

EXPRESS SCRIPTS CANADA

RAPPORT SUR LES TENDANCES EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

© Express Scripts Canada, 2019. Tous droits réservés.

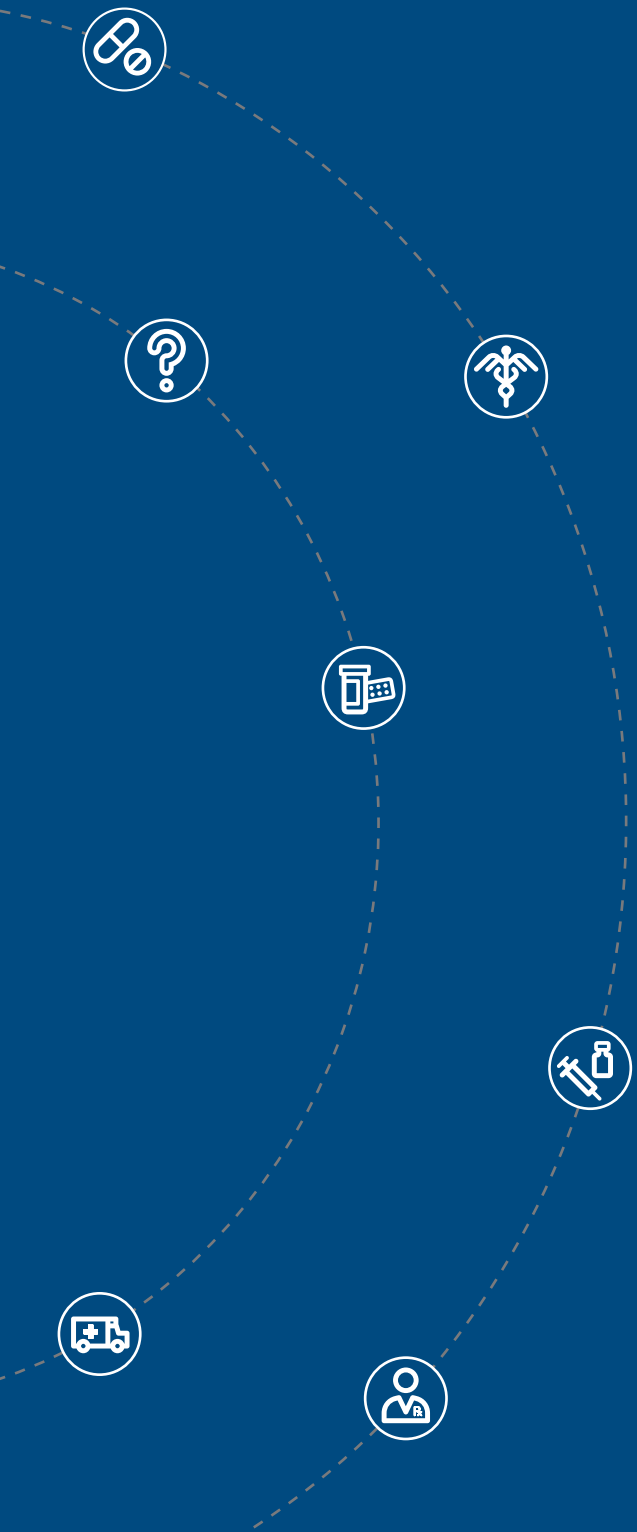


EXPRESS SCRIPTS®

TABLe DES MATIÈRES

SOMMAIRE	3
MÉTHODOLOGIE ET TERMINOLOGIE	9
• MÉTHODOLOGIE APPLIQUÉE DANS LE CADRE DE CE RAPPORT	11
SECTION 1	13
EXAMEN DES ENJEUX ET DES OCCASIONS À SAISIR	14
• DÉPENSES EN MÉDICAMENTS PAR DEMANDEUR	15
• SOUTIEN ET SOLUTIONS – MISE EN PLACE DE SOLUTIONS RELATIVES AUX RÉGIMES D'ASSURANCE MÉDICAMENTS	22
• RENSEIGNEMENTS SUR LES PATIENTS	24
• RÉSUMÉ	32
SECTION 2	35
SURVOL DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS EN 2018	36
• TENDANCE GLOBALE EN 2018	37
• SURVOL DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	38
• SURVOL DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ	39
• LES 10 PRINCIPAUX MÉDICAMENTS SELON LES DÉPENSES	40
• LES 10 PRINCIPALES CLASSES THÉRAPEUTIQUES - DONNÉES DE 2018	41
• AUTRES CLASSES THÉRAPEUTIQUES DIGNES DE MENTION	54
SECTION 3	57
SURVOL DE LA TENDANCE AU CANADA ET DANS LES PROVINCES	58
• DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION AU CANADA	59
• SURVOL PAR PROVINCE	61
SECTION 4	67
L'HORIZON PHARMACEUTIQUE	68
• LE POINT SUR L'ÉCHÉANCE DES BREVETS	69
• MISE EN MARCHÉ DE MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES EN 2018	70
• REGARD SUR L'AVENIR...	71
• MÉDICAMENTS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT	76
ANNEXE	81
• MÉDICAMENTS BREVETÉS APPROUVÉS EN 2018	82
• NOUVELLES INDICATIONS APPROUVÉES EN 2018	84
• MÉDICAMENTS DE MARQUE EN COURS D'EXAMEN PAR SANTÉ CANADA	86
• NOUVELLES INDICATIONS EN COURS D'EXAMEN PAR SANTÉ CANADA	88
À PROPOS D'EXPRESS SCRIPTS CANADA^{MD}	89

SOMMAIRE



SOMMAIRE

Cette année, notre *Rapport sur les tendances en matière de médicaments d'ordonnance* montre que les dépenses des régimes privés ont augmenté moins rapidement que par le passé. Lorsque nous avons commencé à publier notre rapport, il y a deux décennies, l'ère des médicaments vedettes très coûteux en était à ses débuts et posait déjà de grands défis liés à la viabilité des régimes d'assurance médicaments. En 1998, les dépenses en médicaments d'ordonnance au Canada engagées à l'extérieur des hôpitaux s'élevaient à 8 milliards de dollars*. En 2018, on s'attendait à ce que ces dépenses atteignent 33,7 milliards de dollars**, soit le point culminant d'une tendance qui a largement dépassé l'inflation.

Toutefois, au cours des dernières années, l'arrivée à échéance des brevets, la mise en place de politiques relatives au prix des médicaments et la structure des régimes qui responsabilisent les participants ont contribué à offrir un certain sursis aux promoteurs. En effet, les tendances se sont établies à 2,9 %, 2,5 % et 0,9 % en 2016, 2017 et 2018 respectivement.

Par ailleurs, la fin de l'ère des médicaments vedettes très coûteux a entraîné un changement sur le plan de l'innovation pharmaceutique. À l'heure actuelle, le processus de développement des médicaments met l'accent sur de nouvelles thérapies géniques et sur des traitements qui coûtent 1 million de dollars. Même si les dépenses en médicaments traditionnels se sont stabilisées pour le moment, celles liées aux médicaments de spécialité très coûteux sont plus élevées depuis quelques années. En effet, la tendance en matière de médicaments de spécialité a atteint 6,9 % en 2018. Cette forte tendance correspond à près du triple du taux d'inflation au Canada. Cela démontre clairement que les médicaments de spécialité doivent faire l'objet d'une gestion prudente et proactive. Les prix démesurés de ces traitements novateurs signifient que la structure des régimes d'assurance médicaments doit également être avant-gardiste afin de protéger l'accès à ces médicaments et d'assurer la pérennité des régimes.

En alliant son expertise clinique à l'analyse des métadonnées obtenues par suite du traitement des demandes de règlement de millions de Canadiens, Express Scripts Canada réussit à mieux connaître les schémas d'utilisation des médicaments par les participants. Ces données révèlent sur quels plans les participants ont besoin d'aide et les dépenses qui doivent être évitées parce qu'elles ne contribuent pas à l'amélioration de la santé. Pour la première fois, nous avons aussi examiné les variations des besoins entre les participants selon les étapes de leur vie. Dans notre rapport, vous trouverez des exemples courants de défis générationnels ainsi que des solutions ciblées, le tout du point de vue d'une famille canadienne typique.

En 2018, nous avons également abordé les schémas relatifs à l'observance dans la section de notre rapport portant sur les classes thérapeutiques. En effet, il semble de plus en plus évident que la non-observance – c'est-à-dire l'incapacité des patients à prendre leurs médicaments de la manière prescrite – est la cause principale de l'augmentation des dépenses et de l'obtention de moins bons résultats sur le plan de la santé. Les résultats de ces analyses ont permis de mettre en évidence l'importance

SOMMAIRE

d'offrir des outils personnalisés pour répondre aux besoins spécifiques des participants aux régimes à différentes étapes de leur vie et en fonction de leur état de santé.

SURVOL DES TENDANCES EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS

- Mise en place en Ontario le 1^{er} janvier 2018, l'Assurance-santé Plus a eu d'importantes répercussions sur les régimes privés. En effet, le nombre de demandes de règlement pour des personnes âgées de moins de 25 ans a chuté de 63 % comparativement à 2017, et les dépenses pour ce groupe ont diminué de 52 %. Cela a eu une incidence considérable sur les dépenses globales en médicaments. (Sans l'incidence de l'Assurance-santé Plus, la tendance en 2018 aurait été de près de 2,8 %.) En 2019, nous nous attendons à un revirement de situation, car le nouveau gouvernement de l'Ontario a restructuré l'Assurance-santé Plus afin de retirer, à partir du 1^{er} avril, l'admissibilité à ce programme aux personnes de moins de 25 ans couvertes par un régime d'assurance médicaments privé.
- Les dépenses en médicaments de spécialité ont connu une forte augmentation : elles sont passées de 15 % des dépenses totales en 2008 à 30 % en 2016, puis à 33 % en 2018.
- Les patients atteints de maladies chroniques présentent un taux de non-observance particulièrement élevé. Celui-ci s'élève à 70 % chez les personnes atteintes d'asthme, à 47 % chez celles atteintes d'un cancer, à 45 % chez celles souffrant de diabète et à 45 % chez celles atteintes d'une maladie inflammatoire. On constate une plus faible observance chez les patients qui doivent prendre en charge des traitements complexes. D'ailleurs, 44 % des patients qui prennent un seul médicament n'observent pas leur traitement. Ce pourcentage passe à 58 % chez les patients qui prennent deux ou trois médicaments. De plus, 77 % des patients qui prennent quatre médicaments et plus n'observent pas au moins un de leurs traitements, et 20 % d'entre eux n'observent pas la majeure partie de leurs traitements.
- Fait peu surprenant à la lumière des pourcentages ci-dessus, on remarque que la tranche supérieure de 20 % des demandeurs (classement selon les dépenses) engage près de 80 % des dépenses des régimes. Ces participants doivent composer avec la complexité des traitements de leurs maladies chroniques. Leurs dépenses annuelles sont de 3 485 \$ en moyenne, soit 15,6 fois celles des autres participants. En général, ces personnes sont atteintes de 5,7 maladies (comparativement à 2,5 chez les autres participants), consultent 3,7 médecins et prennent 8,6 médicaments.

*<https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/pdex-report-2018-fr-web.pdf>

**<https://www.benefitscanada.com/news/prescription-drug-spending-in-canada-to-hit-33-7b-in-2018-report-121979>

SOMMAIRE

- Les résultats de nos recherches correspondent à ceux de nombreuses autres études qui indiquent que les patients atteints de plusieurs maladies chroniques sont plus susceptibles de prendre des médicaments contre les troubles de santé mentale. Dans l'ensemble, 1 demandeur sur 4 (24,7%) prend des médicaments

contre les troubles de santé mentale. Par ailleurs, près de 6 personnes sur 10 atteintes de sclérose en plaques (57%) et 1 personne sur 3 atteintes de cancer, d'asthme ou de diabète prennent au moins un médicament contre les troubles de santé mentale.

EN RÉSUMÉ

En raison de l'augmentation des coûts des médicaments et du vieillissement de la population au Canada, la viabilité des régimes repose sur la prestation de soins efficaces et sur des solutions personnalisées qui permettent aux participants de choisir l'option de traitement qui répond le mieux à leurs besoins.

Dans notre rapport, l'exemple de la famille Lopez illustre le pouvoir d'une approche globale et personnalisée en matière de soins qui permet la prestation efficiente des soins nécessaires. Même si l'on tient compte de l'évolution du secteur pharmaceutique, les avantages de cette approche sont clairs :

POUR LES PARTICIPANTS

- Utilisation d'outils ciblés et éprouvés qui aident les patients pendant toute leur vie, de l'enfance à la retraite et plus loin encore.
- Utilisation de solutions personnalisées offertes là où elles sont nécessaires et en temps opportun.
- Soutien aux familles afin qu'elles gèrent efficacement leurs médicaments d'ordonnance, lesquels représentent la majeure partie des dépenses des régimes privés.

POUR LES PROMOTEURS DE RÉGIMES

- Réduction des dépenses de manière à assurer la viabilité des régimes d'assurance médicaments tant appréciés par les employés, ce qui favorise leur productivité et leur engagement.

L'analyse rétrospective des métadonnées qu'effectue Express Scripts Canada va au-delà des données scientifiques les plus récentes et révèle les outils qui font vraiment une différence pour les participants et leur famille. En misant sur les données cliniques, nous pouvons aider les personnes qui prennent les décisions au sein d'une famille à résister aux forces du marché et à choisir les soins les plus appropriés.

Pour permettre l'accès aux traitements et assurer la pérennité des régimes au cours des années à venir, il est essentiel d'adopter une approche globale en matière de soins. Express Scripts Canada collabore avec les promoteurs de régimes, ses partenaires, les décideurs et les intervenants de la chaîne d'approvisionnement afin de s'assurer que les Canadiens obtiennent les soins de santé dont ils ont besoin.



Pour permettre l'accès aux traitements et assurer la pérennité des régimes au cours des années à venir, il est essentiel d'adopter une approche globale en matière de soins.



MÉTHODOLOGIE ET
TERMINOLOGIE

MÉTHODOLOGIE ET TERMINOLOGIE

• MÉTHODOLOGIE APPLIQUÉE DANS LE CADRE DE CE RAPPORT

MÉTHODOLOGIE APPLIQUÉE DANS LE CADRE DE CE RAPPORT

Dans le cadre de l'analyse de la **tendance en matière de médicaments**, 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.

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.
- **Médicaments de spécialité** : Médicaments qui sont indiqués pour traiter des maladies chroniques complexes telles que la polyarthrite rhumatoïde, la sclérose en plaques et le cancer. Les médicaments de spécialité comprennent les médicaments injectables ou non injectables et possèdent au moins l'une des caractéristiques suivantes : une pharmacovigilance intensive et des rajustements posologiques fréquents, une formation approfondie à l'intention des patients et de l'aide sur le plan de l'observance; une distribution limitée ou une manipulation délicate ou un entreposage méticuleux.
- **Médicaments traditionnels** : Médicaments faciles à s'administrer qui exigent peu de pharmacovigilance et qui sont indiqués pour traiter les maladies chroniques telles que le diabète et l'hypertension artérielle.

AUTRE TERMINOLOGIE :

- **Dépenses** : Coût total des médicaments d'ordonnance admissibles, ce qui comprend la part du participant et celle du promoteur de régime, moins tout escompte consenti dans le cadre d'une entente relative aux listes de produits.
- **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 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.

EXAMEN DES ENJEUX ET DES
OCCASIONS
À SAISIR

EXAMEN DES ENJEUX ET DES OCCASIONS À SAISIR

- DÉPENSES EN MÉDICAMENTS PAR DEMANDEUR
- SOUTIEN ET SOLUTIONS – MISE EN PLACE DE SOLUTIONS RELATIVES AUX RÉGIMES D'ASSURANCE MÉDICAMENTS
- RENSEIGNEMENTS SUR LES PATIENTS
- RÉSUMÉ

Lorsque nous avons commencé à publier nos rapports sur les tendances en matière de médicaments il y a 20 ans, le secteur des médicaments d'ordonnance était très différent de ce qu'il est de nos jours. L'ère des médicaments vedettes très coûteux – des produits qui permettent de traiter des millions de personnes atteintes de maladies courantes – se profilait à peine. Le développement de ce type de médicament a été le premier défi de taille qui mettait en jeu la pérennité des régimes d'assurance médicaments. En 1998, au Canada, les dépenses en médicaments d'ordonnance administrés à l'extérieur du milieu hospitalier s'élevaient à 8 milliards de dollars*. En 2018, ce chiffre était de près de 33,7 milliards de dollars**, c'est-à-dire le point culminant d'une tendance qui a largement dépassé l'inflation.

Toutefois, au cours des dernières années, nous avons constaté la mise en place d'un plus grand nombre de régimes qui responsabilisent les participants ainsi que l'adoption de politiques relatives au prix des médicaments qui ont contribué à réduire les dépenses des régimes.

Or, certains des médicaments et certaines des thérapies génériques qui entrent sur le marché coûtent des millions de dollars par traitement. Le prix de ces médicaments novateurs est démesuré. Il est donc essentiel d'être avant-gardiste sur le plan de la gestion des médicaments.

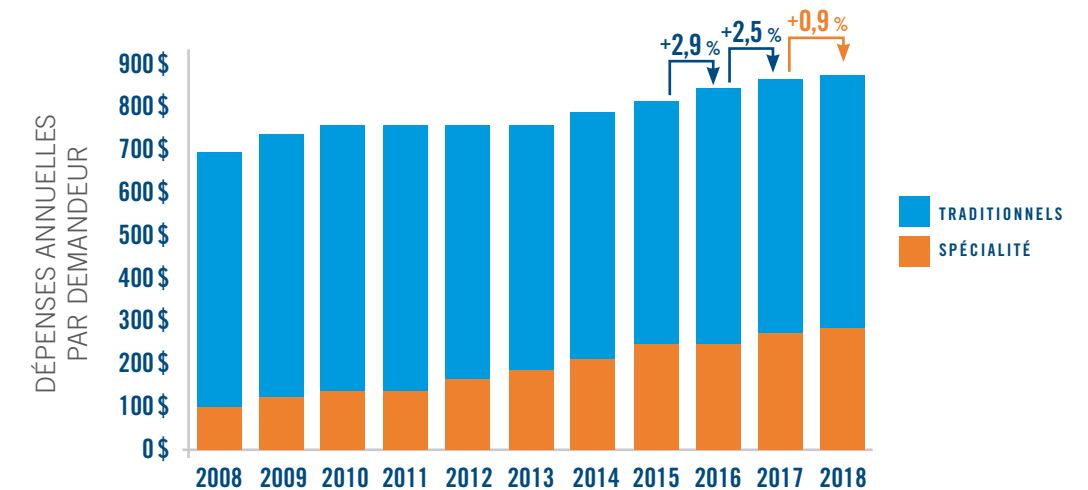
Pour protéger l'accès aux traitements et assurer la pérennité des régimes, il est essentiel d'adopter une approche globale relativement aux soins. En misant sur une bonne structure de régime, sur les idées de nos partenaires, sur les politiques en place et sur la chaîne d'approvisionnement, nous pouvons travailler de pair afin de veiller à ce que les Canadiens obtiennent les soins de santé dont ils ont besoin.

*https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/drug_spend_drivers_fr.pdf

**<https://www.benefitscanada.com/news/prescription-drug-spending-in-canada-to-hit-33-7b-in-2018-report-121979>

LES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS PAR DEMANDEUR

TENDANCE NATIONALE FAIBLE AUGMENTATION DES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS EN 2018



En 2018, les dépenses par demandeur ont augmenté de 0,9 % par rapport à 2017, comparativement à 2,5 % et

à 2,9 % les années antérieures.

RÉPERCUSSIONS DE L'ASSURANCE-SANTÉ PLUS SUR LA TENDANCE

ASSURANCE-SANTÉ PLUS : UNE ASSURANCE MÉDICAMENTS POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES

L'Assurance-santé Plus, le régime d'assurance médicaments provincial de l'Ontario, offre une couverture gratuite des médicaments d'ordonnance aux personnes de moins de 25 ans. Dans le cadre du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO), l'Assurance-santé Plus couvre gratuitement les médicaments d'ordonnance, peu importe le revenu familial, et ce, sans quote-part ni franchise annuelle. La participation à l'Assurance-santé

Plus repose sur l'âge et est automatique pour les enfants et les jeunes qui disposent de la carte Santé en Ontario.

La couverture de l'Assurance-santé Plus a été offerte à partir du 1^{er} janvier 2018. Par contre, des modifications ont été apportées à l'Assurance-santé Plus à compter du 1^{er} avril 2019 : le régime ne couvre plus les personnes qui participent à un régime privé. Pour ces dernières, la

couverture des médicaments d'ordonnance revient à celle qui était offerte avant la mise en place de l'Assurance-santé Plus le 1^{er} janvier 2018. Les participants à un régime privé **ne sont donc plus admissibles à l'Assurance-santé Plus**. Ils doivent soumettre leurs demandes de règlement à leur régime privé. Les personnes et les familles dont les dépenses en médicaments d'ordonnance sont élevées peuvent demander l'assistance financière du Programme de médicaments Trillium, même si elles participent à un régime d'assurance médicaments privé.

L'Assurance-santé Plus a été mise en place le 1^{er} janvier 2018 en Ontario. Par conséquent, le nombre de demandes de règlement des personnes âgées de moins de 25 ans a chuté de 63 % comparativement à l'année précédente.

- Le nombre de demandeurs a baissé. En 2017, 24 % des demandeurs en Ontario étaient âgés de moins de 25 ans. Ce pourcentage est passé à 18 % en 2018.
- Nous avons remarqué un nombre moins élevé de demandes de règlement soumises par les personnes de moins de 25 ans. En 2017, en Ontario, 9,1 %

des demandes de règlement ont été soumises par des personnes de moins de 25 ans. Ce pourcentage est passé à 4,3 % en 2018.

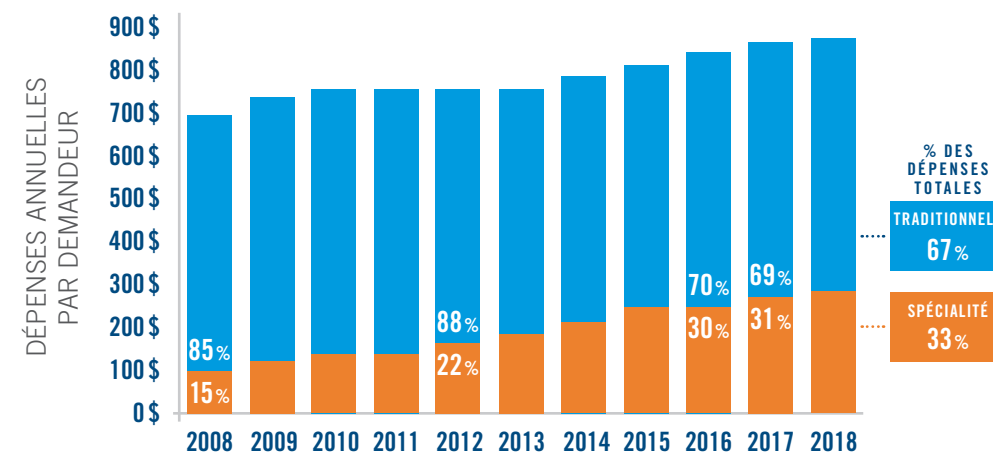
Au final, nous avons noté une réduction de 52 % des dépenses pour ce groupe, ce qui a eu d'importantes répercussions sur les dépenses totales des régimes.

Sans l'Assurance-Santé Plus, l'augmentation des dépenses globales en 2018 aurait été de près de 2,8 %. Cela correspond à la hausse notée au cours des deux années précédentes.

En 2019, nous nous attendons à un revirement de cette situation, car le nouveau gouvernement de l'Ontario a restructuré l'Assurance-santé plus afin de retirer, à partir du 1^{er} avril, l'admissibilité à ce régime aux personnes couvertes par un régime d'assurance médicaments privé.

LES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ CONTINUENT D'AUGMENTER À UN RYTHME ALARMANT

TENDANCE NATIONALE HAUSSE ALARMANTE DES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ



Ce graphique compare les dépenses relatives aux médicaments traditionnels et aux médicaments de spécialité. Les dépenses en médicaments de spécialité ont connu une forte augmentation : elles sont passées de 15 % des dépenses totales en 2008 à 30 % en 2016, puis à 33 % en 2018. Compte tenu du nombre de médicaments de spécialité en voie de développement, nous croyons que cette tendance se maintiendra. Nous reviendrons sur ce point un peu plus tard.

Les dépenses relatives aux médicaments traditionnels et de spécialité varient d'une province à l'autre. Dans

les provinces de l'Ouest qui disposent d'un régime de type Pharmacare, par exemple en Colombie Britannique, le régime provincial couvre une partie importante des coûts. Par conséquent, les médicaments de spécialité constituent une partie bien moins importante des dépenses des régimes privés. Par contre, dans les provinces de l'Atlantique où le régime provincial est le payeur de dernier recours, les médicaments de spécialité constituent une plus grande part des dépenses des régimes privés. (Aux États-Unis où les régimes privés paient la totalité du coût des médicaments de spécialité, ces derniers représentent 45 % des dépenses.)

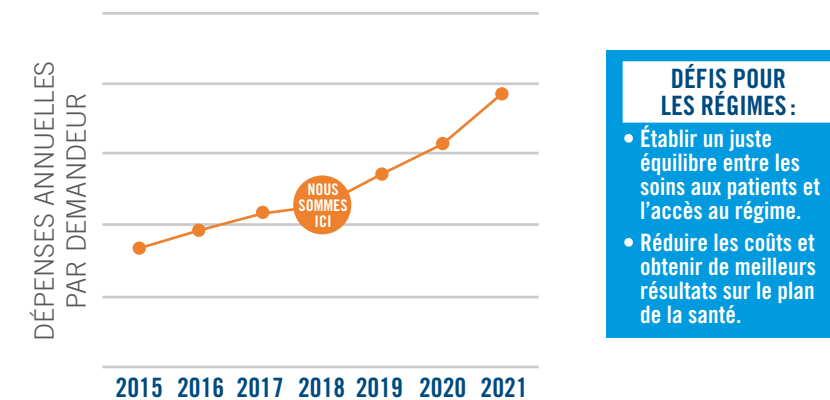
LES DÉFIS

1. COÛTS DES MÉDICAMENTS ET PÉRENNITÉ DES RÉGIMES

L'utilisation accrue de nouveaux traitements très coûteux continue d'être le principal facteur de l'augmentation des dépenses. Ce type de médicament domine ceux en voie de développement et le nombre d'indications pour lesquelles ils sont approuvés continue d'augmenter. Par conséquent, l'équilibre entre les soins aux patients et la pérennité du régime est un défi de taille pour les promoteurs.

Les employeurs et les promoteurs de régimes devront composer avec le coût de ces nouveaux traitements.

SURVOL DES DÉPENSES FUTURES L'ARRIVÉE DE NOUVEAUX TRAITEMENTS TRÈS CHERS CONTINUERA DE FAIRE AUGMENTER LES COÛTS DES RÉGIMES



Afin d'obtenir le remboursement du coût de ces traitements salvateurs sans nuire à la pérennité des régimes, les participants doivent disposer d'un soutien efficace au bon moment. De nos jours, la plupart des participants ne disposent pas des renseignements ou du temps nécessaires pour prendre des décisions éclairées. En raison des forces en présence sur le marché, on prévoit que les choix des participants feront augmenter considérablement leurs dépenses et celles des régimes sans que les participants obtiennent de meilleurs résultats sur le plan de leur santé.

2. OBSERVANCE DES TRAITEMENTS

On considère habituellement qu'un patient observe son traitement lorsqu'il prend les médicaments que ses fournisseurs de soins de santé lui ont prescrits. On préfère le terme « observance » à l'expression « respect du traitement » qui suggère un rôle plus passif de la part du patient. Ce dernier suit alors les indications du médecin plutôt qu'un plan de traitement élaboré entre le médecin et lui.

Les bienfaits d'un médicament ne peuvent être ressentis que lorsque le patient prend le médicament de la manière prescrite. Or, les résultats d'une étude menée en 2015 ont révélé que 30 % des patients cessaient de prendre un médicament avant le temps, que 26 % des

patients prenaient moins que l'approvisionnement prévu et que 26 % des patients ne faisaient tout simplement pas exécuter l'ordonnance que leur médecin leur avait prescrite. Seulement 12 % des personnes qui ne faisaient pas exécuter leur ordonnance et 8 % de celles qui ne prenaient pas leur médicament de la manière prescrite ont mentionné que leurs moyens financiers ne leur permettaient pas d'observer leur traitement. Cela signifie que d'autres facteurs expliquent la non-observance.

La non-observance des traitements entraîne du gaspillage. D'ailleurs, C. Everett Koop, 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 est également vrai pour les patients qui ne prennent pas leurs médicaments de la manière prescrite. Les médicaments dont la date de péremption est dépassée sont moins efficaces ou pas efficaces du tout. Lorsqu'un problème de santé s'aggrave, il se peut que le patient ait besoin d'autres médicaments, ou encore d'un traitement qui coûte plus cher.

L'observance d'un traitement peut être évaluée de plusieurs façons. Les plus courantes sont les suivantes :

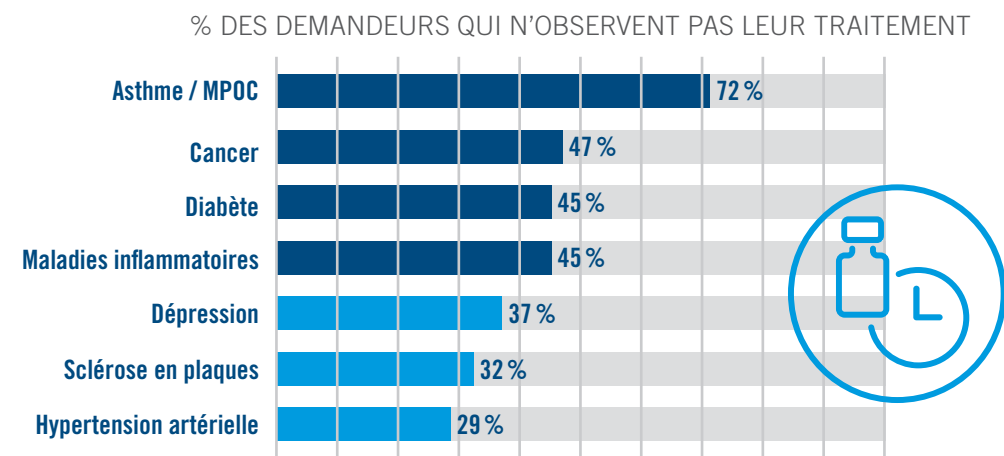
- Suivi des comportements du patient (p. ex. détection électronique de la dose d'un médicament qui a été administré).
- Commentaires du patient (p. ex. par suite d'un sondage).
- Données relatives aux demandes de règlement soumises par la pharmacie.

Grâce à notre accès à de très nombreuses données sur les demandes de règlement, nous utilisons une mesure

appelée « ratio de possession de médicaments » (RPM). Au moyen de cette approche indirecte et non invasive, il nous est impossible de savoir si un patient prend le médicament qu'il possède, mais nous savons avec certitude qu'il ne peut prendre un médicament qu'il ne possède pas. Les patients dont le RPM est inférieur ou égal à 80 % n'observent pas leur traitement, car ils n'ont pas acheté suffisamment de médicaments pour observer leur traitement.

FAIBLE OBSERVANCE DANS CERTAINES CLASSES THÉRAPEUTIQUES

NON-OBSERVANCE SELON LA CLASSE THÉRAPEUTIQUE FAIBLE OBSERVANCE DANS PLUSIEURS CLASSES THÉRAPEUTIQUES



- Nos recherches révèlent que plus de 70 % des participants atteints d'asthme ou de MPOC n'observent pas leur traitement.
- Nous avons également observé des taux élevés de non-observance chez les participants atteints de cancer (47 %), de diabète (45 %) et de maladies inflammatoires (45 %).
- De plus, 37 % des patients qui souffrent de dépression, 32 % de ceux qui sont atteints de sclérose en plaques et 29 % de ceux qui souffrent d'hypertension artérielle ne prennent pas au moins un de leurs médicaments.

Les raisons qui expliquent la non-observance sont complexes et multidimensionnelles. Elles tiennent compte du patient, du professionnel de la santé, du médicament et du système de santé.

Notre analyse des demandes de règlement révèle que l'utilisation de plusieurs médicaments est un des facteurs associés à la non-observance.

NON-OBSERVANCE DES TRAITEMENTS FAIBLE TAUX D'OBSERVANCE CHEZ LES DEMANDEURS QUI PRENNENT PLUSIEURS MÉDICAMENTS

	% DES DEMANDEURS QUI N'OBSERVENT PAS AU MOINS 1 TRAITEMENT	% DES DEMANDEURS QUI N'OBSERVENT PAS LA MAJORITÉ DE LEURS TRAITEMENTS
DEMANDEURS QUI PRENNENT 1 MÉDICAMENT	44 %	44 %
DEMANDEURS QUI PRENNENT 2-3 MÉDICAMENTS	58 %	25 %
DEMANDEURS QUI PRENNENT 4 MÉDICAMENTS OU PLUS	77 %	20 %

- 44 % des demandeurs qui prennent un médicament n'observent pas leur traitement;
- 58 % des demandeurs qui prennent de deux à trois médicaments n'observent pas au moins un de leurs traitements;
- 77 % des demandeurs qui prennent quatre médicaments ou plus n'observent pas au moins un de leurs traitements.

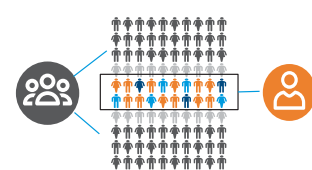
Fait plus préoccupant encore, 20 % des demandeurs qui prennent plus de quatre médicaments n'observent pas la majorité de leurs traitements, ce qui illustre le lien entre la complexité du traitement et les lacunes relatives aux soins. Cette partie vulnérable de la population pourrait entraîner davantage de dépenses.

3. GÉRER LA COMPLEXITÉ DU TRAITEMENT

La tranche de 20 % des principaux demandeurs (selon les dépenses) engage près de 80 % des dépenses totales des régimes.

RÈGLE DES 80/20

20 % DES PRINCIPAUX DEMANDEURS ENGAGENT 79 % DES DÉPENSES ET DOIVENT COMPOSER AVEC DES COÛTS ÉLEVÉS ET DES TRAITEMENTS COMPLEXES



	DEMANDEUR TYPIQUE	20 % PRINCIPAUX DEMANDEURS
	80 % 21 %	20 % 79 %
DES DÉPENSES ANNUELLES	223 \$	3 485 \$
NOMBRE DE MALADIES	2,5	5,7
NOMBRE DE MÉDECINS	2,0	3,7
NOMBRE DE MÉDICAMENTS	3,1	8,6
% DES DEMANDEURS DE MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ	0,7 %	12 %

MOYENNE PAR DEMANDEUR

Ces participants ont de la difficulté à composer avec la complexité du traitement de leurs maladies chroniques. Leurs dépenses annuelles sont 15,6 fois supérieures à celles des autres participants. Ils paient en moyenne 3 485 \$ par année.

ILS DOIVENT RELEVER LES DÉFIS SUIVANTS :

- Nombreuses maladies chroniques : ils sont atteints, en moyenne, de 5,7 maladies comparativement à 2,5 chez les autres participants.
- Coordination des soins offerts par plusieurs médecins : ces participants consultent en moyenne 3,7 prescripteurs comparativement à 2 chez les autres participants.
- Plusieurs médicaments : ces participants prennent en moyenne 8,6 médicaments, soit trois fois plus (3,1) que les autres participants.

Fait peu surprenant, ces défis entraînent un taux plus élevé de non-observance.

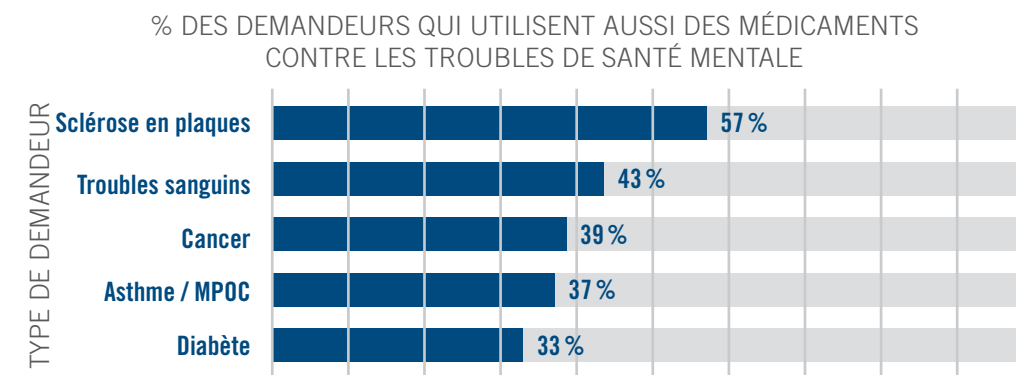
En outre, ces participants sont plus susceptibles de prendre des médicaments de spécialité. Ils ont donc besoin d'aide pour composer avec la complexité de leur traitement. Cependant, l'analyse de nos données montre clairement que les participants de la tranche des 20 % qui dépensent davantage ont besoin d'un soutien personnalisé, même lorsqu'ils ne prennent que des médicaments traditionnels.

4. LE LIEN ENTRE LE CORPS ET L'ESPRIT

Les résultats de nos recherches correspondent à ceux d'autres études qui indiquent que les patients atteints de plusieurs maladies chroniques sont plus susceptibles de prendre des médicaments contre les troubles de santé mentale. Il peut s'agir de médicaments contre la dépression et autres troubles de l'humeur, contre l'anxiété, les troubles du sommeil et contre les psychoses. Dans l'ensemble, un demandeur sur quatre (24,7 %) prend des médicaments contre les troubles de santé mentale. Ce pourcentage est plus élevé au Québec (28,4 %) que dans le reste du Canada (23,5 %). Toutefois, on remarque que les demandeurs qui sont atteints de maladies chroniques comme la sclérose en plaques, le cancer et le diabète utilisent un nombre bien plus élevé de médicaments contre les troubles de santé mentale que les autres demandeurs.

SANTÉ MENTALE

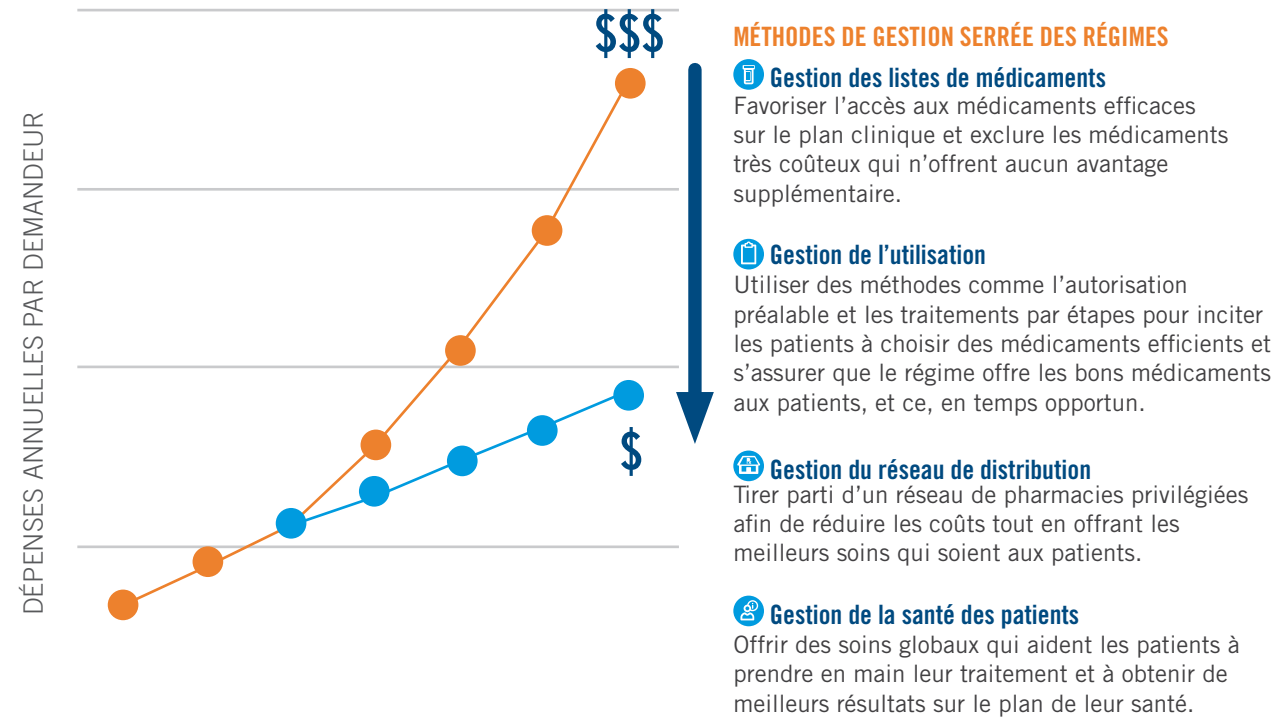
LES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES CHRONIQUES SONT PLUS SUSCEPTIBLES D'UTILISER DES MÉDICAMENTS CONTRE LES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE



- Près de six patients sur dix (57 %) qui sont atteints de sclérose en plaques prennent au moins un médicament contre les troubles de santé mentale.
- Plus de quatre patients sur dix qui sont atteints d'un trouble sanguin prennent au moins un médicament contre les troubles de santé mentale.
- Plus d'un patient sur trois qui sont atteints de cancer et d'asthme et plus d'un patient sur trois qui sont atteints de diabète utilisent au moins un médicament contre les troubles de santé mentale.

SOUTIEN ET SOLUTIONS – MISE EN PLACE DE SOLUTIONS RELATIVES AUX RÉGIMES D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

MÉTHODES DE GESTION DES DÉPENSES LA GESTION SERRÉE D'UN RÉGIME PEUT CONTRIBUER À CONTRÔLER LES COÛTS



L'analyse de nos données et les résultats de nos recherches montrent clairement que les patients ont besoin d'aide pour gérer leurs dépenses et obtenir de meilleurs résultats sur le plan de leur santé dans le but d'assurer la pérennité des régimes d'assurance médicaments. Compte tenu du peu de temps dont ils disposent et de la complexité du système de soins de santé, les patients doivent obtenir des renseignements cliniques complets en temps opportun.

Un régime dont la gestion est serrée utilise toute une gamme d'outils pour améliorer les soins et réduire les dépenses. Ces outils peuvent permettre de relever les défis associés aux coûts, à l'observance, à la complexité des traitements et aux lacunes relatives aux soins. Dans le cadre de ce type de régime, on adopte une approche qui repose sur les directives cliniques et sur les résultats des recherches les plus récentes ainsi que sur une méthode proactive adaptée aux conditions du marché. Cette approche à deux volets tire parti d'outils de gestion, notamment la gestion de la liste de médicaments, de l'utilisation, du réseau de distribution ainsi que la prise en charge de la santé du patient de la manière suivante :

- 1. Gestion de la liste de médicaments** - Utilisation d'une **liste de médicaments gérée** qui offre un meilleur accès aux médicaments les plus efficaces et exclut les médicaments qui ne présentent aucun avantage sur le plan clinique. On ajoute à cela des outils Web auxquels les patients peuvent accéder et qui les aident à comprendre les coûts de leurs médicaments et les produits plus abordables qui s'offrent à eux.
- 2. Gestion de l'utilisation** – Utilisation d'outils et de programmes qui permettent de s'assurer que le bon médicament est offert au bon patient en temps opportun et que le régime approprié le rembourse. Les outils de gestion de l'utilisation comprennent entre autres :
 - **L'autorisation préalable** - Gestion des demandes de règlement pour les médicaments plus coûteux afin que ces derniers soient utilisés par les patients à qui ils conviennent le mieux sur le plan clinique.
 - **Le traitement par étapes** - Programme qui permet de s'assurer que les médicaments les plus efficaces sont utilisés en premier, avant les options plus chères.

3. Gestion du réseau de distribution - Utilisation d'un réseau de pharmacies privilégiées de manière à réduire les coûts et à offrir les meilleurs soins qui soient aux patients. Ces outils comprennent les options suivantes :

- **La fonction de recherche d'une pharmacie** - Outil de recherche sur le Web qui aide les patients à trouver, dans leur région, la pharmacie de détail où les honoraires professionnels sont les moins élevés.
 - **La livraison à domicile des médicaments d'entretien** - Livraison d'un approvisionnement de trois mois des médicaments que le patient utilise régulièrement et fonction de renouvellement automatique qui aide le patient à observer son traitement et à réduire les coûts du régime.
 - **La pharmacie de spécialité** - Gamme complète de services cliniques et opérationnels axés sur le patient et qui améliorent la sécurité du patient, la qualité et l'efficacité des soins offerts aux patients qui utilisent des médicaments de spécialité.
- 4. Prise en charge de la santé du patient** – Orientation vers des services spécialisés et accès à des soins globaux qui aident les patients à composer avec la complexité des traitements, qui contribuent à réduire les coûts et qui permettent d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé. Ceci inclut l'accès au **Centre de ressources thérapeutiques**, dont les pharmaciens spécialisés offrent des consultations axées sur le patient pour assurer une meilleure prise en charge des maladies chroniques et une meilleure gestion des médicaments qui sont prescrits pour les traiter.

UNE APPROCHE GLOBALE ET PERSONNALISÉE EN MATIÈRE DE SOINS

Tout comme les empreintes digitales, la santé et les besoins de chaque personne sont uniques. Les résultats de nos recherches révèlent que pour être pleinement efficaces, les outils de gestion des régimes doivent aider les patients sur le plan personnel.

Pour tirer pleinement parti des plans de traitement, les soins doivent être axés sur le patient et non sur le traitement. Cela signifie qu'il faut combler les lacunes relatives aux soins, particulièrement chez les patients atteints de plus d'une maladie chronique et qui consultent plusieurs médecins.

Une structure proactive de traitement des demandes de règlement diminue le risque que les patients prennent un ou plusieurs médicaments de manière inappropriée. Elle permet d'assurer la sécurité du patient et d'améliorer l'observance des traitements tout en réduisant le dédoublement des traitements.

Une vision globale de la santé du patient change beaucoup les résultats sur le plan de la santé. On passe d'un style de gestion réactive à une approche proactive et globale en matière de prise en charge de la santé et de la maladie.

RENSEIGNEMENTS SUR LES PATIENTS

LA GESTION SERRÉE DU RÉGIME EN ACTION LA FAMILLE LOPEZ



LA FAMILLE LOPEZ

Comme bien des familles canadiennes, la famille Lopez est multigénérationnelle. Elena et son mari Manuel ont trois jeunes fils, et les parents d'Elena vivent au sous-sol dans un appartement accessoire.

AU SEIN DE LA FAMILLE, LES BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ SONT DIFFÉRENTS. EN VOICI UN RÉSUMÉ :

- Elena prend des médicaments pour traiter son hypothyroïdie.
- Manuel souffre d'une douloureuse maladie inflammatoire appelée spondylarthrite ankylosante.
- Alex, l'enfant du milieu, est atteint d'asthme.
- Le père d'Elena, Gustavo, est atteint de diabète.

Puisque chaque membre de la famille Lopez a des besoins uniques en matière de santé, une approche globale et personnalisée est nécessaire.

LA MÈRE – ELENA

Elena Lopez est l'aidante principale de sa famille. Tous comptent sur elle pour préparer les repas, y compris ceux pour l'école et le travail. Puisque son conjoint est le principal soutien de famille et que son horaire n'offre aucune souplesse, Elena doit s'assurer que tous les membres de sa famille respectent leurs rendez-vous médicaux et prennent leurs médicaments d'ordonnance. Avec trois garçons (Javier, Alex et Chris), Elena est également la « gestionnaire en chef » des activités. Elle reconduit ses enfants au soccer ou au hockey, s'assure qu'ils sont inscrits, bien équipés et encouragés. Et comme si ce n'était pas assez, Elena travaille également à plein temps.

PRINCIPAUX DÉFIS D'ELENA EN MATIÈRE DE SANTÉ

Elena souffre d'hypothyroïdie et prend de la lévothyroxine depuis plus d'un an. Comme la plupart des principaux aidants, Elena a tendance à ne pas bien prendre soin d'elle et n'accorde aucune priorité à sa santé. Elle saute fréquemment des doses de son médicament. En fait, elle oublie son médicament de trois à quatre fois par semaine, ce qui signifie que sa maladie est mal contrôlée.

Elle se sent mieux depuis qu'elle prend de la lévothyroxine, mais n'a pas renouvelé son médicament à temps depuis les trois derniers mois et a sauté des doses. Depuis quelque temps, elle se sent fatiguée, particulièrement l'après-midi. Elle croit qu'il s'agit du stress qu'elle ressent au travail ainsi que de l'état de santé de son père. Elle se fait du souci relativement aux doses qu'elle saute et ne l'a pas mentionné à son médecin. Elle lui a seulement mentionné être fatiguée.

Elena a besoin d'aide pour suivre son traitement, se sentir mieux et avoir davantage d'énergie pour gérer sa vie trépidante. Quoique ce ne soit pas intentionnel, elle **n'observe pas son traitement**.

MESURES DE GESTION SERRÉE DU RÉGIME

La gestion du réseau de distribution et la mise en place d'un programme de livraison à domicile peuvent permettre de s'assurer que le médicament d'Elena est renouvelé à temps.

- Grâce à un approvisionnement de trois mois livré directement à domicile, Elena n'aura pas besoin de se rendre à la pharmacie pour ramasser son médicament chaque mois.
- Et, avec la fonction de renouvellement automatique, Elena n'aura plus besoin de se rappeler de faire renouveler son médicament à temps.
- Si Elena passe d'un approvisionnement d'un mois à un approvisionnement de trois mois, les honoraires professionnels sont réduits. Ainsi, Elena peut retirer deux éléments de sa liste de tâches.

Elena observera mieux son traitement si elle dispose de ses médicaments quand elle en a besoin. Elle obtiendra ainsi de meilleurs résultats sur le plan de la santé et aura davantage d'énergie pour gérer sa vie trépidante.

VOICI ELENA...



FEMME DE 38 ANS, MÈRE DE 3 GARÇONS

- Agit comme principale soignante de sa famille
- Gère les activités des enfants
- Travaille à temps plein

ATTEINTE D'HYPOTHYROÏDIE

DÉFI

Elena a des problèmes d'observance

- Elle oublie parfois d'aller chercher son médicament en temps voulu à la pharmacie chaque mois.

MESURES

Gestion de la liste de médicaments
Gestion de l'utilisation
Gestion du réseau de distribution
Gestion des soins aux patients

RÉSULTAT SOUHAITÉ

RÉDUCTION DES COÛTS

+

MEILLEURS RÉSULTATS SUR LE PLAN DE LA SANTÉ

LE PÈRE – MANUEL

Manuel est le principal soutien de sa famille. Il souffre de dépression et d'hypertension artérielle depuis maintenant trois ans. Parmi ses médicaments, on retrouve ce qui suit :

- Pour traiter sa dépression, le psychiatre qui suit Manuel lui a prescrit un comprimé de 25 mg de sertraline à prendre une fois par jour.
- Pour traiter son hypertension artérielle, le cardiologue qui suit Manuel lui a prescrit un comprimé de 10 mg d'amlodipine à prendre une fois par jour.

PRINCIPAUX DÉFIS DE MANUEL EN MATIÈRE DE SANTÉ

Manuel travaille comme électricien d'entretien, ce qui implique un dur travail physique. Il doit ramper dans des endroits difficiles d'accès et faire de nombreux gestes répétitifs. L'année dernière, quand il a commencé à avoir mal au bas du dos, il a d'abord pensé qu'il s'était blessé au travail et a tenté de faire diminuer la douleur au moyen d'anti-inflammatoires en vente libre.

Récemment, le médecin de famille de Manuel lui a recommandé une évaluation par un rhumatologue, car il semble que Manuel soit atteint d'une maladie inflammatoire et non de douleur chronique. Le rhumatologue a diagnostiqué la spondylarthrite ankylosante et prescrit le médicament de spécialité Enbrel, que Manuel doit s'administrer lui-même.

Manuel a besoin d'aide pour comprendre son diagnostic et le traitement qui lui a été prescrit. Comme il est atteint de plusieurs maladies chroniques (dépression, hypertension artérielle et spondylarthrite ankylosante) et qu'il consulte plusieurs médecins, il y a de fortes chances qu'il n'observe pas ses traitements, que son état de santé se dégrade, qu'il y ait des lacunes relatives aux soins, et qu'il engage des dépenses inutiles.

MESURES DE GESTION SERRÉE DU RÉGIME

Gestion de l'utilisation au moyen de l'autorisation préalable

- Enbrel (étanercept) ainsi que d'autres médicaments biologiques modificateurs de la maladie doivent faire l'objet d'une autorisation préalable. On s'assure ainsi que le bon patient obtient le bon médicament en temps opportun. Le processus d'autorisation préalable comprend la notion de traitement par étapes qui exige que Manuel essaie un médicament conventionnel avant d'utiliser l'étanercept.

- Dans le cadre de l'autorisation préalable, on peut également suggérer à Manuel un biosimilaire correspondant à Enbrel (Brenzys et Erelzi) dont l'effet est équivalent, mais qui coûte moins cher. Ces biosimilaires sont intéressants pour les personnes qui commencent un traitement et seront donc recommandés avant la prise Enbrel.

Gestion du réseau de distribution et pharmacie de spécialité

Un réseau de pharmacies privilégiées et une pharmacie de spécialité peuvent aider Manuel et d'autres patients comme lui à faire de qui suit :

- Réduire ses dépenses et celles du régime au moyen d'un plafond sur la majoration (maximum préétabli par rapport à un pourcentage des coûts sans maximum).
- Exercer un contrôle sur les honoraires professionnels.
- Contribuer à la gestion de l'observance au moyen de la livraison à domicile et des rappels qui visent à s'assurer que Manuel dispose de ses médicaments quand il en a besoin, et ce, sans exception.

Par l'entremise de la pharmacie de spécialité, Manuel a accès à des **services-conseils sur les remboursements**. Le spécialiste a aidé Manuel à remplir le formulaire d'autorisation préalable et à obtenir une aide supplémentaire aux fins de remboursement des coûts très élevés de ses médicaments.

Pour les familles comme celles de Manuel dont le budget est serré et dont l'horaire est très chargé, ces services peuvent faire toute la différence. Les spécialistes aident les participants à trouver des sommes ou d'autres formes de remboursement afin de réduire le fardeau que représente le prix des médicaments sur leurs finances personnelles et sur le régime. On peut penser au programme d'intégration avec le régime provincial, par exemple le Programme de médicaments Trillium en Ontario, ainsi qu'à la coordination des prestations avec un autre régime privé, le cas échéant. Les spécialistes peuvent également aider les participants à remplir les formulaires d'autorisation préalable afin d'éviter les retards et la frustration qui peuvent survenir si d'importants renseignements sont manquants.

Prise en charge de la santé du participant par un pharmacien spécialisé

La pharmacie de spécialité offre à Manuel l'accès à un pharmacien du Centre de ressources thérapeutiques qui lui donne des conseils d'ordre clinique pour l'aider à prendre ses médicaments de la manière prescrite, à gérer les effets secondaires et ses rendez-vous (y compris les tests de laboratoire et les suivis). Le pharmacien effectue ce qui suit :

- Assure la formation de Manuel relativement à l'administration des injections sous-cutanées.
- Offre les conseils dont Manuel a besoin, notamment sur les effets secondaires et la prise en charge de sa maladie. Le pharmacien peut également encourager Manuel.
- Aide Manuel à relever les défis liés à la gestion de tous les médicaments qu'il prend pour traiter ses nombreuses maladies chroniques et qui lui ont été prescrits par plusieurs médecins. On peut penser aux interactions médicamenteuses.

- Communique avec les prescripteurs pour optimiser le traitement de Manuel.

En raison de son état de santé, Manuel doit relever plusieurs défis. Toutefois, il a besoin d'aide pour prendre en charge ses nombreuses maladies, consulter ses nombreux médecins ainsi qu'avec l'utilisation d'un nouveau médicament de spécialité très coûteux. Beaucoup des outils prévus par son régime dont la gestion est serrée lui seront très utiles.

Les pharmaciens du Centre de ressources thérapeutiques continueront à aider Manuel à gérer son nouveau médicament de spécialité et exerceront un suivi de son observance.

VOICI MANUEL...



HOMME DE 40 ANS, PÈRE DE TROIS GARÇONS

- Principal soutien de famille
- Travaille comme électricien d'entretien

SOUFFRE DE DÉPRESSION ET D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

SON RHUMATOLOGUE LUI A RÉCEMMENT DIAGNOSTIQUÉ LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE

DÉFI

- Manuel a besoin d'aide pour comprendre le diagnostic que son rhumatologue a posé ainsi que le médicament de spécialité qu'il lui a prescrit (Enbrel).
- Manuel a besoin d'aide pour prendre en charge ses maladies chroniques et comprendre tous ses médicaments.

MESURES

Gestion de la liste de médicaments
Gestion de l'utilisation
Gestion du réseau de distribution
Gestion des soins aux patients

RÉSULTAT SOUHAITÉ

RÉDUCTION DES COÛTS
+
MEILLEURS RÉSULTATS
SUR LE PLAN DE LA SANTÉ

LE FILS – ALEX

Le fils d'Elena et de Manuel, Alex, a 11 ans et souffre d'asthme chronique depuis qu'il a 8 ans.

Alex doit prendre les médicaments suivants :

Une inhalation quotidienne de 100 mcg du corticostéroïde **Alvesco**® comme traitement d'entretien à faible dose pour contrôler son asthme. Alex doit également prendre une dose de 100 mcg de **salbutamol HFA**, soit une à deux inhalations au besoin comme traitement de secours. (La dose maximale quotidienne pour un enfant de l'âge d'Alex est de quatre inhalations par jour. Par conséquent, un inhalateur de 200 mcg devrait durer 50 jours.)

PRINCIPAUX DÉFIS D'ALEX EN MATIÈRE DE SANTÉ

Les symptômes d'asthme d'Alex sont fréquents. Sa maladie est mal contrôlée. En fait, Alex n'utilise pas assez son médicament de contrôle (Alvesco) qu'il devrait prendre tous les jours, et utilise trop souvent son médicament de secours (salbutamol) dont l'usage devrait être occasionnel.

L'historique des demandes de règlement de la famille indique que le médicament d'Alex, Alvesco, n'a pas été renouvelé depuis six mois et que le salbutamol a été renouvelé chaque mois, depuis quatre mois.

Alex n'observe donc pas son traitement et son état de santé s'aggrave.

MESURES DE GESTION SERRÉE DU RÉGIME

Gestion du réseau de distribution au moyen d'un réseau de pharmacie privilégiée qui offre la livraison à domicile

- Suivi de l'observance du traitement d'Alex.
- Lorsqu'il a déterminé qu'Alex n'observait pas son traitement, le pharmacien a communiqué avec sa mère pour lui signaler que le médicament de contrôle n'avait pas été renouvelé et que le médicament de secours était utilisé trop fréquemment.

Prise en charge de la santé du patient

Depuis que la mère d'Alex renouvelle ses inhalateurs auprès de la pharmacie qui offre la livraison à domicile, elle a accès au Centre de ressources thérapeutiques et peut consulter une pharmacienne spécialiste de la respiration. Cette pharmacienne a contacté Elena pour discuter de la maladie d'Alex et de son utilisation des inhalateurs.

Elena lui parlé de ses préoccupations relatives aux effets secondaires liés à l'utilisation à long terme de corticostéroïdes, par exemple le fait qu'ils peuvent empêcher la croissance. La pharmacienne a transmis des renseignements à Elena sur les avantages et les risques associés au traitement de contrôle. Ceci est un exemple de **non-observance intentionnelle**, qui exige habituellement un changement de comportement. Ici, le Centre de ressources thérapeutiques a bien pris en charge la santé du patient. Elena a compris qu'Alex peut bien maîtriser ses symptômes s'il utilise son médicament de contrôle de la manière prescrite. De fait, il se pourrait qu'il n'ait jamais besoin de son inhalateur de secours.

Les recherches indiquent qu'il y a de nombreux motifs de non-observance. Certains sont d'ordre clinique, d'autres sont associés aux coûts ou aux comportements. Par conséquent, l'amélioration de l'observance exige une approche très personnalisée.

Même si Elena et Alex n'observaient pas leurs traitements, Elena ne prenait pas son médicament parce qu'il lui était difficile de se rendre à la pharmacie (non-observance non intentionnelle). Alex, lui, n'utilisait pas son médicament de la manière prescrite parce que sa mère était tout naturellement préoccupée des effets secondaires éventuels (non-observance intentionnelle). Il s'agit de deux motifs différents liés à la non-observance dont la résolution nécessite différents outils de gestion.

Grâce à la gestion du réseau de distribution et à la prise en charge de la santé du patient, il est possible de réduire les coûts et d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé, notamment les suivants :

- Maîtrise des symptômes de l'asthme chez Alex au moyen de l'observance du traitement associé à l'inhalateur de contrôle.
- Utilisation moins fréquente de l'inhalateur de secours.
- Meilleure fonction respiratoire au fil du temps.
- Permettre à Alex de faire plus d'activités quotidiennes (notamment faire du sport).

VOICI ALEX...



ENFANT DE 11 ANS
SOUFFRE D'ASTHME

- Doit prendre un médicament d'entretien
- Souffre de symptômes quotidiens

DÉFI

- Les symptômes d'Alex sont constants, car il utilise mal ses médicaments de contrôle et de secours.

MESURES

Gestion de la liste de médicaments
Gestion de l'utilisation
Gestion du réseau de distribution
Gestion des soins aux patients

RÉSULTAT SOUHAITÉ

RÉDUCTION DES COÛTS

+

MEILLEURS RÉSULTATS
SUR LE PLAN DE LA SANTÉ

LE GRAND-PÈRE – GUSTAVO

Gustavo est un retraité de 63 ans qui, avec sa femme Maria, vit avec sa fille Elena et sa famille. Gustavo a récemment reçu un diagnostic de diabète de type 2. Il participe à un régime d'assurance médicaments privé à l'intention des retraités dont le maximum est plutôt faible : 1 000 \$ par année.

Pour réduire sa glycémie, le médecin de Gustavo lui a prescrit des comprimés de 10 mg d'Onglyza à prendre une fois par jour. Pour traiter son hypercholestérolémie, Gustavo prend également 80 mg de pravastatine (deux comprimés de 40 mg, une fois par jour), depuis trois ans.

PRINCIPAUX DÉFIS DE GUSTAVO EN MATIÈRE DE SANTÉ

Gustavo doit gérer le coût de ses médicaments, malgré le plafond annuel de 1 000 \$ prévu par son régime. De plus, il est préoccupé par les effets à long terme du diabète sur son état de santé. En effet, il a entendu parler des complications liées au diabète, par exemple la cécité, les amputations et l'insuffisance rénale.

Même si la couverture d'un régime d'assurance médicaments est limitée, il existe des outils autres que les plafonds annuels qui permettraient de gérer les coûts tout en offrant aux participants l'accès à des traitements efficaces afin d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé.

MESURES DE GESTION SERRÉE DU RÉGIME

Gestion de la liste de médicaments

La liste de médicaments gérée du régime de Gustavo peut lui permettre d'utiliser les médicaments les plus efficaces et d'obtenir un remboursement plus élevé pour ce type de médicaments. Les médicaments les plus efficaces entraînent également une quote-part moins élevée pour les participants.

Gustavo a calculé le coût du nouveau médicament qui lui a été prescrit pour traiter son diabète en plus de celui indiqué pour son hypercholestérolémie. Les montants soumis au régime dépasseront le plafond annuel. Gustavo veut savoir s'il existe d'autres médicaments dont le prix pourrait respecter le plafond de son régime.

- Onglyza, le nouveau médicament qui lui a été prescrit contre le diabète, figure au 2^e palier de la liste de médicaments de son régime. Un traitement d'un mois coûte 111 \$. La coassurance du régime de Gustavo est de 60 % pour un médicament du 2^e palier, ce qui signifie que Gustavo doit payer 44 \$.

- Son médicament contre l'hypercholestérolémie, la pravastatine, figure également au 2^e palier de la liste. Un traitement de 80 mg par jour pendant un mois coûte 27 \$. Le régime rembourse 16 \$, et Gustavo paie 11 \$. Jusqu'à maintenant, ce médicament ne constituait pas un problème, car c'était le seul que prenait Gustavo.

Prise en charge de la santé du patient au moyen d'un programme de gestion des soins

Gustavo connaît très peu de choses sur la prise en charge du diabète. Comme il ne veut pas embêter son médecin, il ne pose pas trop de questions. Par contre, il a accès à un programme de gestion des soins, notamment à un pharmacien spécialiste du diabète qui peut lui offrir des conseils et indiquer d'autres traitements contre le diabète et l'hypercholestérolémie.

- Diabète - le pharmacien parle à Gustavo de la metformine, qui est recommandée dans les directives cliniques de Diabète Canada comme le médicament de première intention pour réduire la glycémie. De plus, ce médicament figure au 1^{er} palier de la liste. Ensemble, le pharmacien et Gustavo passent en revue les coûts des médicaments au moyen de la fonction de recherche d'un médicament et constatent que le coût total pour un mois de traitement (metformine, 2 000 mg par jour [4 x 500 mg] n'est que de 16 \$, ce qui signifie que Gustavo n'aurait que 2 \$ à déboursier.

- Hypercholestérolémie - le pharmacien conseille à Gustavo d'utiliser la rosuvastatine, qui réduit davantage le taux de cholestérol et qui figure au 1^{er} palier de la liste. Cela permettrait à Gustavo d'atteindre la cible voulue relativement à son hypercholestérolémie avec une dose plus faible. Grâce à la fonction de recherche d'un médicament, Gustavo et le pharmacien constatent qu'un approvisionnement d'un mois de 5 mg de rosuvastatine (un équivalent de sa dose actuelle de pravastatine) coûterait seulement 17 \$, ce qui signifie que Gustavo n'aurait que 2 \$ à déboursier.

Le pharmacien rassure Gustavo et lui mentionne qu'il peut prendre en charge son diabète en respectant les limites de son régime d'assurance médicaments. En maîtrisant mieux sa glycémie, Gustavo réduit les risques liés aux complications à long terme qui, tout naturellement, le préoccupent. Le pharmacien suggère à Gustavo de consulter le site Web de Diabète Canada et attire son attention sur les explications simples du traitement du diabète, qui reposent sur les directives cliniques de Diabète Canada.

Le pharmacien note également une lacune relative aux soins. Selon les directives cliniques, Gustavo devrait prendre un médicament contre les problèmes vasculaires, par exemple un inhibiteur de l'ECA ou un ARA.

De plus, le pharmacien s'assure que Gustavo subit les tests relatifs aux complications et aux maladies liées au diabète, passe des examens de la vue (pour prévenir la cécité), fait examiner ses pieds (pour prévenir la neuropathie et les infections), subit des tests de sa fonction rénale. Il lui demande également de répondre au questionnaire sur la santé du patient (pour obtenir des mesures de base et mettre à jour ses renseignements) relativement à la dépression et à l'anxiété.

La gestion de la liste de médicaments et la prise en charge de la santé du patient contribuent à réduire les dépenses au moyen de traitements efficaces. En plus de réduire le fardeau financier, ces outils permettent d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé. En effet, une meilleure prise en charge du diabète (suggestion de traitements qui reposent sur les directives cliniques) peut retarder, voire réduire le risque de complications.

VOICI GUSTAVO ...



RETRAITÉ DE 63 ANS

A RÉCEMMENT REÇU UN DIAGNOSTIC DE DIABÈTE DE TYPE 2

- Prend un médicament contre l'hypercholestérolémie depuis 3 ans
- Son régime à l'intention des retraités prévoit un maximum annuel de 1 000 \$

DÉFI

- Le coût des médicaments constitue un problème pour Gustavo.
- Gustavo se fait du souci à propos de son diagnostic.

MESURES

Gestion de la liste de médicaments
Gestion de l'utilisation
Gestion du réseau de distribution
Gestion des soins aux patients

RÉSULTAT SOUHAITÉ

RÉDUCTION DES COÛTS
+
MEILLEURS RÉSULTATS
SUR LE PLAN DE LA SANTÉ

RÉSUMÉ

Compte tenu de l'augmentation du coût des médicaments et du vieillissement de la population au Canada, la pérennité des régimes repose sur la prestation de soins de santé efficaces et personnalisés qui permettent aux participants de choisir les meilleures options de traitement.

L'exemple de la famille Lopez illustre comment une approche globale et personnalisée peut contribuer à offrir les soins efficaces dont elle a besoin. Même si l'on tient compte de l'évolution rapide du secteur pharmaceutique, les avantages de cette approche sont clairs :

POUR LES PARTICIPANTS

- Utilisation d'outils précis et éprouvés qui aident les patients pendant toute leur vie, de l'enfance à la retraite et même au-delà.
- Utilisation de solutions personnalisées offertes en temps opportun à ceux qui en ont besoin.
- Soutien aux familles afin qu'elles gèrent efficacement leurs médicaments d'ordonnance, lesquels représentent la majeure partie des dépenses des régimes privés.

POUR LES PROMOTEURS DE RÉGIMES

- Réduction des dépenses de manière à assurer la pérennité des régimes d'assurance médicaments tant appréciés par les employés et qui viennent appuyer leur productivité et leur engagement.

L'analyse rétrospective des métadonnées qu'effectue Express Scripts Canada va au-delà des données scientifiques les plus récentes et présente les outils qui font vraiment une différence pour les participants et leur famille. En misant sur les données cliniques, nous pouvons aider les personnes qui prennent les décisions au sein d'une famille à résister aux forces du marché et à choisir les soins les mieux appropriés.



Un régime dont la gestion est serrée utilise toute une gamme d'outils pour améliorer les soins et réduire les dépenses. Ces outils peuvent permettre de relever les défis associés aux coûts, à l'observance, à la complexité des traitements et aux lacunes relatives aux soins.



**SURVOL DE LA TENDANCE EN MATIÈRE
DE MÉDICAMENTS**

EN 2018

TENDANCE GLOBALE EN 2018

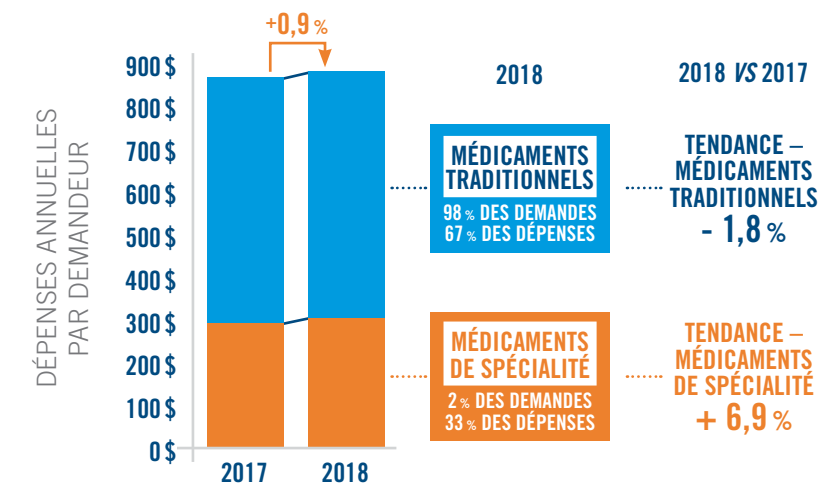
Pour protéger la pérennité de leurs régimes, les promoteurs doivent d'abord connaître les principaux éléments qui entraînent des dépenses et qui ont une incidence sur la santé des participants. En 2018 et chaque année depuis la publication de son premier Rapport sur les tendances en matière de médicaments, Express Scripts Canada a tiré parti d'un nombre important de données sur les demandes de règlement qu'elle traite pour des millions de Canadiens afin d'effectuer l'analyse de ces tendances.

Les dépenses des régimes privés ont un peu diminué en 2018, situation qui s'explique en partie par la mise en place de l'Assurance-santé Plus. Au pays, les dépenses

annuelles moyennes par participant ont augmenté de 0,9 % pour s'établir à 869,56 \$. Il s'agit d'une diminution par rapport à 2017, année où les dépenses avaient augmenté de 2,5 %.

La hausse des dépenses en 2018 s'explique par une tendance négative de 1,8 % en matière de médicaments traditionnels, mais également par une tendance à la hausse de 6,9 % en matière de médicaments de spécialité.

MÉDICAMENTS TRADITIONNELS ET MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ
LA TENDANCE NÉGATIVE DES MÉDICAMENTS TRADITIONNELS A MASQUÉ
LA TENDANCE À LA HAUSSE DES MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ



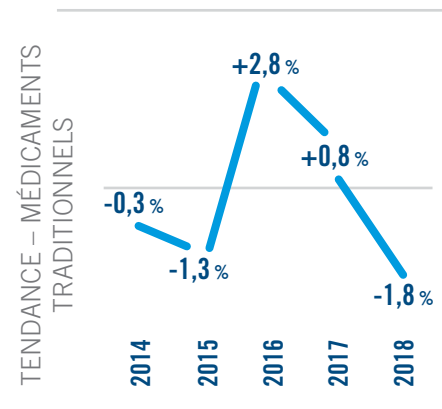
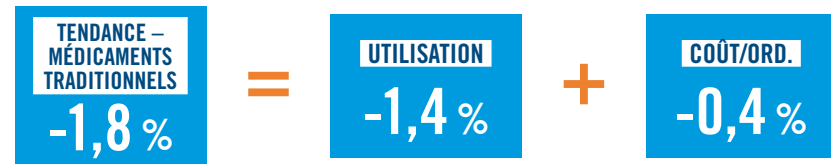
Faits à noter : Les médicaments traditionnels ont représenté 98 % des demandes de règlement, mais seulement 67 % des dépenses. Même si les médicaments de spécialité n'ont constitué que 2 % des demandes de règlement en 2018, ils ont totalisé 33 % des dépenses.

SURVOL DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS EN 2018

- TENDANCE GLOBALE EN 2018
- SURVOL DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS TRADITIONNELS
- SURVOL DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ
- LES 10 PRINCIPAUX MÉDICAMENTS SELON LES DÉPENSES
- LES 10 PRINCIPALES CLASSES THÉRAPEUTIQUES - DONNÉES DE 2018
- AUTRES CLASSES THÉRAPEUTIQUES DIGNES DE MENTION

SURVOL DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS TRADITIONNELS

TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS TRADITIONNELS
LA TENDANCE NÉGATIVE S'EXPLIQUE PAR UNE RÉDUCTION DE L'UTILISATION



FACTEURS DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS TRADITIONNELS EN 2018

- + Nouveaux médicaments de marque coûteux
- + Utilisation accrue de médicaments très chers
- Incidence de l'Assurance santé Plus en Ontario
- Expiration des brevets de nombreux médicaments
- Négociations de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique sur le prix des génériques
- Utilisation accrue de mesures de contrôle dans le cadre des régimes

Les médicaments traditionnels servent à traiter les maladies courantes comme le diabète, l'hypertension artérielle et la dépression. En 2018, 98 % des demandes de règlement ont été soumises pour des médicaments de cette catégorie. Par ailleurs, les médicaments traditionnels ont constitué 67 % des dépenses totales en 2018, ce qui représente une baisse par rapport aux 69 % observés en 2017.

Les deux dernières années ont offert un répit aux promoteurs de régimes sur le plan de la hausse à long terme des dépenses dans la catégorie des médicaments traditionnels. Par suite d'une très faible augmentation en 2017, on a observé une tendance négative en matière de médicaments traditionnels en 2018 soit -1,8 %, qui s'explique par une baisse de 1,4 % de l'utilisation et de 0,4 % du coût par ordonnance.

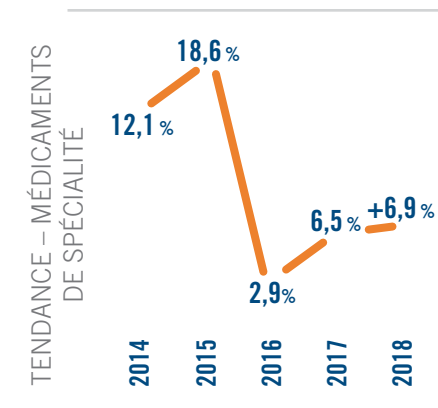
Les changements apportés à l'Assurance-santé Plus, qui a permis aux personnes âgées de moins de 25 ans en Ontario de se procurer gratuitement près de 4 400 médicaments, sont l'un des facteurs de cette tendance. Les réductions négociées sur le prix des génériques par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique et qui sont entrées en vigueur le 1^{er} avril 2018 ont aussi constitué un facteur important. En effet, le prix de près de 70 des médicaments génériques les plus prescrits est passé de 25 % à 40 %, ce qui représente des réductions d'environ 90 % par rapport au prix des équivalents brevetés.

Par contre, certains facteurs ont continué à exercer une pression à la hausse sur les dépenses dans cette catégorie, notamment les médicaments brevetés coûteux et l'utilisation de médicaments plus chers dans des classes thérapeutiques comme celle du diabète.

Ces facteurs, alliés à la prévalence accrue de certaines maladies courantes, pourraient avoir d'importantes répercussions sur les régimes privés à l'avenir. Or, une utilisation accrue de mesures de contrôle comme la substitution générique et les listes de médicaments gérées pourraient aider les régimes à tirer partie des changements positifs qui s'opèrent tout en permettant de gérer les facteurs inflationnistes, et ce, afin d'assurer la pérennité du régime dans son ensemble.

SURVOL DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ

TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ
LA HAUSSE DE LA TENDANCE EST ATTRIBUABLE À UNE UTILISATION ACCRUE



FACTEURS DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ EN 2018

- + Nouveaux médicaments de spécialité très coûteux
- + Approbation de nouvelles indications
- Répercussion de l'Assurance-santé Plus en Ontario
- Utilisation accrue de mesures de contrôle et d'ELP
- Expiration des brevets de certains médicaments

Les dépenses en médicaments de spécialité continuent de préoccuper les promoteurs de régimes privés. Au cours de la dernière décennie, les dépenses dans cette catégorie ont plus que doublé. En 2018, les médicaments de spécialité ont constitué 33 % des dépenses globales, même s'ils ne représentaient que 2 % du total des demandes de règlement.

En 2018, la tendance s'élevait à 6,9 %, alors qu'elle atteignait 6,5 % en 2017. (L'utilisation s'est établie à 6,1 % et le coût par ordonnance, à 0,8 %).

Les facteurs qui ont occasionné cette forte hausse sont les suivants :

1. L'utilisation accrue de médicaments de spécialité pour traiter des maladies telles que :
 - a. l'asthme, qui jusqu'à tout récemment était traité uniquement avec des médicaments traditionnels;
 - b. le cancer, qui était auparavant traité au moyen de médicaments injectables administrés en milieu hospitalier et couverts par les régimes publics. La mise en marché d'anticancéreux administrés par voie orale fait en sorte que les régimes privés doivent désormais absorber ces coûts.

2. L'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments très coûteux. La plupart des médicaments en voie de développement servent maintenant à combler certains écarts en matière de médicaments de spécialité.
3. L'approbation de nouvelles indications pour des médicaments existants, ce qui signifie que davantage de patients pourront désormais les utiliser.

La mise en place de l'Assurance-santé Plus et l'arrivée à échéance des brevets de certains médicaments ont toutefois permis d'atténuer la hausse du coût par ordonnance, comme nous l'avons mentionné dans notre analyse de la catégorie des médicaments traditionnels.

LES 10 PRINCIPAUX MÉDICAMENTS SELON LES DÉPENSES

Les trois médicaments qui se sont trouvés en tête des dépenses en 2018 sont des médicaments de spécialité indiqués pour traiter des maladies inflammatoires. L'infliximab, l'adalimumab et l'ustékinumab ont représenté plus de 10 % du total des dépenses.

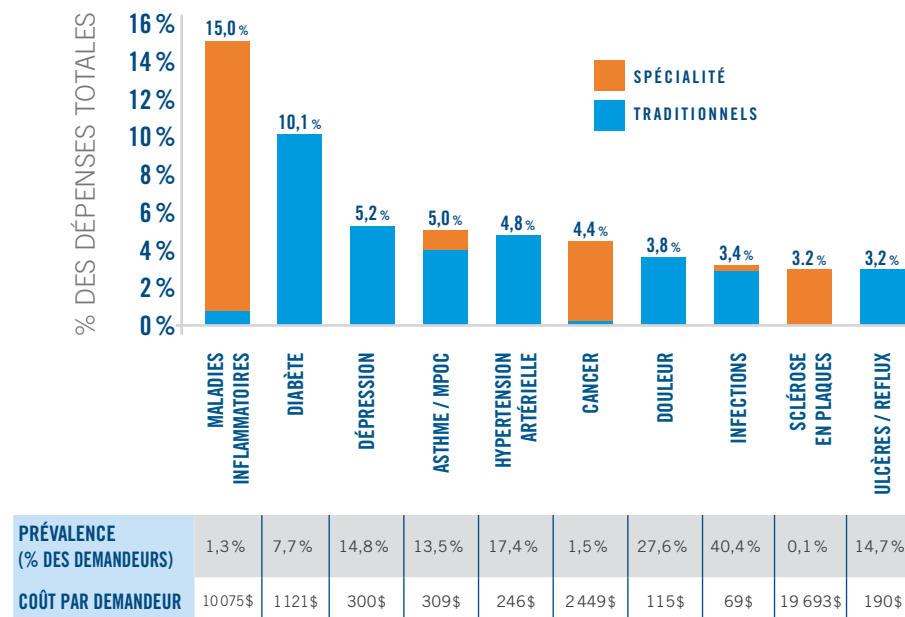
Les médicaments traditionnels qui permettent de traiter le diabète, le trouble déficitaire de l'attention et l'hypercholestérolémie ont constitué également une partie importante des dépenses totales.

NOM DE MARQUE	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE	CATÉGORIE*	% DES DÉPENSES TOTALES	RANG SELON LES DÉPENSES
Remicade® / Inflectra ^{MD} / Renflexis ^{MC}	infliximab	Maladies inflammatoires	S	4,62 %	1
Humira®	adalimumab	Maladies inflammatoires	S	3,76 %	2
Stelara®	ustékinumab	Maladies inflammatoires	S	1,67 %	3
Contour Next®/ One Touch Verio®/ Autres	Bandelettes de test glycémique	Diabète	T	1,56 %	4
Ritalin ^{MD} / Concerta® / Biphentin® / Foquest ^{MC}	méthylphénidate	Trouble déficitaire de l'attention	T	1,52 %	5
Janumet®	sitagliptine-metformine	Diabète	T	1,37 %	6
Victoza® / Saxenda®	liraglutide	Diabète, perte de poids	T	1,34 %	7
Enbrel ^{MD} / Brenzys TM / Erelzi ^{MC}	étanercept	Maladies inflammatoires	S	1,27 %	8
Crestor®	rosuvastine	Hypercholestérolémie	T	1,12 %	9
Lantus® / Toujeo ^{MD} / Basaglar ^{MC}	insuline glargine	Diabète	T	1,03 %	10

*S = Spécialité T = Traditionnel

LES 10 PRINCIPALES CLASSES THÉRAPEUTIQUES SELON LES DÉPENSES

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



LES 10 PRINCIPALES CLASSES THÉRAPEUTIQUES - DONNÉES DE 2018

1^{ER} RANG SELON LES DÉPENSES – MALADIES INFLAMMATOIRES

Parmi les maladies inflammatoires, on trouve notamment la polyarthrite rhumatoïde, le rhumatisme psoriasique, la spondylarthrite ankylosante, le psoriasis et la maladie de Crohn. Le coût élevé par ordonnance des médicaments de cette classe thérapeutique a contribué à la plus grande part des dépenses des régimes. Il s'agit de 15 % des dépenses qui ont été engagées par seulement 1,3 % des participants.

En 2018, la tendance relative aux maladies inflammatoires s'explique par une augmentation de 7,2 % de l'utilisation et une diminution de 0,6 % du coût par ordonnance.

On compte des médicaments traditionnels et des médicaments de spécialité dans la classe thérapeutique des maladies inflammatoires. 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). Les médicaments traditionnels ont constitué près de la moitié des demandes de règlement (42 %), mais n'ont représenté que 5 % des dépenses totales dans cette classe thérapeutique.

En revanche, les médicaments de spécialité ont constitué 95 % des dépenses et 58 % des demandes de règlement.

Même si on compte 16 médicaments de spécialité indiqués pour traiter les maladies inflammatoires, deux familles de médicaments ont représenté 54,7 % des dépenses : Remicade® / Inflectra^{MD} / Renflexis^{MC} (infliximab) et Humira® (adalimumab).

Par ailleurs, de nouveaux médicaments et de nouvelles indications pour des médicaments existants ont été approuvés dans cette classe thérapeutique.

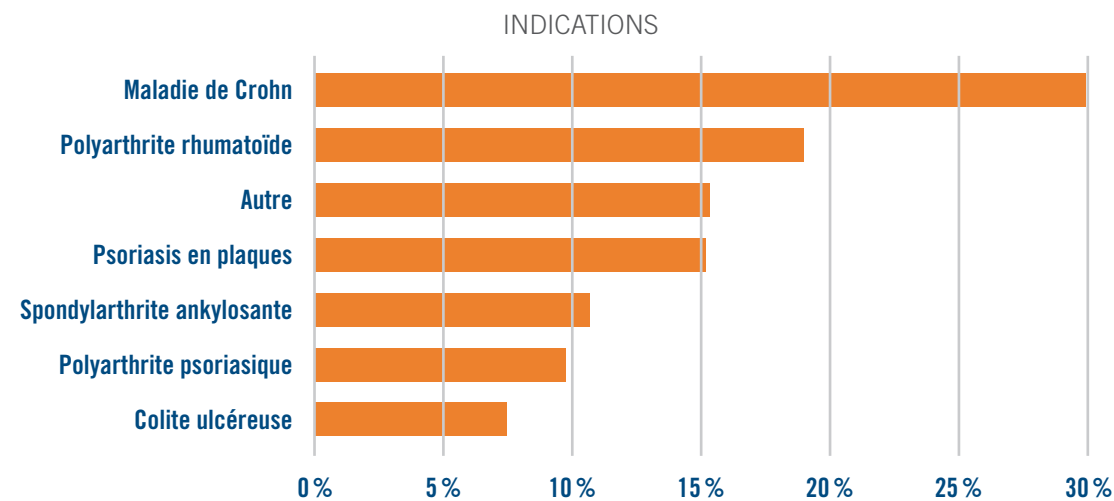
Un nouveau médicament administré par voie orale, Olumiant^{MC} (baricitinib), a été approuvé en 2018 pour traiter la polyarthrite rhumatoïde modérée à sévère. Olumiant^{MC} est semblable à Xeljanz^{MD} (tofacitinib), car il fait partie de la même famille de médicaments et leurs prix sont comparables. Il existe de nombreuses options de traitement pour la polyarthrite rhumatoïde, notamment les médicaments de spécialité biologiques dont l'efficacité et l'innocuité à long terme sont bien connues.

Un nouveau médicament biologique, Siliq^{MC} (brodalumab), a été approuvé en 2018 pour traiter le psoriasis en plaques modéré à grave. Siliq^{MC} est le troisième inhibiteur de l'interleukine-17 à être approuvé dans le traitement du psoriasis. Son mécanisme d'action, un antagoniste des récepteurs de l'interleukine-17, ne ressemble à aucun des autres médicaments de cette classe thérapeutique, par exemple Cosentyx^{MD} (sécukinumab) et Taltz® (ixékizumab), qui se lient directement à la cytokine IL-17A.

De nombreux médicaments de spécialité sont approuvés pour le traitement de plusieurs maladies inflammatoires. En 2018, 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 les suivants :

- Orencia^{MD} (abatacept), qui a été approuvé pour traiter le rhumatisme psoriasique. Auparavant, Orencia^{MD} n'était indiqué que pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes, de la polyarthrite idiopathique juvénile et de la polyarthrite juvénile.
- Simponi® I.V. (golimumab) n'était auparavant indiqué que pour traiter la polyarthrite rhumatoïde. Il est désormais approuvé dans le traitement du rhumatisme psoriasique et de la spondylarthrite ankylosante.
- Taltz® (ixékizumab) a été approuvé pour le traitement du rhumatisme psoriasique. Ce médicament est déjà indiqué pour traiter le psoriasis en plaques.
- Cimzia® (certolizumab pegol), qui n'était approuvé que dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde, du rhumatisme psoriasique et de la spondylarthrite ankylosante, est désormais indiqué par traiter le psoriasis en plaques.
- Xeljanz^{MD} (tofacitinib), qui n'était approuvé que pour traiter la polyarthrite rhumatoïde, est maintenant indiqué dans le traitement de la colite ulcéreuse et du rhumatisme psoriasique.
- Humira® (adalimumab), qui n'était approuvé que pour le traitement de l'hidradénite suppurée chez les adultes, est maintenant indiqué pour traiter les adolescents âgés entre 12 et 17 ans atteints de cette maladie et dont le poids dépasse les 30 kg. Humira® est également indiqué pour traiter la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, le rhumatisme psoriasique, la spondylarthrite ankylosante, la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse, le psoriasis en plaques et l'uvéïte.

Express Scripts Canada surveille l'utilisation thérapeutique (les indications) de ces médicaments au moyen de son programme d'autorisation préalable. Le graphique à barres à la page suivante montre les principales indications pour les médicaments de la classe thérapeutique des maladies inflammatoires en fonction des demandes d'autorisation préalable reçues entre juillet et décembre 2018. La maladie de Crohn, la polyarthrite rhumatoïde, le psoriasis en plaques, la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique et la colite ulcéreuse ont constitué 90 % de ces demandes.



Hadlima® (adalimumab) a été approuvé en 2018, mais n'est pas encore vendu au Canada. Il s'agit du produit biosimilaire d'Humira®. (Un biosimilaire est un médicament biologique qui est semblable sur le plan thérapeutique à un médicament de marque déjà approuvé connu comme un médicament de référence ou un médicament novateur.) Humira® représente 25,9 % des dépenses dans cette classe thérapeutique. Et, puisque les biosimilaires sont des options de traitement à moindre coût qui favorisent la concurrence, Hadlima® permettra certainement de réaliser d'importantes économies. Il ne sera toutefois pas vendu immédiatement au Canada.

Les autres biosimilaires offerts dans cette classe thérapeutique comprennent notamment les suivants : Inflectra^{MD} / Renflexis^{MC} en remplacement de Remicade® et BrenzysTM / Erelzi^{MC} en remplacement d'Enbrel^{MD}. En

2018, les biosimilaires de Remicade® et d'Enbrel^{MD} ont représenté 4,6 % et 7,4 %, respectivement des demandes de règlement (si l'on prend en compte leurs ingrédients chimiques). Il s'agit d'une augmentation de 2,0 % et de 1,5 %, respectivement par rapport à 2017. Il se peut que l'adoption de biosimilaires soit moins forte par suite de la conclusion d'ententes relatives aux listes de produits ou de programmes de remboursement de la quote-part sur le produit novateur du fabricant.

On s'attend à une augmentation des dépenses pour cette classe thérapeutique en raison d'une hausse de l'utilisation, de l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments et de l'élargissement des indications des médicaments existants. Les biosimilaires contribueront quelque peu à réduire ces dépenses.

RANG EN 2018	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	% DES DÉPENSES TOTALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
1	Maladies inflammatoires	15,0%	7,2%	-0,6%	6,6%

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DE DEMANDEURS):	1,3%
NON-OBSERVANCE (% DE DEMANDEURS):	44,9%
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR:	10 075 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES:	42% traditionnel / 58% spécialité
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES:	5% traditionnel / 95% spécialité

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	POURCENTAGE DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	infliximab	Remicade® / Inflectra ^{MD} / Renflexis ^{MC}	Spécialité	28,8%
2	adalimumab	Humira®	Spécialité	25,9%
3	ustékinumab	Stelara®	Spécialité	10,4%
4	étanercept	Enbrel ^{MD} / Brenzys TM / Erelzi ^{MC}	Spécialité	7,9%
5	golimumab	Simponi®	Spécialité	4,4%
	Autres			22,6%

2^E RANG SELON LES DÉPENSES – DIABÈTE

La classe thérapeutique des antidiabétiques a entraîné le plus de dépenses en médicaments traditionnels au cours des trois dernières années. Les dépenses globales (10,1 %) et le pourcentage des demandeurs (7,7 %) ont augmenté par rapport à 2017, année au cours de laquelle les dépenses et le pourcentage des demandeurs étaient de 9,4 % et 7,5 %, respectivement.

Le diabète est une maladie chronique qui entraîne souvent des complications si la glycémie n'est pas contrôlée. À l'heure actuelle, on estime que près de 11 millions de Canadiens souffrent de diabète ou de prédiabète. Le coût des traitements a augmenté en flèche : il est passé de 14 milliards de dollars en 2008 à près de 30 milliards de dollars en 2018¹.

Entre 5 % et 10 % des patients sont atteints de diabète de type 1, qui survient lorsque le pancréas ne produit pas assez d'insuline. Le diabète de type 2, lui, survient lorsque le corps utilise mal l'insuline ou n'en produit pas assez, ce qui se produit chez 90 % des patients atteints de cette maladie. L'hyperglycémie - ou un taux élevé de glycémie - est un effet courant de diabète mal contrôlé. Au fil du temps, les taux élevés de glycémie endommagent beaucoup des organes du corps, notamment le cœur, les yeux, les reins et les nerfs. Près de 30 % des AVC, 40 % des crises cardiaques, 50 % des insuffisances rénales qui exigent la dialyse et 70 % des amputations non traumatiques des membres inférieurs sont associés au diabète.

La classe thérapeutique du diabète comprend des médicaments, de l'insuline et des fournitures pour diabétiques comme les bandelettes de test glycémique, les lancettes et les seringues. La répartition des dépenses dans cette classe thérapeutique va comme suit : médicaments (56,4 %), insuline (21,5 %) et fournitures (22,1 %).

La tendance globale de 6,6 % de cette classe thérapeutique s'explique principalement par une augmentation de 5,3 % du coût par ordonnance. L'utilisation a connu une légère hausse de 1,4 %.

Il existe plusieurs classes de médicaments qui ciblent différentes anomalies associées au diabète de type 2 afin d'abaisser la glycémie. Selon les directives cliniques, la metformine est le traitement de première intention en raison de son efficacité, de son innocuité et de son faible coût. Si la metformine et les changements apportés au mode de vie ne suffisent pas, on peut ajouter d'autres médicaments.

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

¹ Diabète Canada

- 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 fait augmenter la glycémie). Ces médicaments sont bien tolérés et sont associés à un faible risque d'hypoglycémie (taux de glucose dangereusement faible dans le sang). Habituellement, ces médicaments sont ajoutés dans le cadre d'un traitement de deuxième ou de troisième intention lorsque la glycémie ne peut être contrôlée au moyen de la metformine. Parmi les inhibiteurs de la DPP-4, on retrouve Trajenta® (linaliptine), Nesina® (alogliptine), Onglyza® (saxagliptine) et Januvia® (sitagliptine).

- Les **agonistes du récepteur du GLP-1** sont des médicaments injectables qui imitent l'action du GLP-1, une hormone que produit l'organisme. Le GLP-1 augmente la sécrétion d'insuline en diminuant la sécrétion de glucagon postprandiale, ralentit la digestion et augmente la satiété, ce qui permet un meilleur contrôle de la glycémie. Les agonistes du récepteur du GLP-1 sont associés à une perte de poids et à un faible risque d'hypoglycémie. Parmi les agonistes du récepteur du GLP-1, on retrouve Victoza® (liraglutide), Byetta® / Bydureon® (exénatide), Trulicity® (dulaglutide) et Adlyxin^{MC} (lixisénatide).

- Les **inhibiteurs du SGLT2** empêchent la réabsorption du glucose par les reins, ce qui entraîne une excrétion accrue de glucose dans l'urine et abaisse la glycémie. De plus, ils sont associés à une perte de poids et à un faible risque d'hypoglycémie. Les inhibiteurs du SGLT2 comprennent Invokana® (canagliflozine), Forxiga® (dapagliflozine) et Jardiance® (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® (répaglinide).

- Les **thiazolidinédiones**, qui sont semblables à la metformine, augmentent la sensibilité des tissus à l'insuline. Ils entraînent cependant les effets secondaires suivants : gain de poids et augmentation du risque d'insuffisance cardiaque et de fractures. Les thiazolidinédiones comprennent Actos® (pioglitazone) et Avandia (rosiglitazone).

- Une **insulinothérapie** peut également être nécessaire. Souvent, les patients atteints de diabète de type 2 commencent leur traitement avec une injection d'insuline à action prolongée le soir. Différents types d'insuline peuvent toutefois être nécessaires.

Parmi les cinq principaux antidiabétiques, les médicaments de marque Janumet® / Janumet® XR (au deuxième rang), Victoza® (au quatrième rang) et Jardiance^{MC} (au cinquième rang) ont représenté 27,2 % des dépenses. Janumet® est un traitement d'association de Januvia® et de metformine. En 2018, la metformine ne figurait plus parmi les cinq principaux médicaments de cette classe thérapeutique.

Comme il est indiqué ci-dessus, l'insuline a représenté 21,5 % des dépenses dans la classe thérapeutique du diabète. Faits à noter :

- Basaglar^{MC} (insuline glargine), le premier biosimilaire de Lantus, a été mis en marché en décembre 2015 et a contribué à réduire les dépenses en matière d'insuline. Lantus® est demeuré au troisième rang des dépenses en 2018, même si celles relatives à l'insuline glargine ont diminué pour passer de 10,3 % en 2017 à 9,5 % en 2018. Basaglar^{MC} permet de réaliser des économies de 25 % par rapport à Lantus®. La part des demandes de règlement pour les biosimilaires de Basaglar^{MC} ont augmenté de 1,1 % en 2017 pour passer à 4,6 % en 2018.
- Un deuxième médicament biosimilaire dans cette classe thérapeutique, Admelog^{MC} (insuline lispro), a été approuvé en décembre 2017, mais n'a pas encore été mis sur le marché. Admelog^{MC} est une insuline à action rapide qui est très similaire à son médicament de référence, Humalog®. En effet, Admelog^{MC} présente une qualité, une innocuité et une efficacité comparables à celles d'Humalog®.

Le traitement du diabète demeure un domaine où on observe un développement assez constant de médicaments. Par contre, le coût de bon nombre de ces nouveaux médicaments est plus élevé que les traitements existants.

- Un sixième agoniste du GLP-1, Ozempic® (sémaglutide), a été approuvé en février 2018. Le rôle d'Ozempic® évoluera dans le cadre du traitement à mesure que des renseignements sur la réduction du risque cardiovasculaire seront fournis.

- Xultophy®, approuvé en avril 2018, est la première association insuline basale / agonistes du récepteur du GLP-1 sur le marché. Elle peut être utilisée comme traitement d'appoint chez les patients qui prennent une insuline basale ou un agoniste du récepteur du GLP-1 et qui ne peuvent atteindre leur cible de glycémie. L'injection unique est plus pratique et pourrait améliorer l'observance du traitement comparativement à l'administration distincte de chaque médicament. Soliqua^{MC}, approuvé en juillet 2018, est la deuxième association insuline basale / agonistes du récepteur du GLP-1 offerte sur le marché. Soliqua^{MC} vise à remplacer le traitement par insuline basale lorsqu'une monothérapie ou une association avec un antidiabétique oral ne suffisent pas. Ce médicament doit être pris avec les repas, facteur à considérer lorsqu'on compare Soliqua^{MC} à Xultophy®.
- Approuvé en mai 2018, SteglatroTM (ertugliflozine) est le quatrième inhibiteur du SGLT-2 offert au Canada pour traiter le diabète de type 2. À l'heure actuelle, aucune donnée sur l'innocuité cardiovasculaire n'est disponible pour SteglatroTM et on ne s'attend pas à en obtenir avant la fin de 2019. Également approuvés, SteglujanTM, est une association d'ertugliflozine et de sitagliptine (inhibiteurs de la DPP-4) à dose fixe et SeglurometTM, une association d'ertugliflozine et de metformine. L'association de deux médicaments dont le mode d'action est différent, mais complémentaire, a démontré une efficacité additionnelle pour réduire la glycémie par rapport à chaque médicament pris séparément. L'association à dose fixe permet également de réduire le nombre de comprimés que le patient doit prendre, ce qui pourrait améliorer l'observance du traitement.
- Jardiance®, un autre inhibiteur du SGLT-2, a élargi son indication en avril 2018 afin de réduire le risque de décès cardiovasculaire chez les patients qui sont atteints de diabète et qui ont développé une maladie cardiovasculaire.

- Invokana® a lui aussi élargi son indication en janvier 2019 afin de prévenir les effets néfastes d'événements cardiovasculaires majeurs. Ce médicament était auparavant indiqué comme traitement d'appoint au régime alimentaire et à l'exercice et faisait partie des soins standards pour réduire le risque d'événements cardiovasculaires majeurs (décès cardiovasculaire, infarctus du myocarde non fatal et AVC non fatal) chez les adultes atteints de diabète de type 2 et de maladies cardiovasculaires. Sur ce plan, Invokana® correspond mieux à Jardiance® et est le troisième médicament de la classe des antidiabétiques approuvé pour réduire le risque d'événement cardiovasculaire.

Voici d'autres développements cliniques en matière de diabète :

- L'étude CARMELINA avait pour but d'évaluer les effets cardiovasculaires et rénaux de Trajenta® (linagliptine), en plus des soins standards, comparativement au placebo. L'étude a montré que Trajenta® avait un profil d'innocuité comparable à celui du placebo sur

le plan cardiovasculaire chez les adultes atteints de diabète de type 2 et présentant un risque de maladies cardiovasculaires élevé. De plus, l'étude a montré que Trajenta® avait le meilleur profil d'innocuité parmi les inhibiteurs de la DPP-4.

- En mars 2019, l'*American College of Cardiology* et l'*American Heart Association* ont publié des lignes directrices qui recommandent l'utilisation d'inhibiteurs du SGLT2 et d'agonistes du récepteur du GLP-1 aux fins de prévention de maladies cardiovasculaires, même lorsque la metformine a été utilisée en première intention. Cela va au-delà des indications déjà approuvées pour ces médicaments et pourrait en faire augmenter l'utilisation.

On s'attend à ce que les dépenses relatives au diabète augmentent au cours des prochaines années en raison de la hausse du prix des médicaments, d'une utilisation accrue et de l'élargissement des indications des traitements antidiabétiques qui ont des effets cardiovasculaires positifs.

RANG EN 2018	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	% DES DÉPENSES TOTALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
2	Diabète	10,1 %	1,4 %	5,3 %	6,6 %

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DE DEMANDEURS) :	7,7 %
NON-OBSERVANCE (% DE DEMANDEURS) :	45,0 %*
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR :	1 121 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES :	100 % traditionnel
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES :	100 % traditionnel

*à l'exclusion des fournitures pour diabétique

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	% DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	Bandelettes de test glycémique	Contour Next®/ One Touch Verio®/ Autres	Traditionnel	14,5 %
2	sitagliptine-metformine	Janumet®/ Janumet® XR	Traditionnel	12,7 %
3	insuline glargine	Lantus® / Basaglar ^{MC} / Toujeo ^{MD}	Traditionnel	9,5 %
4	liraglutide	Victoza®	Traditionnel	8,3 %
5	empagliflozine	Jardiance®	Traditionnel	6,2 %
	Autres			48,8 %

3^E RANG SELON LES DÉPENSES – DÉPRESSION

La dépression est une maladie grave, chronique et débilitante qui touche près de quatre millions de Canadiens. Elle est la cause principale d'invalidité dans le monde. La dépression grave est associée au suicide, qui est la neuvième principale cause de décès au Canada.

Les médicaments antidépresseurs se sont classés au troisième rang sur le plan des dépenses globales et du nombre de demandes de règlement, même si la tendance est demeurée relativement stable (0,6%). Cela s'explique principalement par une diminution (-5,0%) du coût par ordonnance et une augmentation de 4,3% de l'utilisation en 2018.

Les cinq principaux médicaments antidépresseurs en fonction de leur part de marché représentaient 60,5% des dépenses dans cette classe thérapeutique. Des génériques sont offerts pour ces cinq médicaments, sauf pour ce qui est de Trintellix® (vortioxétine) et de Pristiq^{MD} (desvenlafaxine). Pour la première fois en 2018, Trintellix®, un nouvel antidépresseur sérotonergique, s'est classé parmi les cinq principaux médicaments. Même si

le premier générique de Pristiq^{MD} a déjà été approuvé, il n'a eu aucune incidence sur les dépenses, car il n'a pas encore été mis en marché.

Aucun nouveau médicament destiné au traitement de la dépression majeure n'est en voie de développement. L'accent est plutôt mis sur les médicaments indiqués pour traiter de petites populations atteintes d'une dépression grave résistante au traitement. À l'avenir, la diminution du coût par ordonnance pourrait être inférieure à ce que nous avons connu jusqu'à maintenant en raison de la saturation du marché des génériques. L'utilisation, elle, s'alignera sur les nouveaux diagnostics de dépression chaque année. Certains médicaments de spécialité pourraient avoir de faibles répercussions sur la tendance dès 2019. Compte tenu de tous ces facteurs, on peut s'attendre à une tendance relativement stable sur le plan des antidépresseurs.

RANG EN 2018	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	% DES DÉPENSES TOTALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
3	Dépression	5,2%	4,3%	-5,0%	-0,6%

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DE DEMANDEURS):	14,8%
NON-OBSERVANCE (% DE DEMANDEURS):	36,9%
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR:	300 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES:	100% traditionnel
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES:	100% traditionnel

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	% DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	escitalopram	Cipralax®	Traditionnel	18,9%
2	desvenlafaxine	Pristiq ^{MD}	Traditionnel	11,7%
3	duloxétine	Cymbalta®	Traditionnel	11,6%
4	venlafaxine	Effexor ^{MD} XR	Traditionnel	9,6%
5	vortioxétine	Trintellix®	Traditionnel	8,7%
	Autres			39,5%

4^E RANG SELON LES DÉPENSES – ASTHME ET MPOC

L'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) sont principalement traités au moyen de médicaments traditionnels. Elles se sont classées au quatrième rang selon les dépenses en 2018. Le nombre de demandeurs est toutefois élevé (13,5%). La classe thérapeutique asthme/MPOC se situait au cinquième rang des dépenses en 2017. Cette classe thérapeutique présente un petit volume de demandes de règlement qui tend toutefois à augmenter. En effet, les dépenses en médicaments de spécialité sont passées de 17% en 2017 à 21% en 2018, ce qui a fait augmenter le coût par ordonnance.

Même si la MPOC et l'asthme sont des maladies respiratoires distinctes, elles présentent des symptômes communs qui sont traités avec les mêmes médicaments.

Xolair^{MD} (omalizumab) a occupé le deuxième rang selon les dépenses. Il s'agit d'un médicament de spécialité indiqué dans le traitement de l'asthme allergique grave non maîtrisé par les autres traitements. Le pourcentage des dépenses associées à Xolair^{MD} dans cette classe thérapeutique est passé de 16,4% en 2017 à 17,3% en 2018.

Les nouveaux médicaments et les nouvelles indications dans cette classe thérapeutique comprennent ce qui suit :

- Un nouveau médicament de spécialité, Fasenna® (benralizumab), qui a été approuvé au début de 2018. Fasenna® pourra être utilisé comme traitement d'appoint chez les patients adultes atteints d'asthme éosinophilique grave. Comparativement à Nucala (mépilizumab) et à Cinqair^{MC} (reslizumab), les médicaments actuellement utilisés chez ces patients, l'administration sous-cutanée de Fasenna® et son schéma posologique à administration toutes les huit semaines pourraient s'avérer pratiques. Cependant, on a observé une faible utilisation de Nucala et de Cinqair^{MC}; ces deux médicaments regroupés ont représenté moins de 5% des dépenses liées aux médicaments de spécialité dans cette classe.
- Bevespi Aerosphere^{MC} (glycopyrronium/fumarate de formotérol dihydraté) a été approuvé en mars 2018. Il s'agit d'une association d'un antagoniste muscarinique à longue durée d'action (AMLA) et d'un bêta₂ agoniste à longue durée d'action (BALA) indiquée comme traitement bronchodilatateur d'entretien à long terme de l'obstruction des voies respiratoires chez les patients atteints d'une MPOC, notamment la bronchite chronique et l'emphysème. À l'heure actuelle, Bevespi Aerosphere^{MC} constitue une option de traitement pour d'autres AMLA et BALA administrés par inhalation (en association et seuls) pour la prise en charge de la MPOC.

• Arbesda RespiClick^{MC} a été approuvé en avril 2018. Ce médicament contient les mêmes ingrédients actifs qu'Advair (aérosol-doseur et diskus). Ces médicaments ne sont toutefois pas interchangeables. Arbesda RespiClick^{MC} pourrait être plus facile à utiliser que l'aérosol-doseur, mais son concept est semblable au produit diskus. Comme Arbesda RespiClick^{MC} ne semble offrir aucun avantage thérapeutique par rapport à Advair et qu'il n'est pas interchangeable avec celui-ci, sa place dans le traitement est encore incertaine.

• Trelegy Ellipta (furoate de fluticasone-uméclidinium-vilantérol) a été approuvé en mai 2018. Il s'agit d'une association d'un corticostéroïde en inhalation (CSI), d'un antagoniste muscarinique à longue durée d'action et d'un bêta₂ agoniste à longue durée d'action indiquée comme traitement d'entretien unique prolongé de la MPOC, y compris la bronchite chronique et l'emphysème chez les patients dont l'état n'est pas traité adéquatement par une association de CSI-BALA. Il n'est pas indiqué pour faire céder un bronchospasme aigu ou pour le traitement de l'asthme. Trelegy Ellipta est la seule trithérapie à dose fixe administrée au moyen d'un doseur unique quotidien.

• Une nouvelle indication a été approuvée pour Nucala (mépilizumab pour injection) en juillet 2018. Nucala peut maintenant être utilisé comme médicament d'appoint à la corticothérapie pour le traitement des patients adultes atteints de granulomatose éosinophile avec polyangéite (GPEA). Nucala offre une durée de rémission plus longue comparée au placebo et entraîne davantage de rémissions. Cependant, seule la moitié des patients traités ont connu une rémission. Nucala pourrait être une alternative aux plus anciens agents immunosuppresseurs qui présentent des risques plus élevés d'effets indésirables.

Nous prévoyons que la tendance relative aux dépenses dans cette classe thérapeutique diminuera en raison de l'approbation de génériques de Flovent (fluticasone) et d'Advair (fluticasone-salmérol) au cours des prochaines années. D'autres médicaments pourraient entraîner davantage de concurrence dans la classe thérapeutique de l'asthme et ainsi faire diminuer les coûts en 2019 et par la suite. Le brevet de Xolair^{MD} arrivera à échéance dans quelques années, mais aucun biosimilaire n'est prévu à l'heure actuelle.

RANG EN 2018	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	% DES DÉPENSES TOTALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
4	ASTHME ET MPOC	5,0%	-5,8%	6,6%	0,7%

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DE DEMANDEURS):	13,5%
NON-OBSERVANCE (% DE DEMANDEURS):	71,7%*
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR:	309\$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES:	99% traditionnels / 1% spécialité
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES:	79% traditionnels / 21% spécialité

*À l'exclusion des inhalateurs de secours (p. ex., Ventolin®)

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	% DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	budésonide-formotérol	Symbicort®	Traditionnel	18,1%
2	omalizumab	Xolair ^{MD}	Spécialité	17,3%
3	fluticasone-salmétérol	Advair	Traditionnel	14,1%
4	fluticasone	Flovent	Traditionnel	9,4%
5	montélukast	Singulair®	Traditionnel	7,6%
	Autres			33,5%

5^E RANG SELON LES DÉPENSES – HYPERTENSION ARTÉRIELLE

L'hypertension artérielle est le principal facteur de risque d'accident vasculaire cérébral et un facteur de risque majeur des maladies cardiaques. L'hypertension artérielle survient lorsque la pression dans les artères est élevée, ce qui force le cœur à faire davantage pour pomper le sang dans les vaisseaux de l'organisme.

En 2018, la classe thérapeutique de l'hypertension artérielle est passée au cinquième rang selon les dépenses globales. Elle se situait au troisième rang en 2017 en raison d'une forte diminution du coût par ordonnance. Cette classe thérapeutique se compose de médicaments traditionnels et se situe au premier rang selon le nombre des demandes de règlement, comme nous l'avons observé en 2017. Le nombre de demandeurs dans cette classe (17,4%) la place parmi les 10 principales classes thérapeutiques.

La tendance globale est négative et s'établit à -17,7%. Il s'agit de la diminution la plus importante au sein des 10 principales classes thérapeutiques. Cela s'explique par une réduction de 14,9% du coût par ordonnance. Le coût moyen par demandeur a lui aussi diminué pour s'établir à 246\$ en 2018 par rapport à 279\$ en 2017.

Le premier générique de Coversyl® (périndopril) et de Coversyl® Plus (périndopril-indapamide) a été approuvé en mars 2018. Même si Coversyl® a conservé la première place au classement en 2018, Coversyl® Plus est passé du 3^e rang au 4^e rang, baisse qui s'explique par l'arrivée sur le marché du générique de ce médicament. Les dépenses relatives au périndopril et à l'association périndopril-indapamide sont passées de 23,6% en 2017 à 18,7% en 2018, diminution qui s'explique également par l'arrivée sur le marché de génériques à moindre coût. On devrait noter de plus fortes répercussions en 2019.

Le premier générique de Twynsta® (telmisartan-amlodipine) a été approuvé en 2018. Nous nous attendons à ce que cette approbation ait peu d'effets sur les dépenses globales (1,2%) en raison de la faible part de marché de Twynsta®.

La tendance négative dans cette classe devrait se poursuivre. La saturation du marché et le nombre élevé de génériques se traduiront par une utilisation stable et une baisse des coûts unitaires de ces médicaments. Par ailleurs, cette diminution devrait se stabiliser en 2019 et en 2020, car aucun autre générique ne devrait arriver sur le marché.

RANG EN 2018	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	% DES DÉPENSES TOTALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
5	Hypertension artérielle	4,8%	-2,8%	-14,9%	-17,7%

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DE DEMANDEURS):	17,4%
NON-OBSERVANCE (% DE DEMANDEURS):	29,3%
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR:	246\$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES:	100% traditionnel
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES:	100% traditionnel

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	% DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	périndopril	Coversyl®	Traditionnel	13,4%
2	amlodipine	Norvasc ^{MD}	Traditionnel	11,1%
3	nifédipine	Adalat®	Traditionnel	6,0%
4	périndopril-indapamide	Coversyl® Plus	Traditionnel	5,3%
5	ramipril	Altace ^{MD}	Traditionnel	4,4%
	Autres			59,8%

6^E RANG SELON LES DÉPENSES – CANCER

Près de la moitié des Canadiens recevront un diagnostic de cancer au cours de leur vie. Même si un nombre croissant de patients survivent à la maladie cinq ans après leur diagnostic, le cancer demeure la principale cause de décès au Canada. Près d'un Canadien sur quatre succombera au cancer. Cette statistique alarmante signifie qu'à l'heure actuelle, de très nombreux anticancéreux sont en voie de développement.

Sur le plan des dépenses globales, le cancer est arrivé au sixième rang en 2018, alors qu'il occupait le septième rang en 2017. Cette maladie a occasionné les dépenses les plus élevées parmi les 10 principales classes thérapeutiques. En 2018, la tendance s'est établie à 16,5% en raison d'une augmentation de 11,5% du coût par ordonnance (11,2% en 2017) et d'une hausse de 5% de l'utilisation. Les médicaments de spécialité ont constitué 96% des dépenses dans cette classe.

D'une part, la thérapie génique constitue la toute dernière référence dans le traitement du cancer. Santé Canada a approuvé la première thérapie génique, Kymriah^{MC} (tisagenlecleucel), en septembre 2018. Toutefois, ce médicament n'est pas encore en vente au pays. D'autre part, dans le cadre de la thérapie CAR-T, on modifie les cellules T du patient au moyen de récepteurs antigéniques chimériques qui trouvent les cellules cancéreuses que les cellules T normales sont incapables de détecter, et les détruisent. Kymriah^{MC} a été approuvé pour traiter deux formes de cancer: la leucémie aiguë lymphoblastique

chez les enfants et les jeunes adultes et le lymphome diffus à grandes cellules B, c'est-à-dire le lymphome non hodgkinien le plus courant chez les adultes. La deuxième thérapie génique, Yescarta^{MC} (axicabtagène ciloleucel), a été approuvée en février 2019, mais n'est pas encore offerte au Canada. Yescarta^{MC} est indiqué dans le traitement du lymphome à grandes cellules B récidivant ou réfractaire. Kymriah^{MC} et Yescarta^{MC} sont tous deux compris dans le Programme de médicaments administrés en milieu hospitalier d'Express Scripts Canada. Kymriah^{MC} et Yescarta^{MC} sont des traitements administrés une seule fois dont le coût estimatif se situe entre 373 000\$ US et 475 000\$ US. Compte tenu de la complexité des thérapies géniques, il convient donc de les administrer en milieu hospitalier.

De nouveaux produits sont encore en voie de développement. Voici quelques-uns des médicaments approuvés en 2018. Bon nombre d'entre eux ont contribué à la hausse du coût par ordonnance.

- Imfinzi® (durvalumab)*: indiqué pour traiter les patients atteints d'un carcinome urothélial et pour traiter le cancer du poumon non à petites cellules.
- Lonsurf® (trifluridine and tipiracil): indiqué pour traiter le cancer colorectal métastatique.
- Bavencio^{MC} (avélumab)*: indiqué pour le traitement du carcinome à cellules de Merkel métastatique.

- Besponsa^{MC} (inotuzumab ozogamicine) : indiqué pour traiter la leucémie aiguë lymphoblastique.
- ErleadaTM (apalutamide) : indiqué pour traiter le cancer de la prostate.
- Alunbrig^{MC} (brigatinib)* : indiqué pour traiter le cancer du poumon non à petites cellules.
- Cabometyx^{MC} (cabozantinib) : indiqué pour traiter l'adénocarcinome rénal.

* Approuvé par Santé Canada avec un avis de conformité avec conditions.

En 2018, Santé Canada a approuvé le premier biosimilaire dans cette classe thérapeutique. MVASI^{MC}, un biosimilaire d'Avastin® (bévacizumab), a été approuvé pour le traitement du cancer colorectal métastatique ainsi que pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules avancé, métastatique ou récidivant. D'autres biosimilaires sont attendus pour le traitement du cancer, notamment le trastuzumab et le rituximab.

Les dépenses dans cette classe continueront d'augmenter. En effet, les anticancéreux étant maintenant employés comme traitements d'entretien, l'utilisation de médicaments très coûteux continuera d'augmenter. De plus, l'utilisation accrue de médicaments que le patient peut s'administrer lui-même (à l'extérieur de l'hôpital) se traduira par une augmentation de l'utilisation et des coûts, car les régimes privés devront rembourser ces médicaments. Le régime public les prenait en charge auparavant en raison de leur administration en milieu hospitalier. Les anticancéreux approuvés en 2018 et de nombreux médicaments en voie d'approbation feront augmenter les coûts dans cette classe thérapeutique.

RANG EN 2018	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	% DES DÉPENSES TOTALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
6	Cancer	4,4%	5,0%	11,5%	16,5%

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DE DEMANDEURS) :	1,5%
NON-OBSERVANCE (% DE DEMANDEURS) :	46,8%
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR :	2 449 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES :	38 % traditionnels / 62 % spécialité
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES :	4% traditionnels / 96 % spécialité

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	% DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	lénalidomide	Revlimid®	Spécialité	16,4%
2	leuprolide	Eligard®	Spécialité	6,2%
3	ibrutinib	Imbruvica®	Spécialité	5,8%
4	rituximab	Rituxan®	Spécialité	5,1%
5	palbociclib	Ibrance ^{MC}	Spécialité	5,1%
	Autres			61,4%

7^E RANG SELON LES DÉPENSES – DOULEUR

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. Plus d'un participant sur quatre ayant soumis une demande de règlement pour un médicament d'ordonnance en 2018 (27,8%) recherchait un soulagement de la douleur. Ce pourcentage était de 28,2% en 2017, diminution attribuable aux préoccupations grandissantes relativement à l'abus d'opioïdes.

Un demandeur sur huit (12,5%) a utilisé des opioïdes. Les opioïdes sont des narcotiques comme la morphine, la codéine et leurs dérivés qui servent principalement à soulager la douleur modérée à aiguë. Les opioïdes sont prescrits à long terme pour traiter certaines maladies, par exemple dans le cadre des soins palliatifs du cancer et de la douleur chronique sévère.

Près de la moitié des demandes de règlement (48,7%) dans la classe thérapeutique de la douleur sont pour des opioïdes.

De nombreuses études montrent un risque accru de surutilisation des opioïdes chez les personnes ayant obtenu un médicament pour soulager la douleur aiguë de même que chez les patients qui subissent une intervention chirurgicale mineure qui entraîne une légère douleur. Les opioïdes ne devraient donc être prescrits qu'au besoin, comporter une dose la plus faible possible et être administrés pendant une période très courte. Le risque est principalement associé à la dose. En effet, plus la dose initiale est élevée et la durée du traitement est longue, plus le risque d'utilisation à long terme, d'abus et de surdose est élevé. Les données récentes indiquent qu'une personne sur cinq qui prend un opioïde pour la première fois lorsqu'on lui prescrit un approvisionnement de 10 jours deviendra un utilisateur à long terme.

De plus, l'analyse des demandes de règlement montre que près de 60% des patients qui utilisent des opioïdes en prennent avec d'autres médicaments qui, lorsqu'ils sont associés à des opioïdes, sont dangereux ou potentiellement mortels. Parmi ces médicaments, on peut penser aux relaxants musculaires, aux benzodiazépines ainsi qu'aux anxiolytiques tels que Xanax^{MD} (alprazolam) et Ativan^{MD} (lorazépam). Les opioïdes, les relaxants musculaires et les benzodiazépines ont tous un effet sédatif qui peut ralentir la respiration. La prise conjointe de ces médicaments peut augmenter ces effets de manière exponentielle.

Même s'il existe des circonstances cliniques qui justifient l'association de ces médicaments, ces mélanges peuvent avoir de sérieuses conséquences si le patient n'est pas extrêmement prudent. De fait, l'association de benzodiazépines et d'opioïdes est la principale cause de décès par surdose lorsque plus d'un médicament est en cause.

Le Canada est le deuxième pays, par habitant, où l'on consomme le plus d'opioïdes, derrière les États-Unis. Cette situation a entraîné de l'abus, de la dépendance ainsi que de l'accoutumance généralisés. En 2017, selon les données récentes du gouvernement fédéral, 11 Canadiens sont morts chaque jour, en moyenne, d'un empoisonnement aux opioïdes. Des interventions précoces, notamment la sensibilisation des patients relativement aux risques et le fait de limiter l'approvisionnement initial à la dose et à la durée minimales requises constituent des mesures de sécurité essentielles.

Par suite des préoccupations relatives aux opioïdes, nous estimons que la tendance globale dans cette classe thérapeutique continuera à diminuer. Les dépenses associées à d'autres médicaments antidouleur et anti-inflammatoires pourraient augmenter si les médecins adoptent d'autres méthodes pour traiter la douleur chronique ou aiguë.

RANG EN 2018	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	% DES DÉPENSES TOTALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
7	Douleur	3,8%	-1,6%	-4,9%	-6,5%

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DE DEMANDEURS) :	27,8%
NON-OBSERVANCE (% DE DEMANDEURS) :	Sans objet
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR :	115 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES :	100 % traditionnel
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES :	100 % traditionnel

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	% DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	oxycodone	OxyNEO®, Oxy-IR®	Traditionnel	10,5%
2	hydromorphone	Dilaudid®	Traditionnel	9,9%
3	ésoméprazole-naproxène	Vimovo®	Traditionnel	9,2%
4	naproxène	Naprosyn®	Traditionnel	8,5%
5	tramadol-acétaminophène	Tramacet®	Traditionnel	8,4%
	Autres			53,5%

8^E RANG SELON LES DÉPENSES – INFECTIONS

Cette classe thérapeutique comprend les antibiotiques, les antifongiques et les antiviraux.

- Les antibiotiques sont indispensables dans le traitement des infections bactériennes et la propagation de maladies infectieuses. Depuis leur découverte, ils ont contribué à sauver des millions de vies.
- Les antifongiques servent à traiter des problèmes tels que le pied d'athlète, la candidose ainsi que de sévères infections systémiques comme la méningite cryptococcique.
- Les antiviraux, eux, servent à traiter des infections virales particulières comme le zona. Les antiviraux à large spectre peuvent être prescrits pour traiter des maladies virales comme l'influenza.

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.

L'utilisation des anti-infectieux est très élevée (40,4 %) et ces derniers se classent au quatrième rang selon le nombre de demandes de règlement.

La prescription moins fréquente d'antibiotiques, pour minimiser l'émergence de résistance à ces médicaments, continuera à faire diminuer les dépenses dans cette classe thérapeutique.

RANG EN 2018	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	% DES DÉPENSES TOTALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
8	Infections	3,4 %	-7,6 %	-0,9 %	-8,4 %

IMPORTANTÉ DE L'UTILISATION (% DE DEMANDEURS) :	40,4 %
NON-OBSERVANCE (% DE DEMANDEURS) :	Sans objet
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 SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	% DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	valacyclovir	Valtrex®	Traditionnel	13,9 %
2	amoxicilline	Amoxil®	Traditionnel	10,5 %
3	clarithromycine	Biaxin®	Traditionnel	6,2 %
4	amoxicilline-clavulanate	Clavulin	Traditionnel	4,8 %
5	azithromycine	Zithromax ^{MD}	Traditionnel	4,4 %
	Autres			60,2 %

9^E RANG SELON LES DÉPENSES – SCLÉROSE EN PLAQUES

On estime qu'un Canadien sur 340 est atteint de sclérose en plaques (SP). Cette maladie touche le système nerveux central et interrompt la communication entre le cerveau et le reste de l'organisme. Les symptômes et la progression de la maladie varient beaucoup. En effet, certains patients sont incapables de marcher et d'autres connaissent de longues périodes de rémission.

Cette classe thérapeutique touchait à peine 0,1 % des demandeurs, mais représentait 3,2 % des dépenses globales en raison du coût annuel élevé des traitements. Le coût moyen par demandeur est passé de 19 251 \$ en 2017

à 19 693 \$ en 2018. Par suite d'une augmentation de 7 % de l'utilisation, la SP a fait son entrée au classement des 10 principales classes thérapeutiques en 2018. Cette maladie se situait en 12^e place en 2017.

Les médicaments Gilenya^{MD} (fingolimod), Tecfidera® (fumarate de diméthyl), Copaxone® (acétate de glatiramère), Rebif®/Avonex® (interféron bêta-1a) et Aubagio^{MD} (térfunomide) dominent actuellement cette classe thérapeutique. Ces cinq médicaments représentent 79 % des dépenses dans cette classe thérapeutique.

En 2017, Santé Canada a approuvé Glatect^{MC}, la première option de traitement pour Copaxone® (acétate de glatiramère). Le prix de Glatect^{MC} correspond à 70 % de celui de Copaxone® et a constitué 1,3 % des demandes de règlement relatives à l'acétate de glatiramère en 2018.

Les principaux développements en 2018 comprennent notamment les suivants :

- 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 l'encéphalite.
- Une nouvelle indication avec conditions a été approuvée pour OcrevusTM (ocrelizumab) en 2018 relativement à la prise en charge des patients adultes atteints de sclérose en plaques progressive primaire (SPPP) au stade précoce, définie par la durée de la maladie et le degré d'invalidité, conjointement à des résultats d'imagerie caractéristiques d'une activité inflammatoire. OcrevusTM est le premier médicament approuvé dans le traitement de la sclérose en plaques progressive. Cette indication se limite toutefois aux patients atteints de SPPP chez lesquels les risques potentiels sont acceptables, car on s'attend à ce que ces patients bénéficient le plus de ce médicament.

- En novembre 2018, une nouvelle indication a également été approuvée pour Gilenya^{MD} (fingolimod) : en monothérapie pour le traitement des enfants et des adolescents (âgés de 10 à 17 ans) atteints de sclérose en plaques récurrente, afin de réduire la fréquence des poussées cliniques. Même s'ils ont fait l'objet de nombreuses études chez les adultes, peu de médicaments modificateurs de la maladie ont été évalués systématiquement chez les enfants. Il semble que Gilenya^{MD} soit plus efficace que les interférons bêta-1a pour traiter les enfants atteints de SP.

La plupart des déplacements dans cette classe thérapeutique ont eu lieu entre les médicaments brevetés existants. On peut toutefois s'attendre à une légère augmentation de la tendance en raison de la hausse du coût par ordonnance et de l'utilisation.

RANG EN 2018	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	% DES DÉPENSES TOTALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
9	Sclérose en plaques	3,2 %	7,0 %	2,1 %	9,1 %

IMPORTANTÉ DE L'UTILISATION (% DE DEMANDEURS) :	0,1 %
NON-OBSERVANCE (% DE DEMANDEURS) :	32,2 %
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR :	19 693 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES :	100 % spécialité
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES :	100 % spécialité

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	% DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	fingolimod	Gilenya ^{MD}	Spécialité	20,5 %
2	fumarate de diméthyle	Tecfidera ^{MC}	Spécialité	16,9 %
3	acétate de glatiramère	Copaxone®	Spécialité	15,2 %
4	térfunomide	Aubagio ^{MD}	Spécialité	14,8 %
5	interféron bêta-1a	Avonex® / Rebif®	Spécialité	11,7 %
	Autres			20,9 %

10^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).

On a observé une tendance globale négative (-11,0 %) en raison d'une diminution du coût par ordonnance (-7,3 %) et de l'utilisation (-3,6 %). Cette classe thérapeutique est composée de médicaments traditionnels, où les IPP constituent la plus grande partie des dépenses. La plupart des IPP parmi les cinq principaux médicaments comportent maintenant un générique, à l'exception de Dexilant® (dexlansoprazole) et de Tecta® (pantoprazole magnésien).

Nous prévoyons que cette tendance continuera à diminuer en raison de la déprescription (les lignes directrices les plus récentes recommandent la déprescription d'IPP chez les adultes qui ont complété un traitement de quatre semaines ou plus pour un reflux gastro-œsophagien faible à modéré ou une œsophagite dont les symptômes ont disparu) et parce qu'il n'existe aucun traitement en voie de développement dans cette classe thérapeutique.

RANG EN 2018	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	% DES DÉPENSES TOTALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
10	Ulcères et reflux	3,2 %	-3,6 %	-7,3 %	-11,0 %

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DE DEMANDEURS):	14,7 %
NON-OBSERVANCE (% DE DEMANDEURS):	46,4 %
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR:	190 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES:	100 % traditionnel
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES:	100 % traditionnel

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	% DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	ésoméprazole magnésien	Nexium®	Traditionnel	32,6 %
2	dexlansoprazole	Dexilant®	Traditionnel	20,6 %
3	pantoprazole sodique	Pantoloc®	Traditionnel	17,5 %
4	lansoprazole	Prevacid®	Traditionnel	9,9 %
5	pantoprazole magnésien	Tecta®	Traditionnel	5,3 %
	Autres			14,4 %

AUTRES CLASSES THÉRAPEUTIQUES DIGNES DE MENTION – HYPERCHOLESTÉROLÉMIE

En 2018, la tendance négative des dépenses relatives aux médicaments indiqués pour traiter l'hypercholestérolémie s'est poursuivie (-15,9 %), et cette classe thérapeutique ne fait plus partie des 10 principaux médicaments selon les dépenses. Cette décroissance s'explique notamment par une diminution du coût par ordonnance (-11,9 %) et de l'utilisation (-4 %). Cette situation est attribuable à l'initiative pancanadienne qui a ciblé les trois principaux médicaments génériques selon les dépenses, la

rosuvastatine, l'atorvastatine et l'ézétimibe, en diminuant leur prix à 10 % du prix du médicament de marque.

Les médicaments traditionnels occupent 99 % des parts de marché selon le nombre de demandes 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 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 des inhibiteurs de la PCSK9 demeure faible en raison des critères stricts d'autorisation préalable qui permettent de rejeter un nombre de demandes plus élevé que la moyenne.

Repatha^{MD} (évolocumab) est passé au 4^e rang des dépenses en 2018. Il occupait le 6^e rang du classement en 2017 et le 14^e rang en 2016.

En juin 2018, une nouvelle indication a été approuvée pour Repatha^{MD}. Il est maintenant indiqué comme traitement d'appoint au régime alimentaire et fait partie des soins standards pour réduire le risque d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral ou de revascularisation coronarienne chez les patients adultes atteints d'une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse. Les patients qui ont atteint les cibles conventionnelles de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL), p. ex., <2,0 mmol/l et présentent un risque élevé d'événement cardiovasculaire peuvent désormais voir leur risque réduit par l'ajout de Repatha^{MD} pour réduire davantage leur taux de C-LDL.

En août 2018, une autre indication a été approuvée pour Repatha^{MD}: il est maintenant indiqué comme traitement d'appoint au régime alimentaire, seul ou en association avec d'autres traitements hypolipidémisants sans statines, chez les patients pour qui les statines sont contre-indiquées. Cet élargissement des indications de Repatha^{MD} vient combler un vide chez les personnes qui sont intolérantes aux statines et pourrait faire augmenter de manière significative l'utilisation de ce médicament.

On s'attend à ce que les dépenses dans cette classe thérapeutique continuent à diminuer à l'avenir en raison d'une réduction de l'utilisation des médicaments traditionnels et d'une baisse du coût par ordonnance. Cependant, cette diminution sera atténuée par une augmentation des dépenses en matière de médicaments de spécialité. On peut d'ailleurs s'attendre à une utilisation accrue des inhibiteurs de la PCSK9 et à davantage de dépenses à ce chapitre.

RANG EN 2018	CLASSE THÉRAPEUTIQUE	% DES DÉPENSES TOTALES	TENDANCE		
			UTILISATION	COÛT	TOTAL
11	Hypercholestérolémie	2,9 %	-4,0 %	-11,9 %	-15,9 %

IMPORTANCE DE L'UTILISATION (% DE DEMANDEURS):	11,5 %
NON-OBSERVANCE (% DE DEMANDEURS):	22,9 %
COÛT MOYEN PAR DEMANDEUR:	238 \$
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DEMANDES:	99 % traditionnels / 1 % spécialité
TYPE DE MÉDICAMENT EN FONCTION DES DÉPENSES:	91 % traditionnels / 9 % spécialité

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	TYPE DE MÉDICAMENT	% DES DÉPENSES DANS LA CATÉGORIE
1	rosuvastatine	Crestor®	Traditionnel	39,8 %
2	atorvastatine	Lipitor ^{MD}	Traditionnel	29,2 %
3	ézétimibe	Ezetrol®	Traditionnel	6,6 %
4	évolocumab	Repatha ^{MD}	Spécialité	5,6 %
5	fénofibrate	Lipidil®	Traditionnel	3,6 %
	Autres			15,3 %

SURVOL

**DE LA TENDANCE AU CANADA
ET DANS LES PROVINCES**

SURVOL

DE LA TENDANCE AU CANADA ET DANS LES PROVINCES

- DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION AU CANADA
- SURVOL PAR PROVINCE

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION AU CANADA

LE POINT SUR LES RÉFORMES PROPOSÉES PAR LE CONSEIL D'EXAMEN DU PRIX DES MÉDICAMENTS BREVETÉS

En 2017, le gouvernement du Canada a proposé des changements qui permettraient de moderniser le *Règlement sur les médicaments brevetés* afin de tenir compte de l'évolution du secteur pharmaceutique et de rendre les médicaments d'ordonnance plus abordables pour les Canadiens.

Les nouvelles lignes directrices sont censées reposer sur une approche fondée sur le risque en matière de prix et tenir compte de la valeur du médicament et de son prix courant dans des pays comparables.

Compte tenu de ce cadre réglementaire, tous les nouveaux médicaments auront un prix courant maximal établi en fonction de la médiane dans les 12 pays comparateurs ayant été choisis. Les médicaments seront classés dans la catégorie 1 (médicament novateur ou qui offre une amélioration substantielle par rapport aux médicaments existants) ou dans la catégorie 2 (tous les autres médicaments). Afin de déterminer le prix courant du médicament, les facteurs pharmacoéconomiques et les facteurs liés à la taille du marché et au produit intérieur brut seront appliqués, selon la catégorie du médicament. Le prix courant maximal s'appliquera pendant trois ans ou jusqu'à ce que le médicament soit vendu dans sept pays différents. Le prix sera alors « gelé ». Le prix courant maximal du médicament sera réévalué uniquement si une nouvelle indication est approuvée, si les ventes excèdent la taille du marché, si de nouvelles preuves liées à l'efficacité du médicament sont présentées ou encore si des changements importants sont apportés relativement au prix du médicament à l'international.

Les lignes directrices définitives seront publiées à la fin de 2019. Les réformes proposées par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés offriront plus de transparence relativement aux prix des médicaments au Canada et permettront éventuellement d'en réduire les prix. Ces changements seraient avantageux pour les régimes publics et privés ainsi que pour les Canadiens qui doivent payer la totalité ou une partie du coût de leurs médicaments d'ordonnance.

LÉGALISATION DU CANNABIS

La *Loi sur le cannabis*, qui présente un cadre législatif strict aux fins de contrôle de la production, de la distribution, de la vente et de la possession du cannabis au Canada, est entrée en vigueur en octobre 2018. Depuis ce temps, les Canadiens de 18 ans ou plus peuvent légalement posséder jusqu'à 30 grammes de cannabis (séché ou l'équivalent) et peuvent acheter du cannabis séché ou frais auprès des distributeurs autorisés dans chaque province. La vente de produits de cannabis comestibles et de concentrés de cannabis sera légale plus tard en 2019.

Les lois provinciales encadrent les modèles de vente au détail. Certaines provinces, par exemple le Québec et les provinces de l'Atlantique, ont décidé d'adopter un modèle public de vente au détail. D'autres provinces, comme l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta, ont adopté un modèle privé. La Colombie-Britannique préconise un modèle mixte.

Même si la légalisation du cannabis récréatif ne touche pas les règlements sur le cannabis médicinal, ce dernier a suscité l'intérêt du public. Une demande accrue de cannabis médicinal est fort probable, ce qui soulève des questions relativement au type de couverture que les promoteurs de régimes offriront. Les indications pour lesquelles le cannabis médicinal a démontré de l'efficacité sont peu nombreuses : prise en charge de la douleur en soins palliatifs, de la douleur cancéreuse et de celle liée à la sclérose en plaques. De plus, il n'existe aucune directive sur la posologie à l'heure actuelle. Il est donc urgent de développer des solutions qui optimiseront la couverture du cannabis médicinal afin de s'assurer qu'il est utilisé conformément aux données les plus complètes disponibles. Express Scripts Canada collabore étroitement avec ses clients pour développer ces solutions.

RÉGIME NATIONAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS UNIVERSEL

Des discussions ont lieu relativement à la mise en place d'un régime national d'assurance médicaments. Le but principal d'un tel régime serait d'améliorer l'accès aux médicaments d'ordonnance pour les Canadiens qui n'ont pas les moyens de payer ces médicaments, et ce, malgré l'existence de régimes publics ou privés. En mars 2019, le Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance médicaments (« le Conseil ») a publié un rapport provisoire qui présente les principes de base associés à la bonne mise en œuvre d'un tel régime.

La création d'une agence nationale des médicaments figure parmi les recommandations du conseil. Cette agence serait chargée de la gestion du régime et offrirait des conseils aux gouvernements. L'agence consoliderait également beaucoup des fonctions associées aux médicaments d'ordonnance que gèrent les différents paliers de gouvernements. Le Conseil a également recommandé la création d'une liste complète de médicaments fondée sur des données probantes afin d'harmoniser la couverture des médicaments partout au pays. Cette liste doit prendre en considération le traitement des maladies rares.

On ne sait pas encore quel modèle de régime national sera adopté. Toutefois, on s'attend à ce que le rapport final du Conseil aborde la question et présente la structure du régime et les éléments liés à sa mise en œuvre.

Les discussions ont porté sur un modèle axé sur les médicaments très coûteux, notamment sur ceux qui sont indiqués pour traiter les maladies rares, sur une approche visant à combler les lacunes pour les gens les plus vulnérables ainsi que sur un modèle public à payeur unique dont la couverture inclurait des médicaments essentiels, allant jusqu'à une liste de médicaments assurés plus complète. Les nombreuses options auraient toutes des conséquences différentes sur la santé des patients, l'accès aux médicaments, le partage des coûts entre les régimes publics et privés ainsi que sur le budget nécessaire à la mise en œuvre de ce régime. Le Conseil doit déposer un autre rapport en juin 2019. Il évaluera les différentes options de modèle et la stratégie de mise en œuvre d'un régime national d'assurance médicaments au pays.

Les coûts d'un tel régime ont pris une place considérable dans le budget fédéral déposé en 2019. En effet, les coûts tiennent compte des trois principaux enjeux soulevés dans les recommandations initiales du conseil, soit :

- Créer une agence nationale des médicaments qui serait chargée de négocier les prix des médicaments.
- Élaborer une nouvelle liste nationale de médicaments pour assurer l'uniformité de la couverture au pays.
- Créer une stratégie nationale sur les médicaments indiqués pour traiter les maladies rares, prévoir un investissement d'un milliard de dollars sur deux ans pour aider les Canadiens qui sont atteints d'une maladie rare à se procurer les médicaments dont ils ont besoin par l'entremise d'une stratégie nationale sur les médicaments très coûteux.

Des élections fédérales étant prévues en octobre 2019, le régime national d'assurance médicaments est clairement devenu un enjeu électoral. Puisque les répercussions d'un tel régime seront importantes pour les promoteurs, Express Scripts Canada continue à suivre de près les développements à ce sujet.

ACCORD CANADA-ÉTATS-UNIS-MEXIQUE

Le 30 septembre 2018, les gouvernements américain et canadien ont annoncé la signature de l'Accord Canada-États-Unis-Mexique (ACEUM) qui remplacera l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) qui est en vigueur à l'heure actuelle. Le nouvel accord, qui entrera en vigueur dès que chacun des pays l'aura entériné, modifiera la protection des données sur les médicaments biologiques au Canada. Jusqu'à maintenant, les données sur les médicaments novateurs et les produits biologiques et non biologiques étaient protégées de la concurrence des génériques pendant une période de huit ans. Par suite de la signature de l'ACEUM, le Canada a accepté de prolonger la période de protection des données sur les médicaments biologiques jusqu'à 10 ans. La prolongation

de la période de protection pourrait avoir d'importantes répercussions sur le coût des médicaments ici, car l'accès aux biosimilaires sera retardé. Par conséquent, les promoteurs de régimes devront dépenser davantage.

CRISE DES OPIOÏDES

La crise des opioïdes se poursuit au Canada. En effet, on a rapporté 3 996 décès associés à un empoisonnement aux opioïdes en 2017, comparativement à 2 946 décès en 2016. Malgré les campagnes de sensibilisation à l'intention de la communauté médicale et du public, Santé Canada a proposé que l'analgésique opioïde tramadol soit désormais considéré comme un narcotique figurant à l'Annexe 1, en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. La prescription et la délivrance de ce médicament feraient alors l'objet de restrictions afin de réduire les abus et la dépendance.

Le gouvernement du Canada a également supprimé l'exigence relative à l'exemption que les médecins devaient obtenir avant de prescrire ou d'administrer de la méthadone, un traitement aux agonistes opioïdes. Ce changement, qui est entré en vigueur en mai 2018, vise à élargir l'accès aux traitements de dépendance aux opioïdes.

ALLIANCE PANCANADIENNE PHARMACEUTIQUE

L'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) mène des négociations communes avec les provinces et les territoires relativement aux médicaments génériques, aux biosimilaires et aux médicaments brevetés. Tous les médicaments novateurs soumis au financement par l'entremise des processus nationaux d'examen - le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM), le Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux - peuvent faire l'objet de négociations par l'APP.

Depuis avril 2018, ces négociations ont permis d'obtenir des réductions de prix pour des médicaments génériques en vertu d'une entente de cinq ans selon laquelle le prix de près de 70 médicaments génériques correspondra désormais à 10 % ou à 18 % du prix de l'équivalent de marque. Cela revient à une réduction de prix de près de 90 %.

L'APP poursuit ses négociations afin d'obtenir davantage de valeur pour les patients et les promoteurs de régimes en matière de médicaments.

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 3,3 % en 2018, pourcentage supérieur à la moyenne nationale de 0,9 %. Le coût par ordonnance (1,8 %) et l'utilisation (1,5 %) ont tous deux contribué à cette augmentation.

Développements dignes de mention touchant le régime public

Cessation tabagique. La couverture de la cessation tabagique se limite à un seul traitement d'une durée maximale de 12 semaines et à un seul produit de cessation tabagique chaque année civile. En juin 2018, des limites visant le respect de la couverture maximale ont été introduites. Si une personne a déjà obtenu un traitement de 12 semaines pendant une année civile, le réseau PharmaNet refusera de rembourser tout autre produit de cessation tabagique dans le cadre du régime PharmaCare. Cela signifie que des demandes de règlement peuvent être soumises à un régime privé, surtout dans le cas des patients qui ont besoin de plusieurs traitements ou d'un traitement d'une durée supérieure à 12 semaines.

Prolongation de la couverture des traitements contre l'hépatite C. En mars 2018, la Colombie-Britannique a modifié ses critères d'admissibilité aux traitements contre l'hépatite C afin de couvrir davantage de personnes atteintes de cette maladie. Le traitement est désormais couvert, peu importe le type (génotype) ou la gravité de la maladie (stade de fibrose, présence de cirrhose décompensée). Cette modification pourrait diminuer les dépenses des régimes privés.

Médicaments biosimilaires. Depuis le mois d'août 2018, le régime PharmaCare en Colombie-Britannique couvre Basaglar^{MC} (le biosimilaire de Lantus[®]) pour tous les patients qui ont obtenu une autorisation spéciale relativement à l'insuline glargine. Lantus[®] ne sera plus couvert pour les nouveaux patients qui commencent un traitement à l'insuline glargine. Toutefois, la couverture des patients qui prennent déjà Lantus[®] sera maintenue.

ALBERTA

Tendances en matière de médicaments pour les régimes privés

En 2018, le coût par ordonnance a augmenté de 0,5 % et l'utilisation de 0,8 %. La tendance s'élève donc à 1,3 % dans cette province. Cette augmentation correspond à la moyenne nationale.

Développements dignes de mention touchant le régime public

Aucun développement digne de mention n'est survenu en Alberta en 2018 sur le plan législatif ou de la pratique de la pharmacie.

SASKATCHEWAN

Tendances en matière de médicaments pour les régimes privés

En 2018, le coût par ordonnance a augmenté de 0,7 % et l'utilisation de 1 %. La tendance en Saskatchewan s'élève donc à 1,7 %.

Développements dignes de mention touchant le régime public

Prolongation de la couverture des traitements contre l'hépatite C. Depuis avril 2018, le critère relatif aux médicaments d'exception indiqués pour traiter l'hépatite C a été mis à jour. En effet, les patients atteints d'hépatite C peuvent désormais se procurer un médicament d'exception, peu importe la gravité de leur maladie ou le pronostic. Par conséquent, nous croyons que le nombre de demandes de règlement diminuera. De plus, Sunvepra (asunaprevir) n'est plus admissible, car le fabricant l'a retiré du marché.

Programme relatif aux affections bénignes. En novembre, la *Drug Plan and Extended Benefits Branch* et l'association des pharmaciens de la Saskatchewan ont conclu une entente d'une durée d'un an visant à élargir le programme relatif aux affections bénignes. La liste des maladies pour lesquelles un pharmacien peut prescrire a été élargie. Neuf maladies bénignes ou que l'on peut soigner soi-même ont été ajoutées, notamment le zona et les infections urinaires bénignes chez la femme. Les produits de cessation tabagique font également partie de ce programme depuis janvier 2019.

Les pharmaciens de la Saskatchewan touchent maintenant des honoraires aux fins d'administration de médroxyprogestérone (Depo-Provera[®] et génériques) par injection aux résidents admissibles de la Saskatchewan.

Et finalement, les honoraires professionnels dans cette province sont passés de 11,40 \$ à 11,60 \$ en novembre 2018.

MANITOBA

Tendances en matière de médicaments pour les régimes privés

La tendance globale relative aux régimes privés au Manitoba était de 2 % en 2018, ce qui est le double de la tendance nationale. Cela s'explique par une augmentation de 1,2 % de l'utilisation et de 0,8 % du coût par ordonnance.

Développements dignes de mention touchant le régime public

Politique de remboursement des produits biologiques. Depuis le mois d'août 2018, le Manitoba a mis en place une politique de remboursement par paliers des produits biologiques. Des paliers s'appliquent désormais à certains produits biologiques (p. ex., les biosimilaires et les produits biologiques de référence) et à certaines indications pour les patients qui n'ont auparavant jamais utilisé de produits biologiques et pour les patients qui ne répondent pas aux traitements biologiques. Les participants à des régimes privés pourraient soumettre des demandes de règlement pour des traitements prescrits, mais qui ne sont pas couverts dans le cadre de la politique de remboursement par paliers.

Pourcentage de majoration du grossiste. En octobre 2018, le Manitoba a rajusté son pourcentage de majoration du grossiste ou son « pourcentage de distribution des produits pharmaceutiques ». Le pourcentage de majoration du grossiste correspond au coût supplémentaire ajouté par un distributeur aux fins de distribution, d'entreposage et de manutention des produits pharmaceutiques. La majoration relative aux médicaments de marque est de 5 %. Elle était auparavant de près de 10 %. De plus, une augmentation de 5 % (auparavant 0 %) s'applique à tous les génériques ayant fait l'objet de négociations par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. Le pourcentage de majoration relatif aux médicaments très coûteux dont la distribution a été réduite est de 2 %.

ONTARIO

Tendances en matière de médicaments pour les régimes privés

L'Ontario est la seule province qui a connu une tendance globale négative en 2018 (-0,6 %). Cela s'explique principalement par une plus faible utilisation (-3,1 %) par suite de la mise en place de l'Assurance-santé Plus, qui remboursait la plupart des médicaments d'ordonnance des personnes de moins de 25 ans en Ontario. Le coût par ordonnance a augmenté de 2,5 %, ce qui est en partie attribuable à la hausse de l'utilisation des médicaments de spécialité. De plus, le coût par ordonnance des médicaments remboursés dans le cadre de l'Assurance-santé Plus était inférieur à la moyenne.

Développements dignes de mention touchant le régime public

Mise à jour de l'Assurance-santé Plus. Le nouveau gouvernement de l'Ontario a modifié l'Assurance-santé Plus afin que le régime se concentre sur les personnes qui en ont le plus besoin. Les personnes qui ne participent pas à un régime d'assurance médicaments privé et qui ne sont pas admissibles au Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) par l'entremise de l'assistance sociale pourront continuer à participer à l'Assurance-santé Plus sans avoir à payer de quote-part ou de franchise. Depuis avril 2019, les personnes de moins de 25 ans qui participent à un régime privé doivent soumettre leurs demandes de règlement à ce régime. Une période de transition de six mois est prévue pour que les patients puissent obtenir une couverture et leurs médicaments dans le cadre d'un régime privé. Les personnes et les familles qui participent à un régime privé, mais qui doivent quand même déboursier une somme élevée peuvent demander un soutien financier au Programme de médicaments Trillium.

QUÉBEC

Tendances en matière de médicaments pour les régimes privés

La tendance globale relative aux régimes privés au Québec s'est établie à 2,3 %. Cela s'explique par une augmentation de 1,3 % du coût par ordonnance et de 1 % de l'utilisation. Encore une fois, les dépenses moyennes par demandeur sont beaucoup plus élevées au Québec que dans le reste du Canada, soit 1 009 \$ comparativement à 826 \$, résultat d'une utilisation accrue de médicaments de spécialité dans cette province.

Développements dignes de mention touchant le régime public

Médicaments biosimilaires. Neupogen^{MD} ne figure plus sur la liste des médicaments de la RAMQ. Il a été remplacé par Grastofil^{MD} pour tous les patients qui commencent un traitement. Les patients chez qui le médicament de marque avait été approuvé étaient couverts jusqu'au 26 mars 2019. Après cette date, ils devront faire une demande de couverture au titre de la mesure des médicaments d'exception ou des patients d'exception. Neupogen^{MD} continue d'être couvert pour certaines indications associées aux troubles sanguins.

De nombreuses indications pour Remicade[®] avaient été retirées de la liste de médicaments de la RAMQ pour les nouveaux patients. Par suite de l'annulation, par la cour d'appel, de la décision du ministre, le médicament figure de nouveau sur cette liste. Depuis le 11 février 2019, Remicade[®] est couvert pour toutes les indications (sauf la colite ulcéreuse), mais le remboursement correspond à celui de l'équivalent le moins coûteux (Renflexis^{MC}). Tous les patients qui utiliseront Remicade pour la première fois après le 11 février 2019 devront déboursier une certaine somme.

Par ailleurs, Glatect^{MC} (un biosimilaire de Copaxone[®]) a été ajouté à la liste de médicaments de la RAMQ pour tous les nouveaux patients.

Les régimes privés qui choisiront d'appliquer les mêmes règles relatives au remboursement d'un biosimilaire pourront également réaliser des économies.

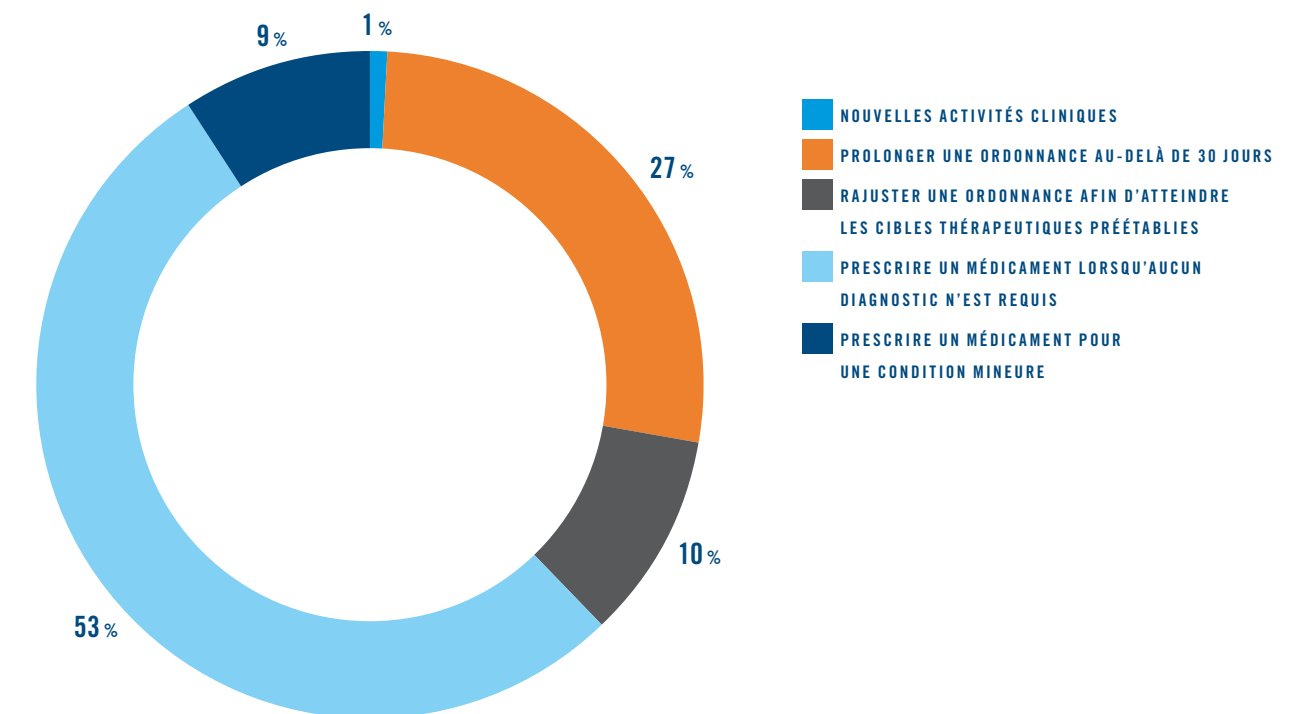
Nouveaux services pharmaceutiques dans le cadre de la loi 41. Depuis le 31 octobre 2018, trois nouveaux services déjà autorisés par la loi 41 sont rémunérés. En effet, les pharmaciens au Québec peuvent demander des honoraires pour effectuer les services ci-dessous.

- Administration d'un médicament à des fins d'enseignement.
- Substitution thérapeutique lors d'une rupture d'approvisionnement.
- Ajustement de la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité.

Deux nouveaux services seront également en vigueur lorsque des modifications seront apportées au *Règlement sur le régime d'assurance médicaments*. Les pharmaciens pourront alors demander des honoraires aux fins de prise en charge de la clientèle en soins palliatifs et après une hospitalisation.

Par ailleurs, les honoraires de tous les services pharmaceutiques associés à la loi 41 ont été augmentés en octobre 2018 et en avril 2019.

RÉPARTITION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT POUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES ASSOCIÉS À LA LOI 41 EN 2018



Encore une fois en 2018, nous avons remarqué une augmentation des demandes de règlement pour les services associés à la loi 41. Il s'agit d'une augmentation de 10 % par rapport à 2017 qui s'explique par l'introduction des nouveaux services et l'augmentation des demandes de règlement pour le rajustement d'une ordonnance afin d'atteindre les cibles thérapeutiques préétablies. Les autres services pharmaceutiques ont eu peu d'effet sur la tendance, car l'augmentation de l'utilisation et des dépenses était de près de 5 %.

Comme l'indique le graphique ci-dessus, le service le plus populaire demeure « Prescrire un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis ». Il peut s'agir de la prescription d'un produit de cessation tabagique, d'un médicament contre la malaria et de prévention de la diarrhée du voyageur.

Nous croyons que cette tendance durera au moins jusqu'à l'année prochaine, car de plus en plus de patients utilisent ces nouveaux services et d'autres services sont offerts.

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 2 % en 2018. Cela s'explique principalement par une augmentation de 1,8 % du coût par ordonnance. Au Nouveau-Brunswick, le régime public est le payeur de dernier recours. Par conséquent, l'augmentation des dépenses a des répercussions directes sur les régimes privés.

Développements dignes de mention touchant le régime public

Aucun développement digne de mention n'est survenu au Nouveau-Brunswick en 2018 sur le plan législatif ou de la pratique de la pharmacie.

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 2,3 % en 2018. Cela s'explique par une augmentation de 1,7 % du coût par ordonnance et de 0,6 % de l'utilisation. À l'Île-du-Prince-Édouard, le régime Pharmacare est le payeur de dernier recours depuis 2014.

Développements dignes de mention touchant le régime public

Médicaments biosimilaires. Depuis la fin de 2018, Basaglar^{MC} est couvert sans restriction par le régime Pharmacare de la province. Lantus[®], le médicament de marque de référence, doit encore faire l'objet d'une autorisation spéciale.

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 1,3 % en 2018. Cela s'explique par une hausse de 1,2 % de l'utilisation. Le coût par ordonnance est demeuré presque stable (0,1 %).

Développements dignes de mention touchant le régime public

Programme de cessation tabagique. Le régime Pharmacare de la Nouvelle-Écosse couvre maintenant les produits de cessation tabagique contenant de la varéclinine (Champix^{MD} et génériques) et du bupropion (Zyban^{MD}). Chaque année, les patients ont droit à un traitement de 12 semaines (168 comprimés) de chaque médicament sans avoir à obtenir une autorisation spéciale. Le patient pourra obtenir un remboursement additionnel s'il demande une autorisation spéciale et s'il répond à certains critères relatifs à son intention de cesser de fumer, à la réussite des traitements antérieurs et à d'autres facteurs pertinents. Comme le régime provincial est le payeur de dernier recours, cette mesure ne devrait pas avoir de répercussions sur les dépenses des régimes privés.

Prolongation de la couverture des traitements contre l'hépatite C. Depuis le mois de mai 2018, Daklinza^{MD}, Epclusa^{MD}, Zepatier[®], Harvoni^{MD} et Sovaldi^{MD} peuvent être couverts, peu importe la gravité de la maladie du patient (ou du stade de fibrose). Vosevi^{MC} a été ajouté à la liste vers la fin de 2018. Comme le régime provincial est le payeur de dernier recours, cette mesure ne devrait pas avoir de répercussions sur les dépenses des régimes privés en Nouvelle-Écosse.

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 1,1 % en 2018. Cela s'explique par une augmentation de 0,6 % du coût par ordonnance et de 0,5 % de l'utilisation. L'augmentation des dépenses à Terre-Neuve-et-Labrador a suivi la tendance nationale.

Développements dignes de mention touchant le régime public

Médicaments biosimilaires. Comme c'est le cas dans d'autres provinces, Erelzi^{MC} et BrenzysTM (les biosimilaires d'Enbrel^{MD}) ont été ajoutés à la liste des médicaments dont certaines indications exigent une autorisation spéciale pour les patients ayant reçu un nouveau diagnostic. RenflexisTM (le biosimilaire de Remicade[®]) a également été ajouté à cette liste pour les nouveaux patients qui ont besoin de ce médicament. Par ailleurs, Basaglar^{MC}, le biosimilaire de Lantus[®], a été ajouté dans le cadre du régime provincial de Terre-Neuve-et-Labrador.



Le gouvernement du Canada a proposé des changements qui permettraient de moderniser le Règlement sur les médicaments brevetés afin de tenir compte de l'évolution du secteur pharmaceutique et de rendre les médicaments d'ordonnance plus abordables pour les Canadiens.



L'HORIZON

PHARMACEUTIQUE

FORCES DU MARCHÉ

LE POINT SUR L'ÉCHÉANCE DES BREVETS

GÉNÉRIQUES DE PREMIÈRE GÉNÉRATION

La mise en marché de nouveaux médicaments génériques contribue à réduire le coût global des médicaments.

En 2018, la version générique de 16 médicaments brevetés a été lancée sur le marché canadien. Ces médicaments brevetés ont représenté près de 1,62 % des dépenses des régimes privés en 2018, ce qui est bien inférieur aux dépenses associées aux autres médicaments brevetés dont la version générique a été lancée sur le marché en 2017.

Parmi les génériques mis en marché en 2018, on retrouve principalement des médicaments traditionnels. Comme l'interchangeabilité n'est souvent pas un enjeu clinique dans cette catégorie de médicaments, les promoteurs de régimes peuvent réaliser des économies s'ils optent pour la substitution générique obligatoire.

Faits à noter : Les versions génériques de Coversyl®, un médicament très utilisé pour réduire la tension artérielle, et de Pradaxa®, un médicament souvent prescrit pour traiter les maladies cardiovasculaires, ont été mises en marché.

Par ailleurs, un nombre peu élevé de brevets de médicaments de spécialité sont arrivés à échéance en 2018. Ces médicaments ne constituent pas une grande partie des dépenses globales, comme le montre le tableau de la page suivante.

MÉDICAMENTS BREVETÉS POUR LESQUELS UN GÉNÉRIQUE A ÉTÉ OFFERT EN 2018

CATÉGORIE	MÉDICAMENT BREVETÉ	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE	% DES DÉPENSES TOTALES EN 2018
MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	Ofirmev®	acétaminophène injectable	Douleur/inflammation	s. o.
	Toctino	alitrétinoïne	Maladies de la peau	0,06%
	Volibris	ambrisentan	Hypertension artérielle pulmonaire	0,02%
	Abilify ^{MD}	aripiprazole	Maladies mentales	0,40%
	Entocort®	budésonide	Anti-inflammatoire stéroïdien	0,04%
	Clobex® vaporisateur	clobétasol	Maladies de la peau	0,04%
	Pradaxa®	dabigatran	Maladies cardiovasculaires	0,12%
	Aggrenox®	dipyridamole/acide acétylsalicylique	Maladies cardiovasculaires	0,01%
	Monurol ^{MD}	fosfomycine trométhamine	Infections	0,03%
	Vimpat®	lacosamide	Troubles neurologiques	0,08%
	Hp-PAC®	lansoprazole/amoxicilline/clarithromycine	Ulcères/reflux	0,03%
	Crème Bactroban®	mupirocine	Maladies de la peau	0,00%
	Coversyl®	périndopril	Infections	0,00%
	Coversyl® Plus	périndopril/indapamide	Hypertension artérielle	0,71%
	Twynsta®	telmisartan/bésylate d'amlodipine	Hypertension artérielle	0,06%
	Aristospan®	hexacétone de triamcinolone injectable	Anti-inflammatoire stéroïdien	0,00%
Levitra®	vardénafil	Dysfonctionnement érectile	0,02%	
MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ	3-TC	lamivudine liquide	VIH/SIDA	0,00%
	Mepron®	atovaquone	Infections	0,01%
	Vistide®	cidofovir	Infections	s. o.

L'HORIZON

PHARMACEUTIQUE

- LE POINT SUR L'ÉCHÉANCE DES BREVETS
- MISE EN MARCHÉ DE MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES EN 2018
- REGARD SUR L'AVENIR...
- MÉDICAMENTS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT

MISE EN MARCHÉ DE MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES EN 2018

En 2018, Santé Canada a approuvé quelques biosimilaires - des médicaments qui sont similaires à un médicament biologique de référence souvent coûteux.

Un médicament biologique étant fabriqué à partir de cellules vivantes et non d'un composé chimique, la molécule traitante comporte une variabilité naturelle, est souvent complexe et de plus grande taille que les molécules chimiques. Il est donc impossible de produire un médicament biologique identique à un autre. Pour qu'ils soient approuvés, les biosimilaires doivent être très comparables au médicament breveté de référence et très similaires sur le plan thérapeutique.

Puisqu'ils ne sont pas identiques, le biosimilaire et le médicament de référence ne sont pas interchangeables, contrairement aux médicaments non biologiques et à leurs génériques. Par ailleurs, l'utilisation de biosimilaires comme substitut du médicament de référence est limitée puisque les médecins canadiens ne recommandent pas nécessairement l'interchangeabilité. À l'heure actuelle, seuls les patients qui ont reçu un nouveau diagnostic peuvent commencer un traitement avec un biosimilaire. Santé Canada recommande que le médecin décide avec son patient si ce dernier peut passer d'un médicament biologique de référence à un biosimilaire. Pour prendre cette décision, le médecin doit tenir compte des preuves cliniques et des politiques de la province ou du territoire.

Même s'ils ne sont pas interchangeables avec le médicament de référence, on constate que l'utilisation des biosimilaires augmente. En effet, lorsqu'ils disposent de données cliniques sur ces produits, les médecins n'hésitent pas à prescrire des biosimilaires. De plus, beaucoup de provinces ont adopté des politiques qui encouragent l'utilisation obligatoire de biosimilaires chez les patients nouvellement diagnostiqués. Par exemple en Ontario, tous les patients ayant reçu un nouveau diagnostic et à qui on a prescrit du filgrastim doivent utiliser le biosimilaire Grastofil^{MD}, qui est remboursé par le Programme de médicaments de l'Ontario. Neupogen^{MD},

le produit de référence biologique de Grastofil^{MD}, n'est remboursé que dans des circonstances particulières et est considéré comme un médicament à usage restreint dans le cadre du Programme d'accès exceptionnel. Les promoteurs de régimes privés qui décident d'adopter des politiques semblables pourraient constater une utilisation accrue de biosimilaires et, ainsi, réduire leurs dépenses.

Santé Canada a approuvé trois biosimilaires en 2018. Par contre, aucun d'entre eux n'avait été mis en marché à la date de la publication du présent rapport.

HadlimaTM, le biosimilaire d'Humira[®], est particulièrement intéressant. Humira[®] est un médicament biologique très utilisé pour traiter certaines maladies auto-immunes, notamment le psoriasis en plaques, la maladie de Crohn et la polyarthrite rhumatoïde. Les biosimilaires sont souvent approuvés pour un plus petit nombre d'indications que le médicament breveté de référence. Or, HadlimaTM a été approuvé pour toutes les indications d'Humira[®], sauf une. Lorsque HadlimaTM sera mis en marché, nous prévoyons que son utilisation augmentera en conséquence, ce qui entraînera d'importantes économies. En 2018, Humira[®] a représenté 3,76 % des dépenses totales des régimes privés.

Santé Canada a également approuvé le premier biosimilaire indiqué pour traiter le cancer en 2018. Dans les prochaines années, nous croyons que beaucoup d'autres biosimilaires indiqués pour traiter le cancer seront mis en marché au Canada.

Par ailleurs, de nombreux concurrents mettront en marché d'autres biosimilaires des mêmes médicaments brevetés de référence et verront différentes indications approuvées. Cela rendra les prix plus compétitifs et permettra de réaliser des économies.

REGARD SUR L'AVENIR...

EXPIRATION DES BREVETS DES PRINCIPAUX MÉDICAMENTS

Au cours de trois à cinq prochaines années, les brevets de nombreux médicaments traditionnels et de spécialité arriveront à échéance. Ces produits entreront en concurrence avec les médicaments génériques, ce qui permettra aux régimes privés de réaliser des économies, particulièrement ceux qui ont adopté la substitution générique obligatoire. (Dans bien des cas, le prix des médicaments génériques correspond à 10 % ou à 25 % du prix de l'équivalent breveté.)

En outre, la version générique de plusieurs antidiabétiques très utilisés et d'autres médicaments indiqués pour traiter la sclérose en plaques, les maladies inflammatoires et le cancer sera mise en marché d'ici à 2023.

Les brevets de Januvia[®], de Forxiga[®], d'Onglyza[®] et de trois antidiabétiques traditionnels arriveront à échéance entre 2020 et 2022. La part de ces médicaments de marque était de 0,35 % des dépenses totales en 2018.

Des médicaments de spécialité très utilisés verront également leur brevet expirer, notamment Aubagio^{MD}, un médicament oral indiqué pour traiter la sclérose en plaques. Un générique correspondant à Aubagio^{MD} pourrait être mis en marché en 2022 lorsque son brevet expirera. À l'heure actuelle, Aubagio^{MD} est à l'origine de 0,48 % des dépenses totales.

Les brevets de nombreux anticancéreux arriveront également à échéance. Une version générique de Revlimid[®] pourrait être mise en marché au cours des cinq prochaines années. Revlimid[®] est un anticancéreux sous forme orale qui sert à traiter de nombreux myélomes, un type de cancer rare qui touche près de 4 personnes sur 100 000 dans les pays industrialisés de l'Occident. Même si ce médicament est peu utilisé, son coût est très élevé. En effet, un seul traitement coûte 150 000 \$ par année.

Malgré ces nouvelles prometteuses, il importe de noter que des litiges entourant l'arrivée à échéance des brevets pourraient retarder la mise en marché de certains génériques ainsi que les économies qui y sont associées.

Les brevets de nombreux médicaments biologiques arriveront également à échéance au cours des cinq prochaines années. Par conséquent, davantage de biosimilaires seront mis en marché. On croit qu'un biosimilaire du rituximab sera approuvé entre 2019 et 2021. Le rituximab est prescrit pour traiter certains types de leucémies et de maladies auto-immunes comme la polyarthrite rhumatoïde. Si un biosimilaire est approuvé pour beaucoup des indications du rituximab, sa pénétration du marché augmentera, ce qui entraînera d'importantes économies pour les régimes privés.

L'adoption de biosimilaires dépendra de nombreux facteurs, notamment les suivants :

- l'acceptation de l'interchangeabilité;
- le nombre d'indications qui seront approuvées pour le biosimilaire comparativement à celles du médicament de référence;
- l'adoption de politiques qui favorisent le remboursement de biosimilaires;
- le nombre de concurrents qui mettront en marché des biosimilaires pour chaque médicament de référence.

Or, les enjeux entourant l'échéance des brevets pourraient retarder la mise en marché de génériques et de biosimilaires pendant plusieurs années. Par ailleurs, dans le cadre de la nouvelle entente États-Unis/Canada/Mexique, la protection des médicaments biologiques est passée de 8 à 10 ans, ce qui protégera les fabricants de la concurrence des biosimilaires pendant deux autres années. Réunis, ces facteurs pourraient faire augmenter les coûts.

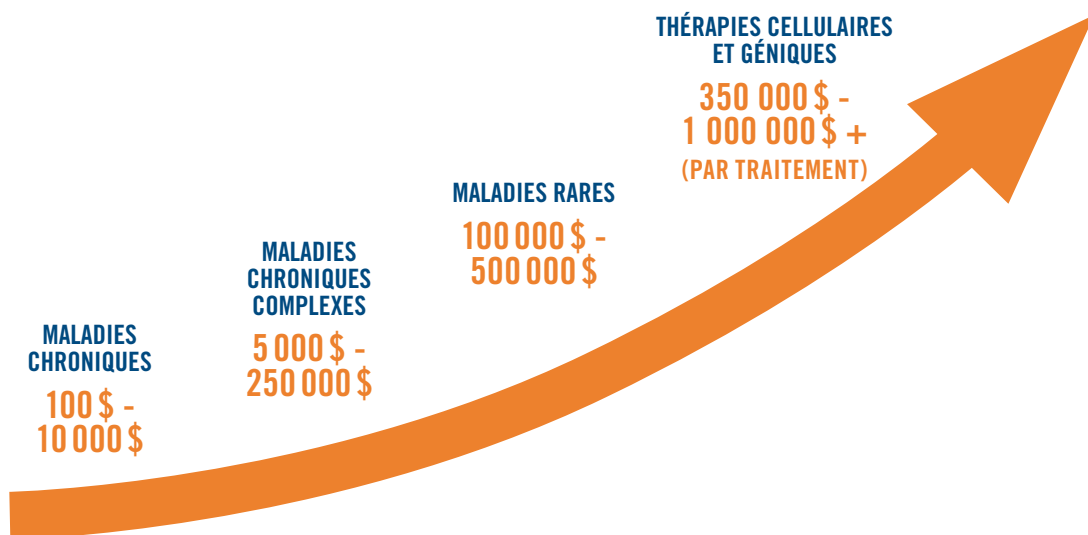
NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	NOM DU BIOSIMILAIRE	MÉDICAMENT BIOLOGIQUE BREVETÉ DE RÉFÉRENCE	INDICATION COURANTE	% DES DÉPENSES TOTALES EN 2018
adalimumab	Hadlima TM	Humira [®]	Maladies inflammatoires	3,76 %
bévacizumab	Mvasi ^{MC}	Avastin [®]	Cancer	0,05 %
pegfilgrastim	Lapelga ^{MC} Fulphila TM	Neulasta ^{MD}	Troubles sanguins	0,37 %

LES BIOSIMILAIRES EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT

NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	MÉDICAMENT BIOLOGIQUE BREVETÉ DE RÉFÉRENCE	INDICATION COURANTE	% DES DÉPENSES TOTALES EN 2018	DATE PRÉVUE DE MISE EN MARCHÉ
trastuzumab	Herceptin®	Cancer	0,00 %	2019-2021
rituximab	Rituxan®	Cancer	0,21 %	2019-2021
omalizumab	Xolair ^{MD}	Asthme/MPOC	0,84 %	2019-2021
ranibizumab	Lucentis ^{MD}	Maladies oculaires, dégénérescence maculaire	0,30 %	2019-2021
natalizumab	Tysabri®	Sclérose en plaques	0,21 %	2020-2022
insuline asparte	NovoRapid®	Diabète	0,30 %	2022

MÉDICAMENTS NOVATEURS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT EN 2018

PRESSIONS SUR LA VIABILITÉ DES RÉGIMES D'ASSURANCE MÉDICAMENTS ÉVOLUTION DU DÉVELOPPEMENT DES MÉDICAMENTS



Au cours de l'année dernière, les recherches et le développement pharmaceutiques ont permis la mise en marché de médicaments novateurs qui offrent de l'espoir aux patients et à leur famille. Cependant, le coût élevé de ces médicaments exerce une forte pression sur les régimes et sur la pérennité de ses derniers. Les sociétés pharmaceutiques axent désormais leurs travaux sur des médicaments de spécialité ou de niche dont le prix sera très élevé. En effet, de nombreux médicaments en voie de développement, même s'ils seront peu utilisés, représenteront un énorme fardeau financier pour les patients et les régimes. Le prix des médicaments qui permettent de traiter des maladies rares, par exemple, s'élève à des centaines de milliers de dollars par année. Ces maladies sont souvent chroniques et doivent être traitées la vie durant du patient. Les thérapies cellulaires et géniques exercent elles aussi des pressions sur les régimes privés.

MÉDICAMENTS NOVATEURS DIGNES DE MENTION EN 2018

Dans notre rapport de l'année dernière, nous avons mentionné une nouvelle utilisation pour Ilaris^{MD} (canakinumab). À l'origine, ce médicament très coûteux a été approuvé pour traiter une gamme de maladies inflammatoires rares. Ilaris^{MD} faisait également l'objet d'un essai clinique (essai CANTOS) relativement à une nouvelle indication liée à la réduction des risques d'événements cardiovasculaires majeurs chez les patients ayant déjà subi une crise cardiaque ou atteints d'athérosclérose. Même s'ils étaient prometteurs, les résultats n'ont démontré aucune différence sur le plan statistique de la mortalité des patients qui ont utilisé Ilaris^{MD} ou un placebo. Par conséquent, la *Food and Drug Administration* aux États-Unis a rejeté la demande d'approbation relative à la

maladie cardiovasculaire. Toutefois, au cours de l'essai CANTOS, des bienfaits ont été décelés chez les patients atteints de cancer du poumon non à petites cellules. Par conséquent, Ilari^{MD} fait l'objet d'autres essais cliniques relativement au cancer. Les résultats de ces essais devraient être connus en 2022.

Par ailleurs, les thérapies géniques, notamment les thérapies géniques CAR-T demeurent prometteuses parmi les médicaments en voie de développement. Même si elles ciblent habituellement les troubles génétiques rares et le cancer, ces thérapies pourraient être utilisées pour traiter le lupus, maladie inflammatoire auto-immune. Le lupus est une maladie inflammatoire chronique qui peut toucher presque tous les organes. Les symptômes comprennent entre autres la douleur, les lésions cutanées, l'inflammation et les défaillances d'organes comme les reins et le cœur. La maladie se caractérise par des périodes de rechutes et de rémission. Même si les causes du lupus sont encore inconnues, il semble que les cellules B jouent un important rôle dans la progression de la maladie. En effet, ces cellules produisent trop d'anticorps et activent le système immunitaire, ce qui crée une forte réponse inflammatoire.

Les thérapies géniques CAR-T pourraient permettre d'introduire, chez un patient, des cellules T modifiées qui cibleraient une protéine que l'on retrouve dans les cellules B et qui produisent des anticorps. Chez les souris, ces cellules T modifiées ont réduit les symptômes et freiné la progression de la maladie. Même si d'autres essais cliniques sont nécessaires pour confirmer l'innocuité et l'efficacité des thérapies géniques CAR-T chez les humains, les résultats préliminaires sont prometteurs et un plus grand nombre de maladies pourraient être traitées au moyen des thérapies géniques. À l'heure actuelle, les thérapies géniques CAR-T sont administrées en milieu hospitalier. Par conséquent, le coût de ces médicaments novateurs n'a pas d'incidence sur les régimes privés.

DÉVELOPPEMENTS RELATIFS AUX TRAITEMENTS DE LA MIGRAINE

La migraine est souvent une maladie débilante et une importante cause d'invalidité. Elle touche près de 8,3 % de Canadiens.

Les traitements exigent souvent l'utilisation à long terme de médicaments préventifs visant à réduire le nombre d'épisodes de migraine chez les patients.

En 2018, le premier anticorps anti-récepteur du peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP) a été mis en marché au Canada. Aimovig^{MC} constitue une percée importante, car il s'agit du premier médicament qui cible directement une molécule responsable de la cascade des réactions qui entraînent une migraine. Aimovig^{MC} est un médicament biologique que le patient s'administre lui-même par voie sous-cutanée, une fois par mois.

Même si le traitement est approuvé uniquement chez les patients qui souffrent de migraines qui durent au moins quatre jours chaque mois, la prévalence des migraines pourrait faire augmenter de manière importante le nombre d'utilisateurs de ce médicament. Aimovig^{MC} coûte entre

6 000 \$ et 12 000 \$ par année, selon la dose administrée. Toutefois, les dépenses des régimes privés augmenteront considérablement à mesure que davantage de patients auront accès à ce médicament de spécialité indiqué pour traiter une maladie courante.

On s'attend à ce que ce domaine prenne de l'expansion. En effet, d'autres molécules qui ciblent le CGRP sont en voie de développement. L'une d'entre elles, le galcanézumab, fait présentement l'objet d'un examen par Santé Canada.

NOUVEAUX MÉDICAMENTS ORPHELINS APPROUVÉS EN 2018

Une maladie rare est une maladie qui touche moins de cinq personnes sur 10 000 au Canada. Même si la prévalence de ces maladies est extrêmement faible, il existe plus de 7 000 maladies rares dont l'effet cumulatif touche près d'un Canadien sur 12.

Il existe très peu de traitements pour ces maladies, et aucun d'entre eux n'est curatif. Les maladies rares sont habituellement complexes, menacent la vie du patient et ont de graves conséquences sur sa santé.

Près de 80 % des maladies rares ont une composante génétique. C'est pourquoi elles sont plus difficiles à étudier. La faible prévalence de ces maladies limite aussi la recherche, car il y a peu de patients disponibles pour les essais cliniques. Par conséquent, le prix des traitements est extrêmement élevé, ce qui exerce une pression substantielle sur les régimes privés.

Deux nouveaux médicaments indiqués pour traiter des maladies rares ont été commercialisés au Canada en 2018 : Radicava^{MC} (édaravone) et Kanuma^{MC} (sébélipase alfa).

Radicava^{MC} est indiqué pour traiter la sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou maladie de Lou-Gehrig. La SLA est une maladie mortelle et progressive qui entraîne une faiblesse généralisée des muscles et, éventuellement, de l'insuffisance respiratoire. À l'heure actuelle au Canada, 3 000 patients ont reçu un diagnostic de SLA. Radicava^{MC} ralentit la progression de la SLA chez les patients qui sont à un stade précoce de la maladie. Par contre, le coût de ce médicament est très élevé : 190 000 \$ par année. Récemment, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESS) au Québec a recommandé l'ajout de Radicava^{MC} sur la liste de médicaments de la RAMQ à titre de médicament d'exception à la condition que le fabricant réduise son prix. Si Radicava^{MC} était ajouté à la liste, les régimes privés au Québec devraient couvrir ce médicament coûteux.

Kanuma^{MC} est utilisé pour traiter les enfants et les adultes ayant reçu un diagnostic de déficit en lipase acide lysosomale (LAL). Cette maladie génétique se caractérise par une accumulation anormale de gras dans les cellules du corps, particulièrement dans le foie, dès les premières semaines de vie. Cette accumulation de lipides entraîne de nombreux problèmes de santé, notamment une augmentation de la taille du foie et de la rate, des vomissements, de la diarrhée et une faible

absorption des aliments. Ces problèmes peuvent entraîner des cicatrices, la cirrhose et la défaillance de nombreux organes. Les nourrissons atteints de ce déficit ne survivent habituellement pas plus d’un an. Le coût annuel estimatif de Kanuma^{MC} est de 445 000 \$ pour les nourrissons et de 666 588 \$ pour les enfants et les adultes.

Certains types de cancer sont considérés comme des maladies rares. Le cancer peut toucher de nombreux organes et comporter plusieurs sous-types, selon la mutation génétique. Le même type de cancer peut présenter une mutation très courante ou rare. Les traitements deviennent de plus en plus spécialisés. Les nouveaux médicaments ciblent certaines formes de cancer très particulières et s’attaquent aux cellules qui présentent une mutation génétique spécifique. Par exemple, en 2018, Rydapt^{MC} (midostaurine) a été approuvé pour traiter les adultes atteints de leucémie aiguë myéloblastique, de mastocytose systémique agressive et de mastocytose systémique associée à une autre hémopathie maligne, trois formes de leucémies très rares. Le coût annuel estimatif de Rydapt^{MC} pour ces trois indications est de 483 000 \$. Bavencio^{MC} (avélumab), un autre médicament

approuvé en 2018, est indiqué pour traiter un type de cancer de la peau rare appelé carcinome à cellules de Merkel métastatique dont la prévalence est de 0,7 cas par 100 000 personnes aux États-Unis. Le coût annuel estimatif de Bavencio^{MC} est de 137 000 \$.

Même si l’utilisation de ces médicaments pourrait demeurer faible pour chacune de ces indications, le coût de ces traitements et de traitements semblables réunis exercera une pression additionnelle sur les régimes.

Les innovations médicales signifient que davantage de cancers rares sont diagnostiqués et que des traitements novateurs seront développés plus régulièrement. La prévalence accrue de ces cancers est également prévisible en raison du vieillissement de la population.

Encore une fois en 2018, l’approbation de nouveaux médicaments a entraîné davantage de dépenses, car une grande partie de ces nouveautés était des médicaments de spécialité.

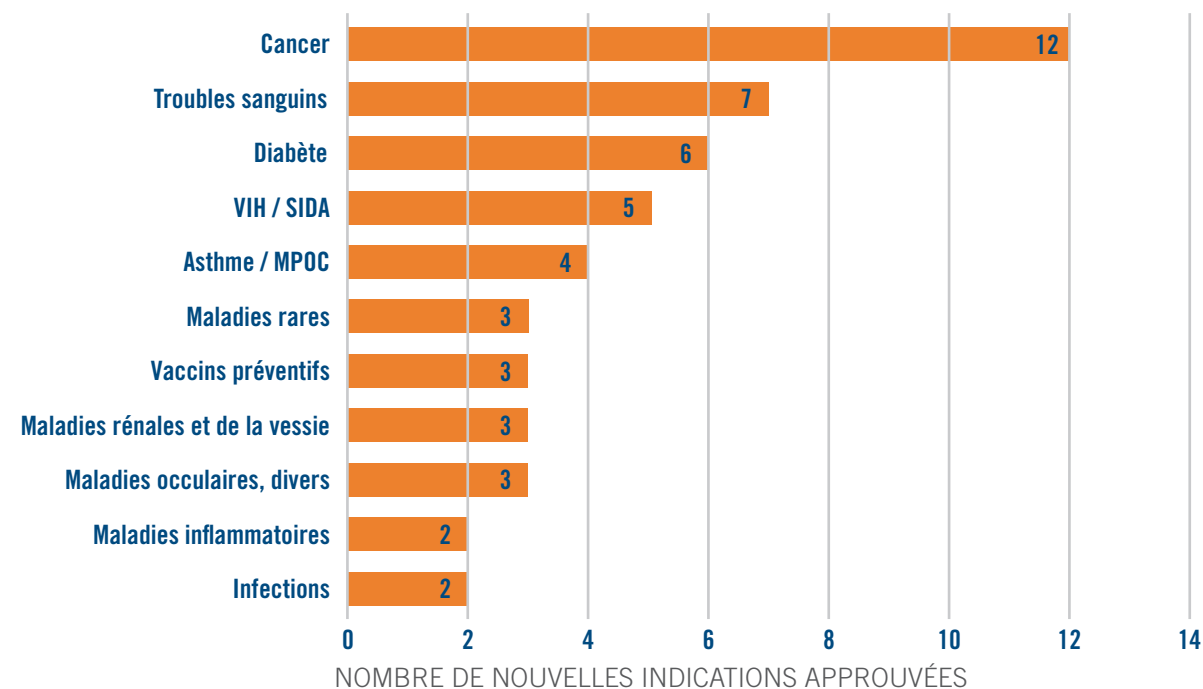
Les nouveaux médicaments indiqués pour traiter le cancer arrivent en tête, ce qui prolonge la tendance des trois dernières années. Puisque les patients peuvent administrer eux-mêmes la plupart de ces traitements oraux, les régimes privés sont davantage exposés aux

coûts démesurés de ces médicaments. (Auparavant, les traitements anticancéreux étaient principalement administrés en milieu hospitalier et étaient donc couverts par les régimes d’assurance médicaments publics.)

Voir le tableau intitulé Nouveaux médicaments de marque approuvés en 2018 dans l’annexe.

NOUVEAUX MÉDICAMENTS DE MARQUE APPROUVÉS EN 2018

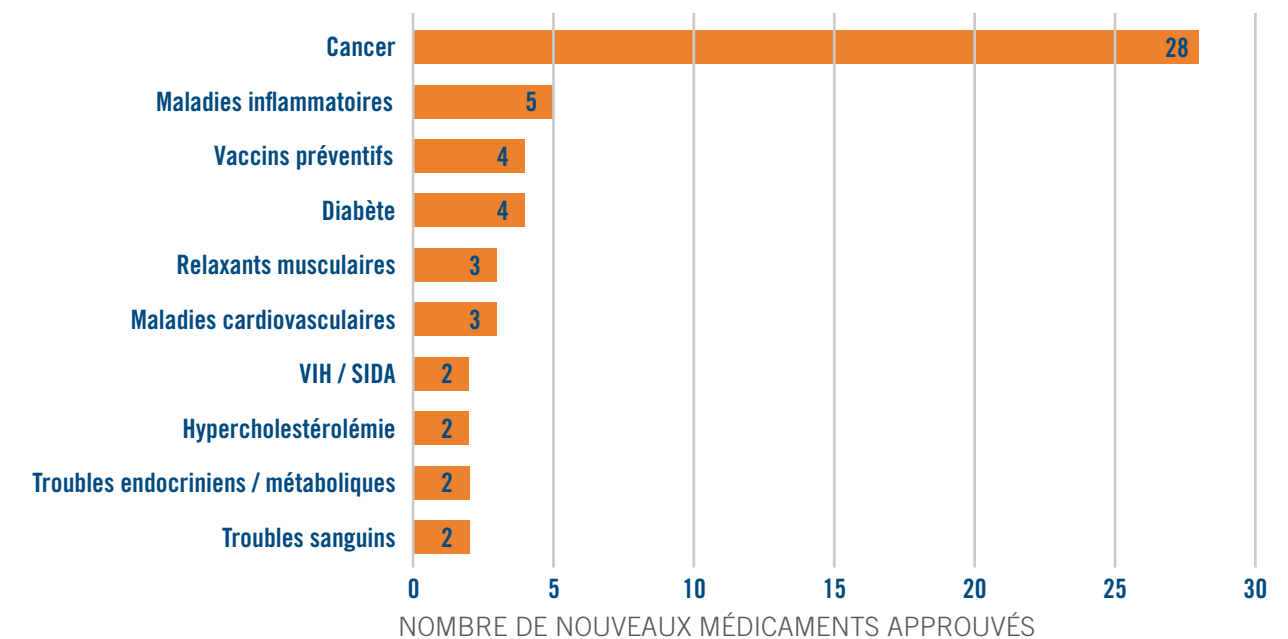
LES 10 CLASSES THÉRAPEUTIQUES LES PLUS COURANTES PARMIL
LES NOUVELLES INDICATIONS APPROUVÉES EN 2018



NOUVELLES INDICATIONS APPROUVÉES EN 2018

Voir le tableau intitulé Nouvelles indications approuvées en 2018 dans l’annexe.

LES 10 CLASSES THÉRAPEUTIQUES LES PLUS COURANTES PARMIL
LES NOUVEAUX MÉDICAMENTS APPROUVÉS EN 2018



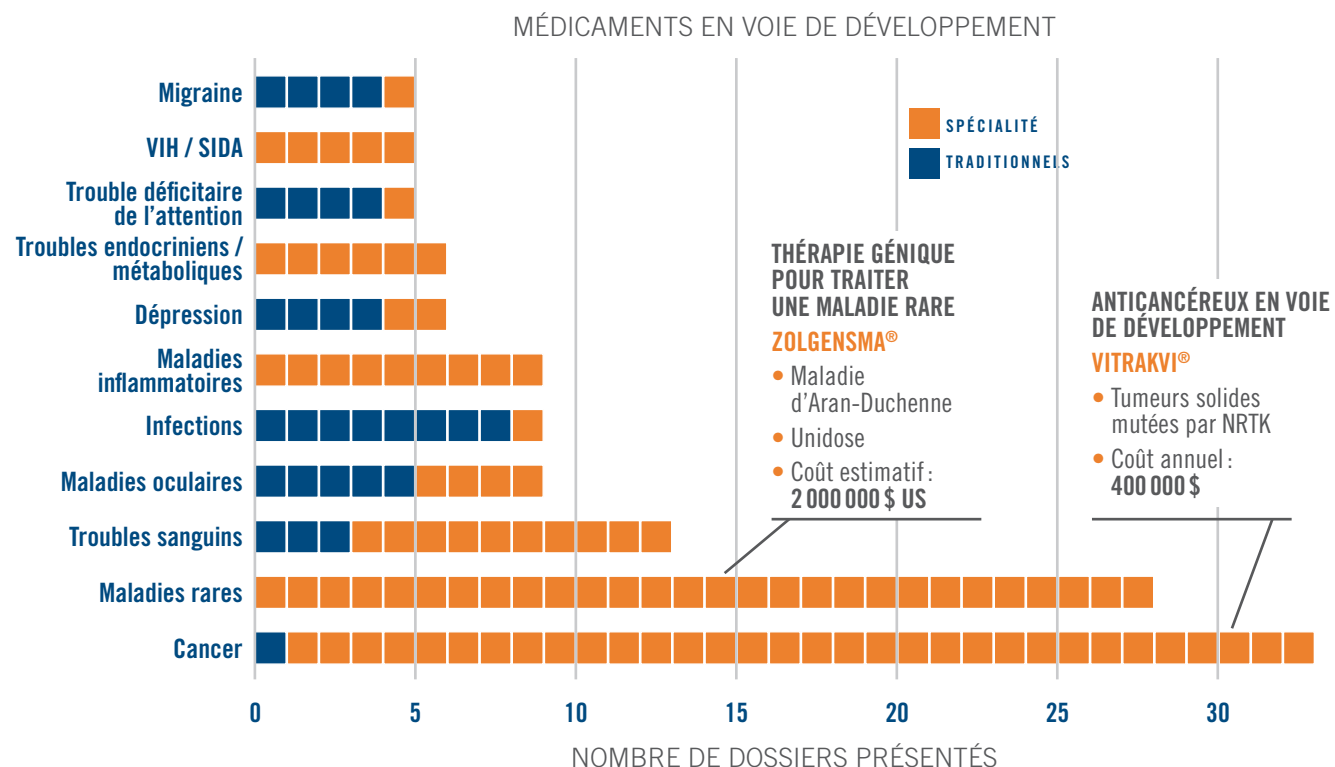
L’approbation de nouvelles indications pour des médicaments existants a continué de faire augmenter les coûts, surtout en raison de l’utilisation accrue des médicaments de spécialité. Par exemple, Repatha^{MD}, un médicament qui réduit le taux de cholestérol et coûte environ 7 000 \$ par année a été approuvé pour deux nouvelles indications : prévention d’événements cardiovasculaires et hyperlipidémie primaire. Par conséquent, les dépenses globales associées à ce médicament sont passées de 0,01 % en 2016 (un an après l’approbation initiale) à 0,15 % en 2018. L’hypercholestérolémie est une maladie très courante. On peut donc présumer que l’utilisation de Repatha^{MD} sera à la hausse et que les dépenses totales des régimes augmenteront en conséquence.

Par ailleurs, 28 nouvelles indications ont été approuvées en 2018 pour des anticancéreux. Il s’agit d’une légère augmentation par rapport à 2017, année où 24 nouvelles indications avaient été approuvées.

De plus en plus de médicaments étant administrés à l’extérieur du milieu hospitalier, nous croyons que cette tendance se poursuivra dans un avenir rapproché.

MÉDICAMENTS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT

NOUVEAUX MÉDICAMENTS



Fait peu surprenant, les récentes tendances démontrent que les traitements anticancéreux figurent en tête de liste des médicaments en voie de développement. En effet, plus de 30 nouveaux médicaments anticancéreux font présentement l'objet d'essais cliniques de phase III ou d'un examen par la FDA ou Santé Canada.

Comme nous l'avons déjà mentionné, les sociétés pharmaceutiques investissent beaucoup dans le développement de thérapies géniques et de thérapies cellulaires CAR-T. Les thérapies géniques utilisent les gènes pour traiter ou prévenir les maladies. Au lieu de faire appel à la chirurgie ou aux médicaments, on insère un gène dans les cellules du patient pour effectuer ce qui suit:

- remplacer un gène ayant subi une mutation et qui cause la maladie par un gène en santé;
- inactiver un gène ayant subi une mutation et qui ne fonctionne pas bien;
- introduire un nouveau gène qui permettra de combattre la maladie.

Cette technique est très prometteuse pour de nombreuses maladies, par exemple des maladies génétiques incurables, certains types de cancer et certaines infections virales. Dans le cadre des thérapies cellulaires CAR-T (récepteur antigénique chimérique), les cellules T du patient - un type de cellules du système immunitaire - sont modifiées en laboratoire de manière à attaquer les cellules cancéreuses du patient. Ces cellules « améliorées » sont ensuite infusées en grand nombre dans la circulation sanguine du patient. À l'heure actuelle, cette technique n'est utilisée que pour traiter certains types de leucémies.

Kymriah^{MD} (tisagenlecleucel) a été la première thérapie génique approuvée au Canada en 2018. Ce médicament est utilisé chez les enfants et les adolescents atteints de leucémie aiguë lymphoblastique réfractaire ou récidivante. Puisque Kymriah^{MD} doit être administré en milieu hospitalier en raison du suivi pharmacologique complexe qui est nécessaire, ce médicament n'a aucune incidence sur les régimes privés. Au début de 2019, Yescarta^{MC} est devenu la deuxième thérapie génique CAR-T approuvée au pays. Ce médicament sert à traiter certaines formes de leucémies, le lymphome non hodgkinien et autres lymphomes à grandes cellules B.

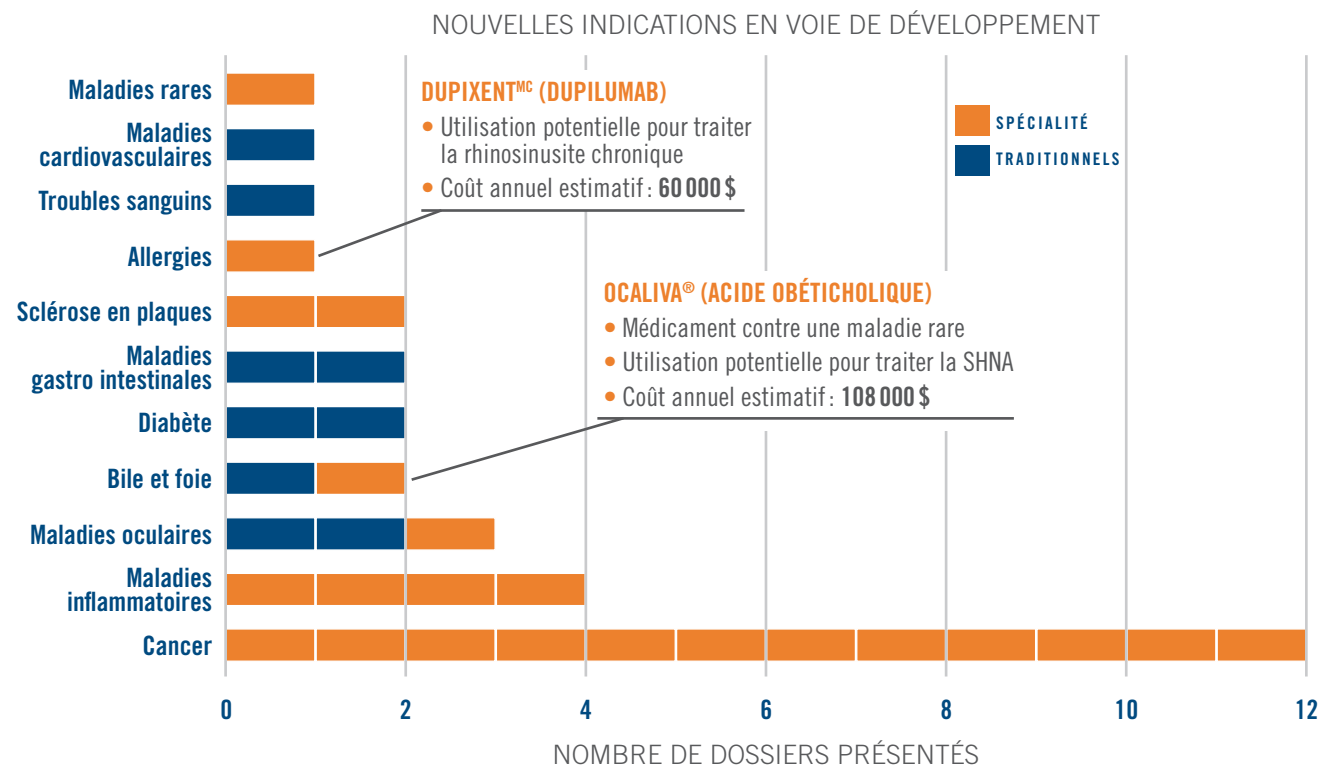
Par ailleurs, d'autres traitements anticancéreux oraux sont en voie de développement. Vitrakvi[®] (larotrectinib), qui doit encore être approuvé par Santé Canada, est indiqué dans le traitement de tumeurs solides comportant une mutation du gène de fusion NRTK. Cette mutation génétique est très rare. Seulement 2 500 à 3 000 nouveaux cas sont rapportés aux États-Unis chaque année. (Aucune statistique équivalente pour le Canada n'est disponible.) Bien qu'on prévoie une faible utilisation de ce médicament, ce dernier pourrait avoir de fortes répercussions sur les régimes privés puisque son coût est établi à près de 400 000 \$ par année par patient.

De nombreux traitements pour des maladies rares sont également en voie de développement. Plus de 25 médicaments indiqués pour traiter des maladies complexes et qui menacent la vie du patient font l'objet d'essais cliniques de phase III ou d'un examen réglementaire. Des thérapies géniques sont aussi en voie de développement dans ce domaine.

Notons que le médicament le plus cher jamais commercialisé doit être approuvé aux États-Unis en 2019. En effet, Zolgensma[®] (onasemnogène abéparvovec) doit être approuvé pour traiter l'amyotrophie spinale de type 1. Le médicament sera administré une seule fois, mais son coût est établi à 2 millions \$ US. Le seul médicament approuvé pour traiter l'amyotrophie spinale, Spinraza^{MC}, doit être pris à long terme et coûte 700 000 \$ la première année et près de 350 000 \$ par année par la suite. Zolgensma[®] serait un concurrent direct de Spinraza^{MC}, et étant donné qu'il sera probablement administré en milieu hospitalier, son approbation pourrait être avantageuse pour les régimes privés qui remboursent Spinraza^{MC}.

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

UTILISATION ACCRUE DE MÉDICAMENTS TRÈS COÛTEUX

MÉDICAMENTS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT
L'ÉLARGISSEMENT DES INDICATIONS FAIT AUGMENTER L'UTILISATION

L'élargissement des indications des médicaments existants exercera aussi des pressions sur les coûts, surtout que de plus en plus de médicaments de spécialité sont utilisés pour traiter des maladies courantes.

La classe thérapeutique des anticancéreux comporte un très grand nombre de médicaments existants à l'étude en vue d'élargir leur indication pour traiter d'autres types de tumeurs. L'utilisation des anticancéreux et les dépenses qui y sont associées augmenteront à mesure que de nouvelles indications seront approuvées.

Par ailleurs, la nouvelle tendance qui vise à utiliser des médicaments de spécialité pour traiter des maladies courantes se poursuit. Ocaliva (acide obéticholique) a d'abord 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 estimatif de ce médicament est de 38 000 \$. Des essais de phase III ont lieu à l'heure actuelle et visent à démontrer l'efficacité d'Ocaliva pour traiter une maladie plus courante, la stéatohépatite non alcoolique ou SHNA, une affection du foie qui peut entraîner une cirrhose ou un cancer. La prévalence de la SHNA est de 2 % à 5 % au sein de la population. Par conséquent, cette maladie est 50 fois plus courante que la cirrhose biliaire primitive. Le coût annuel estimatif d'Ocaliva pour le traitement de la SHNA est de 108 000 \$, ce qui pourrait

faire augmenter les dépenses des régimes privés. Aux États-Unis, l'approbation d'Ocaliva pour traiter la SHNA est prévue en 2019.

Une nouvelle indication est également à l'étude pour Dupixent^{MC}. Ce médicament est administré par injection sous-cutanée aux patients qui souffrent de dermatite atopique et chez lesquels des traitements topiques ont échoué. Ce médicament fait l'objet d'essais cliniques de phase III en vue du traitement de la rhinosinusite chronique accompagnée de polypes nasaux. Cette allergie courante était auparavant traitée au moyen de vaporisateurs nasaux de corticostéroïdes ou par chirurgie élective. Compte tenu de son coût annuel estimatif de près de 60 000 \$, l'élargissement des indications de Dupixent^{MC} pour traiter la rhinosinusite chronique ajoutera de la pression sur les régimes privés.

Vous trouverez dans l'annexe une liste des nouvelles indications qui seront approuvées sous peu et qui font l'objet d'un examen par Santé Canada.



Les sociétés pharmaceutiques investissent beaucoup dans le développement de thérapies géniques et de thérapies cellulaires CAR-T. Les thérapies géniques utilisent les gènes pour traiter ou prévenir les maladies.



ANNEXE

- **MÉDICAMENTS BREVETÉS APPROUVÉS EN 2018**
- **NOUVELLES INDICATIONS APPROUVÉES EN 2018**
- **MÉDICAMENTS DE MARQUE EN COURS D'EXAMEN
PAR SANTÉ CANADA**
- **NOUVELLES INDICATIONS EN COURS D'EXAMEN
PAR SANTÉ CANADA**

MÉDICAMENTS BREVETÉS APPROUVÉS EN 2018 (EN ORDRE ALPHABÉTIQUE D'INDICATION COURANTE)

CATÉGORIE	MÉDICAMENT BREVETÉ	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE
MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	Emerade [®]	épinéphrine	Allergies
	Arbesda RespiClick ^{MC}	propionate de fluticasone et salmétérol	Asthme/MPOC
	Bevespi Aerosphere ^{MC}	glycopyrronium-fumarate de formotérol	Asthme/MPOC
	Trelegy Ellipta	fuorate de fluticasone-umécidinium-vilantérol	Asthme/MPOC
	Ozempic [®]	sémaglutide	Diabète
	Steglatro TM	ertugliflozine	Diabète
	Xultophy [®]	insuline dégludec-liraglutide	Diabète
	Steglujan TM	ertugliflozine-sitagliptine	Diabète
	Segluromet TM	ertugliflozine-metformine	Diabète
	Soliqua ^{MC}	insuline glargine-lixisénatide	Diabète
	Invokamet [®] XR	canagliflozine-metformine	Diabète
	Bydureon [®] BCise ^{MC}	exénatide à libération prolongée	Diabète
	Probuphine ^{MC}	buprénorphine	Douleur/inflammation
	Sublocade [®]	buprénorphine	Douleur/inflammation
	Penthrox ^{MC}	méthoxyflurane	Douleur/inflammation
	Xydalba ^{MC}	dalbavancine	Infections
	Stromectol TM	ivermectine	Infections
	Mezera TM	mésalazine	Maladie intestinale inflammatoire
	Eucria ^{MC}	crisaborole	Maladies de la peau
	Fucibet [®]	acide fusidique-valérate de bêtaméthasone	Maladies de la peau
	Rayaldee	calcifédiol	Maladies de la vessie et des voies urinaires
	Veltassa	patiromère	Maladies de la vessie et des voies urinaires
	Restasis MultiDose TM	cyclosporine	Maladies oculaires, divers
	Xiidra [®]	lifitigrast	Maladies oculaires, divers
	Kuvan [®]	saproptérine	Maladies rares
	Contrave [®]	naltrexone-bupropion	Perte de poids
	Belsomra TM	suvorexant	Sédatifs/hypnotiques
	Foquest ^{MD}	chlorhydrate de méthylphénidate	Trouble déficitaire de l'attention
	Orilissa ^{MC}	élagolix	Troubles endocriniens (métaboliques)
	Afluria ^{MD} Tetra	vaccin antigrippal quadrivalent	Vaccins préventifs
	KamRAB ^{MC}	immunoglobuline antirabique humaine	Vaccins préventifs

CATÉGORIE	MÉDICAMENT BREVETÉ	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE
MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ	Nuceiva	prabotulinumtoxina	Agents cosmétiques
	Fasenra [®]	benralizumab	Asthme/MPOC
	Alunbrig ^{MC}	brigatinib	Cancer
	Unituxin [®]	dinutuximab	Cancer
	Lonsurf [®]	trifluridine-chlorhydrate de tipiracil	Cancer
	Bavencio ^{MC}	avélumab	Cancer
	Lartruvo ^{MC}	olaratumab	Cancer
	Imfinzi [®]	durvalumab	Cancer
	Besponsa ^{MC}	inotuzumab ozogamicine	Cancer
	Erleada TM	apalutamide	Cancer
	Kisqali ^{MC}	ribociclib	Cancer
	Foloty [®]	pralatrexate	Cancer
	Cabometyx ^{MC}	cabozantinib	Cancer
	Herceptin [®] SC	trastuzumab	Cancer
	Kymriah [®]	tisagenlecleucel T	Cancer
	Lartruvo TM	olaratumab	Cancer
	Addyi [®]	flibansérine	Divers
	Symdeko ^{MC}	tezacaftor-ivacaftor + ivacaftor	Fibrose kystique
	Velphoro	oxyhydroxyde sucro-ferrique	Maladies de la vessie et des voies urinaires
	Xermelo ^{MC}	télotristat éthyl	Maladies gastro-intestinales
	Benlysta [®]	bélimumab	Maladies inflammatoires
	Kevzara [®]	sarilumab	Maladies inflammatoires
	Actemra [®]	tocilizumab	Maladies inflammatoires
	Siliq ^{MC}	broadalumab	Maladies inflammatoires
	Olumiant ^{MC}	baricitinib	Maladies inflammatoires
	Orencia [®]	abatacept	Maladies inflammatoires
	Iluvien ^{MD}	acétonide de fluocinolone	Maladies oculaires, divers
	Kanuma ^{MC}	sébélipase alfa	Maladies rares
	Radicava ^{MC}	édaravone	Maladies rares
	Crysvita TM	burosumab	Maladies rares
	Aimovig ^{MC}	éréniumab	Migraine
	Pergoveris ^{MD}	folitropine alfa/lutropine alfa	Stérilité
	Rekovele [®]	folitropine delta	Stérilité
	Tegsedi ^{MC}	inotersen	Troubles neurologiques
	Alphanate [®]	facteur antihémophilique-facteur von Willebrand	Troubles sanguins
	Rebinyn [®]	nonacog bêta pégol	Troubles sanguins
	Monoferric ^{MC}	fer-isomaltoside	Troubles sanguins
	Panhematin ^{MD}	hémine	Troubles sanguins
	Hemlibra [®]	émicizumab	Troubles sanguins
	Takhzyro ^{MC}	lanadélumab	Troubles sanguins
	Jivi [®]	damoctocog alfa pégol	Troubles sanguins
	Cutaquig [®]	immunoglobulines normales (humaines)	Vaccins préventifs
	Pifeltro TM	doravirine	VIH/SIDA
Symtuza TM	darunabir-cobicistat-emtricitabine-ténofovir alafénamide	VIH/SIDA	
Juluca [®]	dolutégravir-riplivirine	VIH/SIDA	
Biktarvy TM	Bictégravir-emtricitabine-ténofovir alafénamide	VIH/SIDA	
Delstrigo TM	doravirine-lamivudine-fumarate de ténofovir disoproxil	VIH/SIDA	

NOUVELLES INDICATIONS APPROUVÉES EN 2018 (EN ORDRE ALPHABÉTIQUE D'INDICATION COURANTE)

CATÉGORIE	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE
MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	Glyxambi ^{MC}	empagliflozine-linagliptine	Diabète
	Bydureon [®]	exénatide à libération prolongée	Diabète
	Trajenta [®]	linagliptine	Diabète
	Invokana [®]	canagliflozine	Diabète
	Zaxine	rifaximine	Infections
	Xarelto [®]	rivaroxaban	Maladies cardiovasculaires
	Lovenox [®]	énoxaparine sodique	Maladies cardiovasculaires
	Abilify Maintena ^{MD}	aripiprazole	Maladies mentales
	Latuda ^{MD}	lurasidone	Maladies mentales
	Prolia ^{MD}	dénosumab	Ostéoporose / troubles osseux
	Fycompa [®]	pérampanel	Troubles neurologiques
	Aptiom ^{MD}	eslicarbazépine	Troubles neurologiques
	Nimenrix [®]	vaccin conjugué contre le méningocoque	Vaccins préventifs
	Ixiaro [®]	vaccin contre l'encéphalite japonaise	Vaccins préventifs
	Hizentra [®]	immunoglobuline humaine	Vaccins préventifs
	Bexsero	vaccin contre le méningocoque B	Vaccins préventifs

CATÉGORIE	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE
MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ	Dysport Aesthetic ^{MC}	abobotulinumtoxine A	Agents cosmétiques
	Nucala ^{MC}	mépolizumab	Asthme/MPOC
	Opdivo ^{MD}	nivolumab	Cancer
	Rituxan [®] SC	rituximab	Cancer
	Imbruvica [®]	ibrutinib	Cancer
	Gazyva [®]	obinutuzumab	Cancer
	Bavencio ^{MC}	avélumab	Cancer
	Darzalex [®]	daratumumab	Cancer
	Bosulif ^{MD}	bosulif	Cancer
	Yervoy ^{MD}	ipilimumab	Cancer
	Giotrif [®]	afatinib	Cancer
	Tagrisso [®]	osimertinib	Cancer
	Ibrance ^{MC}	palbociclib	Cancer
	Avastin [®]	bévacizumab	Cancer
	Zykadia ^{MD}	céritinib	Cancer
	Alecensaro [®]	alectinib	Cancer
	Imfinzi [®]	durvalumab	Cancer
	Tafinlar ^{MD}	dabrafénib	Cancer
	Lynparza [®]	olaparib	Cancer
	Zytiga [®]	abiratéronne	Cancer
	Tecentriq [®]	atézolizumab	Cancer
	Rydapt ^{MC}	midostaurine	Cancer
	Keytruda [®]	pembrolizumab	Cancer
	Tasigna ^{MD}	nilotinib	Cancer
	Venclexta [®]	vénétoclax	Cancer
	Mekinist ^{MD}	tramétinib	Cancer
	Perjeta [®]	pertuzumab	Cancer
	Xiaflex [®]	collagénase de clostridium histolyticum	Enzymes
	Orkambi ^{MD}	lumacaftor-ivacaftor	Fibrose kystique
	Repatha ^{MD}	évolocumab	Hypercholestérolémie
	Orencia ^{MD}	abatacept	Maladies inflammatoires
	Simponi [®] IV	golimumab	Maladies inflammatoires
	Taltz [®]	ixékizumab	Maladies inflammatoires
	Cimzia [®]	certolizumab pégol	Maladies inflammatoires
	Xeljanz ^{MD}	tofacitinib	Maladies inflammatoires
	Humira [®]	adalimumab	Maladies inflammatoires
	Lucentis ^{MD}	ranibizumab	Maladies oculaires, dégénérescence maculaire
	Xgeva [®]	dénosumab	Ostéoporose / troubles osseux
	Dysport Therapeutic ^{MC}	abobotulinumtoxine A	Relaxant musculaire
	Botox [®]	onabotulinumtoxine A	Relaxant musculaire
	Ocrevus TM	ocrélizumab	Sclérose en plaques
	Gilenya ^{MD}	fingolimod	Sclérose en plaques
	Somatuline ^{MD} Autogel ^{MD}	acétate de lanréotide	Troubles endocriniens (métaboliques)
	Signifor ^{MD} LAR ^{MD}	pamoate de pasiréotide	Troubles endocriniens (métaboliques)
	Soliris ^{MD}	éculizumab	Troubles sanguins
	Adynovate [®]	facteur antihémophilique (recombinant) péglylé	Troubles sanguins
	Tivicay	dolutégravir	VIH/SIDA
Genvoya ^{MD}	Elvitégravir-cobicistat-emtricitabine-ténofovir alafénamide	VIH/SIDA	
Isentress [®]	raltégravir sodique	VIH/SIDA	
Isentress HD [®]	raltégravir sodique	VIH/SIDA	

MÉDICAMENTS DE MARQUE EN COURS D'EXAMEN PAR SANTÉ CANADA (EN ORDRE ALPHABÉTIQUE D'INDICATION COURANTE)

CATÉGORIE	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE
MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	trifarotène	Acné
	dotatate	Agents diagnostiques
	chlorhydrate de naloxone dihydraté	Antagoniste des stupéfiants
	glucagon	Diabète
	insuline glargine	Diabète
	sotagliflozine	Diabète
	mannitol	Fibrose kystique
	tibolone	Hormonothérapie substitutive
	fosfomycine sodique	Infections
	fumarate de bisoprolol	Maladies cardiovasculaires
	hydrochlorothiazide, zofénopril calcique	Maladies cardiovasculaires
	hydrochlorure de nicardipine	Maladies cardiovasculaires
	zofénopril calcique	Maladies cardiovasculaires
	dermatophagoides farinae, dermatophagoides pteronyssinus	Maladies de la peau
	propionate d'halobétasol, tazarotène	Maladies de la peau
	peroxyde d'hydrogène	Maladies de la peau
	furoate de mométasone	Maladies de la peau
	cyclosilicate de zirconium sodique	Maladies de la vessie et des voies urinaires
	dimenhydrinate de cinnarizine	Maladies gastro-intestinales
	plécanatide	Maladies gastro-intestinales
	mésalazine	Maladies gastro-intestinales
	phosphate sodique de dexaméthasone, sulfate de netilmicine	Maladies oculaires
	prastérone	Médecine alternative
	romosozumab	Ostéoporose / troubles osseux
	chlorure de magnésium hexahydraté, chlorure de potassium, acétate de sodium trihydraté, citrate de sodium dihydraté, phosphate de sodium dibasique, phosphate de sodium monobasique, eau	Produits nutritionnels
	vitamine D3	Produits nutritionnels
	chlorhydrate d'apomorphine	Troubles neurologiques
	lévétiracétam	Troubles neurologiques
	bacillus Calmette-Guérin BCG	Vaccins préventifs
	hémagglutinine-souche A (H1N1), hémagglutinine-souche A (H3N2), hémagglutinine-souche B (Victoria), hémagglutinine-souche B (Yamagata)	Vaccins préventifs
	hémagglutinine-souche A (H1N1), hémagglutinine-souche A (H3N2), hémagglutinine-souche B (Victoria), hémagglutinine-souche B (Yamagata)	Vaccins préventifs

CATÉGORIE	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE
MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ	bleu de méthylène	Agents diagnostiques
	abémaciclib	Cancer
	acalabrutinib	Cancer
	bélinostat	Cancer
	bévacizumab	Cancer
	cémiplimab	Cancer
	larotrétinib	Cancer
	maléate de nératinib	Cancer
	niraparib	Cancer
	talazoparib	Cancer
	trastuzumab	Cancer
	hydrochlorure d'eskétagamine	Dépression
	adalimumab	Maladies inflammatoires
	darvadstrocel	Maladies inflammatoires
	ravulizumab	Maladies inflammatoires
	risankizumab	Maladies inflammatoires
	rituximab	Maladies inflammatoires
	ataluren	Maladies rares
	patisiran	Maladies rares
	galcanézumab	Migraine
	tériparatide	Ostéoporose / troubles osseux
	filgrastim (R-methug-CSF)	Troubles sanguins
	turoctocog alfa pégol	Troubles sanguins
	dolutégravir-lamivudine	VIH/SIDA

NOUVELLES INDICATIONS EN COURS D'EXAMEN PAR SANTÉ CANADA (EN ORDRE ALPHABÉTIQUE D'INDICATION COURANTE)

CATÉGORIE	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE	
MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	chlorhydrate d'azélastine, propionate de fluticasone	Allergies	
	budésonide, fumarate de formotérol dihydraté	Asthme/MPOC	
	bromure d'uméclicinium	Asthme/MPOC	
	dapagliflozine	Diabète	
	empagliflozine	Diabète	
	linagliptine	Diabète	
	chlorhydrate d'hydromorphone	Douleur/inflammation	
	daptomycine	Infections	
	pimécrolimus	Maladies de la peau	
	carbonate de Sevelamer	Maladies de la vessie et des voies urinaires	
	budésonide	Maladies gastro-intestinales	
	dexlansoprazole	Maladies gastro-intestinales	
	oxalate de naloxéol	Maladies gastro-intestinales	
	chlorhydrate de palonosétron	Maladies gastro-intestinales	
	chlorhydrate de méthylphénidate	Trouble déficitaire de l'attention	
	émicizumab	Troubles sanguins	
	protéine corynebactérium diphtheriae crm-197, vaccin conjugué antipneumocoque de sérotypes 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F et 23F	Vaccins préventifs	
	hémagglutinine-souche A (H1N1), hémagglutinine-souche A (H3N2), hémagglutinine-souche B (Yamagata)	Vaccins préventifs	
	MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ	atézolizumab	Cancer
		bévacizumab	Cancer
blinatumomab		Cancer	
cabozantinib		Cancer	
infiximab		Cancer	
nivolumab		Cancer	
olaparib		Cancer	
palbociclib		Cancer	
pembrolizumab		Cancer	
pomalidomide		Cancer	
régorafénib		Cancer	
malate de sunitinib		Cancer	
lévomilnacipran		Dépression	
glécaprévir-pibrentasvir		Hépatite C	
alirocumab		Hypercholestérolémie	
macitentan		Hypertension artérielle pulmonaire	
dupilumab		Maladies de la peau	
certolizumab pégol		Maladies inflammatoires	
sarilumab		Maladies inflammatoires	
sécukinumab		Maladies inflammatoires	
tocilizumab		Maladies inflammatoires	
incobotulinumtoxine A		Relaxant musculaire	
fumarate de diméthyle		Sclérose en plaques	
térfunomide		Sclérose en plaques	
eltrombopag olamine		Troubles sanguins	
acétate d'icatibant		Troubles sanguins	
cobicistat-elvitégravir-emtricitabine-ténofovir hémi-fumarate d'alafénamide		VIH/SIDA	

À PROPOS D'EXPRESS SCRIPTS CANADA®

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, Services cliniques, recherches et solutions nouvelles

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

STEVE KIM, B. Sc. (math.)
Analyste, Service de production des rapports

PETER MA, technicien agréé en pharmacie
Adjoint, Services cliniques

LEIGH-ANN MACPHERSON
Adjointe, Services cliniques

RAMANJEET SINGH, B. Sc. (santé)
Adjoint, Services cliniques

RUI YAN, Ph. D.
Scientifique de données

Les auteurs remercient les nombreuses personnes à Express Scripts Canada qui ont consacré temps et efforts en vue de la rédaction du Rapport sur les tendances en matière de médicaments en 2018.






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