



EXPRESS SCRIPTS®



Express Scripts Canada
Rapport sur les tendances en
matière de médicaments en 2011

INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, des spécialistes insistent sur la nécessité de contrôler l'augmentation du coût des médicaments d'ordonnance au Canada. Notre système de soins de santé est confronté à une véritable crise puisque les Canadiens n'ont pas tous accès à des médicaments d'ordonnance abordables.

Les promoteurs qui offrent un régime de soins de santé à leurs employés doivent composer avec des augmentations de coûts substantielles. Puisque seulement certaines des réformes du prix des médicaments mises en place dans les provinces s'appliquent au secteur privé, les promoteurs de régimes sont davantage vulnérables aux augmentations de coûts. En effet, ils ne disposent pas du levier et des outils nécessaires pour gérer ces coûts. Toutefois, même si les réformes du prix des génériques ont permis de réduire les coûts à court terme, les nombreux médicaments de spécialité qui sont présentement en développement contribueront assurément à faire augmenter les coûts des régimes d'assurance médicaments.

Dans le contexte actuel, les promoteurs de régimes sont de plus en plus conscients de la nécessité d'obtenir la meilleure valeur possible pour chaque dollar dépensé dans le cadre d'un régime d'assurance médicaments. Compte tenu des tendances actuelles et de l'augmentation des coûts des régimes d'assurance médicaments, les Canadiens doivent inévitablement modifier leur manière de se procurer des médicaments d'ordonnance.

Les régimes d'assurance médicaments sont essentiels pour les Canadiens et doivent être maintenus. Ces régimes offrent une couverture à des millions de personnes qui en ont besoin et permettent aux entreprises d'attirer des employés et de les fidéliser. Or, même si les régimes deviennent inabornables pour les promoteurs, des sommes considérables sont quand même gaspillées dans le cadre de ces régimes. Par exemple, le taux d'exécution des génériques de la plupart des régimes n'est que de 50 %. Ce pourcentage indique que les patients prennent plus souvent un médicament breveté, même si un équivalent générique, un équivalent thérapeutique ou un équivalent clinique est offert. Il ne s'agit là que l'un des nombreux exemples de gaspillage au titre des régimes. Dans le présent rapport, nous explorerons les raisons pour lesquelles les promoteurs de régimes ont été incapables jusqu'à maintenant d'influencer les deux principaux facteurs relatifs au gaspillage : les comportements des participants et les mécanismes de la chaîne d'approvisionnement des médicaments d'ordonnance.



John Herbert
Directeur, Pharmacie et services cliniques



Priscilla Po
Gestionnaire, Services cliniques

Table des matières



SURVOL DE LA TENDANCE

EXAMEN DES CLASSES THÉRAPEUTIQUES 17

UN MARCHÉ EN PLEINE ÉVOLUTION 35

RÉDUIRE LE GASPILLAGE 41



Survol de la tendance

Les payeurs privés au Canada doivent composer avec un horizon pharmaceutique de plus en plus complexe sur presque tous les plans. Ce degré de complexité s'explique en grande partie par les réformes qui ont été apportées aux régimes provinciaux d'assurance médicaments ou qui le seront à l'avenir, et par les stratégies contradictoires que les divers intervenants du secteur ont mises en œuvre.

Aux prises avec les enjeux relatifs aux médicaments brevetés et les réductions du prix des génériques, les payeurs privés ont bénéficié de certains avantages financiers, comme l'indique la tendance globale en matière de médicaments, qui est demeurée inchangée. Toutefois, il est certain que cette situation ne durera pas.

En raison de la mise en marché de plus en plus rapide des médicaments de spécialité coûteux et de leur popularité immédiate, les promoteurs de régimes doivent réagir rapidement. Pour que leurs régimes demeurent gérables, abordables et viables, les promoteurs doivent dès maintenant réduire le gaspillage, avant que la tendance augmente, ce qui sera inévitable.

LA TENDANCE EN MATIÈRE DE DÉPENSES EN MÉDICAMENTS EST PRESQUE NULLE EN 2011

- La hausse de l'utilisation a été atténuée par la diminution du coût par ordonnance.
- L'évolution de l'horizon pharmaceutique aura une incidence sur les dépenses futures en médicaments.

LE GASPILLAGE SUR LE PLAN DES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS EST EXCESSIF

- Gaspillage = Dépenser davantage sans améliorer les résultats sur le plan de la santé.
- Les régimes privés gaspillent plus de 5 milliards de dollars par année sur le plan des dépenses en médicaments.

LES COMPORTEMENTS DES PARTICIPANTS DOIVENT CHANGER

- Pour réduire le gaspillage, des solutions novatrices sont requises afin d'encourager les comportements optimaux chez les participants.

UNE NOTE SUR LA TENDANCE : UN MOT, DEUX APPROCHES...

L'analyse des tendances en matière de médicaments d'Express Scripts Canada est fondée sur une méthode rétrospective plutôt que sur la méthode prospective qu'utilisent les assureurs pour calculer l'augmentation des primes. En effet, la méthode rétrospective d'Express Scripts Canada tient compte des résultats techniques du régime d'assurance médicaments, des changements en termes du nombre de participants admissibles, des changements démographiques, des changements prévus dans les choix thérapeutiques, de l'érosion de la quote-part versée par l'adhérent – qui constitue un certain risque – et des résultats techniques des autres régimes d'assurance médicaments.

Par conséquent, le facteur de tendance issu de l'analyse d'Express Scripts Canada sera inférieur à celui d'un assureur, qui lui, repose sur les prévisions de l'augmentation moyenne des primes d'un régime de soins médicaux complémentaires, dans le cadre duquel les médicaments ne constituent qu'une composante.

TERMINOLOGIE EMPLOYÉE DANS LE PRÉSENT RAPPORT

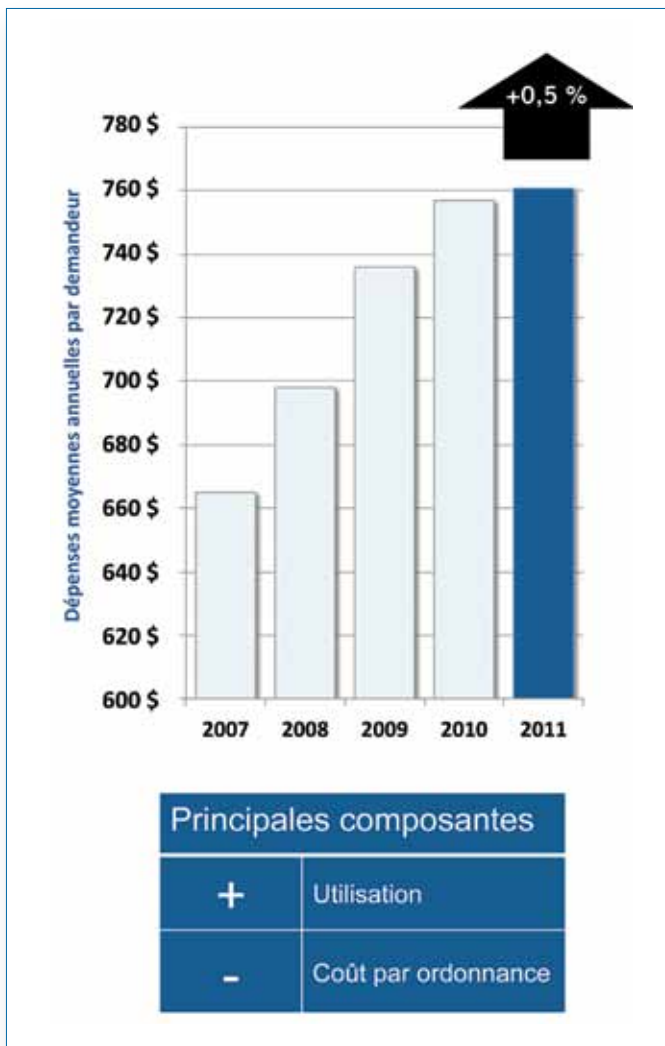
- **Tendances en matière de médicaments :** Historique de l'augmentation du coût admissible par demandeur depuis l'année précédente.
- **Coût admissible :** Montant payable avant la contribution du participant.
- **Demandeur :** Chaque personne qui présente une demande de règlement pour médicaments d'ordonnance, y compris le conjoint et les personnes à charge couvertes dans le cadre du régime.
- **Ordonnance :** Médicament vendu sur ordonnance ou demande de règlement pour ce médicament.

LES DÉPENSES EN MÉDICAMENT EN 2011

À l'échelle du pays, la tendance s'élève à 0,5 % alors que les dépenses annuelles moyennes en médicaments sont passées à 761 \$ en 2011, ce qui représente seulement 4 \$ de plus par demandeur qu'en 2010. Cette tendance est considérablement inférieure à celles qui ont été observées au cours de la dernière décennie. Le peu de changement de la tendance observé au cours de l'année civile qui a pris fin le 31 décembre 2011 illustre les hausses de l'utilisation, qui ont été atténuées par la diminution du coût par ordonnance. Nous reviendrons sur ce point plus loin dans ce rapport.

FIGURE 1 | Les dépenses en médicaments en 2011

La tendance en matière de dépenses en médicaments est demeurée inchangée après avoir augmentée pendant des années

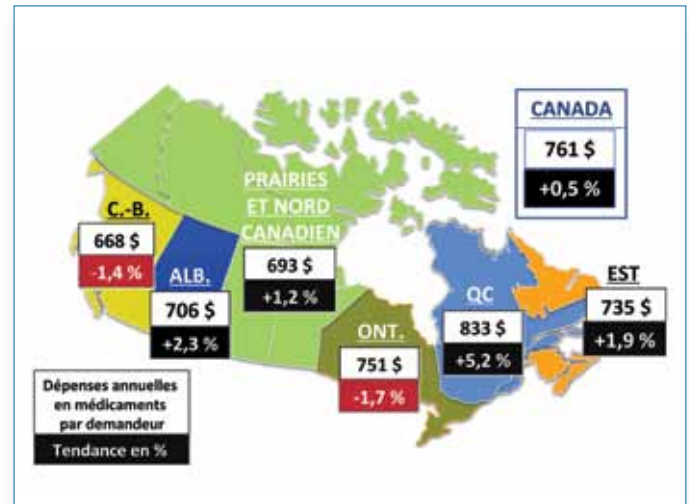


COÛT PAR DEMANDEUR PAR RÉGION

En Ontario, par exemple, les répercussions de ces réformes ont entraîné une tendance négative (-1,7 %), et une diminution des dépenses par demandeur à 751 \$ en 2011, comparativement à 764 \$ l'année précédente. En Colombie-Britannique, les réformes du prix des génériques ont entraîné une tendance négative (-1,4 %) et une diminution des dépenses par demandeur, qui se sont établies à 668 \$ en 2011, comparativement à 678 \$ en 2010. Inversement, même si le Québec a mis en œuvre des réformes du prix des génériques en 2011, cette province a enregistré une tendance à la hausse (+5,2 %), et des dépenses de 833 \$ par demandeur, tendance la plus élevée au pays. L'année précédente, cette tendance s'établissait à 5,6 %, soit des dépenses de 792 \$ par demandeur.

FIGURE 2 | Tendence en matière de médicaments selon la région

Le Québec figure au premier rang des dépenses au pays



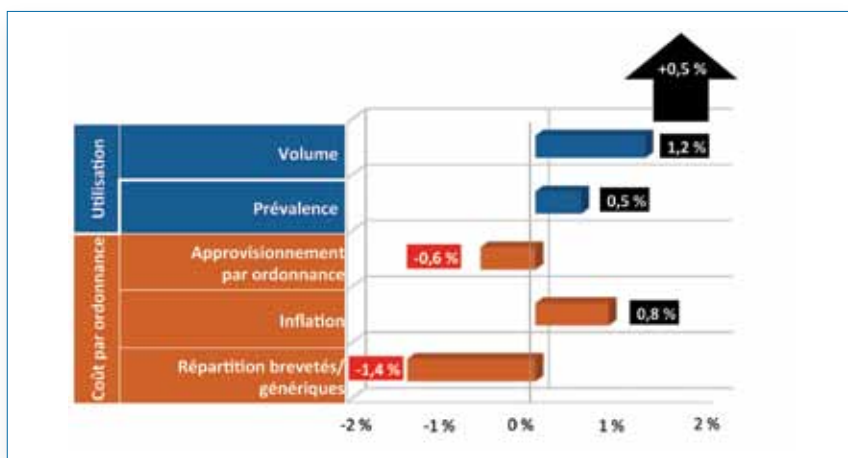
La tendance en matière de médicaments a varié d'une région à l'autre en 2011 en raison des réformes du prix des génériques.

LES COMPOSANTES DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS

La tendance en matière de médicaments de +0,5 % à l'échelle canadienne comprend deux composantes. Le tableau ci-dessous montre comment ces composantes ont contribué à la tendance globale en 2011.

FIGURE 3 | Les composantes de la tendance en matière de médicaments

L'utilisation et le coût par ordonnance

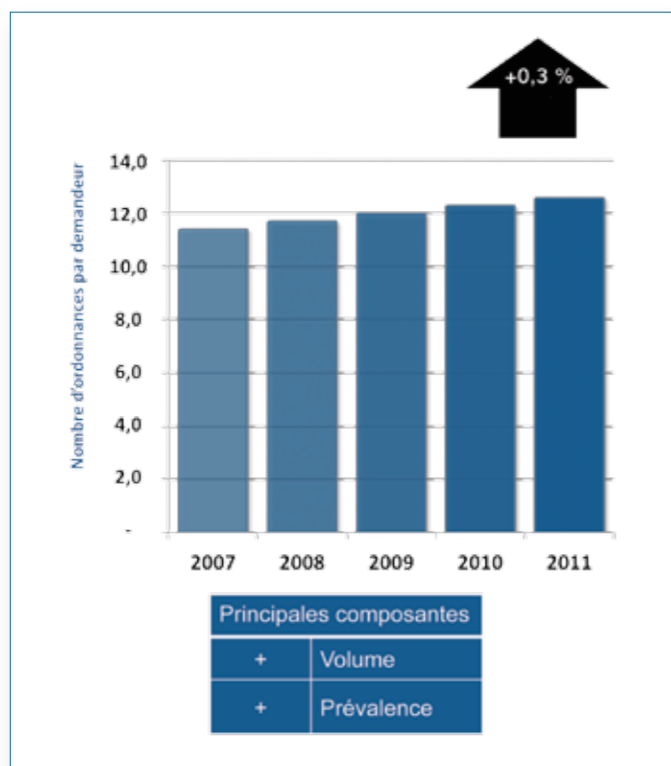


L'UTILISATION

En 2011, l'utilisation a augmenté de 0,3 ordonnances par demandeur, ce qui a contribué à établir la moyenne nationale à 12,6 ordonnances par demandeur par année. Cela correspond aux augmentations de l'utilisation que nous avons observées au cours des 10 dernières années. Les deux composantes principales qui continuent à avoir des répercussions sur l'augmentation de l'utilisation sont d'une part la hausse du nombre d'ordonnances (davantage d'ordonnances par patient) et la hausse de la prévalence (pourcentage plus élevé de participants admissibles qui présentent une demande de règlement). Parmi les facteurs qui contribuent à la hausse du nombre d'ordonnances, on remarque qu'un plus grand nombre de médicaments sont offerts pour traiter des maladies nouvelles ou existantes, que de plus en plus de génériques sont délivrés en raison de leur coût abordable, et que l'approvisionnement moyen par ordonnance diminue. La hausse du nombre d'ordonnances et de la prévalence s'explique par le vieillissement de la population canadienne (l'augmentation de l'utilisation est directement reliée au processus de vieillissement).

FIGURE 4 | Augmentation de l'utilisation

La hausse du nombre d'ordonnances et de la prévalence explique cette augmentation

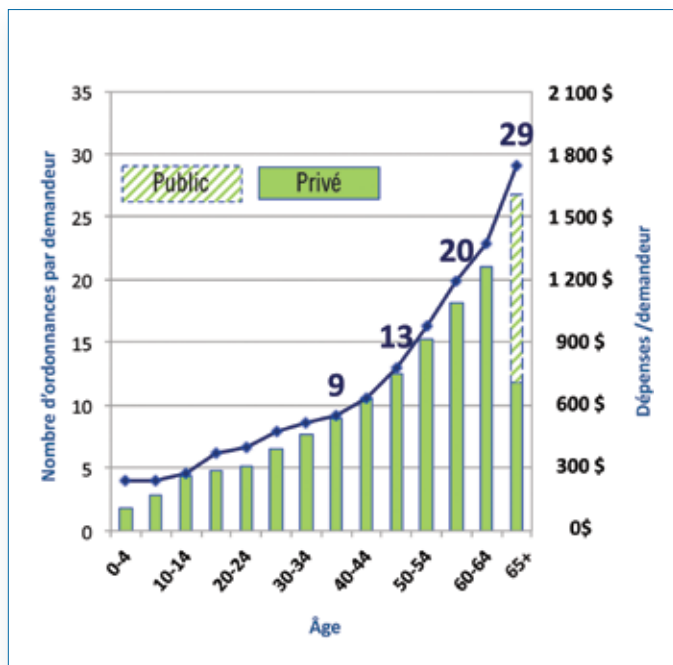


L'utilisation augmente avec l'âge

L'utilisation des médicaments augmente proportionnellement au vieillissement de la population, ce qui se traduit par des dépenses plus élevées par demandeur. À mesure que les baby-boomers canadiens vieillissent, l'utilisation accrue de médicaments génère des coûts globaux plus élevés. Cependant, les régimes privés connaissent une diminution de leurs dépenses lorsque les participants passent de la tranche des 60 à 64 ans à celle des 65 ans et plus. Cela ne signifie pas pour autant que les dépenses en médicaments diminuent pour les gens âgés, mais que ce changement s'explique du fait qu'une partie de ces dépenses est désormais remboursée par les régimes provinciaux d'assurance médicaments. Par exemple, le Programme de médicaments de l'Ontario rembourse aux personnes âgées les médicaments qui figurent sur les listes de médicaments de la province. Si les régimes privés continuaient à rembourser les médicaments des patients âgés de 65 ans ou plus, les dépenses par demandeur atteindraient près de 1 600 \$ par année, hausse qui pourrait entraîner une augmentation des primes que paient les promoteurs de régimes.

FIGURE 5 | L'utilisation augmente avec l'âge

Le vieillissement de la population entraîne une hausse de l'utilisation

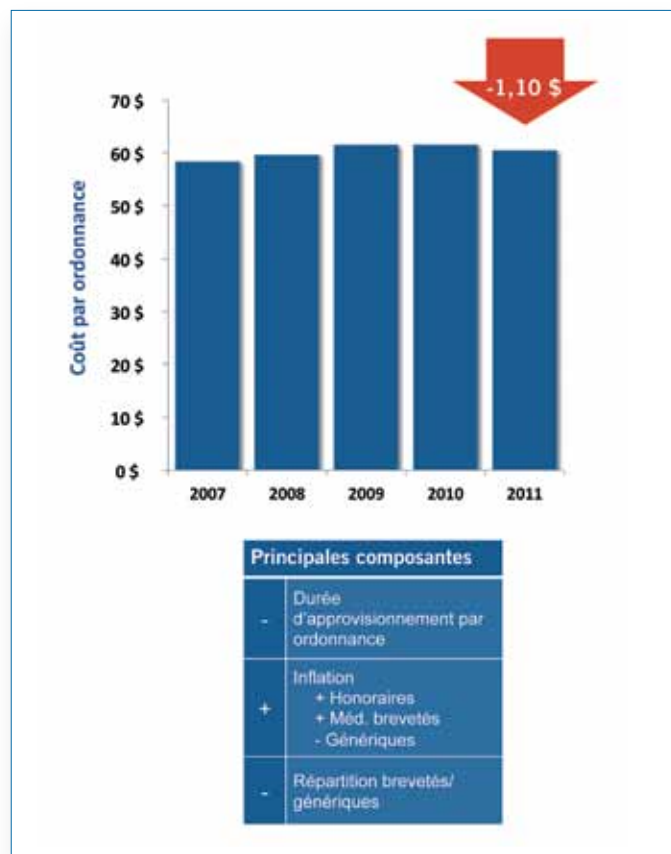


LE COÛT PAR ORDONNANCE

Au cours de l'année civile qui s'est terminée le 31 décembre 2011, le coût par ordonnance a diminué d'un dollar pour passer à 60,45 \$, soit 1,8 % de moins que l'année précédente. Il s'agit d'une tendance inverse à celle qui a été observée au cours de la dernière décennie et qui s'explique par les réformes du prix des génériques ainsi que par l'arrivée à échéance de certains brevets. Dans l'ensemble, trois principales composantes ont une incidence sur le coût par ordonnance : le nombre de jours d'approvisionnement par ordonnance, l'inflation (des honoraires, des médicaments brevetés et des génériques) ainsi que la répartition brevetés/génériques.

FIGURE 6 | Diminution du coût par ordonnance

On remarque une diminution du coût par ordonnance après des années d'augmentation



Les jours d'approvisionnement par ordonnance

Le nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance est passé de 38,9 jours à 38,6 jours, ce qui a contribué à la diminution du coût moyen par ordonnance en 2011. Cette diminution est attribuable en partie aux pénuries de médicaments. En effet, les employés du secteur des soins de santé partout au pays ont rationné les stocks existants et, dans certains cas, diminué l'approvisionnement prescrit aux patients afin de soigner davantage de personnes. La diminution de cet approvisionnement par ordonnance a également contribué à l'augmentation de l'utilisation, ce qui a entraîné une hausse du nombre d'honoraires professionnels payés en 2011.

L'INFLATION

En 2011, l'inflation a contribué à une hausse nette de 0,8 % des dépenses en médicaments. L'inflation est divisée en trois principales composantes : l'inflation des honoraires professionnels, l'inflation des médicaments brevetés et l'inflation des médicaments génériques.

FIGURE 7 | Augmentation des coûts

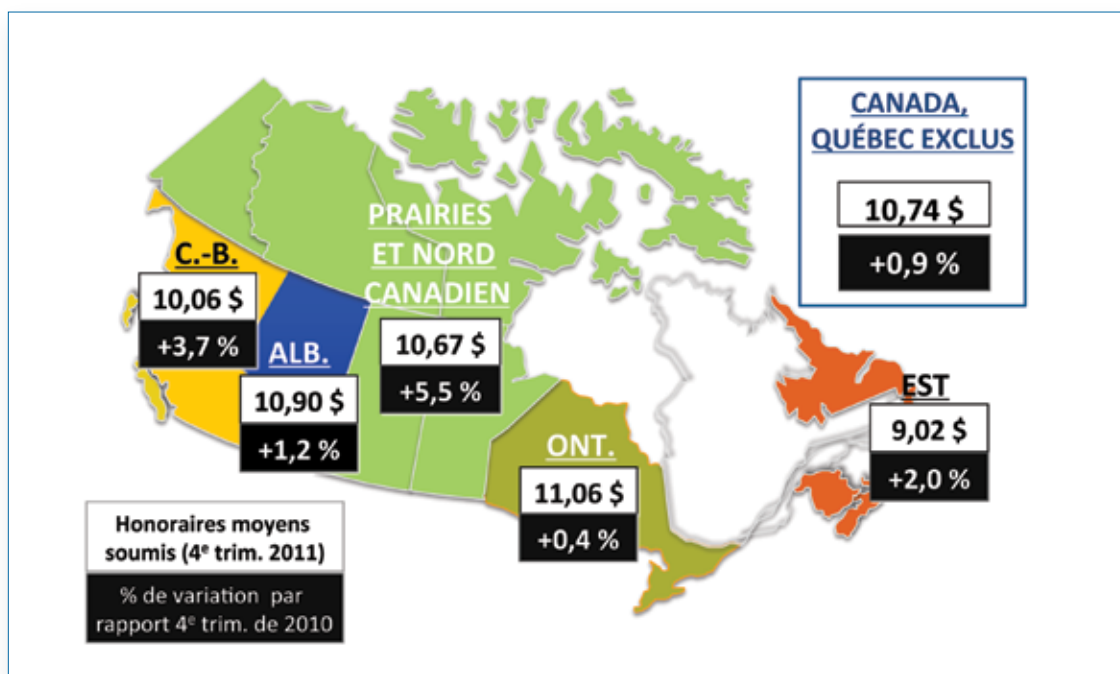
L'inflation des honoraires professionnels est l'élément principal de cette augmentation

L'inflation des honoraires professionnels

Les hausses des honoraires professionnels au Canada continuent d'exercer une pression sur le coût moyen par ordonnance. D'un point de vue régional, les Prairies et le Nord canadien ont affiché l'augmentation la plus prononcée des honoraires professionnels moyens (+5,5 %). La Colombie-Britannique arrive au deuxième rang, avec une augmentation de 3,7 %. En comparaison, les honoraires professionnels en Ontario, la province où ces derniers sont les plus élevés au Canada, ont subi une légère augmentation (+0,4 %). Les honoraires professionnels moyens se sont établis à 11,06 \$. Il s'agit d'une différence de 16 cents par rapport à l'Alberta, province où les honoraires moyens arrivent au deuxième rang, soit à 10,90 \$.

L'inflation des médicaments brevetés

La hausse du prix des médicaments brevetés a contribué à l'augmentation du coût moyen par ordonnance. Cette augmentation s'explique par une utilisation accrue des médicaments de spécialité ainsi que par des changements dans les choix thérapeutiques pour les médicaments traditionnels. Dans l'ensemble, le coût moyen par ordonnance des médicaments brevetés a augmenté. Il est passé de 94,77 \$ en 2010 à 96,54 \$ en 2011.



MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ

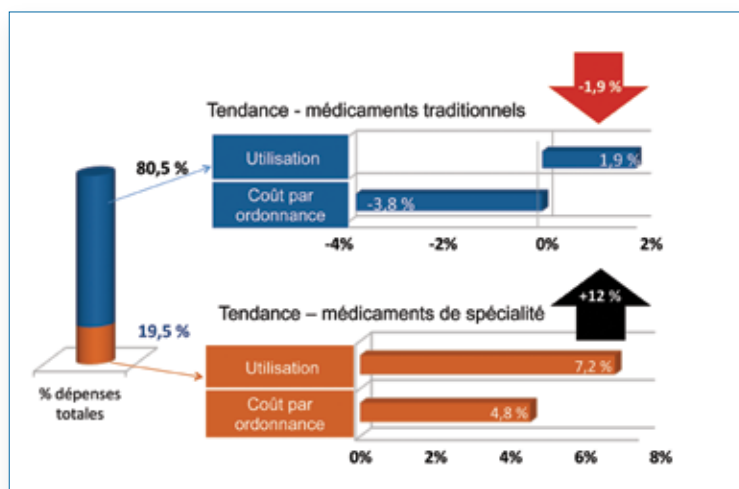
Express Scripts Canada définit le médicament de spécialité comme « un médicament injectable ou non injectable qui sert normalement à traiter une maladie chronique complexe ». Pour faire partie de la catégorie des médicaments de spécialité, un médicament doit présenter une ou plusieurs des caractéristiques ci-dessous :

- Rajustements posologiques fréquents et surveillance clinique intensive afin de diminuer les risques potentiels d'effets indésirables et d'accroître la probabilité d'améliorer les résultats.
- Suivi du patient et de l'observance du traitement.
- Disponibilité et distribution limitée ou exclusive du médicament.
- Manipulation et administration spécialisées du médicament.
- Coût supérieur à 500 \$ par mois.

Même si les médicaments de spécialité ne comptaient que pour 0,99 % des demandes de règlement, ils représentaient près de 20 % des dépenses totales en médicaments. Par ailleurs, la tendance en matière de médicaments de spécialité a augmenté de 12 % en 2011, comparativement aux médicaments traditionnels dont la tendance a diminué de 1,9 %. Cette diminution s'explique en grande partie par les réformes du prix des génériques et l'arrivée à échéance de certains brevets.

FIGURE 8 | La tendance en matière de médicaments de spécialité est plus élevée que celle des médicaments traditionnels

Des coûts par ordonnance plus élevés expliquent cette tendance

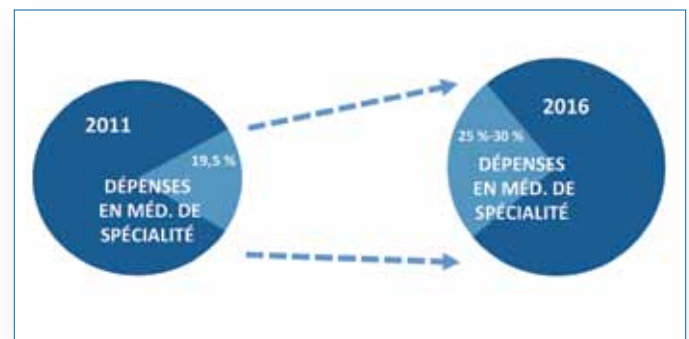


Le nombre de nouveaux médicaments de spécialité que Santé Canada a approuvés en 2011 est l'un des facteurs ayant contribué à la hausse de la tendance en matière de médicaments de spécialité. Des 51 principaux médicaments qui ont été mis en marché en 2011, 17 étaient des médicaments de spécialité.

On estime donc que les dépenses en médicaments de spécialité, qui constituaient 19,5 % de l'ensemble des dépenses en médicaments en 2011 pourraient représenter entre 25 % et 30 % de ces dépenses en 2016. Elles contribueront assurément aux augmentations futures du coût des médicaments.

FIGURE 9 | Croissance rapide des dépenses en médicaments de spécialité

Les médicaments de spécialité seront les principaux éléments des dépenses globales en médicaments d'ici à 2015



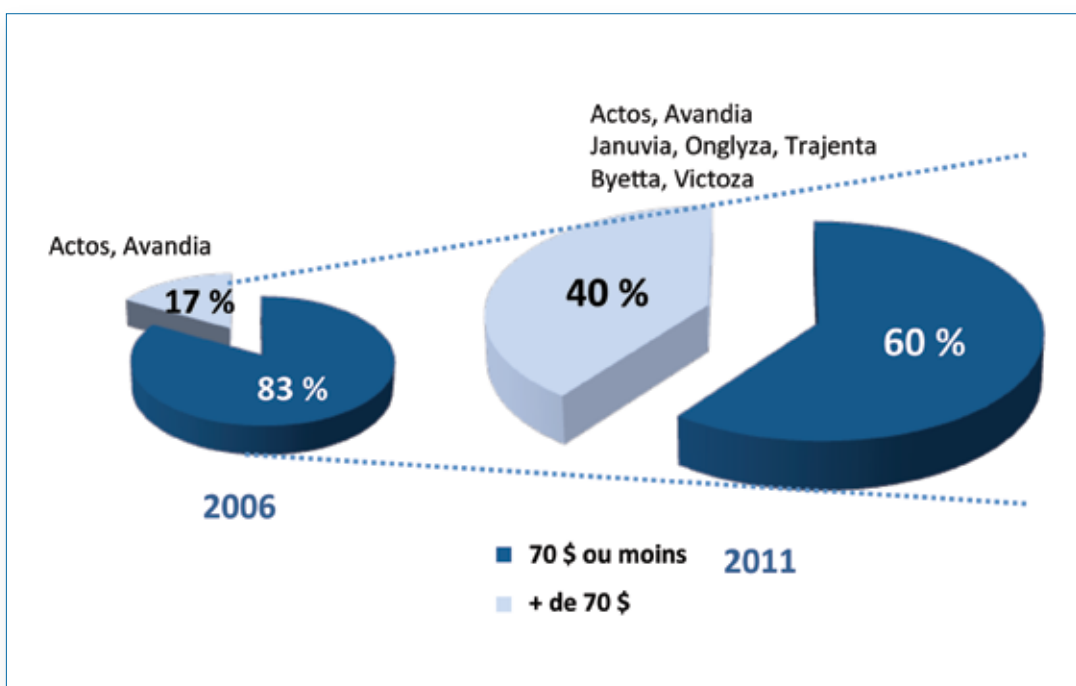
CHANGEMENTS DANS LES CHOIX THÉRAPEUTIQUES

Les choix thérapeutiques prennent en compte les changements survenus sur le plan des combinaisons de maladies au sein de la population et les changements dans les combinaisons de médicaments utilisés pour traiter ces maladies. Les choix thérapeutiques font augmenter le coût par ordonnance. En effet, de nouveaux médicaments plus chers sont souvent prescrits, tant dans la catégorie des médicaments traditionnels que dans celle des médicaments de spécialité. Par exemple, en 2006, seulement 17 % des demandes de règlement soumises pour des médicaments antidiabétiques excédaient 70 \$. De fait, la plupart

des médicaments prescrits pour traiter le diabète étaient des génériques peu coûteux tels que la metformine et le glyburide. Toutefois, étant donné que la prévalence du diabète est à la hausse et que des médicaments plus coûteux comme Januvia et Victoza sont maintenant offerts, près de 40 % des demandes de règlement soumises pour des médicaments antidiabétiques excédaient 70 \$ en 2011. La hausse de l'utilisation et du coût par ordonnance a provoqué une augmentation de 8 % de la tendance au sein de la classe thérapeutique des médicaments pour traiter le diabète.

FIGURE 10 | Principaux éléments de l'inflation des médicaments brevetés

Changements dans les choix thérapeutiques, p. ex. pour le diabète



Les choix thérapeutiques prennent en compte les changements survenus sur le plan des combinaisons de maladies au sein de la population et les changements dans les combinaisons de médicaments utilisés pour traiter ces maladies.

FIGURE 11 | Nouveaux médicaments à souligner - Indications approuvées en 2011

De plus en plus de médicaments de spécialité font leur entrée sur le marché

Le tableau ci-dessous présente les nouveaux médicaments mis en marché en 2011 et qui sont dignes de mention en raison de la hausse potentielle de leur utilisation, du coût élevé du traitement ou de leur place dans le traitement.

NOM COMMERCIAL	NOM GÉNÉRIQUE	FABRICANT	INDICATION(S)	COÛT ANNUEL DES INGRÉDIENTS/PATIENT*
Abstral	fentanyl	Paladin	Percées de douleur cancéreuse	De 3 960 \$ à 46 080 \$
Banzel	rufinamide	Eisai	Crises épileptiques associées au syndrome de Lennox-Gastaut	De 3 800 \$ à 9 600 \$
Benlysta†	belimumab	GlaxoSmithKline	Lupus érythémateux disséminé	22 750 \$
Brilinta	ticagrélor	AstraZeneca	Syndrome coronarien aigu	1 100 \$
Byetta	exénatide	Eli Lilly	Diabète de type 2	1 740 \$
Certican†	évérolimus	Novartis	Grefe de rein	Prix non disponible
Edurant†	rilpivirine	Janssen	VIH	5 240 \$
Eliquis	apixaban	Bristol Myers Squibb	Prévention de la thromboembolie veineuse (TEV) après une chirurgie orthopédique	De 40 \$ à 170 \$
Gelnique	oxybutynine	Watson	Vessie hyperactive	1 060 \$
Gilenya†	fingolimod	Novartis	Sclérose en plaques	32 000 \$
Halaven †	éribuline	Eisai	Cancer du sein	Prix non disponible
Incivek†	télaprévir	Vertex	Hépatite C chronique	35 000 \$
Jevtana†	cabazitaxel	Sanofi Aventis	Cancer de la prostate	Prix non disponible
Lodalis	colésévélam	Valeant	Hypercholestérolémie	2 800 \$
Mozobil†	plerixafor	Genzyme	Grefe de cellules souches	Prix non disponible
Onbrez Breezhaler	indacatérol	Novartis	Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	810 \$
OxyNeo	oxycodone	Purdue	Douleur	De 690 \$ à 3 280 \$
Ozurdex†	dexaméthasone	Allergan	Œdème maculaire après une occlusion de la veine centrale de la rétine	2 700 \$
Rapaflo	silodosine	Watson	Hyperplasie bénigne de la prostate (HBP)	672 \$
Resotran	prucalopride	Janssen	Constipation idiopathique chronique chez la femme	De 820 \$ à 1 310 \$
Revolade†	eltrombopag	GlaxoSmithKline	Purpura thrombopénique idiopathique (PTI)	De 23 660 \$ à 70 980 \$
Samsca†	tolvaptan	Otsuka	Hyponatrémie	De 96 270 \$ à 192 540 \$
Saphris	asénapine	Merck/Lundbeck	Schizophrénie et trouble bipolaire	1 430 \$
Sublinox	zolpidem	Valeant	Insomnie	460 \$
Tactuo	adapalène/peroxyde de benzoyle	Galderma	Acné	1 020 \$
Tobi Podhaler†	tobramycine	Novartis	Fibrose kystique	20 000 \$
Trajenta	linagliptine	Boehringer Ingelheim	Diabète de type 2	980 \$
Victrelis†	bocéprévir	Merck	Hépatite C chronique	De 27 000 \$ à 49 000 \$
Vimovo	naproxène/esoméprazole	AstraZeneca	Ulcères gastriques associés aux AINS	1 600 \$
Visanne	diénogest	Bayer	Endométriose	700 \$
Xgeva†	denosumab	Amgen	Prévention des événements osseux associés aux métastases osseuses	7 400 \$
Zenhale	mométasone/formotérol	Merck	Asthme	De 850 \$ à 1 340 \$
Zytiga†	abiratéronne	Janssen	Cancer de la prostate	57 000 \$

†Médicament de spécialité

*Le prix des médicaments provient de la base de données d'Express Scripts Canada (majoration et honoraires professionnels en sus). Les calculs ont été établis selon la posologie recommandée par le fabricant.

LES RÉFORMES DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Au cours des deux dernières années, les réformes provinciales du prix des génériques ont eu d'importantes répercussions sur les prix de ce type de médicaments. On s'attend à ce que cette tendance se maintienne jusqu'en 2013. Les provinces ont toutes adopté une approche légèrement différente pour mettre ces changements en vigueur. Cela a rendu la structure du prix des médicaments encore plus complexe partout au pays.

En 2011, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont poursuivi les réformes progressives qu'elles avaient déjà entamées. Trois autres provinces – le Québec, la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse – ont mis en œuvre des réformes. À la fin de 2011, le prix des génériques dans ces cinq provinces, qui s'établissait à près de 60 % du prix du médicament breveté correspondant, était passé de 30 % à 45 % de ce prix. Les réductions du prix des génériques peuvent sembler substantielles, toutefois elles ne s'appliquent qu'aux médicaments qui figurent sur la liste des régimes provinciaux (environ 15 % des dépenses totales). De plus, de nombreux génériques qui figurent sur les listes des régimes provinciaux ont été exemptés de ces réformes

COLOMBIE-BRITANNIQUE

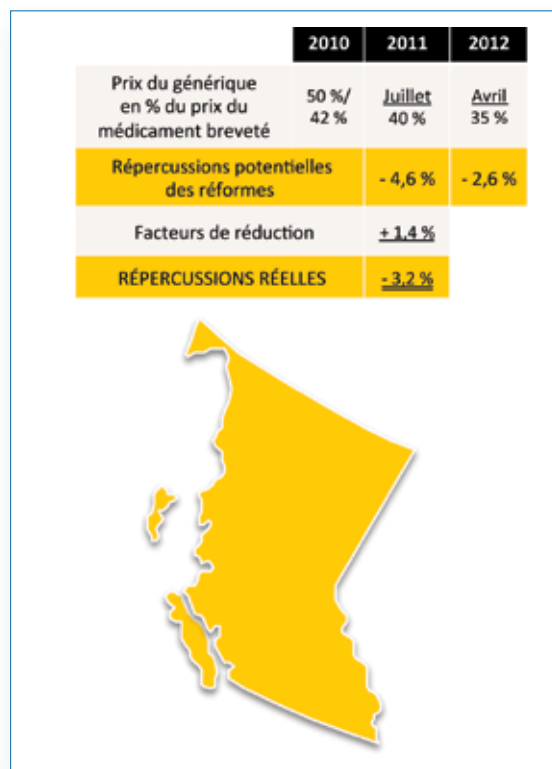
En octobre 2010, la Colombie-Britannique a mis en œuvre sa réforme du prix des génériques en trois étapes. Le prix des nouveaux génériques est passé à 42 % de celui des médicaments brevetés, et celui des génériques existants, à 50 % du prix des médicaments brevetés. Le prix de tous les génériques est ensuite passé à 40 % du prix des médicaments brevetés en juillet 2011, puis à 35 % de ce prix en avril 2012. Les régimes privés auraient pu économiser 4,6 % de leurs dépenses en médicaments en 2011. Cependant, tout comme en Ontario, les régimes privés en Colombie-Britannique ont réellement économisé 3,2 %. Nous croyons que ces régimes pourraient réaliser des économies de 2,6 % de leurs dépenses en médicaments en 2012.

Même si le prix des génériques en Colombie-Britannique a été réduit à 35 % de celui des médicaments brevetés en avril 2012, la province a annoncé en février dernier qu'une nouvelle loi permettrait

une réduction supplémentaire correspondant à 25 % du prix des médicaments brevetés d'ici au 1^{er} avril 2013. Les réductions correspondraient alors à celles qui ont été mises de l'avant en Ontario et au Québec.

FIGURE 12 | Colombie-Britannique

Davantage de réductions sont à prévoir

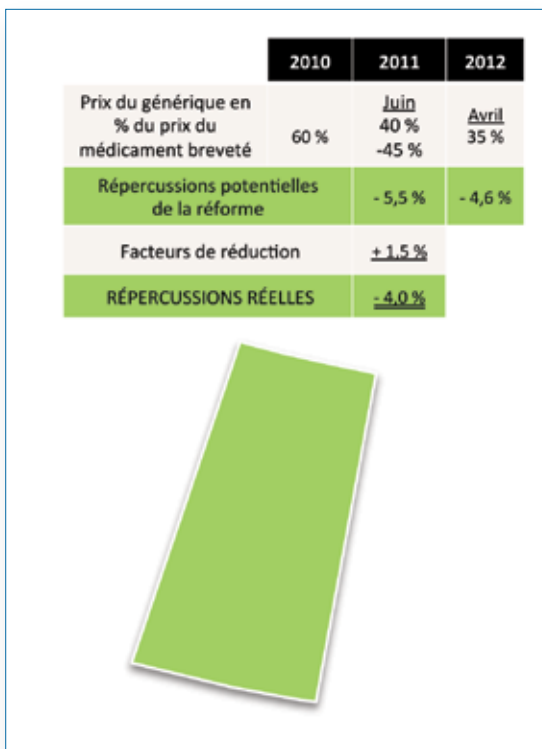


SASKATCHEWAN

En Saskatchewan, la première étape des réformes du prix des génériques a été mise en place le 1^{er} juin 2011, date à laquelle le prix des génériques existants est passé à 45 % de celui des médicaments brevetés, et celui des nouveaux génériques, à 40 % du prix des médicaments brevetés. Le prix des génériques a été réduit à 35 % de celui des médicaments brevetés le 1^{er} avril 2012. Ces réformes auraient pu permettre aux régimes privés de la province d'économiser 5,5 % de leurs dépenses en médicaments en 2011. Toutefois, en raison de l'augmentation du prix des génériques qui ne figurent pas sur les listes de médicaments du régime provincial et de ceux qui n'ont pas été touchés par la réforme, les économies réelles ont été de 4 %. Les régimes privés en Saskatchewan pourraient économiser 4,6 % de leurs dépenses en médicaments en 2012.

FIGURE 13 | Saskatchewan

Importantes répercussions sur les dépenses globales

**ONTARIO**

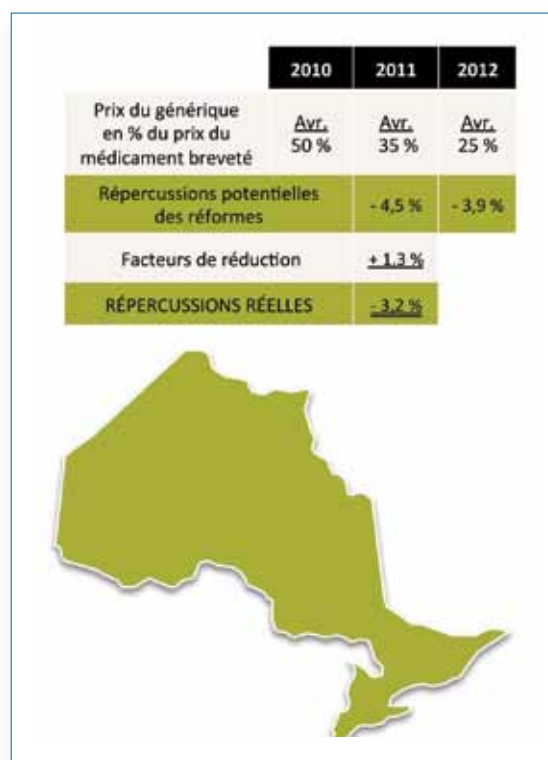
L'Ontario a mis en œuvre sa réforme du prix des génériques dès la moitié de 2010. Le prix a alors diminué pour correspondre à 25 % de celui du médicament breveté correspondant. Au sein du secteur privé, le prix des génériques a été réduit progressivement pour s'établir à 50 % de celui des médicaments de marque en juillet 2010, à 35 % de ce prix en avril 2011, puis finalement à 25 % en avril 2012. Ces réductions de prix auraient pu permettre aux régimes privés d'économiser 4,5 % des dépenses en médicaments en 2011. Elles ont cependant été partiellement atténuées par l'augmentation du prix des génériques ne figurant pas sur les listes de médicaments du régime provincial et par le fait que l'Ontario a exclu de nombreux génériques qui figurent sur ces listes. Les réformes ont permis de réduire de 3,2 % les dépenses en médicaments en 2011 et pourraient permettre aux régimes privés en Ontario d'économiser 3,9 % de plus en 2012. Toutefois, ces économies pourraient être partiellement atténuées par l'augmentation du prix des génériques qui ne figurent pas sur

les listes de médicaments du régime provincial et des génériques qui ne sont pas touchés par les réformes, mais qui figurent sur les listes.

Il se pourrait également que le gouvernement de l'Ontario apporte un autre changement à son Programme de médicaments par suite des changements annoncés dans le budget fédéral déposé à Ottawa en mars 2012. À compter du mois d'août 2014, l'Ontario prévoit des changements qui feront en sorte que les personnes âgées dont le revenu est élevé (personnes âgées seules dont le revenu annuel est supérieur à 100 000 \$ ou couples dont le revenu combiné est supérieur à 160 000 \$) devront payer une franchise de 3 % de leur revenu en sus de la franchise existante de 100 \$ pour les personnes âgées seules et de 200 \$ pour les couples. Le ministère des Finances de l'Ontario indique que 5 % de toutes les personnes âgées de la province paieraient en moyenne 665 \$ par année de plus pour leurs médicaments d'ordonnance. Par conséquent, les régimes qui couvrent les personnes de 65 ans et plus verront leurs coûts augmenter.

FIGURE 14 | Ontario

La franchise des personnes âgées tient compte de leurs revenus

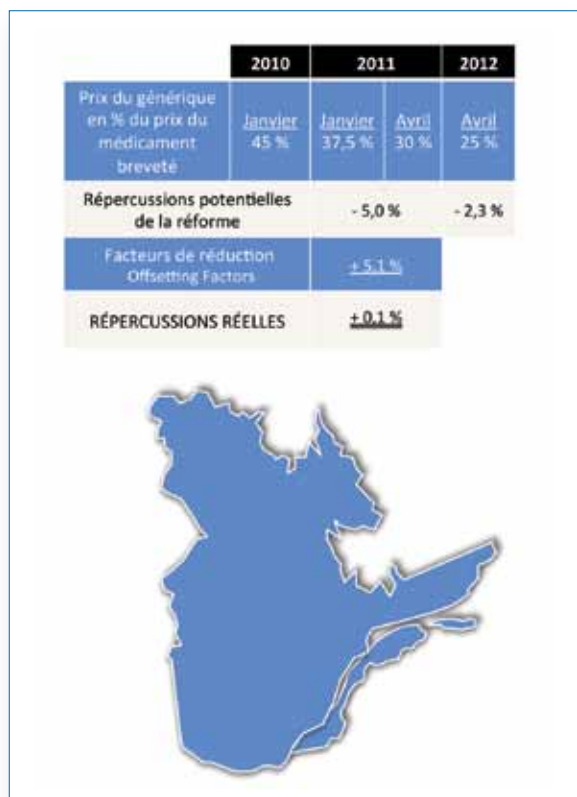


QUÉBEC

Au Québec, le prix des médicaments génériques doit correspondre au prix le plus bas d'un médicament qui figure déjà sur une liste provinciale ailleurs au pays. Par conséquent, le Québec devrait avoir commencé à bénéficier de prix inférieurs pour les génériques depuis que l'Alberta a réduit le prix de ses génériques à 45 % de celui des médicaments brevetés au cours du quatrième trimestre de 2009. Toutefois, en raison de la résistance de certains intervenants, les réformes officielles ont été retardées jusqu'en décembre 2010. Le prix des génériques est alors passé à 37,5 % de celui des médicaments brevetés. Une coupure additionnelle à 30 % du prix des médicaments brevetés a été imposée en avril 2011, puis à 25 % en avril 2012. En 2011, le prix des génériques figurant sur la liste de médicaments au Québec était inférieur à ceux des autres provinces (p. ex., en Colombie-Britannique ces prix correspondaient à 40 % de celui des médicaments brevetés, et à 35 % de ces prix en Ontario). Au Québec, les régimes privés auraient donc pu économiser 5 % de leurs dépenses en médicaments en 2011.

FIGURE 15 | Québec

Certains facteurs ont atténué les économies



Malgré les efforts du gouvernement québécois à cet égard, le prix des génériques a augmenté en 2011. Ces hausses s'expliquent en partie par le fait que le montant des demandes de règlement soumises aux payeurs privés comprend les honoraires professionnels, la majoration et le coût du médicament. Par conséquent, les pharmaciens ont établi une majoration et des honoraires plus élevés afin de recouvrer les revenus qu'ils ont perdus. De plus, le Québec a connu des augmentations substantielles du prix des génériques ne figurant pas sur les listes de médicaments et de ceux qui sont exemptés de la réforme.

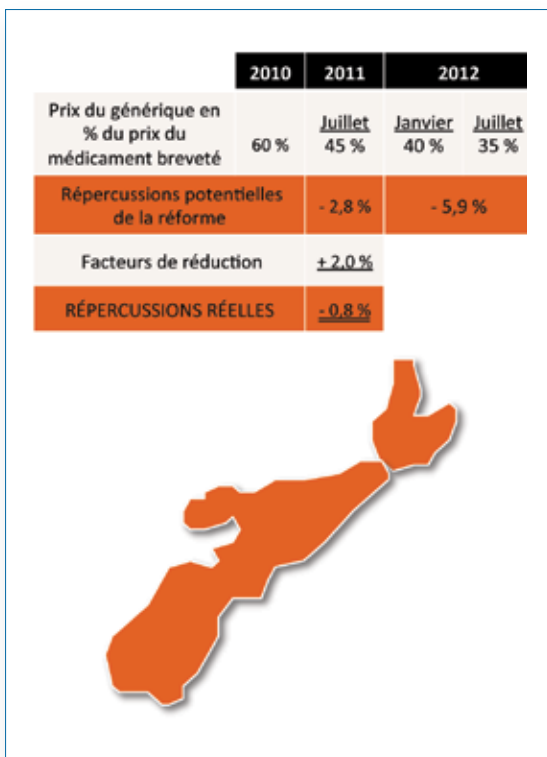
Au Québec, les prix demandés par les pharmacies ont fait l'objet d'un examen. Prenons l'exemple de la forme générique du Lipitor à 20 mg. Les données sur les demandes de règlement soumises à Express Scripts Canada au cours de la période de trois mois se terminant le 31 mars 2012 indiquent que 33 % de ces demandes comprenaient une majoration d'au moins 20 %, ainsi que des honoraires professionnels de 10 \$ en sus du coût réel des ingrédients. De plus, près de 0,04 % des demandes de règlement pour la forme générique Lipitor ont été soumises au prix du médicament breveté.

NOUVELLE-ÉCOSSE

En Nouvelle-Écosse, les réformes du prix des génériques sont entrées en vigueur le 2 juillet 2011. Le prix des génériques existants et nouveaux sont alors passés à 45 % du prix des médicaments brevetés. Ces prix ont de nouveau été réduits pour s'établir à 40 % de celui des médicaments brevetés en janvier 2012 et seront encore réduits à 35 % le 1^{er} juillet 2012. Même si les réformes ne doivent s'appliquer qu'aux résidents couverts par le régime Pharmacare de la Nouvelle-Écosse, il semble que les prix des génériques adoptés par suite des réformes s'appliqueront également aux régimes privés. Par conséquent, les payeurs privés pourront bénéficier d'un meilleur prix. Ces changements pourraient avoir réduit de 2,8 % les dépenses globales, mais en raison de certains facteurs d'atténuation, les économies se sont réellement chiffrées à 0,8 %.

FIGURE 16 | Nouvelle-Écosse

Les payeurs privés ont pu profiter des stratégies de prix

**AUTRES PROVINCES**

Au Canada, c'est l'**Alberta** qui a été la première province à mettre en œuvre une réforme du prix des génériques en 2009. La province a alors réduit le prix des génériques existants et nouveaux pour qu'il

corresponde à 45 % du prix des médicaments brevetés. Puisque l'Alberta n'a pas économisé autant qu'elle l'aurait d'abord cru et que d'autres provinces ont adopté une approche plus dynamique à l'égard du prix des génériques, le gouvernement de l'Alberta a récemment annoncé une réduction supplémentaire afin que le prix des génériques corresponde à 25 % de celui des médicaments brevetés d'ici au mois d'avril 2013.

Le gouvernement du **Nouveau-Brunswick** a récemment annoncé son approche en deux étapes à l'égard du prix des génériques, qui passera à 40 % de celui des médicaments brevetés le 1^{er} juin 2012, puis à 35 % de ce prix le 1^{er} décembre 2012. La province mettra également en œuvre d'autres stratégies visant à atténuer les répercussions des réformes sur les revenus des pharmacies. On pense à une augmentation des honoraires professionnels, à des incitatifs (des honoraires additionnels de 2 \$) pour les pharmacies situées en zone rurale et à la mise en place du programme d'examen des médicaments. Selon la structure de prix actuelle, les dépenses en médicaments pourraient ainsi diminuer de 5,7 % en 2012.

Terre-Neuve-et-Labrador a également communiqué son plan relativement à la réforme du prix des génériques. Dans cette province, l'approche en trois étapes a pris effet le 16 avril 2012 par une réduction du prix des génériques existants et nouveaux afin que leur prix corresponde à 45 % de celui des médicaments brevetés.

FIGURE 17 | Réformes du prix des médicaments génériques

Les régimes privés bénéficieront de prix progressivement moins élevés jusqu'en 2013

Province	Prix des génériques en pourcentage du prix des médicaments brevetés					
	2010		2011		2012	
Alberta	45 %					
Ontario	60 %	50 %	35 %		25 %	
Colombie-Britannique	60 %	42 - 50 %		40 %	35 %	
Québec	45 %	37,5 %	30 %		25 %	
Saskatchewan	60 %		40 - 45 %		35 %	
Nouvelle-Écosse	60 %		45 %	40 %	35 %	

LA RÉPARTITION BREVETÉS/GÉNÉRIQUES

Le prix des génériques passera à 40 % de celui des médicaments brevetés le 1^{er} octobre 2012, puis à 35 % le 1^{er} avril 2013. Compte tenu de la structure de prix actuelle, les dépenses en médicaments pourraient ainsi diminuer de 5,5 % en 2012 et de 5,7 % en 2013.

Jusqu'à maintenant, seules les provinces du **Manitoba** et de **l'Île-du-Prince-Édouard** n'ont pas annoncé de réforme du prix des génériques. Dans l'ensemble, le prix des génériques au Manitoba est encore bien plus élevé que dans les autres provinces. Prenons l'exemple de la forme générique du Lipitor. Son prix correspond à 50 % de celui du médicament breveté au Manitoba. En Ontario et au Québec, le prix de ce générique est établi à 25 % de celui du médicament breveté. L'Île-du-Prince-Édouard emboîtera le pas aux autres provinces de l'Atlantique et réduira le prix des génériques pour qu'il corresponde à 35 % de celui du médicament breveté.

Le tableau ci-dessous résume les différentes stratégies provinciales en matière de réformes du prix des médicaments génériques, le trimestre au cours duquel la réduction a eu lieu ainsi que les pourcentages correspondant au prix des médicaments génériques par rapport à celui des médicaments brevetés. Le trimestre et les stratégies de prix varient d'une province à l'autre, mais nous croyons que la plupart des provinces feront passer le prix des génériques à 25 % ou à 35 % de celui des médicaments brevetés d'ici à 2013.

Le taux d'exécution des génériques demeure un facteur clé pour évaluer l'efficacité avec laquelle les régimes d'assurance médicaments tirent parti des équivalents cliniques moins coûteux. Tous facteurs confondus, un taux d'exécution des génériques plus élevé se traduit par des coûts moindres et de meilleurs résultats sur la santé. En 2011, l'arrivée à échéance de certains brevets a contribué à faire augmenter de 2,1 % le taux d'exécution des génériques, qui s'est établi à 50,8 %. Comme on pouvait s'y attendre, la protection de 15 ans accordée aux médicaments brevetés au Québec s'est soldée par un taux d'exécution des génériques de 48,2 %, le plus faible au Canada.

Le taux d'exécution des génériques au Canada a atteint un sommet en 2011 par suite de l'arrivée à échéance des brevets de médicaments très utilisés, y compris celui de Lipitor qui est échu depuis le troisième trimestre de 2010. La mise en marché de la forme générique de certains médicaments brevetés, par exemple Avapro et Zomig, a également contribué à la hausse du taux d'exécution des génériques en 2011. Le tableau à la page suivante présente la liste complète des génériques de première génération dignes de mention.

FIGURE 18 | Le taux d'exécution des génériques augmente dans toutes les régions

Un taux d'exécution des génériques plus élevé diminue les coûts

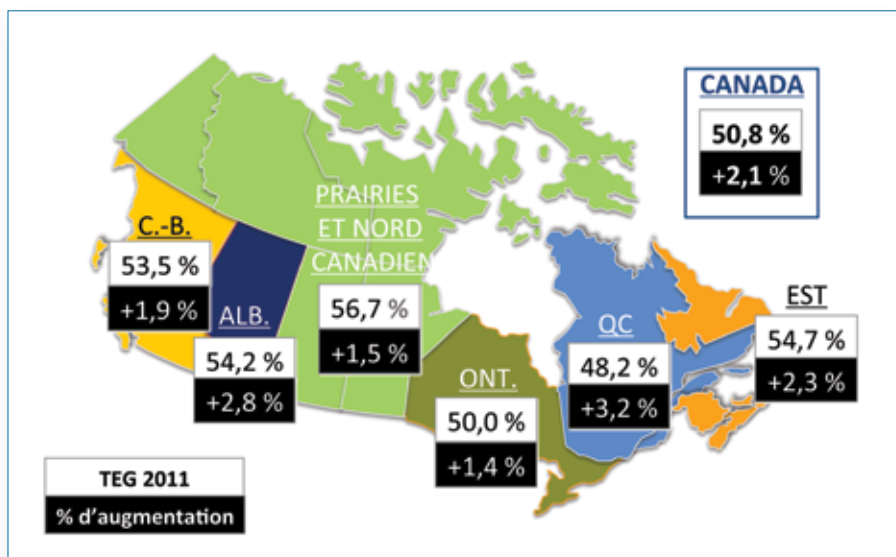


FIGURE 19 | Génériques de première génération à souligner pour 2011

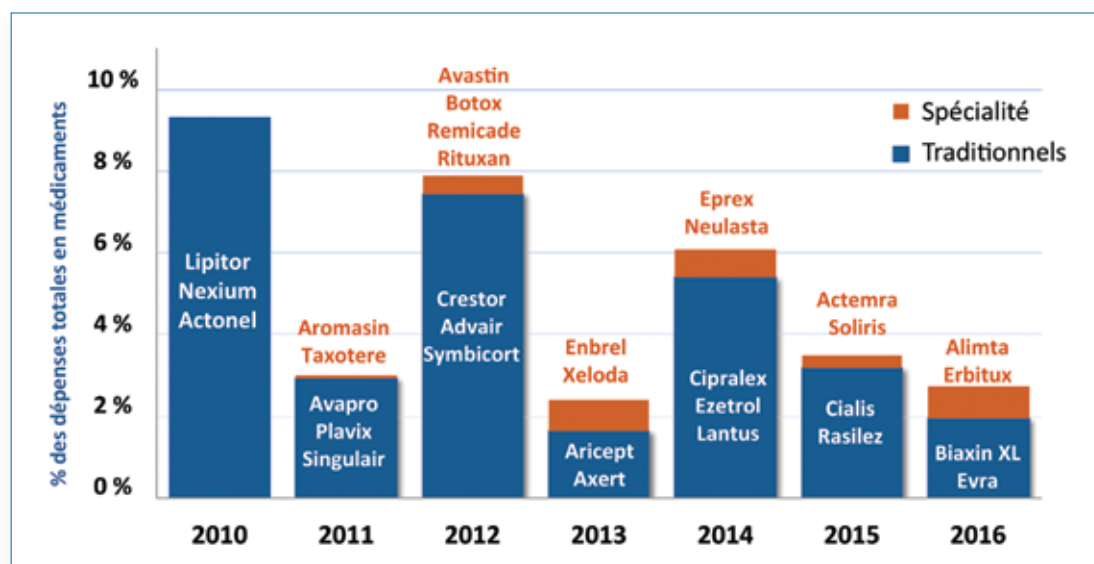
Les payeurs privés peuvent réaliser davantage d'économies

NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ	NOM DU GÉNÉRIQUE	INDICATION(S) COURANTE(S)	RANG DU MÉDICAMENT SELON LE COÛT EN 2011	RANG DU MÉDICAMENT SELON LE NOMBRE DE DDR EN 2011
Lyrica	prégabaline	Douleur neuropathique	18	59
Plavix	clopidogrel	Prévention des événements athérothrombotiques	25	70
Singulair	montélukast	Asthme, rhinite allergique	33	73
Avapro	irbesartan	Hypertension artérielle	44	45
Zomig	zolmitriptan	Migraine	105	182
Caduet	amlodipine/atorvastatine	Hypertension artérielle et hypercholestérolémie	157	265
Xalatan	latanoprost	Glaucome	224	167
Avandia	rosiglitazone	Diabète de type 2	282	376
Avandamet	rosiglitazone/metformine	Diabète de type 2	327	462
Rapamune	sirolimus	Prévention du rejet d'organe chez les receveurs d'allogreffe rénale	393	705
Aromasin	exémestane	Cancer du sein	414	573
Azopt	brinzolamide	Glaucome	596	408

Nous croyons que l'avenir est encourageant pour les promoteurs de régimes privés. Ils pourront tirer parti des réductions supplémentaires du prix des génériques et d'une diminution des dépenses globales en médicaments. En 2012, les brevets de certains médicaments clés arriveront à échéance, notamment celui de Crestor, dans la classe thérapeutique des médicaments pour traiter l'hypercholestérolémie, et celui d'Advair pour traiter l'asthme ou les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). Les médicaments dont le brevet arrivera à échéance au cours des cinq prochaines années ont contribué à 24 % des dépenses totales en 2011. Nous croyons donc que le taux d'exécution des génériques et les économies pouvant être réalisées par l'utilisation de ce type de médicaments continueront à augmenter.

FIGURE 20 | Les enjeux relatifs aux médicaments brevetés se poursuivent

Les brevets d'importants médicaments arriveront à échéance au cours des cinq prochaines années



SURVOL DE LA TENDANCE 1



EXAMEN DES CLASSES THÉRAPEUTIQUES

UN MARCHÉ EN PLEINE ÉVOLUTION 35

RÉDUIRE LE GASPILLAGE 41



Examen des classes thérapeutiques

Express Scripts Canada établit les classes thérapeutiques en regroupant les médicaments qui présentent le même mécanisme d'action ou qui sont utilisés pour traiter la même maladie. Par exemple, la classe thérapeutique des médicaments indiqués pour traiter l'hypercholestérolémie est répartie entre les six classes de médicaments suivantes.

- Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (p. ex. Lipitor, Zocor, Crestor);
- Combinaisons d'inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (p. ex. Advicor);
- Dérivés de l'acide fibrique (p. ex. Lipidil);
- Inhibiteurs de l'absorption intestinale du cholestérol (p. ex. Ezetrol);
- Séquestrants de l'acide biliaire (p. ex. Questtran);
- Dérivés de l'acide nicotinique (p. ex. Niaspan).

Dans l'ensemble, les 30 principales classes thérapeutiques ont compté pour 91 % du coût total des demandes de règlement et pour 85 % du volume total des ordonnances en 2011. La **figure 21** montre les 30 principales classes thérapeutiques selon le coût total. La **figure 22** les classe en fonction du nombre total de demandes de règlement. Les maladies les plus courantes sont celles qui prévalent au sein de la population active, c'est-à-dire les maladies cardiovasculaires et métaboliques formées par l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et le diabète. Notons les maladies inflammatoires, qui occupent le second rang du classement de 2011. Ces maladies étaient en quatrième place en 2010.

Un certain nombre de classes thérapeutiques ont connu une tendance négative. Il s'agit des antibiotiques/anti-infectieux et des médicaments indiqués pour traiter l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, la dépression, les ulcères/reflux et les troubles neurologiques. Cette tendance négative s'explique principalement par l'arrivée à échéance des brevets de nombreux médicaments très utilisés dans ces classes thérapeutiques. Par exemple, le brevet de Lipitor® (utilisé pour traiter l'hypercholestérolémie) est arrivé à échéance en 2010. Des génériques correspondants ont rapidement été offerts par la suite. La mise en marché rapide de nombreux génériques et les réformes provinciales du prix des génériques ont fait chuter de 17 % le coût par ordonnance. On observe cette tendance pour la toute première fois en 2011.

Toutefois, le pourcentage des dépenses totales en médicaments a augmenté dans le cas des maladies inflammatoires, du diabète, de l'asthme/MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) et leur tendance est positive. La classe thérapeutique des médicaments utilisés pour traiter les maladies inflammatoires est dominée par des médicaments très coûteux. En effet, les médecins ont tendance à prescrire ces médicaments plus tôt dans le traitement. Les données cliniques prouvent qu'une intervention précoce peut réduire ou retarder la progression de la maladie ou et même l'invalidité à long terme. De plus, bon nombre de ces médicaments sont approuvés et utilisés pour traiter plus d'une maladie, par exemple la polyarthrite rhumatoïde, le psoriasis et la maladie de Crohn. Par conséquent, même si la prévalence de chaque maladie est relativement faible, une légère augmentation de l'utilisation se traduit par une importante augmentation des dépenses en médicaments.

Dans l'ensemble, les 30 principales classes thérapeutiques ont compté pour 91 % du coût total des demandes de règlement et pour 85 % du volume total des ordonnances en 2011.

FIGURE 21 | Les 30 principales classes thérapeutiques en 2011

Classement selon le coût total

Si on examine le classement des 30 principales classes thérapeutiques selon le coût total, on remarque qu'elles ont compté pour 91 % des dépenses en médicaments d'ordonnance au Canada.

RANG SELON LE COÛT TOTAL	CLASSES THÉRAPEUTIQUES	POURCENTAGE DU COÛT TOTAL		RANG SELON LE COÛT TOTAL	POURCENTAGE DES DDR TOTALES		RANG SELON LE NOMBRE DE DDR		TENDANCE
		2010	2011		2010	2011	2010	2011	
1	Hypertension artérielle	9,93 %	8,98 %	1	13,09 %	13,18 %	1	1	-10,1 %
2	Maladies inflammatoires	6,89 %	8,30 %	4	0,21 %	0,23 %	44	44	14,3 %
3	Hypercholestérolémie	9,04 %	7,80 %	2	6,06 %	6,16 %	4	4	-14,1 %
4	Dépression	7,00 %	6,93 %	3	7,65 %	7,72 %	3	3	-1,5 %
5	Diabète	5,64 %	6,12 %	6	5,28 %	5,41 %	6	6	8,0 %
6	Ulcères/Reflux	6,22 %	5,67 %	5	4,61 %	4,61 %	8	8	-9,2 %
7	Antibiotiques/anti-infectieux	5,29 %	5,21 %	7	8,67 %	8,62 %	2	2	-2,0 %
8	Asthme/MPOC	5,06 %	5,15 %	8	4,50 %	4,43 %	9	9	1,3 %
9	Douleur, Analgésiques narcotiques	3,24 %	3,28 %	9	5,74 %	5,70 %	5	5	0,5 %
10	Troubles neurologiques	2,73 %	2,76 %	10	2,59 %	2,67 %	14	13	0,5 %
11	Anticancéreux	2,61 %	2,68 %	11	0,58 %	0,59 %	32	34	2,0 %
12	Contraception	2,49 %	2,52 %	12	4,02 %	3,81 %	10	10	0,5 %
13	Sclérose en plaques	2,31 %	2,39 %	14	0,08 %	0,08 %	51	51	2,8 %
14	AINS – Douleur et inflammation	2,32 %	2,33 %	13	4,74 %	4,66 %	7	7	-0,2 %
15	Allergies	2,16 %	2,25 %	15	2,75 %	2,74 %	11	12	3,5 %
16	Maladies cardiovasculaires	2,04 %	2,01 %	16	1,57 %	1,49 %	17	18	-2,0 %
17	Trouble déficitaire de l'attention	1,73 %	1,90 %	17	1,05 %	1,11 %	22	22	9,5 %
18	Troubles sanguins	1,35 %	1,81 %	22	0,49 %	0,59 %	34	33	33,7 %
19	Hormonothérapie substitutive	1,53 %	1,62 %	19	1,90 %	1,90 %	15	15	5,5 %
20	Affections cutanées	1,63 %	1,62 %	18	2,61 %	2,48 %	13	14	-0,9 %
21	VIH/SIDA	1,48 %	1,60 %	20	0,12 %	0,12 %	47	48	7,5 %
22	Migraines	1,44 %	1,42 %	21	0,66 %	0,63 %	31	30	-1,5 %
23	Antipsychotiques	1,25 %	1,27 %	23	1,24 %	1,32 %	20	19	1,1 %
24	Ostéoporose	1,13 %	0,96 %	24	1,26 %	1,16 %	19	21	-15,3 %
25	Troubles gastro-intestinaux	0,89 %	0,87 %	25	0,94 %	0,93 %	24	24	-2,4 %
26	Grefe d'organe	0,73 %	0,75 %	27	0,18 %	0,18 %	45	45	2,8 %
27	Troubles du rein/de la vessie	0,69 %	0,73 %	28	0,88 %	0,90 %	25	25	4,4 %
28	Dysfonctionnement érectile	0,65 %	0,71 %	32	0,38 %	0,38 %	37	37	7,6 %
29	Antibiotiques/anti-infectieux topiques	0,69 %	0,70 %	29	1,22 %	1,19 %	21	20	1,5 %
30	Vaccins préventifs	0,74 %	0,70 %	26	0,67 %	0,60 %	30	32	-5,7 %

FIGURE 22 | Les 30 principales classes thérapeutiques en 2011

Classement selon le nombre de demandes de règlement

Si on examine le classement des 30 principales classes thérapeutiques selon le nombre de demandes de règlement, on remarque que la liste est encore une fois dominée par les médicaments utilisés pour traiter les maladies chroniques.

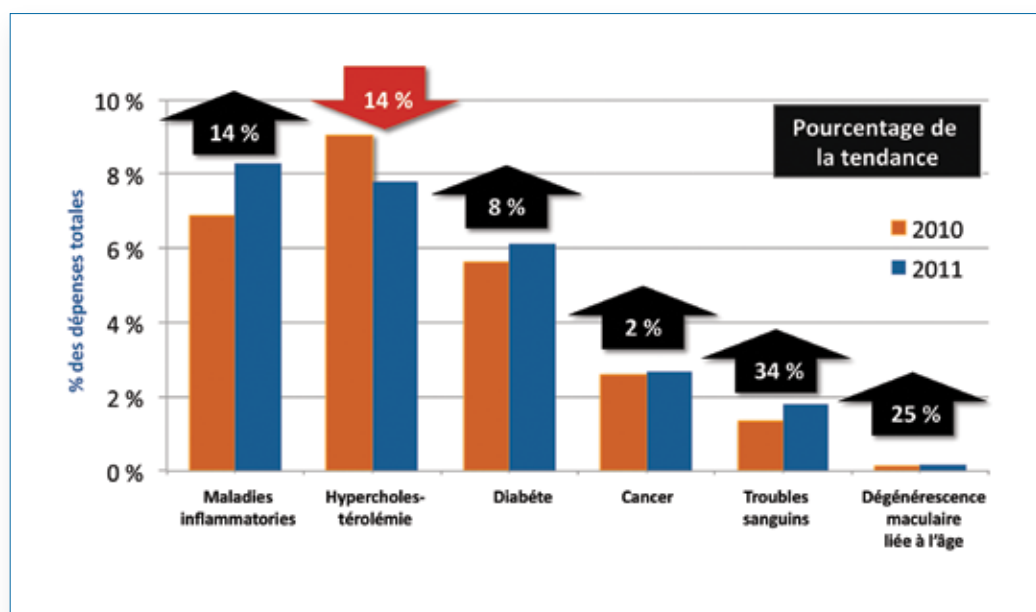
RANG SELON LE NOMBRE DE DDR	CLASSES THÉRAPEUTIQUES	POURCENTAGE DES DDR TOTALES		RANG SELON LE NOMBRE DE DDR	POURCENTAGE DU COÛT TOTAL		RANG SELON LE COÛT		TENDANCE
		2010	2011		2010	2011	2010	2011	
1	Hypertension artérielle	13,09 %	13,18 %	1	9,93 %	8,98 %	1	1	-10,1 %
2	Antibiotiques/anti-infectieux	8,67 %	8,62 %	2	5,29 %	5,21 %	7	7	-2,0 %
3	Dépression	7,65 %	7,72 %	3	7,00 %	6,93 %	3	4	-1,5 %
4	Hypercholestérolémie	6,06 %	6,16 %	4	9,04 %	7,80 %	2	3	-14,1 %
5	Douleur, analgésiques narcotiques	5,74 %	5,70 %	5	3,24 %	3,28 %	9	9	0,5 %
6	Diabète	5,28 %	5,41 %	6	5,64 %	6,12 %	6	5	8,0 %
7	AINS – Douleur et inflammation	4,74 %	4,66 %	7	2,32 %	2,33 %	13	14	-0,2 %
8	Ulcères/reflux	4,61 %	4,61 %	8	6,22 %	5,67 %	5	6	-9,2 %
9	Asthme/MPOC	4,50 %	4,43 %	9	5,06 %	5,15 %	8	8	1,3 %
10	Contraception	4,02 %	3,81 %	10	2,49 %	2,52 %	12	12	0,5 %
11	Troubles thyroïdiens	2,70 %	2,77 %	12	0,58 %	0,62 %	35	34	6,0 %
12	Allergies	2,75 %	2,74 %	11	2,16 %	2,25 %	15	15	3,5 %
13	Troubles neurologiques	2,59 %	2,67 %	14	2,73 %	2,76 %	10	10	0,5 %
14	Affections cutanées	2,61 %	2,48 %	13	1,63 %	1,62 %	18	20	-0,9 %
15	Hormonothérapie substitutive	1,90 %	1,90 %	15	1,53 %	1,62 %	19	19	5,5 %
16	Anxiolytiques	1,88 %	1,84 %	16	0,40 %	0,40 %	40	41	0,6 %
17	Sédatifs/hypnotiques	1,50 %	1,53 %	18	0,64 %	0,69 %	33	32	7,0 %
18	Maladies cardiovasculaires	1,57 %	1,49 %	17	2,04 %	2,01 %	16	16	-2,0 %
19	Antipsychotiques	1,24 %	1,32 %	20	1,25 %	1,27 %	23	23	1,1 %
20	Antibiotiques/anti-infectieux topiques	1,22 %	1,19 %	21	0,69 %	0,70 %	29	29	1,5 %
21	Ostéoporose	1,26 %	1,16 %	19	1,13 %	0,96 %	24	24	-15,3 %
22	Trouble déficitaire de l'attention	1,05 %	1,11 %	22	1,73 %	1,90 %	17	17	9,5 %
23	Troubles oculaires divers	1,03 %	1,05 %	23	0,33 %	0,38 %	43	43	14,8 %
24	Troubles gastro-intestinaux	0,94 %	0,93 %	24	0,89 %	0,87 %	25	25	-2,4 %
25	Troubles du rein/de la vessie	0,88 %	0,90 %	25	0,69 %	0,73 %	28	27	4,4 %
26	Anti-inflammatoires stéroïdiens	0,86 %	0,86 %	26	0,24 %	0,24 %	48	47	0,4 %
27	Hyperplasie bénigne de la prostate	0,70 %	0,77 %	28	0,56 %	0,52 %	37	38	-7,7 %
28	Acné	0,82 %	0,76 %	27	0,66 %	0,66 %	30	33	-0,7 %
29	Relaxants musculaires	0,69 %	0,70 %	29	0,66 %	0,69 %	31	31	4,7 %
30	Migraines	0,66 %	0,63 %	31	1,44 %	1,42 %	21	22	-1,5 %

LES CLASSES THÉRAPEUTIQUES À SURVEILLER

Nous examinons en profondeur certaines classes thérapeutiques pour connaître les principaux facteurs relatifs à l'utilisation et au coût par ordonnance et jetons un regard sur l'avenir.

- **Maladies inflammatoires.** Même si les médicaments indiqués pour traiter les maladies inflammatoires n'ont représenté que 0,2 % du total des ordonnances, ils correspondent à 8,3 % des dépenses totales en 2011. Nous croyons que cette classe thérapeutique continuera à croître en raison du nombre grandissant d'options de traitement potentielles et des indications multiples qui sont approuvées pour les plus importants produits biologiques.
- **Hypercholestérolémie.** La classe thérapeutique des médicaments contre l'hypercholestérolémie a connu la plus importante diminution de sa tendance en 2011. Or, les médicaments en voie de développement dans cette classe comprennent des produits biologiques qui pourraient faire augmenter les coûts à l'avenir.
- **Diabète.** La prévalence accrue du diabète et l'arrivée sur le marché de médicaments plus coûteux ont entraîné une augmentation de 8 % des dépenses de cette classe de médicaments en 2011. Nous croyons que le vieillissement de la population sera la cause d'augmentations futures.
- **Cancer.** Malgré le nombre croissant de nouveaux anticancéreux, la tendance de cette classe thérapeutique a connu une croissance modeste de 2 % en 2011. Cette augmentation peut être principalement attribuable à l'arrivée sur le marché de la version générique de deux anticancéreux administrés par voie orale très populaires, qui ont contribué à réduire le coût par ordonnance.
- **Troubles sanguins.** Les dépenses de cette classe thérapeutique ont augmenté de 33,7 % en 2011. Cette hausse s'explique par l'utilisation accrue de médicaments de spécialité coûteux, par exemple Soliris®, qui s'élève à 290 000 \$ par demandeur, par année.
- **Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).** Le vieillissement de la population a généré une augmentation significative de l'utilisation des médicaments pour traiter la DMLA, ce qui se traduit par une tendance de 25 % en 2011.

FIGURE 23 | Les classes thérapeutiques à surveiller
L'utilisation et le coût par ordonnance seront à surveiller

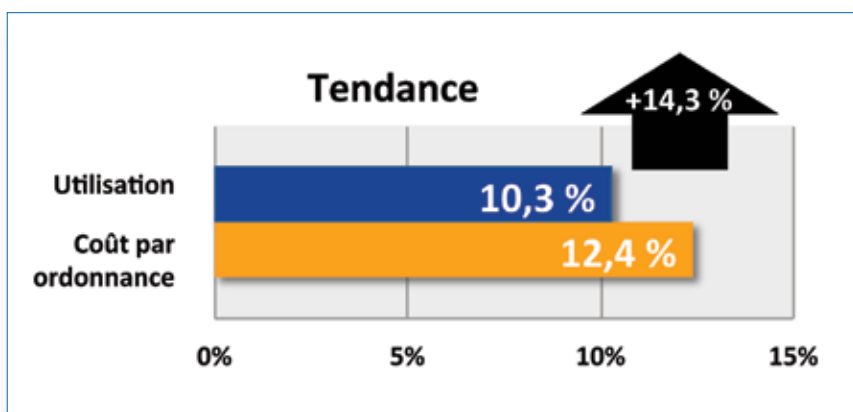


MALADIES INFLAMMATOIRES

La classe thérapeutique portant sur les maladies inflammatoires englobe des médicaments pour traiter de nombreuses maladies qui impliquent une cascade de réactions inflammatoires : la polyarthrite rhumatoïde, le rhumatisme psoriasique, la spondylite ankylosante, la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse et le psoriasis. Il s'agit de maladies chroniques qui, à un stade avancé, peuvent exiger la prise de médicaments de spécialité complexes et coûteux. Près de 10 médicaments de spécialité figurent dans cette classe thérapeutique. Certains d'entre eux, par exemple Actemra, Enbrel, Humira, Orenzia, Remicade et Simponi, sont approuvés pour de nombreuses indications.

Survol de l'année

La tendance en matière de maladies inflammatoires croît à un rythme assez rapide. Cette hausse est attribuable aux augmentations supérieures à 10 % de l'utilisation (+10,3 %) et du coût par ordonnance (+12,4 %).



Analyse détaillée

Cette classe thérapeutique compte un certain nombre d'agents importants :

- ✓ **Actemra** (tocilizumab), le premier et le seul inhibiteur du récepteur d'interleukine 6 (IL 6), a été approuvé en mai 2010 pour traiter la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrite juvénile. Le coût et le volume des ordonnances de ce médicament ont été multipliés par huit.
- ✓ L'utilisation de **Simponi** (golimumab) et de **Stelara** (ustekinumab) a presque augmenté de 50 % en 2011, ce qui a eu une incidence significative sur la tendance dans cette catégorie. Ces deux produits biologiques sont administrés par voie sous-cutanée, et leur coût annuel s'élève à 20 000 \$ par patient, par année.

PRINCIPAUX FACTEURS



TENDANCE
+14,3 %

POURCENTAGE
DES DÉPENSES TOTALES
8,30 %

POURCENTAGE
DES ORDONNANCES
TOTALES
0,23 %

COÛT MOYEN/
ORDONNANCE
2 178 \$

PRINCIPAUX
MÉDICAMENTS

Actemra
Stelara
Simponi

- ✓ La classe des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (TNF), notamment Enbrel (étanercept), Humira (adalimumab) et Remicade (infliximab) continue de voir le volume de leurs ordonnances augmenter. Les augmentations se situent entre 4 et 22 % en 2011.

L'avenir...

L'augmentation de la tendance globale au sein de la classe thérapeutique portant sur les maladies inflammatoires peut être attribuée aux récentes hausses du nombre de produits qui y figurent ainsi qu'aux nombreuses indications pour lesquelles ces médicaments peuvent être utilisés. Toutefois, le potentiel de concurrence accrue dans cette classe offre aux promoteurs de régimes de nouvelles occasions de gestion d'une utilisation efficiente et responsable sur le plan clinique.

- ✓ Les programmes de gestion de la maladie peuvent s'avérer appropriés. Pour gérer une maladie de façon globale, on doit comprendre et gérer tant les facteurs de risque que les facteurs aggravants. Les patients qui souffrent de psoriasis modéré à sévère pourraient par exemple être informés du risque accru d'infarctus du myocarde. Ils pourraient faire l'objet d'un suivi et d'une gestion de leur maladie.
- ✓ Des médicaments de spécialité administrés par voie orale sont de plus en plus accessibles. Deux de ces médicaments en voie de développement sont le tofacitinib, un inhibiteur de la Janus kinase (JAK) pour traiter la polyarthrite rhumatoïde et l'apremilast, un inhibiteur de la phosphodiesterase de type 4 pour traiter le psoriasis. Ce type de médicaments administrés par voie orale devrait occasionner une augmentation de l'utilisation en raison de leur aspect pratique et de la facilité avec laquelle ils peuvent être administrés.

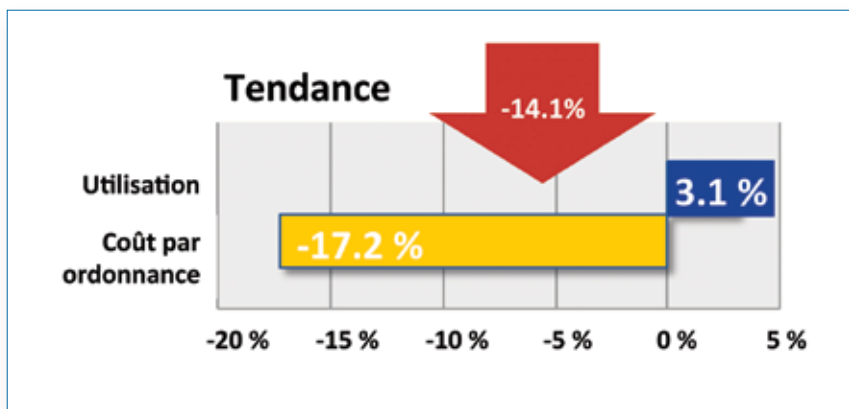
La classe thérapeutique des médicaments indiqués pour traiter les maladies inflammatoires telles que la polyarthrite rhumatoïde, le rhumatisme psoriasique, la spondylarthrite ankylosante et la maladie de Crohn a connu une croissance rapide en raison du nombre grandissant d'options de traitement potentielles et des indications multiples pour lesquelles les médicaments sont prescrits.

HYPERCHOLESTÉROLÉMIE

L'Enquête canadienne sur les mesures de la santé que Statistique Canada a publiée en mars 2010 indique que 47 % des adultes canadiens âgés de 40 à 59 ans présentent un taux élevé de cholestérol.

Survol de l'année

La diminution de 14,1 % des dépenses en 2011 pour la classe thérapeutique des médicaments utilisés pour traiter l'hypercholestérolémie a été plus prononcée que la diminution de 8 % que nous avons notée en 2010. Ce fléchissement découle principalement de la baisse de 17,2 % du coût moyen par ordonnance qui s'explique par l'arrivée sur le marché des versions génériques de Lipitor®. La diminution est légèrement atténuée par une augmentation de 3,1 % de l'utilisation dans cette classe.

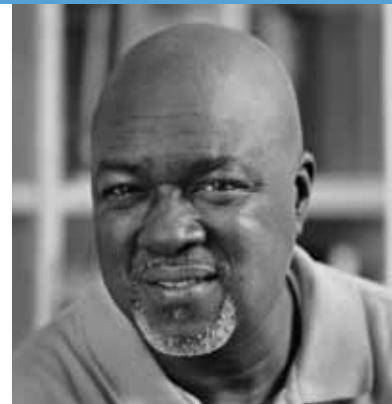


Analyse détaillée

Les statines sont les médicaments privilégiés pour traiter l'hypercholestérolémie. À l'exception de Crestor, dont la version générique est arrivée sur le marché canadien en mars 2012, toutes les statines disposaient d'un générique correspondant en 2011. Le fait que des génériques à moindre coût étaient offerts explique la tendance négative dans la classe des médicaments utilisés pour traiter l'hypercholestérolémie.

- ✓ La forme générique de Lipitor (atorvastatine) est l'élément principal qui explique la diminution de 40 % des dépenses relatives à ce médicament en 2011.

PRINCIPAUX FACTEURS



TENDANCE

-14,1 %

POURCENTAGE DES DÉPENSES TOTALES

7,80 %

POURCENTAGE DES ORDONNANCES TOTALES

6,16 %

COÛT MOYEN/ ORDONNANCE

74,02 \$

PRINCIPAUX MÉDICAMENTS

Lipitor
Crestor

- ✓ La diminution de 17,2 % du coût par ordonnance a été légèrement atténuée par une augmentation de 20 % du nombre des demandes de règlement de Crestor et de 10 % de celles d'Ezetrol (un médicament qui n'est pas une statine, mais qui est indiqué pour traiter l'hypercholestérolémie).

L'avenir...

Du fait que des versions génériques de Crestor sont maintenant offertes, nous croyons que le coût par ordonnance des statines devrait diminuer encore davantage en 2012. Dès que les génériques figureront sur les listes de médicaments provinciales et seront assujettis aux réformes, Crestor devrait être la statine la plus efficace dans sa classe.

En 2012, on s'attend à ce que le *National Heart Lung and Blood Institute* aux États-Unis publie les directives cliniques à jour *Adult Treatment Panel IV* relatives au traitement des adultes qui souffrent d'hypercholestérolémie. Conjointement avec la publication de nouvelles directives sur l'hypertension artérielle (JNC 8) et sur l'obésité, des lignes directrices sur la réduction des risques liés aux maladies cardiovasculaires sont également prévues. Ces directives à jour souligneront probablement l'utilisation des statines et d'un traitement antiobésité, le cas

échéant, tout en diminuant l'utilisation des fibrates qui, selon de nouvelles données, sont moins efficaces que les statines.

De nombreuses nouvelles classes de médicaments sont en voie de développement.

- ✓ Les inhibiteurs de la protéine de transfert des esters de cholestérol (CETP) sont des agents prometteurs administrés par voie orale pour gérer les cibles secondaires d'un faible taux d'HDL.
- ✓ Mipomersen, un médicament que le patient s'injecte lui-même une fois par semaine, inhibe l'apolipoprotéine B (apo-B). Ce médicament pourrait être mis en marché en 2012 aux États-Unis pour traiter l'hypercholestérolémie homozygote familiale.
- ✓ Les essais préliminaires du REGN727, un agent biologique visant à neutraliser la proprotéine convertase subtilisin/kexin type 9 (PCSK9), sont terminés en vue de réduire les taux élevés de cholestérol.

Dans le cas de l'hypercholestérolémie, du diabète, de l'obésité et de l'hypertension artérielle, l'intégration d'un programme de gestion de la maladie peut contribuer à diminuer le risque d'événements cardiovasculaires qui réduisent la productivité et entraînent l'invalidité.

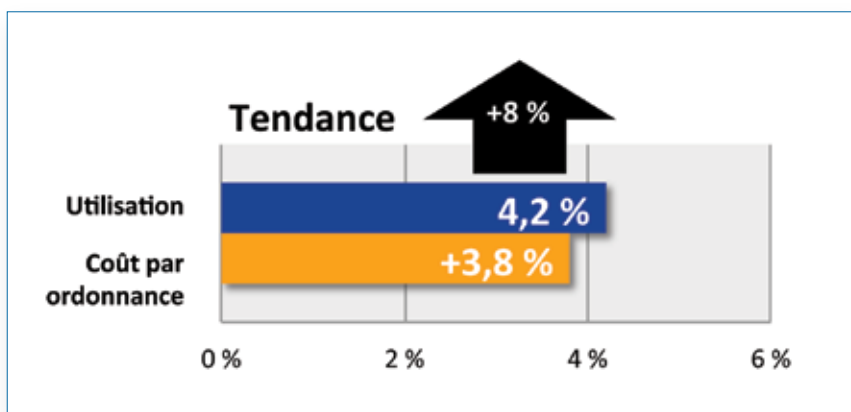
Un taux élevé de cholestérol peut être contrôlé au moyen de changements dans l'alimentation et le style de vie ainsi que la prise de statines. Le fait que des statines génériques à moindre coût étaient offertes explique la tendance négative dans la classe des médicaments utilisés pour traiter l'hypercholestérolémie.

DIABÈTE

Les données de 2010 - dernière année à laquelle les statistiques étaient disponibles - du Système national de surveillance du diabète ont permis à l'Agence de la santé publique du Canada de déterminer que 2,7 millions de Canadiens (7,6 % de la population) souffraient de diabète en 2010. On prévoit que ce nombre augmentera à 4,2 millions (10,8 % de la population) d'ici 2020. La prévalence du diabète au Canada est bien supérieure à celle de la plupart des autres pays. Seuls le Portugal, les États-Unis et le Mexique présentent des taux plus élevés. La croissance régulière du nombre de personnes souffrant de cette maladie peut s'expliquer par certains facteurs, notamment l'augmentation du taux d'obésité attribuable à un style de vie sédentaire, les mauvaises habitudes alimentaires ainsi que le vieillissement de la population.

Survol de l'année

La classe des médicaments contre le diabète continue de subir des changements, tant en termes d'utilisation (+4,2 %) que de coût par ordonnance (+3,8 %). La tendance relative à ces médicaments s'est établie à 8 % en 2011, ce qui est semblable à la tendance de 9,1 % connue en 2010.



Analyse détaillée

L'augmentation du coût par ordonnance est attribuable à deux nouvelles classes de médicaments utilisés pour traiter le diabète, qui agissent tous deux sur les hormones incréтины de l'estomac : les inhibiteurs de la DPP-4 et les agonistes des récepteurs du GLP-1.

PRINCIPAUX FACTEURS



TENDANCE

+8,0 %

POURCENTAGE DÉPENSES TOTALES

6,12 %

POURCENTAGE ORDONNANCES TOTALES

5,41 %

COÛT MOYEN/ORDONNANCE

69,34 \$

PRINCIPAUX MÉDICAMENTS

Inhibiteurs de la DPP-4

p. ex., Januvia, Onglyza, Trajenta

Agonistes des récepteurs du GLP-1

p. ex., Victoza

- ✓ Les **inhibiteurs de la DPP-4** sont des médicaments administrés par voie orale. Januvia, le premier médicament de cette classe à être offert sur le marché en 2008, a été suivi de près par Onglyza®, puis par Trajenta®. Les parts de marché de ces médicaments contre le diabète ont continué d'augmenter en 2011. Par exemple, l'utilisation de Januvia a augmenté de près de 60 %.
- ✓ La classe des **agonistes des récepteurs du GLP-1** compte deux médicaments brevetés : Victoza® et Byetta®, le premier étant plus efficace que l'autre. Même si Victoza® n'est offert sur le marché que depuis le mois de mai 2010, l'augmentation pondérée de son utilisation a atteint plus de 300 % en 2011.
- ✓ Le taux d'utilisation dans la classe thérapeutique des **thiazolidinédiones** (Actos®, Avandia®) a connu un déclin constant de 20 %, qui s'explique en partie par les préoccupations relatives aux problèmes cardiovasculaires que ces médicaments peuvent entraîner. Aussi, les inhibiteurs de la DPP-4 sont-ils désormais davantage utilisés.

L'avenir...

Nous croyons que les programmes de gestion des maladies peuvent jouer un rôle important dans la prévention du diabète et de ses complications.

- ✓ De nombreux facteurs de risque sont réversibles et peuvent être gérés. Selon l'Association canadienne du diabète, le

risque de développer le diabète peut être réduit de 58 % si le patient participe à des activités physiques modérées pendant 30 minutes par jour et s'il perd de 5 % à 7 % de son poids corporel. Le patient peut également consulter son professionnel de la santé, qui l'aidera à diminuer les risques de développer cette maladie.

- ✓ Dans le cas d'une personne chez qui on a déjà diagnostiqué le diabète, un programme de gestion de la maladie devient plus important encore pour prévenir ou retarder les complications qui peuvent avoir des répercussions sur presque tous les organes du corps. Ces complications peuvent occasionner une augmentation importante de l'invalidité à court terme et de l'invalidité de longue durée, de l'absentéisme ainsi qu'une baisse de la productivité.

L'augmentation de la prévalence du diabète a contribué à stimuler la recherche au sein du secteur pharmaceutique.

- ✓ Des médicaments novateurs comme les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2) et les agonistes du récepteur 1 des acides gras libres sont présentement en développement.
- ✓ De nouveaux agonistes des récepteurs du GLP-1 comme l'exénatide, l'albiglutide et la taspoglutide à action prolongée sont également en développement.
- ✓ Par ailleurs, de nouveaux analogues recombinés de l'insuline humaine à action ultra-prolongée comme l'insuline degludec et des analogues à action ultrarapide sont en développement.

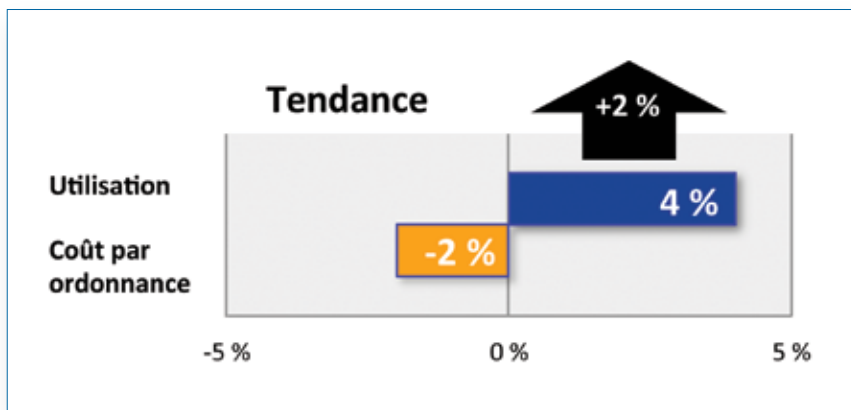
La croissance régulière du nombre de personnes souffrant de cette maladie peut s'expliquer par certains facteurs, notamment l'augmentation du taux d'obésité attribuable à un style de vie sédentaire, les mauvaises habitudes alimentaires ainsi que le vieillissement de la population.

CANCER

Même si les traitements contre le cancer se sont considérablement améliorés depuis quelques années, les statistiques de la Société canadienne du cancer indiquent une prévalence de 2,3 % de la maladie au sein de la population canadienne. Une personne sur 44 est donc atteinte de cancer.

Survol de l'année

La tendance en matière d'anticancéreux a beaucoup ralenti cette année. Elle est passée de +12,2 % en 2010 à seulement 2 % en 2011. L'augmentation de 4 % de l'utilisation a été atténuée par la légère diminution (-2 %) du coût par ordonnance, ce qui explique cette tendance modeste.



Analyse détaillée

Étant donné qu'un nombre croissant d'anticancéreux administrés par voie orale est offert, de plus en plus de patients peuvent suivre un traitement à domicile.

- ✓ La diminution du coût moyen par ordonnance est survenue par suite de l'arrivée sur le marché de la version générique de deux anticancéreux administrés par voie orale - **Femara** (létrazole), qui est utilisé pour traiter le cancer du sein et **Casodex** (bicalutamide), pour le cancer de la prostate. Ces deux médicaments sont couverts par la plupart des régimes provinciaux. Ainsi, le prix des génériques est établi à entre 25 % et 35 % de celui du médicament breveté. Les dépenses totales pour ces deux médicaments ont chuté de 22 % en 2011 pour passer à 3 millions de dollars. Les dépenses s'élevaient à 3,8 millions de dollars en 2010.

PRINCIPAUX FACTEURS



TENDANCE
+2,0 %

**POURCENTAGE
DES DÉPENSES TOTALES**
2,68 %

**POURCENTAGE
DES ORDONNANCES
TOTALES**
0,59 %

**COÛT MOYEN/
ORDONNANCE**
245,74 \$

PRINCIPAUX MÉDICAMENTS

Casodex
Femara
Zolinza
Votrient
Temodal

Les trois principaux facteurs de la tendance positive en 2011 sont tous des anticancéreux administrés par voie orale

- ✓ **Zolinza**, qui est indiqué pour le traitement des manifestations cutanées du lymphome cutané à cellules T (LCCT). Le coût moyen par demande de règlement de ce médicament est de 5 375 \$.
- ✓ **Votrient**, qui est utilisé pour le traitement de l'adénocarcinome rénal. Le coût moyen par demande de règlement de ce médicament est de 5 016 \$.
- ✓ **Temodal** qui est indiqué pour le traitement du cancer du cerveau. Le coût moyen par demande de règlement de ce médicament est de 1 433 \$.

L'avenir...

Nous nous attendons à ce que la catégorie des anticancéreux continue à croître. En effet, de nouveaux médicaments sont arrivés sur le marché pour traiter des maladies existantes ainsi que des types de cancer pour lesquels il existe peu ou pas d'options de traitement.

Le risque d'être atteint de cancer augmente avec l'âge, ce qui a un rapport direct avec la hausse du nombre d'ordonnances et de l'utilisation des anticancéreux.

La diminution du coût moyen par ordonnance est survenue par suite de l'arrivée sur le marché de la version générique de deux anticancéreux administrés par voie orale - Femara (létrozole), qui est utilisé pour traiter le cancer du sein et Casodex (bicalutamide), pour le cancer de la prostate.

Nous recommandons par ailleurs aux payeurs privés d'évaluer attentivement toutes les sources de remboursement potentielles. La tendance en matière de médicaments augmente au sein du secteur privé, mais peut toutefois être atténuée par l'ajout d'anticancéreux sur les listes de médicaments provinciales et des programmes d'aide aux patients offerts par les fabricants.

La gestion de la maladie est un facteur important pour prévenir et gérer les traitements anticancéreux.

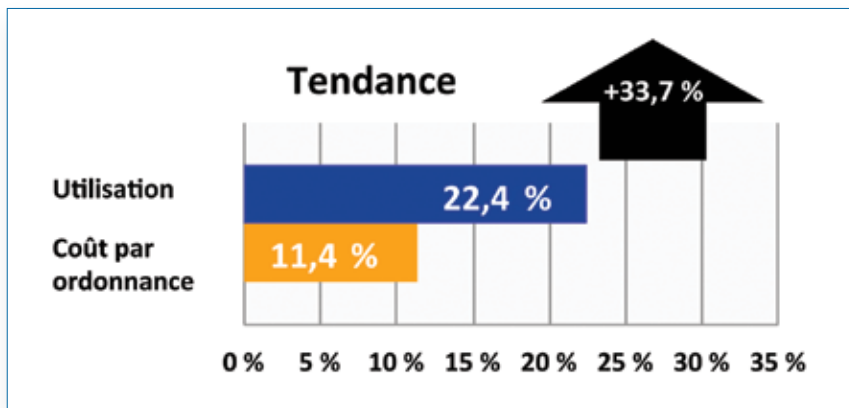
- ✓ L'Organisation mondiale de la santé estime qu'un tiers de tous les cancers peuvent être évités. Le tabagisme est par exemple le facteur de risque le plus important pour éviter la mortalité attribuable au cancer. L'intervention d'un professionnel de la santé peut aider les patients à déterminer leurs facteurs de risque et à les modifier afin de les réduire.
- ✓ Les patients atteints de cancer souffrent souvent de nombreuses autres comorbidités comme la dépression, la douleur, les infections et les AVC. Plutôt que de traiter le cancer seul, les professionnels de la santé doivent se préoccuper de l'état général du patient..

TROUBLES SANGUINS

La classe thérapeutique portant sur les troubles sanguins regroupe une vaste gamme de médicaments servant principalement à empêcher la diminution du taux de globules blancs par suite d'une chimiothérapie administrée aux patients atteints de cancer, ou encore à empêcher la diminution des globules rouges chez les patients qui souffrent de troubles rénaux. Cette classe thérapeutique comprend également des médicaments pour traiter des troubles sanguins relativement rares comme l'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN), un type d'anémie qui survient par suite de la destruction des globules rouges par le système immunitaire du patient. On estime qu'il existe environ 90 patients atteints d'HPN au Canada.

Survol de l'année

La tendance relative aux médicaments utilisés pour traiter les troubles sanguins s'est établie à 33,7 % en 2011, ce qui est bien supérieur à celle de 12,5 % connue en 2010. L'utilisation et le coût moyen par ordonnance ont augmenté de 22,4 % et de 11,4 % respectivement.



Analyse détaillée

Nplate et Soliris sont les deux principaux agents de la classe thérapeutique des médicaments utilisés pour traiter les troubles sanguins.

- ✓ **Nplate** (romiplostim) sert à traiter le purpura thrombocytopénique immunitaire idiopathique chronique (PTI chronique), une maladie qui entraîne une réduction chronique du nombre de plaquettes et dont la cause n'est pas connue. Le romiplostim stimule les cellules de la moelle osseuse pour afin de produire plus de plaquettes, ce qui diminue le risque de saignements. Même si la prévalence de cette maladie est relativement

PRINCIPAUX FACTEURS



TENDANCE
+33,7 %

POURCENTAGE
DES DÉPENSES TOTALES
1,81 %

POURCENTAGE
DES ORDONNANCES
TOTALES
0,59 %

COÛT MOYEN/
ORDONNANCE
185 \$

PRINCIPAUX
MÉDICAMENTS

Nplate
Soliris

faible, 31 demandes de règlement ont été soumises à Express Scripts Canada pour Nplate en 2011. Le coût de ce médicament est relativement élevé (20 000 \$ par patient, par année).

- ✓ **Soliris** a été approuvé en 2009 pour empêcher la destruction des globules rouges lorsque le patient est atteint d'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN). Soliris est un anticorps monoclonal humanisé recombinant qui se fixe aux protéines qui entraînent le processus inflammatoire responsable du HPN. Cette maladie peut causer un important taux de morbidité et de mortalité. En général, les patients survivent pendant en moyenne 15 ans. En 2011, 18 demandes de règlement ont été soumises à Express Scripts Canada pour Soliris. Ces demandes ont entraîné des dépenses totales de 5,2 millions de dollars, soit en moyenne 290 000 \$ par demandeur, par année.

Neulasta et Neupogen, qui servent à stimuler la production de globules blancs, ont connu une croissance régulière de 20 % à 30 % sur le plan des coûts et de leur utilisation en 2011.

L'avenir

La thérapie génique est l'un des traitements potentiels pour les troubles sanguins, qui corrige tout gène anormal dans les cellules souches du patient. Nous croyons que ces traitements, qui seraient remboursés par le secteur public, pourraient être très coûteux. Ces traitements ne seront toutefois pas offerts avant quelques années.

S'ils intégraient leurs couvertures et leurs listes de médicaments à celles des régimes provinciaux, les régimes privés pourraient être moins vulnérables aux coûts élevés engagés par un petit nombre de patients.

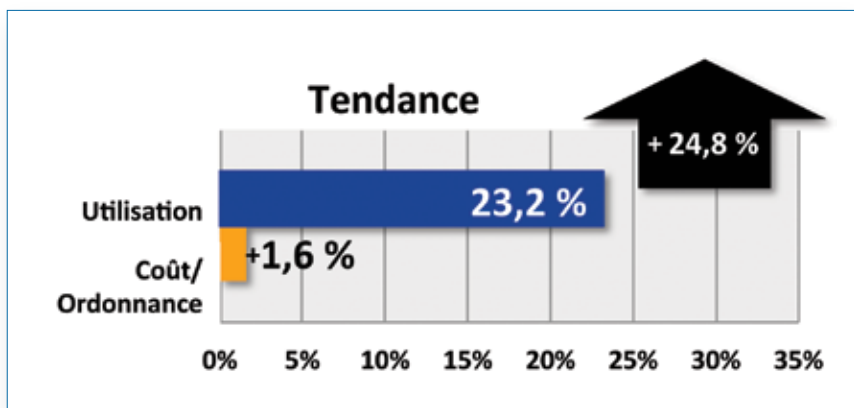
Les médicaments indiqués pour traiter les troubles sanguins peuvent être coûteux. Par exemple, l'un des traitements servant à empêcher la diminution des globules rouges peut coûter des centaines de milliers de dollars par patient, par année.

DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE LIÉE À L'ÂGE

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est une maladie dégénérative de la partie centrale de la rétine (le macula) qui entraîne une perte de la vision centrale. La DMLA peut être atrophique ou humide (exsudative). Cette dernière forme de la maladie cause la vaste majorité des pertes considérables de la vision. Le *Eye Diseases Prevalence Research Group* estime qu'aux États-Unis, la prévalence de la DMLA chez les adultes âgés de 40 ans et plus est de 1,47 %. Ce pourcentage augmente beaucoup avec l'âge.

Survol de l'année

Les dépenses en médicaments dans cette classe thérapeutique ont augmenté et la tendance s'élève à près de 25 % en 2011. Il s'agit d'une tendance presque trois fois plus élevée que celle de 8,8 % en 2010. L'augmentation de 23,2 % de l'utilisation attribuable au vieillissement de la population est probablement l'élément le plus important de cette catégorie de médicaments.



Analyse détaillée

Au Canada, deux médicaments sont habituellement prescrits pour traiter la dégénérescence maculaire liée à l'âge :

- ✓ **Lucentis** (ranibizumab) est le médicament le plus important de cette classe thérapeutique. Il a connu une augmentation de 27 % en termes d'utilisation et de dépenses. Il s'agit d'un anticorps monoclonal dirigé contre le facteur de croissance vasculaire endothéliale humain de type A qui empêche une néovascularisation ainsi qu'une perméabilité vasculaire de l'œil ou des yeux. La perméabilité vasculaire et la néovascularisation peuvent entraîner une perte de la vision.

PRINCIPAUX FACTEURS



TENDANCE
+24,8 %

POURCENTAGE
DES DÉPENSES TOTALES
0,17 %

POURCENTAGE
DES ORDONNANCES
TOTALES
0,01 %

COÛT MOYEN/
ORDONNANCE
1 088 \$

PRINCIPAL
MÉDICAMENT

Lucentis

- ✓ Lucentis est un dérivé d'un fragment d'Avastin® (bevacizumab), dont l'usage non conforme aux indications sert au traitement de la DMLA exsudative.
- ✓ **Macugen** est un médicament également offert et approuvé pour traiter la DMLA exsudative. Même s'il a contribué à réduire la perte visuelle, ce médicament n'a permis aucune amélioration de la vision. Son utilisation demeure donc faible.

maculaire continuera fort probablement à augmenter.

De nombreux essais cliniques sont en cours pour trouver d'autres options de traitement de la DMLA. On évalue présentement l'inhibiteur d'angiogenèse pazopanib, administré sous forme de gouttes oculaires, l'injection d'un analogue de la polyamine antiprolifératif, divers protocoles de traitements au moyen de la thérapie photodynamique avec agents intravitréens inhibiteurs du VEGF (facteur de croissance vasculaire endothéliale humaine) ainsi qu'un agent topique inhibiteur de la kinase multicyclique.

L'avenir...

Compte tenu du vieillissement de la population, nous prédisons que le nombre de Canadiens atteints de dégénérescence

La dégénérescence maculaire liée à l'âge cause la vaste majorité des pertes considérables de la vision chez les personnes âgées au Canada. Compte tenu du vieillissement de la population, le nombre de Canadiens atteints de cette maladie continuera à augmenter.

SURVOL DE LA TENDANCE 1

EXAMEN DES CLASSES THÉRAPEUTIQUES 17



UN MARCHÉ EN PLEINE ÉVOLUTION

RÉDUIRE LE GASPILLAGE 41



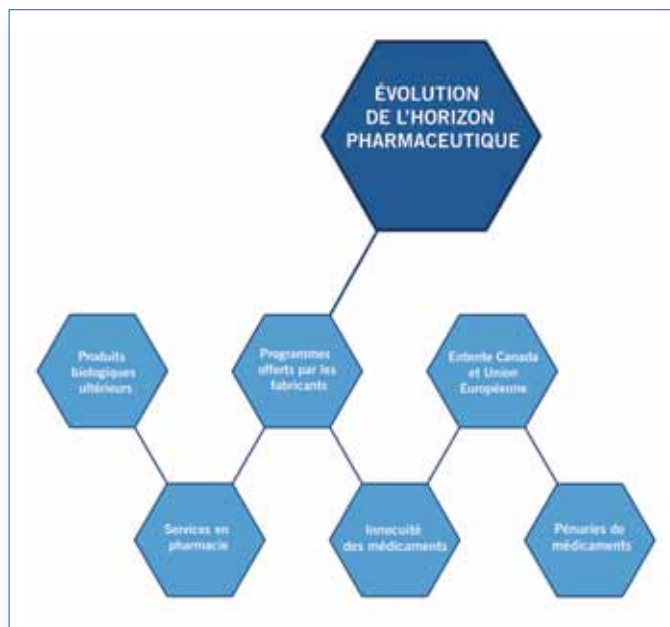
Un marché en pleine évolution

En plus des facteurs qui ont eu une incidence sur la tendance en matière de médicaments en 2011, d'autres éléments contribueront à l'avenir à modifier l'horizon pharmaceutique au Canada. On peut penser entre autres aux avis et mises en garde de Santé Canada sur l'innocuité des médicaments, aux réformes commerciales proposées par l'Union européenne qui pourraient éventuellement prolonger les brevets des médicaments, à l'arrivée sur le marché de produits biologiques ultérieurs pour les médicaments de spécialité, aux services étendus offerts par les pharmaciens, à la prévalence de programmes offerts par les fabricants de médicaments et aux défis à relever relativement aux pénuries de médicaments.

Chacun de ces éléments pourrait avoir une incidence sur les dépenses futures en médicaments dans le cadre des régimes privés au Canada.

FIGURE 24 | Un marché en pleine évolution

De multiples éléments auront des répercussions sur les dépenses futures en médicaments



INNOCUITÉ DES MÉDICAMENTS

Les préoccupations relatives à l'innocuité des médicaments continueront à avoir des répercussions sur leur utilisation ainsi que sur la répartition brevets/généralistes.

Puisque des renseignements sur la santé sont de plus en plus accessibles par l'entremise des différents médias – Internet, télévision, radio, journaux, – les patients sont mieux sensibilisés, mieux informés et plus engagés dans la gestion de leur santé. Un nombre croissant de patients recherchent désormais davantage de renseignements auprès de leurs professionnels de la santé et précisent leur choix en matière de médicaments. Les pharmaciens, en collaboration avec les médecins, sont les mieux placés pour fournir aux patients des renseignements précis et impartiaux en matière de médicaments. Ils peuvent également s'assurer qu'un patient bien informé utilise le médicament le plus efficace possible.

Le tableau à la page suivante présente certains des médicaments qui ont fait l'objet d'une mise en garde de Santé Canada entre janvier 2006 et mars 2012 (les médicaments de spécialité sont indiqués en rouge, et les médicaments traditionnels, en noir). L'apparition de problèmes relatifs à l'innocuité dans ces deux catégories de médicaments souligne l'importance de tenir compte des nombreux renseignements cliniques et des données sur l'innocuité des médicaments génériques plus anciens et moins coûteux lors de la conception d'un régime d'assurance médicaments prévoyant une liste gérée.

LES NÉGOCIATIONS COMMERCIALES AVEC L'UNION EUROPÉENNE

Le Canada et l'Union européenne négocient présentement un accord économique et commercial global (AECG) qui pourrait éventuellement entraîner des augmentations de coûts pour les promoteurs de régimes au Canada.

Dans le cadre de l'une des principales propositions, la propriété intellectuelle des entreprises pharmaceutiques serait rallongée d'environ trois ans et demi. Les médicaments brevetés seraient alors vendus en exclusivité sur le marché pendant une plus longue période. La prolongation des brevets des médicaments de marque pourrait retarder l'arrivée sur le marché de génériques de première intention. Les payeurs privés continueraient ainsi de rembourser les médicaments brevetés plus coûteux, ce qui ferait nécessairement augmenter le coût par ordonnance. Ce changement vise à encourager la recherche et le développement de nouveaux médicaments au Canada, mais pourrait coûter 2,8 milliards de dollars de plus par année aux secteurs privés et publics.

Il reste à déterminer si cette mesure s'appliquerait rétroactivement aux brevets qui sont déjà arrivés à échéance, aux brevets existants ou seulement aux brevets futurs. Le Canada et l'Union européenne espèrent conclure les négociations d'ici la fin de l'année 2012.

LES PRODUITS BIOLOGIQUES ULTÉRIEURS

Les produits biologiques ultérieurs (PBU) représentent un secteur émergent à l'échelle mondiale qui pourrait permettre aux promoteurs de régimes de réaliser d'importantes économies.

Santé Canada définit le PBU comme un produit biologique qui fait son entrée sur le marché pharmaceutique canadien et qui est comparable à un produit novateur (de marque) existant. Le registre des brevets de Santé Canada indique que les brevets de nombreux produits biologiques d'importance arriveront à échéance au cours des quatre prochaines années. Par exemple, les brevets d'Avastin, de Botox, de Rituxan et de Remicade arriveront à échéance en 2012.

Il existe trois principales différences entre les médicaments génériques traditionnels et les PBU qui pourraient entraîner d'importantes répercussions relativement à leur pénétration sur le marché.

FIGURE 25 | Enjeux relatifs à l'innocuité des médicaments

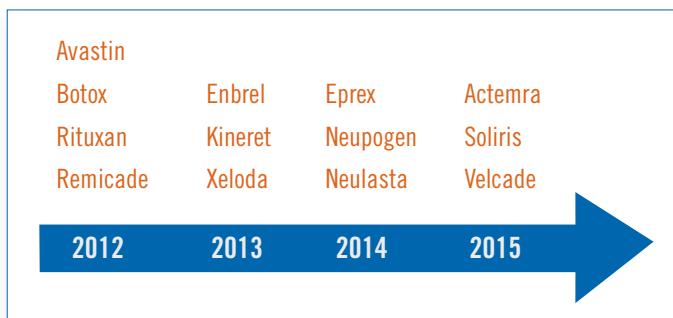
Santé Canada effectue un suivi relativement à davantage de nouveaux médicaments



À propos de Santé Canada				
Sulfate d'abacavir	Caprelsa	Invirase	Rapamune	Sublinox
Accutane	Cellcept	Levitra	Raptiva	Tarceva
Aclasta	Champix	Mabcampath	Rasilez	Telzir
Actemra	Cialis	Meridia	Relenza	Viagra
Actos	Vapor. DDAVP	Multaq	Relistor	Xolair
Alertec	Emo-Cort	Myfortic	Remicade	Yasmin
Avandia	Enbrel	Prexige	Rituxan	Yaz
Avastin	Gilenya	Prezista	Sprycel	Zelnorm

FIGURE 26 | Les produits biologiques ultérieurs

Les brevets de ces médicaments arriveront bientôt à échéance



La première différence réside sur le plan de la disponibilité du produit après l'arrivée à échéance du brevet. Dans le cadre du processus d'approbation du médicament, le PBU doit faire l'objet d'une démarche d'homologation semblable à celle d'un médicament breveté, mais plus courte. Cette démarche exige que le demandeur présente suffisamment de renseignements cliniques sur l'efficacité et l'innocuité du PBU afin de démontrer sa comparabilité avec le médicament breveté. Cette exigence a d'importantes répercussions sur les coûts de recherche et de développement ainsi que sur la date de mise en marché du produit. Habituellement, les génériques traditionnels peuvent être mis en marché dans les jours ou les semaines qui suivent l'arrivée à échéance du brevet du médicament de marque correspondant. La mise en marché des PBU est plus incertaine et peut prendre des mois, voire même des années.

La deuxième différence réside sur le plan de l'interchangeabilité du produit. Contrairement à la plupart des génériques traditionnels qui sont considérés comme interchangeables avec leurs équivalents brevetés, les PBU ne le sont pas en raison des variations dans le processus de fabrication biologique.

C'est d'ailleurs l'interchangeabilité qui mène à la troisième différence : la stratégie en matière de prix.

Le prix de la version générique d'un médicament breveté traditionnel se situe habituellement entre 25 % et 40 % de celui du médicament correspondant. Nous croyons que les PBU seront seulement un peu moins chers que les médicaments brevetés de référence et nous nous attendons à des réductions de prix d'environ 20 % à 30 %. Puisqu'un pharmacien n'est pas autorisé à substituer un médicament breveté

par un PBU, les payeurs privés devront rembourser le coût du médicament breveté, même si le PBU est offert.

La substitution générique ne permet pas de réaliser les économies potentielles que pourraient procurer les PBU. Compte tenu de l'arrivée à échéance des brevets de nombreux médicaments de spécialité au cours des prochaines années, nous croyons que l'arrivée sur le marché des PBU dans les principales classes thérapeutiques jouera un rôle significatif pour contrôler les augmentations futures du prix des médicaments. Les promoteurs qui mettent en œuvre des initiatives de gestion de la tendance visant à promouvoir l'utilisation d'équivalents thérapeutiques moins coûteux dans le cadre de leurs régimes seront mieux à même de bénéficier des économies que permettent ces médicaments à moindre coût.

FIGURE 27 | Les génériques par rapport aux PBU

Il existe de grandes différences sur le plan des économies potentielles

	Disponibilité après l'arrivée à échéance du brevet	Interchangeabilité avec le régime provincial	Pourcentage du prix du médicament breveté
Génériques des médicaments traditionnels	Quelques jours ou quelques semaines	OUI	25 % à 35 % \$\$
PBU des médicaments biologiques	Quelques mois ou quelques années	NON	70 % + \$\$\$\$

LES SERVICES PROFESSIONNELS OFFERTS PAR LES PHARMACIENS

Les services professionnels qu'offrent les pharmaciens sont souvent remboursés par le secteur public. Il se peut que les payeurs privés soient également tenus de rembourser ces services.

Les pharmacies communautaires partout au pays ont fait part de leurs préoccupations à l'égard des répercussions négatives que les réformes du prix des génériques ont eues sur leurs activités. Elles ont souligné plus particulièrement l'élimination ou la réduction des escomptes offerts par les fabricants de médicaments génériques et les réductions sur la majoration permise par la pharmacie. Certaines

provinces ont promis de réinvestir dans le système de soins de santé l'argent qu'elles ont économisé. Pour ce faire, elles ont prévu d'accorder plus de pouvoirs aux pharmaciens et de mettre sur pied un modèle de financement des services que ces derniers offrent. La Saskatchewan, par exemple, rembourse 18 \$ aux pharmaciens qui offrent une évaluation aux patients qui présentent des problèmes de santé mineurs comme l'acné légère, les feux sauvages et les piqûres d'insectes. À compter de juillet 2012, l'Alberta remboursera 20 \$ aux pharmaciens pour le renouvellement, la modification ou, dans certains cas, la prescription de médicaments.

De plus en plus de provinces remboursent les services qu'offrent les pharmaciens aux patients couverts par le régime public. Il se peut donc que les groupes de pharmacies communautaires demandent la même somme aux payeurs privés. Ces derniers doivent évaluer les risques et les avantages que comporte le remboursement de certains services à valeur ajoutée offerts en pharmacie. En effet, on présume souvent que le pharmacien possède les connaissances voulues lors d'une intervention et qu'il peut optimiser le traitement tout en respectant l'objectif moral et professionnel d'améliorer la santé de son patient.

LES PROGRAMMES DES FABRICANTS DE MÉDICAMENTS

Au Canada, un nombre croissant de programmes de remboursement sont offerts par les fabricants de médicaments. Il s'agit de coupons ou d'aide aux patients en vue de l'achat de médicaments qui, en fin de compte, encouragent l'utilisation de médicaments plus coûteux. Ces incitatifs sont habituellement proposés par les fabricants de médicaments brevetés qui offrent une aide financière aux patients au moyen de réductions ou de l'élimination de la quote-part que doit payer le patient qui se procure un médicament breveté. Ces mesures augmentent la part de marché du médicament breveté, ce qui modifie la répartition brevetés/génériques.

Nous recommandons aux promoteurs de régimes privés de se protéger contre ces pratiques douteuses en utilisant la substitution générique obligatoire. Cette mesure permet de ne rembourser que le produit interchangeable le moins coûteux qui figure sur la liste de médicaments, peu importe si le patient choisit ou non le médicament breveté.

LES PÉNURIES DE MÉDICAMENTS

Au Canada, les pénuries de médicaments ont modifié la fréquence à laquelle le médicament est délivré. Par conséquent, les promoteurs de régimes voient leurs coûts augmenter en raison d'un nombre plus élevé d'honoraires professionnels.

Les services de renseignements sur les médicaments de la Saskatchewan effectuent un suivi des médicaments qui font l'objet de pénuries volontaires de la part des fabricants et que les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx&D) et l'Association canadienne du médicament générique (ACMG) encouragent. Depuis le mois de mars 2012, au Canada, près de 150 numéros d'identification du médicament (DIN) font l'objet de pénuries. La majorité de ces médicaments sert à traiter des maladies graves. Les motifs de ces pénuries comprennent entre autres les consolidations au sein du secteur pharmaceutique, les enjeux relatifs aux matières premières ou aux ingrédients actifs, les ruptures de stocks, la localisation des sources d'approvisionnement internationales, les délais de fabrication ainsi que les problèmes relatifs aux lois.

Pour pallier ces pénuries, les professionnels de la santé partout au pays rationnent les stocks existants et, dans certains cas, délivrent moins de médicaments par ordonnance afin de servir un plus grand nombre de patients. Cela a entraîné une réduction du nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance et une augmentation de nombre d'honoraires professionnels.

Différents intervenants ont tenté d'atténuer les répercussions de ces pénuries. Pour prévoir d'autres sources d'approvisionnement pour les stocks en souffrance, Santé Canada s'est engagée à accélérer le processus d'approbation des médicaments en raccourcissant le délai d'évaluation, qui passera de six mois à un mois. Toutefois, le gouvernement fédéral n'a pas encore élaboré de stratégie nationale qui forcerait les fabricants à déclarer les interruptions de production. En effet, les fabricants de médicaments ne sont pas tenus de divulguer les pénuries de médicaments puisque cela demeure un processus volontaire.

SURVOL DE LA TENDANCE 1

EXAMEN DES CLASSES THÉRAPEUTIQUES 17

UN MARCHÉ EN PLEINE ÉVOLUTION 35



RÉDUIRE LE GASPILLAGE



Réduire le gaspillage

Les recherches exclusives d'Express Scripts Canada révèlent que d'énormes sommes d'argent sont gaspillées dans le cadre des régimes d'assurance médicaments offerts par les entreprises et organisations au Canada.

Dans le cadre d'un régime d'assurance médicaments, on entend par gaspillage le fait de dépenser davantage sans améliorer les résultats sur le plan de la santé. Si l'on garde en tête cette conception des choses, nous estimons qu'en 2011 plus de 5 milliards de dollars de dépenses en médicaments ont été gaspillés dans le cadre des régimes privés au Canada. De plus, entre 7 et 9 milliards de dollars ont été gaspillés en dépenses de soins de santé par suite de la non-observance des traitements.

Ces sommes sont non seulement énormes, mais elles augmentent. Il est donc essentiel de structurer des interventions et des solutions visant à empêcher les participants et les promoteurs de régimes de trop dépenser. Pour aider les payeurs privés à comprendre en quoi consiste le gaspillage lié aux médicaments, nous avons établi trois catégories.

- **Gaspillage attribuable au canal de distribution.** Il s'agit de dépenses en médicaments inutiles attribuables à la durée d'approvisionnement des médicaments qui n'est pas

optimale et à l'utilisation d'un canal de distribution moins efficient.

- **Gaspillage attribuable aux choix thérapeutiques.** Il s'agit de dépenses en médicaments inutiles attribuables à l'utilisation de médicaments plus coûteux, qui ne procurent pas de résultats supplémentaires sur le plan de la santé.
- **Gaspillage attribuable à la non-observance du traitement.** Il s'agit de gaspillage sur le plan des dépenses totales qui est engendré lorsque le patient ne prend pas ses médicaments de la manière prescrite. La non-observance du traitement entraîne une détérioration de l'état de santé du patient et exige des dépenses supplémentaires, par exemple des visites additionnelles chez le médecin, des tests de laboratoire supplémentaires, d'autres médicaments, des visites à l'urgence, un séjour à l'hôpital ainsi que des prestations d'assurance invalidité de courte durée.

Il importe de réduire le gaspillage en matière de médicaments. Les économies que peut alors réaliser le promoteur lui permettent non seulement de réduire les coûts du régime et de le maintenir, mais également de réinvestir ces économies dans le régime d'assurance médicaments de manière à le rendre plus viable, efficient et important pour les participants.

Pour optimiser la valeur des régimes de soins de santé, il est essentiel de réduire le gaspillage dans la mesure du possible. Pour la seule année 2011, plus de 5 milliards de dollars de dépenses en médicaments ont été gaspillés dans le cadre des régimes privés au Canada. De plus, entre 7 et 9 milliards de dollars ont été gaspillés en dépenses de soins de santé par suite de la non-observance des traitements.

LE GASPILLAGE ATTRIBUABLE AU CANAL DE DISTRIBUTION

Le gaspillage attribuable canal de distribution survient lorsqu'on n'obtient pas la durée d'approvisionnement optimale pour des médicaments d'entretien et que l'on n'utilise pas le canal de distribution le plus efficace pour se procurer des médicaments. Pour l'année 2011, nous avons estimé que le gaspillage attribuable au canal de distribution s'élève à 1,1 milliard de dollars en dépenses en médicaments pour le secteur privé.

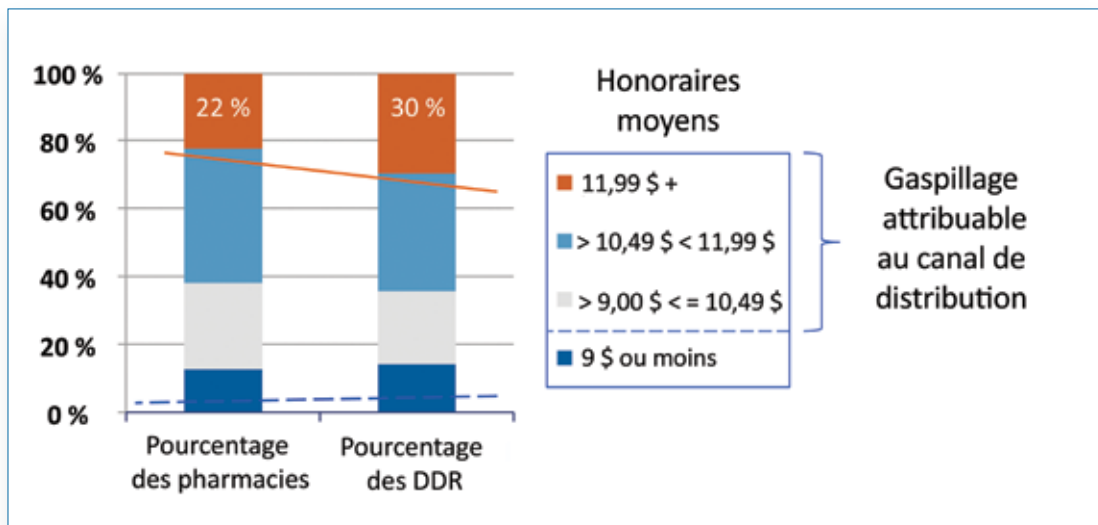
Les médicaments d'entretien qui servent à traiter les maladies chroniques telles que l'hypercholestérolémie et le diabète représentent 67,5 % de toutes les demandes de règlement de la base de données d'Express Scripts Canada. Ces médicaments d'entretien ont une durée d'approvisionnement moyenne de 46 jours par ordonnance. Dans le cas des patients dont l'état est stable lorsqu'ils prennent un médicament d'entretien, l'approvisionnement optimal est de 90 jours. Il est donc facile d'éviter le gaspillage engendré par le renouvellement plus fréquent que nécessaire d'une ordonnance. Cela permettrait aux promoteurs de régimes et aux participants de réaliser d'importantes économies.

L'autre composante du gaspillage attribuable au canal de distribution provient des honoraires élevés facturés par bon nombre de pharmacies de détail. Les recherches d'Express Scripts Canada révèlent que 22 % de toutes les pharmacies au Canada demandent des honoraires professionnels de 11,99 \$ ou plus, et que ces pharmacies délivrent 30 % de tous les médicaments que remboursent les régimes privés. En encourageant les patients à se procurer leurs médicaments dans une pharmacie qui demande des honoraires professionnels moins élevés, ce type de gaspillage peut être éliminé.

Prenons l'exemple de M. Tremblay, un patient qui souffre de diabète et qui a pris 1000 mg de metformine deux fois par jour depuis son diagnostic il y a cinq ans. Comme beaucoup d'autres diabétiques, M. Tremblay se rend à une pharmacie de détail une fois par mois pour se procurer un approvisionnement de metformine d'une durée de 30 jours. Chaque fois qu'il se rend à cette pharmacie, il doit payer des honoraires professionnels de 11,99 \$ pour faire exécuter son ordonnance. Au cours d'une année, M. Tremblay paiera 143,88 \$ en honoraires professionnels seulement. Si, par contre, il changeait son comportement et se procurait un approvisionnement d'une durée de 90 jours dans une pharmacie qui demande des honoraires professionnels de 9 \$, il économiserait 107,88 \$ par année en honoraires professionnels seulement, sans compromettre sa santé.

FIGURE 28 | Contre le gaspillage attribuable au canal de distribution

L'utilisation est orientée vers des canaux de distribution coûteux



LE GASPILLAGE ATTRIBUABLE AUX CHOIX THÉRAPEUTIQUES

Le gaspillage attribuable aux choix thérapeutiques survient lorsqu'on utilise des médicaments plus coûteux qui ne procurent aucun avantage sur le plan de la santé. Pour l'année 2011, nos études révèlent que le gaspillage attribuable aux choix thérapeutiques coûte 4,2 milliards de dollars en dépenses en médicaments pour le secteur privé.

Par ailleurs, en adoptant une mesure toute simple telle que la substitution générique, il nous apparaît évident que les promoteurs de régimes peuvent tirer parti de l'arrivée à échéance de nombreux brevets et des réformes provinciales qui ont permis de réduire le prix des génériques. En effet, la substitution d'équivalents cliniques ou thérapeutiques pour remplacer les médicaments brevetés plus coûteux permet de réaliser des économies significatives tant pour le promoteur de régimes que pour le patient.

Prenons par exemple une demande de règlement soumise pour un approvisionnement de 90 jours de Lipitor®. Ce médicament breveté coûte 220 \$ comparativement à 55 \$ pour l'équivalent générique. Or, en effectuant un meilleur choix thérapeutique, on éviterait de gaspiller 165 \$ tous les trois mois, soit 660 \$ par année. Les recherches d'Express Scripts Canada révèlent que chaque augmentation de 1 % du taux d'exécution des génériques entraîne une diminution d'environ 1 % des dépenses globales en médicaments.

La mise en place de la substitution thérapeutique, processus qui repose sur une liste de médicaments gérée ou des régimes à

paliers, permettrait de réduire davantage le gaspillage attribuable aux choix thérapeutiques. La substitution thérapeutique exige une intervention de la part du pharmacien. Ce dernier doit communiquer avec le prescripteur afin d'obtenir son approbation pour modifier l'ordonnance et changer le médicament coûteux prescrit au patient par un médicament moins cher qui offre les mêmes effets thérapeutiques.

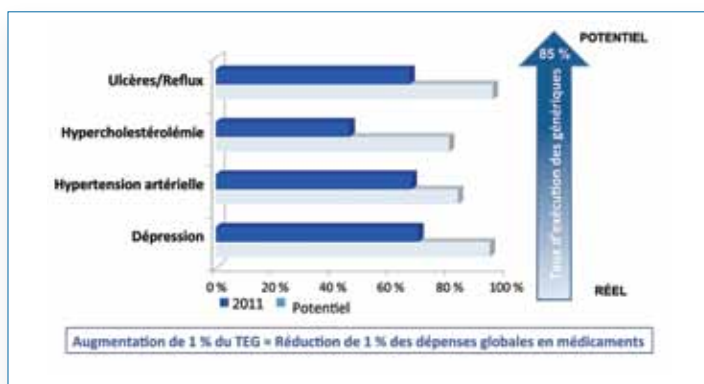
L'utilisation d'un programme de substitution thérapeutique – par exemple le fait de changer Nexium®, un médicament breveté contre le reflux gastrique ou les ulcères et délivrer Pariet® (la forme générique de Nexium) – permet d'augmenter davantage le taux d'exécution des génériques comparativement aux programmes traditionnels de substitution générique tout en procurant les mêmes résultats sur le plan de la santé.

Les fournisseurs de soins de santé doivent prendre des mesures immédiates et proactives pour tirer pleinement parti des génériques à moindre coût. Nous croyons que dans le cadre de l'évaluation des choix thérapeutiques entre les médicaments brevetés et les génériques pour traiter des maladies précises, le taux d'exécution des génériques n'est souvent pas optimal, compte tenu des nombreux génériques qui sont offerts sur le marché.

Prenons par exemple les données relatives aux demandes de règlement pour les médicaments contre l'hypercholestérolémie. Le taux d'exécution des génériques actuel de cette catégorie n'est d'environ que de 50 %. Nous croyons que ce taux pourrait être de 85 %, mais seulement si des mesures appropriées sont mises en place pour modifier le comportement des patients.

FIGURE 29 | Contre le gaspillage attribuable aux choix thérapeutiques

Tirer pleinement avantage des médicaments génériques à moindre coût



GASPILLAGE ATTRIBUABLE À LA NON-OBSERVANCE DU TRAITEMENT

Le gaspillage attribuable à la non-observance du traitement entraîne des coûts supplémentaires en matière de soins de santé qui sont générés lorsque le patient ne prend pas les médicaments de la manière prescrite. Les conséquences éventuelles de la non-observance du traitement, qui peuvent provoquer une détérioration de l'état de santé du patient et des coûts supplémentaires comprennent notamment des visites additionnelles chez le médecin, des tests de laboratoire supplémentaires, d'autres médicaments, des visites à l'urgence, un séjour à l'hôpital ainsi que des prestations d'assurance invalidité de courte durée. Dans le total des dépenses en soins de santé au Canada, certaines sources estiment que le coût du gaspillage de médicaments par suite de la non-observance du traitement se situe entre 7 et 9 milliards de dollars.

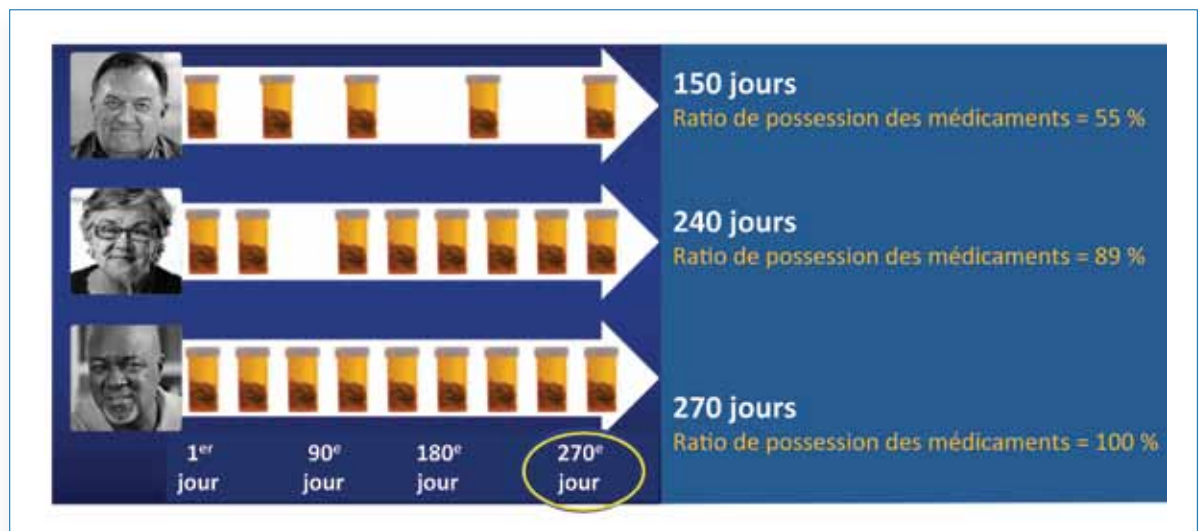
Express Scripts Canada mesure l'observance des patients atteints de maladies chroniques au moyen du ratio de possession de médicaments, c'est-à-dire le nombre de comprimés délivrés au cours d'une période donnée. Un patient dont le ratio de possession

de médicaments est de 80 % ou plus observe bien son traitement. Par contre, un ratio inférieur à 80 % indique une non-observance du traitement. Par exemple, si on prescrit à un patient qui souffre de diabète de type 2 un médicament qu'il doit prendre une fois par jour, ce patient devrait avoir 270 comprimés en sa possession pour une période de 270 jours. Le cas échéant, son ratio est de 100 %. Si, par contre, le patient a en sa possession 240 comprimés pour la même période, son ratio chute à 89 %. On considère alors que le patient observe tout de même son traitement. Si toutefois le patient n'a que 150 comprimés en sa possession pour cette même période, son ratio est de 55 %. On considère alors qu'il n'observe pas son traitement.

Le taux d'observance moyen des patients qui prennent des médicaments pour traiter une maladie chronique est relativement faible. Les données d'Express Scripts Canada sur les demandes de règlement indiquent par exemple que 57 % des demandeurs qui souffrent d'hypercholestérolémie observent leur traitement (selon un ratio de possession des médicaments de 80 % ou plus). Par ailleurs, 48 % des demandeurs qui souffrent d'hypertension artérielle et 43 % de ceux qui sont atteints de diabète observent leur traitement.

FIGURE 30 | Observance mesurée selon le ratio de possession des médicaments (RPM)

Jours d'approvisionnement par période



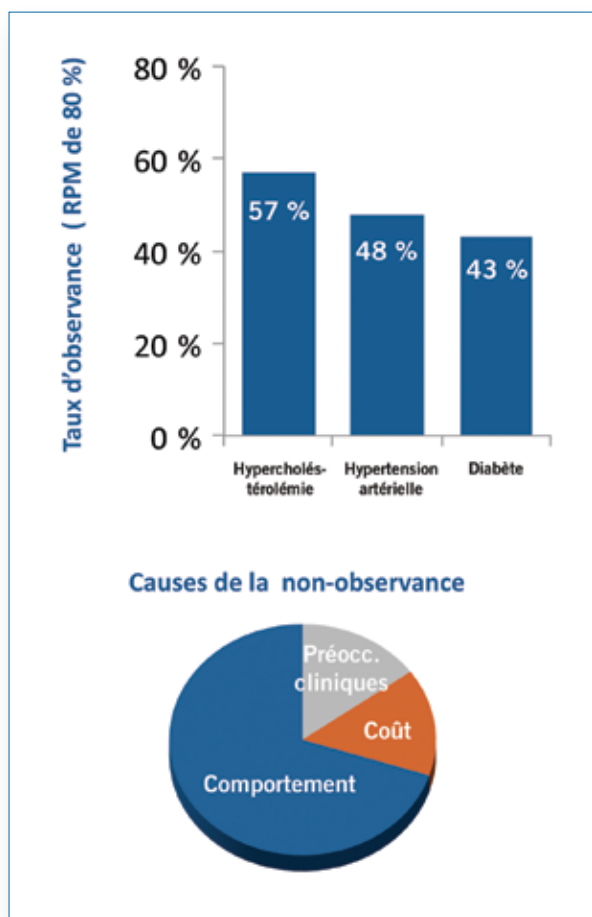
SOLUTIONS VISANT À RÉDUIRE LE GASPILLAGE

Une faible observance peut sous-entendre des problèmes financiers (le patient est incapable de payer sa quote-part) ou des problèmes cliniques (le patient ne croit pas avoir besoin du médicament prescrit ou éprouve des effets secondaires indésirables lorsqu'il le prend). Cependant, dans la plupart des cas, une faible observance est le résultat d'un mauvais comportement (le patient oublie de prendre son médicament ou reporte le renouvellement de son ordonnance à la pharmacie de détail). Ces comportements peuvent facilement être modifiés. Le gaspillage qu'entraîne la non-observance du traitement peut être réduit si on aide les patients à comprendre l'importance de suivre le traitement et si on les incite à respecter le traitement qui leur est prescrit.

Nous croyons que la modification de ces comportements peut permettre d'économiser des milliards de dollars par année en dépenses associées aux soins de santé.

FIGURE 31 | Non-observance

Le taux de non-observance varie selon la maladie



Pour éliminer le gaspillage dans le cadre d'un régime d'assurance médicaments, les promoteurs doivent inciter les participants à modifier de manière significative leurs comportements. Pour prodiguer des soins de santé efficaces, les cliniciens doivent d'abord poser un diagnostic, puis concevoir le traitement qui répond le mieux à la maladie afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles sur le plan de la santé. Malgré les efforts des fournisseurs de soins de santé pour diagnostiquer et traiter les maladies chroniques, les résultats optimaux ne sont atteints qu'au moyen de comportements appropriés de la part du patient.

Les régimes privés doivent encourager les participants à démontrer leur bonne volonté et, le cas échéant, les aider à modifier leur comportement. Les patients peuvent réellement contribuer à réduire le gaspillage en demeurant en santé et en tentant ainsi d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de leur santé. Nous croyons que pour atteindre cet objectif, il faut adopter trois comportements très simples à l'égard des médicaments :

- **Utiliser les canaux de distribution sécuritaires et plus efficaces.** Dans le cas des médicaments d'entretien, cela signifie obtenir des approvisionnements de plus longue durée lorsque cela est approprié et utiliser un canal de distribution plus efficace.
- **Utiliser les médicaments les plus efficaces sur le plan clinique et les moins coûteux.** Les patients ne devraient pas payer plus cher pour obtenir des médicaments qui ne procurent aucun avantage sur le plan de la santé. Les payeurs privés doivent donner la possibilité aux patients d'obtenir des médicaments moins coûteux et tout aussi efficaces au moyen de la substitution générique et thérapeutique.
- **Prendre les médicaments de la manière prescrite.** L'observance du traitement est un comportement extrêmement important. Il faut faire exécuter son ordonnance, suivre la posologie et renouveler l'ordonnance au besoin. Les patients doivent comprendre et éliminer les barrières qu'ils érigent consciemment ou inconsciemment entre eux et l'observance du traitement qu'on leur a prescrit.

FIGURE 32 | Les bonnes intentions ne suffisent pas

Les gens sont souvent inattentifs et font preuve de procrastination.



Des solutions novatrices doivent être mises en place pour encourager les comportements optimaux. Les efforts pour éliminer les comportements qui occasionnent des dépassements de coûts peuvent être significativement améliorés à l'aide de connaissances et de stratégies éprouvées en matière de science du comportement.

Les comportements du participant sont parfois trompeurs et ne reflètent pas toujours les intentions réelles de ce dernier. Les recherches d'Express Scripts révèlent que la grande majorité des patients et des promoteurs de régimes souhaitent tous les deux la même chose : obtenir des coûts moindres et des résultats optimaux sur le plan de la santé. Ces résultats vont à l'encontre de la pensée traditionnelle. La divergence ne se situe pas entre les objectifs des promoteurs de régimes et ceux des patients, mais plutôt entre les souhaits des patients et leurs comportements. Même si les gens sont animés des meilleures intentions, ils sont souvent inattentifs et font preuve de procrastination.

Les outils traditionnels comme la sensibilisation et les incitatifs financiers ne combleront pas l'écart entre les intentions et les comportements, car ces outils visent à modifier les dispositions plutôt que d'insister sur les bonnes intentions qui existent déjà. L'utilisation des principes de la science du comportement dans le cadre des régimes de soins de santé permet de tirer parti de stratégies éprouvées qui font en sorte que le consommateur manifeste ses intentions. Heureusement, des services existent désormais pour aider les promoteurs à mieux gérer les coûts des régimes d'assurance médicaments et offrir aux participants une couverture améliorée. Par exemple, le service étendu de gestion des régimes d'assurance médicaments (GRAM) qu'offre

Express Scripts Canada fait appel à des outils qui mettent de l'avant la science du comportement aux fins de décisions relatives aux soins de santé dans le but d'influencer les comportements des participants et, ultimement, les décisions qui ont des répercussions sur les régimes. Les participants, en collaboration avec leur médecin, sont encouragés à interagir avec une équipe de professionnels chevronnés qui leur indiqueront les choix qui s'offrent à eux en matière de médicaments d'entretien. Les participants peuvent ainsi faire des choix éclairés qui se traduisent par de meilleurs résultats sur le plan de la santé tout en réduisant les coûts, tant pour les participants que pour le promoteur du régime.

Depuis quelques années, les recherches d'Express Scripts ont démontré à maintes reprises que de meilleurs soins et la réduction du gaspillage vont de pair. De fait, les soins les plus efficaces sont souvent ceux qui coûtent le moins cher. Il ne suffit cependant pas de rendre ces deux objectifs compatibles, mais de les atteindre d'une manière acceptable pour les participants et les promoteurs de régimes. Fait surprenant, la plus importante divergence ne se situe pas sur le plan des souhaits des promoteurs de régimes et des patients, mais plutôt sur le plan des souhaits des patients et de leurs actions.

Express Scripts est devenue le chef de file de la convergence entre la science du comportement et les soins de santé, une approche qu'elle nomme Consumerology®. Cette approche unique offre aux promoteurs de régimes les solutions pratiques qui leur permettent de réduire leurs coûts tout en **préservant les choix individuels**.

À PROPOS D'EXPRESS SCRIPTS CANADA

Express Scripts Canada est le nom officiel de ESI Canada et d'Express Scripts Canada Services, sociétés en commandite constituées en vertu des lois de l'Ontario et contrôlées indirectement par Express Scripts, Inc. Elle se classe parmi les plus importants gestionnaires de régimes de soins de santé au Canada. De son siège social situé à Mississauga en Ontario, l'entreprise fournit un éventail complet de services de gestion de régimes d'assurance médicaments aux assureurs, aux tiers administrateurs, aux promoteurs de régimes et au secteur public. Express Scripts Canada offre notamment des services de traitement des demandes de règlement, la livraison de médicaments à domicile par l'entremise de ses pharmacies, des conseils sur la conception des régimes, des services de révision de l'utilisation des médicaments, de gestion des listes de médicaments et d'analyse de données médicales et pharmaceutiques, afin que les assurés puissent obtenir les meilleurs résultats sur le plan de la santé au coût le plus raisonnable possible. Pour en savoir davantage au sujet d'Express Scripts Canada, visitez le site Web www.express-scripts.ca.

AUTEURS

John Herbert, M.B.A. • Priscilla Po, B. Sc. Pharm., Pharm. D.

COLLABORATEURS

Moe Abdallah, B. Sc., B. Sc. Pharm. • Aaron Aoki, B. Sc. Pharm., M.B.A., CRE, CDE • Thien Nguyen, B. Sc. (bioméd.) • Paul Stulberg, B.A. • Nancy Tibbo, M.A. • Nancy Rousseau, B. Sc. trad. • Louise Gendron, B. A., trad. a. • Christine Lévesque, B. Sc. trad. • Laura Criscuolo

Les auteurs remercient les nombreuses personnes chez Express Scripts Canada qui ont consacré temps et efforts en vue de la rédaction du *Rapport sur les tendances en matière de médicaments en 2011*.

Visitez le site Web d'Express Scripts Canada à l'adresse www.express-scripts.ca et cliquez sur l'onglet Recherche pour obtenir des renseignements supplémentaires sur nos recherches fondées sur l'expérience clinique en matière de soins de santé au Canada.



Express Scripts Canada • 5770, rue Hurontario, 10^e étage • Mississauga (Ontario) L5R 3G5
Numéro sans frais : 1 888 677-0111 • www.express-scripts.ca