie des dépenses en médicaments du secteur public étaient attribuables à un nombre relativement restreint de bénéficiaires (figure 6). Les régimes publics d'assurance médicaments ont accordé une indemnisation de 2 500 \$ ou plus en médicaments à 11,5 % des bénéficiaires, ce qui représente 70,1 % des dépenses en médicaments du secteur public. Inversement, les remboursements de médicaments s'élevaient à moins de 500 \$ pour plus de la moitié (62,7 %) des bénéficiaires, ce qui représente à peine 6,7 % des dépenses des régimes ([tableau A13](#)).

**Figure 6** Pourcentage des bénéficiaires indemnisés et des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, selon les dépenses des régimes par bénéficiaire indemnisé\*, 2018



**Remarque**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

**Sources**

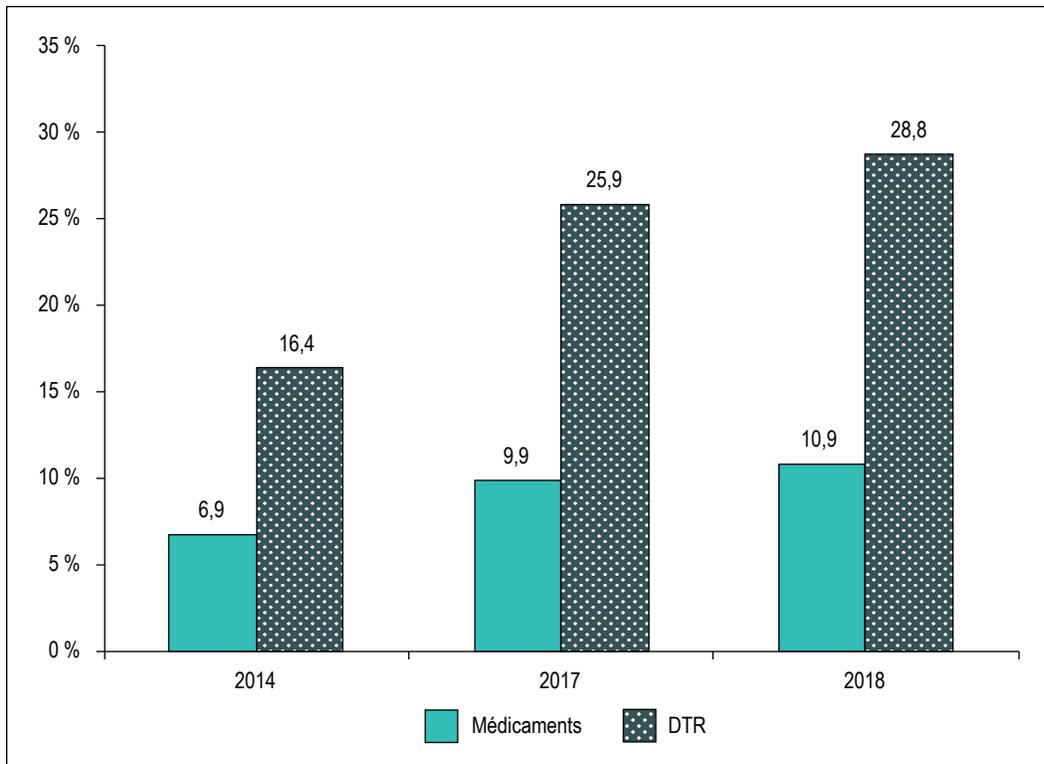
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

La part des dépenses des régimes d'assurance médicaments liées aux bénéficiaires ayant fait l'objet de remboursements de 10 000 \$ ou plus (appelés « utilisateurs à coûts élevés ») est passée de 36,6 % en 2017 à 38,8 % en 2018, alors que la proportion des bénéficiaires inclus dans cette catégorie a diminué, passant de 2,3 % à 2,1 % ([tableau A13](#)).

La répartition des coûts variait d'une autorité compétente à l'autre ([tableau A13](#)). La variation des dépenses selon l'autorité compétente repose sur de nombreux facteurs, notamment la structure du régime d'assurance médicaments, la liste des médicaments assurés ainsi que la santé et les caractéristiques démographiques des bénéficiaires du régime ([annexe B](#)). Il faut aussi souligner que comme certains médicaments à coûts élevés, notamment ceux qui servent à traiter des maladies rares, sont remboursés par des programmes spéciaux ou soumis à un processus de traitement différent, les demandes de remboursement ne sont pas soumises au SNIUMP.

La part des dépenses liées aux médicaments coûteux a également continué d'augmenter. Les médicaments qui coûtaient en moyenne 10 000 \$ ou plus par bénéficiaire indemnisé (appelés « médicaments coûteux ») représentaient 28,8 % des dépenses en 2018, contre 25,9 % en 2017 (figure 7) et 16,4 % en 2014 ([tableau A14](#)). Les médicaments anti-TNF et les médicaments contre l'hépatite C étaient par ailleurs responsables de 49,5 % de ces dépenses. En 2018, 60,7 % des utilisateurs à coûts élevés ont soumis une demande de remboursement pour au moins un médicament coûteux, contre 0,3 % de tous les autres bénéficiaires.

**Figure 7** Pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments liées aux médicaments coûtant en moyenne 10 000 \$ ou plus par bénéficiaire indemnisé et pourcentage par rapport au total des médicaments remboursés\*, 2014, 2017 et 2018



**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP. DTR : dépenses totales des régimes.

Les produits pharmaceutiques auxquels Santé Canada n'a pas attribué de code du système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC), ainsi que les produits auxquels on a attribué un pseudo-numéro d'identification de médicaments sont exclus.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

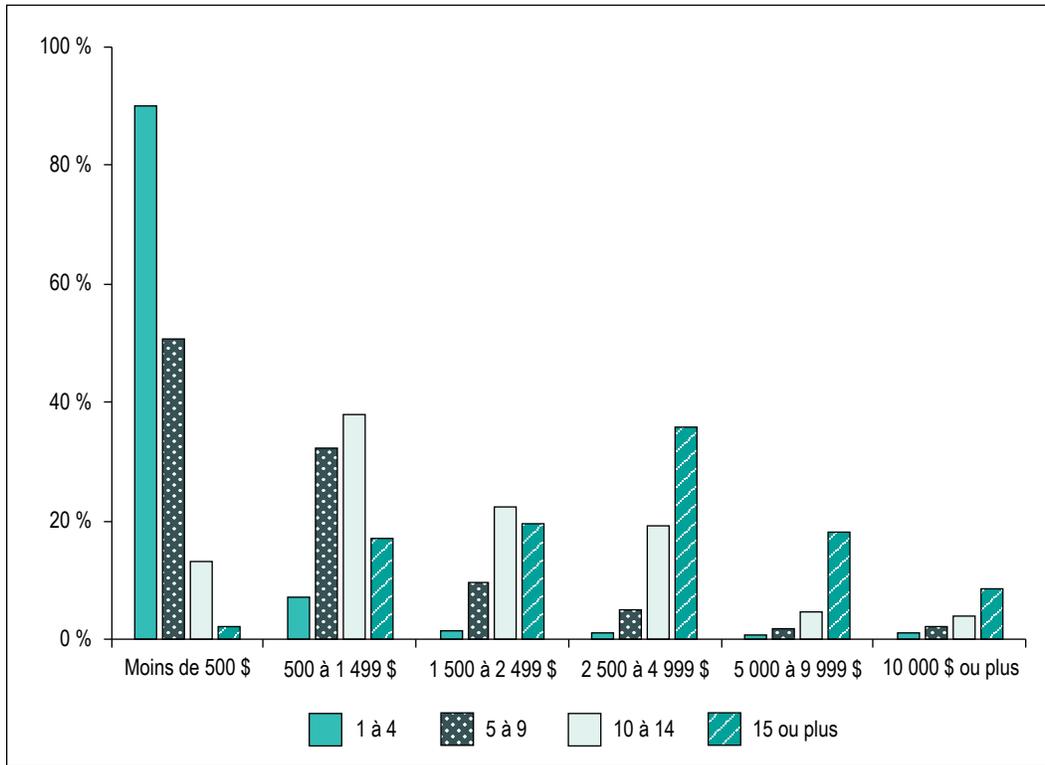
Parmi les 6 médicaments coûteux, 5 étaient des anti-TNF ou des médicaments contre l'hépatite C, comme le sofosbuvir et le velpatasvir, une association antivirale pour traiter l'hépatite C qui était responsable de la plus grande proportion (3,8 %) des dépenses totales des régimes publics ([tableau A15](#)).

## Grands utilisateurs (polypharmacie)

Il n'est pas surprenant que les dépenses soient plus élevées chez les bénéficiaires qui utilisent plus de médicaments. En effet, les régimes publics d'assurance médicaments dépensent en moyenne 448 \$ par bénéficiaire indemnisé utilisant moins de 5 catégories de médicaments, mais 4 958 \$ par bénéficiaire indemnisé utilisant 15 catégories de médicaments ou plus.

Bien que les personnes qui prennent au moins 15 catégories de médicaments soient plus susceptibles d'être des utilisateurs à coûts élevés que celles qui utilisent moins de médicaments (figure 8), elles ne sont pas les seules à engendrer des coûts annuels élevés. Un utilisateur à coûts élevés sur 5 a pris moins de 5 catégories de médicaments, tandis qu'un sur 4 en a pris 15 ou plus.

**Figure 8** Pourcentage des bénéficiaires indemnisés, selon le nombre de catégories de médicaments et les dépenses des régimes par bénéficiaire indemnisé\*, 2018



**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP. Les produits pharmaceutiques auxquels Santé Canada n'a pas attribué de code du système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC), ainsi que les produits auxquels on a attribué un pseudo-numéro d'identification de médicaments sont exclus.

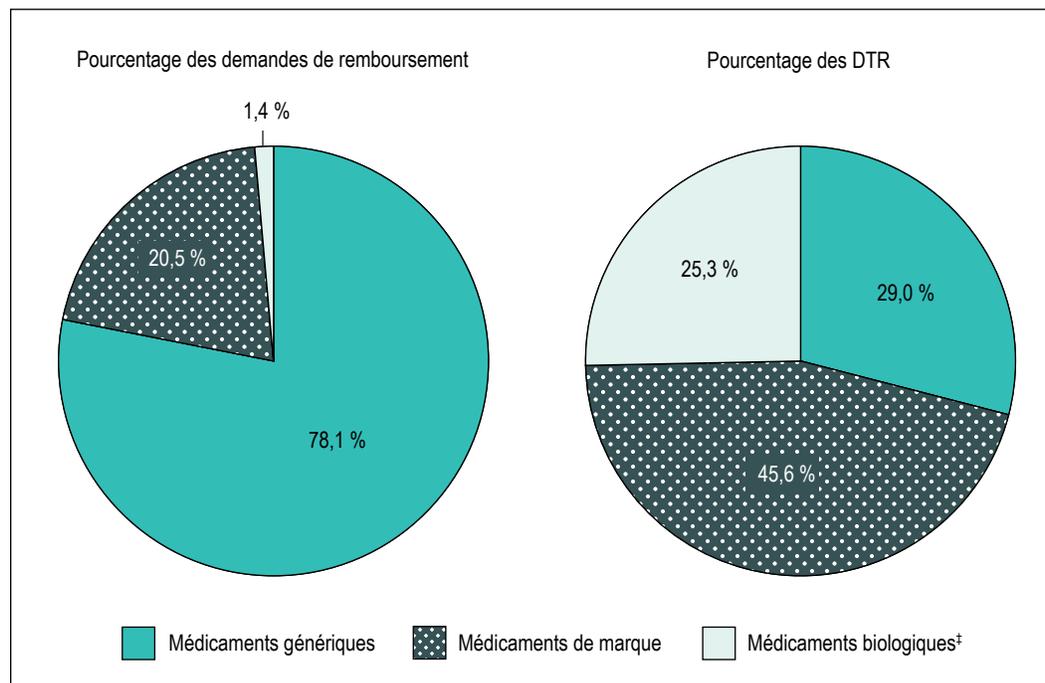
**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

# Médicaments génériques et médicaments biosimilaires

En 2018, les produits génériques représentaient 29,0 % des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments (figure 9), une baisse par rapport à 2016 (32,7 %) et à 2017 (31,1 %). Bien que la part des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments consacrées aux médicaments génériques varie d'une autorité compétente à l'autre, les dépenses en produits génériques ont diminué au cours des 5 dernières années dans chacune des autorités compétentes ([tableau A16](#)). Le taux d'utilisation des produits génériques est demeuré relativement stable au cours de cette période; ces produits représentaient 78,1 % des demandes acceptées en 2018, contre 77,2 % en 2016 et en 2017.

**Figure 9** Part en pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments et des demandes de remboursement acceptées, selon le type de médicaments\*, †, 2018



## Remarques

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les produits en vente libre et les produits autres que des médicaments ont été exclus de cette analyse.

‡ Les produits biologiques comprennent les produits de référence et les biosimilaires.

DTR : dépenses totales des régimes.

## Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

La part des dépenses attribuable aux médicaments génériques n'explique pas entièrement le phénomène de remplacement des produits de marque par les versions génériques, puisque ces dernières ne sont pas toujours disponibles (surtout lorsque le médicament de marque est protégé par brevet). Dans les cas où des produits génériques étaient offerts, ces derniers étaient associés à 78,6 % des dépenses et à 90,3 % des demandes de remboursement en 2018.

Un médicament biosimilaire est une substance très semblable à un médicament biologique de référence. Il est commercialisé une fois le brevet sur ce dernier expiré<sup>30</sup>. En 2018, les biosimilaires représentaient 2,6 % des dépenses consacrées aux médicaments biologiques et 2,3 % des utilisateurs de médicaments biologiques ont pris au moins un biosimilaire.

Dans les cas où des biosimilaires étaient offerts, ceux-ci constituaient 9,1 % des dépenses liées aux médicaments biologiques (11,9 % des utilisateurs de médicaments biologiques) en 2018, une hausse par rapport aux 3,5 % (3,9 % des utilisateurs) de 2017. Le filgrastim (utilisé pour rétablir le taux de globules blancs chez les patients en chimiothérapie) explique la majeure partie de cette augmentation en 2018. Les dépenses liées au Grastofil, biosimilaire du filgrastim, représentaient 26,7 % des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments consacrées au filgrastim en 2017 et sont passées à 57,7 % en 2018.

Par comparaison, l'adoption d'autres biosimilaires s'est avérée minime. Les biosimilaires des médicaments anti-TNF Enbrel (étanercept) et Remicade (infiximab) sont offerts depuis 2016 et ne représentaient que 4,7 % des dépenses consacrées à ces produits en 2018. Jusqu'à présent, l'adoption des biosimilaires est plus lente au Canada que dans certains pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)<sup>31-33</sup>.

# Dépenses des hôpitaux et des régimes publics d'assurance médicaments liées aux médicaments contre le cancer

Le financement et l'administration des programmes de médicaments contre le cancer varient d'une autorité compétente à l'autre. Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments ne comprennent pas les sommes consacrées aux médicaments fournis dans les hôpitaux ni celles consacrées aux médicaments financés par les organismes de lutte contre le cancer ou d'autres programmes spéciaux. Toutefois, certains régimes publics d'assurance médicaments couvrent les médicaments contre le cancer utilisés dans un milieu extrahospitalier (c.-à-d. à l'extérieur des hôpitaux). Les demandes remboursées par les régimes publics d'assurance médicaments qui soumettent des données au SNIUMP sont incluses dans la présente analyse, mais les demandes présentées à la Saskatchewan Cancer Agency, au Outpatient Cancer Drug Program de l'Alberta et à la BC Cancer Agency ne sont pas soumises au SNIUMP (voir le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019 — notes méthodologiques](#) pour obtenir des précisions)<sup>v</sup>.

Les dépenses consacrées aux médicaments contre le cancer représentaient 8,6 % des dépenses totales des régimes publics d'assurance médicaments dans les 7 provinces pour lesquelles des données étaient disponibles en 2018 et ont augmenté de 22,8 % par rapport à 2017. Cette croissance est majoritairement attribuable à une hausse des dépenses consacrées aux IPK et aux autres immunosuppresseurs. Responsables du 2 tiers des dépenses liées aux médicaments contre le cancer en 2018, ces médicaments expliquent plus de la moitié de la croissance dans cette catégorie. En 2017, soit l'année la plus récente pour laquelle des données sur les dépenses hospitalières étaient disponibles, 2,3 milliards de dollars ont été consacrés aux médicaments dans les hôpitaux (ce résultat n'inclut pas les hôpitaux du Québec), une hausse de 5,2 % par rapport à l'année précédente. Dans les provinces qui déclarent les dépenses hospitalières liées aux médicaments en fonction du type de médicament, environ le tiers (36,9 %) des dépenses en médicaments des hôpitaux étaient liées au cancer (tableau 2).

---

v. Il faut souligner que certains de ces médicaments sont également utilisés pour traiter d'autres maladies que le cancer. Comme le SNIUMP ne contient pas d'information sur le diagnostic, il est impossible de déterminer si le médicament a été prescrit pour traiter le cancer ou pour une autre indication. Par conséquent, les dépenses consacrées aux médicaments contre le cancer sont probablement surestimées.

**Tableau 2** Dépenses des hôpitaux et des régimes publics d'assurance médicaments consacrées aux médicaments contre le cancer, par province, 2017 et 2018

Province	2017			2018	
	Dépenses des hôpitaux consacrées aux médicaments* (en millions de dollars)	Part des médicaments dans les dépenses totales des hôpitaux (%)	Dépenses consacrées aux médicaments contre le cancer <sup>†</sup> dans les hôpitaux (en millions de dollars)	Dépenses des régimes publics d'assurance médicaments consacrées aux médicaments contre le cancer <sup>‡</sup> (en millions de dollars)	Part des médicaments contre le cancer dans les dépenses totales des régimes publics d'assurance médicaments <sup>§</sup> (%)
T.-N.-L.	51,4	3,8	17,1	13,6	9,3
Î.-P.-É.	9,4	3,2	3,1	3,1	9,3
N.-É.	103,7	4,7	37,6	25,5	12,0
N.-B.	73,6	4,6	33,3	23,6	9,6
Qc	n.d.	n.d.	n.d.	322,1	8,1
Ont.	1 319,2	5,7	438,9	550,7	8,5
Man.	78,0	2,8	n.d.	41,2	11,7
Sask.	54,7	2,8	n.d.	n.d.	n.d.
Alb.	248,3	3,1	96,1	n.d.	n.d.
C.-B.	336,3	4,4	164,8	n.d.	n.d.
<b>Total</b>	<b>2 274,6</b>	<b>4,7</b>	<b>790,9</b>	<b>979,9</b>	<b>8,6</b>

#### Remarques

\* Ne comprend que les dépenses en médicaments engagées par les hôpitaux. Les dépenses en médicaments fournis dans les hôpitaux, mais remboursés par d'autres organismes, comme les organismes provinciaux de lutte contre le cancer, sont exclues. Par conséquent, les données sur les dépenses consacrées aux médicaments contre le cancer au Manitoba et en Saskatchewan ne sont pas disponibles. Les données sur les dépenses consacrées aux médicaments contre le cancer au Québec ne sont pas disponibles non plus.

† Les médicaments qui sont classés comme des antinéoplasiques selon les normes de la Base de données canadienne SIG sont considérés comme des médicaments contre le cancer dans cette analyse.

‡ Médicaments qui, en vertu de leur code du système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC), sont des antinéoplasiques et des immunomodulateurs associés à une indication approuvée de traitement du cancer (voir [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019 — notes méthodologiques](#) pour obtenir des précisions).

§ Les dépenses consacrées aux médicaments contre le cancer en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique sont financées par des organismes de lutte contre le cancer et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

n.d. : non disponible.

#### Sources

Base de données canadienne SIG et Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

## Conclusion

Le présent rapport décrit les dépenses engagées en 2018 par les régimes publics d'assurance médicaments de toutes les provinces, ainsi que par le Yukon et un programme fédéral administré par Services aux Autochtones Canada. Les dépenses au sein de ces autorités compétentes ont atteint 14,5 milliards de dollars en 2018. Les médicaments anti-TNF ont continué de représenter la plus grande part des dépenses (8,3 %) en 2018, suivis des médicaments contre l'hépatite C (5,4 %) et des agents antinéovascularisation (4,9 %).

Les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments ont augmenté de 6,8 % en 2018, en grande partie en raison de l'introduction de l'Assurance-santé Plus pour les résidents de l'Ontario de 24 ans et moins. Si l'on exclut ces bénéficiaires qui n'étaient auparavant pas couverts par un régime ontarien d'assurance médicaments, les dépenses dans l'ensemble des autorités compétentes n'ont augmenté que de 3,4 %. Par ailleurs, les IPK (utilisés pour traiter divers types de cancer) ont pris la place des médicaments contre l'hépatite C comme facteur de croissance principal des dépenses en 2018.

La baisse considérable des dépenses dans plusieurs catégories de médicaments compense partiellement l'augmentation dans d'autres catégories. Les dépenses pour certaines catégories de médicaments, notamment les inhibiteurs de l'ECA, les statines et les IPP, ont diminué de manière significative. Cette diminution découle, du moins en partie, des négociations de prix de l'APP.

La proportion des dépenses liées aux utilisateurs à coûts élevés continue d'augmenter. La part des dépenses des régimes d'assurance médicaments liées aux bénéficiaires ayant fait l'objet de remboursements de 10 000 \$ ou plus a augmenté, passant de 36,6 % en 2017 à 38,8 % en 2018, alors que la proportion des bénéficiaires inclus dans cette catégorie a baissé, de 2,3 % à 2,1 %. En 2018, 60,7 % des utilisateurs à coûts élevés ont soumis une demande de remboursement pour au moins un médicament coûteux, contre 0,3 % de tous les autres bénéficiaires.

Bien que les personnes qui prennent au moins 15 catégories de médicaments soient plus susceptibles d'être des utilisateurs à coûts élevés que celles qui utilisent moins de médicaments, elles ne sont pas les seules à engendrer des coûts annuels élevés. Un utilisateur à coûts élevés sur 5 a pris moins de 5 catégories de médicaments, tandis qu'un sur 4 en a pris 15 ou plus.

En 2018, les produits génériques représentaient 29,0 % des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, une baisse par rapport à 2016 (32,7 %) et à 2017 (31,1 %). Les génériques ont été associés à 78,1 % de toutes les demandes de remboursement acceptées et à 90,3 % des demandes de remboursement pour lesquelles un générique était commercialisé. Dans les cas où des biosimilaires étaient offerts, ceux-ci constituaient 9,1 % des dépenses liées aux médicaments biologiques (11,9 % des utilisateurs de médicaments biologiques) en 2018, une hausse par rapport aux 3,5 % (3,9 % des utilisateurs) de 2017. Jusqu'à présent, l'adoption des biosimilaires est plus lente au Canada que dans d'autres pays de l'OCDE.

En 2017, 2,3 milliards de dollars ont été consacrés aux médicaments dans les hôpitaux (ce résultat n'inclut pas les hôpitaux du Québec), une hausse de 5,2 % par rapport à l'année précédente. Dans les provinces qui déclarent les dépenses hospitalières liées aux médicaments en fonction du type de médicament, le tiers (36,9 %) des dépenses en médicaments des hôpitaux étaient liées au cancer. Les dépenses consacrées aux médicaments contre le cancer représentaient 8,6 % des dépenses totales des régimes publics d'assurance médicaments dans les 7 provinces pour lesquelles des données étaient disponibles pour 2018 et ont augmenté de 22,8 % par rapport à 2017.

# Annexe A : Tableaux de données

**Tableau A1** Taux de croissance annuel des bénéficiaires actifs et des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, selon l'autorité compétente\*, 2015 à 2018

Autorité compétente <sup>†</sup>	Taux de croissance annuel (%)							
	Bénéficiaires actifs				Dépenses totales des régimes			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
T.-N.-L.	-0,3	-0,6	-1,0	-0,2	4,8	3,7	-1,7	1,7
Î.-P.-É.	11,3	13,2	30,3	6,3	-1,9	15,3	6,0	8,1
N.-É.	2,0	2,2	2,4	2,0	4,2	3,2	6,2	2,2
N.-B.	2,9	1,4	2,1	1,1	13,1	5,7	5,5	3,5
Qc	1,5	2,0	1,4	0,8	3,7	3,9	4,6	2,4
Ont. <sup>‡</sup>	2,0	2,7	2,8	66,0	8,1	5,0	6,4	11,6
Man.	1,6	1,0	0,6	0,7	9,0	5,4	1,3	0,8
Sask.	2,1	2,8	1,4	3,2	5,1	2,9	7,1	12,4
Alb.	3,0	3,5	3,5	3,7	10,0	0,8	6,8	4,6
C.-B.	1,1	1,9	1,1	0,6	15,9	3,1	1,5	6,7
Yn	4,3	5,1	5,2	4,5	27,5	-6,4	7,3	2,3
DGSPNI <sup>§</sup>	1,7	2,2	0,4	-9,8	12,4	10,0	7,2	-3,6
<b>Total</b>	<b>1,7</b>	<b>2,2</b>	<b>1,8</b>	<b>17,4</b>	<b>7,6</b>	<b>4,4</b>	<b>5,3</b>	<b>6,8</b>

#### Remarques

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les taux de croissance des autorités compétentes doivent être interprétés avec prudence, puisque les écarts peuvent être liés à des limites touchant les données. Par exemple, le SNIUMP ne contient pas les dépenses liées aux médicaments contre l'hépatite C de toutes les autorités compétentes.

‡ La hausse des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments et du nombre de bénéficiaires actifs est en grande partie attribuable à l'Assurance-santé Plus, qui a été lancée en janvier 2018 et permet désormais aux résidents de l'Ontario qui ont 24 ans et moins d'avoir accès au Programme de médicaments de l'Ontario.

§ Depuis octobre 2017, les demandes de remboursement traitées au nom de la First Nations Health Authority en Colombie-Britannique ne sont plus incluses dans le SNIUMP.

DGSPNI : Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

#### Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Tableau A2** Pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, selon la grande catégorie thérapeutique et l'autorité compétente\*, 2018

Grande catégorie thérapeutique	Dépenses des régimes publics d'assurance médicaments selon l'autorité compétente (%)											
	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	DGSPNI
Antinéoplasiques et immunomodulateurs	22,5	31,3	29,7	26,9	20,6	18,8	40,8	30,6	30,3	24,8	21,9	8,2
Système nerveux	19,9	19,1	11,1	20,9	16,4	14,9	16,5	14,5	9,1	23,8	8,2	21,7
Appareil digestif et métabolisme	12,2	11,2	12,0	10,9	14,2	13,2	8,7	9,5	12,4	7,0	6,7	14,4
Système cardiovasculaire	14,2	10,9	15,0	10,3	12,0	9,4	7,2	8,4	12,9	7,8	7,0	7,9
Anti-infectieux à usage systémique	5,5	2,4	5,0	8,0	6,2	9,1	9,4	11,6	6,2	18,5	15,5	16,9
Organes sensoriels	2,8	4,2	2,0	5,0	6,3	8,7	0,6	2,3	2,8	0,8	1,7	1,5
Appareil respiratoire	6,6	6,3	7,6	7,2	6,5	6,0	4,6	5,4	7,6	3,9	8,0	5,3
Sang et organes hématopoïétiques	2,5	2,6	4,0	4,6	5,9	5,1	3,3	5,0	6,9	3,8	2,4	3,1
Système musculosquelettique	1,9	1,0	2,0	1,6	2,6	3,1	1,3	1,4	3,3	1,5	1,5	1,9
Système génito-urinaire et hormones sexuelles	2,1	1,6	1,8	2,0	2,5	2,7	1,2	1,4	2,6	1,0	1,1	2,3
Préparations hormonales systémiques (sauf hormones sexuelles et insulines)	2,0	1,0	2,4	1,5	2,1	1,6	2,1	0,9	2,2	1,3	1,0	1,0
Médicaments dermatologiques	1,3	0,9	1,0	0,7	0,7	1,4	0,6	0,9	0,8	0,6	0,5	1,9
Autres	0,2	0,2	0,2	0,2	0,9	1,2	0,2	0,4	0,3	0,4	0,2	1,0
Produits antiparasitaires, insecticides et répulsifs	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,6
Non attribué†	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	1,8	1,1	0,9	0,8	0,1	16,2	2,5
Produits autres que des médicaments	6,0	7,2	5,9	0,3	3,0	2,9	2,3	6,6	1,5	4,4	8,1	9,7

**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Cette catégorie comprend les produits pharmaceutiques auxquels aucun code du système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) n'a été attribué.

DGSPNI : Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Tableau A3** Les 10 principales catégories de médicaments, selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments\*, 2018

Catégorie de médicaments	Usages courants	DTR (en millions de dollars)	Pourcentage des DTR	Taux d'utilisation (%)	DTR par bénéficiaire indemnisé (en dollars)
<b>Médicaments anti-TNF</b>	Polyarthrite rhumatoïde, maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Crohn	1 197,3	8,3	0,4	19 210,5
<b>Antiviraux visant à traiter l'hépatite C<sup>†</sup></b>	Hépatite C	779,3	5,4	0,1	54 285,5
<b>Agents antinéovascularisation<sup>‡</sup></b>	Dégénérescence maculaire liée à l'âge, œdème maculaire secondaire et diabétique	704,7	4,9	0,5	9 544,4
<b>IPK oraux<sup>§</sup></b>	Divers types de cancer	421,7	2,9	0,1	33 158,9
<b>Immunosuppresseurs sélectifs</b>	Diverses formes d'arthrite, transplantation d'organe, plusieurs autres affections	373,4	2,6	0,4	7 531,1
<b>Autres immunosuppresseurs</b>	Polyarthrite rhumatoïde, transplantation rénale, myélome multiple	361,4	2,5	0,3	10 682,9
<b>Autres antipsychotiques</b>	Schizophrénie, trouble bipolaire	350,1	2,4	2,0	1 249,4
<b>Inhibiteurs directs du facteur Xa</b>	Thrombo-embolie veineuse, prévention des AVC, prévention de la thrombose veineuse profonde	337,5	2,3	3,1	799,9
<b>Adrénérergiques en association avec des corticostéroïdes ou d'autres médicaments, à l'exclusion des anticholinergiques</b>	Asthme, emphysème, bronchite chronique	325,0	2,2	4,1	599,1
<b>Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)</b>	Hypercholestérolémie	318,5	2,2	24,8	104,9
<b>Total des 10 catégories</b>		<b>5 168,8</b>	<b>35,7</b>	<b>s.o.</b>	<b>s.o.</b>

**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

§ La majorité des dépenses consacrées aux IPK en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas financées par les régimes publics d'assurance médicaments et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

Anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha.

IPK : inhibiteurs de protéines kinases.

s.o. : sans objet.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Tableau A4** Taux de croissance annuel des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments pour les 10 principales catégories de médicaments (dépenses totales des régimes)\*, 2015 à 2018

Les 10 principales catégories de médicaments (DTR)	Taux de croissance annuel des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments (%)			
	2015	2016	2017	2018
Médicaments anti-TNF	10,2	12,3	6,0	8,2
Antiviraux visant à traiter l'hépatite C <sup>†</sup>	825,8	6,8	16,6	15,0
Agents antinéovascularisation <sup>‡</sup>	12,2	-1,6	14,1	14,3
IPK oraux <sup>§</sup>	17,0	36,7	29,4	37,2
Immunosuppresseurs sélectifs	28,2	30,1	27,3	24,8
Autres immunosuppresseurs	51,4	22,0	24,6	21,0
Autres antipsychotiques	13,4	15,9	9,3	5,9
Inhibiteurs directs du facteur Xa	66,3	39,4	28,0	22,9
Adrénergiques en association avec des corticostéroïdes ou d'autres médicaments, à l'exclusion des anticholinergiques	1,7	0,1	-0,1	3,7
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	-3,2	0,4	-2,5	-16,8
<b>Toutes les catégories</b>	<b>7,6</b>	<b>4,4</b>	<b>5,3</b>	<b>6,8</b>

**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta (depuis octobre 2015), sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

§ La majorité des dépenses consacrées aux IPK en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas financées par les régimes publics d'assurance médicaments et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

Anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha.

IPK : inhibiteurs de protéines kinases.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Tableau A5** Les 10 principales catégories de médicaments, selon leur contribution à la croissance des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments\*, 2018

Catégorie de médicaments	Usages courants	Hausse des DTR (en millions de dollars)	Contribution à la croissance des DTR (%)	Taux de croissance annuel (%)
IPK oraux <sup>†</sup>	Divers types de cancer	114,2	12,5	37,2
Antiviraux visant à traiter l'hépatite C <sup>‡</sup>	Hépatite C	101,7	11,1	15,0
Médicaments anti-TNF	Polyarthrite rhumatoïde, maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Crohn	90,7	9,9	8,2
Agents antinéovascularisation <sup>§</sup>	Dégénérescence maculaire liée à l'âge, œdème maculaire secondaire et diabétique	88,2	9,6	14,3
Immunosuppresseurs sélectifs	Diverses formes d'arthrite, transplantation d'organe, plusieurs autres affections	74,1	8,1	24,8
Inhibiteurs directs du facteur Xa	Thrombo-embolie veineuse, prévention des AVC, prévention de la thrombose veineuse profonde	63,0	6,9	22,9
Autres immunosuppresseurs	Polyarthrite rhumatoïde, transplantation rénale, myélome multiple	62,7	6,8	21,0
Sympathomimétiques à action centrale	TDAH	61,0	6,7	54,9
Inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2	Diabète sucré de type 2	46,7	5,1	43,7
Inhibiteurs d'interleukines	Diverses formes d'arthrite, psoriasis	38,2	4,2	31,7
<b>Toutes les catégories</b>		<b>917,1</b>	<b>100</b>	<b>6,8</b>

#### Remarques

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† La majorité des dépenses consacrées aux IPK en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas financées par les régimes publics d'assurance médicaments et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

§ Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

IPK : inhibiteurs de protéines kinases.

Anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha.

TDAH : trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité.

#### Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé;

Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Tableau A6** Les 10 principales catégories de médicaments, selon leur contribution négative à la croissance des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments\*, 2018

Catégorie de médicaments	Usages courants	Variation des DTR (en millions de dollars)	Contribution à la croissance des DTR (%)	Taux de croissance annuel (%)
Inhibiteurs de l'ECA, non associés	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	-67,7	-7,4	-26,5
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Hypercholestérolémie	-64,3	-7,0	-16,8
IPP	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	-37,6	-4,1	-13,0
Inhibiteurs de la transcriptase inverse nucléosidiques et nucléotidiques	Infection au VIH	-26,2	-2,9	-61,2
Diazépines, oxazépines, thiazépines et oxépines	Schizophrénie, trouble bipolaire	-19,0	-2,1	-8,8
Dérivés de la dihydropyridine	Hypertension artérielle	-15,5	-1,7	-8,1
ARA, non associés	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	-15,3	-1,7	-12,0
Inhibiteurs de l'ECA et diurétiques	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	-12,4	-1,4	-20,1
Autres antiépileptiques	Épilepsie, douleur neuropathique	-11,7	-1,3	-5,3
ARA et diurétiques	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	-10,6	-1,2	-19,1
<b>Total des 10 catégories</b>		<b>-280,3</b>	<b>-30,8</b>	<b>s.o.</b>

#### Remarques

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

ECA : enzyme de conversion de l'angiotensine.

IPP : inhibiteurs de la pompe à protons.

VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

ARA : antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II.

s.o. : sans objet.

#### Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé;

Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Tableau A7** Les 10 principales catégories de médicaments, selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments liées aux personnes âgées\*, 2018

Catégorie de médicaments	Usages courants	DTR (en millions de dollars)	Pourcentage des DTR	Taux d'utilisation (%)
<b>Agents antinéovascularisation<sup>†</sup></b>	Dégénérescence maculaire liée à l'âge, œdème maculaire secondaire et diabétique	662,4	8,1	1,2
<b>Médicaments anti-TNF</b>	Polyarthrite rhumatoïde, maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Crohn	367,0	4,5	0,3
<b>IPK oraux<sup>‡</sup></b>	Divers types de cancer	321,7	4,0	0,2
<b>Inhibiteurs directs du facteur Xa</b>	Thrombo-embolie veineuse, prévention des AVC, prévention de la thrombose veineuse profonde	316,2	3,9	7,0
<b>Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)</b>	Hypercholestérolémie	258,7	3,2	48,9
<b>Autres immunosuppresseurs</b>	Polyarthrite rhumatoïde, transplantation rénale, myélome multiple	254,6	3,1	0,3
<b>Adrénérurgiques en association avec des corticostéroïdes ou d'autres médicaments, à l'exclusion des anticholinergiques</b>	Asthme, emphysème, bronchite chronique	239,4	2,9	6,8
<b>Inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase 4</b>	Diabète sucré de type 2	186,2	2,3	3,9
<b>IPP</b>	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	180,8	2,2	30,9
<b>Associations d'hypoglycémifiants oraux</b>	Diabète sucré de type 2	161,8	2,0	3,1
<b>Total des 10 catégories</b>		<b>2 948,9</b>	<b>36,2</b>	<b>s.o.</b>

**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ La majorité des dépenses consacrées aux IPK en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas financées par les régimes publics d'assurance médicaments et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

Anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha.

IPP : inhibiteurs de la pompe à protons.

s.o. : sans objet.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé;  
Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Tableau A8** Les 10 principales catégories de médicaments, selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments liées aux personnes de moins de 65 ans\*, 2018

Catégorie de médicaments	Usages courants	DTR (en millions de dollars)	Pourcentage des DTR	Taux d'utilisation (%)
Médicaments anti-TNF	Polyarthrite rhumatoïde, maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Crohn	830,3	13,1	0,5
Antiviraux visant à traiter l'hépatite C <sup>†</sup>	Hépatite C	640,9	10,1	0,1
Autres antipsychotiques	Schizophrénie, trouble bipolaire	296,7	4,7	2,3
Immunosuppresseurs sélectifs	Diverses formes d'arthrite, transplantation d'organe, plusieurs autres affections	248,6	3,9	0,3
Médicaments contre la dépendance aux opioïdes	Toxicomanie	177,6	2,8	1,1
Sympathomimétiques à action centrale	TDAH	168,0	2,6	3,7
Antiviraux visant à traiter l'infection au VIH, associations <sup>‡</sup>	Infection au VIH	167,6	2,6	0,3
Diazépines, oxazépines, thiazépines et oxépines	Schizophrénie, trouble bipolaire	152,1	2,4	4,0
Autres antiépileptiques	Épilepsie, douleur neuropathique	116,0	1,8	4,7
Autres immunosuppresseurs	Polyarthrite rhumatoïde, transplantation rénale, myélome multiple	106,8	1,7	0,2
<b>Total des 10 catégories</b>		<b>2 904,5</b>	<b>45,7</b>	<b>s.o.</b>

**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'infection au VIH à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

Anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha.

VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

TDAH : trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité.

s.o. : sans objet.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé;

Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Tableau A9** Les 10 principales catégories de médicaments, selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments liées aux femmes\*, 2018

Catégorie de médicaments	Usages courants	DTR (en millions de dollars)	Pourcentage des DTR	Taux d'utilisation (%)
Médicaments anti-TNF	Polyarthrite rhumatoïde, maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Crohn	608,0	8,2	0,4
Agents antinéovascularisation <sup>†</sup>	Dégénérescence maculaire liée à l'âge, œdème maculaire secondaire et diabétique	405,7	5,5	0,5
Antiviraux visant à traiter l'hépatite C <sup>‡</sup>	Hépatite C	277,8	3,8	0,1
Immunosuppresseurs sélectifs	Diverses formes d'arthrite, transplantation d'organe, plusieurs autres affections	245,0	3,3	0,4
IPK oraux <sup>§</sup>	Divers types de cancer	199,3	2,7	0,1
Adrénorégulateurs en association avec des corticostéroïdes ou d'autres médicaments, à l'exclusion des anticholinergiques	Asthme, emphyseme, bronchite chronique	182,7	2,5	4,3
Inhibiteurs directs du facteur Xa	Thrombo-embolie veineuse, prévention des AVC, prévention de la thrombose veineuse profonde	166,9	2,3	2,7
Autres immunosuppresseurs	Polyarthrite rhumatoïde, transplantation rénale, myélome multiple	161,6	2,2	0,3
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Hypercholestérolémie	157,3	2,1	20,9
IPP	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodénal	150,5	2,0	19,2
<b>Total des 10 catégories</b>		<b>2 554,7</b>	<b>34,6</b>	<b>s.o.</b>

**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'affibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

§ La majorité des dépenses consacrées aux IPK en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas financées par les régimes publics d'assurance médicaments et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

Anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha.

IPK : inhibiteurs de protéines kinases.

IPP : inhibiteurs de la pompe à protons.

s.o. : sans objet.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Tableau A10** Les 10 principales catégories de médicaments, selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments liées aux hommes\*, 2018

Catégorie de médicaments	Usages courants	DTR (en millions de dollars)	Pourcentage des DTR	Taux d'utilisation (%)
Médicaments anti-TNF	Polyarthrite rhumatoïde, maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Crohn	589,3	8,3	0,4
Antiviraux visant à traiter l'hépatite C†	Hépatite C	500,9	7,0	0,1
Agents antinéovascularisation‡	Dégénérescence maculaire liée à l'âge, œdème maculaire secondaire et diabétique	298,9	4,2	0,5
IPK oraux§	Divers types de cancer	222,4	3,1	0,1
Autres antipsychotiques	Schizophrénie, trouble bipolaire	210,7	3,0	2,2
Autres immunosuppresseurs	Polyarthrite rhumatoïde, transplantation rénale, myélome multiple	199,8	2,8	0,3
Inhibiteurs directs du facteur Xa	Thrombo-embolie veineuse, prévention des AVC, prévention de la thrombose veineuse profonde	170,6	2,4	3,5
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Hypercholestérolémie	161,1	2,3	29,7
Antiviraux visant à traiter l'infection au VIH, associations**	Infection au VIH	147,6	2,1	0,3
Adrénérgiques en association avec des corticostéroïdes ou d'autres médicaments, à l'exclusion des anticholinergiques	Asthme, emphysème, bronchite chronique	142,2	2,0	3,9
<b>Total des 10 catégories</b>		<b>2 643,3</b>	<b>37,2</b>	<b>s.o.</b>

**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

§ La majorité des dépenses consacrées aux IPK en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas financées par les régimes publics d'assurance médicaments et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

\*\* Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'infection au VIH à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

Anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha.

IPK : inhibiteurs de protéines kinases.

VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

s.o. : sans objet.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé;

Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Tableau A11** Les 10 principales catégories de médicaments, selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments\* et le sexe, 2018

Catégorie de médicaments	Usages courants	Pourcentage des DTR		Taux d'utilisation (%)	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
<b>Médicaments anti-TNF</b>	Polyarthrite rhumatoïde, maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Crohn	8,2	8,3	0,43	0,44
<b>Antiviraux visant à traiter l'hépatite C<sup>†</sup></b>	Hépatite C	3,8	7,0	0,06	0,14
<b>Agents antinéovascularisation<sup>‡</sup></b>	Dégénérescence maculaire liée à l'âge, œdème maculaire secondaire et diabétique	5,5	4,2	0,53	0,50
<b>IPK oraux<sup>§</sup></b>	Divers types de cancer	2,7	3,1	0,08	0,10
<b>Immunosuppresseurs sélectifs</b>	Diverses formes d'arthrite, transplantation d'organe, plusieurs autres affections	3,3	1,8	0,40	0,31
<b>Autres immunosuppresseurs</b>	Polyarthrite rhumatoïde, transplantation rénale, myélome multiple	2,2	2,8	0,29	0,26
<b>Autres antipsychotiques</b>	Schizophrénie, trouble bipolaire	1,9	3,0	1,89	2,24
<b>Inhibiteurs directs du facteur Xa</b>	Thrombo-embolie veineuse, prévention des AVC, prévention de la thrombose veineuse profonde	2,3	2,4	2,75	3,45
<b>Adrénérgiques en association avec des corticostéroïdes ou d'autres médicaments, à l'exclusion des anticholinergiques</b>	Asthme, emphysème, bronchite chronique	2,5	2,0	4,27	3,88
<b>Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)</b>	Hypercholestérolémie	2,1	2,3	20,93	29,68

**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

§ La majorité des dépenses consacrées aux IPK en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas financées par les régimes publics d'assurance médicaments et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

Anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha.

IPK : inhibiteurs de protéines kinases.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Tableau A12** Les 10 principales catégories de médicaments selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, selon le quintile de revenu du quartier, autorités compétentes sélectionnées\*, 2018

Catégorie de médicaments	1 (revenus les plus faibles)	2	3	4	5 (revenus les plus élevés)
	Pourcentage des dépenses totales des régimes				
Médicaments anti-TNF	6,2	8,4	9,8	11,0	11,8
Antiviraux visant à traiter l'hépatite C <sup>†</sup>	9,2	6,5	5,7	4,9	3,8
Agents antinéovascularisation <sup>‡</sup>	4,5	5,3	5,4	5,6	6,1
IPK oraux <sup>§</sup>	1,9	2,6	2,9	3,0	3,6
Autres immunosuppresseurs	1,7	2,5	3,0	3,2	3,6
Immunosuppresseurs sélectifs	1,8	2,5	2,9	3,0	3,2
Autres antipsychotiques	3,6	2,5	2,2	1,8	1,6
Inhibiteurs directs du facteur Xa	2,1	2,5	2,6	2,6	2,8
Adrénérgiques en association avec des corticostéroïdes ou d'autres médicaments, à l'exclusion des anticholinergiques	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9

#### Remarques

\* En date de juillet 2019, 8 autorités compétentes soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement permettant de déterminer le code postal des patients : Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon.

† Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

§ La majorité des dépenses consacrées aux IPK en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas financées par les régimes publics d'assurance médicaments et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

Anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha.

IPK : inhibiteurs de protéines kinases.

#### Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada.

**Tableau A13** Dépenses des régimes par bénéficiaire indemnisé, selon le pourcentage des bénéficiaires indemnisés et des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, par autorité compétente\*, 2014 et 2018

Autorité compétente		Dépenses des régimes par bénéficiaire indemnisé											
		Moins de 500 \$		500 à 1 499 \$		1 500 à 2 499 \$		2 500 à 4 999 \$		5 000 à 9 999 \$		10 000 \$ ou plus	
		2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2018
T.-N.-L.	BI (%)	46,9	47,8	30,0	30,3	10,6	9,4	8,5	7,8	2,7	3,0	1,3	1,7
	DTR (%)	6,8	6,8	20,8	18,6	15,7	12,6	22,4	18,6	13,6	13,7	20,8	29,8
Î.-P.-É.	BI (%)	66,1	81,1	23,4	11,7	4,9	3,3	3,6	2,2	1,3	0,9	0,8	0,8
	DTR (%)	15,3	14,1	26,5	17,8	12,4	11,2	16,2	13,4	11,1	10,5	18,4	33,0
N.-É.	BI (%)	41,5	48,8	34,3	30,1	11,3	9,3	9,2	7,8	2,4	2,1	1,2	1,9
	DTR (%)	7,0	7,5	21,9	17,6	15,9	12,2	22,8	17,9	11,3	9,1	21,1	35,5
N.-B.	BI (%)	41,8	45,7	31,9	27,9	11,6	11,1	9,4	8,8	3,3	3,4	2,0	3,2
	DTR (%)	5,3	5,0	18,5	13,2	14,4	11,3	20,8	16,0	14,0	12,3	26,9	42,2
Qc	BI (%)	57,4	59,1	22,3	20,5	7,8	7,4	7,7	7,4	3,1	3,3	1,7	2,2
	DTR (%)	6,5	6,0	15,6	12,9	11,9	10,1	21,1	18,4	16,5	15,9	28,4	36,7
Ont.	BI (%)	44,1	65,4	27,0	16,5	12,0	7,2	10,7	6,6	4,1	2,5	2,2	1,8
	DTR (%)	4,5	7,0	15,0	12,0	14,2	11,3	22,3	18,4	16,5	13,8	27,5	37,4
Man.	BI (%)	47,8	49,2	25,5	24,1	10,1	9,2	9,1	8,4	3,9	4,2	3,6	4,9
	DTR (%)	4,2	3,6	11,6	8,9	9,8	7,4	15,9	12,1	13,3	12,0	45,3	56,1
Sask.	BI (%)	70,8	78,6	16,2	10,6	5,7	4,3	4,6	3,5	1,5	1,4	1,2	1,6
	DTR (%)	8,2	6,6	17,4	11,4	13,3	9,9	18,8	14,2	12,1	11,3	30,3	46,7
Alb.	BI (%)	49,3	53,2	31,0	26,8	9,7	9,9	6,1	6,4	1,9	1,5	2,0	2,2
	DTR (%)	8,1	7,9	21,1	16,9	14,4	13,7	15,9	15,4	10,3	7,3	30,2	38,8
C.-B.	BI (%)	58,0	59,7	21,9	19,4	7,8	7,4	7,4	7,1	2,9	3,0	2,0	3,4
	DTR (%)	7,6	5,7	15,1	9,9	11,8	8,2	19,9	14,1	15,4	12,0	30,3	50,0
Yn	BI (%)	35,1	36,1	33,5	33,7	13,1	12,7	10,5	9,7	5,0	3,9	2,9	3,8
	DTR (%)	3,8	3,7	15,0	13,7	12,0	10,7	17,3	14,6	16,2	11,8	35,6	45,6
DGSPNI	BI (%)	70,9	68,5	16,2	16,0	5,7	5,8	4,9	5,9	1,7	2,4	0,7	1,3
	DTR (%)	12,9	9,2	18,5	13,4	14,5	11,0	21,9	19,4	14,6	15,8	17,6	31,1
Total	BI (%)	<b>53,1</b>	<b>62,7</b>	<b>24,2</b>	<b>18,5</b>	<b>9,3</b>	<b>7,3</b>	<b>8,3</b>	<b>6,7</b>	<b>3,2</b>	<b>2,7</b>	<b>1,8</b>	<b>2,1</b>
	DTR (%)	<b>6,1</b>	<b>6,7</b>	<b>15,9</b>	<b>12,5</b>	<b>13,2</b>	<b>10,8</b>	<b>21,0</b>	<b>17,6</b>	<b>15,6</b>	<b>13,7</b>	<b>28,1</b>	<b>38,8</b>

#### Remarques

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

BI : bénéficiaires indemnisés.

DTR : dépenses totales des régimes.

DGSPNI : Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

#### Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé;

Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Tableau A14** Pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments par bénéficiaire indemnisé et par médicament\*, 2014, 2017 et 2018

Dépenses des régimes par bénéficiaire indemnisé et par médicament	2014		2017		2018	
	Pourcentage des DTR	Pourcentage du nombre de médicaments	Pourcentage des DTR	Pourcentage du nombre de médicaments	Pourcentage des DTR	Pourcentage du nombre de médicaments
<b>Moins de 500 \$</b>	50,2	70,1	43,6	67,3	40,9	66,3
<b>500 à 1 499 \$</b>	19,2	12,0	16,5	12,4	16,7	12,1
<b>1 500 à 4 999 \$</b>	5,7	7,3	7,1	7,2	6,3	7,3
<b>5 000 à 9 999 \$</b>	8,4	3,8	6,9	3,2	7,3	3,4
<b>10 000 \$ ou plus</b>	16,4	6,9	25,9	9,9	28,8	10,9

**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

Les produits pharmaceutiques auxquels Santé Canada n'a pas attribué de code du système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC), ainsi que les produits auxquels on a attribué un pseudo-numéro d'identification de médicaments sont exclus.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé;

Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Tableau A15** Les 10 principaux médicaments coûtant en moyenne 10 000 \$ ou plus par bénéficiaire indemnisé, selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments\*, 2018

Médicament	Usages courants	DTR (en millions de dollars)	Pourcentage des DTR	DTR par bénéficiaire indemnisé (en dollars)
<b>Sofosbuvir et velpatasvir<sup>†</sup></b>	Hépatite C	557,9	3,8	54 856,9
<b>Infliximab</b>	Polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn	527,5	3,6	29 088,3
<b>Adalimumab</b>	Polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn	388,3	2,7	15 504,6
<b>Lénalidomide</b>	Divers cancers du sang	244,6	1,7	65 162,0
<b>Étanercept</b>	Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante	186,0	1,3	14 194,4
<b>Elbasvir et grazoprévir<sup>†</sup></b>	Hépatite C	120,8	0,8	51 329,3
<b>Ibrutinib<sup>‡</sup></b>	Leucémie lymphoïde chronique	120,2	0,8	63 663,3
<b>Ustékinumab</b>	Psoriasis en plaques, maladie de Crohn, arthrite psoriasique	79,3	0,5	17 648,1
<b>Lamivudine, abacavir et dolutégravir<sup>§</sup></b>	Infection au VIH	73,5	0,5	12 141,1
<b>Golimumab</b>	Polyarthrite rhumatoïde, arthrite psoriasique, colite ulcéreuse, spondylarthrite ankylosante	72,4	0,5	13 951,2
<b>Total des 10 médicaments</b>		<b>2 370,3</b>	<b>16,3</b>	<b>s.o.</b>

**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ La majorité des dépenses consacrées aux IPK en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas financées par les régimes publics d'assurance médicaments et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

§ Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'infection au VIH à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

IPK : inhibiteurs de protéines kinases.

s.o. : sans objet.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé;

Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Tableau A16** Médicaments génériques en pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments et des demandes de remboursement acceptées, par autorité compétente\*, 2014 à 2018

Autorité compétente	Pourcentage des DTR					Pourcentage des demandes de remboursement acceptées				
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
<b>T.-N.-L.</b>	48,4	49,3	47,2	47,1	44,7	78,2	82,1	83,3	83,8	85,3
<b>Î.-P.-É.</b>	44,8	45,6	43,1	42,6	36,8	77,4	78,7	80,0	80,1	78,5
<b>N.-É.</b>	45,3	40,5	40,6	38,5	35,7	74,9	75,8	77,2	77,2	79,1
<b>N.-B.</b>	37,6	36,4	37,6	36,7	34,1	74,7	77,7	82,6	82,8	82,4
<b>Qc</b>	35,7	35,7	35,5	34,0	31,6	73,7	75,5	76,5	76,5	77,5
<b>Ont.</b>	30,7	30,3	29,4	27,8	26,7	72,4	75,6	77,3	77,2	77,8
<b>Man.</b>	36,2	32,7	31,1	30,1	28,3	78,6	80,0	80,6	80,4	81,7
<b>Sask.</b>	31,5	29,6	28,5	25,8	23,4	70,1	73,1	75,9	76,2	78,6
<b>Alb.</b>	31,4	29,9	31,8	30,0	27,8	73,5	74,7	76,2	76,5	77,5
<b>C.-B.</b>	37,6	32,6	32,6	31,6	28,0	71,5	74,7	77,8	78,4	79,2
<b>Yn</b>	36,9	27,9	32,4	31,6	28,1	78,5	79,8	80,7	80,7	80,6
<b>DGSPNI</b>	47,6	44,6	43,6	40,6	38,4	75,1	77,3	78,1	77,2	77,1
<b>Total</b>	<b>34,1</b>	<b>33,1</b>	<b>32,7</b>	<b>31,1</b>	<b>29,0</b>	<b>73,2</b>	<b>75,7</b>	<b>77,2</b>	<b>77,2</b>	<b>78,1</b>

**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

DGSPNI : Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

# Annexe B : Aperçu des régimes d'assurance médicaments et des listes de médicaments assurés

## Aperçu des régimes d'assurance médicaments

Bien que les 12 autorités compétentes incluses dans l'analyse offrent toutes des régimes publics d'assurance médicaments, la structure de ces régimes varie considérablement. Une différence majeure tient au fait que les régimes du Manitoba, de la Colombie-Britannique et de la DGSPNI offrent la même couverture pour toutes les tranches d'âge, tandis que les autres autorités compétentes proposent un régime distinct pour les personnes âgées.

Par ailleurs, la couverture offerte aux personnes de moins de 65 ans n'est pas uniforme d'un régime à l'autre. Au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, les coûts des médicaments sont remboursés s'ils dépassent un certain pourcentage du revenu de la personne. La plupart des autres autorités compétentes offrent des régimes semblables, mais en général, seules les personnes qui n'ont pas accès à une assurance privée y sont admissibles. Dans toutes les autorités compétentes, une couverture est offerte aux personnes qui reçoivent une aide au revenu. Une couverture est également offerte dans toutes les autorités compétentes pour certains médicaments utilisés dans le traitement de maladies précises, mais les maladies et les médicaments concernés varient.

Les différences dans la couverture offerte aux personnes de moins de 65 ans ainsi que les caractéristiques démographiques de la population ont une grande incidence sur la population de bénéficiaires actifs, et par le fait même, sur la répartition des dépenses du régime d'assurance médicaments selon le groupe d'âge. Dans les 3 régimes publics qui offrent une couverture semblable pour tous, les personnes de moins de 65 ans constituent la grande majorité des bénéficiaires actifs. Le pourcentage des dépenses totales associé à ce groupe d'âge est quant à lui un peu moindre, mais néanmoins important (tableau B1). Parmi ces 3 régimes, la proportion des bénéficiaires de moins de 65 ans varie de 72,7 % en Colombie-Britannique à 90,6 % à la DGSPNI. Cette dernière proportion est attribuable à la structure du régime ainsi qu'à l'âge moyen relativement moins élevé de la population couverte. La part des dépenses des régimes liées aux personnes de moins de 65 ans varie de 64,0 % au Manitoba à 82,5 % à la DGSPNI.

**Tableau B1** Dépenses des régimes publics d'assurance médicaments consacrées aux personnes âgées et de moins de 65 ans, par autorité compétente\*, 2018

Autorité compétente	Personnes de moins de 65 ans		Personnes âgées (65 ans et plus)	
	Pourcentage de bénéficiaires actifs	Pourcentage des DTR	Pourcentage de bénéficiaires actifs	Pourcentage des DTR
T.-N.-L.	47,6	49,1	52,4	50,9
Î.-P.-É.	51,9	45,7	48,1	54,3
N.-É.†	17,4	21,3	82,6	78,7
N.-B.	37,1	47,3	62,9	52,7
Qc	52,8	38,3	47,2	61,7
Ont.	55,8	39,1	44,2	60,9
Man.	76,7	64,0	23,3	36,0
Sask.	77,5	62,3	22,5	37,7
Alb.†	17,5	34,5	82,5	65,5
C.-B.	72,7	65,6	27,3	34,4
Yn	27,2	44,9	72,8	55,1
DGSPNI	90,6	82,5	9,4	17,5
<b>Total</b>	<b>60,1</b>	<b>43,8</b>	<b>39,9</b>	<b>56,2</b>

**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les données sur les demandes de remboursement présentées aux régimes d'assurance médicaments relatifs aux services communautaires de la Nouvelle-Écosse et de l'Alberta ne sont pas soumises au SNIUMP. Il y a donc sous-représentation des bénéficiaires de moins de 65 ans dans ces provinces.

DGSPNI : Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

La proportion des bénéficiaires de moins de 65 ans (77,5 %) de la Saskatchewan est semblable à celles du Manitoba et de la Colombie-Britannique. La part des dépenses totales du régime attribuable aux personnes de moins de 65 ans (62,3 %) y est toutefois légèrement inférieure en raison de différences dans le partage des coûts. En 2018, l'Ontario a étendu son programme d'assurance médicaments à une population plus jeune et a commencé à couvrir le coût de certains médicaments prescrits aux personnes de 24 ans et moins ayant une carte valide de l'Assurance-santé de l'Ontario. En raison de ce nouveau programme, la proportion de bénéficiaires de moins de 65 ans a augmenté de façon marquée, passant de 28,7 % en 2017 à 55,8 % en 2018. Toutefois, la part des dépenses totales du régime attribuable à ce groupe d'âge n'a que légèrement augmenté (35,3 % en 2017 contre 39,1 % en 2018).

Dans les autres provinces, le pourcentage de personnes âgées parmi les bénéficiaires varie de 47,2 % au Québec à 82,6 % en Nouvelle-Écosse, tandis que la part des dépenses liée à ce groupe d'âge varie de 50,9 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 78,7 % en Nouvelle-Écosse. Il faut noter que les données sur les demandes de remboursement présentées aux régimes d'assurance médicaments qui sont destinés aux prestataires de l'aide au revenu en Nouvelle-Écosse et en Alberta ne sont pas soumises au SNIUMP. Le pourcentage de personnes de moins de 65 ans dans les données de ces 2 provinces s'en trouve réduit, puisque seules les personnes de moins de 65 ans sont admissibles à ce type de régime.

Les régimes d'assurance médicaments se distinguent également par l'emploi de différents mécanismes de partage des coûts, comme la franchise et la quote-part (ou une combinaison des 2), qui ont une incidence sur les montants payés par la personne et le régime pour chaque demande de remboursement. Les mécanismes de partage des coûts peuvent varier, même dans le cas de groupes systématiquement couverts comme les personnes âgées. En Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, certaines personnes âgées doivent payer une prime pour adhérer au régime, puis payer une quote-part pour chaque demande de remboursement. Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, l'Ontario et l'Alberta exigent une quote-part pour chaque demande de remboursement, mais aucune prime d'adhésion n'est imposée. Au Manitoba, les personnes âgées doivent payer une franchise correspondant à un certain pourcentage de leur revenu, après quoi le régime d'assurance médicaments couvre les coûts excédentaires. En Saskatchewan, certaines personnes âgées doivent payer une quote-part et d'autres, une franchise, en fonction de leur revenu. En Colombie-Britannique, une franchise est imposée, puis une quote-part s'applique à chaque demande de remboursement une fois le montant de la franchise atteint. Le régime de la DGSPNI couvre quant à lui tous les coûts admissibles pour tous les bénéficiaires, peu importe l'âge et le revenu.

Dans les autorités compétentes incluses dans l'analyse, les personnes couvertes par une commission provinciale ou territoriale des accidents du travail ou un régime fédéral d'assurance médicaments ne sont pas admissibles à l'assurance médicaments provinciale ou territoriale. Les régimes fédéraux d'assurance médicaments comprennent ceux gérés par

- le Service correctionnel du Canada;
- la DGSPNI<sup>vi</sup>;
- le ministère des Anciens Combattants.

---

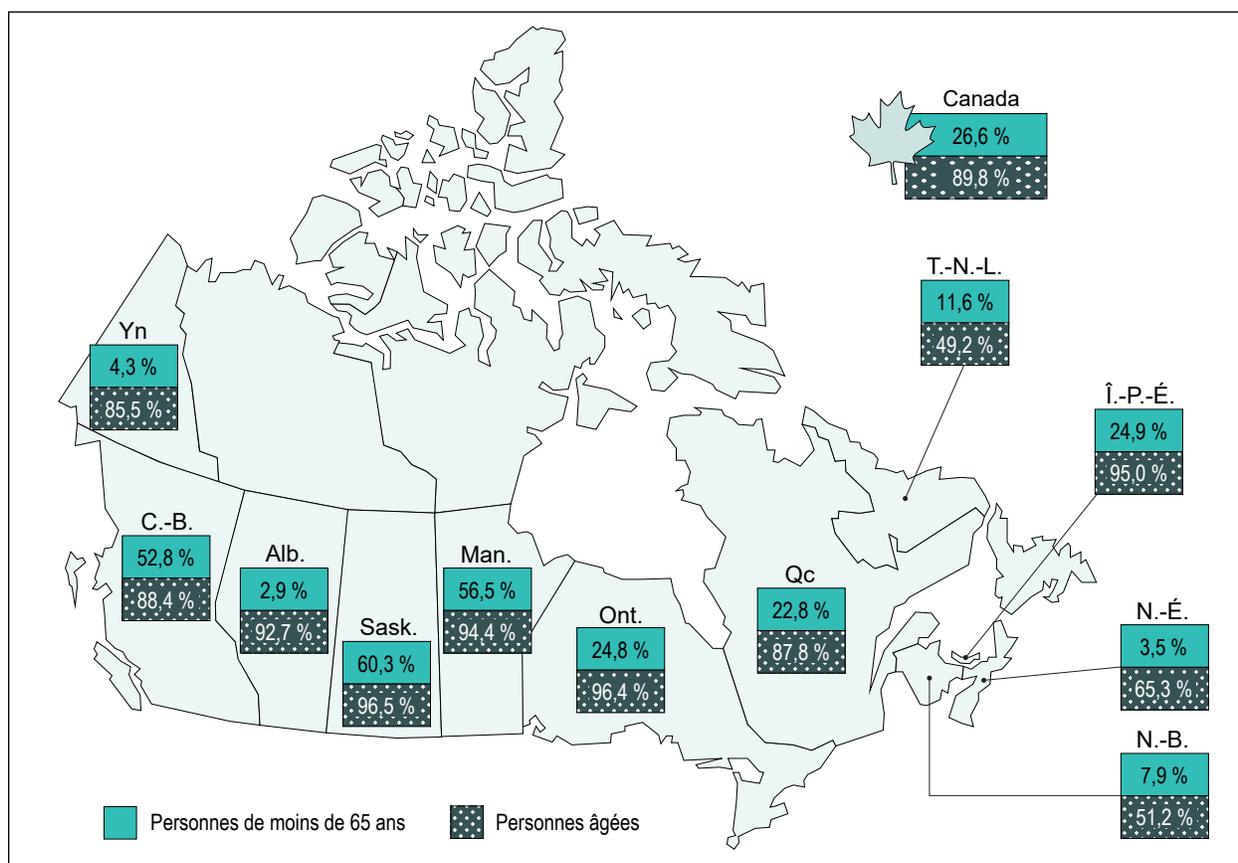
vi. Ceci exclut les personnes âgées vivant en Ontario qui sont également couvertes par la DGSPNI. Dans leur cas, les demandes de remboursement sont d'abord soumises au Programme de médicaments de l'Ontario, puis les coûts excédentaires sont remboursés par la DGSPNI.

En plus du survol présenté ici, un complément d'information sur les régimes publics d'assurance médicaments au Canada est offert dans le *SNIUMP — document d'information sur les régimes*<sup>34</sup>, au [icis.ca](http://icis.ca), ou sur les sites Web des divers régimes (voir le document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019 — notes méthodologiques](#)).

## Différences en matière de couverture des régimes publics d'assurance médicaments

La couverture offerte par les régimes publics aux personnes âgées est assez similaire dans la plupart des autorités compétentes, alors que celle offerte aux personnes de moins de 65 ans est moins uniforme d'un régime à l'autre. Étant donné que les régimes publics d'assurance médicaments offrent une couverture plus complète aux personnes âgées et que ces dernières utilisent plus de médicaments que tout autre groupe d'âge, il n'est pas étonnant de constater qu'en 2018, 89,8 % des personnes âgées comptaient au moins une demande de remboursement acceptée par un régime public d'assurance médicaments, que ce soit pour un remboursement ou pour déduction d'une franchise. Chez les personnes de moins de 65 ans, cette proportion atteignait 26,6 %. À l'échelle de la population, la proportion de personnes ayant reçu une indemnisation dans le cadre d'un régime public d'assurance médicaments était beaucoup moins élevée. En effet, 78,8 % des personnes âgées et 17,6 % des personnes de moins de 65 ans ont été indemnisées en 2018, ce qui représente environ le quart (28,1 %) de la population générale. Le pourcentage de personnes âgées ayant présenté au moins une demande de remboursement variait, allant de 96,5 % en Saskatchewan à 49,2 % à Terre-Neuve-et-Labrador (figure B1). Dans une certaine mesure, les proportions moins élevées observées à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick pourraient découler d'un recours plus marqué aux régimes privés d'assurance médicaments chez les personnes âgées de ces provinces. Le pourcentage de personnes de moins de 65 ans ayant présenté une demande de remboursement à un régime public allait quant à lui de 60,3 % en Saskatchewan à 2,9 % en Alberta (figure B1). Les proportions moins élevées observées en Nouvelle-Écosse et en Alberta s'expliquent en grande partie par le fait que les demandes de remboursement relatives aux régimes d'assurance médicaments destinés aux prestataires de l'aide au revenu âgés de moins de 65 ans ne sont pas soumises au SNIUMP.

**Figure B1** Proportion de bénéficiaires actifs en pourcentage de la population, personnes âgées et de moins de 65 ans, selon l'autorité compétente\*, 2018



**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP. La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits n'est pas incluse dans l'analyse puisque sa population n'est pas connue.

En Nouvelle-Écosse et en Alberta, les demandes de remboursement de médicaments présentées par les prestataires de l'aide au revenu âgés de moins de 65 ans ne sont pas soumises au SNIUMP. La proportion de personnes de moins de 65 ans ayant présenté des demandes de remboursement pourrait donc être sous-estimée dans ces provinces.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec; Estimations démographiques, Statistique Canada, février 2018.

Les personnes vivant dans les quartiers aux revenus les plus faibles étaient les plus susceptibles d'avoir reçu des indemnités dans le cadre d'un régime public d'assurance médicaments en 2018 : 30,8 % d'entre elles comptaient au moins une demande remboursée (c.-à-d. une demande dont au moins une partie du coût a été remboursée), comparativement à 24,7 % des personnes vivant dans les quartiers aux revenus les plus élevés.

**Tableau B2** Dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, selon le quintile de revenu du quartier\*, 2018

Quintile de revenu	Pourcentage de la population dont les demandes de remboursement ont été acceptées	Pourcentage de la population dont les demandes de remboursement ont été payées	Pourcentage des DTR	DTR par bénéficiaire indemnisé (en dollars)
1 (revenus les plus faibles)	40,7	30,8	26,9	1 521
2	39,7	27,8	21,8	1 365
3	39,0	26,4	19,0	1 253
4	37,9	24,9	16,7	1 166
5 (revenus les plus élevés)	38,2	24,7	15,6	1 102
Région urbaine	39,1	27,0	85,3	1 290
Région rurale ou éloignée	40,6	27,3	14,7	1 304

**Remarques**

\* En date de juillet 2019, 8 autorités compétentes soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement permettant de déterminer le code postal des patients : Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon.

DTR : dépenses totales des régimes.

En Alberta, les demandes de remboursement de médicaments présentées par les prestataires de l'aide au revenu âgés de moins de 65 ans ne sont pas soumises au SNIUMP. La proportion des personnes ayant présenté des demandes de remboursement pourrait donc être sous-estimée, en particulier dans les quartiers à faible revenu.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Estimations démographiques et Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada; données personnalisées, Division de la démographie, Statistique Canada.

La proportion de personnes ayant reçu des indemnités dans le cadre d'un régime public d'assurance médicaments était semblable dans les régions rurales ou éloignées (27,3 %) et les régions urbaines (27,0 %). La somme remboursée par les régimes publics d'assurance médicaments par bénéficiaire ne différait pas beaucoup non plus : 1 304 \$ pour les personnes des régions rurales ou éloignées contre 1 290 \$ pour les personnes des régions urbaines.

## Aperçu des listes de médicaments assurés

Les différences dans le nombre et le type de médicaments inscrits aux listes des autorités compétentes constituent l'un des nombreux facteurs qui peuvent entraîner des variations dans l'utilisation des médicaments et les dépenses en médicaments. Parmi les autres facteurs, citons l'état de santé, l'âge et le sexe des bénéficiaires, les tendances en matière de prescription et l'accès à des traitements non pharmaceutiques.

En 2018, les catégories de médicaments couvertes par chacun des 12 régimes publics représentaient 89,9 % des demandes de remboursement et 74,2 % des dépenses des régimes liées aux personnes âgées. Pour les catégories de médicaments couvertes par au moins 11 des autorités compétentes, les proportions augmentaient, atteignant 94,2 % des demandes de remboursement et 84,1 % des dépenses totales des régimes liées aux personnes âgées<sup>vii</sup>. Puisqu'une très grande partie des dépenses des régimes est liée à des catégories de médicaments assurés dans la plupart des autorités compétentes, les différences entre les listes ne devraient pas avoir une grande incidence sur les variations au chapitre de l'utilisation et des dépenses, du moins lorsqu'on considère l'ensemble des médicaments. En revanche, dans le cas de catégories de médicaments ou de médicaments précis, les différences entre les listes peuvent influencer considérablement sur l'utilisation d'une autorité compétente à l'autre. Il importe donc de tenir compte des écarts dans les listes lorsqu'on compare les statistiques d'utilisation ou de dépenses liées à certains médicaments ou certaines catégories de médicaments d'une autorité compétente à l'autre.

---

vii. Les produits pharmaceutiques auxquels Santé Canada n'a pas attribué de code du système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC), ainsi que les produits auxquels on a attribué un pseudo-numéro d'identification de médicaments sont exclus.

## Annexe C : Texte de remplacement pour les images

**Figure 1** : Les 3 principales catégories de médicaments, selon le pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments\*, 2018

Rang	Catégorie de médicaments	Usages courants	Pourcentage des DTR	Croissance en 2018	DTR par personne
1	Médicaments anti-TNF	Polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn	8,3 %	8,2 %	19 211 \$
2	Antiviraux visant à traiter l'hépatite C <sup>†</sup>	Hépatite C	5,4 %	15,0 %	54 286 \$
3	Agents antinéovascularisation <sup>‡</sup>	Dégénérescence maculaire liée à l'âge	4,9 %	14,3 %	9 544 \$

### Remarques

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

Anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha.

### Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé;

Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Figure 2** : Les 5 principales catégories de médicaments, selon la contribution positive et la contribution négative à la croissance des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments\*, 2018

Catégorie de médicaments	Contribution à la croissance des DTR
IPK oraux†	12,5 %
Antiviraux visant à traiter l'hépatite C‡	11,1 %
Médicaments anti-TNF	9,9 %
Agents antinéovascularisation§	9,6 %
Immunosuppresseurs sélectifs	8,1 %
Diazépines, oxazépines, thiazépines et oxépines	-2,1 %
Inhibiteurs de la transcriptase inverse nucléosidiques et nucléotidiques	-2,9 %
IPP	-4,1 %
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	-7,0 %
Inhibiteurs de l'ECA, non associés	-7,4 %

**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† La majorité des dépenses consacrées aux IPK en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas financées par les régimes publics d'assurance médicaments et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

§ Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'afibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

IPK : inhibiteurs de protéines kinases.

Anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha.

IPP : inhibiteurs de la pompe à protons.

ECA : enzyme de conversion de l'angiotensine.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Figure 3** : Les 5 principales catégories de médicaments, selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments liées aux personnes âgées et à celles de moins de 65 ans\*, 2018

Les 5 principales catégories de médicaments pour les personnes de moins de 65 ans	DTR (en millions de dollars)	Pourcentage des DTR
Médicaments anti-TNF	830,3	13,1
Antiviraux visant à traiter l'hépatite C <sup>†</sup>	640,9	10,1
Autres antipsychotiques	296,7	4,7
Immunosuppresseurs sélectifs	248,6	3,9
Médicaments contre la dépendance aux opioïdes	177,6	2,8

Les 5 principales catégories de médicaments pour les personnes âgées	DTR (en millions de dollars)	Pourcentage des DTR
Agents antinéovascularisation <sup>‡</sup>	662,4	8,1
Médicaments anti-TNF	367,0	4,5
IPK oraux <sup>§</sup>	321,7	4,0
Inhibiteurs directs du facteur Xa	316,2	3,9
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	258,7	3,2

**Remarques**

- \* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.
- † Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.
- ‡ Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.
- § La majorité des dépenses consacrées aux IPK en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas financées par les régimes publics d'assurance médicaments et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

Anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha.

IPK : inhibiteurs de protéines kinases.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Figure 4** : Les 5 principales catégories de médicaments, selon le pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments et le sexe\*

Pourcentage des...	Médicaments anti-TNF	Antiviraux visant à traiter l'hépatite C <sup>†</sup>	Agents antinéovascularisation <sup>‡</sup>	IPK oraux <sup>§</sup>	Immunosuppresseurs sélectifs
<b>Hommes</b>	49,2 %	64,3 %	42,4 %	52,7 %	34,4 %
<b>Femmes</b>	50,8 %	35,7 %	57,6 %	47,3 %	65,6 %

**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

§ La majorité des dépenses consacrées aux IPK en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas financées par les régimes publics d'assurance médicaments et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

Anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha.

IPK : inhibiteurs de protéines kinases.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé;

Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Figure 5** : Les 5 principales catégories de médicaments, selon les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, quintiles de revenu du quartier le plus faible et le plus élevé, autorités compétentes sélectionnées\*, 2018

Les 5 principales catégories de médicaments pour le quintile de revenu du quartier le plus faible	DTR (en millions de dollars)	Pourcentage des DTR
Antiviraux visant à traiter l'hépatite C <sup>†</sup>	232,2	9,2
Médicaments anti-TNF	155,3	6,2
Agents antinéovascularisation <sup>‡</sup>	112,1	4,5
Autres antipsychotiques	90,5	3,6
Adrénérgiques en association avec des corticostéroïdes ou d'autres médicaments, à l'exclusion des anticholinergiques	64,7	2,6

Les 5 principales catégories de médicaments pour le quintile de revenu du quartier le plus élevé	DTR (en millions de dollars)	Pourcentage des DTR
Médicaments anti-TNF	171,9	11,8
Agents antinéovascularisation <sup>‡</sup>	88,9	6,1
Antiviraux visant à traiter l'hépatite C <sup>†</sup>	54,9	3,8
Autres immunosuppresseurs	52,7	3,6
IPK oraux <sup>§</sup>	52,2	3,6

**Remarques**

\* En date de juillet 2019, 8 autorités compétentes soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement permettant de déterminer le code postal des patients : Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon.

† Les dépenses consacrées aux antiviraux visant à traiter l'hépatite C à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

‡ Les dépenses consacrées au ranibizumab et à l'aflibercept (qui représentaient 99,9 % des dépenses liées aux agents antinéovascularisation) en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, et la majorité des dépenses consacrées à ces 2 médicaments en Alberta, sont financées par des programmes spéciaux et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

§ La majorité des dépenses consacrées aux IPK en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas financées par les régimes publics d'assurance médicaments et ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

DTR : dépenses totales des régimes.

Anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha.

IPK : inhibiteurs de protéines kinases.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada.

**Figure 7 :** Pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments liées aux médicaments coûtant en moyenne 10 000 \$ ou plus par bénéficiaire indemnisé et pourcentage par rapport au total des médicaments remboursés\*, 2014, 2017 et 2018

Pourcentage des...	2014	2017	2018
Dépenses totales des régimes liées aux médicaments coûtant en moyenne 10 000 \$ ou plus par bénéficiaire indemnisé	16,4 %	25,9 %	28,8 %
Médicaments remboursés coûtant en moyenne 10 000 \$ ou plus par bénéficiaire indemnisé	6,9 %	9,9 %	10,9 %

**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

Les produits pharmaceutiques auxquels Santé Canada n'a pas attribué de code du système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC), ainsi que les produits auxquels on a attribué un pseudo-numéro d'identification de médicaments sont exclus.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Figure 8 :** Pourcentage des bénéficiaires indemnisés, selon le nombre de catégories de médicaments et les dépenses des régimes par bénéficiaire indemnisé\*, 2018

Dépenses des régimes par bénéficiaire indemnisé	Pourcentage de bénéficiaires indemnisés comptant de 1 à 4 catégories de médicaments	Pourcentage de bénéficiaires indemnisés comptant de 5 à 9 catégories de médicaments	Pourcentage de bénéficiaires indemnisés comptant de 10 à 14 catégories de médicaments	Pourcentage de bénéficiaires indemnisés comptant 15 catégories de médicaments ou plus
Moins de 500 \$	89,9 %	50,5 %	13,0 %	2,0 %
500 à 1 499 \$	6,9 %	32,0 %	37,7 %	16,9 %
1 500 à 2 499 \$	1,2 %	9,3 %	22,0 %	19,4 %
2 500 à 4 999 \$	0,8 %	4,7 %	19,0 %	35,5 %
5 000 à 9 999 \$	0,5 %	1,5 %	4,6 %	18,0 %
10 000 \$ ou plus	0,8 %	2,0 %	3,8 %	8,2 %

**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

Les produits pharmaceutiques auxquels Santé Canada n'a pas attribué de code du système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC), ainsi que les produits auxquels on a attribué un pseudo-numéro d'identification de médicaments sont exclus.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Figure 9** : Part en pourcentage des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments et des demandes de remboursement acceptées, selon le type de médicaments<sup>\*</sup>, †, 2018

Type de médicaments	Pourcentage des dépenses totales des régimes
Médicaments génériques	29,0 %
Médicaments de marque	45,6 %
Médicaments biologiques <sup>‡</sup>	25,3 %

Type de médicaments	Pourcentage des demandes de remboursement
Médicaments génériques	78,1 %
Médicaments de marque	20,5 %
Médicaments biologiques <sup>‡</sup>	1,4 %

**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les produits en vente libre et les produits autres que des médicaments ont été exclus de cette analyse.

‡ Les produits biologiques comprennent les produits de référence et les biosimilaires.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Figure B1** : Proportion de bénéficiaires actifs en pourcentage de la population, personnes âgées et de moins de 65 ans, selon l'autorité compétente\*, 2018

Autorité compétente	Proportion de bénéficiaires actifs de moins de 65 ans, en pourcentage de la population	Proportion de bénéficiaires actifs âgés, en pourcentage de la population
T.-N.-L.	11,6	49,2
Î.-P.-É.	24,9	95,0
N.-É.	3,5	65,3
N.-B.	7,9	51,2
Qc	22,8	87,8
Ont.	24,8	96,4
Man.	56,5	94,4
Sask.	60,3	96,5
Alb.	2,9	92,7
C.-B.	52,8	88,4
Yn	4,3	85,5
Canada	26,6	89,8

**Remarques**

\* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP. La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits n'est pas incluse dans l'analyse puisque sa population n'est pas connue.

En Nouvelle-Écosse et en Alberta, les demandes de remboursement de médicaments présentées par les prestataires de l'aide au revenu âgés de moins de 65 ans ne sont pas soumises au SNIUMP. La proportion de personnes de moins de 65 ans ayant présenté des demandes de remboursement pourrait donc être sous-estimée dans ces provinces.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec; Estimations démographiques, Statistique Canada, février 2018.

## Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. [Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019](#). 2019.
2. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. [CompasRx, 5<sup>e</sup> édition : rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments, 2017-2018](#). 2019.
3. ICES. [Limiting reimbursement for blood glucose test strips does not harm patients and reduces costs](#). Consulté le 29 août 2019.
4. Ontario Drug Policy Research Network. [Blood Glucose Test Strip Quantity Limits Across Canada](#). 2017.
5. Secrétariat du Conseil de la fédération. [Alliance pancanadienne pharmaceutique](#). Consulté le 28 août 2019.
6. Pacific Hepatitis C Network. [Hepatitis C Treatment Information Project: Comparing hep C treatments](#). Consulté le 28 août 2019.
7. Organisation mondiale de la santé. [Hépatite C — principaux faits](#). Consulté le 27 août 2019.
8. Wang LS, D'Souza LS, Jacobson IM. [Hepatitis C — A clinical review](#). *Journal of Medical Virology*. 2016.
9. Agence de santé publique du Canada. [L'hépatite C au Canada : infographie](#). 2018.
10. Société canadienne du cancer. [Qu'est-ce que la leucémie lymphoïde chronique?](#). Consulté le 28 août 2019.
11. Janssen Canada. [Santé Canada approuve IMBRUVICA® \(ibrutinib\) comme traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique](#). Consulté le 28 août 2019.
12. Santé Canada. [Sommaire de décision réglementaire — Imbruvica — Santé Canada](#). Consulté le 6 septembre 2019.
13. Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance. [S'abstenir de faire du mal : répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada](#). 2013.
14. Brands B, Paglia-Boak A, Sproule BA, Leslie K, Adlaf EM. [Nonmedical use of opioid analgesics among Ontario students](#). *Le Médecin de famille canadien*. 2010.

15. Organe international de contrôle des stupéfiants. [Stupéfiants 2018: évaluations des besoins du monde pour 2019 — statistiques pour 2017](#). 2019.
16. Institut canadien d'information sur la santé. [Prescription d'opioïdes au Canada : comment les pratiques changent-elles?](#). 2019.
17. Busse JW, dir.; National Pain Centre de l'Université McMaster. [Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse](#). 2017.
18. Guan Q, Khuu W, Martins D, Tadrous M, Chiu M, Do MT, Gomes T. [Évaluation des premiers effets du retrait des opioïdes à forte concentration sur les schémas de prescription en Ontario](#). *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*. Juin 2018.
19. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. [L'Ontario adopte des mesures pour prévenir l'abus d'opioïdes : la province accroît le système de signalement en aiguillant les patients vers un traitement de grande qualité](#) [communiqué]. 12 octobre 2016.
20. Université McMaster. [Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic non-cancer pain](#). Consulté le 12 septembre 2018.
21. Centre de toxicomanie et de santé mentale. [La méthadone](#). Consulté le 12 septembre 2018.
22. Bruneau J, et al. [Management of opioid use disorders: A national clinical practice guideline](#). *CMAJ*. Mars 2018.
23. Marteau D, McDonald R, Patel K. [The relative risk of fatal poisoning by methadone or buprenorphine within the wider population of England and Wales](#). *BMJ Open*. 2015.
24. Institut canadien d'information sur la santé. [Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016](#). 2018.
25. Agence de santé publique du Canada. [Rapport sur l'hépatite B et l'hépatite C au Canada : 2017](#). 2019.
26. Whitley HP, Lindsey W. [Sex-based differences in drug activity](#). *American Family Physician*. 2009.
27. Ontario HIV Treatment Network. [Out-of-Pocket Costs Associated With HIV in Publicly Funded High-Income Health Care Settings](#). 2019.

28. Kendall CE, et al. [A cross-sectional, population-based study measuring comorbidity among people living with HIV in Ontario](#). *BMC Public Health*. 2014.
29. Burchell AN, Raboud J, Donelle J, Loutfy MR, Rourke SB, Rogers T, Rosenes R, Liddy C, Kendall CE. [Cause-specific mortality among HIV-infected people in Ontario, 1995–2014: A population-based retrospective cohort study](#). *CMAJ Open*. 2019.
30. Santé Canada. [Biosimilar Biologic Drugs in Canada: Fact Sheet](#). 2019.
31. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. [Biosimilars in Canada: Current Environment and Future Opportunity](#). 2019.
32. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. [Environmental Scan: Biosimilars — Regulatory, Health Technology Assessment, Reimbursement Trends, and Market Outlook](#). 2018.
33. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. [Potential Savings From Biosimilars in Canada](#). 2017.
34. Institut canadien d'information sur la santé. [Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits — document d'information sur les régimes, 31 juillet 2019](#). 2019.

**ICIS Ottawa**

495, chemin Richmond  
Bureau 600  
Ottawa (Ont.)  
K2A 4H6  
**613-241-7860**

**ICIS Toronto**

4110, rue Yonge  
Bureau 300  
Toronto (Ont.)  
M2P 2B7  
**416-481-2002**

**ICIS Victoria**

880, rue Douglas  
Bureau 600  
Victoria (C.-B.)  
V8W 2B7  
**250-220-4100**

**ICIS Montréal**

1010, rue Sherbrooke Ouest  
Bureau 602  
Montréal (Qc)  
H3A 2R7  
**514-842-2226**

---

**icis.ca**

21016-1019

