

RAPPORT D'EXPRESS SCRIPTS CANADA  
SUR LES **TENDANCES EN MATIÈRE**  
**DE MÉDICAMENTS**

2013



EXPRESS SCRIPTS®






# RÉSUMÉ

## Aperçu des tendances en matière de médicaments

Les médicaments d'ordonnance jouent un rôle de plus en plus essentiel lorsqu'il s'agit d'atténuer les répercussions de la maladie sur les participants et les familles, sur le système de soins de santé au Canada ainsi que sur la productivité et l'économie du pays.

Par ailleurs, l'augmentation du coût des médicaments constitue un fardeau croissant pour les régimes privés et publics ainsi que pour les familles au pays. Globalement, les dépenses en médicaments d'ordonnance ont quintuplé au cours des 20 dernières années au sein du secteur privé au Canada. En effet, elles sont passées de 3,6 milliards de dollars en 1993 à 15,9 milliards de dollars en 2013.

Chaque année  Express Scripts Canada effectue une analyse approfondie des tendances en matière de médicaments afin de fournir aux assureurs, aux tiers administrateurs et aux promoteurs de régimes d'assurance médicaments des données complètes sur l'utilisation des médicaments au sein du secteur privé au pays. Ces données, à partir desquelles nous établissons des statistiques sur les tendances en matière de médicaments, sont fondées sur les demandes de règlement pour médicaments soumises par plus de sept millions de Canadiens.

Les promoteurs qui offrent un régime d'assurance médicaments à leurs employés doivent composer avec un horizon pharmaceutique qui change constamment. Confrontés aux augmentations du coût des médicaments traditionnels et au risque financier associé aux médicaments de spécialité dont le montant peut atteindre des centaines de milliers de dollars par traitement, de nombreux promoteurs transfèrent les coûts des médicaments aux participants. Même si cette façon de faire offre une certaine protection contre la hausse des coûts, qui réduit la productivité et la rentabilité des entreprises canadiennes, elle peut aussi, à mesure que le coût des ordonnances des participants augmente, accroître le taux de non-observance aux traitements et aggraver la santé du patient, réduire sa productivité, augmenter l'absentéisme et les coûts d'invalidité à long terme. Par ailleurs, une quote-part plus élevée peut rendre le régime d'assurance médicaments moins intéressant pour les participants, ce qui empêche les entreprises d'attirer et de fidéliser les employés les plus talentueux.



---

## Prévisions en matière de médicaments de spécialité :

Express Scripts Canada prévoit des augmentations supérieures à 10 % chaque année. Les coûts augmenteront à mesure que de nouveaux traitements plus complexes et très coûteux feront leur entrée sur le marché. L'utilisation sera le catalyseur de la croissance dans la catégorie des médicaments de spécialité, et ce, à mesure que d'autres médicaments sont disponibles pour traiter les maladies rares et complexes.

---

## Survol de la tendance en matière de médicaments en 2013

- Les dépenses en médicaments de spécialité ont plus que doublé en six ans.
  - Les augmentations supérieures à 10 % se poursuivront à l'avenir.  
- Les mauvaises décisions des patients entraînent du gaspillage.
  - Des 3 \$ consacrés à l'assurance médicaments, près de 1 \$ est gaspillé.
  - Les carences en matière de soins aggravent le gaspillage.
- Les stratégies de la science du comportement sont nécessaires pour inciter les patients à prendre de meilleures décisions.
  - Des décisions éclairées permettent de réduire les coûts et d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé.
- Au pays, les dépenses annuelles moyennes en médicaments ont augmenté de 1,3 % pour s'établir à 765 \$ par demandeur, ce qui constitue une tendance à la hausse en comparaison du léger repli de 0,73 % observé en 2012. Cette légère augmentation suit la faible tendance observée au cours des quatre dernières années.
- La croissance des dépenses en médicaments de spécialité a été atténuée par les réformes provinciales du prix des génériques et par l'arrivée à échéance de nombreux brevets.
- Les médicaments traditionnels ont constitué 98,7 % des demandes de règlement et 76 % des dépenses. Les médicaments de spécialité ont représenté seulement 1,3 % des demandes de règlement, mais 24 % des dépenses en médicaments.
- Les dépenses relatives aux médicaments de spécialité sont passées de 13,2 % des dépenses totales en 2007 à 24,2 % en 2013. Cela s'explique surtout par les coûts élevés des traitements et l'augmentation de l'utilisation de ce type de médicaments.
- En 2013, les dépenses en médicaments traditionnels ont connu une tendance de 1,2 %. L'utilisation accrue de ces médicaments a été atténuée par une diminution du coût par ordonnance.

## Mesurer le gaspillage en matière de médicaments

Nous croyons que la tendance en matière de médicaments de spécialité continuera d'augmenter. Il est donc essentiel que les promoteurs trouvent des moyens pour mieux équilibrer et gérer les coûts des régimes.

Il est donc primordial de réduire le gaspillage dans le cadre des régimes d'assurance médicaments. Les recherches d'Express Scripts Canada ont révélé qu'en 2013, des 3 \$ dépensés en médicaments près de 1 \$ était gaspillé par suite des choix des participants. En effet, les patients paient des honoraires professionnels trop élevés, utilisent des médicaments plus coûteux lorsqu'une option de traitement moins chère existe et n'observent pas leur traitement lorsqu'ils ne prennent pas les médicaments de la manière prescrite.

Les recherches qu'Express Scripts Canada a menées pour produire son Rapport sur les tendances en matière de médicaments en 2013 ont révélé que 33 % des dépenses en médicaments constitue du gaspillage. Nous définissons ce dernier par le fait de « dépenser davantage sans améliorer les résultats sur le plan de la santé ». En fait, les données montrent que le facteur principal de la hausse des coûts des médicaments d'ordonnance n'est pas les médicaments de spécialité, mais plutôt les mauvaises décisions que prennent les patients.

Les deux principales sources de gaspillage sont, d'une part, le gaspillage attribuable au canal de distribution (25 %), qui survient lorsque les participants optent pour un canal de distribution dispendieux et obtiennent un approvisionnement en médicaments d'entretien qui n'est pas optimal et, d'autre part, le gaspillage attribuable aux choix thérapeutiques (75 %), qui se produit lorsque les participants utilisent des médicaments plus coûteux qui ne procurent aucun avantage sur le plan de la santé.

## Entraîner de meilleures décisions chez les patients pour réduire le gaspillage

Même s'il est clair que les coûts augmentent sans cesse, les mauvaises décisions des patients continuent d'empêcher les régimes d'obtenir les résultats financiers qui leur permettraient d'assurer leur viabilité.

Nos recherches révèlent que la vaste majorité des patients souhaitent obtenir exactement la même chose que les promoteurs de régimes : de meilleurs résultats sur le plan de la santé et des coûts moins élevés. Cependant, les sommes énormes qui sont gaspillées prouvent qu'il existe un écart entre ce que les employés souhaitent obtenir et ce qu'ils font pour y parvenir. Or, les mesures adoptées dans le cadre de la gestion active des régimes d'assurance médicaments (GRAM) prouvent que de nouvelles stratégies de la science du comportement peuvent inciter les patients à prendre des décisions plus efficaces qui permettront de réduire les coûts et d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé.

La compréhension de cet écart, c'est-à-dire les intentions et les comportements des employés, et la manière d'y remédier, constitue la première étape pour aider les employés à prendre des décisions éclairées. De meilleures décisions permettraient de réduire le gaspillage, de rendre les coûts des régimes raisonnables pour les promoteurs, de diminuer la quote-part demandée aux employés et d'optimiser les résultats sur le plan de la santé.

Même si les outils traditionnels de traitement des demandes de règlement permettent de contrôler les dépenses admissibles relativement à certains médicaments dès la réception de la demande, ils n'incitent pas les participants à prendre de meilleures décisions. Lorsque ces outils sont associés aux contrôles traditionnels de traitement des demandes de règlement, les services de GRAM active qui allient la science du comportement, l'analyse des données et l'expertise clinique permettent d'influencer les décisions des participants. Ces derniers deviennent alors des consommateurs avertis qui réduisent le gaspillage dans le cadre de leur régime. Les régimes d'assurance médicaments sont ainsi viables et permettent aux entreprises canadiennes d'attirer et de fidéliser des employés talentueux, d'améliorer les résultats sur le plan de la santé des employés et de maximiser le rendement sur le capital investi dans le cadre du régime d'assurance médicaments.



SURVOL DE LA TENDANCE



---

PAGES 8 – 41

---



# SURVOL DE LA TENDANCE

## 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 en question, des changements sur le plan du nombre de participants qui soumettent une demande de règlement, 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, puisque ce facteur 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.

### **Médicaments traditionnels :**

Médicaments faciles à s'administrer soi-même qui exigent peu de pharmacovigilance et qui sont indiqués pour traiter les maladies chroniques telles que l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle.

### **Médicaments de spécialité :**

Médicaments injectables ou non qui sont indiqués pour traiter des maladies chroniques complexes telles que la polyarthrite rhumatoïde, la sclérose en plaques et le cancer. Ces médicaments sont habituellement coûteux et doivent être manipulés et entreposés avec soin. Ils font par ailleurs l'objet de rajustements posologiques fréquents et d'une pharmacovigilance intensive.





## Dépenses en médicaments en 2013


Le secteur pharmaceutique est en constante évolution en raison du nombre sans précédent de brevets arrivés à échéance, de l'augmentation de l'utilisation des génériques et d'une importante vague d'essais cliniques à l'horizon. Chaque année, Express Scripts Canada examine les tendances en matière de médicaments traditionnels et de médicaments de spécialité pour comprendre les principaux indicateurs et autres facteurs afin que les régimes privés puissent prendre les mesures appropriées visant à assurer les meilleurs résultats pour tous les intervenants.

En 2013, les dépenses en médicaments par demandeur ont continué d'augmenter dans le cadre des régimes privés. Au pays, les dépenses moyennes en médicaments ont augmenté de 1,3 % pour s'établir à 765 \$ par demandeur, ce qui constitue une tendance à la hausse en comparaison du léger repli de -0,73 % observé en 2012. Cette légère augmentation suit la faible tendance observée au cours des quatre dernières années. En effet, les importantes dépenses en médicaments de spécialité ont été atténuées par les réformes provinciales du prix des génériques et par l'arrivée à échéance de nombreux brevets.

Les médicaments traditionnels sont habituellement faciles à prendre et exigent peu de suivi. Ils sont indiqués pour traiter des maladies courantes et coûtent bien moins cher que les médicaments de spécialité. On peut penser

à des médicaments très populaires comme Crestor® et Lipitor® pour traiter l'hypercholestérolémie. En 2013, les médicaments traditionnels ont constitué 98,7 % des demandes de règlement et 75,8 % des dépenses.

Les médicaments de spécialité sont indiqués pour traiter des maladies graves et complexes telles que le cancer, la sclérose en plaques et les stades avancés de polyarthrite rhumatoïde. Ils sont également prescrits par suite d'une transplantation d'organes. Ces médicaments sont habituellement coûteux et doivent être manipulés et entreposés avec soin. Ils font par ailleurs l'objet de rajustements posologiques fréquents et d'une pharmacovigilance intensive. En 2013, les médicaments de spécialité ont constitué une très petite part de la totalité des demandes de règlement (seulement 1,3 %), mais 24 % des dépenses en médicaments.

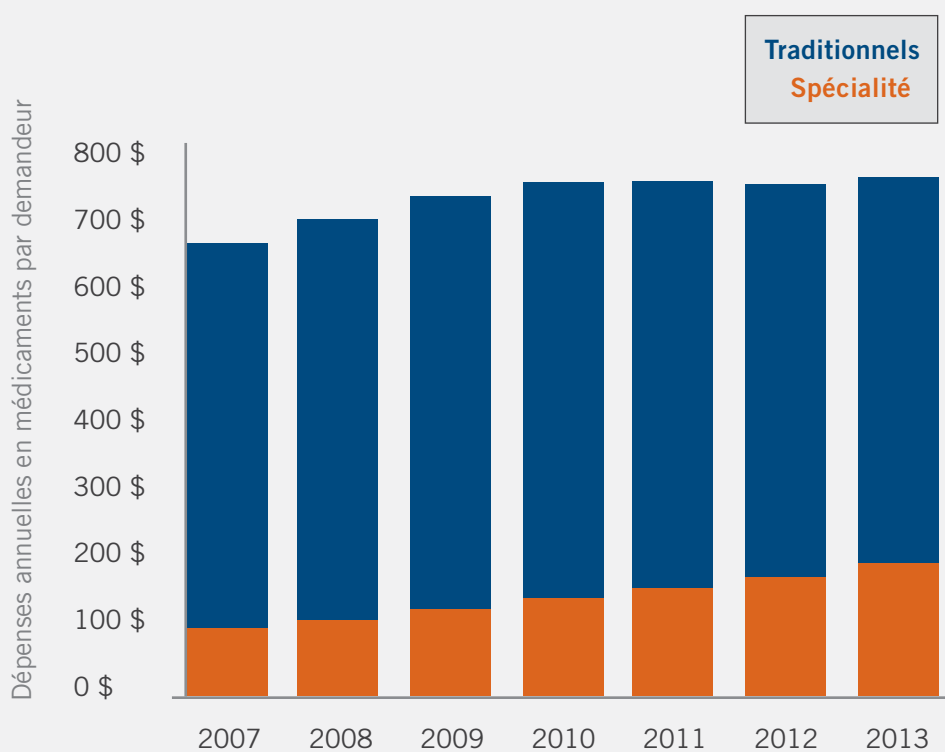
La tendance en matière de médicaments de spécialité continue à augmenter et, chaque année, elle connaît une hausse supérieure à 10 % depuis  Les dépenses en médicaments de spécialité continuent d'augmenter par rapport aux dépenses totales. Elles sont passées de 13,2 % du total des dépenses en 2007 à 24,2 % de celles-ci en 2013. Cela s'explique surtout par les coûts élevés des traitements et l'augmentation de l'utilisation de ce type de médicaments.

---

**En 2013**, les dépenses en médicaments par demandeur ont continué d'augmenter dans le cadre des régimes privés.

---

**FIGURE 1** Les dépenses en médicaments par demandeur recommencent à augmenter  
 Augmentation des dépenses en médicament de spécialité par rapport aux dépenses totales



Dépenses en médicaments de spécialité - En % des dépenses totales	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	13,2 %	14,7 %	15,7 %	17,5 %	19,5 %	22,0 %	24,2 %

## Dépenses en médicaments selon la région

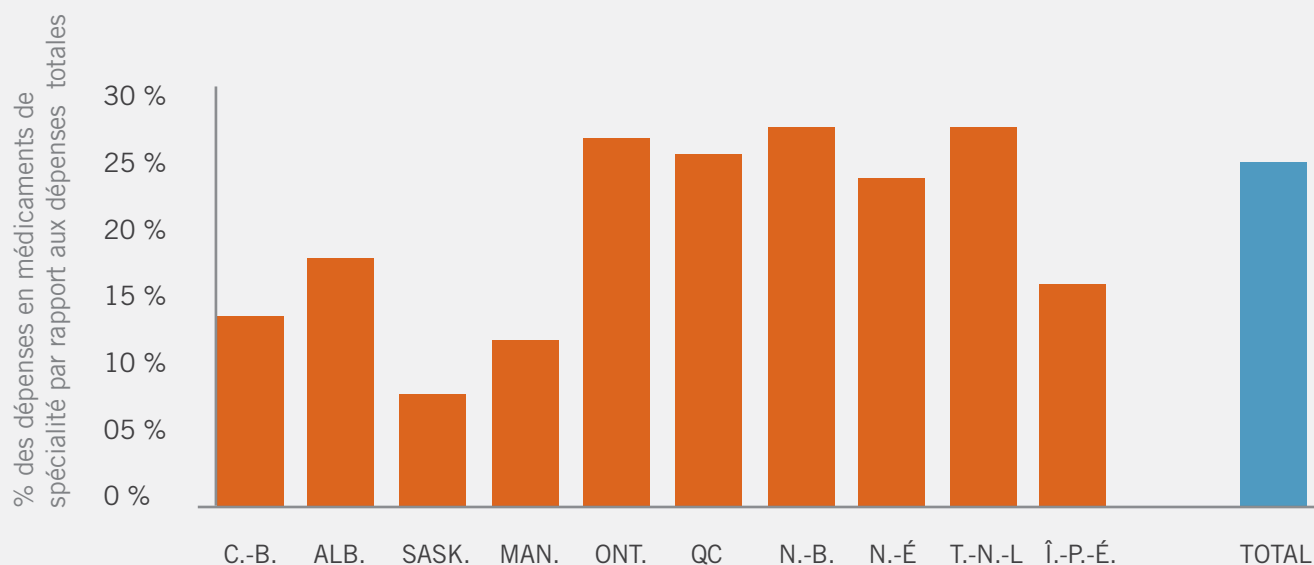
Les dépenses par demandeur sont plus élevées dans l'Est. Elles s'établissent à 890 \$ au Québec, à 758 \$ en Ontario et à 739 \$ dans les provinces de l'Atlantique. Inversement, les dépenses par demandeur dans l'Ouest se situent entre 615 \$ et 642 \$.

Nous avons déterminé que ces variantes s'expliquent par les différences entre les médicaments couverts par les régimes publics au pays. Dans l'Ouest et dans les Prairies, les médicaments de spécialité n'ont compté que pour 10 % des dépenses des régimes privés. De fait, le régime PharmaCare en Colombie-Britannique, l'Alberta Rare Diseases Drug Program et le Manitoba Home Cancer Drug Program ont contribué à atténuer le fardeau financier que représentent les médicaments de spécialité pour un régime privé. Les médicaments

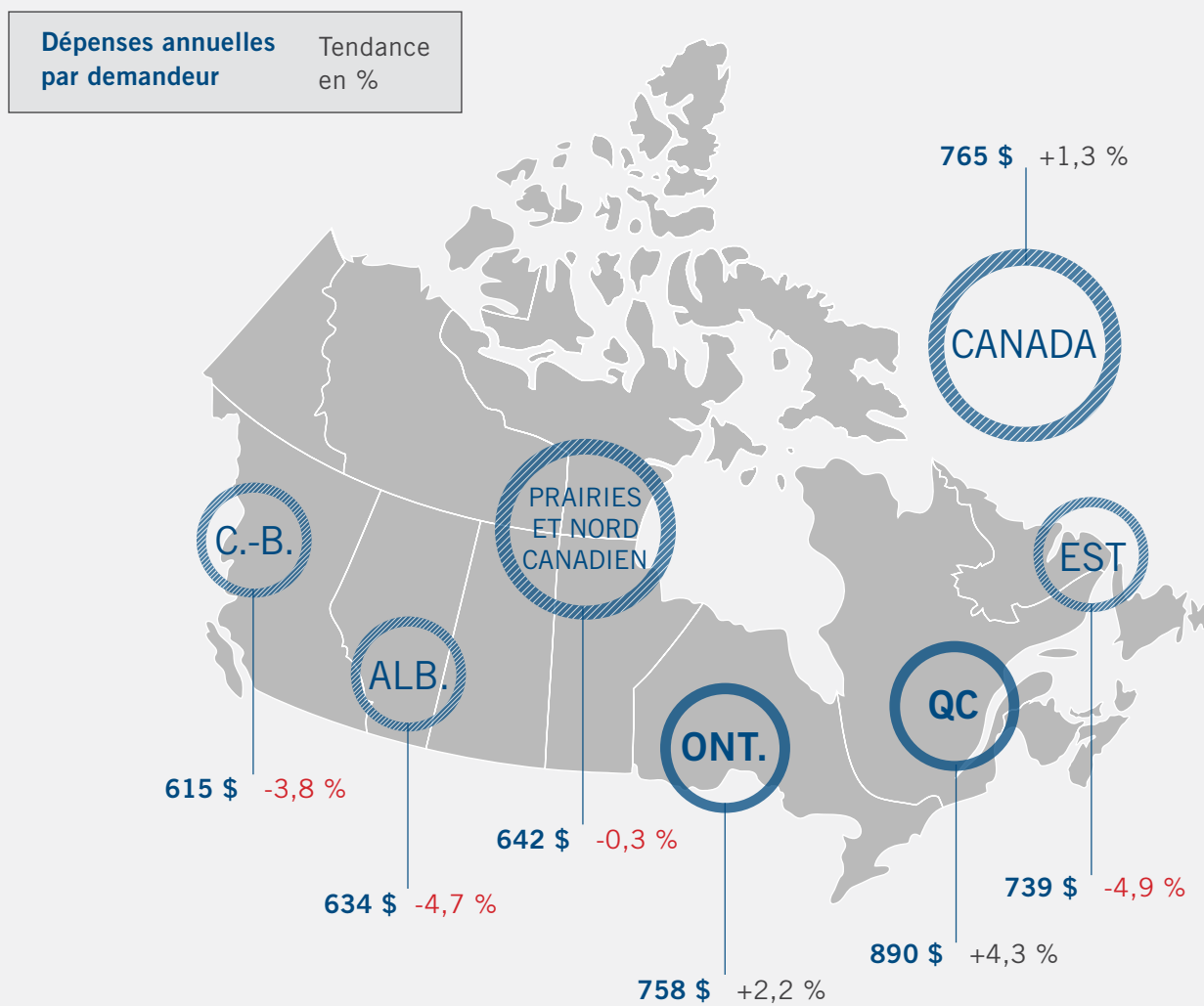
de spécialité ont constitué une plus grande partie des dépenses dans l'Est et dans les provinces de l'Atlantique, soit plus de 20 % des dépenses des régimes privés. Compte tenu de l'augmentation supérieure à 10 % des dépenses en médicaments de spécialité, la tendance globale en Ontario et au Québec s'est établie à 2,2 % et à 4,3 %, respectivement en 2013.

Même si les coûts ont continué à augmenter en Ontario et au Québec en 2013, les réformes du prix des génériques ont entraîné une tendance négative dans d'autres régions. Plus particulièrement, la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador ont poursuivi leurs réformes du prix des génériques en 2013, ce qui a eu d'importantes répercussions sur la tendance, qui varie de -3,8 % à -4,9 % dans ces provinces.

**FIGURE 2** Dans l'Est, les dépenses en médicaments de spécialité occupent une plus grande part des dépenses totales  
Dans l'Ouest, les régimes publics contribuent à diminuer le fardeau financier occasionné par ces dépenses



**FIGURE 3** Les dépenses en Ontario et au Québec continuent d'augmenter  
Diminution de la tendance dans les autres régions par suite des réformes



## Dépenses en médicaments de spécialité

L'utilisation accrue de médicaments de spécialité a eu d'importantes répercussions sur les dépenses globales en médicaments en 2013. Ce type de médicaments continuera à être un catalyseur de la tendance future. Le fait que les patients peuvent davantage être traités à domicile ou en consultation externe, le nombre élevé de nouveaux médicaments de spécialité en voie de développement et leur arrivée sur le marché ont contribué à l'augmentation de leur utilisation.

L'utilisation accrue des médicaments de spécialité pourrait changer la vie des patients qui souffrent d'une maladie rare et sérieuse. Ces médicaments pourraient, par exemple, retarder la progression de la maladie, permettre d'éviter une chirurgie, améliorer la qualité de vie, améliorer la productivité et prolonger l'espérance de vie. Ces importants avantages entraîneront une utilisation accrue des médicaments de spécialité à l'avenir.

---

## L'utilisation accrue de médicaments de spécialité entraîne une augmentation des dépenses

L'augmentation de l'utilisation est attribuable à plusieurs facteurs

### Facteurs entraînant une utilisation accrue

- Nouveaux médicaments/indications élargies
- Administration par voie orale, à domicile ou en consultation externe
- Prévalence accrue

- Résultats pouvant changer la vie

- ✓ Retarde la progression de la maladie
- ✓ Réduit les signes et les symptômes
- ✓ Évite la chirurgie
- ✓ Améliore la productivité
- ✓ Améliore la qualité de vie
- ✓ Prolonge l'espérance de vie

---

**FIGURE 4** Increases in Utilization Driving Majority of Specialty Growth

---

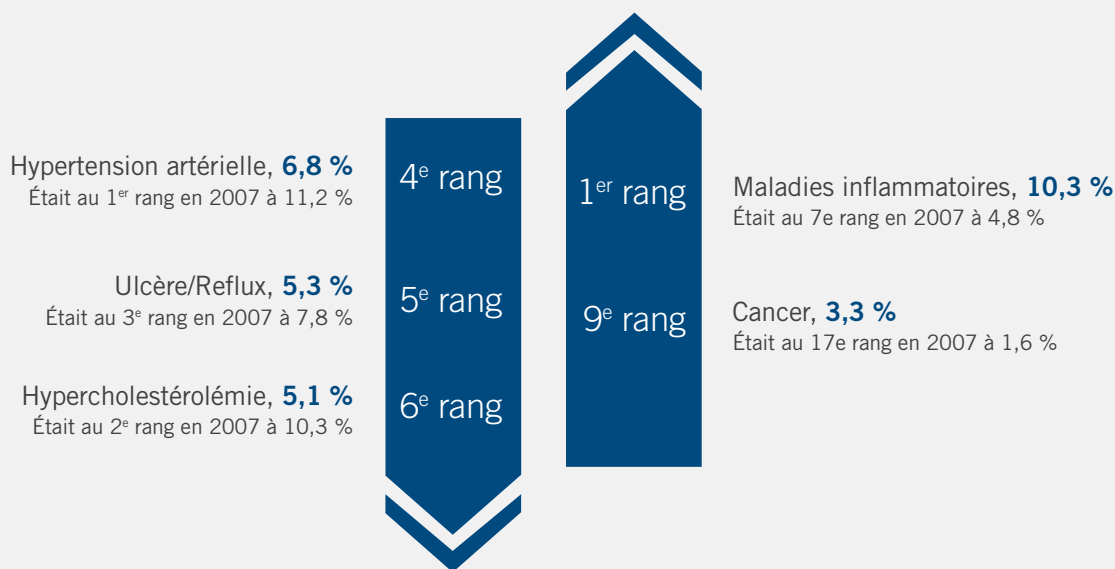


## Dépenses en médicaments de spécialité

En 2013, l'utilisation des médicaments de spécialité a augmenté de 7,5 % et le coût par ordonnance, de 2, %<sup>1</sup>. Ces augmentations ont entraîné une tendance globale de 10 % en matière de médicaments de spécialité. En moyenne, une demande de règlement pour un médicament de spécialité coûte 28 fois plus qu'une demande pour un médicament traditionnel (1 270 \$ comparativement à 45 \$). Ainsi, une légère hausse de l'utilisation des médicaments de spécialité peut entraîner une bien plus grande augmentation des dépenses globales. Par ailleurs, les dépenses augmentent à mesure que davantage de patients utilisent ce type de médicaments. Les classes thérapeutiques des médicaments indiqués pour traiter les

maladies inflammatoires et le cancer constituent un bon exemple. En 2007, les médicaments utilisés pour traiter les maladies inflammatoires se situaient au 7e rang du classement sur le plan des dépenses et sont passés au premier rang en 2013. Les anticancéreux, eux, figuraient au 17e rang du classement en 2007, et sont passés au 9e rang en 2013. En même temps, le pourcentage des dépenses globales associées aux médicaments utilisés pour traiter l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et les ulcères/reflux a diminué en raison de la réduction du coût par ordonnance par suite de l'arrivée à échéance des brevets et des réformes provinciales du prix des génériques.


**FIGURE 5** Diminution du pourcentage des dépenses associées aux classes thérapeutiques des principaux médicaments traditionnels  
Les dépenses augmentent puisqu'un plus grand nombre de patients utilisent des médicaments de spécialité coûteux





## 10 principales classes thérapeutiques en fonction du % du coût total

Rang selon le coût total en 2013	Classe thérapeutique	Pourcentage du coût total en 2013	Pourcentage des DDR totales en 2013	Rang selon le nombre de DDR en 2013	Tendance
1	Maladies inflammatoires*	10,3 %	0,3 %	41	10,0 %
2	Diabète	6,9 %	5,6 %	6	5,7 %
3	Dépression	6,9 %	8,0 %	2	-0,6 %
4	Hypertension artérielle	6,8 %	12,9 %	1	-9,4 %
5	Ulcère / Reflux	5,3 %	5,0 %	7	-0,0 %
6	Hypercholestérolémie	5,1 %	6,2 %	4	-19,7 %
7	Asthme / MPOC	5,0 %	4,3 %	8	-0,9 %
8	Antibiotiques / Anti-infectieux	4,7 %	7,9 %	3	-10,1 %
9	Anticancéreux*	3,3 %	0,8 %	35	18,1 %
10	Douleur, analgésiques narcotiques	3,2 %	5,7 %	5	-1,6 %

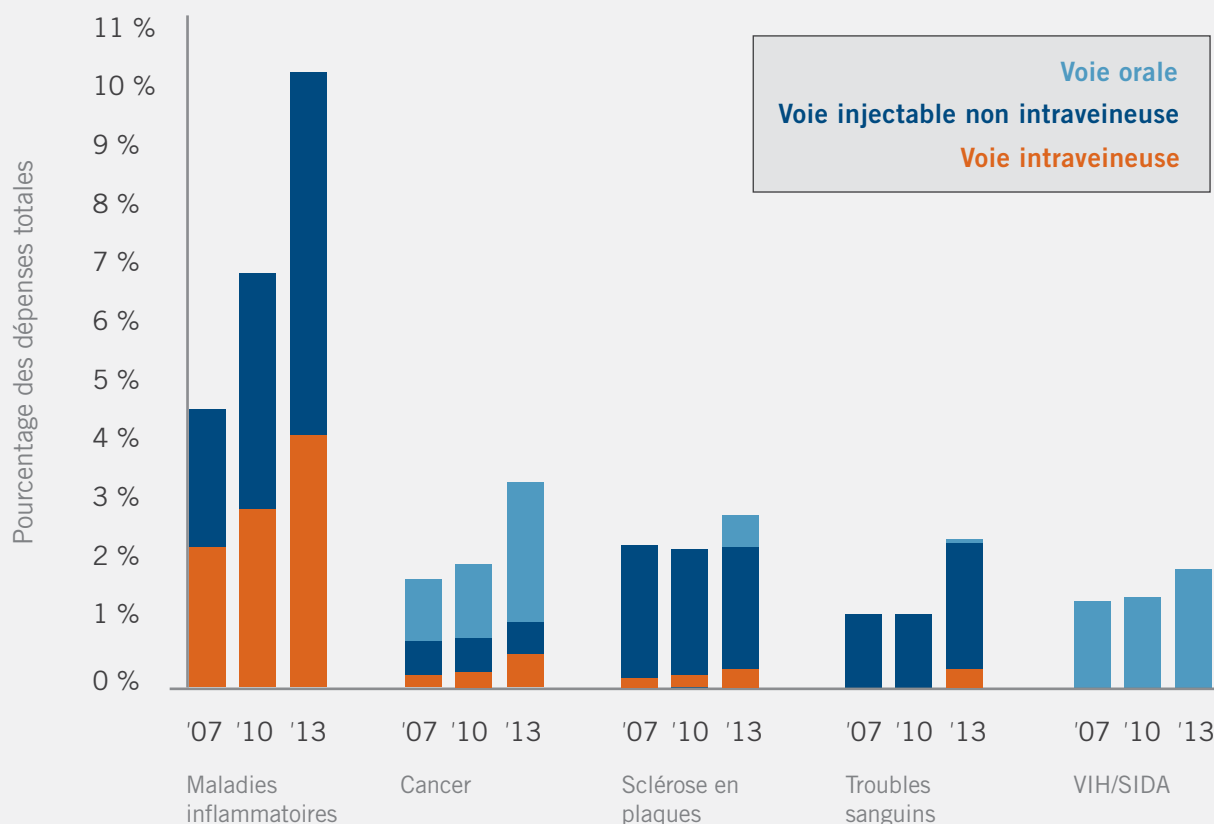
\* Denotes specialty 

## Utilisation accrue de médicaments aux fins de traitements à domicile ou en consultation externe

L'augmentation du nombre de médicaments de spécialité offerts sous forme orale est une tendance émergente. C'est pourquoi les médicaments sont plus pratiques puisqu'ils sont administrés à domicile ou en consultation externe. Cette situation peut entraîner un changement sur le plan du payeur. En effet, le médicament n'étant plus administré à l'hôpital, les régimes privés doivent couvrir le médicament et voient leurs dépenses augmenter. L'augmentation du nombre de médicaments de spécialité présentés sous forme orale est évidente dans la classe thérapeutique des médicaments contre la sclérose en plaques et le cancer. Nous reviendrons sur ce sujet dans la section sur l'examen des classes thérapeutiques.

En 2007, par exemple, les injections d'interférons constituaient la pierre angulaire du traitement de la sclérose en plaques. Depuis le mois de mars 2011, quatre nouveaux médicaments oraux ont été lancés sur le marché : Gilenya<sup>MD</sup>, Fampyra<sup>MC</sup>, Aubagio<sup>MC</sup> et Tecfidera<sup>MC</sup>. Les deux derniers ont été approuvés en 2013. La part de marché de ces médicaments continue d'augmenter. On s'attend à ce que la tendance sur le plan des dépenses en médicaments pour traiter la sclérose en plaques augmente à l'avenir.

**FIGURE 6** Utilisation accrue de médicaments oraux de spécialité  
L'aspect pratique et la facilité d'administration des médicaments oraux de spécialité font augmenter l'utilisation




## Nouveaux médicaments de spécialité approuvés ou en voie de développement


La catégorie des médicaments de spécialité domine les approbations de nouveaux médicaments et ceux en voie de développement. Au cours des dernières années, davantage de médicaments de spécialité qui procurent un traitement efficace sur le plan clinique et qui constituent parfois le seul traitement pour une maladie complexe ont été approuvés. Près d'un nouveau médicament sur deux (31 sur 63) qui a été approuvé en 2013 est un médicament de spécialité. De nouvelles pharmacothérapies pour traiter les maladies très spécialisées offrent d'importants avantages sur le plan clinique aux patients et aux fournisseurs de soins.

Toutefois, le coût élevé de ces médicaments constitue un souci d'ordre financier pour les régimes et les patients.

En 2013, plusieurs médicaments de spécialité coûteux et dignes de mention sont arrivés sur le marché. Ils ont souvent coûté des milliers de dollars par patient par année. Selon les prix qui sont connus jusqu'à maintenant, Adcetris® était le médicament le plus coûteux. Indiqué pour traiter les leucémies, ce médicament coûtait 232 300 \$ par patient par année. Les anticancéreux ont constitué près du tiers des nouveaux médicaments de spécialité approuvés ~~en 2013~~.

## Nouveaux médicaments de spécialité approuvés en 2013

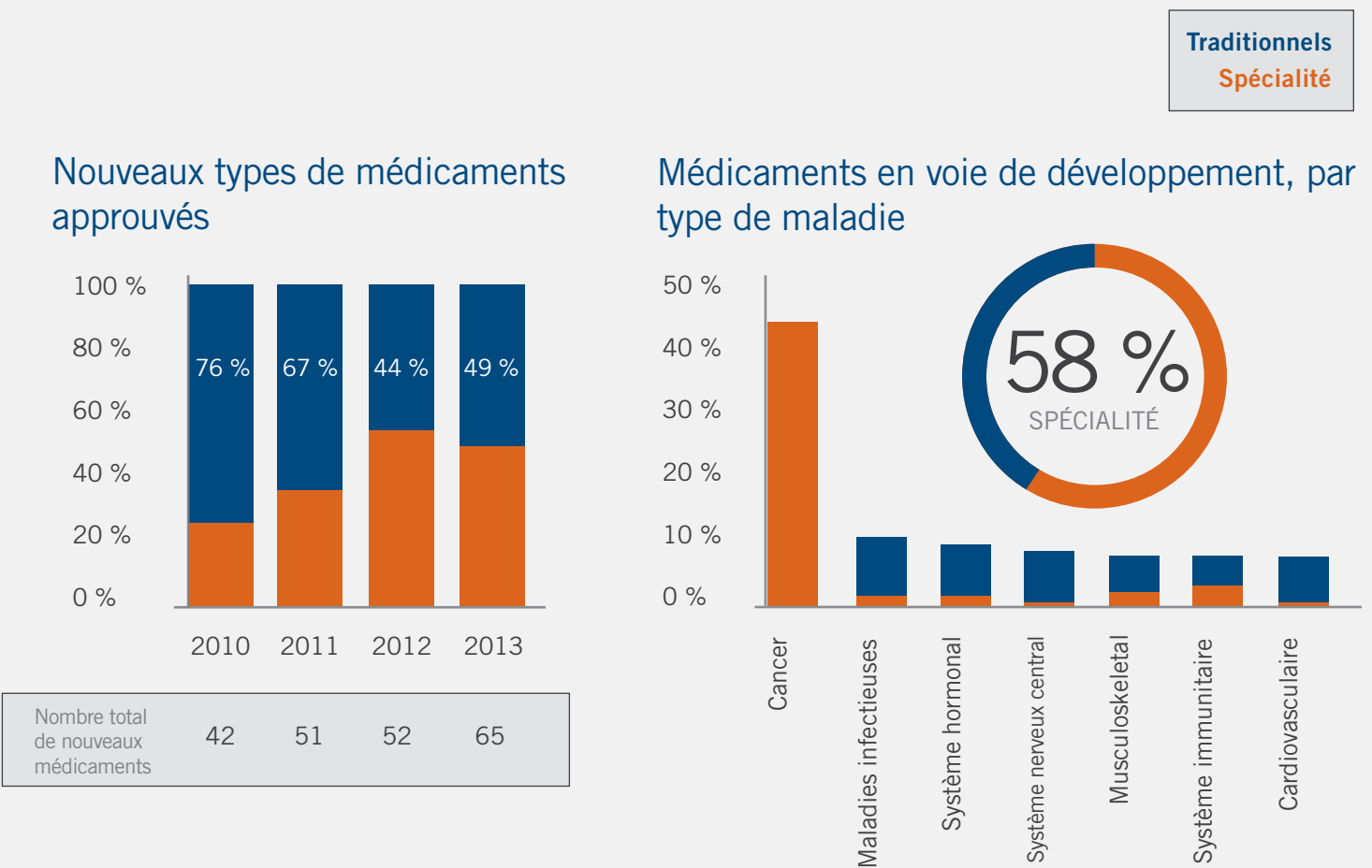
Médicament breveté	Nom de la molécule chimique	Principale(s) indication(s)	Coût annuel par patient 
Orencia <sup>MD</sup> (injection sous-cutanée)	abatacept	Polyarthrite rhumatoïde	19 300 \$
Giotrif <sup>®</sup>	afatinib	Cancer du poumon	30 400 \$
Eylea <sup>®</sup>	afibercept	Dégénération maculaire néovasculaire liée à l'âge	9 000 \$
Trisenox <sup>®</sup>	trioxyde d'arsenic	Cancer - Leucémie aiguë promyélocytaire	33 550 \$ (deux traitements de 25 jours)
Adcetris <sup>®</sup>	brentuximab	Cancer - Lymphome hodgkinien, lymphome anaplasique à grandes cellules systémique	154 880 \$ - 232 300 \$
Tybst <sup>MC</sup>	cobicistat	VIH/SIDA	Non disponible
Tafinlar <sup>MC</sup>	dabrafenib	Cancer - Mélanome	96 200 \$
Tecfidera <sup>MC</sup>	fumarate de diméthyle	Sclérose en plaques (forme rémittente)	12 150 \$ - 24 300 \$
Tivicay <sup>MC</sup>	dolutégravir	VIH/SIDA	14 250 \$
Vitekta <sup>MC</sup>	elvitégravir	VIH/SIDA	Non disponible
Xtandi <sup>MC</sup>	enzalutamide	Cancer de la prostate	43 050 \$
Naglazyme	galsulfase	Syndrome de Maroteaux-Lamy (MPS VI)	Non disponible
Opsumit <sup>MC</sup>	macitentan	Hypertension artérielle pulmonaire	49 400 \$
Uvadex <sup>MC</sup>	méthoxsalen	Cancer - Lymphome cutané à cellules T (LCCT)	Non disponible
Jetrea <sup>MD</sup>	ocriplasmin	Adhérence vitréo-maculaire (AVM) symptomatique	4 150 \$ (un traitement)
Signifor <sup>MD</sup>	pasiréotide	Maladie de Cushing	59 000 \$ - 62 500 \$
Fycompa <sup>MC</sup>	pérampanel	Antiépileptique	3 650 \$
Perjeta <sup>MC</sup>	pertuzumab	Cancer du sein	54 000 \$
Stivarga <sup>®</sup>	regorafenib	Cancer colorectal, tumeurs stromales gastro-intestinales	19 650 \$ (durée médiane du traitement de 3 mois)
Zaxine	rifaximine	Encéphalopathie d'origine hépatique	12 000 \$
Adempas <sup>®</sup>	riociguat	Hypertension pulmonaire thromboembolique chronique	49 400 \$
Istodax <sup>®</sup>	romidepsine	Cancer - Lymphome T périphérique	Non disponible
Galexos <sup>MC</sup>	siméprévir	Hépatite C chronique de génotype 1	38 510 \$ (par traitement)
Imvamune <sup>MC</sup>	Vaccin contre la variole	Vaccin	Non disponible
Aubagio <sup>MC</sup>	térfunomide	Sclérose en plaques récurrente/rémittente	20 600 \$
Mekinist <sup>MC</sup>	tramétinib	Cancer - Mélanome (peau)	110 150 \$
Kadcyla <sup>MC</sup>	trastuzumab et emtansine	Cancer du sein	93 250 \$ (17 cycles de traitement)
Erivedge <sup>®</sup>	vismodegib	Cancer basocellulaire	113 300 \$

Compte tenu du nombre de médicaments de spécialité en voie de développement dans les sociétés pharmaceutiques, nous estimons que 58 % des futurs médicaments seront des médicaments de spécialité. De plus, selon le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, près de 4  de tous les médicaments en voie de développement sont des anticancéreux. Ils sont suivis de près par les médicaments indiqués pour traiter les maladies infectieuses (9 %) et par ceux indiqués pour régler le système hormonal (8 %). Puisque de plus en plus

de médicaments oraux sont offerts, les données illustrent que 70 % des anticancéreux en voie de développement sont des produits chimiques ou non biologiques. Les patients pourront ainsi les prendre à domicile. L'approbation de ces anticancéreux augmenterait donc les soucis d'ordre financier des régimes privés.

Nous croyons donc que les dépenses en matière de médicaments de spécialité continueront à augmenter à l'avenir.

**FIGURE 7** Augmentation anticipée des dépenses en médicaments de spécialité à l'avenir  
Les nouveaux médicaments approuvés et ceux en voie de développement sont surtout des médicaments de spécialité



## Arrivée à échéance des brevets de certains médicaments de spécialité

L'ère de la perte de l'exclusivité d'un médicament vedette au sein du marché achève et le nombre peu élevé des brevets arrivant à échéance entraînera de nouveau une augmentation de la tendance. En 2013, les médicaments de marque dont le brevet est arrivé à échéance n'ont contribué que pour 3,7 % des dépenses totales, ce qui est bien moins que les 10,3 % en 2012. Selon le registre des brevets de Santé Canada, les brevets de plusieurs médicaments devraient arriver à échéance en 2014, y compris ceux des médicaments de spécialité tels que Neulasta<sup>MD</sup>, Neupogen<sup>MD</sup>, Revlimid et Botox<sup>®</sup> et des médicaments traditionnels, tels que Ciprallex<sup>®</sup>, Advair<sup>®</sup>, Lantus<sup>®</sup>, Ezetrol<sup>®</sup> et Celebrex<sup>®</sup>.

---

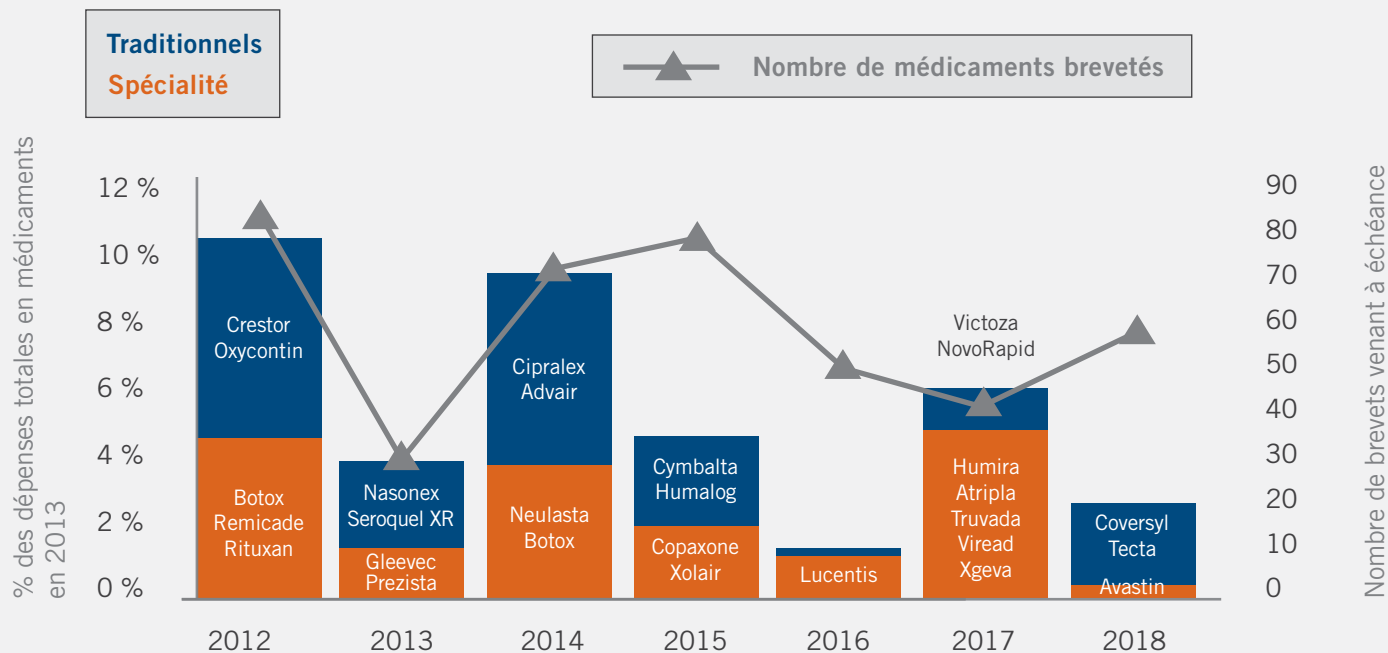
En 2013, les médicaments de marque dont le brevet est arrivé à échéance n'ont contribué que pour 3,7 % des dépenses totales.

---

Si l'on regarde à l'horizon, les brevets de nombreux médicaments de spécialité arriveront à échéance au cours des cinq prochaines années. Express Scripts Canada ne croit toutefois pas que la tendance diminuera à court terme, car l'offre et les limites relatives à l'utilisation des produits biologiques ultérieurs (PBU) varient beaucoup.

Santé Canada définit le PBU comme un médicament biologique qui arrive sur le marché après la version d'un médicament qui a déjà été approuvé au Canada. Le PBU est très semblable au produit de référence biologique. Les indications approuvées d'un PBU peuvent être différentes de celles du produit de référence selon l'étendue des essais cliniques effectués. Puisque le PBU n'est pas considéré comme un équivalent thérapeutique ou pharmaceutique du produit de référence, Santé Canada n'encourage pas la substitution automatique d'un médicament de spécialité breveté par un PBU. Aussi, seule la substitution thérapeutique peut-elle avoir lieu, ce qui exige l'approbation et l'intervention du patient, du pharmacien et du médecin. Nous croyons que les PBU seront un peu moins chers que leur produit de référence breveté et, même si nous nous attendons à ce que l'arrivée de PBU ait une incidence sur la tendance au fil du temps, les répercussions de ces produits et les économies qui pourront être réalisées demeurent très incertaines. Nous présentons à la page suivante une liste des PBU en voie de développement.

**FIGURE 8** La diminution du nombre de brevets venant à échéance indique une éventuelle hausse de la tendance  
Économies sur le prix des médicaments de spécialité très incertaines



Source : Registre des brevets, Médicaments et produits de santé, Santé Canada

Médicament de référence (médicament breveté)	Nom de la molécule chimique	Arrivée à échéance des brevets au Canada	Principales indications	État
Humira®	adalimumab	2017	Polyarthrite rhumatoïde et psoriasis en plaques	Phase III
Remicade®	infliximab	2017	Polyarthrite rhumatoïde	Phase III
Avastin®	bevacizumab	2018	Cancer	Phases I et III
Gonal-F <sup>MD</sup>	follitrophine alpha	2019	Fertilité	Brevet à l'étude dans l'Union européenne
Rituxan®	rituximab	2020	Polyarthrite rhumatoïde, cancer	Phases II et III
Herceptin®	trastuzumab	2021	Cancer	Phase III
Enbrel <sup>MD</sup>	étanercept	2023	Polyarthrite rhumatoïde et psoriasis en plaques	Phase III
Lantus®	insuline glargine	2023	Diabète	Brevet à l'étude dans l'Union européenne
Neupogen <sup>MD</sup>	filgrastim	2024	Neutropenia	Brevet à l'étude dans l'Union européenne

Source : Ndegwa, S., Quansah, K., Subsequent Entry Biologics – Emerging Trends in Regulatory and Health Technology Assessment Frameworks [Environmental Scan, Issue 43, ES0284]. Ottawa : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, 2014.

## Produits biologiques ultérieurs à Remicade

Prenons l'exemple du nouveau produit biologique ultérieur à Remicade, le CT-P13, qui comporte deux noms sur le marché : Remsima<sup>MC</sup> et Inflectra<sup>MC</sup>. Ces deux médicaments sont fabriqués par Celltrion Healthcare Co Ltd., une société pharmaceutique de la Corée du Sud, et ont obtenu un avis de conformité de Santé Canada en janvier 2014.

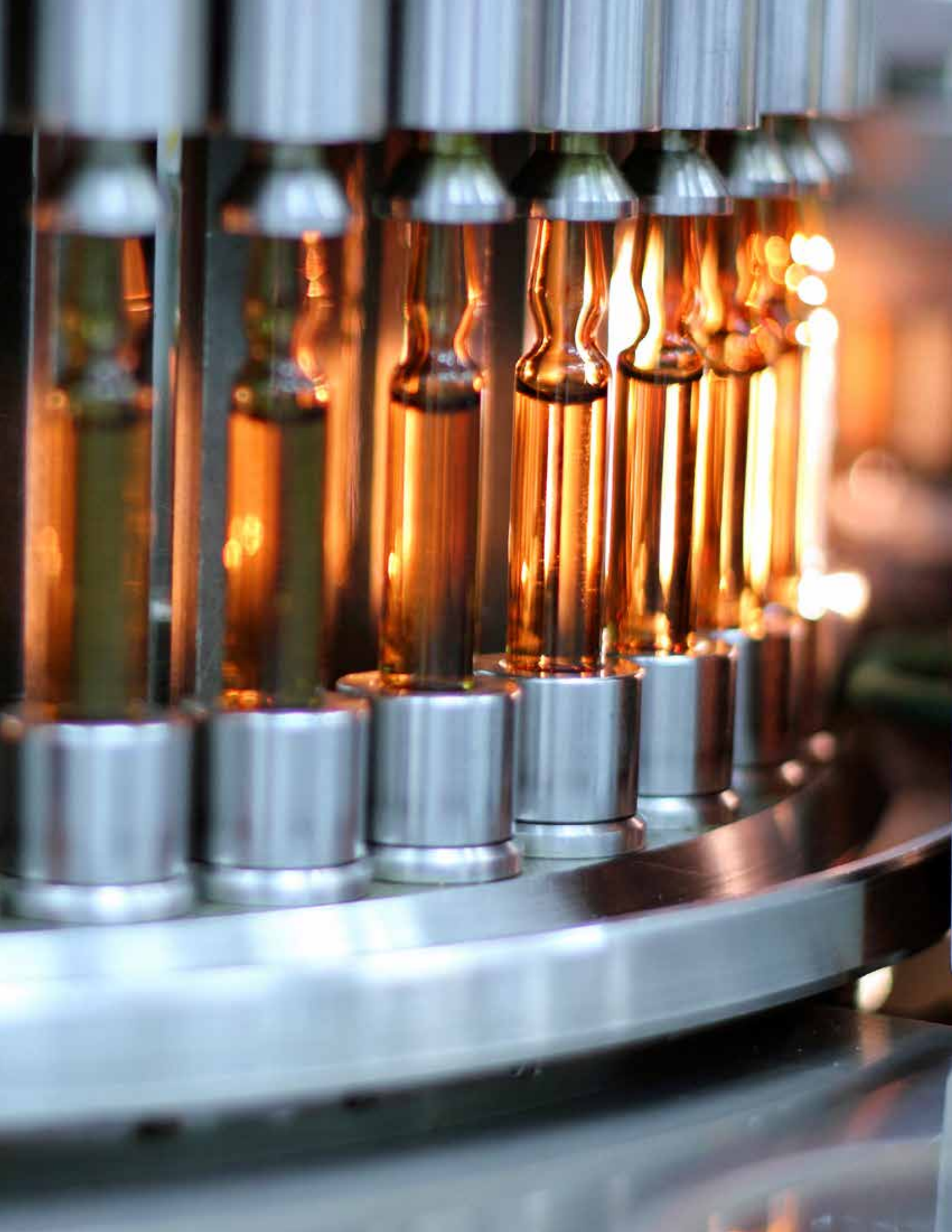
Deux essais cliniques ont été menés et les résultats de l'étude sur le CT-P13 chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante (étude PLANETAS) ou de polyarthrite rhumatoïde (étude PLANETAS) ont été publiés. L'Agence européenne des médicaments a approuvé les mêmes indications pour le CT-P13 que pour Remicade®, ce qui signifie une extrapolation des indications. Cependant, Santé Canada n'a approuvé que quatre indications pour le CT-P13, soit la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante, la polyarthrite

psoriasique et le psoriasis. Les indications pour les maladies gastro-intestinales telles que la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse n'ont pas été accordées pour le CT-P13, ce qui crée des incertitudes relatives à la popularité du CT-P13 au Canada.

Seule une substitution thérapeutique de Remicade® par le CT-P13 peut avoir lieu. C'est pourquoi le potentiel de réduction de prix de près de 30% du CT-P13 comparativement à Remicade® permettrait tout de même aux régimes privés de réaliser des économies s'ils utilisaient les outils et les services de gestion appropriés.

Dans l'ensemble, Express Scripts Canada croit que l'arrivée à échéance des brevets de médicaments de spécialité n'aura pas de grandes répercussions sur la tendance dans un avenir rapproché.





## » Rapport spécial : le profilage d'un demandeur de médicaments de spécialité

Au cours des six dernières années, les dépenses en matière de médicaments de spécialité ont doublé, ~~et les augmentations annuelles supérieures à 10 % se sont succédé.~~ même si nous encourageons l'accès à des traitements efficaces pour les patients afin qu'ils soient en meilleure santé, il ne fait pas de doute que des solutions sont nécessaires pour assurer la viabilité des régimes privés. Pour formuler et utiliser les solutions appropriées, nous devons mieux comprendre les demandeurs qui utilisent des médicaments de spécialité. Express Scripts Canada a créé le présent rapport spécial afin de communiquer les résultats de ses analyses sur les données démographiques, la comorbidité et le schéma d'utilisation des médicaments de spécialité chez certains patients.

Les résultats de nos recherches confirment que seulement 1,17 % de tous les participants aux régimes ont soumis une demande de règlement pour médicament de spécialité, ce qui est conforme au schéma d'utilisation peu fréquente de ces médicaments coûteux. Ce pourcentage comprend 0,41 % de tous les participants qui ont soumis une ou plusieurs demandes de règlement pour un médicament de spécialité indiqué pour traiter une maladie inflammatoire telle que la polyarthrite rhumatoïde sévère. Le coût annuel moyen des traitements s'élève à 12 478 \$ par patient, ce qui comprend les dépenses relatives à tous les types de médicaments, soit les médicaments d'urgence, d'entretien ou de spécialité. Ce coût annuel est très élevé, soit 16 fois la moyenne nationale de 765 \$ par demandeur par année, toutes maladies confondues. De même, 0,26 % de tous les participants ont soumis des demandes de règlement pour anticancéreux dont le coût annuel s'élève à 10 690 \$ par patient, ce qui est 14 fois supérieur à la moyenne nationale.

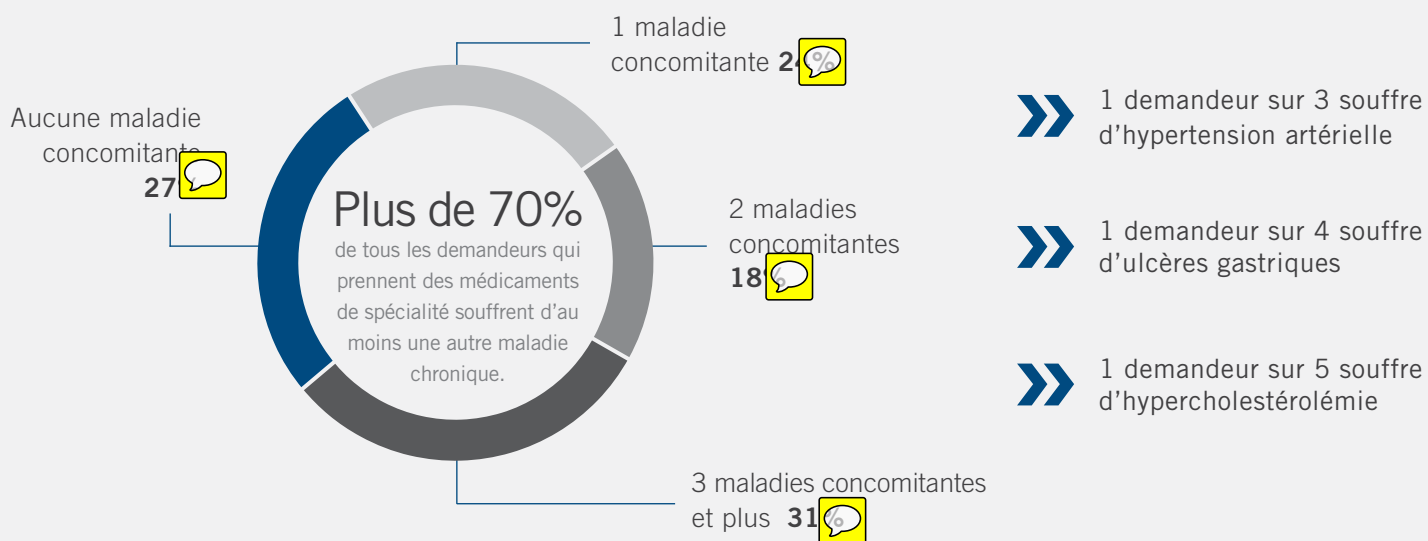
Comme l'indique le petit nombre de demandes de règlement pour médicaments de spécialité, même si les maladies que ces derniers permettent de traiter sont rares, elles ont des répercussions sur la population active et sur les régimes privés. En moyenne, les patients qui souffrent de sclérose en plaques sont âgés de 46,6 ans, et ceux qui sont atteints de troubles sanguins, de 55,9 ans. Compte tenu de l'aspect chronique et de la progression de ces maladies, elles exigent tout de même des traitements pendant des mois, voire même des années. Lorsque la maladie progresse, il est souvent recommandé de modifier le traitement ou d'ajouter un médicament de spécialité. Nous croyons que les traitements demeureront coûteux. Ainsi, lorsqu'un patient soumet une demande de règlement pour un médicament de spécialité, le régime privé doit composer avec le fardeau financier que ce type de médicament représente, et ce, jusqu'à ce que le régime d'assurance maladie provincial du demandeur commence à rembourser les médicaments, le cas échéant.

## Données démographiques des patients qui souffrent de maladies spécialisées

Type de maladies spécialisées	Âge moyen (ans)	% des participants	Coût annuel du traitement (y compris les médicaments d'urgence, d'entretien et de spécialité)
Maladies inflammatoires	47,6	0,41 %	12 478 \$
Cancer	52,7	0,26 %	10 690 \$
Sclérose en plaques	46,6	0,06 %	15 901 \$
Troubles sanguins	55,9	0,15 %	5 125 \$
VIH / SIDA	48,5	0,07 %	11 647 \$
Transplantation d'organes	49,6	0,08 %	2 090 \$

**FIGURE 9** Recherche – Il est essentiel d'apporter les soins appropriés aux patients qui prennent des médicaments de spécialité  
Analyse du taux de maladies concomitantes dans le bloc d'affaires d'ESC

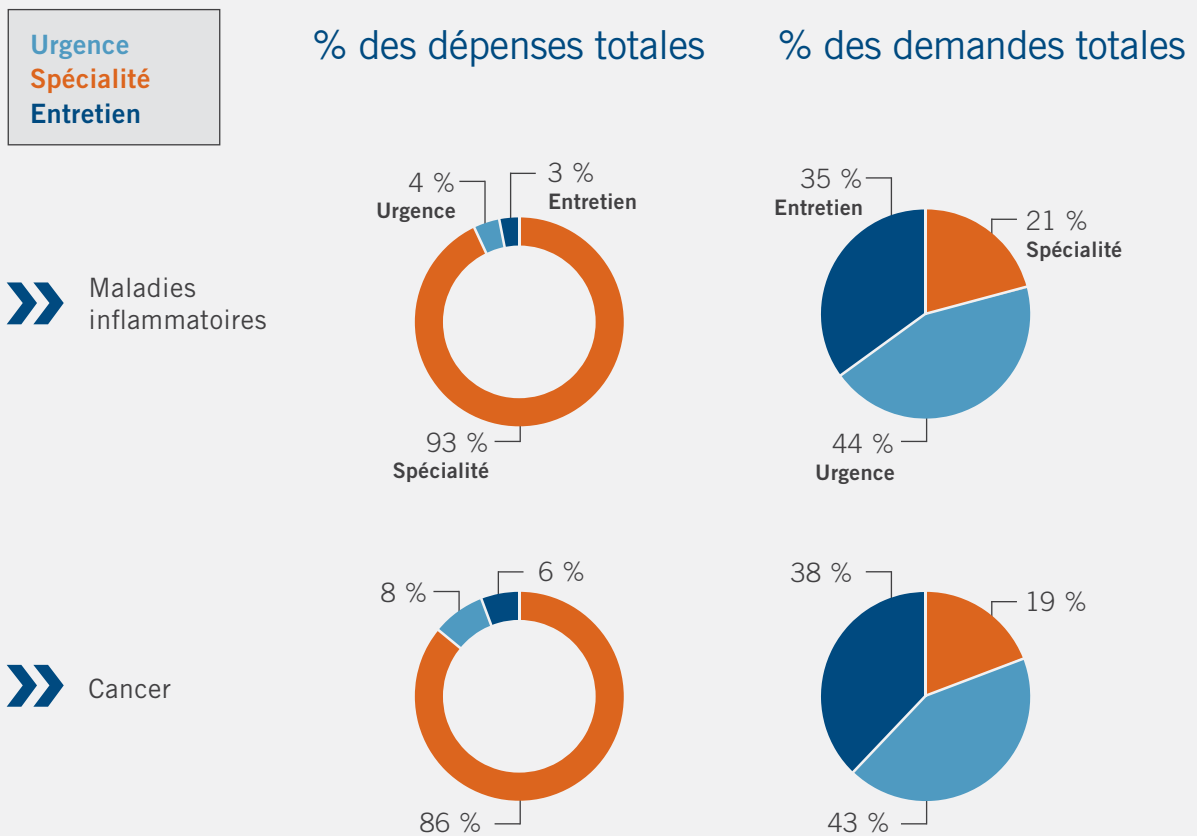
## Maladies concomitantes chez les demandeurs qui prennent des médicaments de spécialité



La plupart des patients qui souffrent d'une maladie concomitante doivent prendre d'autres médicaments pour gérer leur santé. Prenons l'exemple d'un patient qui souffre d'une maladie inflammatoire. Seulement 21 % des demandes de règlement ont été soumises pour des médicaments de spécialité, 44 % de ses demandes pour des médicaments d'urgence tels que les antibiotiques ou les antidouleurs et le reste des demandes de règlement (35 %) ont été soumises pour

des médicaments d'entretien comme les diurétiques qui sont indiqués pour traiter l'hypertension artérielle. On observe un schéma de règlement semblable chez les patients atteints de cancer, de sclérose en plaques ou d'infection à VIH. Puisque les patients qui prennent des médicaments de spécialité exigent des traitements complexes, les pharmaciens peuvent offrir de meilleurs soins, optimiser les régimes d'assurance médicaments et améliorer les résultats sur la santé.

**FIGURE 10** Les patients qui prennent des médicaments de spécialité nécessitent des régimes thérapeutiques complexes  
Solutions ciblées nécessaires pour optimiser les dépenses et les soins

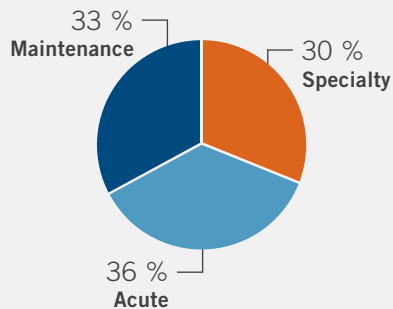
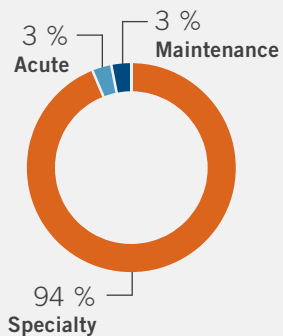


Urgence  
 Spécialité  
 Entretien

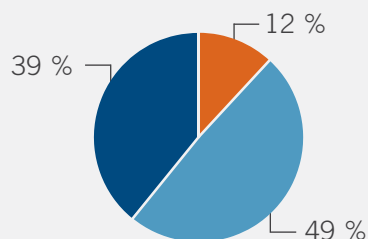
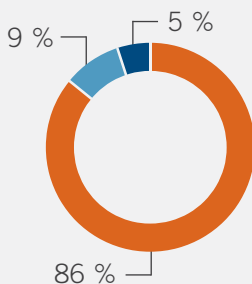
% des dépenses totales

% des demandes totales

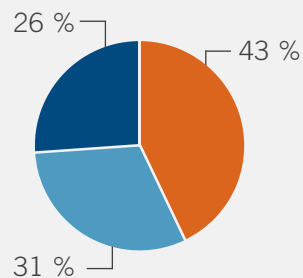
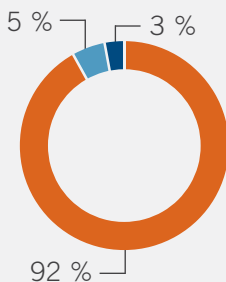
» Sclérose en plaques



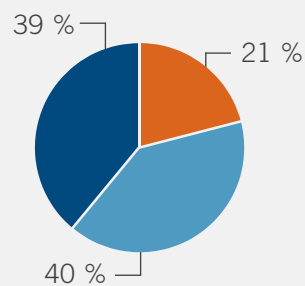
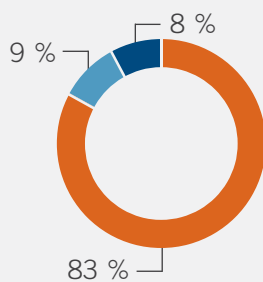
» Troubles sanguins



» Infection au VIH



» Transplantation d'organes

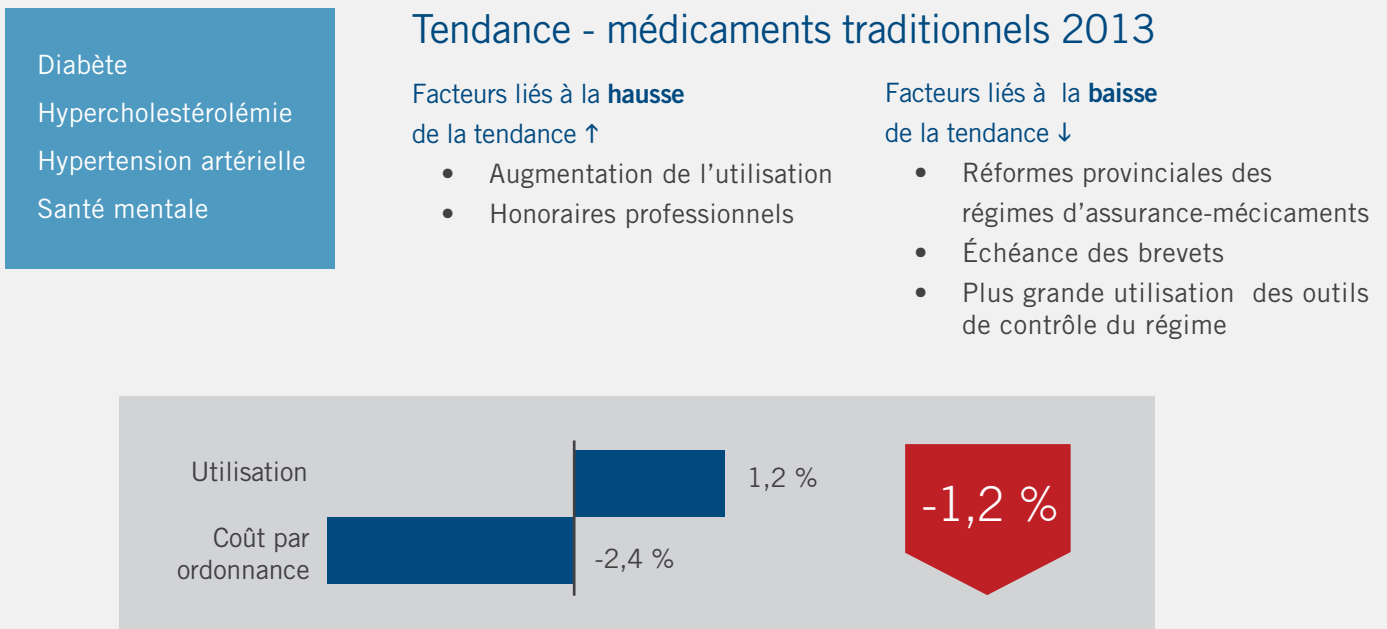


## Tendances sur le plan des médicaments traditionnels

En 2013, les médicaments traditionnels ont connu une tendance négative (-1,2 %). L'utilisation accrue de ces médicaments a été atténuée par une diminution du coût par ordonnance. Cette réduction s'explique principalement par la baisse du prix des génériques dans le cadre des réformes provinciales, par les ententes conclues avec le Conseil de la fédération et par la disponibilité accrue de génériques en raison de l'arrivée à échéance des brevets de certains médicaments. De plus, les contrôles accrus sur les régimes, par exemple la substitution générique obligatoire, ont contribué à la diminution du coût par ordonnance.

Par contre, cette diminution a été partiellement atténuée par une hausse de l'utilisation des médicaments traditionnels. La prévalence des maladies chroniques telles que l'hypertension artérielle dont souffre la population vieillissante ainsi que l'augmentation du nombre de médicaments offerts pour traiter ces maladies peuvent expliquer cette situation. L'augmentation des honoraires professionnels et l'utilisation de nouveaux médicaments brevetés plus coûteux ont entraîné une hausse de la tendance en matière de médicaments traditionnels.

**FIGURE 11** Les génériques font diminuer la tendance en matière de médicaments traditionnels  
L'augmentation de l'utilisation des médicaments traditionnels entraînera une hausse de la tendance prochainement



## L'utilisation et les dépenses augmentent avec l'âge

L'utilisation des médicaments traditionnels a augmenté de 28,7 % au cours des 10 dernières années. La moyenne nationale de 10 ordonnances en 2003 est passée à 12,9 ordonnances en 2013. 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). L'utilisation accrue s'explique par le nombre plus élevé de médicaments indiqués pour traiter des maladies conventionnelles ou encore par le nombre plus élevé d'ordonnances de médicaments génériques, compte tenu du fait qu'ils sont plus abordables. L'augmentation de la prévalence, elle, s'explique principalement par le vieillissement de la population au Canada.



Si l'on tient compte des données démographiques sur les participants aux régimes que gère Express Scripts Canada, l'historique des demandes de règlement indique que l'utilisation atteint un maximum chez les participants âgés entre 50 et 65 ans. En effet, à mesure que les employés vieillissent, ils utilisent davantage de médicaments, ce qui se traduit par des dépenses plus élevées. De plus, comme on peut s'y attendre, les employés âgés de 65 ans et plus soumettent moins de demandes de règlement, car ils participent aux régimes provinciaux à l'intention des personnes âgées. Cette statistique varie d'une région à l'autre selon que le régime provincial est le premier payeur ou celui de dernier recours.

Compte tenu du vieillissement de la population, tous les régimes doivent maîtriser les coûts pour assurer leur viabilité.

---

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** et **la hausse de la prévalence**.

---

## Honoraires professionnels

En 2013 au pays, les honoraires professionnels ont affiché une augmentation modeste de 1,2 % pour passer à 11,03 \$. Cela est semblable à l'augmentation de 1,2 % des honoraires survenue en 2012. D'un point de vue régional, même si les honoraires professionnels moyens ont davantage augmenté dans les provinces de l'Atlantique



(5,6 %), ils sont encore les moins élevés au Canada, soit 9,71 \$. C'est encore une fois dans les Prairies et le Nord canadien que les honoraires moyens sont les plus élevés (11,76 \$). Les honoraires professionnels en Ontario arrivent en deuxième place (11,23 \$), l'Alberta vient ensuite (10,81 \$), puis la Colombie Britannique (10,21 \$).



## Nouveaux médicaments traditionnels approuvés

Même si davantage de médicaments de spécialité sont en voie de développement, un certain nombre de médicaments traditionnels ont été approuvés en 2013. Beaucoup de ces nouveaux médicaments sont toutefois considérés comme des élargissements de gammes ou des médicaments d'imitation.

Les nouvelles approbations et l'utilisation accrue des médicaments brevetés coûteux font augmenter la tendance nationale. Deux exemples s'imposent : les médicaments pour traiter le diabète et ceux indiqués pour les problèmes de santé mentale. Pour traiter le diabète, de nouveaux médicaments dont le mécanisme d'action

est unique, les inhibiteurs de la DPP-4 et les mimétiques de l'incrétine, sont désormais offerts. Compte tenu de la progression et de la prévalence élevée de cette maladie, l'utilisation et le coût par ordonnance ont tous deux augmenté. De même, l'utilisation des nouveaux antipsychotiques comme l'aripiprazole (Abilify) et la palipéridone (Invega®) a beaucoup augmenté (136 % et 255 %, respectivement). Les dépenses pour ce type de médicaments ont également augmenté (144 % et 200 %, respectivement) puisqu'ils constituent une option de plus pour les patients qui souffrent de problèmes de santé mentale et dont les traitements sont très individualisés.



## Traditional Drugs Approved in 2013

Médicament breveté	Nom de la molécule chimique	Principale(s) indication(s)	Coût annuel par patient
Ofirmev®	Injection intraveineuse d'acétaminophène	Douleur	Non disponible
Tudorza <sup>MC</sup> Genuair <sup>MC</sup>	bromure d'aclidinium	Maladie pulmonaire obstructive chronique	850 \$
Xerese <sup>MC</sup>	acyclovir/hydrocortisone	Herpès de la lèvre	36 \$ (par traitement)
Rasilamlo®	fumarate d'aliskirène/ bésylate d'amlodipine	Hypertension artérielle	Non disponible
Lumigan® PF	bimatoprost	Glaucome à angle ouvert ou hypertension oculaire	Non disponible
Omnaris HFA®	ciclésionide	Rhinite allergique	Non disponible
Premarin® (libération prolongée)	estrogènes conjugués	Ménopause, postménopause, ostéoporose, carence oestrogénique, atrophie vulvaire et vaginale	Non disponible
Nocdurna®	acétate de desmopressine	Nycturie	500 \$
Silenor <sup>MD</sup>	chlorhydrate de doxépine	Insomnie	450 \$
Jublia®	éfinaconazole	Onychomycose	Non disponible
EstroGel ProPak <sup>TM</sup>	estradiol/progestérone	Symptômes de la ménopause ou de la postménopause	850 \$
Fentora®	citrate de fentanyl, comprimés buccaux	Douleur	Non disponible
Instanyl solution nasale®	citrate de fentanyl, pulvérisation nasale	Douleur	Non disponible
Breo Ellipta <sup>MC</sup>	fluticasone/vilantérol	Maladie pulmonaire obstructive chronique	1 500 \$
Intuniv XR <sup>MC</sup>	chlorhydrate de guanfacine	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité	2 750 \$
PicatoF®	mébutate d'ingénol	Kératose actinique	400 \$
Jaydess <sup>MC</sup>	Lévonorgestrel, système intra-utérin	Contraception	130 \$
Pliaglis®	lidocaïne/tétracaïne	Anesthésique	Non disponible
Jentaduo <sup>MC</sup>	linagliptine/metformine	Diabète de type 2	1 000 \$
Myrbetriq <sup>MC</sup>	mirabegron	Vessie hyperactive	650 \$
Bystolic®	nébivolol	Hypertension artérielle	450 \$ - 900 \$
Ilevro®	népafénac	Douleur et inflammation par suite d'une chirurgie de la cataracte	Non disponible
Striverdi® Respimat®	chlorhydrate d'olodatérol	Maladie pulmonaire obstructive chronique	Non disponible
Neupro®	rotigotine	Maladie de Parkinson	1 350 \$ - 2 800 \$
Veregen <sup>MD</sup>	sinécatechines	Verrues génitales et périanales externes	Non disponible
Diacomit <sup>MC</sup>	stiripentol	Convulsions	17 150 \$ - 39 250 \$
Lysteda®	acide tranéxamique	Saignements menstruels	Non disponible
DuoTrav PQ <sup>MD</sup>	travoprost/timolol	Glaucome à angle ouvert ou hypertension oculaire	750 \$
Fibristal <sup>TM</sup>	ulipristal	Fibromes utérins	1 100 \$ (durée de traitement maximale de 3 mois)

## Alliance pancanadienne d'achat de médicaments

L'Alliance pancanadienne d'achat de médicaments (APAM) fait partie des projets mis en œuvre par le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé (GTIMS) du Conseil de la fédération. L'APAM mène des négociations communes provinciales-territoriales pour les médicaments novateurs au Canada qui visent à ce que les régimes d'assurance médicaments et les patients en obtiennent plus pour leur argent. Par suite de ces négociations, on s'attend à ce que les régimes publics et les patients obtiennent une meilleure valeur, notamment des prix moins élevés pour les médicaments, des prix justes et des couvertures uniformes ainsi qu'un meilleur accès aux médicaments partout au Canada. Toutefois, il se peut que ces négociations se traduisent par peu ou pas d'avantages pour les régimes privés.

Tant les médicaments traditionnels que les médicaments de spécialité figuraient à l'ordre du jour des 32 négociations communes qui ont pris fin en février 2014. Parmi les médicaments traditionnels, on peut penser à Pradaxa<sup>MC</sup> et à

Xarelto<sup>®</sup> pour prévenir les accidents vasculaires cérébraux, à Onbrez<sup>MD</sup> Breezhaler<sup>MD</sup> et à Seebri<sup>®</sup> Breezhaler<sup>®</sup> pour traiter les maladies pulmonaires obstructives chroniques. Parmi les médicaments de spécialité, on comptait de nombreux anticancéreux oraux et injectables tels qu'Afinitor<sup>®</sup> et Perjeta<sup>TM</sup> pour traiter le cancer du sein ainsi qu'Inlyta<sup>MC</sup> et Votrient<sup>®</sup> pour traiter le cancer du rein. Notons que 12 négociations additionnelles ont lieu à l'heure actuelle; la majorité d'entre elles (10 sur 12) portent sur des médicaments de spécialité.

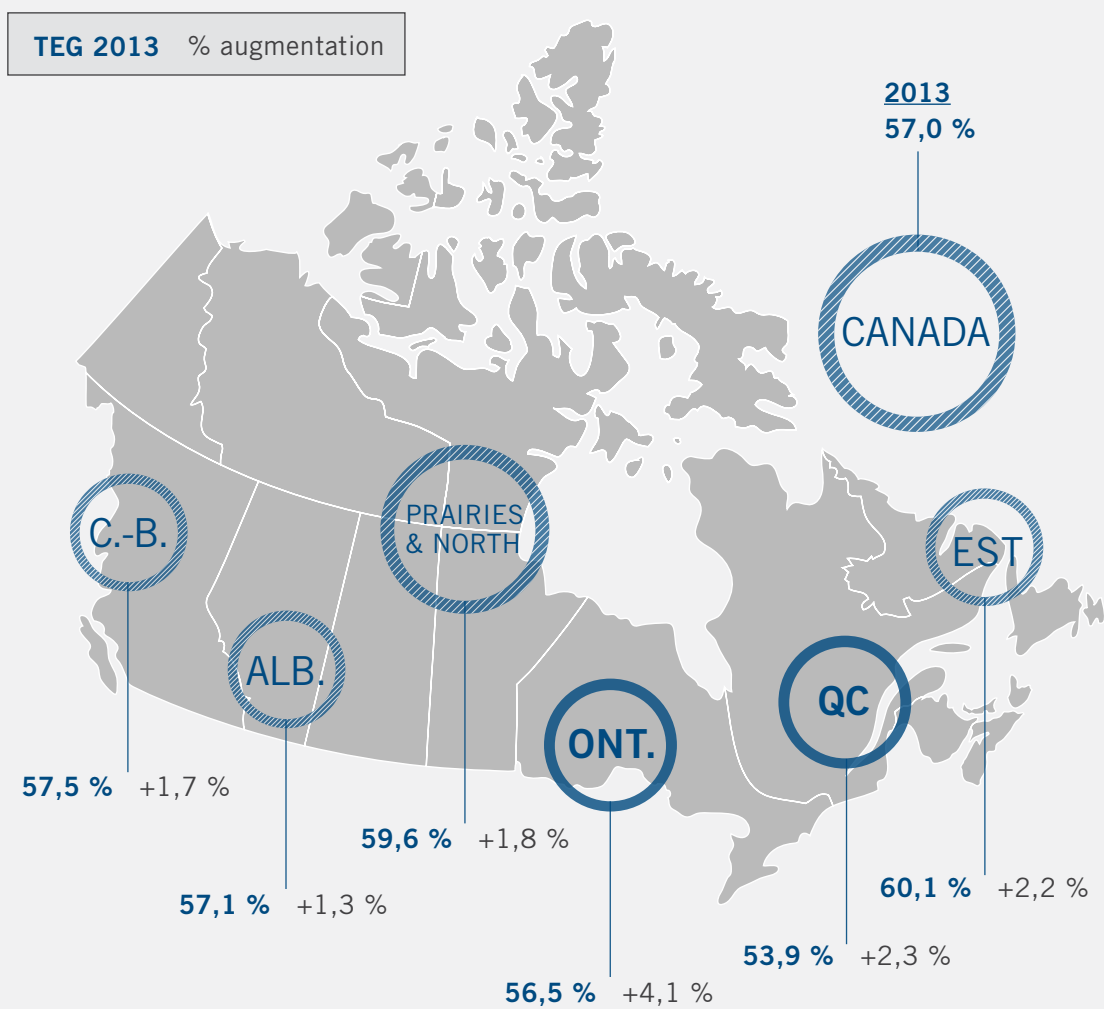
Si de meilleurs prix sont consentis aux régimes privés, leur fardeau financier relativement au remboursement de coûteux médicaments brevetés diminuera. Par contre, si les prix négociés ne sont pas rendus publics et ne s'appliquent pas aux régimes privés, une tarification à deux vitesses sera en vigueur. Les régimes privés verront leurs dépenses et l'utilisation augmenter, car les schémas de prescription seront modifiés.

## Taux d'exécution des génériques

Express Scripts Canada observe une augmentation significative du taux d'exécution des génériques depuis 2007. Cela s'explique principalement par l'arrivée à échéance de nombreux brevets. On entend par taux d'exécution des génériques le pourcentage total des demandes de règlement pour médicaments génériques. 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 les mêmes résultats sur le plan de la santé. Globalement, le taux d'exécution des génériques est passé de 41,7 % en 2007 à 57 % en 2013. D'un point de vue régional, toutes les provinces ont vu ce pourcentage augmenter en 2013. L'Alberta affiche une augmentation de 1,3 %, et l'Ontario, de 4,1 %.

**FIGURE 12** Hausse significative du TEG principalement attribuable à l'expiration des brevets  
Toutes les régions ont subi une augmentation



## Arrivée à échéance des brevets de génériques de première génération

L'augmentation du taux d'exécution des génériques en 2013 s'explique par une année complète d'utilisation de la forme générique de nombreux médicaments vedettes dont le brevet est arrivé à échéance en 2012, notamment la rosuvastatine (Crestor®), le losartan (Cozaar®) et le telmisartan (Micardis®). Même si d'autres brevets

sont arrivés à échéance en 2013, les médicaments correspondants n'ont pas été très utilisés et ont eu peu de répercussions sur le taux d'exécution des génériques.

Le tableau ci-dessous présente la liste des génériques de première génération dignes de mention en 2013.

## Génériques de première génération à souligner pour 2013

Nom du médicament breveté	Nom de la molécule chimique	Voie d'administration	Principale(s) indication(s)	Selon les dépenses en 2013	Selon le nombre de DDR en 2013
Nasonex <sup>MD</sup>	mométasone	Vaporisateur nasal	Allergies	27	23
Seroquel XR <sup>®</sup>	quétiapine	Orale	Antipsychotique	35	25
Gleevec <sup>MD+</sup>	imatinib	Orale	Cancer	43	634
Tri-Cyclen <sup>®</sup> LO	norgestimate/ éthinyloestradiol	Orale	Contraception	55	37
Yasmin <sup>®</sup>	drosprénone/ éthinyloestradiol	Orale	Contraception	72	36
Prograf <sup>®+</sup>	tacrolimus	Orale	Transplantation d'organes	81	313
Ativan Sublingual <sup>MD</sup>	lorazépam	Orale (sublinguale)	Anxiolytique	127	21
Axert <sup>®</sup>	almotriptan	Orale	Migraine	173	297
Aldara <sup>MC</sup>	imiquimod	Topique	Maladies de la peau	189	429
Prezista <sup>®+</sup>	darunavir	Orale	VIH/SIDA	212	675
Micronor <sup>®</sup>	noréthindrone	Orale	Contraception	237	174
Suboxone <sup>MD</sup>	buprénorphine/nalox- one	Orale	Douleur, analgésique narcotique	241	144
Nitro-Dur <sup>MD</sup>	nitroglycérine	Topique	Maladies cardiovasculaires	303	176
Xeloda <sup>®+</sup>	capécitabine	Orale	Cancer	323	592
Zometa <sup>®</sup>	acide zolédronique	Injection intraveineuse	Ostéoporose	325	731
Travatan <sup>MD</sup> Z	travoprost	Gouttes ophtalmiques	Maladies oculaires, glaucome	338	325
Vigamox <sup>MD</sup>	moxifloxacine	Gouttes ophtalmiques	Maladies oculaires, divers	342	197
Fosavance <sup>®</sup>	alendronate/vitamine D3	Orale	Ostéoporose	360	273
Valcyte <sup>®</sup>	valganciclovir	Orale	Antibiotique/anti-infectieux	380	887
DuoTrav <sup>MD</sup>	travoprost/timolol	Gouttes ophtalmiques	Maladies oculaires, glaucome	419	392
Sustiva <sup>®+</sup>	éfavirenz	Orale	VIH/SIDA	421	787
Lescol <sup>®</sup>	fluvastatine	Orale	Hypercholestérolémie	534	474
Nitoman <sup>®</sup>	tétrabénazine	Orale	Hyperkinésie	613	845
Salagen <sup>®</sup>	pilocarpine	Orale	Santé buccale	614	710

+ Médicament de spécialité

## Les réformes provinciales du prix des génériques et le Conseil de la fédération

En 2013, les réformes provinciales du prix des génériques ont permis de réduire le prix des génériques dans plusieurs régions. Le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador ont terminé la dernière étape de leurs réformes au cours de 2013 en établissant le prix des génériques à 25 % du prix des médicaments brevetés. En avril 2013, le prix des génériques a été réduit en Colombie-Britannique et est passé de 35 % à 25 % du prix des médicaments brevetés. Ce prix est passé à 20 % depuis le 1er avril 2014. L'Alberta avait l'intention de réduire le prix de ses génériques de 35 % à 18 % de celui des médicaments brevetés en avril 2013, mais en raison de pressions contraires, le prix de la plupart des génériques est passé à 25 % de celui des médicaments brevetés.

De plus, par suite d'un effort commun entre les provinces (sauf le Québec) et le Conseil de la fédération, le prix de six génériques très utilisés – l'amlodipine, l'atorvastatine, l'oméprazole, le rabéprazole, le ramipril et la venlafaxine – est passé à seulement 18 % du prix des médicaments brevetés correspondants dans toutes les provinces en avril 2013. Depuis le 1er avril 2014, le prix de quatre autres molécules ayant contribué à 6,3 % des dépenses totales en 2013 est passé à 18 % du prix des médicaments brevetés correspondants, ce qui constitue des économies de 2,5 % sur les dépenses totales. Il s'agit des molécules suivantes :

- citalopram (Celexa®) – pour traiter la dépression et les troubles de l'humeur (0,5 % des dépenses totales);

- pantoprazole (Pantoloc®) – pour traiter les ulcères et le reflux gastrique (0,9 % des dépenses totales)
- osuvastatine (Crestor®) – pour traiter l'hypercholestérolémie (4,6 % des dépenses totales)
- simvastatine (Zocor®) – pour traiter l'hypercholestérolémie (0,3 % des dépenses totales)

Deux autres provinces, l'Alberta et le Nouveau-Brunswick, ont annoncé d'importants changements à la structure de remboursement et aux couvertures du régime public en 2014 et par la suite. L'Alberta a annoncé qu'elle établira, entre avril 2014 et avril 2017, de nouvelles règles relatives aux prix. Ces règles prévoient le « prix le plus bas au Canada » ainsi que des changements aux majorations et aux honoraires professionnels permis. Dans l'Est, le Nouveau-Brunswick a présenté la Loi sur l'assurance médicaments sur ordonnance et médicaments onéreux, qui prévoit que tous les Néo-Brunswickois devront participer à un régime d'assurance médicaments, public ou privé, à compter du 1er avril 2015. Comme c'est le cas au Québec pour le Régime public d'assurance médicaments offert par la RAMQ, les régimes privés doivent rembourser tous les médicaments qui figurent sur la liste des médicaments du Nouveau-Brunswick en plus des restrictions additionnelles sur la coassurance ou la quote-part. Ce changement au Nouveau-Brunswick créera probablement des pressions supplémentaires sur les régimes privés offerts dans cette province.



Les régimes privés ont profité de l'écart toujours plus grand entre les prix des médicaments brevetés et des génériques ainsi que des économies possibles dans toutes les provinces. Les prix des génériques qui figurent sur les listes de médicaments ont baissé graduellement. Ils sont passés de près de 63 % du

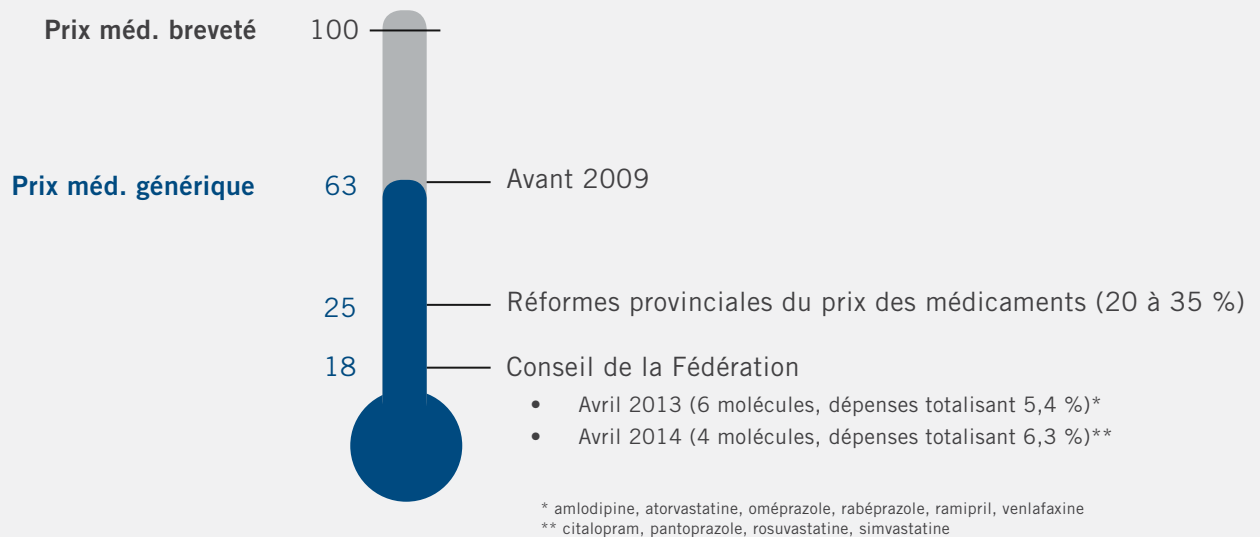
prix des médicaments brevetés en 2009 à 20 % ou à 35 % de ce prix en 2013. Le Conseil de la fédération baissera le prix de 10 molécules très utilisées afin qu'il corresponde à 18 % du prix des médicaments brevetés correspondants. Ceci dit, le prix des génériques semble avoir atteint un plancher.

## Prix des génériques de la liste provinciale en % du prix des médicaments brevetés

	2013	1 <sup>er</sup> trim	2 <sup>e</sup> trim	3 <sup>e</sup> trim	4 <sup>e</sup> trim	2014
Alberta		35 %	25 %			18 %
Ontario		25 %				25 %
Colombie-Britannique		35 %	25 %			20 %
Québec		25 %	25 %			18 %
Saskatchewan		35 %				35 %
Nouvelle-Écosse		35 %				35 %
Nouveau-Brunswick		35 %	25 %			25 %
Terre-Neuve-et- Labrador		40 %	35 %	25 %		25 %
Île-du-Prince-Édouard		35 %			25 %	25 %
Manitoba		48 %*				48 %*

\* Analyse d'Express Scripts Canada

**FIGURE 13** Élargissement de l'écart entre le prix des médicaments brevetés et celui des médicaments génériques  
Le prix des médicaments génériques atteint un plancher



## Prévisions

**Prévisions sur les médicaments traditionnels :** À l'heure actuelle, les médicaments traditionnels comptent pour 76 % des dépenses des régimes privés. On s'attend à une tendance légèrement à la hausse au fil du temps. Express Scripts Canada prédit que l'utilisation, qui est influencée par la prévalence et l'intensité d'une maladie, augmentera légèrement en 2014 et par la suite. Si on présume que les réformes provinciales du prix des génériques seront terminées en 2014, le prochain catalyseur de la réduction du coût par ordonnance pourrait survenir par suite de négociations additionnelles de la part du Conseil de la fédération. Toutefois, le coût par ordonnance augmentera éventuellement en raison de l'utilisation accrue de nouveaux médicaments brevetés et coûteux. Globalement, Express Scripts Canada prédit peu de changements sur le plan de la tendance en 2014. Une hausse de la tendance en matière de médicaments traditionnels surviendra probablement en 2015.

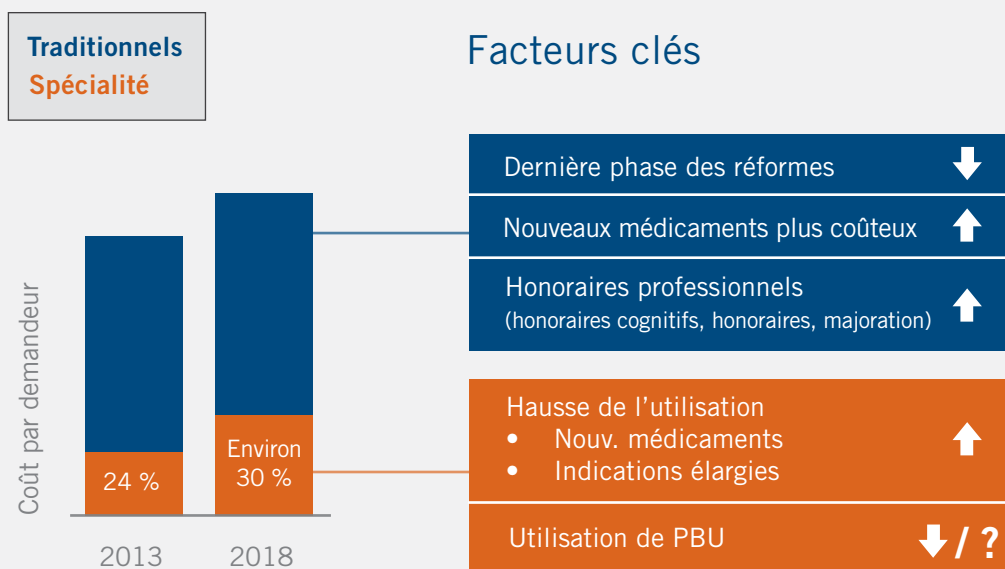
### **Prévisions sur les médicaments de spécialité :**

Contrairement à la faible tendance prévue sur le plan des médicaments traditionnels, nous nous attendons à une tendance supérieure à 10 % d'une année sur l'autre dans la catégorie des médicaments de spécialité. Les deux composantes de la tendance – le coût par ordonnance et l'utilisation – contribueront à une tendance positive dans cette catégorie de médicaments. Les coûts augmenteront à mesure que de nouveaux traitements plus complexes qui coûtent des dizaines voire des centaines de milliers de dollars font leur entrée sur le marché. L'utilisation sera le catalyseur de la croissance dans la catégorie des médicaments de spécialité, et ce, à mesure que d'autres traitements sont disponibles pour les maladies rares et complexes. Étant donné que l'approbation et l'offre d'un PBU sont compliquées, Express Scripts Canada croit qu'à court terme, l'arrivée sur le marché de PBU aura des répercussions modérées sur la diminution du coût par ordonnance.

Puisque la plupart des médicaments en voie de développement qui en sont à la phase III des essais sont des médicaments de spécialité, nous croyons que cette catégorie constituera une plus grande portion des dépenses à l'avenir. Au Canada, d'ici à 2018, les dépenses relatives aux médicaments de spécialité passeront de 24 % à approximativement 30 % des dépenses totales en médicaments.

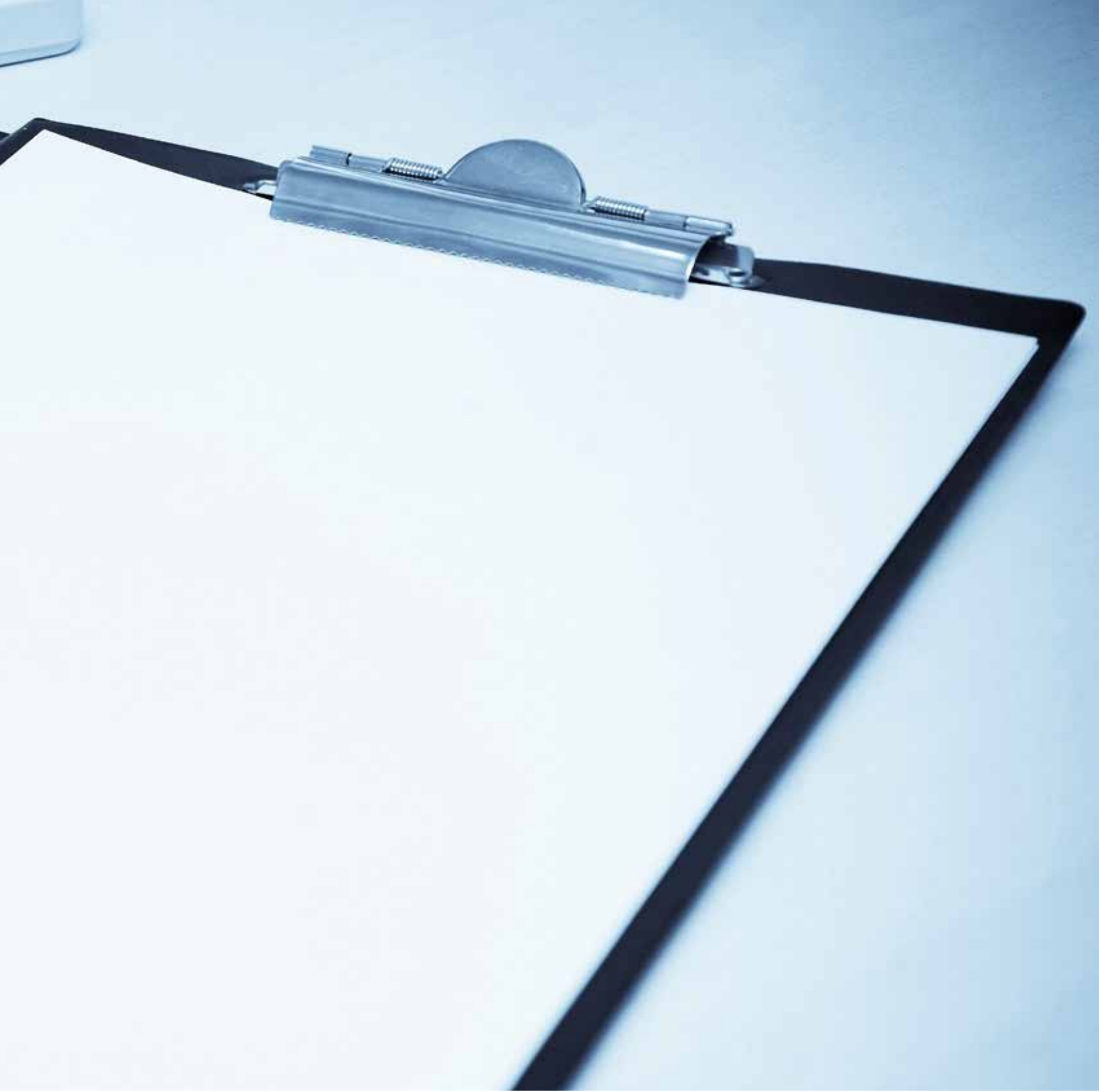


**FIGURE 14** Les coûts des régimes augmenteront à l'avenir  
 La hausse des dépenses en médicaments de spécialité aura une incidence sur la tendance puisque le coût des médicaments traditionnels se stabilise





# EXAMEN DES CLASSES THÉRAPEUTIQUES



---

PAGES 44 – 55

---

---

# PRINCIPALES CLASSES THÉRAPEUTIQUES DES MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ

---



# MALADIES INFLAMMATOIRES

La classe des médicaments contre les maladies inflammatoires englobe les agents utilisés dans le traitement de troubles médicaux graves et complexes caractérisés par un affaiblissement du système immunitaire, y compris la polyarthrite rhumatoïde, le rhumatisme psoriasique, la spondylite ankylosante, la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse et le psoriasis en plaques. La tendance globale positive de 10,03 % s'explique principalement par une augmentation de 8,56 % de l'utilisation et une hausse de 1,48 % du coût par ordonnance.

## Observations

- Remicade® et Humira® ont accaparé environ 70 % du marché total. La part de marché de Remicade® a légèrement diminué, passant de 40 % en 2012 à 37 % en 2013, probablement en raison de l'utilisation accrue d'autres biomédicaments comme Humira® et Stelara® que les patients peuvent s'administrer eux-mêmes et dont les indications sont semblables. Ces deux agents sont plus faciles à doser et à administrer et sont plus abordables. Par exemple, dans le traitement de la colite ulcéreuse, Humira® coûte à peu près 21 000 \$ par patient par année, comparativement à environ 28 000 \$ pour Remicade®. Humira® offre donc une option de traitement efficace à moindre coût.
- Compte tenu de l'élargissement des indications pour les médicaments de cette classe et du fait que les médecins sont de plus en plus à l'aise de prescrire des médicaments de spécialité contre les maladies inflammatoires, nous prévoyons une augmentation de leur utilisation. Stelara® et Cimzia® ont tous deux été approuvés dans le traitement du rhumatisme psoriasique en 2013, tandis que Humira® et Simponi® ont été approuvés contre la colite ulcéreuse.
- En décembre 2013, Santé Canada a approuvé Resima<sup>MC</sup> et Inflectra<sup>MC</sup>, deux produits biologiques ultérieurs (PBU) de Remicade®. Ces produits ne sont pas tout à fait interchangeables avec Remicade®, leurs indications approuvées n'étant pas exactement les mêmes, mais ils seront probablement offerts à moindre coût et devraient se traduire par des économies pour les payeurs privés s'ils mettent en place les outils de gestion appropriés. Par contre, nous prévoyons que l'utilisation des PBU augmentera lentement et que les coûts liés à cette classe thérapeutique demeureront élevés au cours des trois prochaines années.

## Principaux Facteurs

POURCENTAGE DES  
DDR TOTALES :

0,27 %

POURCENTAGE DES  
DÉPENSES TOTALES :

10,3 %

COÛT MOYEN /  
ORDONNANCE :

2 377 \$

TENDANCE  
10,03 %

## Principaux médicaments

Part de marché selon le % des dépenses

Remicade®	37 %
Humira®	33 %
Enbrel®	16 %
Stelara®	6 %
Simponi®	4 %

# CANCER

Le cancer est un groupe de maladies caractérisées par la croissance et la propagation effrénées et incontrôlées de cellules anormales. Selon la Société canadienne du cancer, environ 187 600 Canadiens ont reçu un diagnostic de cancer en 2013. Au Canada, le taux de survie global après 5 ans est de 63 %, mais les taux varient énormément d'un type de cancer à l'autre, allant de 98 % pour le cancer de la thyroïde à seulement 8 % pour le cancer du pancréas. La classe des anticancéreux a affiché une forte tendance à la hausse de 18,08 % en 2013, comparativement à 4,66 % en 2012 et seulement 2 % en 2011, ce qui s'explique principalement par une hausse de 12,97 % des coûts et une augmentation de 5,12 % de l'utilisation.

## Observations

- Les traitements anticancéreux oraux sont généralement exclus des listes de médicaments des hôpitaux et un nombre limité d'entre eux sont inclus dans les listes provinciales. Par conséquent, dans bien des cas, les patients et payeurs privés doivent assumer la majorité des coûts.
- L'utilisation des nouveaux anticancéreux oraux approuvés en 2012, particulièrement les inhibiteurs de kinases comme Inlyta<sup>MC</sup>, Xalkorj<sup>MC</sup> et Zelboraf<sup>®</sup>, a fait augmenter la tendance globale; le coût moyen par demande de règlement pour ces médicaments en 2013 a été de 4 178 \$, 5 914 \$ et 6 063 \$ respectivement. Plusieurs autres médicaments oraux comme Giotrif<sup>®</sup>, Tafinlar<sup>MC</sup> et Mekinist<sup>MC</sup> ont été approuvés en 2013 et devraient continuer à faire augmenter les dépenses en 2014.
- Santé Canada approuve de plus en plus de nouveaux traitements hautement spécialisés qui ciblent le cancer en fonction des profils génétique et protéomique particuliers des patients. Les coûts en recherche-développement sont souvent plus élevés pour ces médicaments, ce qui pourrait faire gonfler les prix dans cette classe thérapeutique. Par contre, le profilage permet d'identifier plus efficacement les personnes les plus susceptibles de bénéficier de ces traitements personnalisés.
- Plus la survie s'améliore, plus les patients auront besoin de traitements additionnels, ce qui fera augmenter le nombre de demandes de règlement et les dépenses par patient.

## Principaux Facteurs

**POURCENTAGE DES  
DDR TOTALES :**

**0,62 %**

**POURCENTAGE DES  
DÉPENSES TOTALES :**

**3,28 %**

**COÛT MOYEN /  
ORDONNANCE :**

**341 \$**

**TENDANCE**

**18,08 %**

## Principaux médicaments

Part de marché selon le % des dépenses

Gleevec <sup>®</sup>	17 %
Revlimid	11 %
Temodal <sup>®</sup>	5 %
Rituxan <sup>®</sup>	5 %
Arimidex <sup>®</sup>	5 %



# SCLÉROSE EN PLAQUES

La sclérose en plaques (SP) est une maladie neurodégénérative chronique. On croit qu'elle se développe lorsque le système immunitaire s'attaque à la gaine de myéline du système nerveux et endommage les cellules nerveuses. Le pronostic à long terme est sombre. La SP ne se guérit pas, et son traitement vise à prévenir les poussées et l'invalidité de longue durée. Le Canada détient l'un des taux de prévalence les plus élevés au monde, soit 240 personnes sur 100 000. La tendance globale de cette classe thérapeutique a grimpé à 9,3 % en 2013, comparativement à 5,8 % en 2012 et à 2,8 % en 2011. L'augmentation de l'utilisation (9,18 %) a été le facteur principal, les coûts n'ayant augmenté que très légèrement (0,12 %).

## Observations

- De nouveaux médicaments oraux offrent des options additionnelles aux patients atteints de SP pour favoriser une meilleure prise en charge, et le traitement de cette maladie continue d'évoluer. Gilenya<sup>®</sup>, le premier médicament oral contre la SP, a augmenté sa part de marché de 3 % pour atteindre 14 %, avec une tendance globale positive de 41 % en 2013.
- Malgré la disponibilité de nouveaux traitements oraux, l'interféron bêta- $\alpha$ 1 (Rebif<sup>®</sup>/Avonex<sup>®</sup>) et Copaxone<sup>®</sup>, tous deux administrés par injection sous-cutanée, ont représenté 64 % du marché global. Ils demeurent les médicaments les plus couramment utilisés et le traitement standard contre la SP.
- Compte tenu des nouveaux traitements homologués, notamment Tecfidera<sup>®</sup> et Aubagio<sup>®</sup> (administrés par voie orale) approuvés en 2013 et Lemtrada<sup>MC</sup> (administré par perfusion intraveineuse) approuvé en 2014, nous prévoyons une tendance supérieure à 10 % sur le plan des médicaments contre la SP au cours des quelques prochaines années.
- Puisque cette maladie a tendance à apparaître à un âge relativement jeune, le nombre de nouveaux utilisateurs de médicaments contre la SP pourrait diminuer à mesure que la population vieillit. Cela ne devrait toutefois pas influencer grandement la trajectoire de l'augmentation annuelle des coûts.

## Principaux Facteurs

POURCENTAGE DES  
DDR TOTALES :

0,09 %

POURCENTAGE DES  
DÉPENSES TOTALES :

2,73 %

COÛT MOYEN /  
ORDONNANCE :

1 786 \$

TENDANCE  
9,3 %

## Principaux médicaments

Part de marché selon le % des dépenses

Avonex <sup>®</sup> /Rebif <sup>®</sup>	42 %
Copaxone <sup>®</sup>	22 %
Gilenya <sup>®</sup>	14 %
Tysabri <sup>®</sup>	11 %
Betaseron <sup>®</sup> /Extavia <sup>®</sup>	7 %

De très importantes avancées ont été réalisées dans le traitement de l'infection par le VIH au cours des 15 dernières années : les médicaments oraux se font plus nombreux et se sont révélés extrêmement efficaces pour retarder l'évolution de la maladie et prolonger la survie. Le traitement comporte habituellement une combinaison de trois antirétroviraux qui s'attaquent au VIH par des modes d'action différents et qui préviennent la pharmacorésistance. On a noté une tendance globale positive de 3,14 % dans cette classe thérapeutique, avec une augmentation de 2,78 % du coût par ordonnance et une légère augmentation de 0,35 % de l'utilisation.

## Observations

- Les deux médicaments contre le VIH les plus utilisés en 2013 ont été des produits d'association renfermant plus d'un principe actif en un seul comprimé, soit Atripla® (efavirenz, emtricitabine et ténofovir) et Truvada® (emtricitabine et ténofovir). Ces produits réduisent le nombre de comprimés à prendre et favorisent une meilleure observance, un aspect crucial de la prise en charge du VIH.
- Nous prévoyons que les coûts continueront d'augmenter à mesure que les traitements par des génériques plus anciens (en plusieurs comprimés) seront délaissés en faveur de produits d'association très onéreux (en un seul comprimé).
- Pour que le traitement contre le VIH porte des fruits, les patients doivent prendre plusieurs agents chimiques de façon assidue pendant le reste de leur vie. Les dépenses et l'utilisation continueront forcément de croître.

## Principaux Facteurs

**POURCENTAGE DES  
DDR TOTALES :**

**0,13 %**

**POURCENTAGE DES  
DÉPENSES TOTALES :**

**1,80 %**

**COÛT MOYEN /  
ORDONNANCE :**

**802 \$**

**TENDANCE  
3,14 %**

## Principaux médicaments

Part de marché selon le % des dépenses

Atripla®	18 %
Truvada®	15 %
Viread®	12 %
Kivexa®	11 %
Isentress®	8 %






# TROUBLES OCULAIRES, DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE

La dégénérescence maculaire est la première cause de perte de vision chez les 50 ans et plus. L'Institut national canadien pour les aveugles (INCA) estime à près de 100 000 le nombre de Canadiens atteints de dégénérescence maculaire à l'heure actuelle et prévoit que ce nombre augmentera d'à peu près 10 000 par année à mesure que la population vieillit. En 2013, la tendance globale de cette classe thérapeutique a grimpé pour atteindre 35,14 %, principalement en raison d'une augmentation de 31,41 % de l'utilisation et d'une hausse de 3,71 % du coût par ordonnance.

## Observations

- Le pourcentage des demandes de règlement totales pour les médicaments de cette classe a doublé, passant de 0,01 % à 0,02 %, tandis que le pourcentage des dépenses totales des régimes privés liées à ces médicaments a augmenté de 0,37 % à 0,50 %. ~~Le vieillissement de la population et l'absence de Lucentis® sur les listes provinciales de médicaments sont les principaux facteurs expliquant ces observations.~~ 
- Lucentis® a dominé le marché de la dégénérescence maculaire. Dans un certain nombre de cas, le médicament anticancéreux Avastin® a été utilisé de façon non conforme aux indications et a été remboursé par les régimes privés qui couvrent ce médicament pour ses bienfaits généraux.
- En 2014, Lucentis® a été approuvé pour le traitement de la déficience visuelle due à une néovascularisation choroïdienne (NVC). Cette nouvelle indication fera également augmenter son utilisation en 2014.
- Un nouveau médicament, Eylea®, a été approuvé par Santé Canada en novembre 2013. Eylea® offre une option moins coûteuse que Lucentis® et accroît la concurrence dans cette classe thérapeutique.

## Principaux Facteurs

POURCENTAGE DES  
DDR TOTALES :

0,02 %

POURCENTAGE DES  
DÉPENSES TOTALES :

0,50 %

COÛT MOYEN /  
ORDONNANCE :

1 563 \$

TENDANCE

35,14 %

## Principaux médicaments

Part de marché selon le % des dépenses

Lucentis® 99.73 %

Visudyne® 0.23 %

# FIBROSE KYSTIQUE

La fibrose kystique est un trouble multisystémique causé par des mutations récessives autosomiques du gène CFTR (gène régulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique) sur le chromosome 7. La fibrose kystique touche surtout les organes de l'appareil respiratoire et du système digestif. Les mutations du gène CFTR entraînent une accumulation de mucus qui peut provoquer une infection et une inflammation dans plusieurs organes, endommager les tissus pulmonaires et diminuer l'absorption des éléments nutritifs. La tendance de 35,05 % dans cette classe thérapeutique a été attribuable en majeure partie aux augmentations de 27,42 % des coûts et de 7,6 % de l'utilisation.

## Observations

- Les options pour le traitement de la fibrose kystique sont très limitées. La disponibilité et l'utilisation des nouveaux médicaments Kalydeco<sup>MC</sup> et Cayston<sup>®</sup> ont été les catalyseurs de la croissance dans cette classe. Kalydeco<sup>MC</sup>, un médicament oral approuvé en 2012, est destiné au traitement des patients porteurs de la mutation G551D présente chez environ 4 à 5 % de tous les patients atteints de fibrose kystique, et son mode d'action consiste à potentialiser l'ouverture des canaux ioniques défectueux. Son coût est très élevé, soit environ 325 000 \$ par patient par année.
- Les patients atteints de fibrose kystique sont susceptibles de contracter une infection grave. Cayston<sup>®</sup>, approuvé en 2011, est un antibiotique (en inhalation) destiné aux patients atteints à la fois de fibrose kystique et d'une infection pulmonaire chronique à *Pseudomonas aeruginosa*. Ce traitement chronique coûte 28 000 \$ par patient par année.

## Principaux Facteurs

**POURCENTAGE DES  
DDR TOTALES :**

**0,005 %**

**POURCENTAGE DES  
DÉPENSES TOTALES :**

**0,23 %**

**COÛT MOYEN /  
ORDONNANCE :**

**2 690 \$**

**TENDANCE  
35,05 %**

## Principaux médicaments

Part de marché selon le % des dépenses

Tobi*, Tobi*Podhaler*	38 %
Pulmozyme <sup>®</sup>	26 %
Kalydec <sup>MC</sup>	26 %
Cayston <sup>®</sup>	10 %



# HÉPATITE C

L'hépatite C est une infection virale du foie qui se transmet par le sang. La Fondation canadienne du foie estime que plus de 300 000 Canadiens sont atteints d'hépatite C à l'heure actuelle et que l'infection devient chronique dans 75 % des cas. L'hépatite C chronique est une maladie à évolution lente qui peut provoquer une cirrhose du foie, une insuffisance hépatique ou un cancer du foie pouvant mener à la mort. Malgré une baisse de 12,3 % des coûts, l'augmentation de 33,2 % de l'utilisation a contribué à une tendance positive de 20,92 % dans cette classe thérapeutique.

## Observations

- Avant l'approbation des antiviraux Incivek® et Victrelis<sup>MC</sup> à l'été 2011, le traitement standard consistait à administrer du peginterféron (injection sous-cutanée) en association avec de la ribavirine (voie orale) et coûtait environ 20 000 \$ par patient pour chaque traitement de 48 semaines. L'ajout d'Incivek® ou de Victrelis<sup>MC</sup> a amélioré le taux de guérison, mais a fait augmenter le coût à 26 000 \$ et à 37 000 \$ par patient. Ces deux médicaments ont dominé le marché et ont représenté 79 % des dépenses dans cette classe en 2013.
- Deux autres médicaments oraux, Galexos<sup>MC</sup> et Sovaldi®, ont été approuvés au 4e trimestre de 2013. Sovaldi® est particulièrement intéressant parce qu'il présente une efficacité supérieure contre tous les génotypes du virus de l'hépatite C chronique et que la durée de traitement est plus courte (12 semaines). Il fera non seulement augmenter l'utilisation, mais son coût très élevé de 58 000 \$ par patient se traduira sûrement par une hausse des dépenses en 2014 et par la suite.
- Des travaux d'innovation et de recherche se poursuivent dans cette classe. Par exemple, un traitement oral expérimental par le lédipasvir et le sofosbuvir, sans interféron, a permis d'obtenir un taux de réponse virologique soutenue de 99 %, un résultat prometteur. Nous prévoyons une évolution de la démarche thérapeutique à mesure que les professionnels de la santé auront accès à des traitements plus efficaces et adopteront les nouvelles lignes directrices 2014 de l'Organisation mondiale de la santé, qui recommandent l'emploi de Galexos<sup>MC</sup> ou de Sovaldi®.

## Principaux Facteurs

POURCENTAGE DES  
DDR TOTALES :

0,005 %

POURCENTAGE DES  
DÉPENSES TOTALES :

0,25 %

COÛT MOYEN /  
ORDONNANCE :

3 041 \$

TENDANCE

20,92 %

## Principaux médicaments

Part de marché selon le % des dépenses

Incivek®	49 %
Victrelis <sup>MC</sup>	30 %
Pegatron®	12 %
Pegasys®	9 %

---

# PRINCIPALES CLASSES THÉRAPEUTIQUES DES MÉDICAMENTS TRADITIONNELS

---



# DIABÈTE

Le diabète est une maladie chronique évolutive caractérisée par des taux élevés de glucose dans le sang. S'il n'est pas maîtrisé adéquatement, le diabète entraîne souvent de graves complications, notamment des maladies neurologiques, rénales et vasculaires. La prise en charge du diabète de type 2 est multifactorielle et nécessite non seulement d'importantes modifications au régime alimentaire et aux habitudes de vie, mais aussi une formation et la prise de médicaments. La tendance globale pour cette classe thérapeutique en 2013 s'est chiffrée à 5,67 % et a été influencée presque autant par l'augmentation de 2,67 % de l'utilisation que par la hausse de 3 % des coûts.

## Observations

- D'après l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), la prévalence du diabète chez les Canadiens a augmenté de 70 % entre 1999 et 2009, passant de 4 à 6,8 %. On prévoit que la prévalence du diabète au Canada atteindra à peu près 10 % d'ici 2019. Le diabète de type 2 est de plus en plus diagnostiqué en raison du vieillissement de la population et des taux croissants d'obésité, et son traitement contribue à l'utilisation accrue des médicaments de cette classe.
- Les inhibiteurs de la DPP-4 (dipeptidyl peptidase IV) et les agonistes du GLP-1 (peptide de type glucagon 1) sont des médicaments récents qui offrent de nouvelles options comme traitement d'appoint, mais ils entraînent aussi une augmentation des coûts. La part de marché des inhibiteurs de la DPP-4 selon les dépenses est passée de 7,2 % en 2009 à 25 % en 2013; celle des agonistes du GLP-1 a doublé, passant de 5,9 % en 2011 à 11,3 % en 2013. Les dépenses vont probablement continuer d'augmenter, vu l'approbation de nouveaux médicaments brevetés comme Oseni®, Kazano® et Nesina® dans ces deux catégories.
- Des médicaments brevetés novateurs continuent de s'ajouter à cette classe traditionnelle. La canagliflozine et la dapagliflozine font partie d'une nouvelle classe d'antidiabétiques hypoglycémisants qui favorisent la perte de poids appelés « inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT-2) ». Ces deux médicaments ont été approuvés aux États-Unis en 2013 et devraient faire leur entrée sur le marché canadien sous peu, ce qui pourrait changer la démarche de prise en charge du diabète dans un avenir proche.

## Principaux Facteurs

POURCENTAGE DES  
DDR TOTALES :

5,62 %

POURCENTAGE DES  
DÉPENSES TOTALES :

6,92 %

COÛT MOYEN /  
ORDONNANCE :

73 \$

TENDANCE  
5,67 %

## Principaux médicaments

Part de marché selon le % des dépenses

Lantus®	15 %
metformin	14 %
Januvia®	12 %
Victoza®	11 %
Janumet®	9 %



# HYPERTENSION ARTÉRIELLE

L'hypertension artérielle demeure l'une des maladies les plus diagnostiquées au Canada et constitue le principal facteur de risque de néphropathie, de crise cardiaque et d'AVC. Étant donné qu'aucun signe ou symptôme ne se manifeste dans la plupart des cas, environ le tiers des Canadiens qui souffrent d'hypertension artérielle ignorent qu'ils en sont atteints. Pour cette classe thérapeutique, on a noté une tendance négative lors de trois années consécutives avec des baisses de 10,1 % en 2011, de 15,4 % en 2012 et de 9,4 % en 2013. Comme dans les années précédentes, cette tendance était principalement attribuable à la baisse des coûts (-10,02 %) tandis que la croissance soutenue de l'utilisation s'est poursuivie (0,64 %).

## Observations

- Les options de traitement contre l'hypertension artérielle abondent, plus de 70 ingrédients chimiques uniques étant offerts. Les produits génériques ont représenté 84,3 % de l'ensemble des demandes de règlement et 52 % de l'ensemble des dépenses dans cette classe. Ces produits ont contribué au maintien de la tendance négative et à la baisse des dépenses. Grâce au processus compétitif d'appel d'offres provincial et territorial visant les médicaments génériques, le Conseil de la fédération a réduit le prix de six médicaments génériques très utilisés à 18 % du prix des médicaments brevetés dans toutes les provinces sauf au Québec, depuis avril 2013. Le ramipril et l'amlodipine, pour le traitement de l'hypertension artérielle, sont du nombre.
- De leur côté, les médicaments brevetés ont représenté 15 % des demandes de règlement et 48 % des dépenses dans cette classe thérapeutique. Seul un nombre limité de marques comme Bystolic®, Teveten®, Olmetec®, Rasilez® et Coversyl® sont encore de source unique; Coversyl® (périndopril) et Coversyl® Plus (périndopril/indapamide) se sont tous deux classés parmi les cinq principaux médicaments dans cette classe. L'adoption d'un programme de substitution thérapeutique et de mesures de contrôle appropriées dans le cadre des régimes aurait permis de réduire les dépenses davantage et se serait traduite par une tendance négative encore plus marquée dans cette classe.

## Principaux Facteurs

POURCENTAGE DES  
DDR TOTALES :

12,94 %

POURCENTAGE DES  
DÉPENSES TOTALES :

6,82 %

COÛT MOYEN /  
ORDONNANCE :

30 \$

TENDANCE  
-9,39 %

## Principaux médicaments

Part de marché selon le % des dépenses

amlodipine	11 %
Coversyl®	10 %
ramipril	08 %
nifedipine	5 %
Coversyl® Plus	4 %



# HYPERCHOLESTÉROLÉMIE

L'hypercholestérolémie est un facteur de risque majeur pour les maladies du cœur et les AVC, car elle entraîne la formation de dépôts graisseux qui rétrécissent les vaisseaux sanguins et nuisent à la circulation du sang. L'hypercholestérolémie peut être attribuable à une mauvaise alimentation et à un mode de vie sédentaire, ou encore à une prédisposition génétique dans certains cas. Nous avons noté une forte tendance négative en 2013 (-19,66 %), tout comme en 2012 (-18,37 %). Cette tendance s'explique principalement par une baisse de 21,14 % du coût par ordonnance qui a été légèrement atténuée par une augmentation de 1,49 % de l'utilisation.

## Observations

- Le processus compétitif d'appel d'offres provincial et territorial visant les médicaments génériques a permis de réduire le prix de certains médicaments génériques, qui s'établit à 18 % du prix du médicament breveté depuis avril 2013 dans le cas de l'atorvastatine et depuis avril 2014 dans le cas de la rosuvastatine et de la simvastatine. Ces réductions de coûts ont créé une tendance négative en 2013 qui se maintiendra en 2014.
- Juxtapid<sup>MC</sup>, le premier inhibiteur de la protéine microsomale de transfert des triglycérides, a été approuvé en 2014. Ce médicament est indiqué chez les patients atteints d'hypercholestérolémie familiale homozygote qui présentent des concentrations extrêmement élevées de cholestérol LDL, ou « mauvais cholestérol », et qui auraient autrement besoin de subir une aphérèse toutes les deux semaines pour extraire mécaniquement les mauvaises matières grasses du sang. La prévalence de cette maladie est de 1 personne sur un million et elle est plus élevée chez les Canadiens français, soit environ 1 personne sur 275 000. **Le traitement coûte à peu près 1 000 \$** par patient par jour. Juxtapid<sup>MC</sup> constitue le premier médicament de spécialité dans la classe des hypocholestérolémiants.
- Les nouvelles lignes directrices recommandent de traiter l'hypercholestérolémie en fonction des facteurs de risque du patient plutôt qu'en fonction des taux de cholestérol, ce qui devrait faire augmenter l'utilisation des statines. Cependant, la formule utilisée pour déterminer les risques est compliquée et de nombreux médecins de soins primaires adoptent une approche attentiste avant d'incorporer ces recommandations dans leurs habitudes de prescription.

## Principaux Facteurs

POURCENTAGE DES  
DDR TOTALES :

6,18 %

POURCENTAGE DES  
DÉPENSES TOTALES :

5,07 %

COÛT MOYEN /  
ORDONNANCE :

47,33 \$

TENDANCE  
-19,66 %

## Principaux médicaments

Part de marché selon le % des dépenses

rosuvastatine	38 %
atorvastatine	33 %
Ezetrol®	15 %
simvastatine	4 %
fénofibrate	4 %



# GASPILLAGE ET CARENCES EN MATIÈRE DE SOINS





---

PAGES 58 – 69

---



# GASPILLAGE ET CARENCES EN MATIÈRE DE SOINS

Express Scripts Canada définit le gaspillage comme le fait de dépenser davantage sans améliorer les résultats sur le plan de la santé. Deux principales sources sont associées au gaspillage de 33 % des dépenses en matière de médicaments : l'endroit où les gens se procurent leurs médicaments (gaspillage attribuable au canal de distribution), et le type de médicaments qu'ils obtiennent (gaspillage attribuable aux choix thérapeutiques).

## Gaspillage attribuable au canal de distribution :

25 % du gaspillage est attribuable aux patients qui optent pour un canal de distribution dispendieux et obtiennent un approvisionnement de médicaments d'entretien qui n'est pas optimal.

## Gaspillage attribuable aux choix thérapeutiques :

75 % du gaspillage est attribuable aux patients qui utilisent des médicaments plus coûteux qui ne procurent aucun avantage sur le plan de la santé.

Les coûts des régimes d'assurance médicaments continuent d'augmenter. Certains employeurs absorbent tout simplement les augmentations pour demeurer concurrentiels dans leur secteur d'activité, alors que d'autres exigent que leurs employés paient une plus grande part des coûts. Cela pourrait affaiblir la proposition de valeur des employeurs et contribuer à diminuer le taux d'observance des employés et ainsi miner leur productivité à long terme. Par ailleurs, d'autres stratégies traditionnelles de gestion des régimes n'ont pas permis de diminuer les coûts, ce qui constitue un obstacle financier pour les entreprises canadiennes qui ne peuvent pas être concurrentielles au sein du marché mondial.

Des recherches poussées indiquent que les décisions de patients mal informés constituent l'élément central de l'inflation des médicaments d'ordonnance en Amérique du Nord. Les recherches exclusives qu'Express Scripts Canada a menées en 2013 révèlent que 33 % des dépenses annuelles en médicaments constituent du gaspillage. Cela signifie que près de 1 \$ sur 3 \$ est dépensé sans améliorer les résultats sur le plan de la santé des patients. Le gaspillage survient lorsque, par exemple, un patient utilise des services pharmaceutiques dispendieux, renouvelle ses ordonnances plus souvent que nécessaire, ne prend pas ses médicaments de la manière prescrite et utilise un médicament plus cher alors qu'un équivalent thérapeutique moins cher existe. Pour assurer leur compétitivité, les promoteurs de régimes doivent absolument récupérer ce gaspillage s'ils veulent que leur régime d'assurance médicaments demeure abordable et améliore les résultats sur le plan de la santé et la productivité des employés.

Outre ces deux principales sources de gaspillage, les carences en matière de soins qui surviennent par suite de la non-observance du traitement constituent une autre source de préoccupations. En effet, les carences peuvent provoquer une détérioration de la santé du patient. Nos recherches révèlent que 40 % des patients qui souffrent de l'une des maladies chroniques les plus courantes,

par exemple le diabète ou l'hypertension artérielle, ne respectent pas le traitement indiqué. Non seulement ces patients gaspillent leurs médicaments, mais ils pourraient aussi avoir besoin d'autres traitements, s'absenter davantage, être moins productifs, et plus important encore, engager des coûts supplémentaires liés à l'invalidité.

---

**FIGURE 15** Les mauvaises décisions des patients entraînent du gaspillage  
Dès 3 \$ consacrés à l'assurance médicaments, près de 1 \$ est gaspillé

---

Gaspillage = Dépenser davantage sans améliorer les résultats sur le plan de la santé



GASPILLAGE  
ATTRIBUABLE  
AU CANAL DE  
DISTRIBUTION

Gaspillage attribuable à une durée d'approvisionnement non optimale et à l'utilisation de canaux de distribution plus coûteux

GASPILLAGE  
ATTRIBUABLE  
AUX CHOIX  
THÉRAPEUTIQUES

Gaspillage attribuable à l'utilisation de médicaments plus coûteux qui ne procurent aucun avantage sur le plan de la santé

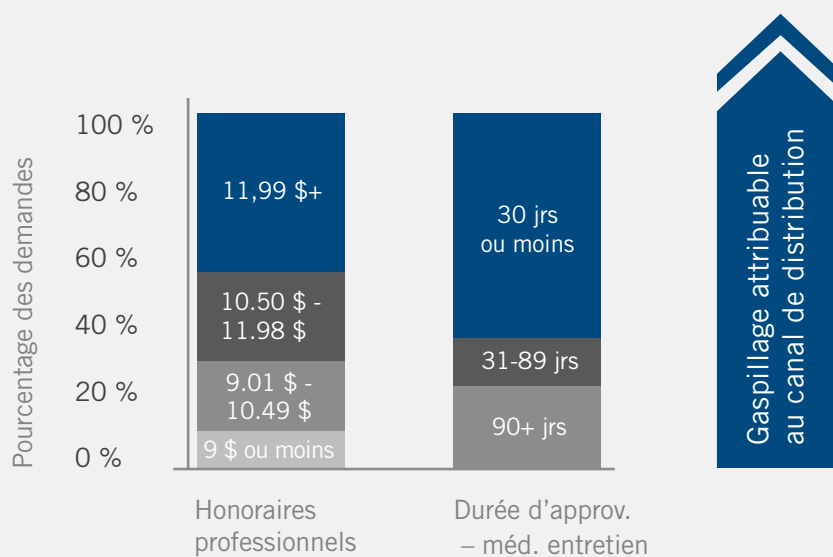
CARENES  
EN MATIÈRE  
DE SOINS

**Gaspillage aggravé par la non-observance**

## Le gaspillage attribuable au canal de distribution

L'utilisation de canaux de distribution coûteux et une durée d'approvisionnement des médicaments d'entretien qui n'est pas optimale signifient que trop d'argent a été dépensé sur le plan des honoraires professionnels en 2013, tel que le montre le graphique ci-dessous.

**FIGURE 16** Gaspillage attribuable au canal de distribution lié au comportement du participant  
Honoraires plus élevés et plus fréquents que nécessaire



**GASPILLAGE  
ATTRIBUABLE  
AU CANAL DE  
DISTRIBUTION**



Gaspillage attribuable à une durée d'approvisionnement non optimale et à l'utilisation de canaux de distribution plus coûteux

## Utilisation accrue de canaux de distribution dispendieux

Le pourcentage des patients qui fréquentent une pharmacie où les honoraires professionnels sont élevés a augmenté au fil du temps. En 2013, les honoraires professionnels de 44 % des demandes de règlement étaient de 11,99 \$ ou plus (comme l'indique la partie gauche du graphique), ce qui constitue une augmentation

par rapport à 37 % des demandes en 2012. En fait, les honoraires professionnels de 70 % de toutes les demandes de règlement étaient supérieurs à 10,50 \$. Si les consommateurs étaient plus avertis, les régimes et les participants pourraient réaliser des économies.

## Durée d'approvisionnement des médicaments d'entretien non optimale

La hausse de la prévalence des maladies entraîne une utilisation accrue de médicaments d'entretien indiqués pour traiter les maladies chroniques. Les plans de traitement de ces maladies comprennent des pilules qui doivent être prises à intervalle régulier pendant une longue période. Le patient doit par exemple prendre son médicament une fois par jour pendant une année complète avant de revoir son médecin. Aussi, est-il important de maximiser la durée d'approvisionnement afin d'éviter les visites à la pharmacie et de réduire le nombre d'honoraires professionnels qui sont versés

au pharmacien. Les recherches d'Express Scripts Canada révèlent qu'en 2013, l'approvisionnement moyen d'un médicament d'entretien était de 47 jours comparativement au nombre optimal de 90 jours. Le graphique ci-dessous montre que 60 % des demandes de règlement comportent un approvisionnement de 30 jours ou moins, ce qui n'est pas optimal. Le fait de rallonger la durée d'approvisionnement à 90 jours permettrait de réduire le nombre d'honoraires professionnels qui sont versés au pharmacien, et ainsi de diminuer le gaspillage attribuable au canal de distribution.

## » Étude de cas : Mise en place d'un plafond sur les honoraires professionnels

Compte tenu de l'augmentation rapide des dépenses en médicaments, les promoteurs de régimes font de plus en plus appel à des mécanismes de maîtrise des coûts tels que les plafonds sur les honoraires professionnels. Or, en réalité, ces mécanismes transfèrent les coûts au participant sans réduire le gaspillage.

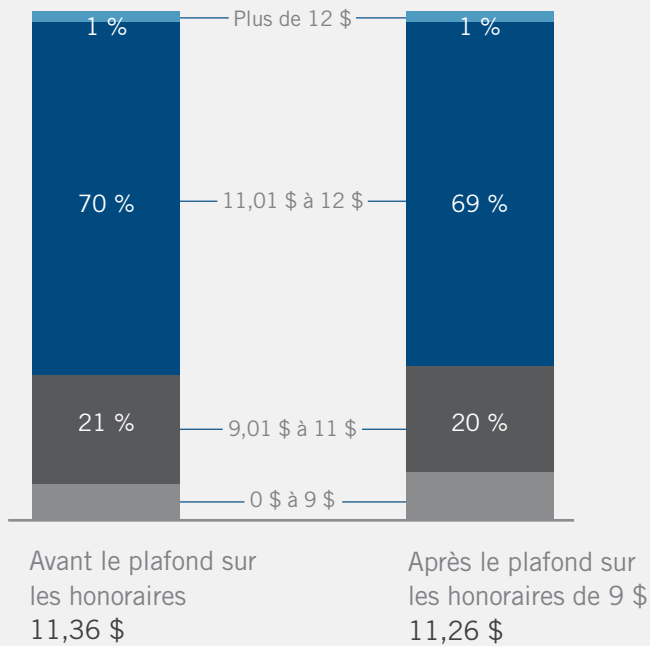
Les recherches d'Express Scripts Canada ont révélé que, même après la mise en place d'un plafond de 9 \$ sur les honoraires, les participants ont continué à faire exécuter leurs ordonnances dans des pharmacies où les honoraires professionnels sont élevés. Nous avons remarqué que l'écart entre les honoraires professionnels soumis est demeuré inchangé avant et après la mise en place d'un plafond sur les honoraires professionnels. En effet, 70 % des demandes de règlement comportaient des honoraires professionnels entre 11 \$ et 12 \$. Ce pourcentage est passé à 69 % après la mise en place du plafond. De plus, les honoraires professionnels moyens soumis sont passés de 11,36 \$ à 11,6 \$, ce qui signifie que le demandeur moyen payait 32 \$ de plus chaque année en raison du plafond.

Ces conclusions indiquent que les changements aux structures traditionnelles de régimes, tels que les plafonds sur les honoraires, transfèrent les coûts aux participants, mais ne réduisent en rien le gaspillage. Pour réduire le gaspillage, les patients doivent changer leur comportement et obtenir leurs médicaments dans une pharmacie où les honoraires professionnels sont moins élevés. Pour vraiment réduire le gaspillage attribuable au canal de distribution, il faut modifier les comportements des patients et non imposer un plafond sur les honoraires.

**FIGURE 17** Un plafond sur les honoraires transfère les coûts aux patients sans réduire le gaspillage  
 Les contrôles traditionnels relatifs au plafond sur les honoraires n'incitent pas le patient à prendre de meilleures décisions

### Répartition des demandes selon la fourchette des honoraires

**ÉTUDE DE CAS**  
 12 500 participants admissibles  
 Mise en place d'un plafond sur les honoraires



Les demandeurs dépensent en moyenne 32,12 \$ de plus annuellement après la mise en place d'un plafond sur les honoraires

## Le gaspillage attribuable aux choix thérapeutiques

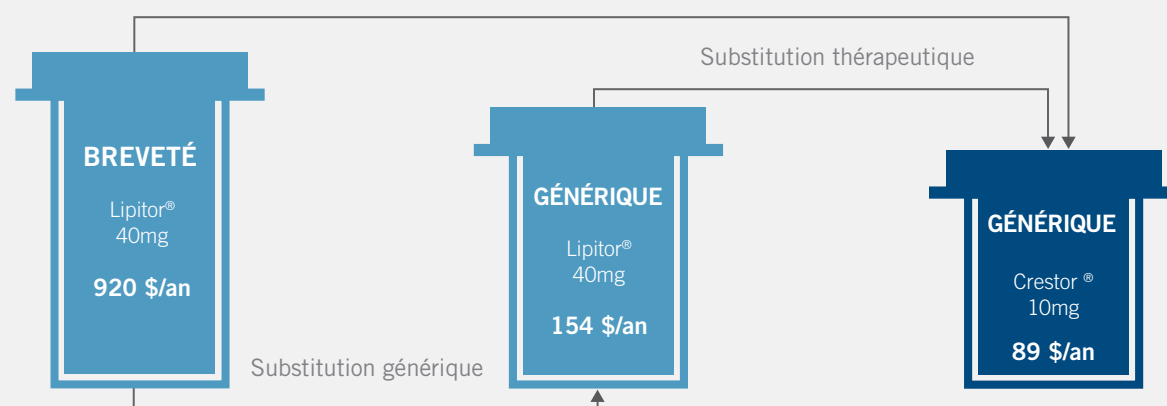
Le gaspillage attribuable aux choix thérapeutiques survient lorsqu'un employé utilise des médicaments coûteux qui ne procurent aucun avantage sur le plan de la santé par rapport à un médicament moins cher. La substitution générique – c'est-à-dire le fait de proposer un médicament générique moins cher à la place d'un médicament dont le brevet est arrivé à échéance – a contribué à réduire ce type de gaspillage. La substitution thérapeutique est toutefois nécessaire pour vraiment réduire ce gaspillage.

La substitution thérapeutique, c'est-à-dire la substitution d'un médicament coûteux par un équivalent thérapeutique moins cher qui procure les mêmes avantages sur le plan clinique peut offrir une valeur ajoutée. Par exemple, lorsqu'un patient doit réduire de moitié son taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (cholestérol LDL) pour réduire le risque de crise cardiaque ou

d'accident vasculaire cérébral, différentes statines ou doses peuvent permettre d'atteindre l'objectif clinique. Or, il existe de grandes différences sur le plan des prix. Si on prescrit du Lipitor<sup>MD</sup> à 40 mg ou à 80 mg à un patient qui doit prendre ce médicament une fois par jour, le coût annuel serait de 920 \$. Par contre, si le pharmacien substitue le médicament avec la forme générique de Lipitor<sup>MD</sup>, le coût du traitement passera à 154 \$ par année. Toutefois, si le pharmacien suggère au médecin d'effectuer une substitution thérapeutique et que le patient obtient l'équivalent thérapeutique Crestor<sup>®</sup> à 10 mg plutôt que du Lipitor<sup>MD</sup> à 40 mg, le coût du traitement passerait à 89 \$ par année, ce qui correspond à 90 % de moins que le Lipitor<sup>MD</sup> breveté. Pour réduire le gaspillage attribuable aux choix thérapeutiques, il est essentiel de posséder les connaissances requises pour prescrire un médicament et exécuter une ordonnance ou encore utiliser le médicament à moindre coût qui procure les mêmes avantages cliniques.

**FIGURE 18** Le gaspillage attribuable aux choix thérapeutiques est lié à l'utilisation d'options de traitement plus coûteuses  
Substitution thérapeutique offre le prix le plus avantageux

### Objectif clinique : Réduction de 50 % du mauvais cholestérol (LDL)



**GASPILLAGE  
ATTRIBUABLE  
AUX CHOIX  
THÉRAPEUTIQUES**

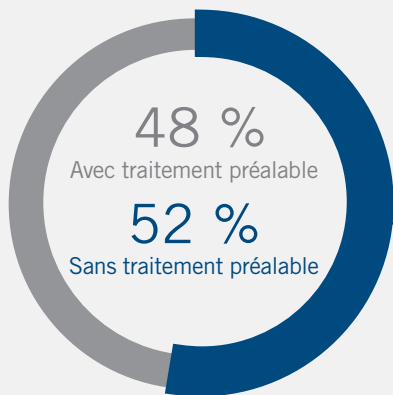
Gaspillage attribuable à l'utilisation de médicaments plus coûteux qui ne procurent aucun avantage sur le plan de la santé



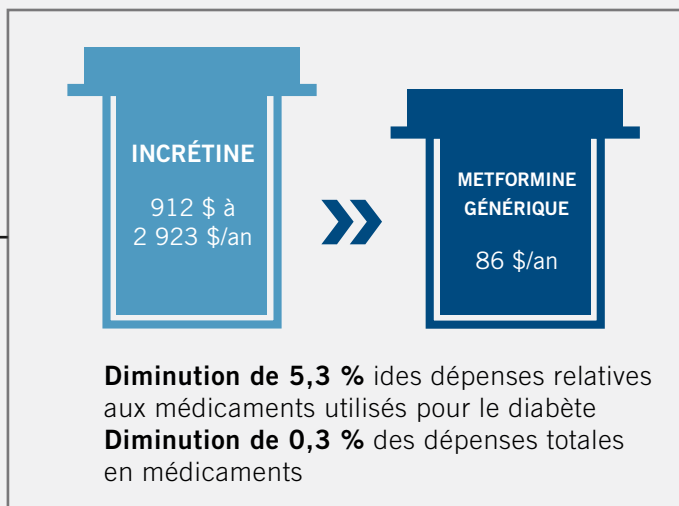
**FIGURE 19** Ne pas suivre les directives cliniques crée un gaspillage attribuable aux choix thérapeutiques  
Les patients devraient d'abord suivre un traitement de première intention

## Directives cliniques de l'Association canadienne du diabète :

La metformine est la pharmacothérapie de première intention recommandée pour le diabète de type 2



*\*Mimétiques/amplificateurs de l'incrétine : Januvia, Onglyza, Trajenta, Byetta, Victoza*



Express Scripts Canada a également déterminé que ce type de gaspillage peut être réduit si on aligne les soins sur les lignes directrices et les pratiques cliniques éprouvées qui soutiennent les décisions appropriées sur le plan de la santé et améliorent la qualité de la vie.

Nous avons examiné les données de tous les participants relativement aux demandes de règlement qui ont été soumises pour des médicaments contre le diabète. Nous avons quantifié la proportion des demandeurs à qui on a prescrit un traitement de première intention aux incrétones, puis effectué une estimation des économies potentielles qui auraient pu être réalisées si de la metformine avait été prescrite en première intention, conformément aux lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète (les « lignes directrices »). Les incrétones, par exemple Januvia® et Victoza®, figurent dans deux classes thérapeutiques, notamment les inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase-4 (DDP-4) et les agonistes de la GLP-1.

Notre recherche a révélé que 52 % des patients à qui on avait prescrit le nouveau traitement aux incrétones n'obtenaient pas de metformine ou n'en avait jamais pris, tel qu'il est recommandé dans les lignes directrices. Le coût annuel des médicaments, qui se situe à entre 912 \$ et 2 923 \$ par patient pour les incrétones, passe à seulement 86 \$ par patient par année si on utilise la metformine. Cela se traduit par une réduction potentielle de 5,3 % des dépenses liées au diabète et une diminution de 0,3 % des dépenses globales en médicaments. Le fait d'encourager de meilleures pratiques en matière de prescription de médicaments et d'exécution d'ordonnances qui s'alignent mieux sur les lignes directrices actuelles peut réduire le gaspillage attribuable aux choix thérapeutiques. Par ailleurs, cette technique devrait s'appliquer à toutes les classes thérapeutiques.

## » Étude de cas : Les listes de médicaments

La liste à paliers est l'un des outils les plus populaires pour inciter les participants à se procurer des médicaments plus efficaces. Dans une telle liste, les médicaments plus coûteux sont placés dans un palier inférieur et le participant doit payer une quote-part plus importante pour se les procurer. Les équivalents à moindre coût font partie du palier supérieur, dont la quote-part est moins élevée.

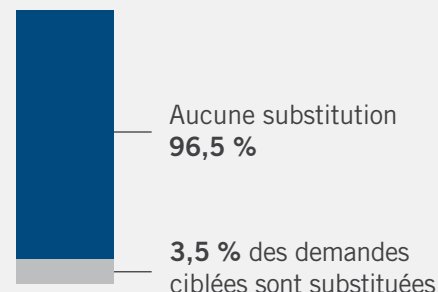
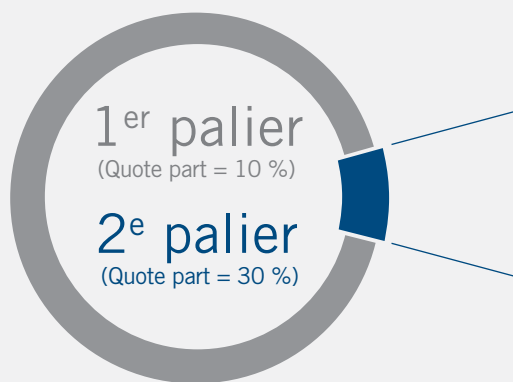
Les recherches d'Express Scripts Canada ont déterminé que ces outils traditionnels de sensibilisation des participants sont inefficaces pour modifier les comportements. Prenons l'exemple d'un promoteur de régimes qui a mis en place une liste à paliers. Nos recherches ont révélé que seulement 3,5 % des demandes de règlement ciblées portaient sur un médicament à moindre coût, même lorsque les participants devaient payer une quote-part de 20 % pour obtenir les médicaments ciblés. Après avoir mis en place cette liste à paliers, le promoteur n'a économisé que 0,22 % de ses dépenses totales en médicaments. De plus, les participants qui ont continué à se procurer les médicaments du deuxième palier ont dû débourser une somme additionnelle de 36,20 \$.



**FIGURE 20** Les listes de médicaments traditionnels transfèrent les coûts aux patients  
Les recherches démontrent que les listes de médicaments traditionnels n'incitent pas le patient à prendre de meilleures décisions

### Répartition des demandes

**ÉTUDE DE CAS**  
**3 000 participants admissibles**  
Incidence de la liste de médicaments sur le comportement des patients



Les demandeurs touchés dépensent en moyenne 36,20 \$ de plus par année

## Carences en matière de soins

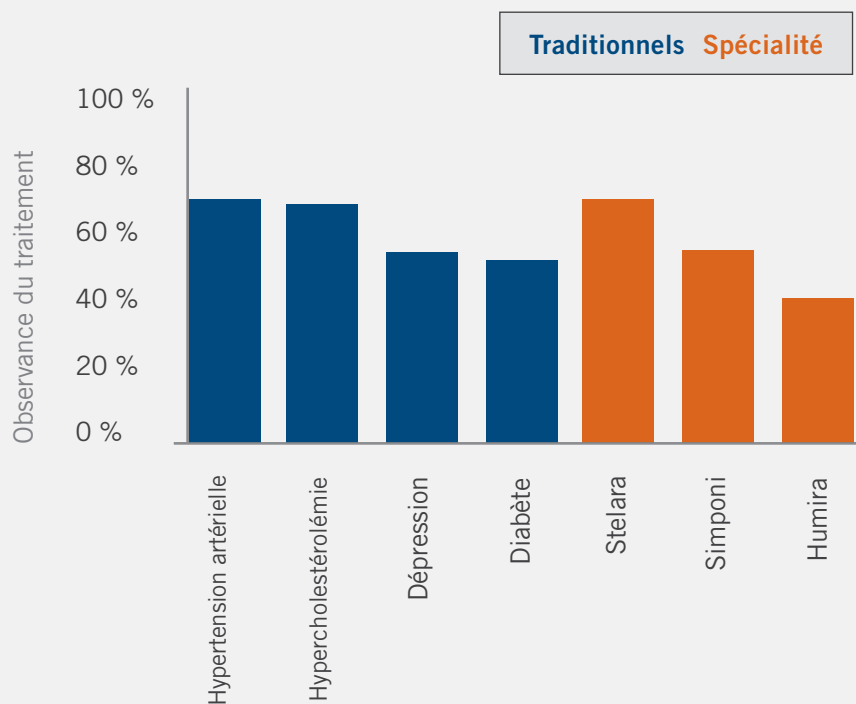
L'un des comportements les plus complexes associés aux régimes d'assurance médicaments est l'observance d'un traitement d'une maladie chronique. Si un participant n'observe pas le traitement qui lui a été prescrit, une carence en matière de soins se produit. La non-observance du traitement peut notamment entraîner une détérioration de l'état de santé du patient et des dépenses additionnelles de la part du promoteur de régimes, qui doit payer de nouveaux médicaments, composer avec un taux d'absentéisme plus élevé, une productivité moindre ainsi que des coûts supplémentaires d'invalidité.

Par suite de l'examen des demandes de règlement soumises en 2013 relativement à l'hypertension artérielle, à l'hypercholestérolémie, à la dépression, au diabète et à certains médicaments de spécialité, nous avons décelé que de nombreux médicaments et de nombreuses classes thérapeutiques font l'objet de non-observance. Dans le cadre de cette analyse, nous avons utilisé les données de patients dont le traitement prévoit la prise régulière de médicaments pendant au moins une année. Nous avons mesuré l'observance en calculant la proportion de jours couverts, ce qui nous indique pendant combien de temps le patient a pris les médicaments. Si le patient tarde à renouveler son ordonnance, il se peut qu'il n'observe pas son traitement. Un patient dont le nombre de jours d'approvisionnement est d'au moins 80 % observe bien son traitement.

La non-observance se produit tant dans la catégorie des médicaments traditionnels que dans celle des médicaments de spécialité. En effet, le pourcentage d'observance des demandeurs qui prennent des médicaments pour traiter l'hypertension artérielle est de 68 %, de 67 % pour l'hypercholestérolémie et de 50 % pour le diabète. Le pourcentage d'observance dans la catégorie des médicaments de spécialité était bien plus faible, car seulement 39 % des patients qui prennent du Humira® observent bien leur traitement. Stelara® obtient un taux d'observance légèrement plus élevé (68 %). Cela s'explique probablement par le fait que ce médicament est administré moins fréquemment, soit une dose tous les trois mois. Il se peut que le pourcentage d'observance soit associé aux changements de posologie, aux infections ou aux effets secondaires comparativement à Remicade® (une dose toutes les six ou huit semaines) ou à Humira® (une dose toutes les deux semaines).

Les facteurs qui ont une incidence sur l'observance comprennent notamment la perception du patient qui ne croit pas avoir besoin du médicament, les effets secondaires, les coûts que le participant doit engager, l'oubli de doses, le fait de ne pas renouveler l'ordonnance ou d'attendre pour le faire, etc. À mesure que la maladie progresse et qu'elle exige un traitement complexe ou que les coûts augmentent, les comportements liés aux patients et aux coûts cliniques peuvent être grandement amplifiés.

**FIGURE 21** Les carences en matière de soins aggravent le gaspillage  
Faible taux d'observance des traitements de la plupart des maladies



**40 % des patients**  
n'observent pas leur traitement



Répercussions potentielles de la non-observance

- Augmentation des coûts liés à l'invalidité
- Traitements médicaux supplémentaires
- Augmentation de l'absentéisme
- Perte de productivité

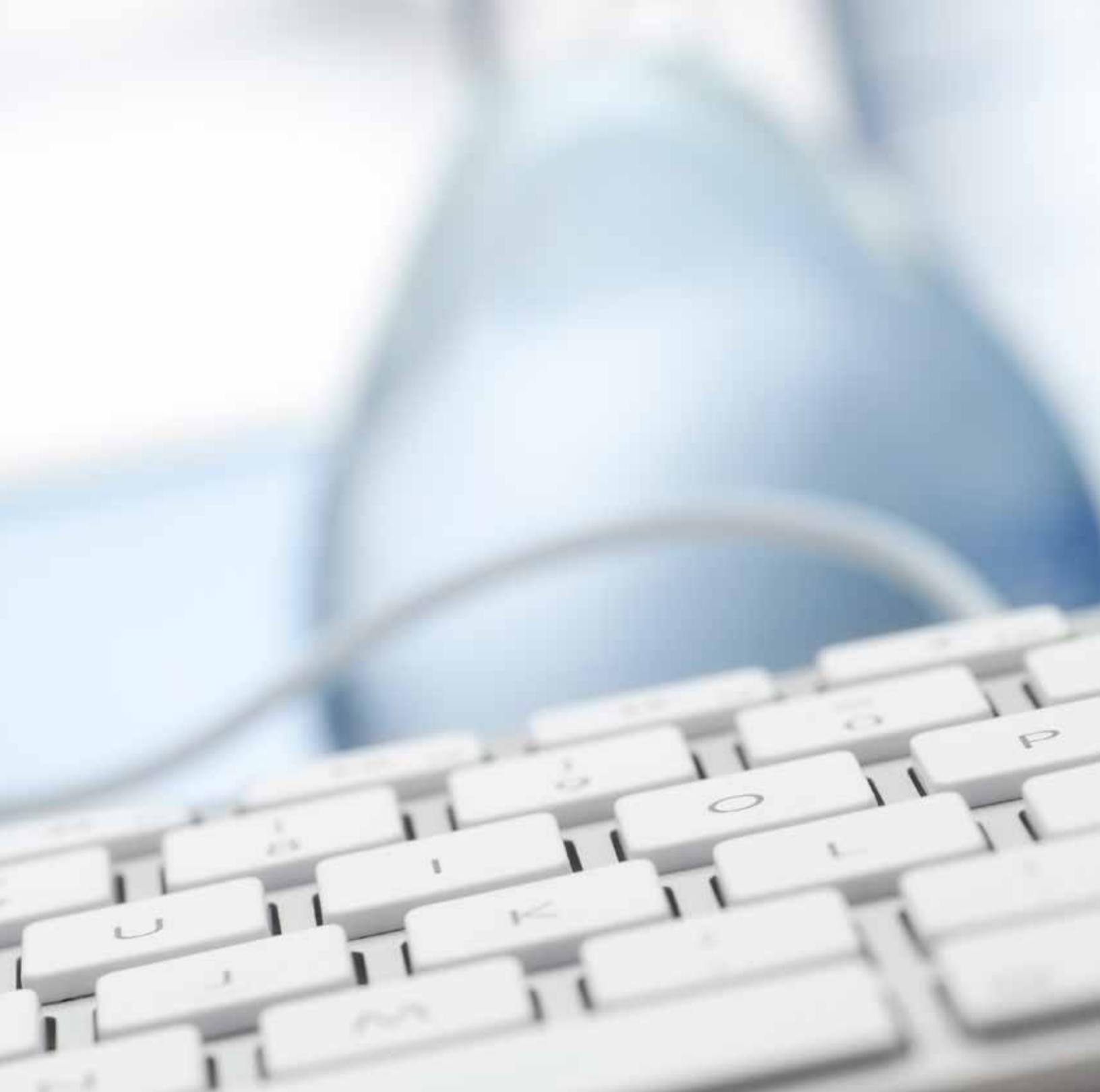
## Le gaspillage menace la viabilité des régimes

Les nouveaux médicaments et le vieillissement de la population entraînent une augmentation constante des coûts des régimes d'assurance médicaments. C'est pourquoi il est essentiel que les promoteurs de régimes maîtrisent le gaspillage. En réduisant le gaspillage actuel

(33 %) et en remédiant aux carences en matière de soins, les promoteurs de régimes seront davantage en mesure d'offrir un régime concurrentiel et viable à leurs employés et améliorer les résultats sur le plan de leur santé.



FAVORISER DE MEILLEURES  
DÉCISIONS CHEZ LES PATIENTS  
POUR RÉDUIRE LE GASPILLAGE



---

PAGES 72 – 83

---



# FAVORISER DE MEILLEURES DÉCISIONS CHEZ LES PATIENTS POUR RÉDUIRE LE GASPILLAGE

Même s'il est clair que les coûts augmentent sans cesse, les mauvaises décisions des patients continuent d'empêcher les régimes de soins de santé d'obtenir les résultats financiers qui leur permettraient d'assurer leur viabilité. Il y a gaspillage lorsqu'un employé utilise des services pharmaceutiques dispendieux ou prend un médicament coûteux qui n'offre aucun avantage clinique. Lorsque le patient ne prend pas ses médicaments de la manière prescrite, les résultats sur le plan de la santé sont compromis. Toutes ces mauvaises décisions contribuent à augmenter les coûts, tant pour les employés que pour le promoteur de régimes. De plus, les patients obtiennent des résultats qui ne sont pas optimaux sur le plan de leur santé.

Pourquoi tant d'employés prennent-ils de mauvaises décisions? Ne se préoccupent-ils pas des coûts et des résultats sur le plan de leur santé? Pourquoi les stratégies de communication à l'intention des employés n'ont-elles pas suscité un meilleur engagement ou des décisions éclairées? Pourquoi les promoteurs ne sont-ils pas capables de maîtriser le gaspillage au moyen des structures de régime et des mesures de contrôle mises en place dans le cadre des régimes actuels?

Nos recherches révèlent que la vaste majorité des patients souhaitent obtenir exactement la même chose que les promoteurs de régimes : de meilleurs résultats sur le plan de la santé et des coûts moins élevés. Cependant, les sommes énormes qui sont gaspillées

prouvent qu'il existe un écart entre ce que les employés souhaitent obtenir et ce qu'ils font. Le fait de comprendre cet écart entre les intentions et les comportements des employés, et la manière d'y remédier constitue la première étape pour aider les employés à prendre des décisions éclairées. En effet, de meilleures décisions permettraient de réduire le gaspillage, d'occasionner des coûts raisonnables pour les promoteurs de régimes, de diminuer la quote-part demandée aux employés et d'optimiser les résultats sur le plan de la santé.

Or, la prise de décisions sensées ne semble pas chose facile pour les employés, car ils comprennent rarement les choix qui s'offrent à eux sur le plan des traitements et du prix des médicaments. Les employés s'en remettent à des fournisseurs de soins de santé occupés qui ne disposent souvent pas des renseignements ou du temps nécessaire pour les aider à prendre de bonnes décisions dans le cadre de leur régime d'assurance médicaments. Par ailleurs, le cerveau humain a naturellement tendance à l'inattention et à l'inertie. Voilà pourquoi il est très difficile de retenir l'attention d'une personne suffisamment longtemps pour l'amener à modifier ses comportements.

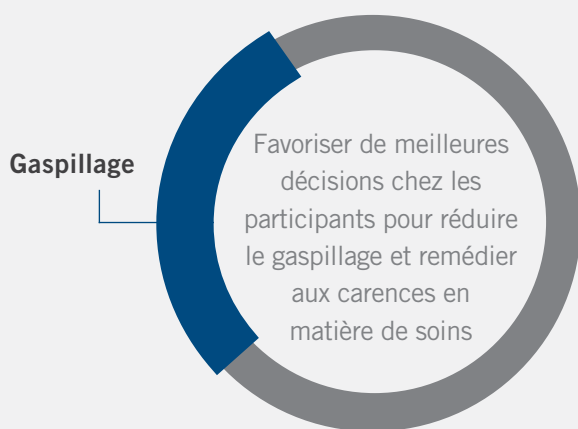
Même si les outils traditionnels de traitement des demandes de règlement permettent de contrôler les dépenses admissibles relativement à certains médicaments dès la réception de la demande, il est prouvé que ces outils n'incitent pas les participants à prendre des décisions éclairées.



---

**FIGURE 22** Les outils de traitement des demandes de règlement limitent les coûts, pas le gaspillage  
Les mauvaises décisions des patients entraînent du gaspillage, une augmentation des coûts et des résultats non optimaux sur le plan de la santé

---



### Faits saillants

- » Des 3 \$ consacrés à l'assurance médicaments, près de 1 \$ est gaspillé
- » Les solutions traditionnelles maîtrisent les coûts, mais elles n'incitent pas les patients à changer leurs décisions
- » Les carences en matière de soins entraînent une hausse du gaspillage

---

De nouvelles stratégies sont nécessaires pour que les participants deviennent des consommateurs avertis en matière de médicaments et ainsi obtiennent de meilleurs résultats à des coûts abordables.

---

# Mettre fin au gaspillage et optimiser les résultats sur le plan de la santé

Les promoteurs de régimes doivent disposer d'une nouvelle approche – qui s'ajoute aux outils traditionnels de traitement des demandes de règlement, et ce, dès la réception de cette dernière – ainsi que de stratégies destinées à influencer sur les décisions des participants en matière de médicaments d'ordonnance. Lorsqu'ils sont associés aux contrôles traditionnels de traitement des demandes de règlement, les trois outils suivants permettent aux participants de prendre des décisions éclairées permettant de réduire les coûts et d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé.

## Analyse de données

- Données cliniques intégrées sur les patients, les traitements et les couvertures qui permettent de prendre des décisions éclairées.

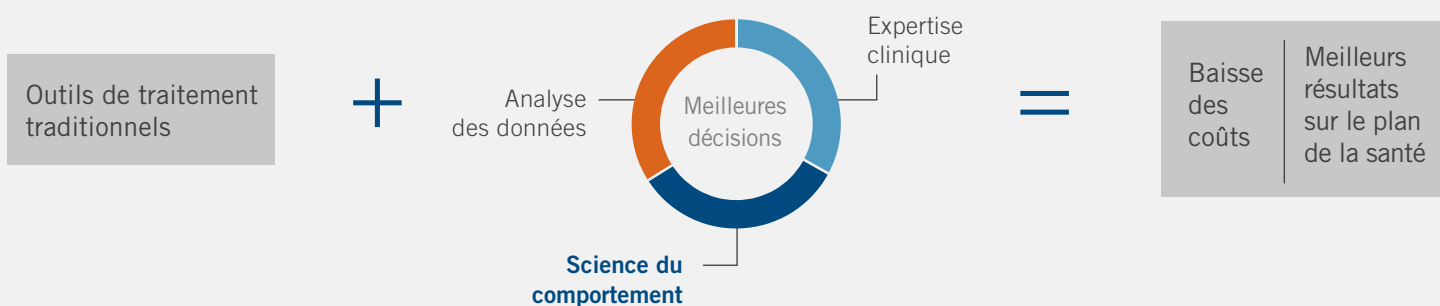
## Science du comportement

- Structure fondée sur les choix, orientation du message et autres stratégies qui influent sur les comportements.

## Expertise clinique

- Expertise clinique visant à adopter les règles relatives à la gestion active des régimes d'assurance médicaments et à optimiser les traitements.

**FIGURE 23** De meilleures décisions de la part des patients réduiront les coûts et amélioreront les résultats sur le plan de la santé



Voici des exemples de stratégies en matière de science du comportement.

**Structure fondée sur les choix :** Conception qui vise à obtenir le comportement approprié

**Faire des choix conscients** - Intervenir pour attirer l'attention des participants et les inciter à prendre une décision.

**Engagement préalable** - Obtenir un engagement à l'égard d'un bon comportement à l'avenir. Utiliser les techniques qui permettent de capter l'attention.

**Orientation du message :** Concevoir les messages de manière à inciter les participants à agir et à adopter les comportements appropriés.

**Peur d'essayer une perte** - Les gens réagissent davantage pour éviter de perdre un bien plutôt que pour en acquérir un.

**Communications provenant d'une autorité** - Les gens réagissent davantage devant certains symboles d'autorité.

Les services de gestion active des régimes d'assurance médicaments (GRAM) allient les techniques de la science du comportement, l'analyse des données et l'expertise clinique afin d'influencer directement les décisions des participants. Ces services s'inscrivent dans le processus actuel de traitement des demandes de règlement, ce qui permet au promoteur du régime de les ajouter à son régime d'assurance médicaments.

Cette combinaison d'éléments permet d'influencer les décisions en matière de médicaments plutôt que de tabler uniquement sur l'approche traditionnelle de

traitement des demandes de règlement soumises et ses résultats. Lorsque les services de GRAM sont associés aux contrôles traditionnels en matière de traitement des demandes de règlement et aux produits de gestion active, ils se sont avérés un moyen efficace pour influencer les décisions des participants et réduire les coûts des médicaments pour plusieurs promoteurs de régimes au Canada.

**Les études de cas ci-dessous démontrent les répercussions des services de GRAM.**

## » Étude de cas n° 1 - Réduction du gaspillage attribuable au canal de distribution

La structure fondée sur les choix est une stratégie éprouvée de la science du comportement qui permet aux participants de prendre de meilleures décisions et de réduire le gaspillage attribuable au canal de distribution.

Le promoteur de régimes - une grande entreprise canadienne de transport cotée en bourse et comptant plus de 8 450 employés partout au pays - a demandé à ses employés de choisir entre leur pharmacie actuelle et la pharmacie d'Express Scripts Canada offrant livraison des médicaments à domicile pour réduire le gaspillage dans le cadre du régime. Les services de livraison à domicile offerts par la pharmacie d'Express Scripts Canada ont été présentés aux employés afin qu'ils les comprennent mieux. Après avoir obtenu ces renseignements, on a demandé aux participants de faire un choix entre le canal de distribution qu'ils préféraient, soit la pharmacie d'Express Scripts Canada qui offre la livraison à domicile des médicaments et leur pharmacie de détail.

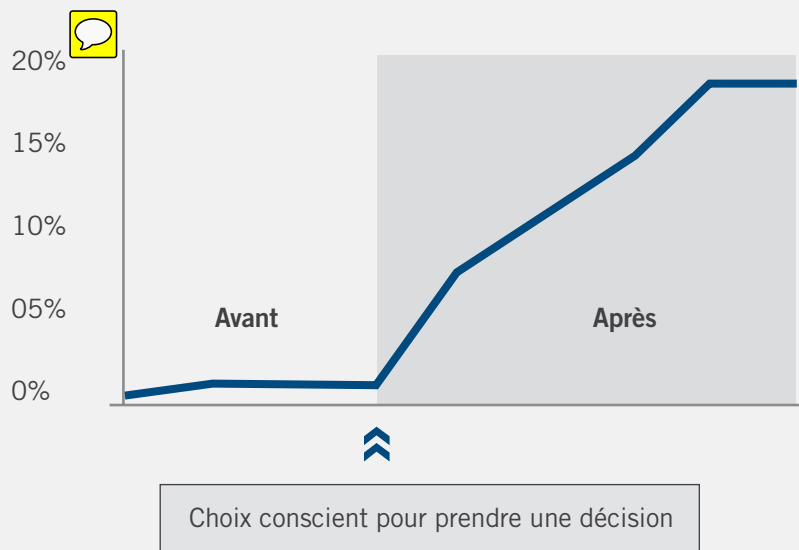
L'un des résultats les plus remarquables a été l'ampleur de la participation des employés au nouveau programme, même si aucun incitatif n'était offert. On peut attribuer cette participation record à l'efficacité des stratégies de science du comportement et à l'analyse des données, y compris les choix conscients, les interventions lors du traitement des demandes de règlement et les conseils offerts en temps réel aux patients. L'ensemble de ces stratégies a permis un engagement accru de la part des participants, l'adoption du service par les patients, la prise de décisions éclairées et des coûts moindres pour le promoteur de régimes et les patients. De plus, cette stratégie a permis de réduire de 39 % les honoraires professionnels, ce qui constitue une réduction substantielle du gaspillage attribuable au canal de distribution.

**FIGURE 24** La structure fondée sur les choix entraîne de meilleures décisions, réduit les coûts et le gaspillage attribuable au canal de distribution

### Utilisation d'un canal de distribution moins coûteux

Les choix conscients ont permis d'augmenter de 17 fois l'utilisation d'un canal de distribution moins coûteux, ce qui a entraîné une réduction de 39 % des honoraires professionnels

**ÉTUDE DE CAS**  
8 450 participants  
admissibles



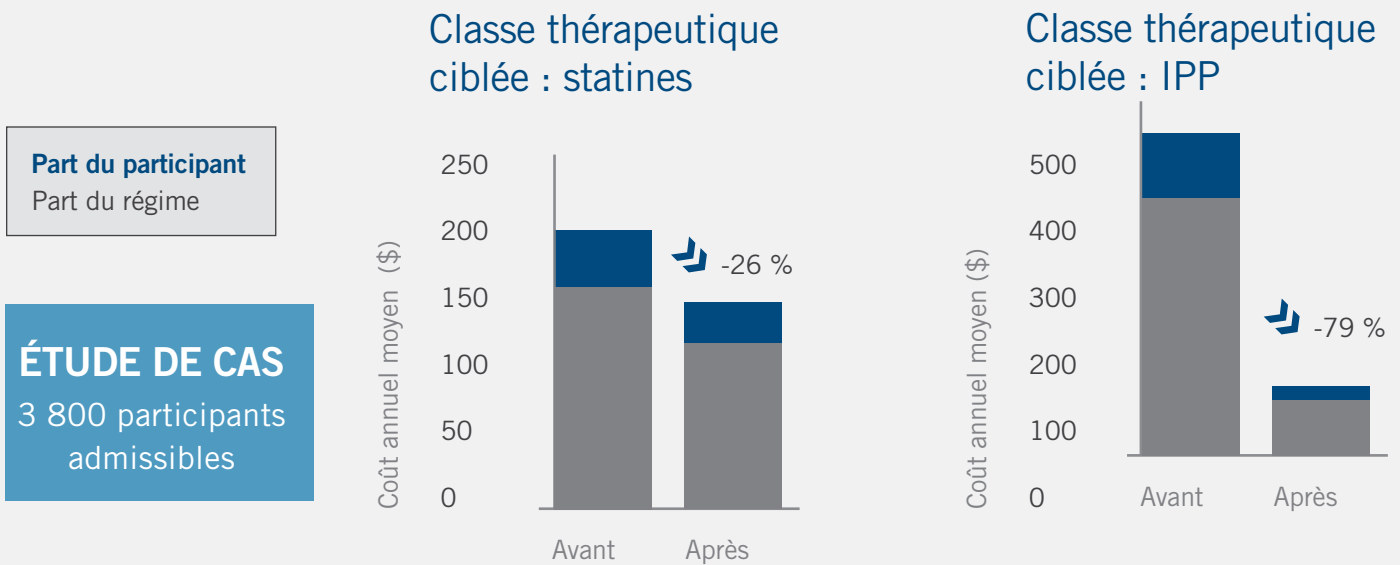
## Étude de cas n° 2 - Réduction du gaspillage attribuable aux choix thérapeutiques

Les stratégies de la science du comportement ont également permis la prise de meilleures décisions relativement aux médicaments et, ainsi, la réduction du gaspillage attribuable aux choix thérapeutiques.

Grâce aux stratégies de la science du comportement offertes dans le cadre des services de GRAM d'Express Scripts Canada, l'une des divisions d'un promoteur de régimes qui compte 3 800 employés et membres de leur famille a été en mesure de cibler deux classes thérapeutiques : les statines (médicaments indiqués pour traiter l'hypercholestérolémie) et les inhibiteurs de la pompe à protons (médicaments indiqués pour traiter les ulcères ou le reflux gastrique) afin d'optimiser les traitements.

Pour réduire le gaspillage attribuable aux choix thérapeutiques, le personnel de la pharmacie d'Express Scripts Canada offrant la livraison à domicile a su tirer parti des principes de l'engagement préalable et de la peur d'essuyer une perte pour inciter les patients à prendre de meilleures décisions. Nos recherches exclusives sur l'efficacité, les coûts et l'innocuité des options de traitement nous ont permis de transmettre des renseignements aux patients sur les choix dont ils disposent relativement à leurs médicaments. Ces renseignements ont également été communiqués au médecin du patient afin de sensibiliser les preneurs de décision relativement aux options de traitement à moindre coût qui existent. Ce processus d'optimisation des traitements a donné des résultats positifs, notamment un taux d'approbation de 62 % de la part des médecins et des patients qui ont accepté de substituer des médicaments moins chers et tout aussi efficaces sur le plan clinique.

**FIGURE 25** La science du comportement entraîne de meilleures décisions, réduit les coûts et le gaspillage attribuable aux choix thérapeutiques  
L'engagement préalable et l'orientation du message ont incité les patients à choisir des options de traitement moins coûteuses



## » Étude de cas n° 2 - Réduction du gaspillage attribuable aux choix thérapeutiques

Les stratégies de la science du comportement alliées à l'analyse des données et à l'expertise clinique ont permis de supprimer des obstacles relatifs à l'observance et ont réduit les carences en matière de soins pour améliorer les résultats sur le plan de la santé.

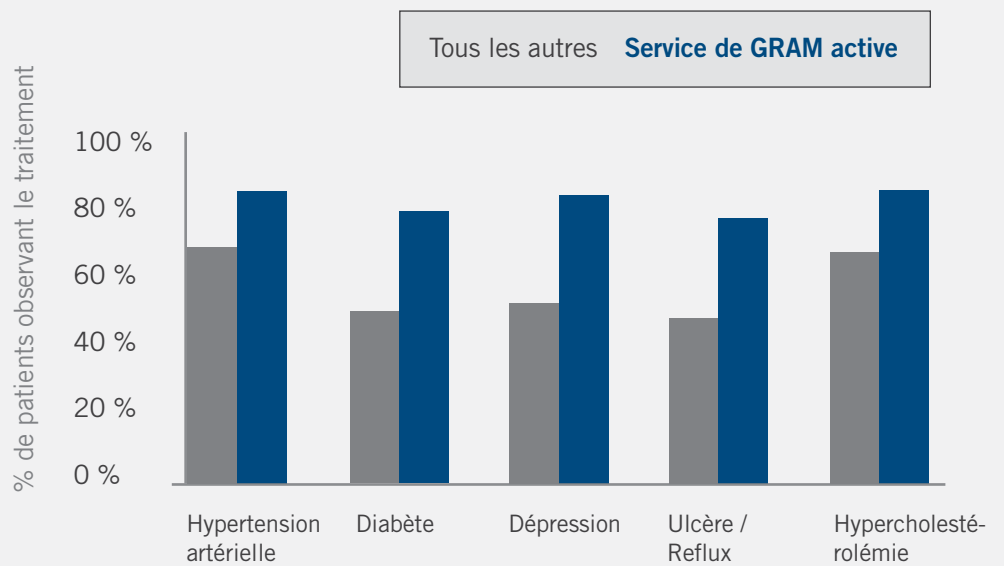
Une étude de cas portant sur 17 000 employés admissibles et membres de leur famille illustre les répercussions de ces stratégies. Les services de GRAM relatifs à l'analyse des données et les techniques de la science du comportement ont permis à la pharmacie d'Express Scripts Canada de mettre en place des services de surveillance de l'approvisionnement et des outils d'observance, puis d'envoyer des messages téléphoniques proactifs aux patients pour augmenter de 20 % l'observance des traitements de maladies chroniques, qui est mesurée en fonction de la proportion de jours couverts.



**FIGURE 26** L'analyse de données et la science du comportement ont une incidence sur l'observance du traitement et peuvent améliorer les résultats sur le plan de la santé

Suivi des médicaments, outils d'observance et interventions font augmenter la proportion de jours couverts (PJC) de plus de 20 %

**ÉTUDE DE CAS**  
17 000 participants  
admissibles



## Gestion thérapeutique

L'expertise clinique est requise pour aider les patients à optimiser les soins relatifs aux maladies complexes au moyen de la gestion personnalisée des traitements.

Avant le début du traitement, il est essentiel que le pharmacien ou le médecin gère les attentes des patients relativement aux avantages cliniques des nouveaux médicaments ainsi qu'aux effets secondaires qu'ils peuvent entraîner. Toute différence entre les attentes des patients et leur expérience réelle peut entraîner la non-observance ou l'interruption précoce du traitement, ce qui peut faire progresser la maladie et augmenter le gaspillage de médicaments.

De plus, en interagissant directement avec le patient, les fournisseurs de soins de santé peuvent l'inciter à poser les questions appropriées pour déterminer s'il oublie des doses d'un traitement essentiel et effectuer un suivi de l'innocuité des médicaments. Par exemple,

un patient qui prend du Humira® et du méthotrexate pour traiter les poussées sévères de polyarthrite rhumatoïde devrait également prendre des suppléments d'acide folique afin de prévenir les effets secondaires sur les plans hématologique, gastro-intestinal et autres. Puisque l'acide folique est vendu sans ordonnance et ne figure pas dans le dossier pharmacologique du patient, le pharmacien, par ses conseils, doit s'assurer que le patient obtient la dose appropriée et que celle-ci est administrée de la bonne manière.

Lorsqu'ils ont un meilleur accès aux médicaments de spécialité, particulièrement aux injections indiquées pour traiter les maladies complexes à domicile, les patients obtiennent des soins personnalisés qui favorisent une utilisation appropriée des médicaments. Compte tenu du coût élevé des médicaments de spécialité, il importe que les régimes privés disposent de stratégies visant à en optimiser les avantages et la valeur ajoutée.

### **L'expertise clinique est requise pour optimiser davantage les soins grâce à la gestion thérapeutique, qui comprend les éléments ci-dessous :**

- Vérification de l'utilisation adéquate du médicament et formation des patients
- Gestion des attentes relatives aux avantages cliniques
- Gestion des effets indésirables
- Détection des oublis des traitements essentiels
- Vérification de l'innocuité des médicaments
- Intervention auprès du médecin et collaboration avec celui-ci
- Conseils au patient et sensibilisation

---

## Une nouvelle façon de faire

En tirant parti de la science du comportement, de l'analyse des données et de l'expertise clinique en vue de la prise de meilleures décisions, les services de GRAM active permettent de combler l'écart entre les bonnes intentions des employées et leur comportement, ce qui réduit le gaspillage et améliore les résultats sur le plan de la santé.

Les régimes d'assurance médicaments deviennent ainsi viables et permettent aux entreprises canadiennes d'attirer et de fidéliser des employés talentueux, d'améliorer les résultats sur le plan de la santé des employés et de maximiser le rendement sur le capital investi dans le cadre du régime d'assurance médicaments.

# À PROPOS D'EXPRESS SCRIPTS CANADA

De son siège social situé tout juste à l'extérieur de Toronto, Express Scripts Canada transforme la manière dont les entreprises et les employés comprennent leurs régimes d'assurance médicaments et y participent. Express Scripts Canada offre des services pharmaceutiques à des milliers de patients au pays. Grâce à son expertise clinique, à son approche centrée sur le patient et à ses méthodes exclusives de veille de la clientèle, Express Scripts Canada incite les participants à prendre de meilleures décisions sur le plan de leur santé et aide les promoteurs à mieux gérer et à réduire les coûts des régimes d'assurance médicaments. Express Scripts Canada est contrôlée indirectement par Express Scripts Holding Company. Pour en savoir davantage, visitez le site Web de l'entreprise à l'adresse : [www.express-scripts.ca](http://www.express-scripts.ca).

## AUTEURS

**John Herbert**, MBA • **Priscilla Po**, BScPhm, PharmD

## COLLABORATEURS

**Moe Abdallah**, B. Sc., B. Sc. Pharm. • **Aaron Aoki**, B. Sc. Pharm., M.B.A., CRE, CDE

**Thien Nguyen**, B. Sc. (bioméd.) • **Sureshwaran Moorthy**, M.B.A., GBA • **Nancy Tibbo**, M.A.

**Nancy Rousseau**, B.A. trad. • **Louise Gendron**, B.A., trad. a. • **Christine Lévesque**, B.A., trad. a.

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 2013.

Visitez le site Web d'Express Scripts Canada à l'adresse [www.express-scripts.ca](http://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 s'engage à adopter des pratiques durables, à en faire la promotion et à les respecter. L'entreprise applique l'ensemble des principes du développement durable à la façon dont elle mène ses activités et répond aux besoins de ses clients, de ses employés et des patients. Par ailleurs, Express Scripts Canada s'engage à établir de manière proactive l'équilibre entre le développement économique et social et la protection environnementale. Ainsi, l'entreprise mène ses activités en respectant l'environnement et en conservant les ressources naturelles.

---



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

©Express Scripts Canada, 2014. Tous droits réservés. Express Scripts, Express Scripts Canada, pharmacie d'Express Scripts Canada et Express Scripts Consumerology sont des marques de commerce d'Express Scripts Holding Company ou de ses filiales. Toutes les autres marques de commerce appartiennent à leurs propriétaires respectifs.