



EXPRESS SCRIPTS®



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

**TENDANCES OBSERVÉES DANS LES RÉGIMES
PRIVÉS D'ASSURANCE AU CANADA**



TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	3
MÉTHODOLOGIE ET TERMINOLOGIE	9
SECTION I. EXAMEN DES ENJEUX ET DES OCCASIONS À SAISIR.....	13
SECTION II. APERÇU DE LA TENDANCE GLOBALE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS EN 2017	29
SECTION III. SURVOL DE LA TENDANCE AU CANADA ET DANS LES PROVINCES	51
SECTION IV. L’HORIZON PHARMACEUTIQUE	65
ANNEXE MÉDICAMENTS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT.....	77
À PROPOS D’EXPRESS SCRIPTS CANADA^{MD}	83





SOMMAIRE

PAGES 3 – 8





SOMMAIRE

Dans l'ensemble, en 2017, les dépenses en médicaments des régimes privés ont poursuivi leur croissance lente, mais constante. Il est primordial d'exercer un contrôle sur les coûts en raison de la montée en flèche des dépenses en médicaments de spécialité et des nouveaux défis qui se profilent à l'horizon.

En effet, les dépenses en médicaments de spécialité, qui représentaient **15 % des dépenses totales en 2008, ont atteint 31 % de celles-ci en 2017**. De nouveaux défis ont également retenu l'attention, comme l'arrivée prochaine sur le marché de thérapies géniques extrêmement coûteuses. Ces thérapies, ainsi que d'autres, très coûteuses, continueront d'être les principaux facteurs de l'augmentation des dépenses, puisqu'elles figurent en tête de liste des médicaments en voie de développement. De plus, de nouvelles indications pour des médicaments existants sont en cours d'approbation. Il n'est donc pas surprenant que des professionnels en assurance médicaments croient que les régimes ont atteint un point critique en 2017, certains promoteurs de régimes ayant d'ailleurs établi des plafonds sur les dépenses ou carrément mis fin à la couverture de ces médicaments salvateurs.

Malgré ce contexte en évolution, les conclusions de notre Rapport sur les tendances en matière de médicaments en 2017 nous permettent d'être optimistes. Les résultats de nos recherches, y compris l'analyse clinique de demandes de règlement pour médicaments d'ordonnance soumises par des millions de Canadiens, démontrent que, pour répondre au problème endémique des coûts, les solutions doivent reposer sur des faits probants. Les données indiquent qu'une gestion serrée contribue à optimiser les sommes investies dans les régimes, même si l'on prend en considération l'horizon pharmaceutique en pleine évolution. Il faut donc mettre de l'avant des approches éprouvées qui permettent d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé des participants tout en réduisant les dépenses en médicaments.

Trouver le juste équilibre entre les soins prodigués aux patients et la capacité de payer constitue une priorité pour les promoteurs de régimes. En examinant la répartition des demandes de règlement et des demandeurs, il devient apparent que procurer un soutien aux participants qui souffrent de maladies chroniques très coûteuses est la solution pour réduire les dépenses. **Ces participants, même s'ils ne représentent que 20 % des demandeurs, engagent près de 80 % des dépenses des régimes**, et leurs dépenses annuelles moyennes en médicaments sont de 15 fois supérieures à celles des autres demandeurs. En moyenne, ils sont atteints de 7,8 maladies chroniques, consultent 3,3 médecins et prennent 8,9 médicaments. Pas étonnant qu'ils éprouvent des difficultés à gérer la complexité de leurs traitements.

Il est possible de réduire considérablement les coûts en comprenant mieux les besoins de ces participants et en les aidant, en temps opportun, à gérer leurs maladies et leurs médicaments, ce qui leur permettra par le fait même d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de leur santé.

Le fardeau financier ainsi que la complexité des traitements se traduisent souvent par des écarts sur le plan de l'observance, en particulier chez les participants qui souffrent des maladies les plus complexes. D'ailleurs, en moyenne, 49,5 % de ces participants n'observaient pas un ou plusieurs de leurs traitements. En raison de cette situation, les participants s'exposent à un risque accru d'invalidité et auront sans doute recours à d'autres médicaments, ce qui pourrait être évité s'ils prenaient leurs médicaments de la manière prescrite.

MÉDICAMENTS TRADITIONNELS OU DE SPÉCIALITÉ : DE L'AIDE EST NÉCESSAIRE !

Même si les promoteurs s'inquiètent du coût élevé des médicaments de spécialité, les médicaments traditionnels continuent de faire augmenter les dépenses. D'ailleurs, nos recherches montrent que, parmi les 20 % de grands demandeurs, 18 % ne prennent que des médicaments traditionnels. Les autres (2 %) utilisent au moins un médicament de spécialité très coûteux en plus de 8,5 médicaments traditionnels en moyenne. Les 18 % de demandeurs qui prennent seulement des médicaments traditionnels engagent 49 % des dépenses totales des régimes.

En d'autres mots, les résultats de nos recherches révèlent que 20 % des grands demandeurs suivent des traitements fort complexes et nécessitent du soutien. Se préoccuper exclusivement des patients qui prennent des médicaments de spécialité reviendrait à rater 90 % des occasions d'exercer une influence positive.



LES DONNÉES INDIQUENT QU'UNE GESTION SERRÉE CONTRIBUE À OPTIMISER LES SOMMES INVESTIES DANS LES RÉGIMES, MÊME SI L'ON PREND EN CONSIDÉRATION L'HORIZON PHARMACEUTIQUE EN PLEINE ÉVOLUTION. IL FAUT DONC METTRE DE L'AVANT DES APPROCHES ÉPROUVÉES QUI PERMETTENT D'OBTENIR DE MEILLEURS RÉSULTATS SUR LE PLAN DE LA SANTÉ DES PARTICIPANTS TOUT EN RÉDUISANT LES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS.



RÉGIMES FAISANT L'OBJET D'UNE GESTION SERRÉE

Il est essentiel d'offrir un soutien plus ciblé et en temps opportun à ces demandeurs pour les aider à prendre des décisions qui les amèneront à obtenir des soins optimaux au meilleur coût. Nous conseillons ce qui suit :

- Aligner les intérêts des participants sur ceux des promoteurs au moyen de solutions intelligentes en matière de conception de régimes, notamment des mesures incitatives visant à optimiser les traitements;
- Déceler les occasions à saisir, par exemple informer les participants au bon moment et les amener à prendre des décisions optimales quant à leurs traitements;
- Responsabiliser les patients et les inciter à participer activement;
- Aider les patients à mettre en œuvre leurs décisions en vue d'optimiser leurs traitements.

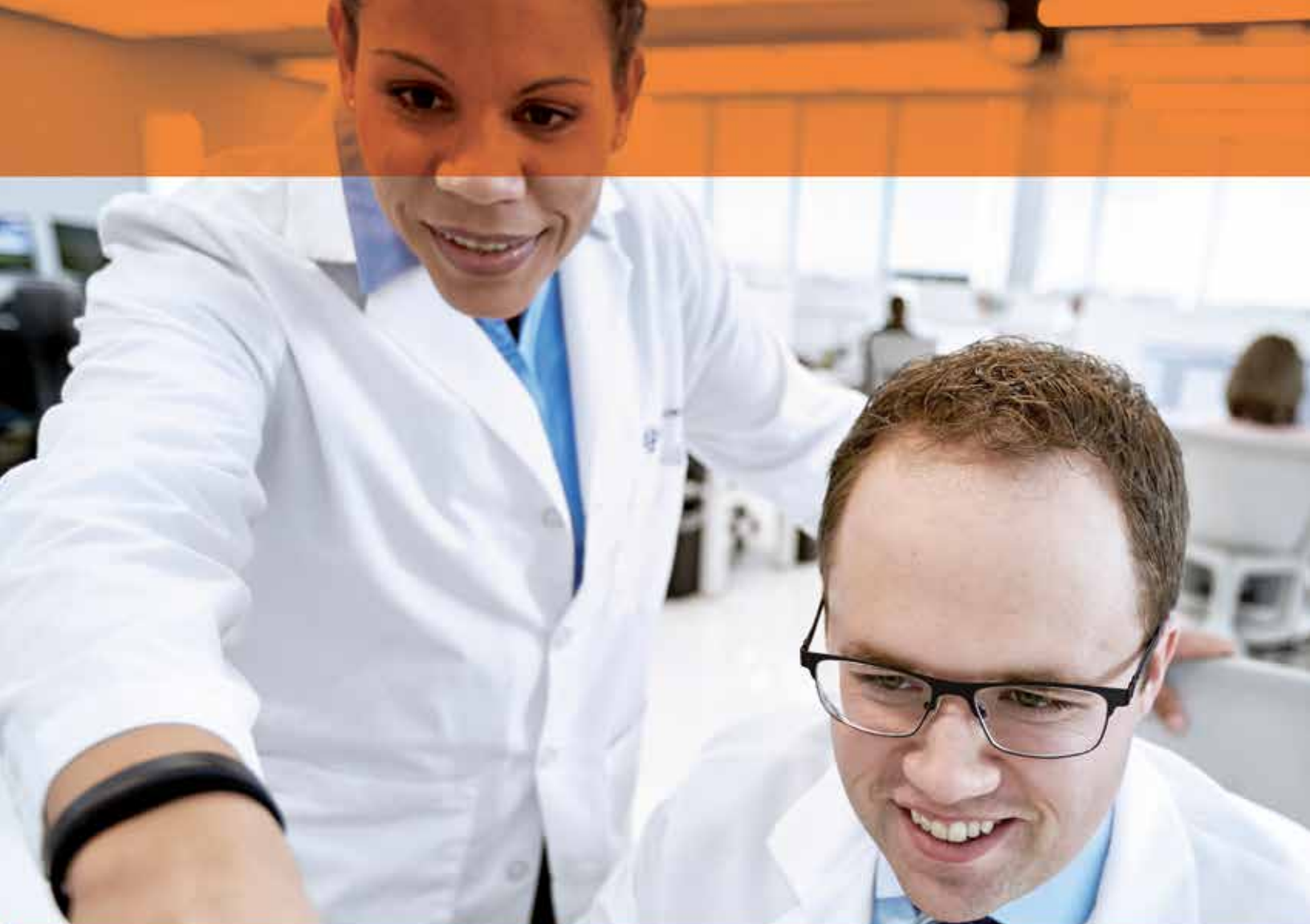
Il est impératif de contrôler les coûts et de combler les lacunes relatives aux soins immédiatement.

Les résultats de nos recherches sont sans équivoque : l'adoption d'une gestion serrée des régimes permet aux promoteurs d'exercer un contrôle sur les dépenses et d'améliorer les résultats sur le plan de la santé de leurs employés.

SURVOL DES TENDANCES EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS EN 2017

- La tendance des médicaments de spécialité très coûteux – lesquels représentent 2 % de l'ensemble des demandes de règlement, mais entraînent plus de 31 % des dépenses totales en médicaments – a augmenté pour atteindre 6,5 % en 2017.
- L'utilisation de génériques est en hausse. Le taux d'exécution de ces médicaments, qui s'élevait à 62,3 % en 2016, est passé à 63,1 % en 2017 en raison de l'expiration de brevets et de mesures rendant la substitution générique obligatoire.
- Les médicaments des 10 principales classes thérapeutiques sont à l'origine de 58,6 % de l'ensemble des dépenses. L'utilisation de médicaments de spécialité très coûteux demeure à la hausse dans certaines classes thérapeutiques comme l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), ainsi que l'hypercholestérolémie, maladies qui, auparavant, étaient traitées au moyen de médicaments traditionnels.
- Les anti-inflammatoires et les antidiabétiques ont représenté près de 24 % des dépenses totales en médicaments. Par ailleurs, la tendance dans ces deux classes thérapeutiques est en hausse et s'est respectivement établie à 8,5 % et à 4,8 %.
- La majeure partie des dépenses demeure associée aux médicaments indiqués pour traiter les maladies inflammatoires. Même si seulement 1,2 % des demandeurs souffrent de ces maladies, ce type de médicaments a constitué 14,2 % des dépenses totales.
- Le diabète est la classe thérapeutique qui engendre les dépenses les plus importantes parmi les médicaments traditionnels. Les antidiabétiques ont représenté 9,6 % de l'ensemble des dépenses et ont été utilisés par 7,5 % des demandeurs, ce qui constitue une augmentation par rapport à 2016.
- Les dépenses liées au cancer ont augmenté et la tendance s'est établie à 10,8 %. Les médicaments anticancéreux sont passés du 10^e au 7^e rang sur le plan des dépenses totales entre 2016 et 2017.
- En Ontario, le régime Assurance-santé Plus est entré en vigueur en janvier 2018. Il couvre des millions de demandeurs âgés de moins de 25 ans et rembourse plus de 4 400 médicaments d'ordonnance. Si l'on compare les dépenses des régimes privés qui couvrent les jeunes en Ontario, on constate qu'elles ont chuté de 55 % en mars 2018 comparativement à la même période l'année dernière.
- Plus de 145 médicaments très coûteux dominent la liste de produits qui feront bientôt leur entrée sur le marché. On trouve, dans cette liste, les médicaments associés à des thérapies géniques qui exerceront des pressions continues sur les coûts. À cela s'ajoute l'élargissement des indications de médicaments très coûteux.





MÉTHODOLOGIE ET TERMINOLOGIE

PAGES 9 – 12



MÉTHODOLOGIE ET TERMINOLOGIE

MÉTHODOLOGIE APPLIQUÉE DANS LE CADRE DE CE RAPPORT

L'analyse de la tendance en matière de médicaments effectuée par Express Scripts Canada mesure le taux de variation du **coût brut par demandeur**, ce qui comprend le **coût du médicament admissible** ainsi que les **honoraires professionnels admissibles**. Sont incluses dans le **coût brut** la part du participant et celle du promoteur de régime relativement au coût admissible. Par **demandeur**, on entend chaque personne qui présente une demande de règlement pour un médicament d'ordonnance, y compris toute personne à charge admissible à la couverture.

Nous avons calculé les **tendances globales** en tenant compte de l'utilisation et du coût par ordonnance. L'**utilisation** se mesure au moyen du taux de variation dans le nombre de demandes de règlement pour médicaments d'ordonnance admissibles par demandeur. Le **coût par ordonnance** se mesure au moyen du taux de variation du coût admissible par ordonnance. Seuls les demandeurs qui sont demeurés admissibles au régime pendant toute l'année ont été pris en compte. Les autres demandeurs n'ont pas été inclus dans cette analyse.

Remarque : L'analyse de la tendance en matière de médicaments d'Express Scripts Canada est fondée sur une méthode **rétrospective**, aussi appelée méthodologie historique, qui porte sur le passé. Les assureurs utilisent une méthode tout à fait opposée, soit la méthode **prospective**. Cette dernière prend plutôt en compte les données sur les tendances pour anticiper les coûts futurs et calculer l'augmentation des primes. Elle tient également compte des résultats techniques du régime d'assurance médicaments en question, du changement du nombre de participants admissibles ayant soumis une demande de règlement, des changements démographiques, des changements prévus dans les choix thérapeutiques, de l'érosion de la quote-part versée par le participant, du calcul d'un certain risque et des résultats techniques d'autres régimes d'assurance médicaments. Par conséquent, le facteur de tendance en matière de médicaments issu de l'analyse d'Express Scripts Canada sera inférieur à celui d'un assureur, puisque ce dernier doit prévoir l'augmentation moyenne des primes de l'ensemble du régime de soins médicaux complémentaires, dans le cadre duquel les médicaments ne constituent qu'une composante parmi tant d'autres.

OBSERVANCE

Nous avons mesuré l'observance en calculant le ratio de possession de médicaments (RPM), soit le nombre de jours d'approvisionnement pour un médicament oral sur une période donnée, divisé par le nombre de jours de la période, pour tout patient nécessitant au moins trois approvisionnements du médicament durant la période. Nous avons considéré que les patients dont le RPM est inférieur à 0,8 ou à 80 % n'observent pas leur traitement.

TERMINOLOGIE EMPLOYÉE DANS LE PRÉSENT RAPPORT

CLASSIFICATION DES MÉDICAMENTS :

- **Classe thérapeutique** : Médicaments regroupés en fonction de l'indication la plus courante (c'est-à-dire la maladie pour laquelle le médicament est le plus souvent prescrit).
- **Médicaments de spécialité** : Médicaments – injectables et non injectables – qui sont indiqués pour traiter des maladies chroniques complexes telles que la polyarthrite rhumatoïde, la sclérose en plaques et le cancer.

ILS POSSÈDENT AU MOINS L'UNE DES CARACTÉRISTIQUES SUIVANTES :

- Ils peuvent faire l'objet d'une pharmacovigilance intensive ou de rajustements posologiques fréquents.
- Ils peuvent nécessiter une formation approfondie à l'intention des patients ou de l'aide sur le plan de l'observance.
- Leur distribution peut être limitée.
- Certains d'entre eux doivent être manipulés ou entreposés avec soin.

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

AUTRE TERMINOLOGIE :

- **Dépenses** : Coût brut admissible, ce qui comprend la part du coût admissible du participant et celle du promoteur de régime.
- **Demandeur, patient ou participant** : Chaque personne qui présente une demande de règlement pour médicaments d'ordonnance, y compris le conjoint et les personnes à charge couverts dans le cadre du régime.
- **Tendance** : Historique de l'augmentation du coût brut par demandeur depuis l'année précédente, ce qui comprend le **coût du médicament admissible** ainsi que les **honoraires professionnels admissibles**.

On dégage des **tendances globales** en tenant compte de ce qui suit :

- **L'utilisation** : Le taux de variation dans le nombre de demandes de règlement pour médicaments d'ordonnance admissibles par demandeur.
- **Le coût par ordonnance** : Le taux de variation du coût admissible par demande de règlement pour médicaments d'ordonnance.





SECTION I.

EXAMEN DES ENJEUX ET DES OCCASIONS À SAISIR

PAGES 13 – 28



SECTION I.

EXAMEN DES ENJEUX ET
DES OCCASIONS À SAISIR

Dans l'ensemble, en 2017, les dépenses en médicaments des régimes privés ont poursuivi leur croissance lente, mais constante. Parallèlement, il est primordial d'exercer un contrôle sur les coûts en raison de la montée en flèche des dépenses en médicaments de spécialité et des nouveaux défis qui se profilent à l'horizon. Le plus grand de ces défis est sans doute l'arrivée prochaine sur le marché de thérapies géniques extrêmement coûteuses.

Dans l'ensemble, **les coûts des médicaments de spécialité sont passés de 15 % des dépenses totales des régimes privés en 2008 à 31 % de celles-ci en 2017.**

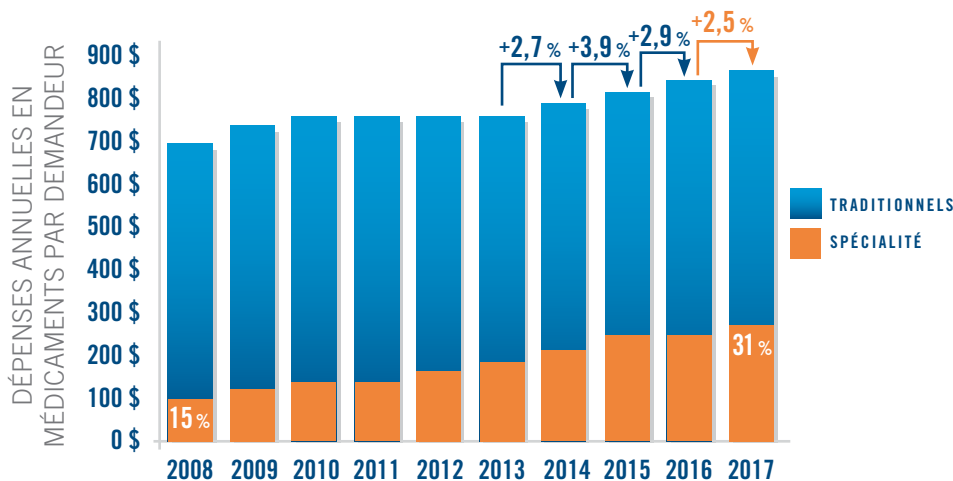
Certaines sources du secteur de l'assurance médicaments sonnent l'alarme, car elles croient que les régimes ont atteint un point critique en raison des coûts élevés des médicaments de spécialité. Des promoteurs de régimes ont d'ailleurs établi un plafond sur les dépenses ou tout simplement cessé de couvrir les médicaments de spécialité salvateurs.

Notre analyse révèle que cette approche n'est pas la plus efficace et qu'elle ne repose pas sur des preuves. En fait, si les régimes ne couvrent pas les médicaments de spécialité, ces derniers pourraient être aux prises avec des dépenses plus élevées à long terme. Les participants n'auraient pas accès aux médicaments dont ils ont besoin et l'observance risquerait de diminuer, ce qui entraînerait probablement davantage d'absentéisme et d'invalidité. Par conséquent, l'appréciation du régime offert par l'employeur diminuerait, ce qui aurait des répercussions sur l'engagement et la capacité d'attirer et de fidéliser les meilleurs employés.

Or, ces approches réactives ne sont pas nécessaires. Notre analyse des demandes de règlement soumises par plus de sept millions de Canadiens révèle qu'il existe des moyens bien plus efficaces de gérer les sommes consacrées aux régimes et d'en tirer parti. Il faut mettre de l'avant des approches éprouvées qui permettent d'optimiser les coûts et les résultats sur le plan de la santé des employés.

AUGMENTATION LENTE, MAIS CONSTANTE DES DÉPENSES
EN MÉDICAMENTS

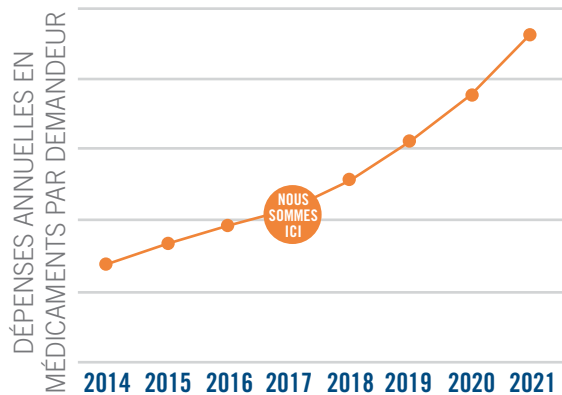
Les dépenses en médicaments de spécialité ont augmenté de façon préoccupante au cours des 10 dernières années



SECTION I. EXAMEN DES ENJEUX ET DES OCCASIONS À SAISIR

L'arrivée de nouveaux traitements très coûteux continuera de faire augmenter les dépenses des régimes à l'avenir. D'ailleurs, plusieurs médicaments très chers sont en voie de développement, et le nombre de maladies pour lesquelles ils sont indiqués ne cesse d'augmenter.

L'ARRIVÉE SUR LE MARCHÉ DE NOUVEAUX TRAITEMENTS COÛTEUX CONTINUERA DE FAIRE AUGMENTER LES DÉPENSES DES RÉGIMES



DÉFI POUR LES PROMOTEURS DERÉGIMES

Trouver le juste équilibre entre les soins offerts aux patients et la capacité de payer.

L'équilibre entre les soins offerts aux patients et la capacité de payer du régime présentera toujours un défi pour les promoteurs. Notre examen des demandes de règlement et des demandeurs a révélé que les patients qui souffrent de maladies chroniques très coûteuses ont besoin d'aide pour gérer la complexité des traitements et les dépenses. Puisque ces demandeurs engagent près de 80 % des dépenses des régimes, une approche globale et une gestion serrée des régimes sont essentielles.



L'ARRIVÉE DE NOUVEAUX TRAITEMENTS TRÈS COÛTEUX CONTINUERA DE FAIRE AUGMENTER LES DÉPENSES DES RÉGIMES À L'AVENIR.



DÉFIS ASSOCIÉS AUX PATIENTS

Les recherches d'Express Scripts Canada mettent en lumière les défis que les Canadiens doivent relever dans le contexte en constante évolution des médicaments au pays. Les données montrent que les participants ont besoin d'un soutien proactif pour prendre des décisions éclairées permettant de réduire les coûts et d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de leur santé. Il importe donc de faire appel à un ensemble d'outils.

DÉFI N° 1

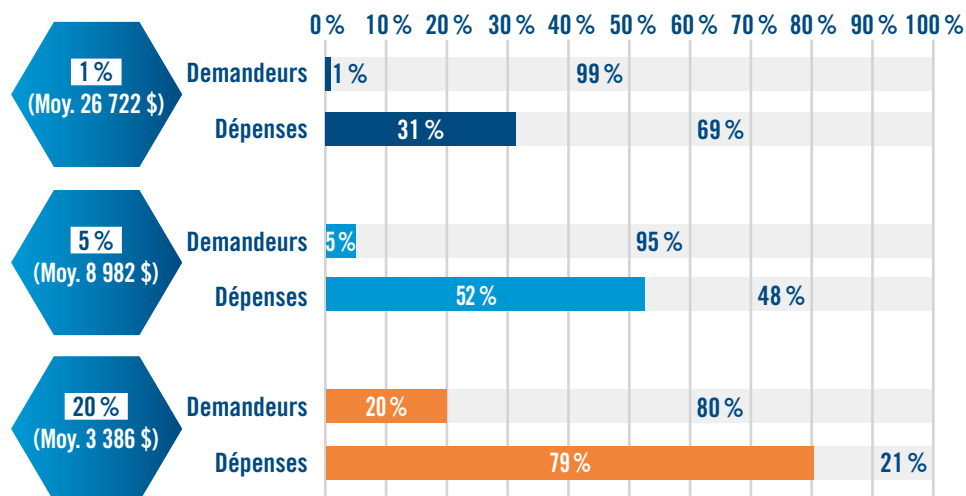
TENIR COMPTE DE LA RÈGLE DES 80/20 DANS LE CADRE DES RÉGIMES.

Pour maximiser la valeur des nouvelles approches, il importe de comprendre la règle des 80/20 qui s'applique aux régimes d'assurance médicaments. L'analyse clinique des métadonnées tirées des demandes de règlement que nous traitons indique ce qui suit :

- 1 % des demandeurs engagent 31 % des dépenses des régimes. Le coût moyen par demandeur s'élève à 26 722 \$.
- 5 % des demandeurs engendrent 52 % des dépenses des régimes. Le coût moyen par demandeur s'élève à 8 982 \$.
- 20 % des demandeurs occasionnent 79 % des dépenses des régimes. Le coût moyen par demandeur s'élève à 3 386 \$.

Une meilleure compréhension des besoins de ces 20 % de demandeurs et un soutien offert en temps opportun permettraient de réduire la grande majorité des dépenses en médicaments. De fait, ces données prouvent qu'une approche progressive qui concentre les efforts sur cette petite proportion de participants pourrait permettre un meilleur contrôle des coûts.

LES RECHERCHES D'EXPRESS SCRIPTS CANADA RÉVÈLENT QUE 20 % DES DEMANDEURS ENGAGENT 79 % DES DÉPENSES TOTALES



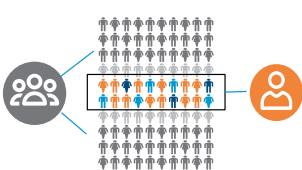
METTRE L'ACCENT SUR CE GROUPE DE DEMANDEURS ET LES INCITER À PRENDRE DE MEILLEURES DÉCISIONS AFIN DE DIMINUER LA MAJORITÉ DES DÉPENSES.






DÉFI N° 2

TENIR COMPTE DES MALADIES CHRONIQUES TRÈS COÛTEUSES ET DE LA COMPLEXITÉ DES TRAITEMENTS.

Ces 20 % de demandeurs ont de la difficulté à composer avec la complexité des traitements de leurs maladies chroniques. Chaque année, ils occasionnent 15 fois plus de dépenses que les autres demandeurs (en moyenne 3 386 \$ par année) et engagent souvent des dépenses inutiles qui n'améliorent en rien les résultats sur le plan de leur santé.

LES DEMANDEURS QUI SOUFFRENT DE MALADIES CHRONIQUES TRÈS COÛTEUSES ONT BESOIN D'AIDE POUR GÉRER LA COMPLEXITÉ DES TRAITEMENTS ET LES DÉPENSES



		DEMANDEURS ORDINAIRES	DEMANDEURS SOUFFRANT DE MALADIES CHRONIQUES TRÈS COÛTEUSES
		80 % TOUS LES DEMANDEURS 21 % DÉPENSES TOTALES	20 % 79 %
 GESTION DE L'ENSEMBLE DES DÉPENSES	MOYENNE PAR DEMANDEUR	230 \$	3 386 \$
 GESTION DES MALADIES CONCOMITANTES		3,0	7,8
 GESTION DE PLUSIEURS MÉDECINS		1,9	3,3
 GESTION DE PLUSIEURS MÉDICAMENTS UNIQUES		3,2	8,9
 GESTION DES PROBLÈMES D'OBSERVANCE*		39,0 %	49,5 %

* Pourcentage de demandeurs qui n'observent pas un ou plusieurs de leurs traitements administrés oralement.

Ces demandeurs ont de la difficulté à gérer ce qui suit :

- Leurs **nombreuses maladies chroniques** – ils souffrent en moyenne de 7,8 maladies comparativement à trois chez les autres demandeurs.
- La coordination des soins entre **plusieurs médecins**. Ils consultent en moyenne 3,3 prescripteurs, comparativement à 1,9 chez les autres demandeurs.
- Leurs **nombreux médicaments** – ils prennent en moyenne 8,9 médicaments, soit près de trois fois plus que les autres demandeurs.

La complexité des traitements se traduit souvent par des écarts sur le plan de l'observance. En moyenne, 49,5 % de ces demandeurs n'observent pas au moins un de leurs traitements. La non-observance entraîne un risque plus élevé de détérioration de la santé, davantage de complications et d'invalidité. Par conséquent, les coûts augmentent.

Si l'on met l'accent sur cette tranche de 20 % des demandeurs, qu'on leur offre du soutien en traitant l'ensemble de leurs problèmes et non seulement leurs symptômes ou leurs maladies, il est alors possible de réduire les dépenses en médicaments dès maintenant et dans l'avenir.

DÉFI N° 3

TENIR COMPTE DE LA PRÉVALENCE DES MALADIES ET DU COÛT DE LA NON-OBSERVANCE DES TRAITEMENTS.

En 1985, Everett Coop, un ancien chef des services de santé aux États-Unis, a prononcé cette phrase désormais célèbre : « Les médicaments ne fonctionnent pas chez les patients qui ne les prennent pas. » Cela décrit très bien l'expérience des patients qui souffrent de maladies chroniques très coûteuses dans le contexte actuel.

SECTION I. EXAMEN DES ENJEUX ET DES OCCASIONS À SAISIR

Les écarts relatifs à l'observance chez les personnes qui souffrent de maladies chroniques peuvent avoir d'importantes répercussions sur les coûts des soins de santé. De récentes recherches menées par la société mère d'Express Scripts Canada aux États-Unis fournissent de bons exemples, tant sur le plan financier que sur celui de la santé.

Une étude portant sur 1,3 million de personnes qui souffrent de diabète a révélé ce qui suit :

- Les personnes qui prenaient bien leurs médicaments oraux contre le diabète ont effectué 235 visites de moins à l'urgence et 50 séjours à l'hôpital de moins (par 1 000 patients).
- Les patients qui souffraient de complications liées au diabète telles que la cécité, le pied diabétique ou l'insuffisance rénale chronique, mais qui observaient tous leurs traitements, ont engagé 9,4 % moins de frais de santé que les autres patients.

Il existe donc un lien évident entre l'observance des traitements, les coûts et les résultats sur le plan de la santé.

LA NON-OBSERVANCE AU CANADA DE NOS JOURS

Les recherches d'Express Scripts Canada révèlent des écarts relatifs à l'observance chez de nombreux types de demandeurs. Même s'il nous est impossible de savoir si les patients prennent ou non leurs médicaments, nous pouvons effectuer une analyse rétrospective de leurs demandes de règlement afin de déterminer s'ils possédaient assez de médicaments pour bien observer leur traitement.

Les patients que l'on considère non-observants n'avaient pas suffisamment de médicaments pour bénéficier pleinement du traitement qui leur avait été prescrit. Sans le soutien d'un régime dont la gestion est serrée, ces patients s'exposent à une détérioration de leur santé pour de nombreuses raisons.

Puisque certains problèmes de santé sont associés à un taux élevé de maladies concomitantes, il importe de tenir compte de la situation globale des patients pour bien mesurer leur observance. Par exemple, 88,5 % des patients qui souffrent de diabète prennent également des médicaments pour d'autres maladies. Il en va de même pour 87,4 % des patients atteints d'hypercholestérolémie, 76,2 % des patients atteints d'hypertension artérielle et 69,8 % des patients souffrant de dépression.

Nos recherches ont révélé que 42 % des patients qui prennent un antidiabétique n'observent pas un ou plusieurs de leurs traitements et s'exposent à un risque accru de complications comme les accidents vasculaires cérébraux, les crises cardiaques, l'insuffisance rénale, la cécité et les amputations.

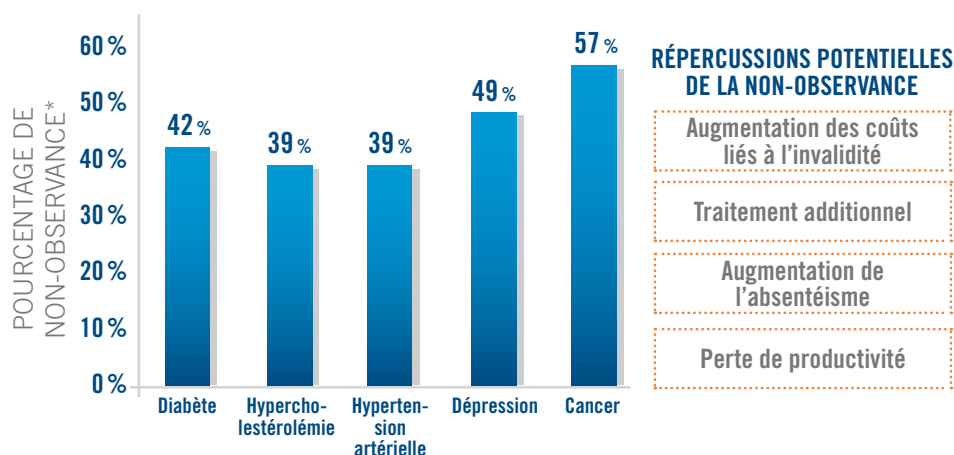
Par ailleurs, 39 % des patients qui prennent un médicament contre l'hypercholestérolémie ou l'hypertension artérielle, 49 % des patients qui souffrent de dépression et 57 % de ceux qui sont atteints d'un cancer n'observaient pas un ou plusieurs de leurs traitements.

Les écarts relatifs à l'observance, chez les patients qui souffrent de maladies chroniques courantes, exposent ces derniers à de nombreuses complications, notamment un risque plus élevé d'invalidité, la nécessité de prendre d'autres médicaments, une augmentation de l'absentéisme et une réduction de la productivité. Il s'agit là d'un ensemble de conséquences fâcheuses qui pourraient toutes être évitées si les patients prenaient leurs médicaments de la manière prescrite.

NOS RECHERCHES RÉVÈLENT DES ÉCARTS RELATIFS À L'OBSERVANCE

Une faible observance peut engendrer des coûts supplémentaires pour les promoteurs de régimes privés

NON-OBSERVANCE PAR TYPE DE DEMANDEUR



* Pourcentage de demandeurs qui n'observent pas un ou plusieurs de leurs traitements administrés oralement.

DÉFI N° 4






ADOPTER UNE APPROCHE GLOBALE EN MATIÈRE DE SOINS.

Même si les médicaments de spécialité et leur prix exorbitant attirent l'attention des médias, nos recherches démontrent que, parmi cette tranche de 20 % des demandeurs, la quasi-totalité (18 %) de ces personnes prend uniquement des médicaments traditionnels, mais engage 49 % des dépenses totales. Le petit groupe de demandeurs composé des 2 % restants utilise un ou plusieurs médicaments de spécialité coûteux et prend en moyenne 8,5 médicaments traditionnels.

Ces deux types de grands demandeurs doivent composer avec la complexité accrue de leurs traitements et ont besoin du même soutien, comme l'indique le tableau ci-dessous.

IL EST ESSENTIEL DE GÉRER LES DEMANDEURS QUI PRENNENT DES MÉDICAMENTS TRADITIONNELS ET DE SPÉCIALITÉ

Une approche globale en matière de soins est nécessaire

		GRANDS DEMANDEURS QUI UTILISENT DES MÉDICAMENTS TRADITIONNELS SEULEMENT	GRANDS DEMANDEURS QUI UTILISENT DES MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ
		18 % TOUS LES DEMANDEURS	2 %
		49 % DÉPENSES TOTALES	30 %
 GESTION DE L'ENSEMBLE DES DÉPENSES	MOYENNE PAR DEMANDEUR	2 337 \$	12 235 \$
 GESTION DES MALADIES CONCOMITANTES		7,7	8,8
 GESTION DE PLUSIEURS MÉDECINS		3,2	4,2
 GESTION DE PLUSIEURS MÉDICAMENTS UNIQUES		Traditionnels 8,8 Spécialité <u>0,0</u> 8,8	Traditionnels 8,5 Spécialité <u>1,5</u> 10,0
 GESTION DES PROBLÈMES D'OBSERVANCE*		48,5 %	58,3 %

* Pourcentage de demandeurs qui n'observent pas un ou plusieurs de leurs traitements administrés oralement.

Il est essentiel d'offrir un soutien plus ciblé et en temps opportun à ces demandeurs pour les aider à prendre des décisions éclairées qui les amèneront à obtenir des soins optimaux au meilleur coût. Cela s'avère tout aussi déterminant lorsque le patient souffre de diabète (médicaments traditionnels) et qu'il utilise des médicaments pour prévenir l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle et l'insuffisance rénale ou lorsqu'il est atteint de cancer (médicaments de spécialité) et qu'il prend aussi des médicaments traditionnels pour traiter de nombreuses complications.

Nous conseillons d'adopter l'approche suivante :

- Aligner les intérêts des participants sur ceux des promoteurs de régimes au moyen de solutions intelligentes, notamment des mesures incitatives visant à optimiser les traitements.
- Déceler les occasions à saisir, par exemple informer les participants au bon moment et les amener à prendre des décisions éclairées quant à leur traitement.
- Responsabiliser les patients et les inciter à s'engager.
- Aider les patients à mettre en œuvre leurs décisions au moment opportun.

SOLUTIONS VISANT À RÉDUIRE LES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS ET À DIMINUER LES TRAITEMENTS MOINS EFFICACES.

Comme nous l'avons déjà indiqué précédemment, l'utilisation accrue de nouveaux médicaments très coûteux demeurera le facteur principal de l'augmentation des dépenses en médicaments dans l'avenir.

Dans un tel environnement, **une gestion serrée des régimes** permet d'aligner les intérêts des participants sur ceux des promoteurs de régimes. Elle permet entre autres d'encourager les participants à faire des choix éclairés quant à leurs médicaments et de leur fournir le soutien dont ils ont besoin afin qu'ils obtiennent de meilleurs résultats sur le plan de leur santé. De plus, les régimes qui adoptent une gestion serrée coûtent moins cher aux promoteurs de régimes et aux participants, ce qui permet de préserver l'accès aux traitements et d'améliorer l'observance.

UNE GESTION SERRÉE DU RÉGIME PERMET DE RÉDUIRE LES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS

DÉPENSES ANNUELLES EN MÉDICAMENTS PAR DEMANDEUR



OUTILS FAVORISANT UNE GESTION SERRÉE

- 📋 **Gestion de la liste de médicaments**
 Permettre aux patients d'avoir accès à des médicaments très efficaces. Exclure les traitements très coûteux qui n'offrent aucun avantage sur le plan clinique.
- 📅 **Gestion de l'utilisation**
 Utiliser des stratégies comme l'autorisation préalable et le traitement par étapes pour guider les patients vers des produits sécuritaires et efficaces. S'assurer que le patient reçoit le médicament approprié en temps opportun et qu'il est remboursé par le bon régime.
- 🏪 **Gestion du réseau de distribution**
 Tirer parti d'un réseau de pharmacies privilégiées pour réduire les coûts tout en s'assurant que les patients obtiennent les meilleurs soins possible.
- 👨‍⚕️ **Gestion des soins aux patients**
 Des soins spécialisés complets peuvent aider les patients à mieux gérer la complexité de leurs traitements afin de réduire leurs dépenses et d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de leur santé.

FAVORISER UNE PRISE DE DÉCISION PLUS ÉCLAIRÉE CHEZ LES DEMANDEURS AFIN DE RÉDUIRE LES DÉPENSES ET D'OBTENIR DE MEILLEURS RÉSULTATS SUR LE PLAN DE LA SANTÉ.

Les régimes qui font l'objet d'une gestion serrée alignent l'utilisation des médicaments sur les directives cliniques, encouragent les patients à prendre des décisions importantes et fournissent des soins complets aux personnes qui souffrent de plusieurs maladies chroniques. Pour ce faire, ils intègrent diverses techniques de gestion coordonnée, notamment la gestion de la liste de médicaments, la gestion de l'utilisation des médicaments, la gestion du réseau de distribution et la gestion des soins aux patients.

Les techniques de gestion décrites ci-dessous permettent d'aligner les intérêts des promoteurs de régimes sur ceux des participants et incitent ces derniers, au moment opportun, à prendre des décisions éclairées.

1. GESTION DE LA LISTE DE MÉDICAMENTS

Une liste bien conçue offre l'accès à des médicaments efficaces sur le plan clinique et **exclut les traitements très coûteux qui ne présentent aucun avantage.**

2. GESTION DE L'UTILISATION

Les programmes d'autorisation préalable et de traitements par étapes sont des exemples importants de gestion intelligente de régimes servant à guider les patients vers des choix de médicaments sécuritaires et plus efficaces en se fondant sur des critères cliniques. Ces outils permettent de **s'assurer que le bon médicament est fourni au bon patient, au bon prix, par le bon payeur et au bon moment.**

Au fur et à mesure que de nouveaux médicaments arrivent sur le marché et que les indications des médicaments existants sont élargies, il est impératif que les promoteurs revoient et mettent à jour leurs programmes de gestion de l'utilisation afin de contrôler les coûts et d'aider les patients à prendre des décisions éclairées quant au traitement le plus efficient.

3. GESTION DU RÉSEAU DE DISTRIBUTION

Tirer parti d'un réseau de distribution de fournisseurs privilégiés peut **réduire les coûts des régimes et ceux des patients sans limiter leur choix**, offrir de meilleurs soins aux patients et réduire au minimum l'interruption de service. Les recherches révèlent que le taux d'observance des patients qui renouvellent leurs médicaments d'entretien aux 90 jours auprès d'un fournisseur privilégié est de 15 % à 25 % supérieur à celui des participants qui utilisent d'autres fournisseurs. En outre, les réseaux de pharmacies de spécialité peuvent conseiller les patients de façon optimale puisqu'ils connaissent les programmes d'aide financière qui sont offerts, ce qui se traduit par de meilleurs soins globaux aux patients et des mesures de contrôle des coûts plus rigoureuses.

4. GESTION DES SOINS AUX PATIENTS

Les patients qui souffrent de maladies complexes telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires et la sclérose en plaques requièrent des soins spécialisés. Les pharmaciens spécialistes peuvent aider ces patients **à mieux gérer leurs maladies, à réduire leurs dépenses et à obtenir de meilleurs résultats sur le plan de leur santé.** Une approche globale peut aider ces patients à gérer la complexité de leurs traitements et à s'assurer que les médicaments qu'ils prennent sont utilisés adéquatement.



LES GRANDS DEMANDEURS QUI NE PRENNENT QUE DES MÉDICAMENTS TRADITIONNELS REPRÉSENTENT 18 % DE L'ENSEMBLE DES DEMANDEURS, MAIS ENGAGENT 49 % DES DÉPENSES TOTALES.



CONCEPTION INTELLIGENTE DU RÉGIME

Une gestion serrée du régime peut avoir des effets très positifs sur les soins fournis aux patients qui souffrent de maladies chroniques très coûteuses, notamment en réduisant les coûts et en permettant aux patients d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de leur santé.

ÉTUDE DE CAS A

Bertrand, âgé de 56 ans, a tout récemment reçu un diagnostic de diabète de type 2. Il a accès au traitement et aux fournitures dont il a besoin grâce au régime d'assurance médicaments de son employeur. (Selon *Diabetes Canada*, 57 % des Canadiens qui souffrent de diabète ont indiqué qu'ils avaient des problèmes d'observance en raison des coûts trop élevés.)

Lorsque la D^{re} Smith, médecin de famille de Bertrand, l'a interrogé sur son régime d'assurance médicaments, il lui a répondu qu'il avait un excellent régime. Cette dernière lui a donc prescrit le nouvel antidiabétique Januvia®.

Or, Bertrand est couvert par un **régime d'assurance médicaments qui fait l'objet d'une gestion serrée**. Ce régime inclut un programme de traitement par étapes qui exige d'abord l'utilisation d'un médicament de première intention, la metformine, pour traiter le diabète de type 2 avant de couvrir le médicament Januvia® (à moins qu'une intolérance à la metformine n'ait été établie). Cette exigence s'aligne sur les lignes directrices de *Diabetes Canada*. De nombreuses études appuient l'utilisation de la metformine, et la durabilité des effets du médicament est reconnue depuis longtemps comme étant sécuritaire. Le traitement de Bertrand a donc été modifié et Januvia® a été remplacé par la metformine.

Accepter son diagnostic de diabète a été naturellement un cheminement assez stressant pour Bertrand. Cependant, comme son régime offre l'accès à des services de gestion des soins aux patients, il a décidé d'en profiter et a été soulagé qu'un pharmacien spécialiste du Centre de ressources thérapeutiques l'appelle. Il a obtenu des réponses à ses questions au sujet de la substitution de Januvia®. On lui a parlé des avantages potentiels de la metformine relativement à la durabilité du médicament et du fait qu'elle est reconnue depuis longtemps comme étant sécuritaire. En prime, il réalise des économies de 200 \$ par année. Cet appel l'a rassuré.

Le pharmacien spécialiste du Centre de ressources thérapeutiques lui a aussi fait part de traitements supplémentaires et de médicaments pour traiter l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle. Bertrand était surpris que le pharmacien lui parle de ces médicaments, car il ne souffre ni d'hypercholestérolémie ni d'hypertension artérielle. Le pharmacien lui a expliqué que *Diabetes Canada* recommandait aux personnes du même groupe d'âge que lui, peu importe si elles souffrent ou non d'hypercholestérolémie ou d'hypertension artérielle, de prendre ce type de médicaments, car, selon les preuves cliniques, ils peuvent contribuer à protéger les reins, le cœur, le système circulatoire et à prévenir les maladies oculaires.

Bertrand en a par la suite discuté avec la D^{re} Smith, qui était en accord avec le pharmacien et lui a prescrit une statine et un inhibiteur de l'ECA. Grâce à ces explications et aux techniques de motivation, Bertrand observe maintenant son traitement et prend les médicaments qui lui ont été prescrits.

OPTIMISATION DES SOINS ET RÉDUCTION DES DÉPENSES GRÂCE À UNE GESTION SERRÉE DU RÉGIME



RÉSULTATS OPTIMAUX

- Gestion de l'utilisation au moyen d'un programme de traitement par étapes. La substitution du médicament a engendré des économies annuelles de plus de 1 000 \$ pour le régime.
- Gestion des soins aux patients par l'entremise du Centre de ressources thérapeutiques, ce qui a permis de combler les lacunes et de réduire les risques de complication.

BERTRAND A TIRÉ PARTI DE CE QUI SUIT :

- Il est passé de Januvia®, médicament de 2^e étape, à la metformine, médicament de 1^{re} étape, ce qui lui a permis de réaliser des économies de 200 \$ par année.
- Il a reçu un traitement supplémentaire au moyen de statines et d'un inhibiteur de l'ECA pour protéger ses reins, son cœur et sa vision, conformément aux plus récentes directives cliniques.

RÉDUCTION DES DÉPENSES



MEILLEURS RÉSULTATS SUR LE PLAN DE LA SANTÉ

SECTION I. EXAMEN DES ENJEUX ET DES OCCASIONS À SAISIR

Dans le cas de Bertrand, participer à un régime qui fait l'objet d'une gestion serrée lui permet de profiter de coûts moindres et d'être rassuré quant aux soins qu'il reçoit tout en espérant obtenir de meilleurs résultats sur le plan de sa santé.

ÉTUDE DE CAS B

Hélène est une femme de 45 ans qui est atteinte de la forme récurrente rémittente de la sclérose en plaques. Elle souffre également de plusieurs maladies chroniques pour lesquelles elle prend huit médicaments, y compris Gilenya^{MD}, un médicament de spécialité.

Selon des études à grande échelle, Gilenya^{MD} est reconnu pour réduire la fréquence des poussées et ralentir la progression de l'incapacité physique, la formation de lésions au cerveau et les dommages aux nerfs engendrés par les poussées. Toutefois, un approvisionnement de 28 jours de Gilenya^{MD} coûte plus de 2 700 \$.

La sclérose en plaques attaque la gaine myéline qui protège les fibres du système nerveux de sorte que les personnes atteintes de sclérose en plaques doivent souvent faire face à plusieurs complications, en plus de gérer de nombreuses options de traitement possibles et de consulter plusieurs fournisseurs de soins de santé. Outre ces complications, les personnes atteintes sont exposées à un risque accru de maladies concomitantes.

LA COMBINAISON DE PLUSIEURS MALADIES, DE PLUSIEURS MÉDECINS ET DE PLUSIEURS TRAITEMENTS ENGENDRE DES LACUNES SUR LE PLAN DES SOINS.

Hélène souffre aussi de problèmes de la vessie et des voies urinaires, qui sont des complications courantes de la sclérose en plaques. Elle souffre également de nombreuses maladies concomitantes, à savoir la dépression, l'anxiété, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie ainsi qu'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Alors que le suivi de sa sclérose en plaques est effectué par un neurologue, Hélène doit également être traitée par plusieurs professionnels de la santé pour chacune de ses autres maladies. Son médecin de famille la traite pour l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie, un psychologue la voit pour l'anxiété, et un pneumologue la traite pour sa maladie pulmonaire obstructive chronique. Chacun de ces traitements a un coût et des paramètres de couverture qui lui sont propres, de même que des effets secondaires, des interactions avec d'autres médicaments, ainsi que des répercussions différentes sur la santé d'Hélène.

Le fait qu'elle ait besoin de plusieurs médicaments crée un lourd fardeau financier en raison des franchises et des quotes-parts qu'elle doit déboursier.

OPTIMISATION DU SOUTIEN AUX PATIENTS GRÂCE À UNE GESTION SERRÉE DU RÉGIME



VOICI HÉLÈNE

- Elle a reçu un diagnostic de sclérose en plaques.
- Elle prend Gilenya^{MD} pour diminuer la fréquence des poussées de la maladie.
- Elle a souffert de plusieurs complications liées à la sclérose en plaques, ce qui a entraîné des traitements additionnels.
- Elle a également reçu un diagnostic de dépression.

UNE GESTION SERRÉE DES RÉGIMES CONTRIBUE À RÉDUIRE LES DÉPENSES ET À AMÉLIORER LES RÉSULTATS SUR LE PLAN DE LA SANTÉ DES PARTICIPANTS.

Le pronostic d'Hélène aurait été semblable à celui de nombreux Canadiens qui souffrent de plusieurs maladies complexes et chroniques si elle n'avait eu personne pour l'aider à coordonner l'ensemble des traitements prescrits par plusieurs professionnels ou pour lui expliquer les effets de tous les médicaments qu'elle prend. Elle ne tirerait pas le maximum de ces traitements coûteux et elle aurait de la difficulté à les observer tels qu'ils ont été prescrits. La non-observance pourrait ainsi nuire à sa santé en plus d'occasionner des dépenses supplémentaires inutiles pour elle-même et pour le régime. De plus, ces traitements coûteux deviendraient de plus en plus nécessaires au fur et à mesure que son incapacité physique augmenterait et que sa capacité à travailler diminuerait.

Étant donné qu'Hélène participe actuellement à un régime faisant l'objet d'une gestion serrée, il est fort probable que les résultats sur sa santé soient positifs.

La gestion des soins aux patients offerte par Express Scripts Canada comportait une évaluation clinique personnalisée par un pharmacien spécialiste du Centre de ressources thérapeutiques. Cette évaluation a permis d'optimiser les divers traitements d'Hélène et d'éviter un certain nombre d'interactions médicamenteuses potentielles qui auraient pu avoir des conséquences négatives sur sa santé. Le pharmacien l'a aidée dans ses démarches pour obtenir l'aide financière d'un programme financé par le fabricant de Gilenya^{MD}. De plus, il a communiqué régulièrement avec Hélène pour l'aider à gérer les effets secondaires en lui fournissant de précieux conseils sur ses problèmes courants au fur et à mesure qu'ils survenaient.

Par ailleurs, le régime d'Hélène comporte un outil de gestion du réseau de distribution qui lui a permis d'avoir accès à un réseau de fournisseurs privilégiés. Dans le cadre d'une entente conclue entre les fournisseurs et le promoteur de son régime, la majoration et les honoraires professionnels ont été réduits, ce qui s'est traduit par des économies de plus de 1 000 \$ pour le régime et de plus de 250 \$ par année pour Hélène. De plus, la pharmacie a livré ses médicaments à domicile avant qu'elle n'en ait plus, et s'est assurée qu'elle disposait de tous les médicaments dont elle avait besoin. Hélène reconnaît qu'il s'agit là d'un avantage indéniable, surtout depuis que sa mobilité est réduite par la sclérose en plaques.

OPTIMISATION DU SOUTIEN AUX PATIENTS GRÂCE À UNE GESTION SERRÉE DU RÉGIME



RÉSULTATS OPTIMAUX

- Gestion du réseau de distribution au moyen d'une pharmacie de spécialité qui a permis au régime de réaliser des économies annuelles de plus de 1 000 \$.
- Gestion des soins aux patients par l'entremise du Centre de ressources thérapeutiques.
 - Accompagner le patient dans la gestion des effets secondaires du médicament et l'aider à observer son traitement.
 - Aider le patient à coordonner les soins provenant de plusieurs fournisseurs.

HÉLÈNE A TIRÉ PARTI DE CE QUI SUIT :

- Le programme d'aide financière du fabricant qui l'a aidée à défrayer une partie des coûts. Elle a également profité d'une coordination des prestations avec le régime public.
- Des conseils lui permettant de mieux observer ses différents traitements et de gérer les effets secondaires.

RÉDUCTION DES DÉPENSES



MEILLEURS RÉSULTATS SUR LE PLAN DE LA SANTÉ



LA NON-OBSERVANCE PEUT ENTRAÎNER UNE DÉTÉRIORATION DE LA SANTÉ, DU GASPILLAGE ET DES COÛTS SUPPLÉMENTAIRES.





LES SERVICES STRATÉGIQUES, QUI S'APPUIENT SUR L'ANALYSE DES DONNÉES ET L'EXPERTISE CLINIQUE, PERMETTENT DE MIEUX CERNER LA PLEINE VALEUR DE L'ANALYSE CONTINUE DES MÉGADONNÉES.



RÉSUMÉ

LES RÉGIMES QUI FONT L'OBJET D'UNE GESTION SERRÉE CHANGENT L'AVENIR DES PARTICIPANTS ET DES PROMOTEURS DE RÉGIMES.

Comme l'ont démontré ces études de cas, les régimes faisant l'objet d'une gestion serrée sont synonymes de coûts plus faibles et de meilleurs soins.

Les services stratégiques, qui s'appuient sur l'analyse des données et l'expertise clinique, permettent de mieux cerner la pleine valeur de l'analyse continue des mégadonnées. Les conclusions qui en sont dégagées permettent ensuite d'élaborer des stratégies d'intervention fondées sur le comportement des patients et la science de l'étude du comportement. Lorsqu'on prend en compte toutes ces connaissances dans leur ensemble, il est possible d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé, notamment pour le patient, comme le démontrent les exemples suivants.

- Une personne atteinte d'hépatite C a reçu une ordonnance d'Epclusa^{MD}, mais ne dispose pas des moyens financiers pour payer la quote-part de 20 %. Un pharmacien du Centre de ressources thérapeutiques l'informe du programme de soutien financier *Gilead's Momentum* et appelle en son nom pour l'inscrire et vérifier la couverture du médicament. Ainsi, le patient n'a rien à déboursier pour Epclusa^{MD}. Par ailleurs, le prix de ce médicament dans une pharmacie de détail est de 6 172 \$ de plus pour un traitement de 12 semaines que dans une pharmacie d'Express Scripts Canada. Cela se traduit par des économies substantielles pour le régime du patient.
- Une personne souffrant d'arthrite éprouve soudainement des problèmes de vision et de douleurs musculaires et le mentionne au spécialiste qui l'appelle pour effectuer le suivi de son traitement. Le spécialiste détermine qu'il s'agit d'effets secondaires connus, mais rares du médicament. Il télécopie donc un rapport au médecin, et ce dernier change l'ordonnance du patient.

De nos jours, ces patients et bon nombre de participants à des régimes faisant l'objet d'une gestion serrée bénéficient des avantages financiers et en matière de santé que procurent les traitements optimisés.

GESTION PROACTIVE ET NON RÉACTIVE

Il faut agir de façon urgente.

Les recherches effectuées sont concluantes. En adoptant une gestion serrée des régimes, les promoteurs peuvent contrôler les coûts et améliorer les résultats sur le plan de la santé de leurs employés.





Andrew W
Pravacid
Tablet 1 Tablet

EXPRESS SCRIPT
Filled By: Express Script
4600 N. Hanley Road
St. Louis, MO 63114
DEA #E68243
Presc:Pravacid 150mg
Mfg: Teva
Prescriber: Brad
Filled: 11/28/10
Rx Written: 05/12/10
Do Not Use After: 11/28/10
Markings: 93 7350
Pink/Blue Capsule

Pravacid
Tablet 1 Tablet

Call: 1.800.887.1044
Walter Alter (01/23/2011)

SECTION II.

APERÇU DE LA TENDANCE GLOBALE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS EN 2017



SECTION II.

APERÇU DE LA TENDANCE GLOBALE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS EN 2017

TENDANCES GLOBALES EN 2017

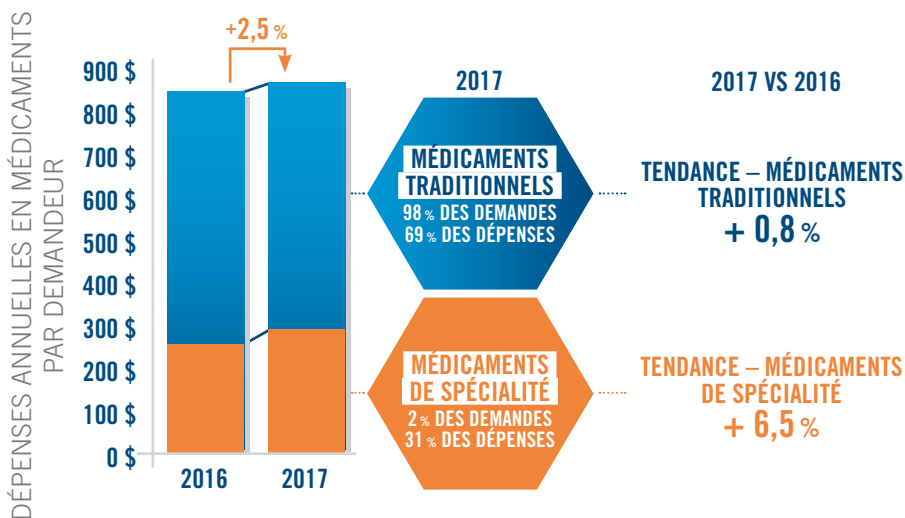
Chaque année, Express Scripts Canada effectue l'analyse des tendances en matière de médicaments traditionnels et de médicaments de spécialité afin de fournir aux promoteurs de régimes les renseignements dont ils ont besoin pour protéger l'accès aux traitements et contrôler les coûts.

La tendance globale en matière de médicaments montre deux facteurs : l'utilisation (nombre d'ordonnances par demandeur) et le coût par ordonnance (coût total admissible par demande de règlement).

Les dépenses des régimes privés ont continué d'augmenter lentement, mais sûrement, en 2017. Les dépenses annuelles moyennes en médicaments au pays atteignent 861,50 \$ par demandeur, une augmentation de 2,5 % en 2017, ce qui est légèrement inférieur à l'augmentation de 2,9 % en 2016. En 2017, la tendance s'élève à 0,8 % pour les médicaments traditionnels et à 6,5 % pour les médicaments de spécialité.

L'AUGMENTATION DES DÉPENSES EST ATTRIBUABLE AUX MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ

Stabilité de la tendance en matière de médicaments traditionnels en 2017



SURVOL DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS TRADITIONNELS

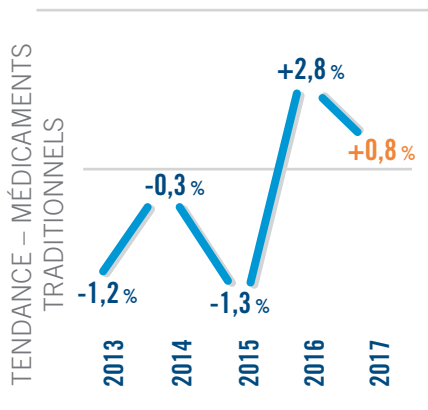
Les médicaments traditionnels, c'est-à-dire ceux qui sont indiqués pour traiter les maladies communes, ont représenté 98 % de l'ensemble des demandes de règlement en 2017 et ils ont constitué 69 % des dépenses totales en 2017, une légère diminution par rapport aux 69,9 % observés en 2016.

La tendance en matière de médicaments traditionnels est demeurée presque stable, s'établissant à 0,8 %, ce qui diffère de la tendance de 2,8 % constatée en 2016. L'utilisation des médicaments traditionnels n'a augmenté que de 0,2 % en 2017, et le coût par ordonnance a augmenté légèrement de 0,6 %.

L'utilisation de nouveaux médicaments très coûteux a été le facteur principal qui a exercé une pression à la hausse dans cette catégorie. Cette tendance a toutefois été atténuée par plusieurs composantes, dont la baisse du coût par ordonnance, l'expiration des brevets et l'utilisation accrue de mesures de contrôle associées à la substitution générique, notamment l'utilisation de génériques, lesquels ont représenté 63,1 % des demandes de règlement en 2017, ce qui est supérieur aux 62,3 % observés en 2016. De plus, les réductions consenties sur le prix de molécules génériques en 2017 pour des molécules très utilisées comme Crestor® (rosuvastatine) et la metformine, dans le cadre des réformes et des négociations (en cours) de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, ont également exercé une pression à la baisse sur le coût par ordonnance.

STABILITÉ DE LA TENDANCE – MÉDICAMENTS TRADITIONNELS EN 2017

La pression à la baisse sur les coûts a contribué à limiter l'augmentation du coût par ordonnance des médicaments traditionnels



FACTEURS DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS TRADITIONNELS EN 2017

- + Mise en marché de nouveaux médicaments de marque très coûteux
- + Utilisation accrue de médicaments plus coûteux
- Incidence de l'expiration de brevets
- Négociations de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique
- Utilisation accrue de mesures de contrôle dans les régimes

SURVOL DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ

Les dépenses en médicaments de spécialité sont passées de 15 % des dépenses totales en médicaments en 2008 à 31 % de celles-ci en 2017. Même si seulement 2 % des demandes de règlement totales portaient sur les médicaments de spécialité, ces derniers ont représenté presque le tiers des dépenses totales en médicaments.

En 2017, la tendance en matière de médicaments de spécialité s'est établie à 6,5 % en raison de hausses de 5 % de l'utilisation et de 1,5 % du coût par ordonnance, respectivement. Il s'agit là d'une augmentation plus importante que celle de 2016, lorsque la bulle liée à l'hépatite C avait provoqué une augmentation notable de la tendance en matière de médicaments de spécialité en 2015, suivie, en 2016, d'une tendance plus stable en raison du grand nombre de patients ayant terminé leur traitement curatif.

L'augmentation de l'utilisation des médicaments de spécialité indiqués pour traiter des maladies communes comme l'asthme et l'hypercholestérolémie sont des facteurs, en 2017, qui ont propulsé les dépenses à la hausse dans cette catégorie. À cela s'ajoutent l'arrivée de nouveaux médicaments de spécialité très coûteux et l'élargissement des indications de médicaments existants.

Toutefois, l'adoption plus fréquente de mesures de contrôle pour optimiser la gestion des dépenses a contribué à limiter l'augmentation des coûts, notamment au moyen de ce qui suit :

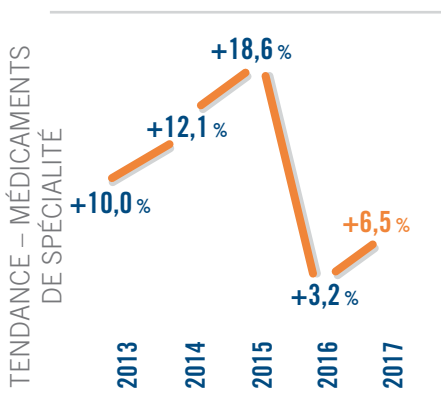
- Ententes sur les listes de produits;
- Critères d'autorisation préalable rigoureux;
- Réseaux de fournisseurs privilégiés en médicaments de spécialité;
- Coordination des prestations avec les régimes provinciaux.

En outre, l'expiration des brevets et l'augmentation de l'utilisation de génériques comme médicaments autres que les biologiques ont contribué à atténuer l'augmentation du coût par ordonnance. Somme toute, le taux d'exécution des génériques pour les médicaments de spécialité a augmenté, s'élevant à 22,5 % en 2017 par rapport à 22 % en 2016.

La disponibilité croissante des médicaments biosimilaires a entraîné une plus grande concurrence et a contribué à ralentir la tendance en matière de médicaments de spécialité. Plusieurs médicaments biosimilaires sont actuellement offerts au Canada, y compris des médicaments pouvant remplacer des médicaments de spécialité coûteux comme Remicade® et Enbrel^{MD} qui sont indiqués pour traiter des maladies inflammatoires. De même, grâce à l'arrivée, en 2017, d'un deuxième médicament biosimilaire correspondant à chacun des médicaments mentionnés ci-dessus, le coût par ordonnance a aussi diminué.

HAUSSE DE LA TENDANCE – MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ EN 2017

Le pourcentage d'augmentation du coût par ordonnance est stable depuis l'éclatement de la « bulle » liée à l'hépatite C



FACTEURS DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ EN 2017

- + Prévalence accrue
- + Nouveaux médicaments de spécialité très coûteux
- + Approbation de nouvelles indications
- Utilisation accrue des mesures de contrôle, y compris des réseaux fournisseurs privilégiés en médicaments de spécialité
- Expiration des brevets :
 - Utilisation accrue de génériques parmi les médicaments de spécialité non biologiques
 - Disponibilité accrue de biosimilaires parmi les médicaments de spécialité biologiques

LES 10 PRINCIPALES CLASSES THÉRAPEUTIQUES

Les 10 principales classes thérapeutiques sont à l'origine de 58,6 % des dépenses totales.

Dans le rapport de cette année, les données d'analyse sur le diabète et les maladies inflammatoires ont été compilées de manière à prendre en compte tous les médicaments pertinents. Ainsi, les données sur le diabète comprennent les fournitures comme les bandelettes de glycémie en plus des médicaments pour traiter cette maladie. Les données sur les maladies inflammatoires prennent en compte les médicaments utilisés pour traiter les maladies inflammatoires (p. ex. Remicade® et Humira®) et l'arthrite rhumatoïde (p. ex. méthotrexate et Arava®) ainsi que ceux servant à traiter les maladies intestinales inflammatoires (p. ex. Mezavant®). Avec l'ajout de ces nouvelles données, les classes thérapeutiques des maladies inflammatoires et du diabète composent une plus importante partie des dépenses.

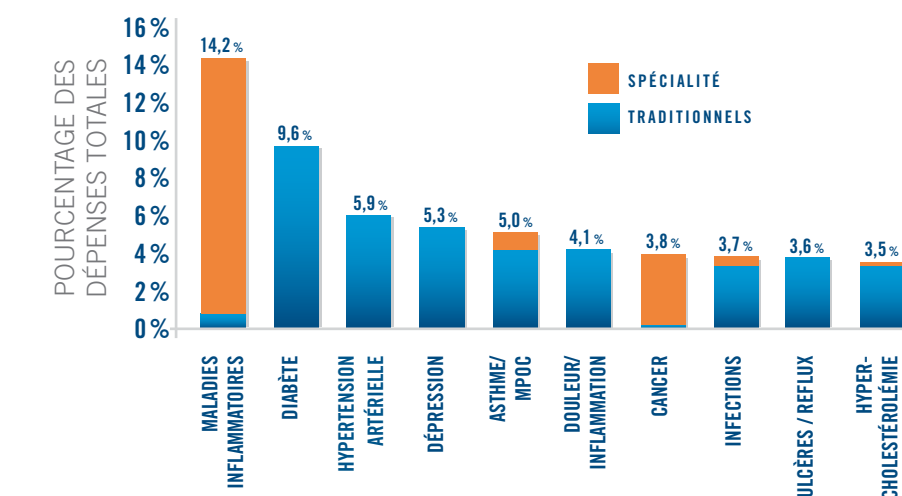
Aussi, le rapport sur les tendances en matière de médicaments pour l'année 2017 tient compte de nouveaux éléments : l'examen de la prévalence (pourcentage de demandeurs) et le coût par demandeur dans la classe thérapeutique, ainsi que la comparaison entre les médicaments traditionnels et les médicaments de spécialité.

Les médicaments pour traiter les maladies inflammatoires et le diabète ont constitué 24 % des dépenses totales en médicaments en 2017. Les dépenses associées à ces maladies ont augmenté de 8,5 % et de 4,8 % respectivement. Les dépenses en médicaments liés au cancer et au trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ont été supérieures à 10 % en 2017.

Par ailleurs, les classes de médicaments traditionnels ainsi que les médicaments de spécialité continueront d'exercer une pression à la hausse sur les dépenses totales.

LES 10 PRINCIPALES CLASSES THÉRAPEUTIQUES – LES MÉDICAMENTS TRADITIONNELS DOMINENT SUR LE PLAN DES DÉPENSES

Des médicaments de spécialité font leur apparition dans des classes autrefois composées uniquement de médicaments traditionnels



PRÉVALENCE (% DE DEMANDEURS)	1,2%	7,5%	17,7%	14,0%	14,7%	28,2%	1,4%	44,6%	14,9%	12,1%
COÛT PAR DEMANDEUR	10 041 \$	1 058 \$	279 \$	313 \$	286 \$	120 \$	2 174 \$	69 \$	204 \$	238 \$

LES 10 PRINCIPAUX MÉDICAMENTS SELON LES DÉPENSES

La majeure partie des dépenses totales en 2017 demeure associée aux médicaments de spécialité indiqués pour traiter les maladies inflammatoires, notamment l'infliximab (Remicade® et Inflectra^{MD}) et l'adalimumab (Humira®).

Les médicaments traditionnels indiqués pour traiter l'hypercholestérolémie, les ulcères/reflux, la dépression et le diabète ont représenté encore une fois une bonne partie des dépenses globales.

NOM DE MARQUE	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE	CATÉGORIE*	POURCENTAGE DES DÉPENSES TOTALES	RANG SELON LES DÉPENSES
Remicade® et Inflectra ^{MD}	Infliximab	Maladies inflammatoires	S	4,76 %	1
Humira®	Adalimumab	Maladies inflammatoires	S	3,73 %	2
Contour® Next / One Touch Verio®/ autres	Bandelettes de glycémie	Diabète	T	1,59 %	3
Ritalin ^{MD}	Chlorhydrate de méthylphénidate	Trouble déficitaire de l'attention	T	1,55 %	4
Enbrel ^{MD}	Étanercept	Maladies inflammatoires	S	1,26 %	5
Crestor®	Rosuvastatine	Hypercholestérolémie	T	1,36 %	6
Stelara®	Ustékinumab	Maladies inflammatoires	S	1,29 %	7
Vyvanse®	Lisdexamfétamine	Ulcères/reflux	T	1,26 %	8
Nexium®	Ésoméprazole	Ulcères/reflux	T	1,01 %	9
Cipralax®	Escitalopram oxalate	Dépression	T	0,99 %	10

* S = Médicament de spécialité; T = Médicament traditionnel

La section sur les classes thérapeutiques présente davantage de renseignements.



LES DÉPENSES ANNUELLES MOYENNES EN MÉDICAMENTS AU PAYS ATTEIGNENT 861,50 \$ PAR DEMANDEUR, UNE AUGMENTATION DE 2,5 % EN 2017, CE QUI EST LÉGÈREMENT INFÉRIEUR À L'AUGMENTATION DE 2,9 % EN 2016.



LES 10 PRINCIPALES CLASSES THÉRAPEUTIQUES

1^{er} RANG SELON LES DÉPENSES

MALADIES INFLAMMATOIRES

Les médicaments indiqués pour traiter les maladies inflammatoires constituent encore la plus grande partie des dépenses des régimes privés.

Cette classe thérapeutique touchait à peine 1,2 % des demandeurs, mais représentait 14,2 % des dépenses globales en raison du coût annuel élevé des traitements.

Les médicaments de cette classe thérapeutique permettent de traiter une grande variété de maladies dont la polyarthrite rhumatoïde, le rhumatisme psoriasique, la spondylarthrite ankylosante, le psoriasis et la maladie de Crohn. Les médicaments de spécialité représentent 95 % des dépenses. D'ailleurs, le coût moyen par ordonnance de ce type de médicaments est 15 fois supérieur à celui des ordonnances de médicaments traditionnels.

Depuis les cinq dernières années, la classe thérapeutique des maladies inflammatoires a occupé le premier rang sur le plan des dépenses en médicaments.

Les trois molécules chimiques suivantes occupent le même rang en 2017 en comparaison avec 2016 :

1. Remicade® et Inflectra^{MD} (infliximab);
2. Humira® (adalimumab);
3. Enbrel^{MD} et Brenzys® (étanercept).

On a observé une hausse globale de l'utilisation de l'infliximab dans cette classe, et cet agent a représenté 33 % des dépenses, comparativement à 36 % en 2016. De plus, le coût moyen par ordonnance d'infliximab a diminué en 2017. En effet, l'offre grandissante de médicaments biosimilaires a entraîné une concurrence quant au prix, ce qui a amené une diminution des coûts nets.

Certains médicaments traditionnels sont indiqués dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde, comme le méthotrexate et Arava® (léflunomide), de même que dans le traitement des maladies inflammatoires de l'intestin comme Mezavant® (mésalamine). Ces médicaments traditionnels constituent près de la moitié des demandes de règlement totales (45 %) dans cette classe, mais ne représentent que 5 % des dépenses.

De nombreux médicaments de spécialité sont approuvés pour le traitement de plusieurs maladies inflammatoires. En 2017, de nouvelles indications ont été approuvées pour plusieurs médicaments existants, ce qui a contribué à une augmentation de l'utilisation globale. Les médicaments en question comprennent notamment :

1. Stelara® (ustékinumab), indiqué antérieurement pour le traitement du psoriasis en plaques de sévérité modérée à élevée et du rhumatisme psoriasique, a aussi été approuvé pour le traitement de la maladie de Crohn modérément à sévèrement active chez les patients adultes.
2. Enbrel^{MD}, indiqué antérieurement dans le traitement des adultes atteints d'une forme chronique grave de psoriasis en plaques, a vu ses indications élargies pour le traitement de patients âgés de 4 à 17 ans. Enbrel^{MD} est aussi approuvé pour le traitement des poussées évolutives des formes modérées ou graves de la polyarthrite rhumatoïde, des poussées évolutives des formes modérées ou graves d'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, du rhumatisme psoriasique et de la spondylarthrite ankylosante.
3. Kineret^{MD} (anakinra), déjà indiqué dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde, a aussi été approuvé pour le traitement de syndromes périodiques associés à la cryopyrine.
4. Actemra® (tocilizumab) a été approuvé dans le traitement de l'artérite à cellules géantes chez les adultes. Actemra® était déjà approuvé dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde, de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire et de l'arthrite juvénile idiopathique systémique.

SECTION II. APERÇU DE LA TENDANCE GLOBALE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS EN 2017

Les médicaments biosimilaires de cette classe représentent des options moins coûteuses que les médicaments biologiques de référence. Par exemple, Brenzys[®], un médicament biosimilaire d'Enbrel^{MD}, a été approuvé en 2016. Le prix de ce médicament biosimilaire a été réduit en 2017. Il est actuellement offert à un coût de 37 % inférieur à celui d'Enbrel^{MD}. En outre, en 2017, deux nouveaux médicaments biosimilaires ont été approuvés dans cette classe : Erelzi^{MC} (un médicament biosimilaire d'Enbrel^{MD}) et Renflexis^{MC} (un médicament biosimilaire de Remicade[®]). Bien que l'on observe une faible adoption des médicaments biosimilaires, leur présence amène une concurrence qui se traduit par une réduction des coûts.

On observe un développement accru de médicaments inflammatoires. Un nouveau produit biologique, TremfyaTM (guselkumab), a été approuvé en 2017 pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave. Son mode d'action pharmacologique est le même que celui de Stelara[®] (ustekinumab), mais son coût est inférieur à celui de Stelara[®] et on s'attend à ce que TremfyaTM joue le même rôle dans le traitement. Un autre nouveau produit biologique, Kevzara[®] (sarilumab), a été approuvé en 2017 pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde. Bien que le mode d'action de Kevzara[®] soit similaire à celui d'Actemra[®] (tocilizumab), on peut davantage prédire la posologie et, par conséquent, le coût de Kevzara[®].

L'approbation possible d'un médicament biosimilaire d'Humira[®] durant ou après 2019 augmentera la concurrence et favorisera une réduction des coûts.

On s'attend à une augmentation des dépenses pour cette classe thérapeutique en raison de l'augmentation de l'utilisation et de l'élargissement des indications.

RANG EN 2017	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	POURCENTAGE DES DÉPENSES GLOBALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
1	Maladies inflammatoires	14,2 %	1,7 %	6,8 %	8,5 %

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DES DEMANDEURS) :	1,2 %
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR :	10 041 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES :	45 % traditionnel / 55 % spécialité
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES :	95 % traditionnel / 5 % spécialité
RANG EN 2016 :	1

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	POURCENTAGE DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	infliximab	Remicade [®] /Inflixtra ^{MD}	spécialité	33,2 %
2	adalimumab	Humira [®]	spécialité	26,0 %
3	étanercept	Enbrel ^{MD} /Brenzys [®]	spécialité	8,8 %
4	ustekinumab	Stelara [®]	spécialité	8,8 %
5	golimumab	Simponi [®]	spécialité	4,2 %
	autres			19,1 %



DEPUIS LES CINQ DERNIÈRES ANNÉES, LA CLASSE THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES INFLAMMATOIRES A OCCUPÉ LE PREMIER RANG SUR LE PLAN DES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS.



2^e RANG SELON LES DÉPENSES

DIABÈTE

La classe thérapeutique du diabète représente la classe thérapeutique la plus coûteuse en comparaison aux autres médicaments traditionnels. Entre 2016 et 2017, on a observé une augmentation des dépenses globales (9,6 %) et du pourcentage de demandeurs (7,5 %).

Le diabète est une maladie chronique qui peut engendrer des complications graves si elle n'est pas bien prise en charge. Près de 5 à 10 % des personnes atteintes de diabète présentent un diabète de type 1, une affection qui se caractérise par l'absence de production d'insuline par le pancréas. Quant au diabète de type 2, une affection au cours de laquelle l'organisme n'est pas en mesure d'utiliser adéquatement l'insuline libérée ou se révèle incapable de produire suffisamment d'insuline, il touche les 90 % des autres personnes atteintes de diabète. L'hyperglycémie, ou un taux élevé de glucose dans le sang, est un effet courant d'un diabète non contrôlé et peut provoquer, au fil du temps, des dommages à de nombreux systèmes et appareils de l'organisme, y compris le cœur, les yeux, les reins et les nerfs. Au cours des 35 dernières années, le nombre de personnes atteintes de diabète à l'échelle internationale a presque quadruplé, et cette tendance continuera à s'accroître avec le vieillissement de la population mondiale.

La classe thérapeutique du diabète comprend les médicaments, l'insuline et les fournitures pour diabétiques comme les bandelettes de test glycémique, les lancettes et les seringues. La ventilation des dépenses pour cette classe thérapeutique va comme suit : médicaments (54,3 %), insuline (22,5 %) et fournitures (23,2 %).

La tendance globale de 4,8 % s'explique principalement par une augmentation du coût par ordonnance (4,4 %). L'utilisation est demeurée relativement faible à 0,4 %.

Il existe plusieurs classes de médicaments qui ciblent différentes anomalies physiopathologiques associées au diabète de type 2 pour abaisser la glycémie. On a généralement recours à la metformine comme traitement de première intention chez les personnes atteintes de diabète de type 2 en raison de son efficacité, de son innocuité et de son faible coût. Si la metformine et les changements au mode de vie se révèlent insuffisants pour contrôler la glycémie, on peut utiliser d'autres médicaments en association.

Les médicaments hypoglycémisants de deuxième intention comprennent, entre autres, les inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase-4 (inhibiteurs de la DPP-4), les agonistes du récepteur du GLP-1 (*glucagon-like peptide-1*), les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (inhibiteurs du SGLT2), les sécrétagogues de l'insuline, les thiazolidinédiones et l'insuline.

- Les **inhibiteurs de la DPP-4** abaissent la glycémie en augmentant le taux d'insuline postprandial (après les repas) et en réduisant le taux de glucagon (une hormone qui accroît la glycémie). Ces médicaments n'entraînent pas de gain de poids et sont associés à un faible risque d'hypoglycémie (taux de glucose dans le sang dangereusement faible). Les médicaments inhibiteurs de la DPP-4 comprennent : Trajenta® (linagliptine), Onglyza® (saxagliptine) et Januvia® (sitagliptine).
- Les **agonistes du récepteur du GLP-1** sont des médicaments injectables qui agissent sur l'augmentation de la glycémie postprandiale. Ils accroissent le taux d'insuline, ce qui contribue à abaisser la glycémie et le taux de glucagon. Ils entraînent également un ralentissement de la digestion et une diminution de l'appétit. De plus, ils sont associés à une perte de poids et à un faible risque d'hypoglycémie. Les médicaments agonistes du récepteur du GLP-1 comprennent : Victoza® (liraglutide), Byetta® et Bydureon® (exénatide), et Trulicity® (dulaglutide).
- Les **inhibiteurs du SGLT2** favorisent l'élimination du glucose dans les urines. De plus, ils sont associés à une perte de poids et à un faible risque d'hypoglycémie. Les médicaments inhibiteurs du SGLT2 comprennent : Invokana® (canagliflozine), Forxiga® (dapagliflozine) et Jardiance^{MC} (empagliflozine).
- Les **sécrétagogues de l'insuline** amènent le pancréas à libérer une quantité accrue d'insuline. Les sécrétagogues de l'insuline comprennent : Diamicon® (gliclazide) et GlucoNorm® (repaglinide).
- Les **thiazolidinédiones** augmentent la sensibilité des tissus à l'insuline. Ces agents entraînent les effets secondaires suivants : gain de poids et augmentation du risque d'insuffisance cardiaque et de fractures. Les thiazolidinédiones comprennent : Actos® (pioglitazone) et Avandia^{MD} (rosiglitazone).
- Certaines personnes atteintes de diabète de type 2 devront également recevoir une **insulinothérapie**. En effet, différents types d'insuline pourraient devoir être administrés pour le jour et la nuit. Souvent, les personnes atteintes de diabète de type 2 commencent par l'administration d'une injection d'insuline à action prolongée le soir.

Parmi les cinq principaux médicaments de la classe thérapeutique du diabète, deux médicaments de marque, Janumet®/Janumet® XR (au deuxième rang) et Victoza® (au quatrième rang), ont représenté 19,7 % des dépenses. Janumet® est un traitement d'association de Januvia® et de metformine. À elle seule, la metformine comptait le nombre le plus élevé de demandes de règlement dans cette classe, mais occupait le cinquième rang sur le plan des dépenses en raison de son faible coût. En comparaison, le coût par ordonnance de Victoza® est plus de 13 fois supérieur à celui de la metformine.

SECTION II. APERÇU DE LA TENDANCE GLOBALE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS EN 2017

Comme il est indiqué ci-dessus, l'insuline a représenté 22,5 % des dépenses dans la classe thérapeutique du diabète. Faits à noter :

- Basaglar^{MC} (insuline glargine), commercialisé depuis décembre 2015, a permis de réduire les dépenses liées à l'insuline. Il s'agit de la première insuline biosimilaire de Lantus[®]. En matière de dépenses, Lantus[®], qui occupait le deuxième rang en 2016, est descendu au troisième rang en 2017. De plus, le coût de Basaglar^{MC} était de 25 % inférieur à celui de Lantus[®].
- Les dépenses liées à Toujeo^{MD} ont augmenté, passant de 15 % en 2016 à 22 % en 2017. Toujeo^{MD} est une préparation concentrée de Lantus[®] et de Basaglar^{MC}.
- Tresiba[®] (insuline dégludec), une nouvelle insuline à action prolongée, a été approuvé en 2017 et fera concurrence à l'insuline glargine et à l'insuline détémir (Levemir[®]).
- Un autre médicament biosimilaire, Admelog^{MC} (insuline lispro), a été approuvé dans la présente classe en décembre 2017, mais il n'a pas encore été mis sur le marché. Admelog^{MC} est une insuline à action rapide qui est très similaire à Humalog[®], le médicament de référence. En effet, Admelog^{MC} présente une qualité, une innocuité et une efficacité comparables à celles d'Humalog[®].

Le traitement du diabète demeure un domaine dans lequel on observe un développement assez constant de médicaments. En juin 2017, Adlyxine^{MC} (lixisénatide) est devenu le cinquième agoniste du GLP 1 à être approuvé au Canada. Adlyxine^{MC} est le deuxième agoniste du GLP-1, après Victoza[®], avec une administration unique quotidienne. En février 2018, on a approuvé un sixième agoniste du GLP-1, Ozempic[®] (sémaglutide). Le rôle d'Ozempic[®] dans le traitement du diabète sera défini à mesure que l'on obtiendra des renseignements sur la réduction du risque cardiovasculaire.

En décembre 2017, Victoza[®] (liraglutide) est devenu le deuxième médicament, après Jardiance^{MC} (empagliflozine), à être approuvé dans la réduction de la mortalité cardiovasculaire chez les patients atteints de diabète de type 2 et présentant une maladie cardiovasculaire établie. On a procédé à l'élargissement de l'indication en raison des résultats obtenus durant une étude évaluant les effets de la liraglutide sur les résultats cardiovasculaires et publiée en juin 2016, l'étude LEADER (Liraglutide Effect and Action in Diabetes: Evaluation of Cardiovascular Outcome Results).

Au cours des prochaines années, on s'attend à observer une tendance à la hausse dans cette classe thérapeutique en raison d'une utilisation accrue de Victoza[®] et d'autres traitements très coûteux qui entraînent des effets cardiovasculaires positifs. Par conséquent, on remarquera la même tendance dans les classes thérapeutiques de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie, car ces médicaments sont prescrits à titre de protection vasculaire aux patients atteints de diabète qui n'ont pas reçu de diagnostic d'hypertension ou d'hypercholestérolémie.

RANG EN 2017	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	POURCENTAGE DES DÉPENSES GLOBALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
2	Diabète	9,6 %	0,4 %	4,4 %	4,8 %

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DES DEMANDEURS) :	7,5 %
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR :	1 058 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES :	100 % traditionnel
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES :	100 % traditionnel
RANG EN 2016 :	2

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	POURCENTAGE DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	bandelettes de test glycémique	Contour [®] Next / OneTouch Verio [®] / autres	traditionnel	18,1 %
2	sitagliptine-metformine	Janumet [®] /Janumet [®] XR	traditionnel	11,0 %
3	insuline glargine	Lantus [®] /Basaglar ^{MC} /Toujeo ^{MD}	traditionnel	10,3 %
4	liraglutide	Victoza [®]	traditionnel	8,7 %
5	metformine	Glucophage [®]	traditionnel	7,0 %
	autres			44,9 %

3^e RANG SELON LES DÉPENSES

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

L'hypertension artérielle touche près du quart des adultes canadiens et constitue un facteur de risque majeur de maladie cardiaque et d'accident vasculaire cérébral (AVC). Les médicaments traditionnels utilisés dans le traitement de cette affection occupaient le premier rang selon le nombre de demandes de règlement et le troisième rang en ce qui a trait aux dépenses. En outre, cette classe occupait le premier rang sur le plan du pourcentage de demandeurs souffrant de maladies chroniques (17,7 %).

On a observé une tendance globale négative (- 2,1 %), principalement en raison d'une diminution du coût par ordonnance. On a aussi constaté une légère diminution du coût moyen par demandeur, qui est passé de 284 \$ à 279 \$ en 2017.

Le lancement du premier générique d'Olmotec[®] (olmésartan) et d'Olmotec Plus[®] (olmésartan—hydrochlorothiazide) a eu lieu en mai 2017. En raison de l'offre accrue de médicaments génériques à moindre coût, les dépenses liées à l'olmésartan et à l'association olmésartan—hydrochlorothiazide ont diminué de 0,9 % en 2017. En ce qui concerne l'olmésartan seul, le coût par ordonnance a chuté de 25,4 %. Quant au premier générique d'Inspra^{MD} (éplérénone), approuvé en 2017, ses répercussions seront minimales, car les dépenses liées à Inspra^{MD} sont faibles (0,3 %).

On s'attend à ce que la tendance continue de diminuer dans cette classe thérapeutique en raison de l'arrivée des génériques de Coversyl[®] (périndopril erbumine) et de Coversyl[®] Plus (périndopril erbumine—indapamide) approuvés en mars 2018. Au sein de cette classe, Coversyl[®] et Coversyl[®] Plus ont représenté 23,6 % des dépenses en 2017 et sont arrivés respectivement au 1^{er} et au 3^e rang.

RANG EN 2017	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	POURCENTAGE DES DÉPENSES GLOBALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
3	Hypertension artérielle	5,9 %	- 0,9 %	- 1,2 %	- 2,1 %

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DES DEMANDEURS) :	17,7 %
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR :	279 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES :	100 % traditionnel
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES :	100 % traditionnel
RANG EN 2016 :	3

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	POURCENTAGE DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	périndopril	Coversyl [®]	traditionnel	16,1 %
2	amlodipine	Norvasc ^{MD}	traditionnel	10,7 %
3	périndopril—indapamide	Coversyl [®] Plus	traditionnel	7,5 %
4	ramipril	Altace [®]	traditionnel	5,3 %
5	nifédipine	Adalat [®]	traditionnel	4,7 %
	autres			55,7 %

4^e RANG SELON LES DÉPENSES

DÉPRESSION

La dépression, un trouble de l'humeur complexe associé à des pertes importantes de productivité (comme l'absentéisme et l'invalidité), figure au troisième rang selon le nombre de demandes de règlement et au quatrième rang selon les dépenses. On a observé une tendance globale négative (- 1,9 %), principalement en raison d'une diminution du coût par ordonnance.

Les cinq principaux médicaments en fonction de la part de marché, tous des génériques, représentaient 60,8 % des dépenses. Il est important de souligner que le lancement du premier générique de Pristiq^{MD} (desvenlafaxine) a eu lieu en novembre 2017 seulement. On peut donc s'attendre à ce que le passage du produit de marque au générique se fasse principalement sentir en 2018. Cymbalta[®] (duloxétine), qui occupait auparavant le premier rang sur le plan des dépenses, est passé au quatrième rang en 2017 après que des génériques aient fait leur entrée sur le marché en 2016. Cet afflux de génériques a entraîné une diminution de 43 % du coût par ordonnance.

Par ailleurs, en janvier 2018, on a procédé au lancement de Viibryd^{MC} (chlorhydrate de vilazodone), premier médicament d'une nouvelle classe d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine. Grâce à son mode d'action unique, Viibryd^{MC} pourrait se révéler utile dans le traitement de la dépression chez les patients qui n'ont pas répondu aux autres antidépresseurs antérieurs.

Aucun nouveau médicament destiné au traitement de la dépression majeure n'est en voie de développement. L'accent est plutôt mis sur le développement de médicaments indiqués pour traiter de petites populations atteintes d'une dépression grave résistante au traitement. Étant donné qu'aucun médicament important n'est en voie de développement et que le coût par ordonnance ne diminuera pas, on prévoit que la tendance en matière de dépenses pour cette catégorie demeure relativement faible.

RANG EN 2017	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	POURCENTAGE DES DÉPENSES GLOBALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
4	Dépression	5,3 %	4,1 %	- 6,0 %	- 1,9 %

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DES DEMANDEURS) :	14,0 %
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR :	313 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES :	100 % traditionnel
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES :	100 % traditionnel
RANG EN 2016 :	4

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	POURCENTAGE DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	escitalopram	Cipralax [®]	traditionnel	19,0 %
2	venlafaxine	Effexor ^{MD}	traditionnel	12,4 %
3	desvenlafaxine	Pristiq ^{MD}	traditionnel	11,4 %
4	duloxétine	Cymbalta [®]	traditionnel	10,6 %
5	sertraline	Zoloft ^{MD}	traditionnel	7,4 %
	autres	Autres		39,2 %

5^e RANG SELON LES DÉPENSES

ASTHME ET MPOC

La classe thérapeutique de l'asthme et de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) occupe le cinquième rang selon les dépenses et touche un pourcentage élevé de demandeurs (14,7 %). Ces affections sont principalement traitées par des médicaments traditionnels, mais on assiste à une augmentation du nombre de demandes de règlement associées à des médicaments de spécialité. En effet, les dépenses liées aux médicaments de spécialité sont passées de 14 % en 2016 à 17 % de l'ensemble des demandes de cette classe en 2017, ce qui a contribué à l'augmentation globale du coût par ordonnance. D'ailleurs, le coût moyen par ordonnance des médicaments de spécialité est 23 fois supérieur à celui des médicaments traditionnels.

Bien que l'on considère la MPOC et l'asthme comme étant des maladies respiratoires distinctes, ces affections comportent des symptômes communs qui sont traités par les mêmes médicaments. Par exemple, dans cette catégorie, le médicament qui occupait le premier rang sur le plan des dépenses en 2016 et en 2017 était Symbicort® (budésonide—formotérol), un traitement d'association comportant un corticostéroïde en inhalation et un bronchodilatateur bêta-agoniste à action prolongée indiqué dans le traitement de l'asthme et de la MPOC.

Le médicament qui occupait le deuxième rang selon les dépenses était Xolair^{MD} (omalizumab), un médicament de spécialité indiqué dans le traitement de l'asthme allergique grave non maîtrisé par les autres traitements. En 2017, on a assisté à un élargissement de cette indication aux enfants âgés de 6 à 12 ans, ce qui contribuera à une augmentation de l'utilisation.

Dans cette classe, un nouveau médicament de spécialité, Fasentra® (benralizumab), a été approuvé au début de 2018. On utilisera Fasentra® comme traitement d'entretien d'appoint chez les patients adultes atteints d'asthme éosinophilique sévère. Comparativement à Nucala^{MD} (mépilizumab) et à Cinqair^{MC} (reslizumab), les médicaments actuellement utilisés chez ces patients, l'administration sous-cutanée de Fasentra®, en plus de son schéma posologique à administration toutes les huit semaines, pourrait s'avérer pratique. Cependant, on a observé une faible utilisation de Nucala^{MD} et de Cinqair^{MC}; ces deux médicaments regroupés ont représenté 11 % des dépenses liées aux médicaments de spécialité dans cette classe.

On s'attend à ce que les dépenses liées aux médicaments traditionnels diminuent en raison de l'approbation possible de génériques de Flovent® (fluticasone) et d'Advair^{MD} (fluticasone—salmétérol) au cours des prochaines années. L'offre de génériques dans cette classe connaît un retard étant donné la complexité des processus de fabrication des dispositifs d'administration par voie respiratoire. La majorité des médicaments sont administrés par inhalation pour minimiser les effets indésirables et offrir une efficacité ciblée. En outre, la plupart des médicaments de cette classe sont des médicaments de marque administrés en inhalation et dont les coûts sont similaires. Par conséquent, on ne s'attend qu'à des réductions minimales des coûts. Étant donné le large éventail de dispositifs d'administration offerts, l'appariement dispositif-patient et la formation sur l'utilisation du dispositif sont essentiels pour s'assurer d'un usage approprié des médicaments. De nouveaux médicaments pourraient accroître la concurrence au sein de cette classe thérapeutique à l'avenir, ce qui entraînerait une réduction des dépenses.

RANG EN 2017	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	POURCENTAGE DES DÉPENSES GLOBALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
5	Asthme et MPOC	5,0 %	- 2,3 %	6,5 %	4,2 %

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DES DEMANDEURS) :	14,7 %
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR :	286 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES :	83 % traditionnel / 17 % spécialité
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES :	99 % traditionnel / 1 % spécialité
RANG EN 2016 :	5

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	POURCENTAGE DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	budésonide-formotérol	Symbicort®	traditionnel	17,1 %
2	omalizumab	Xolair ^{MD}	spécialité	16,4 %
3	fluticasone-salmétérol	Advair ^{MD}	traditionnel	14,3 %
4	fluticasone	Flovent®	traditionnel	11,6 %
5	montélukast	Singulair®	traditionnel	8,2 %
	autres			32,3 %

6^e RANG SELON LES DÉPENSES

DOULEUR ET INFLAMMATION

Les médicaments utilisés dans le traitement de la douleur et de l'inflammation comprennent notamment les opioïdes, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les médicaments non narcotiques. On a observé une tendance négative au sein de cette classe (- 2,7 %). Cela s'explique par une réduction du coût par ordonnance (- 3,3 %) et une utilisation assez faible de 0,5 %. On constate que les médicaments destinés au soulagement de la douleur et à l'atténuation de l'inflammation sont largement utilisés. En effet, plus d'un demandeur sur quatre a recours à l'un des médicaments de cette classe thérapeutique. La ventilation des dépenses va comme suit : opioïdes (45,3 %), AINS (27,8 %) et les médicaments non narcotiques (26,9 %). Parmi les 10 principaux médicaments selon les dépenses dans cette classe, on a observé une réduction du prix unitaire de la plupart des médicaments, notamment une diminution de plus de 10 % pour l'oxycodone, le célécoxib et le tramadol. L'approbation, au début de 2017, du premier générique de Vimovo® (naproxène-esoméprazole) a eu une faible incidence sur les coûts puisque le coût par ordonnance n'a diminué que de seulement 3,1 %.

On s'attend à ce que la tendance globale pour la classe de la douleur et de l'inflammation continue de diminuer au cours des prochaines années, étant donné les préoccupations relatives à l'abus d'opioïdes. On pourrait alors observer des augmentations de l'utilisation d'AINS et de médicaments non narcotiques.

RANG EN 2017	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	POURCENTAGE DES DÉPENSES GLOBALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
6	Douleur et inflammation	4,1 %	0,5 %	- 3,3 %	- 2,7 %

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DES DEMANDEURS) :	28,2 %
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR :	120 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES :	100 % traditionnel
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES :	100 % traditionnel
RANG EN 2016 :	6

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	POURCENTAGE DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	oxycodone	OxyNEO®, Oxy-IR®	traditionnel	9,2 %
2	naproxène	Naprosyn®	traditionnel	8,8 %
3	naproxène-esoméprazole	Vimovo®	traditionnel	8,5 %
4	hydromorphone	Dilaudid®	traditionnel	8,3 %
5	tramadol-acétaminophène	Tramacet®	traditionnel	7,3 %
	autres			57,9 %

7^e RANG SELON LES DÉPENSES

CANCER

Près de la moitié des Canadiens seront atteints d'un cancer au cours de leur vie. De plus, on s'attend à ce que le quart des Canadiens succombent à cette maladie, car elle est la principale cause de décès depuis les 10 dernières années. En raison de ces statistiques alarmantes, la recherche et le développement des médicaments les plus prolifiques à l'heure actuelle portent sur le traitement du cancer.

Les dernières percées dans ce domaine comprennent l'immunothérapie et les traitements ciblés.

- L'immunothérapie se sert du système immunitaire pour s'attaquer aux cellules cancéreuses (les inhibiteurs de points de contrôle immunitaire représentent un type d'immunothérapie).
- Les traitements ciblés sont des traitements par des médicaments mis au point pour « cibler » les cellules cancéreuses, et non les cellules saines.

Sur le plan des dépenses globales, la classe thérapeutique des médicaments contre le cancer est arrivée au septième rang en 2017, alors qu'elle occupait le dixième rang en 2016. Les médicaments de spécialité ont constitué 95 % des dépenses dans cette classe. D'ailleurs, le coût moyen par ordonnance des médicaments de spécialité est neuf fois supérieur à celui des médicaments traditionnels.

En 2017, la tendance s'est établie à 10,8 % en raison d'une augmentation de 11,2 % du coût par ordonnance.

Le développement de nouveaux produits se poursuit. Par exemple, les inhibiteurs de points de contrôle immunitaire bloquent les protéines qui empêchent le système immunitaire d'attaquer les cellules cancéreuses. Puisqu'on trouve ces cibles dans de nombreux types de cancers, on pourrait utiliser les médicaments de cette classe pour traiter différents types de tumeurs. En 2017, les inhibiteurs de points de contrôle immunitaire Opdivo^{MD} (nivolumab) et Keytruda[®] (pembrolizumab) ont tous deux été approuvés pour deux autres indications.

De plus, on a approuvé deux nouveaux médicaments anticancéreux en 2017 : Tecentriq[®] (atézolizumab), qui a été approuvé dans le traitement du carcinome urothélial localement avancé ou métastatique, et Rydapt^{MC} (midostaurine), qui est devenu le premier traitement ciblé indiqué pour traiter la forme la plus courante de leucémie aiguë myéloblastique.

On s'attend à ce que la tendance dans cette classe continue à augmenter en raison du coût élevé des anticancéreux de marque. L'offre d'anticancéreux génériques tels que le géfitinib, le melphalan et le busulfan, approuvés en 2017, aura un effet négligeable sur les dépenses en 2018 en raison de la faible utilisation de ces médicaments. Par ailleurs, le nombre croissant d'anticancéreux que le patient peut s'administrer, parfois comme traitement d'entretien, fera augmenter l'utilisation et les coûts à l'avenir. En outre, le nombre important de traitements anticancéreux de spécialité en voie de développement amènera également une augmentation des coûts liés aux médicaments de marque au cours des trois prochaines années. Veuillez consulter l'annexe pour connaître les nouveaux produits qui seront possiblement approuvés dans un avenir rapproché.

RANG EN 2017	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	POURCENTAGE DES DÉPENSES GLOBALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
7	Cancer	3,8 %	- 0,4 %	11,2 %	10,8 %

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DES DEMANDEURS) :	1,44 %
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR :	2 174 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES :	34 % traditionnel / 66 % spécialité
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES :	5 % traditionnel / 95 % spécialité
RANG EN 2016 :	10

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	POURCENTAGE DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	lénalidomide	Revlimid [®]	spécialité	14,9 %
2	leuprolide	Eligard [®]	spécialité	6,0 %
3	imatinib	Gleevec ^{MD}	spécialité	5,1 %
4	rituximab	Rituxan [®]	spécialité	4,9 %
5	dasatinib	Sprycel ^{MD}	spécialité	4,8 %
	autres			64,2 %

8^e RANG SELON LES DÉPENSES

INFECTIONS

Les antibiotiques constituent l'une des découvertes les plus importantes du XX^e siècle. Ils se sont révélés indispensables dans le traitement d'infections bactériennes courantes, contribuant ainsi à sauver des millions de vies et à endiguer la propagation de maladies infectieuses. La classe thérapeutique des infections comprend des antibiotiques, des antifongiques et des antiviraux utilisés principalement pour traiter les infections aiguës. Les médicaments utilisés pour traiter les maladies infectieuses dont la prise en charge est très coûteuse, comme le VIH/SIDA, l'hépatite C chronique et les infections pulmonaires chez les patients atteints de fibrose kystique, appartiennent à d'autres classes thérapeutiques.

Les médicaments de la classe thérapeutique des infections sont très utilisés (45 % des demandeurs) et occupent le quatrième rang selon le nombre de demandes de règlement. En raison d'une réticence grandissante à prescrire des antibiotiques, on s'attend à ce que les dépenses liées à ces médicaments continuent de diminuer. En effet, le monde médical est sensibilisé au risque de développement d'une résistance aux antimicrobiens résultant de la prescription excessive d'antibiotiques.

RANG EN 2017	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	POURCENTAGE DES DÉPENSES GLOBALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
8	Infections	3,7 %	- 6,2 %	- 2,1 %	-4,1 %

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DES DEMANDEURS) :	44,6 %
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR :	69 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES :	99 % traditionnel / 1 % spécialité
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES :	92 % traditionnel / 8 % spécialité
RANG EN 2016 :	8

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	POURCENTAGE DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	amoxicilline	Amoxil [®]	traditionnel	13,9 %
2	valacyclovir	Valtrex [®]	traditionnel	12,0 %
3	clarithromycine	Biaxin [®]	traditionnel	6,8 %
4	azithromycine	Zithromax ^{MD}	traditionnel	5,6 %
5	céphalexine	Keflex ^{MD}	traditionnel	4,9 %
	autres			56,8 %



LES MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ ONT CONSTITUÉ 95 % DES DÉPENSES DANS CETTE CLASSE [CANCER]. D'AILLEURS, LE COÛT MOYEN PAR ORDONNANCE DES MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ EST NEUF FOIS SUPÉRIEUR À CELUI DES MÉDICAMENTS TRADITIONNELS.



9^e RANG SELON LES DÉPENSES ULCÈRES ET REFLUX

Les médicaments indiqués pour traiter les ulcères gastriques et le reflux gastro-œsophagien comprennent les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et les antagonistes des récepteurs H₂ de l'histamine (anti-H₂). Cette classe est composée de médicaments traditionnels, avec les IPP, qui représentent 94,2 % des dépenses. On a observé une tendance globale négative (- 7,1 %) en raison d'une diminution du coût par ordonnance (- 4,4 %) et de l'utilisation (-2,7 %). Presque tous les IPP et les anti-H₂ sont disponibles sous forme générique, à l'exception de Dexilant® (dexlansoprazole). On a constaté une réduction du prix unitaire de tous les IPP, mais le pantoprazole magnésien a subi la plus forte diminution (- 12,2 %).

La plupart des médicaments utilisés pour le traitement du reflux gastro-œsophagien pathologique (GERD) sont indiqués à court terme; toutefois, on observe souvent un usage chronique. Les dernières lignes directrices recommandent de déprescrire les IPP (réduire la dose, mettre fin au traitement ou passer à l'administration « sur demande ») chez les adultes qui ont terminé un traitement d'au moins quatre semaines avec un IPP contre le reflux gastro-œsophagien léger à modéré ou l'œsophagite et dont les symptômes sont disparus. Ces recommandations amèneront elles aussi une tendance à la baisse de l'utilisation dans cette classe.

On s'attend à ce que la tendance continue de diminuer dans cette classe thérapeutique en raison de la déprescription et de l'absence de nouveaux traitements en voie de développement.

RANG EN 2017	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	POURCENTAGE DES DÉPENSES GLOBALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
9	Ulcères et reflux	3,6 %	- 2,7 %	- 4,4 %	- 7,1 %

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DES DEMANDEURS) :	14,9 %
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR :	204 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES :	100 % traditionnel
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES :	100 % traditionnel
RANG EN 2016 :	7

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	POURCENTAGE DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	esoméprazole magnésien	Nexium®	traditionnel	31,1 %
2	pantoprazole sodique	Pantoloc®	traditionnel	20,6 %
3	dexlansoprazole	Dexilant®	traditionnel	16,8 %
4	lansoprazole	Prevacid®	traditionnel	9,7 %
5	oméprazole	Losec®	traditionnel	6,2 %
	autres			15,5 %

10^e RANG SELON LES DÉPENSES HYPERCHOLESTÉROLÉMIE

On a encore observé une tendance à la baisse pour les médicaments utilisés dans le traitement de l'hypercholestérolémie en raison d'une légère diminution de l'utilisation et du coût par ordonnance. Les médicaments traditionnels occupent 99 % des parts de marché dans cette classe et comprennent notamment les statines, les fibrates, les inhibiteurs de l'absorption du cholestérol, les chélateurs de l'acide biliaire et les dérivés de la niacine (acide nicotinique), qui sont également tous offerts sous forme générique.

Cette classe thérapeutique comprend aussi des médicaments de spécialité, notamment des inhibiteurs de la proprotéine convertase subtilisine/kexine de type 9 (PCSK9). L'utilisation d'inhibiteurs de la PCSK9 demeure faible en raison de critères cliniques d'autorisation préalable rigoureux et d'un taux de refus des autorisations préalables supérieur à la moyenne. Toutefois, les inhibiteurs de la PCSK9 représentent actuellement 3 % des dépenses dans cette classe, alors que ce pourcentage était de 0,4 % en 2016. Repatha^{MD} (évolocumab), qui occupait le quatorzième rang en 2016, est passé au sixième rang en 2017. De plus, le coût moyen par ordonnance des médicaments de spécialité de cette classe est 18 fois supérieur à celui des médicaments traditionnels.

En 2017 et au début de 2018, on a mené deux études sur les deux inhibiteurs de la PCSK9 offerts, soit Repatha^{MD} et Praluent[®] (alirocumab). L'étude FOURIER portait sur Repatha^{MD} et l'étude ODYSSEY OUTCOMES, sur Praluent[®]. Ces deux études ont été réalisées pour évaluer si l'ajout de ces médicaments à un traitement optimal par une statine permettait de réduire la survenue d'événements cardiovasculaires. Les sujets qui recevaient des inhibiteurs de la PCSK9 ont vu leur taux de cholestérol LDL atteindre des valeurs très basses et ont aussi présenté des améliorations significatives relativement au risque cardiovasculaire. Il est possible que cet effet de réduction du risque cardiovasculaire entraîné par les inhibiteurs de la PCSK9 fasse augmenter l'utilisation de ces médicaments très coûteux dans l'avenir.

On s'attend à ce que les dépenses liées aux médicaments traditionnels de cette classe continuent de diminuer en raison de la réduction du prix des génériques. On prévoit par ailleurs une augmentation des dépenses relatives aux médicaments de spécialité en raison d'une utilisation accrue des inhibiteurs de la PCSK9.

RANG EN 2017	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	POURCENTAGE DES DÉPENSES GLOBALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
10	Hypercholestérolémie	3,5 %	- 1,6 %	- 2,9 %	- 4,4 %

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DES DEMANDEURS) :	12,1 %
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR :	238 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES :	99 % traditionnel / 1 % spécialité
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES :	97 % traditionnel / 3 % spécialité
RANG EN 2016 :	9

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	POURCENTAGE DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	rosuvastatine	Crestor [®]	traditionnel	42,3 %
2	atorvastatine	Lipitor ^{MD}	traditionnel	31,2 %
3	ézétimibe	Ezetrol [®]	traditionnel	6,9 %
4	fénofibrate	Lipidil ^{MD}	traditionnel	3,7 %
5	pravastatine	Pravachol ^{MD}	traditionnel	2,8 %
	autres			13,0 %

AUTRES CLASSES THÉRAPEUTIQUES DIGNES DE MENTION

SCLÉROSE EN PLAQUES (12^e RANG SELON LES DÉPENSES)

La sclérose en plaques (SP) est une maladie potentiellement invalidante qui touche le cerveau et la moelle épinière (système nerveux central). Le Canada présente l'un des plus hauts taux de SP au monde. En effet, on estime qu'un Canadien sur 340 est aux prises avec cette maladie. Chez les personnes atteintes de SP, le système immunitaire attaque la gaine protectrice (myéline) qui entoure les fibres nerveuses, ce qui provoque des problèmes de communication entre le cerveau et le reste du corps. Les signes et les symptômes de cette maladie varient grandement, selon l'étendue des dommages aux nerfs et les nerfs touchés. Certaines personnes atteintes de SP grave peuvent ne plus être en mesure de marcher sans aide ou de marcher tout simplement, alors que d'autres peuvent présenter de longues périodes de rémission sans survenue de nouveaux symptômes.

Cette classe thérapeutique a touché à peine 0,13 % des demandeurs, mais a représenté 3 % des dépenses globales en raison du coût annuel élevé des traitements. En 2017, on a observé une augmentation du coût moyen par demandeur, qui est passé à 19 251 \$. La tendance relative à l'utilisation était négative (-1,3 %). Les médicaments qui dominent actuellement cette classe sont : Gilenya^{MD} (fingolimod), Tecfidera[®] (fumarate de diméthyle), Copaxone[®] (acétate de glatiramère), Rebif^{MD}/Avonex[®] (interféron bêta-1a) et Aubagio^{MD} (térfunomide). Ces cinq médicaments représentent plus de 80 % des ordonnances et plus de 80 % des dépenses au sein de cette classe.

Au début de 2017, Glatect^{MC} est devenu le premier produit non biologique ultérieur complexe de Copaxone[®] (acétate de glatiramère). Glatect^{MC} n'est pas un produit biologique, car il ne s'agit pas d'une substance produite par des cellules vivantes. Cependant, ce médicament est un complexe et, par conséquent, le processus d'approbation est comparable à celui des médicaments biosimilaires. En outre, contrairement aux génériques, les pharmaciens ne peuvent pas substituer Glatect^{MC} à Copaxone[®]. En 2017, on a constaté une réduction additionnelle du coût de Glatect^{MC}. Bien que le taux d'adoption de Glatect^{MC} ait été faible en 2017, sa présence amène une concurrence qui s'est traduite par une réduction des coûts.

OcrevusTM (ocrelizumab) a fait son entrée sur le marché en 2017. Il s'agit du premier médicament approuvé au Canada dans le traitement de la sclérose en plaques progressive primaire (SPPP). Environ 15 % des personnes atteintes de SP reçoivent un diagnostic de SPPP. Cette affection se caractérise par une détérioration des fonctions neurologiques (invalidité croissante) depuis l'apparition des symptômes, sans survenue de rechutes ou de rémissions précoces.

Zinbryta^{MC} (daclizumab), approuvé en 2017, a fait l'objet d'un retrait volontaire en 2018 en raison de rapports signalant des cas d'inflammation cérébrale grave, notamment une encéphalite.

On s'attend à observer une tendance à la hausse en raison de l'augmentation du coût par ordonnance, étant donné que les traitements oraux continuent de dominer au sein de la classe.

RANG EN 2017	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	POURCENTAGE DES DÉPENSES GLOBALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
12	Sclérose en plaques	3,0 %	-1,3 %	1,6 %	0,4 %

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DES DEMANDEURS) :	0,13 %
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR :	19 251 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES :	100 % spécialité
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES :	100 % spécialité
RANG EN 2016 :	11

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	POURCENTAGE DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	fingolimod	Gilenya ^{MD}	spécialité	21,8 %
2	fumarate de diméthyle	Tecfidera [®]	spécialité	16,0 %
3	acétate de glatiramère	Copaxone [®]	spécialité	15,2 %
4	interféron bêta-1a	Avonex [®] / Rebif ^{MD}	spécialité	13,8 %
5	térfunomide	Aubagio ^{MD}	spécialité	13,2 %
	autres			19,9 %

HÉPATITE C (27^e RANG SELON LES DÉPENSES)

Le virus de l'hépatite C cause des infections aiguës et chroniques. L'infection aiguë est généralement asymptomatique et est rarement, ou aucunement, associée à une maladie mettant la vie en danger. Parmi les personnes infectées, de 15 % à 45 % d'entre elles élimineront spontanément le virus, et ce, sans traitement, au cours des six mois suivant l'infection. Les autres personnes infectées développeront une infection chronique, avec un risque de survenue d'une cirrhose de 15 % à 30 % au cours des 20 années suivantes.

Le pourcentage des dépenses globales de la classe thérapeutique de l'hépatite C est passé de 3 % en 2015 à 1,1 % en 2016 en raison de la fin de l'explosion initiale du nombre de patients en soins curatifs. En 2017, on a observé une autre diminution de l'utilisation, et cette classe représente actuellement un peu moins de 1 % des dépenses totales. La tendance globale négative s'explique par une importante diminution de l'utilisation (- 27,5 %).

Cette classe comprend des médicaments de spécialité dont le coût moyen par demandeur est de 18 058 \$. L'utilisation croissante d'Epclusa^{MD} (sofosbuvir—velpatasvir) accapare près de la moitié de toutes les ordonnances. D'ailleurs, lorsqu'on regroupe Epclusa^{MD} et Harvoni^{MD} (lédipasvir—sofosbuvir), on constate que ces médicaments occupent 83,9 % des parts de marché. Harvoni^{MD}, approuvé en 2014, figure parmi les traitements curatifs qui ont propulsé cette classe parmi les dix principales classes thérapeutiques en 2015.

De nouveaux médicaments, Vosevi^{MC} (sofosbuvir—velpatasvir—voxilaprèvir) et Maviret^{MC} (glécaprèvir—pibrentasvir), approuvés en septembre 2017, ont conquis 1,5 % des parts de marché. Ces deux médicaments sont indiqués chez les patients ayant déjà été traités (c'est-à-dire ceux qui n'ont pas répondu à un traitement antérieur). De plus, Maviret^{MC} a également été approuvé pour le traitement de patients n'ayant jamais été traités. En raison de l'adoption rapide de Vosevi^{MC}, ce médicament s'est taillé une place parmi les cinq principaux médicaments de cette classe selon les parts de marché en 2017. Ce résultat s'explique par la présence de patients ayant déjà été traités et attendant la mise en marché d'un autre traitement. On a observé un effet similaire lors de l'approbation initiale de ce type de médicament.

On s'attend à ce que la réduction des dépenses liées à l'hépatite C se poursuive. Par contre, cette réduction ne sera pas aussi marquée que celle observée en 2016 et en 2017, car l'utilisation s'est stabilisée.

RANG EN 2017	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	POURCENTAGE DES DÉPENSES GLOBALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
27	Hépatite C	0,8 %	- 27,5 %	18,3 %	- 9,2 %

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DES DEMANDEURS) :	0,04 %
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR :	18 058 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES :	100 % spécialité
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES :	100 % spécialité
RANG EN 2016 :	25

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	POURCENTAGE DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	sofosbuvir—velpatasvir	Epclusa ^{MD}	spécialité	66,3 %
2	lédipasvir—sofosbuvir	Harvoni ^{MD}	spécialité	17,6 %
3	elbasvir—grazoprèvir	Zepatier [®]	spécialité	6,9 %
4	ombitasvir—paritaprèvir—ritonavir—dasabuvir	Holkira [®] Pak	spécialité	4,9 %
5	sofosbuvir—velpatasvir—voxilaprèvir	Vosevi ^{MC}	spécialité	1,3 %
	autres			3,0 %





SECTION III.

SURVOL DE LA TENDANCE AU CANADA ET DANS LES PROVINCES

PAGES 51 – 64



SECTION III.

SURVOL DE LA TENDANCE AU CANADA ET DANS LES PROVINCES

En 2017, de nombreux développements sont survenus au pays et dans les provinces, et ils pourraient entraîner des répercussions sur les régimes privés à long terme. Dans la présente section, nous examinerons les changements dignes de mention ainsi que les tendances dans les provinces.

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION AU CANADA

Loi sur la non-discrimination génétique. En vigueur depuis mai 2017, cette loi stipule que nul ne peut obliger une personne à subir un test génétique ou à révéler les résultats de tels tests comme condition préalable pour lui fournir des biens et services, pour conclure ou maintenir un contrat ou une entente avec elle ou pour offrir ou maintenir des modalités particulières dans le cadre d'un contrat ou d'une entente avec elle. Des exceptions sont prévues pour les professionnels de la santé et les chercheurs. La loi prévoit également d'autres protections associées aux tests génétiques et aux résultats de ces tests. Cette loi a donc des répercussions concrètes sur la collecte de renseignements médicaux et sur les critères cliniques. En effet, les maladies génétiques ne doivent plus être identifiées et les critères de remboursement relatifs aux tests génétiques ont été abolis. Cette loi pourrait avoir une incidence négative sur la capacité d'un régime à déterminer quel médicament convient à un patient si les critères d'autorisation préalable portent sur l'identification d'une caractéristique génétique visant à déterminer la pertinence d'un traitement.

Pilule abortive. Mifegymiso^{MD} (mifépristone—misoprostol), connu auparavant comme le RU-486, est le premier médicament disponible au Canada pour provoquer une interruption de grossesse. Par suite d'un long processus d'approbation, l'Ontario, le Québec, la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Nouveau-Brunswick ont donné gratuitement accès à ce médicament aux femmes qui disposent d'une carte d'assurance maladie valide et d'une ordonnance d'un professionnel de la santé admissible. D'autres provinces comme la Saskatchewan et le Manitoba ont ajouté la pilule abortive à leur régime d'assurance médicaments.

Contrôle des opioïdes. Le nombre croissant de surdoses et de décès liés aux opioïdes constitue une crise de santé publique au pays. La ministre de la Santé du Canada a d'ailleurs fait de cette crise une priorité absolue en 2016. On considère que les opioïdes sont à l'origine de plus de 2 800 décès en 2016, soit 8,8 décès par 100 000 Canadiens. Santé Canada estime que les opioïdes ont provoqué 4 000 décès en 2017, ce qui montre que la crise persiste et qu'elle continue de s'aggraver.

C'est pourquoi l'Agence de la santé publique du Canada a développé un plan d'urgence en février 2017. Une des mesures les plus importantes de ce plan a été de faire passer la naloxone, un médicament d'urgence qui prévient ou annule les effets des opioïdes, de l'annexe I à l'annexe II de la Liste des médicaments d'ordonnance. Les pharmaciens peuvent désormais distribuer la naloxone sans ordonnance, ce qui améliore l'accès à ce médicament. Plusieurs provinces permettent la distribution de la naloxone (sous forme de trousse) dans le cadre de régimes d'assurance médicaments provinciaux. Les utilisateurs d'opioïdes peuvent donc se la procurer gratuitement, et les personnes qui sont témoins d'une surdose peuvent l'administrer rapidement.

De plus, Santé Canada permet désormais l'importation urgente de médicaments permettant de traiter la dépendance aux opioïdes. Ces médicaments, qui ne sont pas accessibles sur le marché canadien actuellement, figureront sur la liste des médicaments pendant un an et en seront retirés par la suite, à moins que Santé Canada ne soit avisé que l'accès continu à ces médicaments est nécessaire. Finalement, le gouvernement fédéral a facilité l'accès aux traitements de la dépendance aux opioïdes. Les prescripteurs ne seront plus tenus d'obtenir une exemption pour prescrire ou administrer de la méthadone. Par ailleurs, des changements seront apportés aux lois et permettront aux patients d'obtenir de l'héroïne sur ordonnance à l'extérieur d'un milieu hospitalier, au besoin. On s'attend à ce que ces mesures facilitent l'accès aux traitements pour les patients aux prises avec une dépendance aux opioïdes.

SECTION III. SURVOL DE LA TENDANCE AU CANADA ET DANS LES PROVINCES

Réformes proposées par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. En 2017, le gouvernement canadien a proposé des changements au *Règlement sur les médicaments brevetés*. Il s'agissait de la première révision approfondie de ce règlement en plus de 20 ans. Les nouvelles directives qui devraient être publiées en 2019 visent à fournir les outils dont le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés a besoin pour protéger les Canadiens contre le prix élevé des médicaments d'ordonnance, améliorer l'accès à ces médicaments, les rendre plus abordables et s'assurer d'un usage approprié de ces médicaments afin de mieux répondre aux besoins en matière de santé. Les modifications proposées visent cinq objectifs importants :

- Fournir au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés de nouveaux facteurs à examiner pour contrôler le prix d'un médicament breveté.
- Modifier la liste des pays utilisés aux fins de comparaison de prix afin d'y inclure ceux où des mesures de protection du consommateur semblables ont été adoptées et où les ressources économiques et les médicaments offerts sur le marché sont semblables à ceux du Canada.
- Réduire le fardeau réglementaire des médicaments génériques brevetés, car ces produits risquent moins de dominer le marché et d'entraîner des prix excessifs.
- Moderniser les exigences relatives à la production de rapports relativement aux nouveaux facteurs par les détenteurs de brevets.
- Exiger que les détenteurs de brevets fournissent des renseignements sur le prix et les revenus nets liés à tout rajustement, par exemple les réductions ou rabais directs ou indirects accordés à des tiers.

On estime que le prix réduit des médicaments brevetés produira des économies de 12,6 milliards de dollars sur 10 ans pour les Canadiens. Les prix moins élevés atténueront la pression financière sur les régimes privés et publics et permettront d'améliorer l'accès aux médicaments pour les Canadiens qui les paient eux-mêmes.

Légalisation du cannabis. La légalisation de la marijuana devrait avoir lieu en août 2018. Toutefois, le cadre et l'application de la nouvelle loi demeurent nébuleux. Les promoteurs devront réfléchir aux conséquences de la couverture de la marijuana à des fins médicales, car elle pourrait avoir de grandes répercussions sur les régimes. Express Scripts Canada surveille de près les développements en la matière afin de fournir des solutions optimales aux assureurs lorsque la loi entrera en vigueur.

Régime d'assurance médicaments universel. Le Comité permanent sur la santé de la Chambre des communes s'est penché sur la mise en place d'un régime d'assurance médicaments universel. De fait, le rapport intitulé *Un régime d'assurance médicaments universel pour tous les Canadiens : Une nécessité* a été publié en avril 2018. Ce rapport recommande la création d'un régime public universel à payeur unique à l'intention de tous les Canadiens. Le but ultime d'un régime universel serait d'offrir un meilleur accès aux médicaments d'ordonnance aux personnes qui ne peuvent se procurer les médicaments dont ils ont besoin en raison des coûts, particulièrement les Canadiens qui ne participent à aucun régime d'assurance collective. Le gouvernement fédéral a également annoncé la création d'un conseil consultatif national formé d'experts à l'échelle du pays qui détermineront comment le régime universel pourrait être mis en place. Ce conseil devra remettre son rapport au printemps prochain.

Le régime universel figurera parmi les principales promesses au cours des prochaines élections fédérales en octobre 2019. Express Scripts Canada surveillera de près cette situation, car elle pourrait avoir des répercussions considérables sur les promoteurs de régimes.



SANTÉ CANADA ESTIME QUE LES OPIOÏDES ONT PROVOQUÉ
4 000 DÉCÈS EN 2017, CE QUI MONTRE QUE LA CRISE
PERSISTE ET QU'ELLE CONTINUE DE S'AGGRAVER.



ALLIANCE PANCANADIENNE PHARMACEUTIQUE

En 2017, les autorités sanitaires provinciales ont maintenu leur collaboration dans le cadre de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) afin que les patients et les régimes publics obtiennent davantage sur le plan des médicaments. Mise sur pied en août 2010, l'APP mène des négociations conjointes avec les provinces et territoires relativement aux médicaments génériques et brevetés. D'ailleurs, tous les médicaments brevetés qui sont soumis à un processus d'examen national aux fins de remboursement, par exemple le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) et le Programme pancanadien d'évaluation des médicaments oncologiques (pCODR), peuvent faire l'objet de négociations par l'intermédiaire de l'APP. En date du 31 mars 2017, les efforts de l'APP et les négociations menées avaient permis de réaliser des économies annuelles estimatives de 1,28 milliard de dollars.

Médicaments génériques. Depuis le 1^{er} avril 2018, le prix de la version générique de près de 70 des médicaments les plus souvent prescrits au Canada correspond à 10 % ou à 18 % du prix du médicament breveté équivalent. Cette réduction de prix résulte d'une entente d'une durée de cinq ans conclue en janvier 2018 entre l'APP et l'Association canadienne du médicament générique. Dans le cadre de cette entente, on s'attend à des rabais pouvant aller jusqu'à 90 %, en échange de quoi le régime d'assurance médicaments participant ne fera aucun appel d'offres pendant toute la durée de l'entente, soit cinq ans. En adoptant la loi 81 en 2016, le Québec a été à l'origine de cette entente. En vertu de cette loi, le ministre de la Santé de la province pouvait effectuer un appel d'offres relativement à certaines molécules génériques. Le secteur pharmaceutique a alors entamé de sérieuses négociations afin d'éviter que d'autres provinces et des régimes privés demandent les mêmes rabais. Les fabricants de médicaments génériques ont volontairement baissé leurs prix pour éviter les appels d'offres.

Le gouvernement du Québec et l'Association canadienne du médicament générique ont négocié une entente similaire en juillet 2017. La province pourra ainsi réaliser des économies de l'ordre de 1,5 milliard de dollars pendant la durée de l'entente, soit cinq ans. Le Québec a accepté de ne faire aucun appel d'offres relativement aux médicaments génériques au cours de la période prévue par l'entente. L'entente devait initialement entrer en vigueur en octobre 2017, mais a été retardée jusqu'au 3 avril 2018 pour suivre l'exemple des autres provinces (sauf la Saskatchewan, qui a prévu un délai supplémentaire de 30 jours).

Les économies auxquelles on peut s'attendre sont de l'ordre de 1,5 % à 2 % des dépenses totales en médicaments.

MOLÉCULES	POURCENTAGE DU PRIX DU MÉDICAMENT DE RÉFÉRENCE
amlodipine, atorvastatine, citalopram, clopidogrel, donépézil, ézétimibe, gabapentine, metformine, olanzapine, comprimés d'olanzapine à dissolution orale, oméprazole, pantoprazole, quétiapine, rabéprazole (comprimés entérosolubles), ramipril, ranitidine, rosuvastatine, simvastatine, venlafaxine à libération prolongée, zopiclone	10 %
alendronate, almotriptan, amiodarone, anastrozole, aténolol, atomoxétine, azithromycine, bicalutamide, bisoprolol, candésartan, candésartan—hydrochlorothiazide, carvedilol, célécoxib, ciprofloxacine, clonazépam, cyclobenzaprine, dompéridone, dutastéride, életriptan, escitalopram, famciclovir, finastéride, fluoxétine, imatinib, irbesartan, irbesartan—hydrochlorothiazide, lamotrigine, lévétiracétam, mémantine, minocycline, montélukast, mycophénolate, paroxétine, pramipexole, pravastatine, prégabaline, risédronate, rispéridone, sertraline, solifénacine, succinate de sumatriptan, telmisartan, telmisartan—hydrochlorothiazide, terbinafine, topiramate, valacyclovir, valsartan, valsartan—hydrochlorothiazide	18 %

SURVOL PAR PROVINCE

COLOMBIE-BRITANNIQUE

TENDANCES EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS POUR LES RÉGIMES PRIVÉS

La tendance relative aux régimes privés en Colombie-Britannique s'est établie à 3,4 % en 2017. Cela s'explique principalement par une augmentation de 2,5 % du coût par ordonnance et de 0,9 % de l'utilisation. Les médicaments de spécialité ont constitué une partie moins importante des dépenses en Colombie-Britannique comparativement à la moyenne nationale (12,8 % par rapport à 31 % au Canada). En effet, une fois la franchise atteinte, le régime PharmaCare devient le premier payeur de ces médicaments, ce qui réduit le fardeau des régimes privés relativement aux coûteux médicaments de spécialité. Par conséquent, le coût moyen par demandeur était de 36 % inférieur à la moyenne nationale.

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION TOUCHANT LE RÉGIME PUBLIC

First Nations Health Benefits Plan (Régime W). Depuis octobre 2017, les clients de la Régie de la santé des Premières Nations participent au régime PharmaCare. La plupart des clients de la Régie qui obtiennent des services par l'entremise du Programme des services de santé non assurés de Santé Canada peuvent se procurer leurs médicaments d'ordonnance par l'entremise du *PharmaCare First Nations Health Benefits Plan* (Régime W), dont la liste de médicaments est semblable à celle du *Fair PharmaCare plan* (Régime I). Le Régime W couvre 100 % du prix des médicaments admissibles et des honoraires professionnels (jusqu'aux maximums prévus par le régime PharmaCare), de même que certains équipements médicaux et certaines fournitures médicales à l'intention des personnes admissibles. Ce régime n'est pas en fonction du revenu; aucune franchise et aucun maximum familial ne s'appliquent. Ce changement permet de s'assurer que les membres des Premières Nations en Colombie-Britannique ont accès aux médicaments de la même manière que les autres Britanno-Colombiens et élimine les liens problématiques entre le programme fédéral et le régime provincial.

Limite sur la majoration. La majoration maximale sur certains médicaments contre l'hépatite C (notamment Harvoni^{MD}, Solvadi[®], Galexos[®] et Holkira[®] Pak) a été réduite pour passer de 5 % à 2 % en vertu de la loi sur les services pharmaceutiques de la Colombie-Britannique.

Médicaments biosimilaires. Dans le cadre de son programme d'autorisation spéciale, le régime BC PharmaCare couvre maintenant Brenzys[®] (un médicament biosimilaire d'Enbrel^{MD}) à titre de médicament à usage restreint pour les nouveaux patients. Brenzys[®] est indiqué pour traiter la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante. Le régime BC PharmaCare continuera cependant de rembourser Enbrel^{MD} pour les patients qui prennent déjà ce médicament. Il approuvera également Enbrel^{MD} pour les adultes et les enfants atteints de rhumatisme psoriasique ou de psoriasis modéré à sévère. Au début de 2017, le régime BC PharmaCare a aussi ajouté Grastofil^{MD} (un médicament biosimilaire de Neupogen^{MD}) à titre de médicament à usage restreint indiqué pour traiter de nombreuses maladies dans le cadre de son programme d'autorisation spéciale. Le régime BC PharmaCare couvre uniquement les médicaments biosimilaires à l'intention de nouveaux patients, mais continue à rembourser Neupogen^{MD} aux patients qui le prenaient déjà. Cette mesure sera en vigueur jusqu'à l'expiration de l'autorisation spéciale.

Contrôle des opioïdes. Pour faire face à la crise des opioïdes, le régime BC PharmaCare couvre maintenant Kadian[®] (morphine à libération lente prise par voie orale) et les injections d'hydromorphone de 50 mg/ml pour traiter la dépendance aux opioïdes. Le médicament et les honoraires professionnels sont remboursés, jusqu'au maximum prévu par le régime BC PharmaCare. Cette mesure a peu d'incidence sur les régimes privés.

ALBERTA

TENDANCES EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS POUR LES RÉGIMES PRIVÉS

La tendance relative aux régimes privés en Alberta s'est établie à 3,7 % en 2017. Le coût par ordonnance a augmenté de 3,3 % et l'utilisation a connu une faible hausse (0,4 %). Les médicaments de spécialité ont constitué une part plus faible des dépenses totales comparativement à la moyenne nationale (23 % par rapport à 31 %). Par contre, en Alberta, la tendance a subi la plus forte hausse au pays (près de 2 %). Ces facteurs ont entraîné un coût moyen par demandeur de 26 % inférieur à la moyenne nationale.

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION TOUCHANT LE RÉGIME PUBLIC

Économies en matière de soins de santé. Au début de 2018, l'association des pharmaciens de l'Alberta et le gouvernement albertain ont annoncé la conclusion d'une entente de financement visant à réduire les coûts des soins de santé et à augmenter la capacité de payer des Albertains. On s'attend à des économies de 150 millions de dollars sur deux ans. Cette entente réduira les dépenses du régime public tout en respectant les normes de pratique de la pharmacie. Les mesures qui ont pris effet en mai 2018 comprennent entre autres la réduction des honoraires professionnels et une limite sur le nombre de ces honoraires par patient par année.

Médicaments biosimilaires. L'Alberta a facilité l'accès aux médicaments biosimilaires de la même manière que les autres provinces. Erelzi^{MC} et Brenzys[®] (médicaments biosimilaires d'Enbrel^{MD}) ont été ajoutés à la liste des médicaments indiqués comme traitement de première intention chez les nouveaux patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, de spondylarthrite ankylosante ou d'arthrite juvénile idiopathique (Erelzi^{MC} seulement). Basaglar^{MC} (médicament biosimilaire de Lantus[®]) fait également partie des médicaments couverts. De plus, Grastofil^{MD} (médicament biosimilaire de Neupogen^{MD}) a été ajouté à la liste de médicaments qui nécessitent une autorisation préalable en Alberta. Neupogen^{MD} est désormais remplacé par Grastofil^{MD} dans toutes les demandes. Toutefois, Neupogen^{MD} continuera à être remboursé pour les enfants et les adultes qui souffrent de certaines maladies et qui prennent déjà ce médicament.



EN DATE DU 31 MARS 2017,
LES EFFORTS DE L'APP ET LES
NÉGOCIATIONS MENÉES AVAIENT
PERMIS DE RÉALISER DES ÉCONOMIES
ANNUELLES ESTIMATIVES DE
1,28 MILLIARD DE DOLLARS.



SASKATCHEWAN

TENDANCES EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS POUR LES RÉGIMES PRIVÉS

En 2017, la tendance relative aux régimes privés en Saskatchewan s'est établie à 4,8 %. Cette tendance est attribuable à une augmentation de 2,5 % de l'utilisation et de 2,3 % du coût par ordonnance. Les dépenses en médicaments de spécialité ont augmenté de 1,2 %, ce qui explique la hausse du coût par ordonnance. Toutefois, les dépenses en médicaments de spécialité sont demeurées les plus faibles du pays (5,6 % par rapport à la moyenne nationale de 31 %). En effet, la Saskatchewan couvre les médicaments coûteux en fonction du revenu familial, ce qui réduit le fardeau financier des régimes privés. Le coût moyen par demandeur était donc de 44 % inférieur à la moyenne nationale.

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION TOUCHANT LE RÉGIME PUBLIC

Modification de la politique relative au prix maximal permis. Depuis janvier 2017, la Saskatchewan a modifié sa politique relative au prix maximal permis. Dans le cadre de cette politique, le prix du médicament le plus efficace parmi ceux dont l'innocuité et les avantages sont semblables sert d'indicateur pour fixer le prix maximal permis que le régime provincial remboursera pour des médicaments comparables servant à traiter la même maladie. Les patients qui prennent un médicament d'ordonnance dont le prix est supérieur au prix maximal permis doivent payer la différence. Ils peuvent également demander au prescripteur de changer pour un médicament dont le prix correspond au prix maximal permis. Le patient devra alors obtenir une nouvelle ordonnance. Deux corticostéroïdes à vaporisation nasale (fluticasone et triamcinolone) ne sont plus couverts, car ils sont désormais offerts en vente libre. De plus, le prix maximal permis a été imposé aux versions génériques de corticostéroïdes à vaporisation nasale de mométasone, de béclo méthasone et de budésonide. La Saskatchewan a réduit le prix maximal permis des versions génériques de pantoprazole magnésien (Tecta®) et de rabéprazole (Pariet Brenzys®), deux inhibiteurs de la pompe à protons. Le remboursement plus faible qu'accorde le régime public se traduira par une surfacturation aux régimes privés ou aux patients. Par conséquent, les dépenses des régimes privés vont augmenter.

Médicaments biosimilaires. Brenzys® (médicament biosimilaire d'Enbrel^{MD}) a été ajouté à la liste des médicaments de la province aux fins de traitement de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylarthrite ankylosante chez les nouveaux patients qui répondent aux critères de couverture. Les patients pour lesquels Enbrel^{MD} a été approuvé avant octobre 2017 et ceux qui sont atteints de rhumatisme psoriasique ou d'arthrite juvénile idiopathique peuvent continuer à prendre ce médicament.

MANITOBA

TENDANCES EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS POUR LES RÉGIMES PRIVÉS

La tendance globale relative aux régimes privés au Manitoba était de 3,7 % en 2017. Cela s'explique par une augmentation de 1,5 % de l'utilisation et de 2,2 % du coût par ordonnance. Même si le Manitoba est la province qui affiche le plus faible pourcentage de dépenses en médicaments de spécialité, ce dernier est passé de 11 % à 12 % en 2017, ce qui a entraîné une hausse du coût par ordonnance. Le coût moyen par demandeur était de 33 % inférieur au coût moyen au pays.

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION TOUCHANT LE RÉGIME PUBLIC

Plafond sur les honoraires professionnels. Le Manitoba a mis en place un plafond sur les honoraires professionnels afin d'aider à réduire les coûts pour les patients et le régime public et de s'assurer que les pharmacies continuent de pouvoir recouvrer les coûts liés à la préparation des médicaments. Auparavant, les pharmacies pouvaient facturer le montant de leur choix pour les honoraires professionnels. Depuis août 2017, elles ne peuvent facturer plus de 30 \$ par ordonnance au régime public, quel que soit le coût de base du médicament ou la manière dont il est emballé. Il en va de même pour les préparations magistrales en pharmacie. Dans le cas de médicaments qui doivent être préparés dans des conditions stériles, le maximum pouvant être facturé par ordonnance au régime public est de 60 \$. Ce changement n'aura pas d'incidence sur les régimes privés puisque les honoraires professionnels sont soumis à un plafond inférieur.

Plus tard en 2017, le Manitoba a aussi réduit la majoration du prix du fabricant de certains médicaments, qui peut aller de 2 % à 5 %. Cela pourrait se traduire par des économies potentielles pour les régimes privés si les promoteurs décident de suivre l'exemple du gouvernement.

Modification de la politique sur le *Special Drugs Program*. Le *Special Drugs Program* (SDP) a été lancé en 1968 pour aider les Manitobains qui devaient prendre des médicaments très chers. Ce régime couvrait intégralement le coût des médicaments d'ordonnance. En 1996, le Manitoba a instauré le régime PharmaCare, et les nouveaux patients qui s'y inscrivaient devaient payer une franchise établie en fonction du revenu familial. Par contre, les droits des patients déjà inscrits au SDP ont été maintenus, et ces derniers n'étaient pas tenus de payer la franchise. Or, depuis avril 2018, ces patients doivent payer la franchise calculée sur le revenu. Ce changement pourrait faire augmenter les dépenses des régimes privés, car les participants leur refileront sans doute la facture.

SECTION III. SURVOL DE LA TENDANCE AU CANADA ET DANS LES PROVINCES

Modification de la politique sur les médicaments d'exception. La plupart des médicaments qui figurent à la Partie 3 de la liste de médicaments du Manitoba n'ont plus à être approuvés de nouveau comme médicament d'exception après l'autorisation initiale. L'utilisation de médicaments d'entretien contre des maladies chroniques (par exemple, Jardiance^{MC} et Victoza[®] pour traiter le diabète, ou les anticoagulants Pradaxa[®] et Eliquis[®]) sera autorisée indéfiniment une fois que la couverture initiale aura été accordée. Les autorisations pour un médicament d'exception obtenues avant le 1^{er} octobre 2017 seront reconduites indéfiniment sans aucune formalité.

Médicaments biosimilaires. Basaglar^{MC} (un médicament biosimilaire de Lantus[®]) et Brenzys[®] (un médicament biosimilaire d'Enbrel^{MD}) ont été ajoutés à la liste des médicaments d'exception. Le Manitoba a donc suivi l'exemple de la majorité des autres provinces. Brenzys[®] sera l'option privilégiée pour les patients qui n'ont jamais reçu de traitement contre la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante. Basaglar^{MC} est désormais le traitement de première intention pour les patients qui doivent prendre de l'insuline. En outre, Grastofil^{MC} a aussi été ajouté comme traitement privilégié pour les patients n'ayant jamais été traités par filgrastim (à titre de médicament d'exception).

ONTARIO

TENDANCES EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS POUR LES RÉGIMES PRIVÉS

La tendance globale relative aux régimes privés en Ontario s'est établie à 2,4 % en 2017. Le coût par ordonnance a augmenté de 2,5 %, et les dépenses en médicaments de spécialité ont connu une hausse de 1,1 % par rapport à 2016. L'utilisation est demeurée stable (- 0,1 %). Les dépenses en médicaments de spécialité sont similaires à la moyenne nationale, soit 32,5 % comparativement à 31 %.

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION TOUCHANT LE RÉGIME PUBLIC

Assurance-santé Plus. Le régime Assurance-santé Plus est entré en vigueur en janvier 2018. Il couvre quatre millions de personnes (enfants et jeunes âgés de moins de 25 ans) et rembourse plus de 4 400 médicaments d'ordonnance. Les régimes privés devront probablement couvrir les médicaments qui ne sont pas compris dans le Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) ainsi que ceux dont les patients ne peuvent se prévaloir à titre de médicaments à usage restreint ou dans le cadre du Programme d'accès exceptionnel (PAE). Si l'on compare les dépenses d'une année sur l'autre pour les jeunes en Ontario, on constate qu'elles ont chuté de 55 % en mars 2018 comparativement à la même période l'année dernière. Les effets de l'Assurance-santé Plus se feront de plus en plus sentir à mesure que des DIN remboursés par les régimes privés le seront par le régime public plus tard cette année.

Le budget de l'Ontario pour 2018 prévoit offrir la couverture de l'Assurance-santé Plus aux 2,6 millions d'ânés dans toute la province à compter du 1^{er} avril 2019. Ainsi, les personnes de 65 ans et plus ne paieraient plus de franchise ni de quote-part pour les médicaments d'ordonnance couverts par le régime provincial. Cette couverture élargie aura des répercussions importantes sur les régimes privés à l'intention des retraités.

Toujours dans son budget de 2018, le gouvernement de l'Ontario propose de mettre sur pied un nouveau régime pour les médicaments sur ordonnance et les soins dentaires qui rembourserait 80 % du coût des médicaments admissibles et des consultations chez le dentiste. Les plafonds, pour les médicaments et les soins dentaires, seraient les suivants : 400 \$ pour les personnes seules et 600 \$ pour les couples, plus 50 \$ pour chaque enfant. Ce régime vise à couvrir 25 % des Ontariens en âge de travailler qui ne bénéficient pas d'un régime de soins de santé. Pour entrer en vigueur, ce régime doit évidemment être adopté par l'assemblée législative et être reconduit à la suite de la prochaine élection provinciale.

Médicaments biosimilaires. Erelzi^{MC} (médicament biosimilaire d'Enbrel^{MD}) a été ajouté au régime public d'assurance médicaments de l'Ontario pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde, de la spondylarthrite ankylosante et de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire. Comme dans les autres provinces, Enbrel^{MD} sera encore couvert pour les patients qui prennent déjà ce médicament. Par contre, contrairement aux autres provinces, Basaglar^{MC} et Lantus[®] sont couverts par le Programme de médicaments de l'Ontario. De plus, l'Ontario a aussi ajouté Grastofil^{MD} (médicament biosimilaire de Neupogen^{MD}) au PMO en décembre 2016 sur sa liste de médicaments provinciale alors que Neupogen^{MD} est un médicament à usage restreint.

QUÉBEC

TENDANCES EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS POUR LES RÉGIMES PRIVÉS

La tendance globale relative aux régimes privés au Québec s'est établie à seulement 1,9 % en 2017. Toutefois, les dépenses en médicaments par demandeur demeurent les plus élevées au pays (987 \$ par rapport à 822 \$ dans le reste du Canada).

Le coût par ordonnance a augmenté de 1,7 % en 2017, alors que l'utilisation a connu une hausse de 0,2 %. Les dépenses en médicaments de spécialité dépassent légèrement la moyenne nationale (soit 33 % comparativement à 31 % ailleurs au Canada) et ont connu une hausse de 0,7 % par rapport à 2016. Par contre, le taux d'exécution des génériques a augmenté de 2 % pour atteindre 62,5 %, ce qui se rapproche du taux dans le reste du Canada (63,4 %). Cela a permis de réduire la tendance en matière de médicaments au Québec.

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION TOUCHANT LE RÉGIME PUBLIC

Médicaments biosimilaires. Enbrel^{MD} et Lantus ne figurent plus sur la liste de médicaments de la RAMQ. Ils ont été remplacés par Erelzi^{MC} et Basaglar^{MC} pour tous les nouveaux patients. Les patients qui avaient obtenu l'autorisation de prendre Enbrel^{MD} ou Lantus[®] (avant le mois d'août 2017) demeurent couverts.

Élimination des frais accessoires. Depuis le 26 janvier 2017, le gouvernement du Québec a rendu illégale la facturation de services couverts (frais accessoires) qu'un professionnel de la santé demandait à un patient, peu importe si ce dernier était couvert par le Régime général d'assurance médicaments ou par un régime privé. La RAMQ a créé un pseudo-DIN que les pharmaciens peuvent utiliser aux fins du remboursement des bandelettes CoaguChek^{MC} qui servent au suivi des patients qui prennent des anticoagulants.

Limite sur la couverture. Depuis mai 2017, la RAMQ impose une limite aux personnes qui prennent des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et qui utilisent des bandelettes de glycémie. Cette limite vise à promouvoir une utilisation optimale des médicaments et à réduire les coûts. Le Québec est l'une des dernières provinces à adopter de telles règles. Par exemple, l'Ontario a adopté une limite semblable en 2013, la Colombie-Britannique en 2015 et Terre-Neuve-et-Labrador en 2016.

- Un approvisionnement annuel maximal de 90 jours d'IPP est désormais remboursé, sauf lorsque le patient souffre de l'une des maladies chroniques désignées par la RAMQ. Un code d'exception doit figurer sur la nouvelle ordonnance d'un médicament indiqué pour traiter l'une de ces maladies chroniques pour prolonger la durée du traitement pendant 12 ou 24 mois.
- Un maximum annuel de 200 bandelettes de glycémie est remboursé aux patients atteints de diabète qui prennent ou non des médicaments (à l'exclusion de l'insuline, des sulfonylurées et de la répaglinide). Ce maximum passe à 400 pour les patients qui prennent des médicaments (y compris la répaglinide et les sulfonylurées) et à 3 000 pour les patients qui prennent de l'insuline.

Le tableau ci-dessous montre la proportion des dépenses prévues pour ces deux produits. Les dépenses inférieures associées aux IPP s'expliquent par la réduction du prix de trois molécules génériques : rabéprazole (prix correspondant à 18 % de celui du médicament breveté), pantoprazole (prix correspondant à 15 % de celui du médicament breveté) et oméprazole (prix correspondant à 18 % de celui du médicament breveté). Cette réduction de prix est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2017 conformément à l'entente sur le prix des génériques conclue par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique.

PROPORTION DES DÉPENSES TOTALES RELATIVES AUX BANDELETTES DE GLYCÉMIE ET AUX IPP

	INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP)	BANDELETTES DE GLYCÉMIE
2017	2,9 %	1,2 %
2016	3,3 %	1,3 %
DIFFÉRENCE	- 0,4 %	- 0,1 %

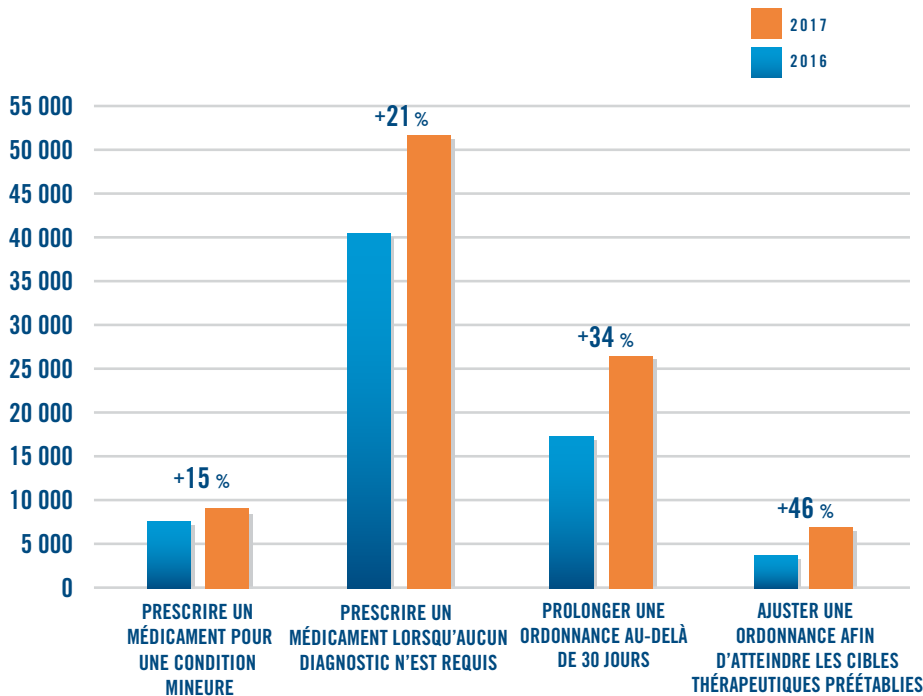
AUTRES DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION AU QUÉBEC

Le point sur la Loi modifiant la Loi sur la pharmacie (projet de loi 41). Depuis juin 2015, la Loi modifiant la Loi sur la pharmacie permet aux pharmaciens d'offrir des services professionnels facturables à la population québécoise. Ces services portent sur ce qui suit :

- Prescrire un médicament pour traiter un problème mineur.
- Prescrire un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis.
- Prolonger une ordonnance au-delà de 30 jours.
- Rajuster une ordonnance afin d'atteindre les cibles thérapeutiques préétablies.

La ventilation des demandes de règlement pour ces quatre services est demeurée inchangée entre 2016 et 2017. De fait, les participants aux régimes privés sont plus jeunes et travaillent encore; ils sont actifs et voyagent davantage. Par conséquent, ils prennent plus de médicaments pour prévenir les maladies du voyageur (malaria et diarrhée du voyageur) ainsi que pour les problèmes liés à la grossesse (prévention de la nausée et multivitamines).

NOMBRE DE DEMANDES DE RÈGLEMENT PAR SERVICE PHARMACEUTIQUE



Le nombre de demandes de règlement associées aux services précisés dans la Loi modifiant la Loi sur la pharmacie a augmenté de 26 % par rapport à 2016. Le service qui a connu l'augmentation la plus importante est le rajustement d'une ordonnance afin d'atteindre les cibles thérapeutiques préétablies (46 %), même s'il demeure bon dernier en ce qui concerne le nombre de demandes de règlement. C'est là l'une des nombreuses conséquences de l'abolition des frais accessoires qui étaient demandés lors du suivi d'un traitement par anticoagulants. En effet, le pharmacien facture maintenant ces frais, car les centres médicaux ne peuvent plus le faire. Une partie des frais associés aux suivis est donc transférée aux régimes privés. Par ailleurs, les dispositions de la Loi modifiant la Loi sur la pharmacie sont maintenant bien connues au Québec. Les professionnels connaissent mieux les services que les pharmaciens peuvent offrir. On pourrait donc constater une augmentation du nombre de ce type de demandes de règlement à l'avenir.

Factures détaillées à la pharmacie. Depuis septembre 2017, les factures produites par une pharmacie doivent indiquer le prix couvert par le Régime général d'assurance médicaments ainsi que les honoraires professionnels et la majoration, comme l'exige le projet de loi 92. Cette mesure vise à offrir plus de transparence relativement aux frais demandés aux patients. Ces derniers peuvent ainsi faire un choix plus éclairé en matière de pharmacie.

NOUVEAU-BRUNSWICK

TENDANCES EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS POUR LES RÉGIMES PRIVÉS

La tendance globale relative aux régimes privés au Nouveau-Brunswick s'est établie à 3,8 % en 2017. Le coût par ordonnance a augmenté de 3,5 % et l'utilisation de 0,3 %. Les dépenses relatives aux médicaments de spécialité continuent à augmenter (33,5 % cette année comparativement à 32,9 % en 2016). Toutefois, elles suivent de près la moyenne nationale de 31 %. Au Nouveau-Brunswick, le régime public est le payeur de dernier recours. Par conséquent, les régimes privés doivent composer avec le fardeau financier que constituent les médicaments de spécialité.

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION TOUCHANT LE RÉGIME PUBLIC

Médicaments biosimilaires. Basaglar (médicament biosimilaire de Lantus) a été ajouté à la liste des médicaments de la province. Depuis le 1^{er} novembre 2017, aucune autre demande relative à la couverture de Lantus[®] n'a été approuvée, sauf pour les patients qui prenaient déjà ce médicament avant cette date. Brenzys[®] (médicament biosimilaire d'Enbrel^{MD}) a également été ajouté à la liste des médicaments pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylarthrite ankylosante, mais exige une autorisation spéciale. De plus, Grastofil^{MD} a été ajouté à la liste de médicaments en mai 2017 et nécessite une autorisation spéciale. Les demandes de couverture relatives à Grastofil^{MD} font l'objet d'une évaluation. Les patients qui prenaient déjà Neupogen^{MD}, le médicament breveté, avant mai 2017 pourront continuer à le faire jusqu'à l'expiration de l'autorisation spéciale.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

TENDANCES EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS POUR LES RÉGIMES PRIVÉS

La tendance globale relative aux régimes privés de l'Île-du-Prince-Édouard s'est établie à 5,4 % en 2017. Cela s'explique par une augmentation de 2,5 % de l'utilisation et de 2,9 % du coût par ordonnance. Les dépenses en médicaments de spécialité sont demeurées inchangées par rapport à 2016 (25,1 %). Le régime PharmaCare de l'Île-du-Prince-Édouard est le payeur de dernier recours depuis 2014.

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION TOUCHANT LE RÉGIME PUBLIC

Aucun développement digne de mention sur le plan législatif ou de la pratique de la pharmacie n'est survenu en 2017 dans cette province.

NOUVELLE-ÉCOSSE

TENDANCES EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS POUR LES RÉGIMES PRIVÉS

La tendance globale relative aux régimes privés en Nouvelle-Écosse s'est établie à 4,6 % en 2017. Cela s'explique par une hausse de 2 % de l'utilisation et de 2,6 % du coût par ordonnance. Les dépenses en médicaments de spécialité en Nouvelle-Écosse étaient de 34 %, soit le pourcentage le plus élevé au pays. De fait, le régime provincial étant le payeur de dernier recours, les régimes privés doivent par conséquent rembourser les coûteux médicaments de spécialité.

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION TOUCHANT LE RÉGIME PUBLIC

Médicaments biosimilaires. La Nouvelle-Écosse facilite elle aussi l'accès aux médicaments biosimilaires. Basaglar^{MC} (médicament biosimilaire de Lantus[®]) figure maintenant sur la liste des médicaments de la province et n'exige aucune autorisation. Brenzys[®] (médicament biosimilaire d'Enbrel^{MD}) est désormais approuvé pour les patients qui n'avaient jamais pris d'étanercept avant le 1^{er} novembre 2017 aux fins de traitement de la spondylarthrite ankylosante et de la polyarthrite rhumatoïde.

Nouveau fonds. La Nouvelle-Écosse a annoncé l'ajout d'un nouveau fonds dans le cadre du régime PharmaCare qui vise à couvrir le coût des anticancéreux administrés à la maison. Même si ce fonds existe depuis le début de l'année 2018, les demandes de règlement datées d'avril 2017 seront acceptées rétroactivement.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

TENDANCES EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS POUR LES RÉGIMES PRIVÉS

La tendance globale relative aux régimes privés à Terre-Neuve-et-Labrador s'est établie à 2,5 % en 2017. Cela s'explique par une augmentation de 3,0 % du coût par ordonnance et une diminution de 0,5 % de l'utilisation. On a remarqué une augmentation de 1 % des dépenses en médicaments de spécialité (32,4 %), ce qui est attribuable à l'augmentation du coût par ordonnance. À Terre-Neuve-et-Labrador, le régime public est le payeur de dernier recours.

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION TOUCHANT LE RÉGIME PUBLIC

Médicaments biosimilaires. Basaglar^{MC} a été ajouté à la liste des médicaments de la province. Toutefois, Lantus[®] est encore couvert pour les patients qui prenaient déjà ce médicament. Ces patients peuvent aussi prendre Basaglar^{MC} s'ils le souhaitent. Grastofil^{MD} a également été ajouté à la liste de médicaments à titre de filgrastim privilégié pour les patients qui ne l'ont jamais pris. Il doit cependant faire l'objet d'une autorisation spéciale. Neupogen^{MD} sera encore couvert pour les patients qui prennent déjà ce médicament, et ce, jusqu'à la fin de leur cycle de traitement.





SECTION IV.

L'HORIZON PHARMACEUTIQUE

PAGES 65 – 76



SECTION IV.

L'HORIZON PHARMACEUTIQUE

Dans la présente section, nous examinerons les tendances au sein du marché canadien et celles relatives aux médicaments en voie de développement.

FORCES DU MARCHÉ

MISE EN MARCHÉ DE GÉNÉRIQUES DE PREMIÈRE GÉNÉRATION EN 2017

La mise en marché de génériques de première génération a contribué à faire augmenter le taux d'exécution des génériques (TEG) au Canada. Le TEG est passé de 62,3 % de toutes les demandes de règlement en 2016 à 63,1 % de celles-ci en 2017. Les génériques ont entraîné une diminution des coûts en 2017 et continueront à le faire.

Les médicaments brevetés pour lesquels un générique a été offert en 2017 ont constitué 9,04 % des dépenses totales. Il s'agit d'une augmentation considérable par rapport à 2016. Cette année-là, l'arrivée à échéance de nombreux brevets n'a touché que 3,4 % des dépenses totales.

Dans le cas des médicaments traditionnels, l'interchangeabilité du générique avec le médicament breveté ne constitue pas un problème d'ordre clinique. Par conséquent, les promoteurs dont le régime prévoit la substitution générique obligatoire pourront réaliser des économies par suite de l'arrivée sur le marché de génériques.

Par contre, les médicaments de spécialité dont le brevet est arrivé à échéance en 2017 représentent la majeure partie des dépenses totales (6,64 %). Certains médicaments non biologiques contre le cancer et le VIH/SIDA ont vu leur brevet arriver à échéance en 2017. Puisque ces génériques sont interchangeables avec le médicament breveté correspondant, leur utilisation accrue pourrait entraîner une réduction des coûts des régimes privés qui prévoient la substitution générique obligatoire.



LE TEG EST PASSÉ DE 62,3 % DE TOUTES LES DEMANDES DE RÈGLEMENT EN 2016 À 63,1 % DE CELLES-CI EN 2017. LES GÉNÉRIQUES ONT ENTRAÎNÉ UNE DIMINUTION DES COÛTS EN 2017 ET CONTINUERONT À LE FAIRE.



MÉDICAMENTS BREVETÉS POUR LESQUELS UN GÉNÉRIQUE A ÉTÉ OFFERT EN 2017

CATÉGORIE	MÉDICAMENT BREVETÉ	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE	POURCENTAGE DES DÉPENSES TOTALES EN 2017
MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	BenzaClin®	phosphate de clindamycine, peroxyde de benzoyle	Acné	0,09 %
	Pulmicort® Nebuamp®	budésonide	Asthme/MPOC	0,10 %
	Pristiq ^{MD}	desvenlafaxine	Dépression	0,62 %
	Vimovo®	naproxène—esoméprazole	Douleur/inflammation	0,30 %
	Androgel®	testostérone	Hormonothérapie substitutive	0,22 %
	Edecrin®	acide éthacrynique	Hypertension artérielle	0,00 %
	Olmotec®	olmésartan médoxomil	Hypertension artérielle	0,15 %
	Olmotec Plus®	olmésartan médoxomil—hydrochlorothiazide	Hypertension artérielle	0,12 %
	Inspra ^{MD}	éplérénone	Hypertension artérielle	0,02 %
	Sporanox®	itraconazole	Infections	0,03 %
	Cancidas®	acétate de caspofongine	Infections	0,00 %
	Avelox® I.V.	chlorhydrate de moxifloxacine	Infections	0,00 %
	Suprax® 100 mg/5 ml	céfixime	Infections	0,01 %
	Diclectin®	doxylamine—pyridoxine	Maladies gastro-intestinales	0,18 %
	Dicetel®	bromure de pinavérium	Maladies gastro-intestinales	0,04 %
	Soriatane®	acitrétine	Maladies inflammatoires	0,03 %
Restasis®	cyclosporine	Maladies oculaires, divers	0,22 %	
MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ	Exjade ^{MD}	déférasirox	Antidotes/agents chélateurs	0,03 %
	Busulfex®	busulfan	Cancer	S. O.
	Iressa®	géfinitib	Cancer	0,02 %
	Vidaza®	azactadine	Cancer	S. O.
	Alkeran®	melphalan	Cancer	0,00 %
	Renvela®	carbonate de sevelamer	Maladies rénales et des voies urinaires	0,02 %
	Atripla ^{MD}	éfavirenz—emtricitabine—fumarate de ténofovir disoproxil	VIH/SIDA	0,11 %
	Viread ^{MD}	fumarate de ténofovir disoproxil	VIH/SIDA	0,22 %
	Reyataz ^{MD}	atazanavir	VIH/SIDA	0,02 %
	Truvada ^{MD}	emtricitabine—fumarate de ténofovir disoproxil	VIH/SIDA	0,29 %

MISE EN MARCHÉ DE MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES EN 2017

Un médicament biosimilaire est un médicament dont on a démontré le caractère très semblable à un médicament biologique déjà autorisé. Ce type de médicament n'est pas considéré comme un générique, car il n'est pas identique au médicament breveté de référence. Il fait toutefois l'objet d'une approbation à la suite d'un processus de comparaison poussé avec le médicament de référence.

L'arrivée sur le marché de médicaments biosimilaires favorise la concurrence et fait baisser les coûts nets. Même si les médicaments biosimilaires exercent une pression sur les prix des médicaments brevetés, leur adoption a été limitée jusqu'à présent. De fait, lorsqu'un médicament biosimilaire arrive sur le marché, il faut un certain temps avant que les médecins le prescrivent. C'est là une contrainte majeure, car ces médicaments ne sont pas interchangeables avec le médicament biologique de référence à la pharmacie. De plus, pour de nombreuses raisons, les biosimilaires ne sont pas toujours approuvés pour les mêmes indications que le médicament breveté de référence. Par exemple, certaines indications peuvent faire l'objet d'un brevet et ne sont donc pas autorisées. Santé Canada peut refuser d'approuver une indication pour des raisons scientifiques ou encore le fabricant peut choisir de demander l'approbation pour certaines indications seulement. L'utilisation de médicaments biosimilaires se limite souvent au traitement de patients qui ont récemment obtenu un diagnostic relativement à l'une des indications restreintes.

En 2017, de nouveaux médicaments biosimilaires de Remicade[®] et d'Enbrel^{MD}, deux médicaments très populaires, sont arrivés sur le marché. Des biosimilaires de ces deux médicaments existaient déjà (Brenzys[®] pour l'éтанercept et Inflectra^{MD} pour l'infliximab). Toutefois, l'arrivée de nouveaux médicaments biosimilaires pourrait entraîner davantage de concurrence. Par exemple, Erelzi^{MC} a été approuvé pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, tandis que Brenzys[®] ne peut être utilisé pour cette indication. Renflexis^{MC} a été approuvé aux fins de traitement de la colite ulcéreuse et de la maladie de Crohn chez les enfants, alors qu'Inflectra^{MD} est contre-indiqué chez les patients âgés de moins de 18 ans.

CATÉGORIE	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	NOM DU MÉDICAMENT BIOSIMILAIRE	MÉDICAMENT BIOLOGIQUE BREVETÉ DE RÉFÉRENCE	INDICATION COURANTE	% DES DÉPENSES TOTALES EN 2017
MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	Insulin lispro	Admelog ^{MC}	Humalog [®]	Diabète	0,34 %
MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ	étanercept	Erelzi ^{MC}	Enbrel ^{MD}	Maladies inflammatoires	1,43 %
	infliximab	Renflexis ^{MC}	Remicade [®]	Maladies inflammatoires	5,38 %



MÊME SI LES MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES EXERCENT UNE PRESSION SUR LES PRIX DES MÉDICAMENTS BREVETÉS, LEUR ADOPTION A ÉTÉ LIMITÉE JUSQU'À PRÉSENT.



NOUVEAUX MÉDICAMENTS DE MARQUE APPRouvÉS EN 2017 (EN ORDRE ALPHABÉTIQUE D'INDICATION COURANTE)

Les nouveaux médicaments de marque ont exercé une pression à la hausse sur les dépenses en 2017, et cette situation risque de continuer dans un avenir rapproché. Cela s'avère particulièrement exact pour les nouveaux médicaments très coûteux indiqués pour traiter des maladies rares, le cancer et les maladies inflammatoires. Sur le plan des médicaments traditionnels, de nouveaux antidiabétiques sont en voie de développement. En effet, six nouveaux médicaments ont été approuvés en 2017, y compris quatre nouvelles insulines.

CATÉGORIE	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	NOM DU MÉDICAMENT DE MARQUE	INDICATION COURANTE	
MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	iode – huile éthiote	Lipiodol Ultra Fluid ^{MD}	Agents diagnostics	
	extraits allergéniques – acariens et poussière de maison	Acarizax ^{MC}	Allergies	
	propionate de fluticasone	Aermony Respiclick ^{MC}	Asthme/MPOC	
	salbutamol	Baca Respiclick ^{MC}	Asthme/MPOC	
	système levonorgestrel intra-utérin	Kyleena [®]	Contraception	
	linagliptine—empagliflozine	Glyxambi ^{MC}	Diabète	
	insuline asparte	Fiasp [®]	Diabète	
	lixisénaïde	Adlyxine ^{MC}	Diabète	
	insuline humaine biosynthétique U-500	Entuzity ^{MC} KwikPen [®]	Diabète	
	insuline lispro	Humalog [®] Junior Kwikpen [®]	Diabète	
	insuline degludec	Tresiba [®]	Diabète	
	ibuprofène sodique	Advil ^{MD} migraine/Advil ^{MD} maux de tête/ Advil ^{MD} maux de tête et migraines	Douleur/inflammation	
	progestérone	Urogestan [®]	Hormonothérapie substitutive	
	permivir	Rapivab ^{MC}	Infections	
	chlorhydrate d'ivabradine	Lancora ^{MC}	Maladies cardiovasculaires	
	chlorhydrate de vernakalant	Brinavess TM	Maladies cardiovasculaires	
	ozénoxacine	Ozanex ^{MC}	Maladies de la peau	
	éluxadoline	Viberzi TM	Maladies gastro-intestinales	
	nétipitan—palonostérone	Akynzeo ^{MC}	Maladies gastro-intestinales	
	brexpiprazole	Rexulti ^{MC}	Maladies mentales	
	chlorhydrate de propivéline	Mictoryl [®]	Maladies rénales et des voies urinaires	
	chlorhydrate de ciprofloxacine—acétonide de fluocinolone	Otixa ^{MC}	Préparations oreilles, nez, gorge	
	immunoglobulines normales (humaines)	Cuvitru ^{MD}	Vaccins préventifs	
	immunoglobulines normales (humaines)	Flebogamma [®] 5 %/immunoglobulines 10 %	Vaccins préventifs	
	vaccin contre le méningocoque du groupe B	Trumenba ^{MC}	Vaccins préventifs	
	vaccin contre le zona	Shingrix ^{MD}	Vaccins préventifs	
	MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ	botulisme antitoxine heptavalent	BAT ^{MD}	Antidotes-agents chélateurs
		abobotulinumtoxinA	Dysport Aesthetic ^{MC} /Dysport Therapeutic ^{MC}	Agents cosmétiques
nécitumumab		Portrazza ^{MC}	Cancer	
thiotepa		tepadina [®]	Cancer	
atézolizumab		Tecentriq [®]	Cancer	
midostaurine		Rydapt ^{MC}	Cancer	
irinotécan liposomal		Onivyde [®]	Cancer	
glécaprévir—pibrentasvir		Maviret ^{MC}	Hépatite C	
sofosbuvir—velpatasvir—voxilaprévir		Vosevi ^{MC}	Hépatite C	
ténofovir alafénamide		Vemlidy ^{MC}	Infections	
letermovir		Prevmis TM	Infections	
défibrotide		Defitelio ^{MC}	Maladies cardiovasculaires	
dupilumab		Dupixent ^{MC}	Maladies de la peau	
acide obéticholique		Ocaliva [®]	Maladies gastro-intestinales	
sarilumab		Kevzara [®]	Maladies inflammatoires	
guselkumab		Tremfya TM	Maladies inflammatoires	
nitisinone		Orfadin ^{MD}	Maladies rares	
eliglustat		Cerdelga ^{MD}	Maladies rares	
nusinersen		Spinraza ^{MC}	Maladies rares	
migalastat		Galafold ^{MC}	Maladies rares	
bitartrate de mercaptamine		Procysbi ^{MC}	Maladies rénales et des voies urinaires	
daclizumab bêta		Zinbryta ^{MC}	Sclérose en plaques	
acétate de glatiramère		Glatect ^{MC}	Sclérose en plaques	
ocrélizumab		Ocrevus TM	Sclérose en plaques	
concentré de fibrinogène (humain)		Fibryna [®]	Troubles sanguins	
inhibiteur C1 (humain)		Haegarda TM	Troubles sanguins	
immunoglobuline (humaine) dirigée contre le bacille du charbon		Anthrasi ^{MD}	Vaccins préventifs	
emtricitabine—rilpivirine—ténofovir—alafénamide		Odesfey [®]	VIH/SIDA	

NOUVELLES INDICATIONS APPROUVÉES EN 2017 (EN ORDRE ALPHABÉTIQUE D'INDICATION COURANTE)

L'approbation de nouvelles indications continuera à faire augmenter les coûts, car un nombre croissant de médicaments sont approuvés pour traiter de nouvelles maladies. L'élargissement des indications pour les médicaments de spécialité coûteux contre le cancer et les maladies inflammatoires a créé une forte pression à la hausse sur les dépenses en médicaments.

CATÉGORIE	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE
MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	Victoza®	liraglutide	Diabète
	Mifegymiso ^{MD}	mifépristone—misoprostol	Gynécologie, divers
	Fraxiparine®	nadroparine calcique	Maladies cardiovasculaires
	Emend® IV	fosaprépitant diméglumine	Maladies gastro-intestinales
	Latuda ^{MD}	lurasidone	Maladies mentales
	Vimpat®	lacosamide	Troubles neurologiques
	Influvac®	vaccin antigrippal	Vaccins préventifs
	Panzyga®	immunoglobuline humaine	Vaccins préventifs
MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ	Dysport Aesthetic ^{MC} /Dysport Therapeutic ^{MC}	abobotulinumtoxinA	Agents cosmétiques
	Xolair ^{MD}	omalizumab	Asthme/MPOC
	Revlimid®	lénalidomide	Cancer
	Gazyva®	obinutuzumab	Cancer
	Imbruvica®	ibrutinib	Cancer
	Lupron Depot®	acétate de leuprolide	Cancer
	Darzalex®	daratumumab	Cancer
	Tarceva®	erlotinib	Cancer
	Opdivo ^{MD}	nivolumab	Cancer
	Tafinlar ^{MD}	dabrafenib	Cancer
	Mekinist ^{MD}	tramétinib	Cancer
	Ibrance ^{MC}	palbociclib	Cancer
	Blinicyto ^{MD}	blinatumomab	Cancer
	Keytruda®	pembrolizumab	Cancer
	Adcetris ^{MC}	brentuximab védotine	Cancer
	Halaven ^{MD}	mésylate d'éribuline	Cancer
	Xalkori ^{MD}	crizotinib	Cancer
	Stivarga®	regorafenib	Cancer
	Lenvima®	mésylate de lenvatinib	Cancer
	Mavenclad ^{MC}	cladribine	Cancer
	Faslodex®	fulvestrant	Cancer
	Afinitor ^{MD} Disperz ^{MC}	évérolimus	Cancer
	Orkambi ^{MD}	lumacaftor—ivacaftor	Fibrose kystique
	Harvoni ^{MD}	lédipasvir—sofosbuvir	Hépatite C
	Technivie ^{MC}	ombitasvir—paritaprèvir—ritonavir	Hépatite C
	Galexos®	simprévir	Hépatite C
	Stelara®	ustékinumab	Maladies inflammatoires
	Enbrel ^{MD}	étanercept	Maladies inflammatoires
	Kineret ^{MD}	anakinra	Maladies inflammatoires
	Actemra S.C.®	tocilizumab	Maladies inflammatoires
	Eylea®	aflibercept	Maladies oculaires, dégénérescence maculaire
	Ilaris ^{MD}	canakinumab	Maladies rares
Prolastin®-C	inhibiteur de l'alpha ₁ -protéïnase	Maladies rares	
Berineret®	inhibiteur de la C1 estérase, humaine	Troubles sanguins	
Niastase RT®	eptacog alfa	Troubles sanguins	
Revolade ^{MD}	eltrombopag olamine	Troubles sanguins	
Tivicay ^{MD}	dolutégravir	VIH/SIDA	
Triumeq ^{MD}	abacavir—dolutégravir—lamivudine	VIH/SIDA	

REGARD SUR L'AVENIR...

MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT

À l'heure actuelle, de nombreux médicaments biosimilaires sont en voie de développement. On s'attend à ce qu'ils soient approuvés au Canada en 2018 ou d'ici quelques années. Un plus grand nombre de médicaments biosimilaires entraînera plus de concurrence ainsi que des économies plus importantes en raison de leur coût inférieur et du recours à des ententes relatives aux listes de produits.

MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES EN COURS D'EXAMEN PAR SANTÉ CANADA

MÉDICAMENT NOVATEUR	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	POURCENTAGE DES DÉPENSES TOTALES EN 2017	PRÉSENTATION À SANTÉ CANADA	DATE PRÉVUE D'APPROBATION
Neulasta ^{MD} (pegfilgrastim)	Troubles sanguins	0,54 %	Février - juin 2017	2018
Humira [®] (adalimumab)	Maladies inflammatoires	4,01 %	Avril 2017	2019-2021
Rituxan [®] (rituximab)	Cancer	0,20 %	Septembre 2017	2019-2021
Avastin [®] (bevacizumab)	Cancer	0,08 %	Février 2017	2020-2022
Herceptin [®] (trastuzumab)	Cancer	0,004 %	Juin-octobre-novembre 2017	2019-2021

MÉDICAMENTS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT

MALADIES RARES : LE PARADOXE DE LA RARETÉ

Les maladies rares sont des maladies sérieuses qui changent la vie des personnes atteintes et qui entraînent souvent des répercussions catastrophiques pour les patients et leur famille. Parfois appelées maladies orphelines, les maladies rares touchent moins de cinq personnes sur 10 000 au Canada. Même si chaque maladie est rare, plus de 7 000 maladies rares sont reconnues à l'heure actuelle. Leurs répercussions sont donc considérables. De fait, un Canadien sur 12 — soit près de 3 millions de personnes — souffre de l'une de ces maladies. La prévalence de cette maladie se compare à celle du diabète, l'une des maladies chroniques les plus courantes au pays, car elle touche plus de 3,4 millions de Canadiens. À l'heure actuelle, des traitements ont été approuvés pour moins de 5 % des 7 000 maladies rares.

Qu'il s'agisse de mortalité précoce ou d'urgence critique, les patients qui sont atteints d'une maladie rare doivent composer avec une réalité difficile. En raison de leur origine génétique, plus de la moitié des maladies rares sont diagnostiquées dès l'enfance.

Le traitement des maladies rares fait l'objet de nombreuses recherches et de nombreux développements. C'est un secteur novateur en pleine croissance. Entre 2013 et 2017, 85 médicaments orphelins ont été approuvés et plus de 500 molécules sont en voie de développement. En raison du nombre peu élevé de personnes qui souffrent de chaque maladie, les médicaments utilisés pour traiter les maladies rares ont tendance à être extrêmement coûteux. D'ailleurs, le coût annuel par patient associé à certaines maladies rares peut être supérieur à 500 000 \$.

Le tableau ci-dessous présente des exemples de demandes de règlement pour des médicaments coûteux qui ont été soumises à des régimes privés en 2017.

LE FARDEAU ÉCONOMIQUE DES MALADIES RARES

Les médicaments extrêmement chers représentent un défi de taille sur le plan des coûts et des soins

MÉDICAMENT ET INDICATION	PRÉVALENCE	COÛT ANNUEL PAR TRAITEMENT	POURCENTAGE DES DÉPENSES TOTALES EN 2017
MYOZYME® Maladie de Pompe	1 sur 40 000 naissances	637 225 \$*	0,03 %
ILARIS^{MD} Syndrome périodique associé à la cryopirine (CAPS)	1 sur 500 000 - 1 000 000	123 753 \$– 561 017 \$	0,09 %
VIMIZIM® MPS IV A (maladie de Morquio)	1 sur 200 000 – 300 000	997 568 \$*	0,15 %
CEREZYME® Maladie de Gaucher, types I et III	1 sur 100 000	511 680 \$*	0,02 %

* Estimation (posologie fondée sur le poids)

Même si la prévalence des maladies rares et l'utilisation de ces médicaments demeurent faibles, cela représente un lourd fardeau économique pour les régimes qui sont touchés. Puisque l'accès aux médicaments indiqués pour traiter une maladie rare constitue souvent l'unique solution pour sauver la vie du patient, le traitement est souvent une question de vie ou de mort. De plus, les patients prendront probablement ces médicaments pendant toute leur vie. Ces médicaments extrêmement coûteux présentent des défis sur le plan des coûts et des soins.

LES THÉRAPIES GÉNIQUES SONT TRÈS PROMETTEUSES, MAIS COÛTENT TRÈS CHER

Parmi les médicaments en voie de développement, les thérapies géniques sont très prometteuses. Près de 4 000 maladies sont associées à un trouble génétique, et il n'existe souvent aucun traitement pour bon nombre d'entre elles. Plus de 1 500 traitements potentiels sont à l'étape de la recherche et du développement. Près de 600 d'entre eux ciblent les cancers et 500 sont destinés à traiter des maladies débilitantes ou mortelles.

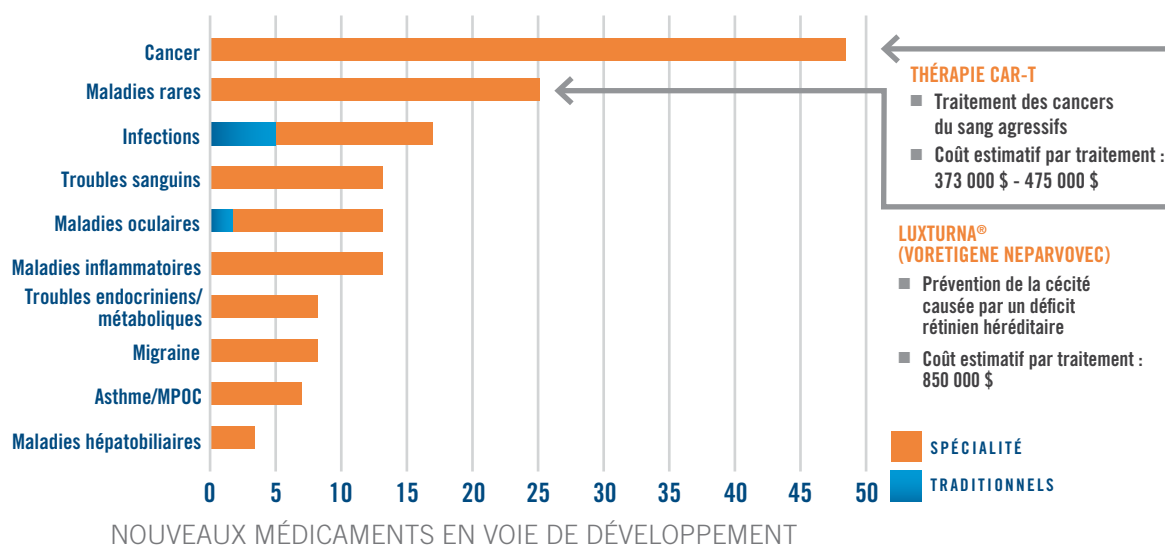
Les thérapies géniques visent l'introduction de gènes dans l'ADN d'une personne afin de remplacer un gène défectueux ou manquant à l'origine de la maladie. Contrairement à presque tous les autres médicaments qui doivent être pris à répétition, les thérapies géniques sont administrées une seule fois. Comme de nombreuses thérapies géniques ciblent des maladies extrêmement rares, elles sont utilisées par très peu de patients. Il s'ensuit que le partage des frais que les fabricants engagent n'est pas assez important pour réduire le coût des recherches, du développement et de la mise en marché. Le prix de ces thérapies est donc exorbitant.

SECTION IV. L'HORIZON PHARMACEUTIQUE

De nombreux médicaments très coûteux sont en voie de développement et exercent une pression à la hausse sur les dépenses. Le graphique ci-dessous montre certains produits en voie de développement qui font l'objet d'un suivi, notamment les médicaments qui sont rendus aux essais cliniques de phase III. La plupart de ces produits sont des médicaments de spécialité très coûteux qui feront augmenter les dépenses des régimes privés.

LES MÉDICAMENTS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT AUGMENTERONT LA PRESSION SUR LES COÛTS

Certaines thérapies géniques sont sur le point d'être mises en marché



Les principaux médicaments en voie de développement sont des anticancéreux. Les traitements comprennent des molécules ciblées qui contribuent à minimiser la toxicité afin d'éviter les dommages aux cellules saines. Pensons aux thérapies géniques CAR-T pour traiter les leucémies et dont le coût peut se situer entre 373 000 \$ et 475 000 \$ pour un seul traitement.

Santé Canada examine présentement deux thérapies géniques CAR-T : Kymriah® et Yescarta®. Kymriah® (tisagenlecleucel) est utilisé chez les enfants et les adolescents atteints de formes sévères de leucémie aiguë lymphoblastique. Le médicament est personnalisé et repose sur des versions modifiées des cellules immunitaires du patient qui ciblent et tuent les cellules touchées par la leucémie. Yescarta® (axicabtagène ciloleucel) est utilisé chez les patients atteints de certaines formes de lymphome non hodgkinien et d'autres lymphomes à grandes cellules B.

Luxturna® (voretigène neparvovec-rzyl) est une autre thérapie génique en voie de développement. Ce médicament sert à traiter les enfants et les adultes atteints d'une maladie héréditaire de la rétine qui, au fil du temps, peut entraîner la cécité. Le coût estimatif de Luxturna® est de 850 000 \$ par traitement. Le traitement doit être administré séparément dans chaque œil, à au moins six jours d'intervalle entre chaque opération. Le médicament est administré par injection subrétinale par un chirurgien spécialiste de la chirurgie intraoculaire, ce qui signifie que le patient séjournera probablement à l'hôpital. Par conséquent, le coût de ce traitement n'aura pas d'incidence sur les régimes privés au Canada.

Les thérapies géniques seront la source de percées remarquables. Or, le prix extrêmement élevé de ces thérapies exercera une pression à la hausse sur les dépenses. À mesure que ces traitements salvateurs et révolutionnaires seront développés, de nouveaux modèles de remboursement devront être conçus pour garder le contrôle sur les coûts.

Vous trouverez, dans l'annexe, une liste de nouveaux médicaments brevetés qui seront approuvés à court ou à moyen terme.

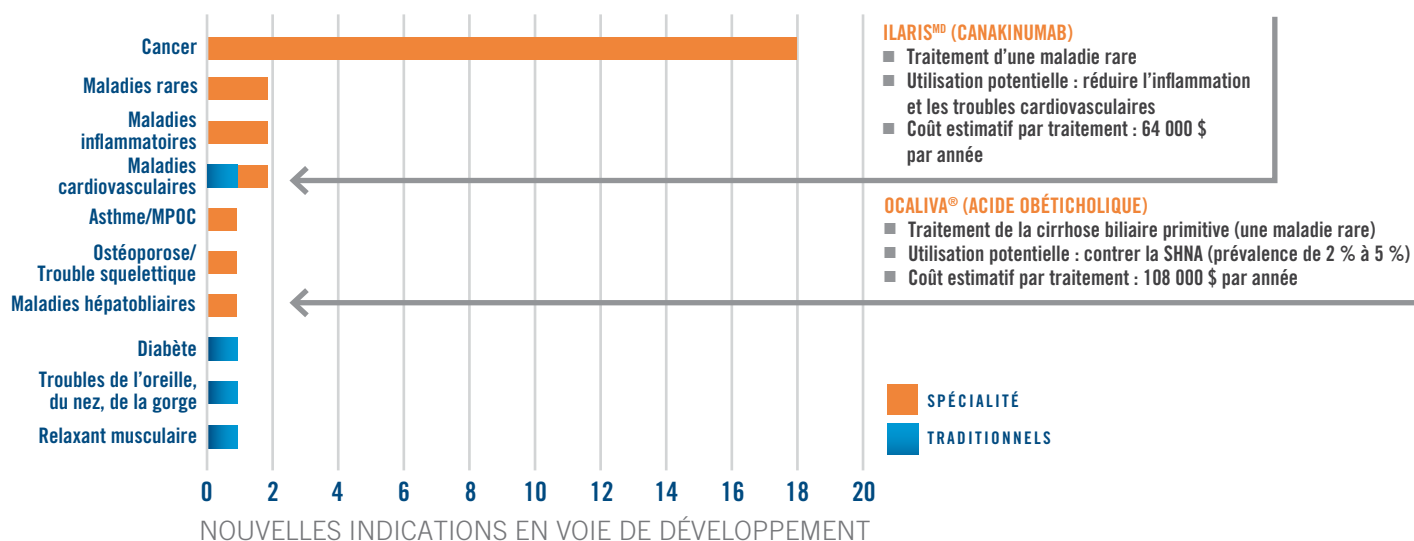
UTILISATION ACCRUE DE MÉDICAMENTS TRÈS CÔUTEUX

L'élargissement des indications de médicaments existants exercera également une pression à la hausse sur les dépenses des régimes. En effet, des médicaments de spécialité très coûteux serviront désormais à traiter des maladies plus répandues.

Un grand nombre d'anticancéreux existants font l'objet d'un examen en vue d'élargir leur indication pour traiter d'autres types de tumeurs. Par conséquent, ils seront davantage utilisés et feront augmenter les dépenses dans la classe thérapeutique du cancer. Le graphique ci-dessous montre certaines indications que nous surveillons parmi les médicaments en voie de développement, notamment ceux qui sont rendus aux essais cliniques de phase III.

L'ÉLARGISSEMENT DES INDICATIONS AUGMENTERA LA PRESSION SUR LES CÔÛTS

Les indications des médicaments de spécialité s'élargissent et s'appliquent à des affections plus répandues



Des médicaments de spécialité indiqués pour traiter des maladies rares pourraient être approuvés pour des maladies plus répandues. Ainsi, de nouvelles indications pourraient très prochainement être ajoutées pour Ocaliva[®] (acide obéticholique) et Ilaris^{MD} (canakinumab). L'utilisation de ces médicaments risque donc d'augmenter.

Ocaliva[®] a été approuvé en 2017 pour traiter la cirrhose biliaire primitive, une maladie rare dont la prévalence était de seulement 19 à 402 cas par million de personnes. Le coût annuel d'Ocaliva[®] pour le traitement de la cirrhose biliaire primitive est de 38 000 \$. La prochaine indication d'Ocaliva[®] portera sur la stéatohépatite non alcoolique ou SHNA. La SHNA est une maladie du foie qui peut évoluer en cirrhose, en insuffisance hépatique et en cancer. La prévalence de la SHNA se situe entre 2 % et 5 %. Le coût annuel estimatif d'Ocaliva[®] pour le traitement de la SHNA est de 108 000 \$. Désormais, Ocaliva[®] pourrait être utilisé pour traiter des maladies plus courantes. Or, son prix est toujours celui d'un médicament indiqué pour traiter une maladie rare.

Ilaris^{MD}, un médicament approuvé pour le traitement de nombreuses maladies inflammatoires rares, cible l'interleukine-1 bêta (IL-1 β) en prévenant la production de médiateurs inflammatoires. Ce médicament pourrait être indiqué pour réduire le risque d'événements cardiovasculaires majeurs chez les patients qui ont déjà subi une crise cardiaque ou qui souffrent d'athérosclérose. L'étude CANTOS (*Canakinumab Anti-inflammatory Thrombosis Outcomes Study*) a démontré une réduction du risque d'événements cardiovasculaires majeurs et de décès chez les patients qui ont déjà subi une crise cardiaque ou qui souffrent d'athérosclérose inflammatoire. Le coût annuel estimatif d'Ilaris^{MD} est de 64 000 \$ pour cette indication, ce qui est de 200 à 250 fois plus élevé que celui des médicaments traditionnels indiqués pour l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie.

Vous trouverez dans l'annexe, une liste de médicaments très coûteux en voie de développement ainsi que de nouvelles indications que Santé Canada examine actuellement.

En l'absence d'une réponse proactive, les nouveaux médicaments très coûteux en voie de développement et les nouvelles indications continueront d'exercer une pression à la hausse sur les dépenses des régimes à l'avenir.





ANNEXE

MÉDICAMENTS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT

PAGES 77 – 82



ANNEXE

MÉDICAMENTS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT

NOUVEAUX MÉDICAMENTS DE MARQUE EN VOIE D'APPROBATION (EN ORDRE ALPHABÉTIQUE D'INDICATION COURANTE)

CATÉGORIE	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE
MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	furoate de fluticasone, bromure d'uméclidinium, vilantérol (trifénatate)	Asthme/MPOC
	propionate de fluticasone, xinafoate de salmétérol	Asthme/MPOC
	fumarate de formotérol dihydraté, bromure de glycopyrronium	Asthme/MPOC
	pidolate d'ertugliflozine	Diabète
	pidolate d'ertugliflozine, chlorhydrate de metformine	Diabète
	pidolate d'ertugliflozine, phosphate de sitagliptine monohydraté	Diabète
	insuline dégludec, liraglutide	Diabète
	insuline glargine	Diabète
	insuline glargine, lixisénatide	Diabète
	semaglutide	Diabète
	chlorhydrate de buprénorphine	Douleur/inflammation
	erenumab	Douleur/inflammation
	méthoxyflurane	Douleur/inflammation
	oxycodone	Douleur/inflammation
	estriol, lactobacillus acidophilus	Hormonothérapie substitutive
	tibolone	Hormonothérapie substitutive
	fumarate de bisoprolol	Hypertension artérielle
	perindopril arginine	Hypertension artérielle
	ivermectine	Infections
	valérate de bétaméthasone, acide fusidique	Maladies de la peau
	crisaborole	Maladies de la peau
	dermatophagoides farinae, dermatophagoides pteronyssinus	Maladies de la peau
	duroate de mométasone	Maladies de la peau
	calcifédiol	Maladies de la vessie et des voies urinaires
	oxyhydroxyde sucro-ferrique	Maladies de la vessie et des voies urinaires
	cinnarizine, diménhydrinate	Maladies gastro-intestinales
	mésalazine	Maladies gastro-intestinales
	brodalumab	Maladies inflammatoires
	acétonide de fluocinolone	Maladies oculaires
	ciclosporine	Maladies oculaires, divers
	prastérolone	Médecine alternative
	romosozumab	Ostéoporose/troubles osseux
	chlorhydrate de bupropion, chlorhydrate de naltrexone	Perte de poids
	chlorhydrate de lorcasérine	Perte de poids
	suvorexant	Sédatifs/hypnotiques
	dérisomaltose ferrique	Troubles sanguins
	Hémagglutinine-souche A(H1N1), hémagglutinine-souche A(H3N2), hémagglutinine-souche B(Victoria), hémagglutinine-souche B(Yamagata)	Vaccins préventifs
	immunoglobuline G (humaine)	Vaccins préventifs

Nota : Certains médicaments de cette liste ont peut-être été approuvés peu avant la publication du présent rapport.

ANNEXE MÉDICAMENTS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT

CATÉGORIE	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE
MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ	avélumab	Cancer
	bélinostat	Cancer
	bévacizumab	Cancer
	brigatinib	Cancer
	cabozantinib	Cancer
	durvalumab	Cancer
	elagolix	Cancer
	inotuzumab ozogamicine	Cancer
	pralatrexate	Cancer
	ribociclib	Cancer
	rituximab	Cancer
	trastuzumab	Cancer
	ivacaftor, tezacaftor	Fibrose kystique
	cidofovir	Infections
	patiromer sorbitex calcium	Maladies de la vessie et des voies urinaires
	télotristat étiprate	Maladies gastro-intestinales
	adalimumab	Maladies inflammatoires
	baricitinib	Maladies inflammatoires
	cellules hépatiques humaines hétérologues	Maladies rares
	prabotulinumtoxinea	Relaxant musculaire
	facteur antihémophilique (humain), facteur de von Willebrand (humain)	Troubles sanguins
	damoctocog alfa pégol	Troubles sanguins
	pegfilgrastim	Troubles sanguins
	bictégravir de sodium, emtricitabine, hémifumarate de ténofovir alafénamide	VIH/SIDA
	cobicistat, éthanolate de darunavir, emtricitabine, hémifumarate de ténofovir alafénamide	VIH/SIDA
dolutégravir sodique, chlorhydrate de rilpivirine	VIH/SIDA	
doravirine	VIH/SIDA	

Nota : Certains médicaments de cette liste ont peut-être été approuvés peu avant la publication du présent rapport.

NOUVELLES INDICATIONS EN VOIE D'APPROBATION (EN ORDRE ALPHABÉTIQUE D'INDICATION COURANTE)

CATÉGORIE	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE
MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	gadotérate de méglumine	Agents diagnostiques
	furoate de fluticasone	Allergie
	acétate d'abiratéron	Cancer
	lévonorgestrel	Contraception
	chlorhydrate de vilazodone	Dépression
	canagliflozine	Diabète
	canagliflozine, chlorhydrate de metformine	Diabète
	empagliflozine	Diabète
	empagliflozine, linagliptine	Diabète
	exenatide	Diabète
	insuline degludec	Diabète
	linagliptine	Diabète
	acétate de bazédoxifène, estrogènes conjugués	Hormonothérapie substitutive
	apixaban	Maladies cardiovasculaires
	énoxaparine sodique	Maladies cardiovasculaires
	rivaroxaban	Maladies cardiovasculaires
	tinzaparine sodique	Maladies cardiovasculaires
	acétate d'eslicarbazépine	Maladies neurologiques
	acétate d'eslicarbazépine	Maladies neurologiques
	pérampanel	Maladies neurologiques
	dénosumab	Ostéoporose/troubles osseux
	acétate de lanréotide	Troubles endocriniens (métaboliques)
	brexpiprazole	Troubles mentaux
	chlorhydrate de lurasidone	Troubles mentaux
	immunoglobuline humaine	Vaccins préventifs
	Vaccin contre l'encéphalite japonaise, inactivé	Vaccins préventifs
	antigène polysaccharidique du méningocoque de groupes A, C, W-135, et Y, anatoxine tétanique	Vaccins préventifs
	vésicules de membrane externe (neisseria meningitidis groupe B souche NZ98/254), protéine NHBA hybride recombinante de neisseria meningitidis du sérotype B, protéine NadA recombinante de neisseria meningitidis du sérotype B, protéine fHBP hybride recombinante de neisseria meningitidis du sérotype B	Vaccins préventifs

Nota : Certains médicaments de cette liste ont peut-être été approuvés peu avant la publication du présent rapport.

ANNEXE MÉDICAMENTS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT

CATÉGORIE	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE
MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ	mépolizumab	Asthme/MPOC
	dimaléate d'afatinib	Cancer
	alectinib	Cancer
	atézolizumab	Cancer
	bévacizumab	Cancer
	fumarate de bisoprolol	Cancer
	dabrafénib	Cancer
	daratumumab	Cancer
	midostaurine	Cancer
	nilotinib	Cancer
	nivolumab	Cancer
	obinutuzumab	Cancer
	olaparib	Cancer
	mésylate d'osimertinib	Cancer
	pembrolizumab	Cancer
	pertuzumab	Cancer
	rituximab	Cancer
	malate de sunitinib	Cancer
	trametinib	Cancer
	ixékizumab	Diabète
	évolocumab	Hypercholestérolémie
	abatacept	Maladies inflammatoires
	certolizumab pégol	Maladies inflammatoires
	golimumab	Maladies inflammatoires
	sarilumab	Maladies inflammatoires
	tofacitinib	Maladies inflammatoires
	abobotulinumtoxineA	Relaxant musculaire
	incobotulinumtoxineA	Relaxant musculaire
	onabotulinumtoxineA	Relaxant musculaire
	pasiréotide	Troubles endocriniens (métaboliques)
somatropine	Troubles endocriniens (métaboliques)	
facteur antihémophilique (recombinant), pégylé	Troubles sanguins	
cobicistat, elvitégravir, emtricitabine, hémifumarate de ténofovir alafénamide	VIH/SIDA	
dolutégravir	VIH/SIDA	

Nota : Certains médicaments de cette liste ont peut-être été approuvés peu avant la publication du présent rapport.

À PROPOS D'EXPRESS SCRIPTS CANADA^{MD}

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 ses méthodes exclusives de veille de la clientèle et à son approche centrée sur le patient, 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 notre site Web à l'adresse suivante : FR.EXPRESS-SCRIPTS.CA.

AUTEUR PRINCIPAL

JOHN HERBERT, MBA

Directeur, Stratégies d'entreprise, développement de produits et services cliniques

COAUTEURS

AARON AOKI, détenteur du permis d'exercice de l'Ordre professionnel des pharmaciens, B. Sc. Phm, MBA, CRE, CDE

Pharmacien clinicien

FARAH BELAYADI, Pharm. D.

Pharmacienne clinicienne

SUZANNE EASO, détentrice du permis d'exercice de l'Ordre professionnel des pharmaciens, B. Sc. Phm

Pharmacienne clinicienne

COLLABORATEURS

MAI KHALIL, B. Sc. Phm

Adjointe, Services cliniques

STEVE KIM, B. Sc. (math.)

Analyste, Service de production des rapports

PETER MA, technicien agréé en pharmacie

Adjoint, Services cliniques

PRETHA NAGARATNAM, B. Sc. Phm

Adjointe, Services cliniques

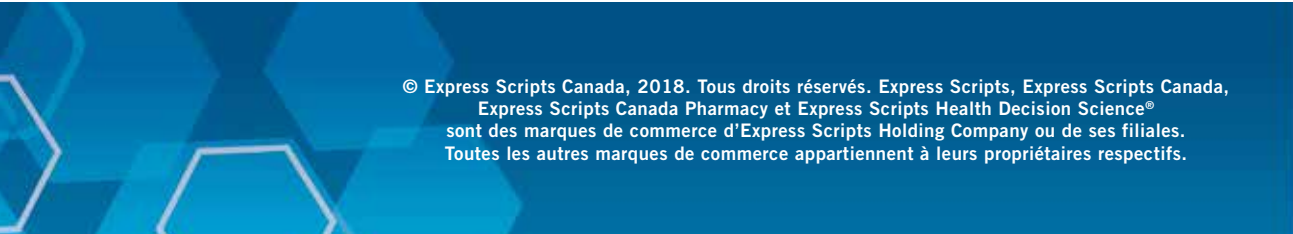
RAMANJEET SINGH, baccalauréat en sciences de la santé

Adjointe, Services cliniques

RUI YAN, Ph. D.

Scientifique des données

Les auteurs tiennent à remercier les nombreux employés d'Express Scripts Canada qui ont consacré temps et efforts en vue de la rédaction du rapport d'express scripts canada sur les tendances en matière de médicaments d'ordonnance.



© Express Scripts Canada, 2018. Tous droits réservés. Express Scripts, Express Scripts Canada, Express Scripts Canada Pharmacy et Express Scripts Health Decision Science® 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.





EXPRESS SCRIPTS®

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, des patients et de ses employés. 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, 10^e étage
Mississauga (Ontario) L5R 3G5
Numéro sans frais : 1 888 677-0111
fr.express-scripts.ca

 @ExpressRxCanada

 Express Scripts Canada

 Express Scripts Canada