



RAPPORT
D'EXPRESS SCRIPTS
CANADA^{MD} SUR
**LES TENDANCES
EN MATIÈRE DE
MÉDICAMENTS
EN 2016**

© Express Scripts Canada, 2017. Tous droits réservés.



EXPRESS SCRIPTS®

CONTENU

SOMMAIRE	2
SECTION I. EXAMEN DES DÉFIS ASSOCIÉS AUX PATIENTS ET DES OCCASIONS À SAISIR	5
SECTION II. APERÇU DE LA TENDANCE GLOBALE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS EN 2016	19
SECTION III. FACTEURS ASSOCIÉS AUX PROVINCES ET AU MARCHÉ	39
À PROPOS D'EXPRESS SCRIPTS CANADA^{MD}	55



SOMMAIRE

PAGES 2 – 4

SOMMAIRE

🐦 L'analyse d'Express Scripts Canada sur les tendances relatives aux dépenses des régimes privés reflète encore des forces opposées en 2016. Les facteurs qui exerçaient une pression à la baisse sur les coûts n'ont pas réussi à atténuer la hausse des dépenses en médicaments. Du coup, les médicaments très coûteux et les grands demandeurs ont continué de jouer un rôle dans cette augmentation préoccupante de la tendance.

🐦 Par ailleurs, de nouveaux médicaments permettent maintenant de traiter des maladies autrefois incurables, de transformer des maladies mortelles en maladies chroniques et d'améliorer la qualité de vie de nombreux Canadiens. Or, les coûts exorbitants de ces médicaments ont créé un fardeau financier impossible à gérer pour les familles et les promoteurs de régimes. De plus en plus de patients se rendent compte qu'ils sont incapables de payer les médicaments prescrits par leur médecin. Bon nombre de promoteurs, pour protéger la viabilité des régimes, en viennent à limiter la couverture de certains traitements parce qu'ils ignorent que d'autres options s'offrent à eux.

Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes en âge de travailler qui sont atteintes de maladies chroniques sont des facteurs que les promoteurs de régimes privés doivent prendre en considération. En effet, les personnes qui souffrent de maladies chroniques nécessitent de nombreux traitements et consultent plusieurs médecins et spécialistes sans que l'ensemble des soins soit coordonné.

Les patients sont vite dépassés par la complexité des traitements, ce qui peut aggraver leur état et entraîner la prise d'autres médicaments coûteux. 🐦 Ils ont besoin de conseils de spécialistes pour prendre des décisions éclairées au moment opportun. En ce qui a trait aux promoteurs, ils doivent dès maintenant mettre en place des solutions de gestion des régimes avant que les coûts ne deviennent insurmontables.

Au cours des trois dernières années, des facteurs comme les médicaments extrêmement coûteux et l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques ont fait les manchettes. Toutefois, la réduction du prix des génériques est venue atténuer le sentiment d'urgence chez les promoteurs de régimes.

🐦 Nous sommes désormais à la croisée des chemins : les effets de l'expiration des brevets de certains médicaments très utilisés s'estompent, mais l'augmentation du nombre de médicaments très coûteux et de personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques est constante.

TOUS LES PATIENTS N'ONT PAS NÉCESSAIREMENT BESOIN DE CONSEILS CLINIQUES, MAIS CERTAINS D'ENTRE EUX DOIVENT EN OBTENIR DE FAÇON URGENTE.

🐦 Fait surprenant, 14 % des participants aux régimes comptent pour 72 % des dépenses totales engagées.

🐦 Si, en 2011, 18,1 % des dépenses totales étaient attribuables à des participants qui soumettaient des demandes de règlement de plus de 10 000 \$ par année, en 2016, ce pourcentage s'élevait à 28,8 % des dépenses, soit une augmentation de 60 %.

Les résultats de nos analyses montrent que les participants qui soumettent des demandes de règlement entre 1 000 \$ et 10 000 \$ par année ou des demandes de 10 000 \$ et plus par année ont besoin d'aide pour ce qui suit :

- Prendre des décisions éclairées sur le plan de leur traitement.
- Gérer leurs nombreuses maladies chroniques (ils sont atteints en moyenne de 5,9 à 7,3 maladies).
- Coordonner l'ensemble des traitements prescrits par 3,4 à 4,5 médecins en moyenne.
- Gérer leurs nombreux médicaments. Ils prennent en moyenne de 8,3 à 10,5 médicaments.

Des solutions novatrices sont nécessaires pour aider les participants à prendre de meilleures décisions pour gérer leur santé ainsi que les coûts globaux de leurs médicaments.

Dans cet environnement qui ne cesse de changer, la plupart des Canadiens n'ont pas les connaissances cliniques nécessaires pour déterminer quel médicament est le plus efficace pour traiter leur maladie. La différence entre une décision éclairée et une décision sous-optimale peut représenter des dizaines de milliers de dollars. Les résultats de nos recherches montrent que, pour financer les nouveaux médicaments très coûteux, il faut optimiser les dépenses en médicaments traditionnels en offrant aux participants des services pharmaceutiques qui les encouragent et favorisent la prise de meilleures décisions.

SURVOL DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS EN 2016

- **🐦 Les dépenses en médicaments de spécialité très coûteux (ceux qui servent à traiter des maladies complexes et chroniques comme la polyarthrite rhumatoïde sévère, l'hépatite C et le cancer) sont passées de 13 % des dépenses totales en 2007 à 30 % en 2016.**
- Une gestion plus serrée des régimes et la réussite du traitement de nombreux patients atteints d'hépatite C ont contribué à diminuer la tendance en matière de médicaments de spécialité, qui s'est établie à 3,2 % en 2016. C'est là un répit apprécié après de nombreuses années où la tendance était supérieure à 10 %.
- La tendance associée aux médicaments de spécialité (à l'exclusion des médicaments contre l'hépatite C) s'est établie à 10,7 % en 2016.
- **🐦 En 2016, pour cinq dollars dépensés en médicaments d'ordonnance, un dollar était associé à une maladie inflammatoire ou au diabète.**
- La tendance relative aux maladies inflammatoires s'est établie à 11,7 % et s'explique principalement par une hausse de l'utilisation et par l'élargissement des indications de médicaments très coûteux contre les maladies inflammatoires.
- L'adoption de nouveaux médicaments plus chers indiqués pour traiter le diabète a contribué à une tendance de 13,7 % dans cette catégorie. **🐦 Or, notre analyse montre qu'un nombre alarmant de patients ne sont pas traités conformément aux lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Dans ces cas, une gestion serrée du régime aurait permis d'améliorer les soins tout en diminuant les coûts.**
- Nous avons également noté que la tendance liée au cancer et au trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité était supérieure à 10 % en 2016.
- Des produits biologiques ultérieurs (PBU) – des médicaments qui constituent une option de traitement pour les produits biologiques coûteux dont le brevet a expiré – ont été mis en marché. Toutefois, les économies qui peuvent être réalisées ne se comparent pas à celles qui pourraient être générées grâce aux médicaments génériques.
- **🐦 Bon nombre de médicaments en voie de développement sont indiqués pour traiter le cancer. Même si des anticancéreux administrés en milieu hospitalier sont couverts par les régimes publics, on constate que des médicaments que le patient peut s'administrer lui-même sont de plus en plus offerts. Par conséquent, cela entraînera davantage de demandes de règlement et une augmentation des coûts à l'avenir.**

RÉSUMÉ

DANS CET ENVIRONNEMENT COMPLEXE, SEULE LA GESTION SERRÉE DU RÉGIME PEUT PROTÉGER L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS ET AUX COUVERTURES QUE LES EMPLOYÉS CANADIENS APPRÉCIENT TANT.

Les participants doivent surmonter de nombreux défis. Or, les régimes peu gérés – qui réagissent simplement aux demandes de règlement – ne peuvent contrôler la croissance des dépenses ni aider les participants à être en meilleure santé. Les promoteurs pourront protéger la viabilité de leurs régimes d'assurance médicaments en concentrant leurs efforts de gestion sur la responsabilisation des participants. Ainsi, les participants et leur famille pourront prendre des décisions efficaces et éclairées et obtiendront de meilleurs résultats sur le plan de leur santé.

🐦 Les régimes qui sont gérés de façon serrée alignent l'utilisation des médicaments sur les directives cliniques et responsabilisent les participants qui doivent prendre des décisions importantes. Ils offrent également des soins complets aux personnes qui souffrent de nombreuses maladies chroniques. Ce type de régime tire parti de l'expertise clinique, de l'analyse de données et de techniques de gestion synergique, notamment les listes de médicaments, les données sur l'utilisation et les outils cliniques, afin d'offrir les meilleurs soins aux patients au coût le plus bas possible.

A close-up photograph of a woman with blonde hair, wearing a white lab coat, looking intently through the eyepiece of a microscope. The background is softly blurred, showing what appears to be a laboratory setting. The image is overlaid with a diagonal design element consisting of a blue triangle on the left and an orange triangle on the right.

EXAMEN DES **DÉFIS**
ASSOCIÉS AUX
PATIENTS **ET** DES
OCCASIONS À SAISIR

SECTION I.

EXAMEN DES DÉFIS ASSOCIÉS
AUX PATIENTS ET DES
OCCASIONS À SAISIR

L'augmentation du coût des médicaments a fait les manchettes en 2016. En effet, les exemples très médiatisés de traitements à des coûts exorbitants et de patients qui déboursaient des milliers de dollars pour leurs médicaments ont été nombreux. Les participants aux régimes ont plus que jamais besoin de conseils spécialisés en raison de l'arrivée massive de nouveaux médicaments très coûteux indiqués pour traiter tant les maladies communes que rares. **Les promoteurs de régimes, quant à eux, doivent prendre rapidement des mesures audacieuses afin de préserver la viabilité des régimes.**

Il est essentiel de mettre en place des solutions sur le plan de la gestion des régimes et de fournir aux patients, qui sont confrontés aux augmentations astronomiques des coûts des médicaments et à la complexité des traitements, les renseignements et le soutien dont ils ont besoin afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées et efficaces sur le plan de leur santé.

DÉFIS ASSOCIÉS AUX PATIENTS

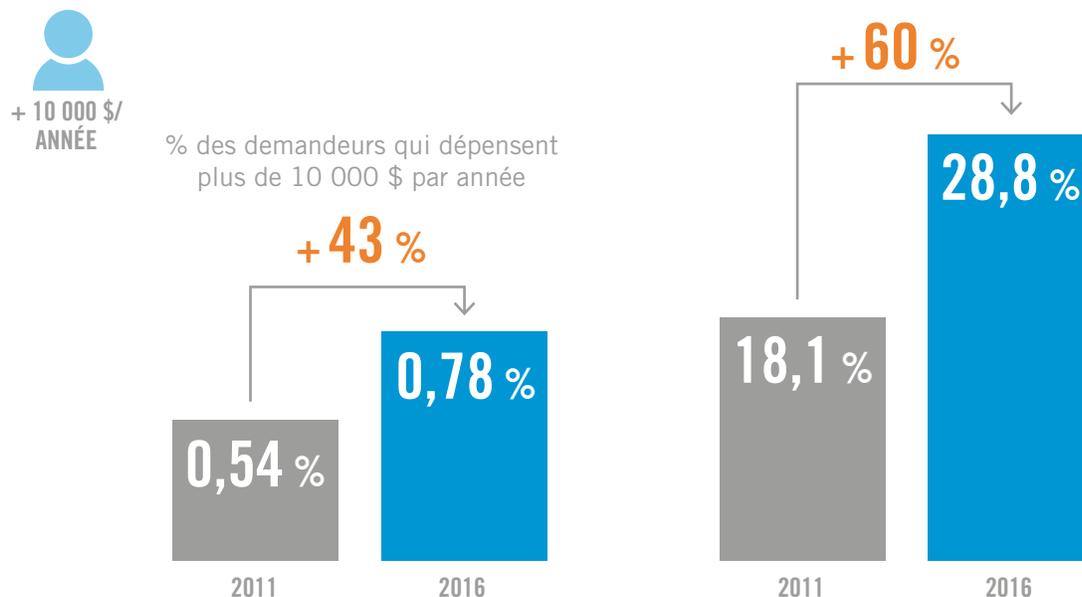
Les recherches d'Express Scripts Canada axées sur les patients révèlent d'importants renseignements sur les défis et les occasions à saisir au Canada.

DÉFI N° 1 : LE NOMBRE DE GRANDS DEMANDEURS AUGMENTE.

Nos recherches approfondies sur **les schémas relatifs aux demandes de règlement révèlent que le nombre de grands demandeurs (les participants qui dépensent plus de 10 000 \$ en médicaments chaque année) a augmenté de 43 % en 5 ans.** Ce nombre est passé de 1 demandeur sur 185 en 2011 (soit 0,54 % des demandeurs) à 1 demandeur sur 128 en 2016 (soit 0,78 % des demandeurs). Fait à noter, les dépenses de ces demandeurs ont augmenté à un rythme encore plus rapide, passant de 18,1 % des dépenses totales en 2011 à 28,8 % en 2016. Il s'agit d'une augmentation de 60 %. Compte tenu de cette croissance, il est évident que les traitements de ces patients – qui ont habituellement besoin de nombreux médicaments pour gérer leurs maladies chroniques – continueront de faire augmenter les dépenses au cours des années à venir.

PRÉVALENCE ACCRUE DE GRANDS DEMANDEURS AU FIL DU TEMPS

Forte hausse du nombre de grands demandeurs et des dépenses % des dépenses





IL EST ESSENTIEL DE METTRE EN PLACE DES SOLUTIONS SUR LE PLAN DE LA GESTION DES RÉGIMES ET DE FOURNIR AUX PATIENTS, QUI SONT CONFRONTÉS AUX AUGMENTATIONS ASTRONOMIQUES DES COÛTS DES MÉDICAMENTS ET À LA COMPLEXITÉ DES TRAITEMENTS, LES RENSEIGNEMENTS ET LE SOUTIEN DONT ILS ONT BESOIN AFIN QU’ILS PUISSENT PRENDRE DES DÉCISIONS ÉCLAIRÉES ET EFFICIENTES SUR LE PLAN DE LEUR SANTÉ.



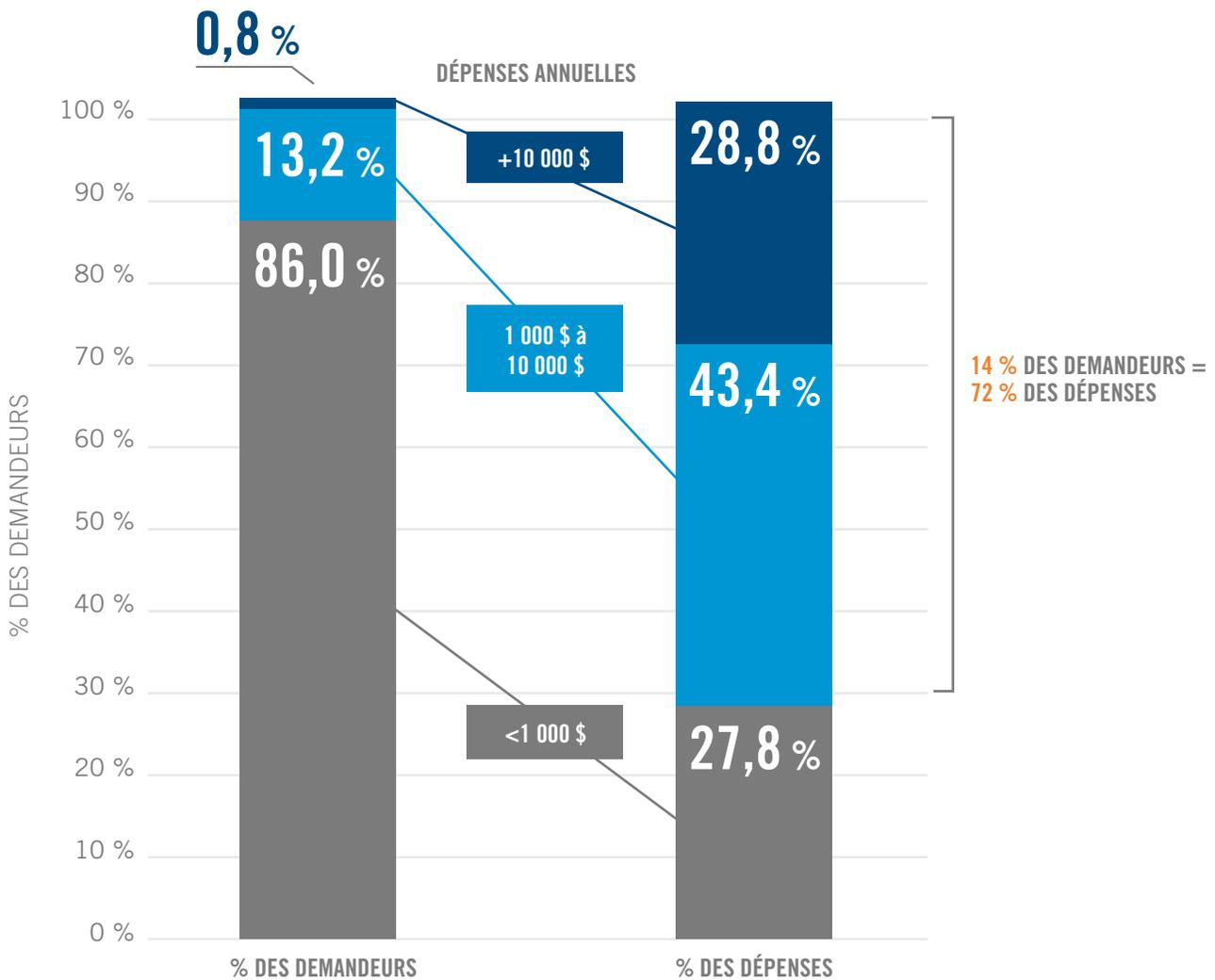
DÉFI N° 2 : UNE PETITE PARTIE DES PARTICIPANTS MOBILISE LA MAJORITÉ DES RESSOURCES DU RÉGIME.

Nos analyses ont également permis de déterminer que 86 % des demandeurs dépensent moins de 1 000 \$ en médicaments par année. Ces demandeurs représentent 27,8 % des dépenses globales du régime. Or, 13,2 % des demandeurs dépensent entre 1 000 \$ et 10 000 \$ par année et représentent 43,3 % des dépenses totales.

Fait surprenant, 14 % des demandeurs engagent 72 % des dépenses totales. Il faut donc se concentrer sur ces demandeurs, puisqu'ils représentent une occasion unique de réduire le gaspillage tout en améliorant les résultats sur le plan de la santé. Pour assurer la viabilité des régimes d'assurance médicaments à long terme, les promoteurs doivent donc concentrer leurs efforts de gestion de manière à fournir aux participants les outils dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées.

14 % DES DEMANDEURS ENGAGENT 72 % DES DÉPENSES

Il faut mettre l'accent sur ces demandeurs et les inciter à prendre de meilleures décisions



DÉFI N° 3 : LES PATIENTS ONT DE LA DIFFICULTÉ À GÉRER LA HAUSSE DES COÛTS ET LA COMPLEXITÉ ACCRUE DES TRAITEMENTS.

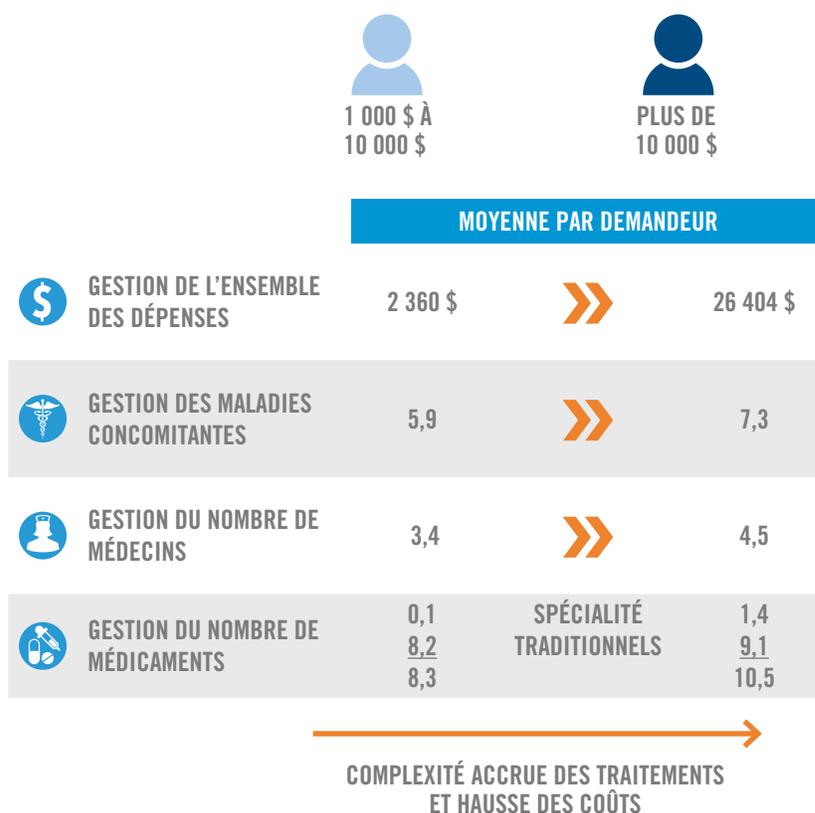
Que leurs dépenses se situent entre 1 000 \$ et 10 000 \$ ou qu'elles dépassent les 10 000 \$, les demandeurs ont tous besoin d'aide, notamment pour ce qui suit :

- Prendre des décisions éclairées afin de diminuer l'ensemble des coûts sans toutefois réduire l'efficacité des traitements puisqu'en moyenne, ces participants soumettent des demandes qui se situent entre 2 360 \$ et 26 404 \$.
- Gérer les nombreuses maladies chroniques dont ils souffrent (entre 5,9 et 7,3 maladies).
- Coordonner les soins qu'ils obtiennent de la part de plusieurs médecins. Ces patients consultent en moyenne entre 3,4 et 4,5 médecins chacun.
- Gérer les nombreux médicaments. En moyenne, ces patients prennent entre 8,3 et 10,5 médicaments différents pour gérer leur santé. De fait, les patients de ces deux groupes utilisent un grand nombre de médicaments traditionnels (entre 8,2 et 9,1 médicaments).

Ces patients doivent relever plusieurs défis, notamment la progression de leurs maladies, la complexité de leurs traitements, les écarts dans les soins qu'ils obtiennent et l'incertitude entourant la couverture de leur régime d'assurance médicaments. Les répercussions négatives de ces défis sur la santé des employés canadiens et de leur famille et sur les coûts des régimes démontrent à quel point des solutions novatrices en matière de gestion des régimes sont nécessaires.

DES SOLUTIONS NOVATRICES SONT REQUISES POUR FAVORISER LA PRISE DE MEILLEURES DÉCISIONS CHEZ LES DEMANDEURS

Il faut les aider à mieux gérer leurs soins et l'ensemble de leurs dépenses



DÉFI N° 4 : LES PATIENTS N'OBTIENNENT PAS LES CONSEILS CLINIQUES DONT ILS ONT BESOIN.

Dans le contexte de traitements pharmaceutiques complexes et en constante évolution, les Canadiens ne possèdent pas les connaissances nécessaires pour déterminer quels médicaments sont les plus efficaces et les plus appropriés sur le plan clinique pour traiter leurs maladies. Lorsqu'un patient souffre de nombreuses maladies chroniques, il lui est difficile de prendre des décisions, car des facteurs comme les interactions médicamenteuses et les effets secondaires entrent en jeu. Il devient alors évident qu'une approche globale et des conseils cliniques accessibles et offerts en temps opportun sont plus qu'essentiels. Les études de cas ci-dessous, tirées de nos analyses des demandes de règlement, le démontrent bien.

ÉTUDE DE CAS N° 1 CHEZ UN PATIENT. Thomas souffre des six maladies chroniques suivantes : dépression, hypercholestérolémie, insomnie, hyperplasie bénigne de la prostate, hypertension artérielle et diabète. En tout, Thomas doit prendre 10 médicaments différents. En 2016, les dépenses annuelles en médicaments de Thomas s'élevaient à 8 084 \$. De cette somme, 7 169 \$ ont servi au traitement du diabète seul. Par suite de l'analyse de ses demandes de règlement et de l'évaluation de l'utilisation de ses médicaments par un pharmacien, il est apparu évident que Thomas avait besoin de conseils cliniques pour optimiser ses traitements.

Par exemple, en 2016, Thomas a utilisé cinq types de médicaments différents contre le diabète. Cela démontre que sa glycémie est mal contrôlée et qu'il doit être sensibilisé sur le diabète et sur la gestion de ses médicaments. Des conseils cliniques permettraient à Thomas de mieux gérer sa glycémie et l'aideraient à modifier son style de vie afin de ralentir la progression du diabète. Plus important encore, ces conseils pourraient prévenir les complications associées au diabète, par exemple l'insuffisance rénale et les atteintes nerveuses qui peuvent mener à l'amputation d'un membre.

Par ailleurs, Thomas a besoin d'aide pour optimiser son traitement contre l'hypertension artérielle. Il utilise Coversyl®, un médicament breveté relativement coûteux dont le coût annuel s'élève à 444,32 \$. Compte tenu des nombreuses options de traitement offertes contre l'hypertension artérielle, il serait possible de réaliser des économies tout en respectant les cibles en matière de pression artérielle.

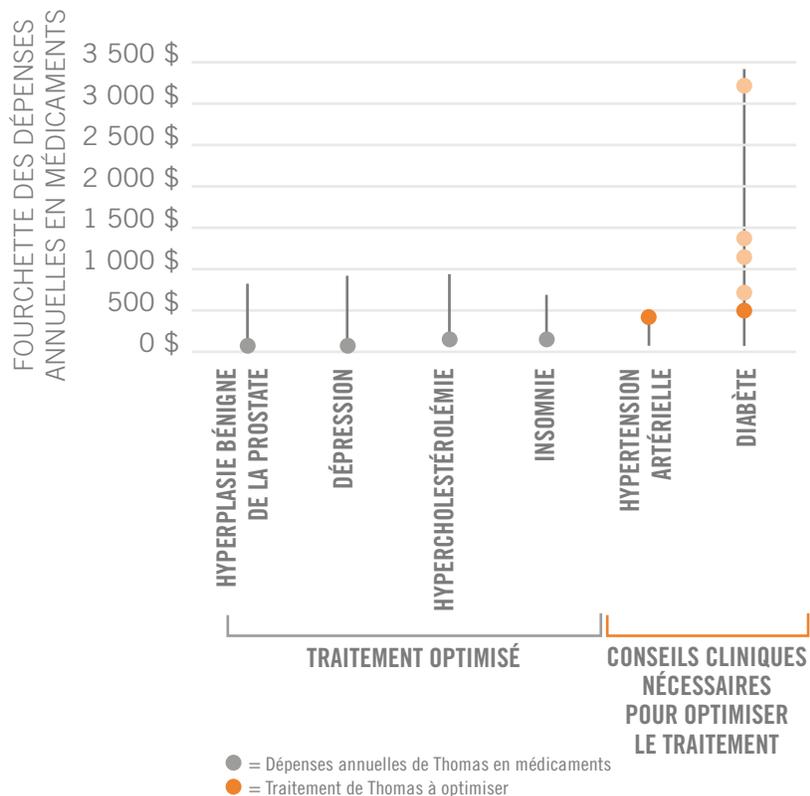
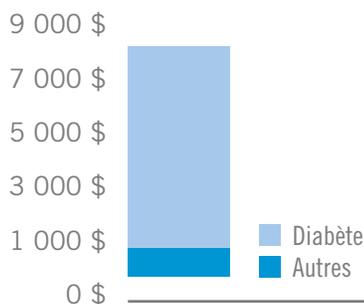
LES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES CHRONIQUES ONT BESOIN D'AIDE POUR OPTIMISER LEURS TRAITEMENTS

Il est essentiel d'encourager et de responsabiliser les patients qui sont atteints de nombreuses maladies



THOMAS HABITE EN NOUVELLE-ÉCOSSE ET PREND DES MÉDICAMENTS D'ENTRETIEN
6 maladies chroniques
10 médicaments (maladies chroniques)
6 médecins

DÉPENSES ANNUELLES – MÉDICAMENTS



ÉTUDE DE CAS N° 2 CHEZ UN PATIENT. Marie, une patiente âgée de 55 ans qui habite en Ontario, souffre de quatre maladies chroniques, notamment d'une maladie intestinale inflammatoire pour laquelle son médecin lui a prescrit Humira, un médicament de spécialité plutôt coûteux. L'analyse des données sur ses demandes de règlement a révélé que Marie prenait également neuf médicaments d'entretien et que ses ordonnances, en 2016, provenaient de trois médecins différents. Compte tenu du nombre élevé de médecins qu'elle consulte et des soins fragmentés qu'elle reçoit, il est peu probable que Marie obtienne des soins uniformes et globaux.

L'évaluation clinique des données sur les demandes de règlement de Marie a révélé que son utilisation d'Humira semblait appropriée. Toutefois, des conseils cliniques l'aideraient à optimiser son traitement pour la dépression, son hormonothérapie et ses douleurs à la vessie. Par exemple, Marie utilise trois hormonothérapies substitutives, dont deux médicaments de marque très coûteux. Il serait donc possible de simplifier son traitement.

Grâce à une collaboration entre Marie et ses médecins, son traitement pourrait être optimisé. Les conseils pratiques offerts à Marie lui permettraient d'éviter les effets secondaires indésirables et l'aideraient à respecter le traitement prescrit par ses médecins, à réduire ses dépenses et celles de son régime et à obtenir de meilleurs résultats sur le plan de sa santé.

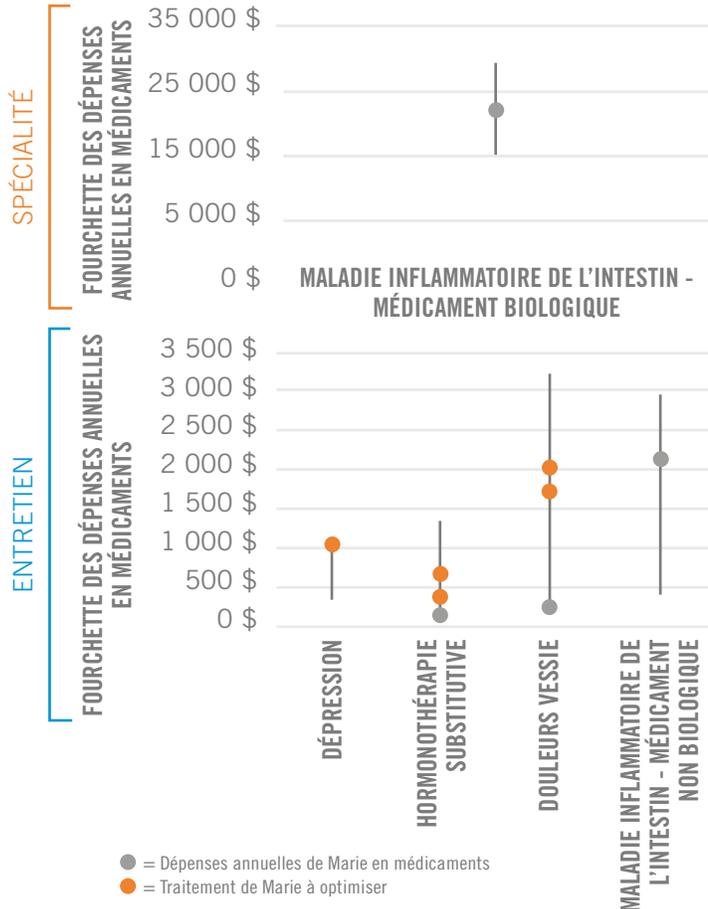
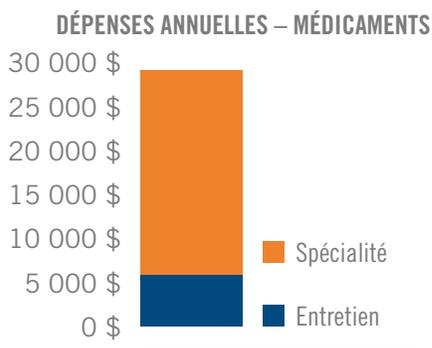
LES PATIENTS QUI PRENNENT DES MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ ONT BESOIN D'AIDE POUR GÉRER LES MALADIES CONCOMITANTES

Une approche globale est essentielle pour optimiser les résultats cliniques



MARIE HABITE EN ONTARIO ET PREND DES MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ

4 maladies chroniques
9 médicaments (maladies chroniques)
3 médecins





14 % DES DEMANDEURS
ENGAGENT 72 % DES DÉPENSES
TOTALES. IL FAUT DONC
SE CONCENTRER SUR CES
DEMANDEURS, PUISQU'ILS
REPRÉSENTENT UNE OCCASION
UNIQUE DE RÉDUIRE LE
GASPILLAGE TOUT EN
AMÉLIORANT LES RÉSULTATS
SUR LE PLAN DE LA SANTÉ.



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

Compte tenu des nombreuses options thérapeutiques qui sont offertes et du nombre élevé de maladies qu'elles peuvent traiter, les promoteurs ont de la difficulté à parvenir à un juste équilibre entre l'accès aux médicaments et les coûts du régime. La complexité grandissante de cette situation nécessite une réponse proactive. Les promoteurs de régimes peuvent réduire les dépenses en médicaments et éliminer l'utilisation de traitements moins efficaces en mettant de l'avant des solutions qui encouragent les participants à prendre des décisions éclairées et efficaces. Ces solutions permettent d'assurer la viabilité des régimes tout en contribuant à une meilleure santé et à un meilleur bien-être chez les employés.

Les groupes qui assurent une **FAIBLE GESTION DES RÉGIMES** devront composer avec les augmentations les plus importantes. Ces régimes ont mis en place des mesures de contrôle relatives aux prix et à l'utilisation, mais ont tendance à réagir aux demandes de règlement plutôt qu'à favoriser de meilleures décisions. Beaucoup de régimes couvrent 100 % des coûts des médicaments. Par conséquent, les participants n'ont pas à se soucier du coût de leurs traitements et ne connaissent pas la valeur réelle de leur régime.

Les promoteurs qui assurent une **GESTION NORMALE DES RÉGIMES** devront composer avec des augmentations un peu plus faibles. Ces régimes tentent de susciter de meilleurs choix au moyen d'outils de gestion tels que des plafonds sur les honoraires professionnels et des règles sur la substitution générique. De plus, ces régimes exigent que les participants paient une part du coût de chaque ordonnance pour les sensibiliser sur les coûts et les encourager à faire de meilleurs choix. Toutefois, ces mesures ne donnent pas toujours les résultats escomptés, car les humains sont naturellement portés à l'inattention et à l'inertie.

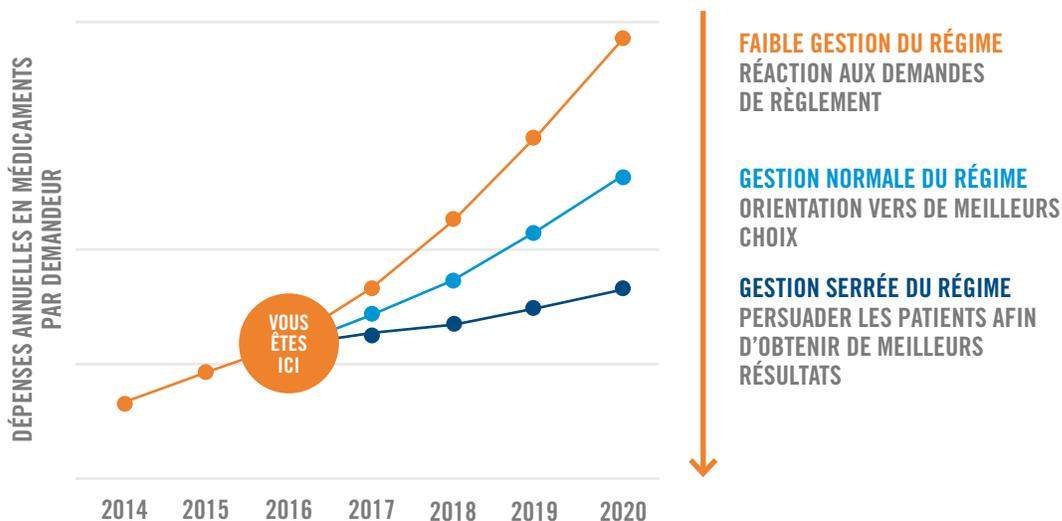
Enfin, les promoteurs qui assurent une **GESTION SERRÉE DES RÉGIMES** minimiseront les augmentations. Ces régimes encouragent les participants de manière proactive afin d'obtenir de meilleurs résultats et de réduire les dépenses en matière de médicaments. Ce type de régime tire parti de l'expertise clinique et de l'analyse des données pour déceler des occasions d'épargner. De plus, ce type de régime utilise de nombreuses techniques de gestion, notamment des outils pour gérer les médicaments, l'utilisation et les soins cliniques afin d'offrir les meilleurs soins aux patients, et ce, au coût le plus bas possible. Une gestion serrée des régimes encourage les patients et les aide à prendre des décisions qui assurent la viabilité du régime d'assurance médicaments.

Les promoteurs de régimes peuvent se prévaloir de nombreux outils pour effectuer une gestion serrée de leur régime et inciter les patients à prendre de meilleures décisions. En voici quelques exemples :

- S'assurer que l'utilisation des médicaments s'aligne sur les directives cliniques afin d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé et de réduire les coûts.
- Encourager les patients, au moment opportun, à utiliser des médicaments moins chers et tout aussi efficaces sur le plan clinique.
- Fournir des soins complets aux patients qui souffrent de nombreuses maladies chroniques afin d'améliorer leur état de santé et de réduire leurs coûts.

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

Pour assurer la viabilité du régime, il faut encourager les patients et les orienter vers de meilleurs choix



ÉTUDE DE CAS N° 1. UNE GESTION SERRÉE DES RÉGIMES PERMET D'ALIGNER L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS SUR LES DIRECTIVES CLINIQUES AFIN D'OBTENIR DE MEILLEURS RÉSULTATS SUR LE PLAN DE LA SANTÉ ET DE RÉDUIRE LES COÛTS.

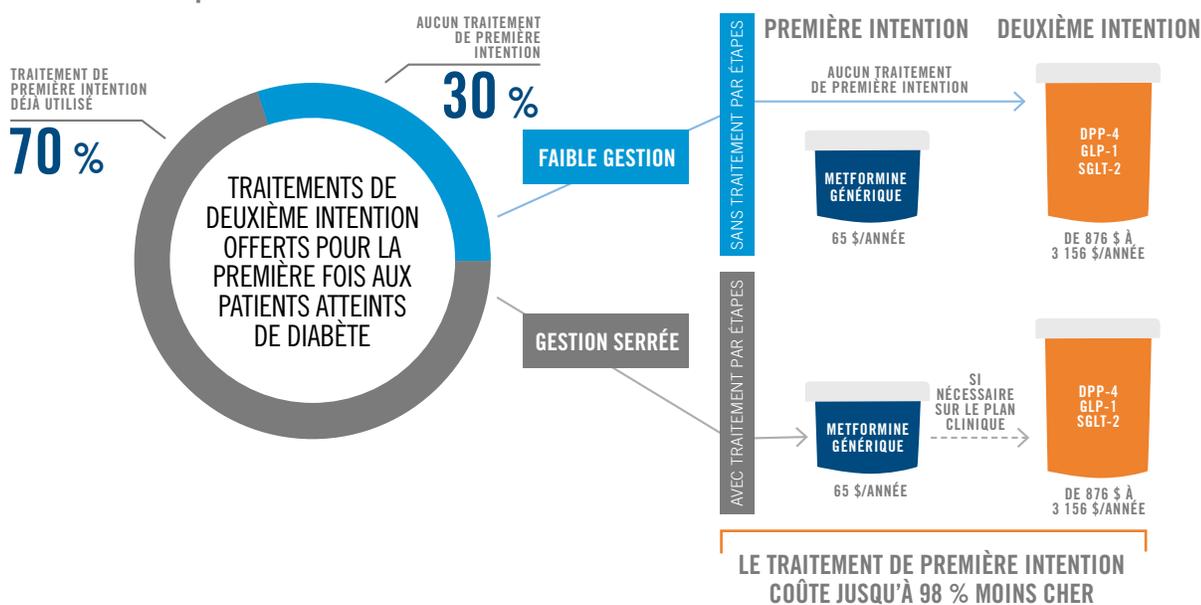
Nos analyses rétrospectives des demandes de règlement démontrent qu'il arrive souvent que les pratiques en matière de prescription et de délivrance de médicaments ne s'alignent pas sur les directives cliniques. Prenons, par exemple, le traitement du diabète. Nos recherches ont révélé que 30 % des patients qui ont commencé un traitement de deuxième intention en 2015 n'avaient jamais obtenu d'ordonnance de metformine, traitement de première intention recommandé selon les lignes directrices sur la pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Selon ces directives, les traitements de deuxième intention tels que les inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4), les agonistes de la GLP-1 et les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose 2 (SGLT2) peuvent être utiles seulement si la cible de glycémie n'est pas atteinte par la metformine prise seule.

Une gestion serrée des régimes qui tire parti d'une approche de traitement par étapes permet de s'assurer que le patient commence son traitement du diabète avec un médicament de première intention. Le médicament de deuxième intention n'est remboursé que s'il s'avère nécessaire sur le plan clinique. Les patients sont donc encouragés à prendre de la metformine d'abord. Ce produit est très efficace, bien toléré et les données sur son innocuité à long terme prouvent qu'il est sécuritaire. Cette approche peut entraîner des économies significatives tant pour le régime que pour le patient. En effet, le coût annuel de la metformine est de 92 % à 98 % moins élevé que celui des nouveaux traitements de deuxième intention énumérés ci-dessus.

Ainsi, les nombreux Canadiens qui souffrent de diabète et qui ont de la difficulté à payer la quote-part de leur traitement et de leurs fournitures réussiraient à mieux observer leur traitement. Cette approche pourrait même les aider à prévenir les complications à long terme, telles que les maladies cardiovasculaires.

UNE GESTION SERRÉE DU RÉGIME PRÉVOIT L'UTILISATION DE TRAITEMENTS DE PREMIÈRE INTENTION

Le suivi des lignes directrices de pratique clinique entraîne une réduction des coûts et de meilleurs résultats sur le plan de la santé





LES PROMOTEURS DE RÉGIMES PEUVENT RÉDUIRE LES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS ET ÉLIMINER L'UTILISATION DE TRAITEMENTS MOINS EFFICIENTS EN METTANT DE L'AVANT DES SOLUTIONS QUI ENCOURAGENT LES PARTICIPANTS À PRENDRE DES DÉCISIONS ÉCLAIRÉES ET EFFICACES.



ÉTUDE DE CAS N° 2. UNE GESTION SERRÉE DES RÉGIMES ENCOURAGE LES PATIENTS QUI DOIVENT PRENDRE DES DÉCISIONS IMPORTANTES À UTILISER DES MÉDICAMENTS MOINS CHERS ET TOUT AUSSI EFFICACES SUR LE PLAN CLINIQUE.

De nombreux médicaments sont offerts pour traiter les maladies chroniques. Les régimes qui sont gérés de façon serrée offrent à leurs patients des services d'expertise clinique qui les guident vers de meilleurs choix en matière de médicaments et qui les aident à mettre en œuvre ces choix en collaboration avec leur médecin prescripteur.

Jérémie est un homme de 57 ans qui habite en Nouvelle-Écosse. Ses demandes de règlement sont traitées par Express Scripts Canada. Les données sur les demandes de règlement de Jérémie révèlent qu'il utilise actuellement trois médicaments pour gérer un ulcère gastrique et de l'hypertension artérielle. Grâce à une gestion serrée de son régime, notre analyse des demandes de règlement et notre expertise clinique auraient permis de déterminer que des médicaments moins chers et tout aussi efficaces lui auraient permis d'économiser 824 \$ par année, soit 86 % de ses dépenses annuelles en médicaments.

L'équipe spécialisée de la pharmacie aurait parlé à Jérémie des options qui s'offraient à lui et, avec sa permission, aurait communiqué avec son médecin. Si ce dernier avait été d'accord avec la recommandation, le pharmacien lui aurait demandé de rédiger une nouvelle ordonnance et aurait ainsi offert à Jérémie le meilleur choix possible sur le plan des médicaments.

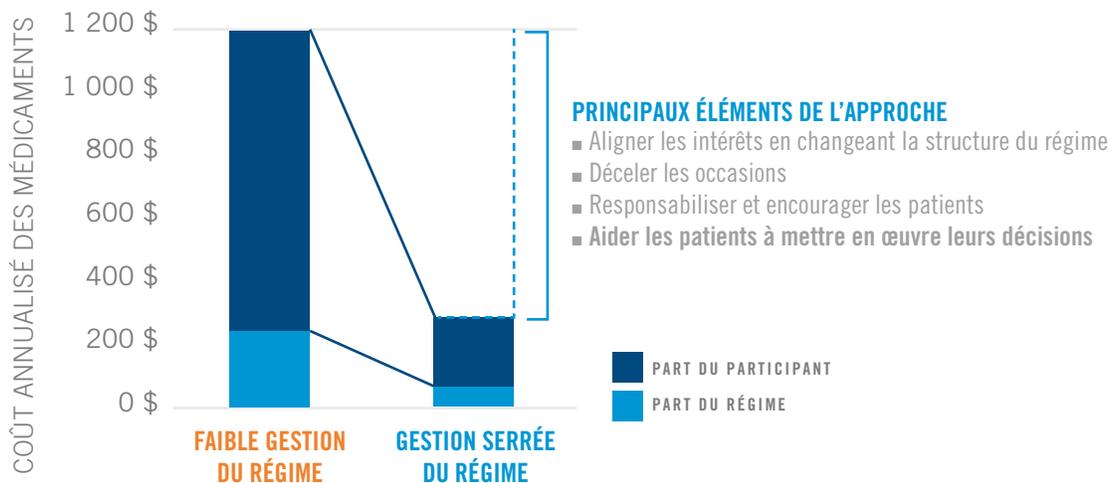
Grâce à l'analyse des données, à l'expertise clinique et aux encouragements offerts aux patients, les personnes comme Jérémie ont la possibilité de faire de meilleurs choix. De plus, les solutions pharmaceutiques qui les aident à mettre en œuvre ces choix se traduisent par des économies et de meilleurs résultats sur le plan de leur santé.

UNE GESTION SERRÉE DU RÉGIME ENTRAÎNE DE MEILLEURS CHOIX DE MÉDICAMENTS

Il faut encourager les patients à utiliser davantage de médicaments moins chers et tout aussi efficaces sur le plan clinique



HOMME DE 57 ANS
DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE
QUI PREND DES MÉDICAMENTS
POUR TRAITER LES ULCÈRES
ET L'HYPERTENSION
ARTÉRIELLE



ÉTUDE DE CAS N° 3. UNE GESTION SERRÉE DES RÉGIMES OFFRE DES SOINS GLOBAUX AUX PATIENTS QUI SOUFFRENT DE NOMBREUSES MALADIES CHRONIQUES, CE QUI SE TRADUIT PAR DE MEILLEURS SOINS ET UNE RÉDUCTION DES COÛTS.

Le fait de passer d'un régime peu géré à un régime dont la gestion est serrée peut entraîner d'importantes améliorations sur le plan de la santé et sur le plan financier pour les patients qui souffrent de nombreuses maladies chroniques. Les régimes dont la gestion est serrée sont bien plus efficaces sur le plan des quatre composantes de soins chroniques suivantes : la gestion de l'utilisation, la gestion des remboursements, la délivrance des médicaments et les conseils.

Diane est une femme de 41 ans qui habite en Ontario et chez qui on a récemment diagnostiqué l'hépatite C. Son médecin lui a prescrit Epclusa, qu'elle doit prendre pendant 12 semaines. Diane prend également des médicaments contre la dépression, l'insomnie et l'hypertension artérielle.

GESTION DE L'UTILISATION

Dans le cadre d'un régime peu géré, les mesures de contrôle associées au traitement électronique des demandes de règlement ne permettent que de réagir aux demandes. Dans le cas d'une autorisation préalable touchant Epclusa, cette dernière serait probablement accordée à la demande du médecin. Aucune question additionnelle ne serait posée pour valider la maladie de Diane, ni son état de santé.

Dans le cadre d'un régime dont la gestion est serrée, le gestionnaire du régime communiquerait avec Diane pour l'aider à comprendre la couverture de ses médicaments et les services pharmaceutiques qui lui sont offerts. De plus, si le régime de Diane disposait d'un programme d'autorisation préalable, des critères cliniques plus rigoureux permettraient d'évaluer son profil pharmacologique afin de s'assurer qu'Epclusa est le meilleur médicament pour elle. La personne responsable de l'autorisation préalable déterminerait alors si Diane peut prendre un médicament moins cher, par exemple Harvoni, pendant un cycle de huit semaines. Si ce médicament était approprié sur le plan clinique, l'équipe d'autorisation préalable collaborerait avec le médecin de Diane pour discuter des options qui s'offrent à elle, ce qui permettrait d'économiser 18 000 \$.

En outre, un examen complet du dossier pharmacologique de Diane serait effectué pour évaluer la possibilité d'améliorer tous ses traitements, y compris ceux contre la dépression, l'insomnie et l'hypertension artérielle.

GESTION DU REMBOURSEMENT

Dans le cadre d'un régime faiblement géré, Diane n'obtiendrait aucun conseil sur le remboursement, à moins de parler de son fardeau financier et de demander de l'aide.

Par contre, dans le cadre d'un régime géré de façon serrée, des conseils seraient offerts de manière proactive à Diane et lui permettraient d'obtenir des ressources financières qui réduiraient son fardeau financier ainsi que celui de son employeur. Puisque Harvoni et Epclusa sont tous deux remboursés par le Programme de médicaments de l'Ontario, le conseiller en remboursement encouragerait Diane à demander un remboursement au régime provincial, ce qui entraînerait des économies de 27 000 \$.

DÉLIVRANCE DES MÉDICAMENTS

Un régime peu géré ne dispose d'aucun protocole relatif à la délivrance des médicaments de spécialité. Les patients n'obtiennent donc que des conseils d'ordre général sur leurs médicaments et peu de mesures de contrôle aident les patients et les employeurs à gérer les coûts parfois astronomiques des médicaments d'ordonnance.

Dans le cadre d'un régime géré de façon serrée, un pharmacien spécialisé offrirait des soins globaux et élaborerait un plan d'action personnalisé qui répondrait aux besoins de Diane. La gestion spécialisée des soins cliniques permettrait de s'assurer que Diane comprend très bien comment prendre ses nouveaux médicaments pour traiter l'hépatite C ainsi que ses autres médicaments. De plus, Diane saurait comment maximiser les avantages cliniques liés à ce nouveau médicament coûteux qu'elle doit prendre à court terme pour empêcher les rechutes et le recours à d'autres traitements.

Par ailleurs, un régime géré de façon serrée tirerait parti de mesures de contrôle des coûts afin d'éviter des majorations excessives relativement à ces médicaments très coûteux. Ainsi, Diane pourrait économiser 4 000 \$.

CONSEILS ET SUIVIS

Un régime faiblement géré adopterait une approche passive. Outre la consultation offerte par le pharmacien qui délivre le médicament, aucun autre conseil clinique personnalisé ne serait offert, sauf si Diane faisait une demande spéciale.

Or, dans le cadre d'un régime géré de façon serrée, un suivi clinique constant serait exercé et des soins thérapeutiques ciblés aideraient Diane à gérer le traitement de ses maladies chroniques et urgentes. Compte tenu des nombreux médicaments que prend Diane, une approche globale en matière de soins est essentielle pour éviter les interactions médicamenteuses qui pourraient avoir des répercussions sur les résultats cliniques et la qualité de vie de Diane, aujourd'hui comme à l'avenir.

Comme le traitement vise à guérir l'hépatite C, un pharmacien spécialisé exercerait un suivi clinique constant et proactif pour aider Diane à gérer les effets secondaires de ses médicaments et observer le traitement prescrit par son médecin afin d'obtenir les meilleurs résultats possible relativement à son traitement. Ce faisant, on s'assurerait que les médicaments ne sont pas gaspillés et que le patient n'a pas à prendre un nouveau cycle d'un traitement déjà très coûteux.

UNE GESTION SERRÉE DU RÉGIME PERMET AUX PATIENTS D'OBTENIR DE MEILLEURS SOINS ET DE RÉDUIRE LES COÛTS

Un programme de gestion globale des médicaments de spécialité permet d'améliorer les résultats sur le plan de la santé et sur le plan financier



FEMME DE 41 ANS DE L'ONTARIO ATTEINTE D'HÉPATITE C (ORDONNANCE D'EPCLUSA POUR 12 SEMAINES = 65 000 \$). ELLE UTILISE ÉGALEMENT DES MÉDICAMENTS CONTRE LA DÉPRESSION, L'INSOMNIE ET L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE.

	FAIBLE GESTION DU RÉGIME	GESTION SERRÉE DU RÉGIME	MEILLEURS SOINS ET RÉDUCTION DES COÛTS
GESTION DE L'UTILISATION	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réaction à la DDR ■ Approbation de l'AP selon la demande du médecin 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervention proactive auprès du patient ■ Optimisation de tous les traitements ■ Critères d'AP plus rigoureux 	<p>Optimisation du traitement et réduction du gaspillage. Changement à Harvoni pendant 8 semaines (économies de 18 000 \$)</p>
AIDE AU REMBOURSEMENT	<ul style="list-style-type: none"> ■ Si le patient le demande 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide au patient aux fins d'inscription au régime provincial 	<p>Coordination avec le programme Trillium (économies de 27 000 \$)</p>
DÉLIVRANCE	<ul style="list-style-type: none"> ■ Soins segmentés ■ Conseils d'ordre général ■ Peu de contrôle sur les coûts 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Approche globale en matière de soins ■ Plan d'action personnalisé ■ Gestion clinique spécialisée ■ Contrôle du coût de la majoration 	<p>Soins globaux et contrôle plus serré des coûts (économies de 4 000 \$ sur la majoration)</p>
CONSEILS ET SUIVIS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Approche passive 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Suivis cliniques constants et personnalisation du traitement ■ Gestion des effets secondaires pour améliorer l'observance 	<p>Meilleurs résultats sur le plan de la santé Pas de gaspillage</p>

RÉSUMÉ

Compte tenu des nombreux défis que les patients doivent relever, il est clair que des solutions novatrices sont nécessaires pour maintenir la viabilité financière du régime et améliorer les soins. **Les régimes faiblement gérés qui réagissent aux demandes de règlement n'offrent aucune valeur ajoutée et sont inefficaces pour contrôler les dépenses en médicaments qui augmentent sans cesse.** Par contre, les régimes qui sont gérés de façon serrée, qui tirent parti de l'analyse des données, de l'expertise clinique et des connaissances en matière de comportement et qui encouragent les participants, sont indispensables pour atteindre des résultats optimaux sur le plan financier et sur le plan de la santé.



**APERÇU DE LA
TENDANCE GLOBALE
EN MATIÈRE DE
MÉDICAMENTS
EN 2016**

PAGES 19 – 38

SECTION II.

APERÇU DE LA TENDANCE GLOBALE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS EN 2016

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

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 son attention sur le passé. Les assureurs utilisent une méthode tout à fait opposée, soit la méthode *prospective*, qui prend en compte les données sur les tendances pour anticiper les coûts futurs et calculer l'augmentation des primes.

La méthode d'Express Scripts Canada tient également compte des éléments suivants :

- les résultats techniques du régime d'assurance médicaments en question ;
- le changement du nombre de participants admissibles ayant soumis une demande de règlement ;
- les changements démographiques ;
- les changements prévus dans les choix thérapeutiques ;
- l'érosion de la quote-part versée par le participant ;
- le calcul d'un certain risque ;
- les résultats techniques d'un autre régime 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.

TERMINOLOGIE EMPLOYÉE DANS LE PRÉSENT RAPPORT

MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES : Santé Canada définit le médicament biosimilaire comme un médicament biologique qui arrive sur le marché après la version d'un médicament qui a déjà été approuvé au Canada. Le médicament biosimilaire est très semblable au produit de référence biologique.

COÛT ADMISSIBLE : Portion du prix total d'une ordonnance qui est admissible dans le cadre du régime du participant. Le coût admissible n'exclut pas la quote-part du participant.

TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS : Historique de l'augmentation du coût admissible par demandeur depuis l'année précédente.

PARTICIPANT OU DEMANDEUR : Chaque personne qui présente une demande de règlement pour médicaments d'ordonnance, y compris le conjoint et les personnes à charge couvertes dans le cadre du régime.

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

DÉPENSES : Coûts totaux admissibles qui sont associés à des demandes de règlement pour un médicament particulier, une catégorie de médicaments ou une classe thérapeutique au cours de l'année.

MÉDICAMENTS TRADITIONNELS : Médicaments faciles à administrer soi-même qui exigent peu de pharmacovigilance et qui sont indiqués pour traiter des maladies telles que le diabète et l'hypertension artérielle.

TENDANCE GLOBALE EN 2016

Pour fournir aux promoteurs les renseignements dont ils ont besoin pour préserver l'accès aux traitements tout en protégeant la viabilité du régime, Express Scripts Canada effectue une analyse des tendances en matière de médicaments traditionnels et de spécialité chaque année.

La tendance globale tient compte des deux facteurs suivants : l'utilisation (nombre d'ordonnances par participant) et le coût par ordonnance (coût total admissible par demande de règlement).

Les dépenses des régimes privés ont encore augmenté en 2016. En fait, au Canada, cette tendance à la hausse se poursuit depuis longtemps, puisque les dépenses en médicaments ont doublé depuis l'an 2000. Au pays, les dépenses annuelles moyennes par participant ont augmenté en 2016 pour s'établir à 840,52 \$, soit une tendance à la hausse (2,9 %). Cette tendance est légèrement inférieure à celle constatée en 2015 (3,9 %). La tendance en matière de médicaments traditionnels s'élève à 2,8 % alors que celle en matière de médicaments de spécialité s'élève à 3,2 % en 2016.

Composantes de la tendance

	TENDANCE			
	COÛT PAR DEMANDEUR	UTILISATION	COÛT	TOTAL
MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	588,54 \$	1,1 %	1,7 %	2,8 %
MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ	252,00 \$	9,7 %	-6,5 %	3,2 %
TOTAL GLOBAL	840,50 \$	1,3 %	1,6 %	2,9 %

Janvier à décembre 2016, comparativement à la même période en 2015.



LES DÉPENSES DES RÉGIMES PRIVÉS ONT ENCORE AUGMENTÉ EN 2016. EN FAIT, AU CANADA, CETTE TENDANCE À LA HAUSSE SE POURSUIT DEPUIS LONGTEMPS, PUISQUE LES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS ONT DOUBLÉ DEPUIS L'AN 2000.



SURVOL DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS TRADITIONNELS EN 2016

Les médicaments traditionnels, c'est-à-dire ceux qui sont indiqués pour traiter les maladies chroniques courantes, ont compté pour 97,9 % du total des demandes de règlement en 2016. Les médicaments traditionnels ont constitué 69,9 % des dépenses totales en 2016, ce qui constitue une baisse par rapport aux 70,1 % observés en 2015.

Au cours des dernières années, la hausse des dépenses dans cette catégorie s'est atténuée. Cela s'explique principalement par l'arrivée à échéance des brevets de nombreux médicaments couramment utilisés, ce qui a réduit le coût par ordonnance. Toutefois, il semble que les économies de coûts, attribuables à l'arrivée sur le marché de génériques moins coûteux, ont maintenant été pleinement réalisées ou presqu'.

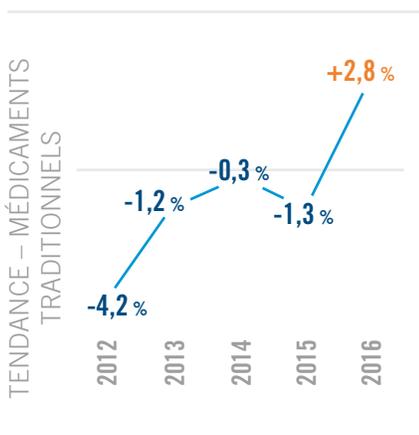
L'arrivée à échéance quasi simultanée de nombreux brevets a, elle aussi, permis de réaliser des économies, mais de nouveaux médicaments très coûteux indiqués pour traiter des maladies comme le diabète, l'épilepsie, la schizophrénie et l'hypercholestérolémie ont été mis en marché, ce qui a entraîné des dépenses additionnelles dans cette catégorie en 2016. Malgré les réductions de prix des génériques consenties dans le cadre des négociations de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) et l'utilisation accrue des génériques, le coût global par ordonnance pour les médicaments traditionnels a augmenté de 1,7 % en 2016. Celui-ci avait diminué de 1,3 % en 2015. Nous croyons d'ailleurs que cette pression à la hausse se poursuivra au cours des prochaines années.

L'utilisation des médicaments traditionnels a augmenté de 1,1 % en 2016, après une très faible hausse de 0,03 % en 2015. Par ailleurs, nos analyses ont révélé que le nombre moyen de demandes de règlement par participant est passé de 12,96 en 2015 à 13,12 en 2016. Parmi les 30 principaux médicaments, les produits suivants ont vu leur utilisation augmenter par rapport à l'année précédente : Vyvanse®, indiqué pour traiter le trouble déficitaire de l'attention ; Janumet® et Invokana®, indiqués pour traiter le diabète ; Abilify^{MD}, indiqué pour traiter les troubles psychotiques ; et Dexilant®, indiqué pour traiter les ulcères gastriques. Dans l'ensemble, l'utilisation grandissante de médicaments traditionnels s'explique par l'arrivée sur le marché de nouveaux traitements, la prévalence accrue de certaines maladies et la progression des maladies au sein de la population vieillissante.

LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS TRADITIONNELS S'EST ACCENTUÉE EN 2016

Les facteurs liés à la hausse des dépenses en médicaments traditionnels ont nui à une baisse significative des coûts

$$\begin{array}{rcccl} \text{TENDANCE – MÉDICAMENTS} & & & & \\ \text{TRADITIONNELS} & = & \text{UTILISATION} & + & \text{COÛT PAR} \\ & & & & \text{ORDONNANCE} \\ \mathbf{+2,8\%} & & \mathbf{+1,1\%} & & \mathbf{+1,7\%} \end{array}$$



FACTEURS DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS TRADITIONNELS EN 2016

- + Fin de l'expiration des brevets
- + Mise en marché de nouveaux médicaments de marque très coûteux
- + Utilisation de médicaments très coûteux (diabète)
- + Vieillesse de la population
- + Prévalence accrue de maladies
- Diminution du prix de certains génériques très utilisés grâce aux négociations de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique
- Utilisation accrue de mesures de contrôle

🐦 SURVOL DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ EN 2016

Les dépenses en médicaments de spécialité sont passées de 13 % des dépenses totales en 2007 à 30 % en 2016. Les médicaments de spécialité sont indiqués pour traiter des maladies chroniques graves et complexes comme les stades avancés de polyarthrite rhumatoïde, l'hépatite C et le cancer. Souvent coûteux et difficiles à administrer, les médicaments de spécialité doivent être manipulés et entreposés avec soin, et ils sont prescrits moins souvent que les autres types de médicaments. Dans bien des cas, ils nécessitent plusieurs rajustements posologiques et une pharmacovigilance intensive. Même si les médicaments de spécialité n'ont représenté que 2,1 % de l'ensemble des demandes de règlement, ils ont constitué plus de 30 % des dépenses totales.

Au cours des dernières années, la hausse alarmante des dépenses en matière de médicaments de spécialité (tendance supérieure à 10 %) a engendré d'importantes préoccupations quant à la viabilité des régimes. Une tendance beaucoup plus modérée de 3,2 % en 2016 était donc la bienvenue. L'utilisation des médicaments de spécialité a augmenté de 9,7 %, mais le coût par ordonnance de ce type de médicaments a chuté pour s'établir à 6,5 %. Cette diminution est attribuable à l'adoption de nombreuses stratégies visant à réduire les dépenses en médicaments de spécialité, notamment les changements apportés au processus d'évaluation des médicaments, l'intégration plus fréquente avec le régime provincial, les ententes relatives aux listes de produits, les critères d'autorisation préalable plus rigoureux et la création de réseaux de fournisseurs privilégiés.

La diminution du coût par ordonnance est également largement attribuable à la fin des traitements de la première vague de patients atteints de l'hépatite C en 2016. En effet, les dépenses liées à ce type de médicaments ont énormément chuté.

Si on exclut les médicaments contre l'hépatite C, la tendance relative à tous les autres médicaments de spécialité était encore une fois supérieure à 10 %, puisqu'elle s'élevait à 10,7 % en 2016. Cette tendance s'explique par l'augmentation de 11,1 % de l'utilisation des autres médicaments de spécialité. Toutefois, cette tendance a partiellement été atténuée par la diminution de 0,4 % du coût par ordonnance, qui découle de l'adoption plus répandue de mesures de contrôle dans les régimes. Par ailleurs, l'utilisation accrue des autres médicaments de spécialité, la plus forte prévalence de certaines maladies et le plus grand nombre de traitements offerts continueront à faire augmenter les dépenses. Tout cela démontre qu'il est urgent d'adopter une gestion serrée des régimes pour assurer leur viabilité.

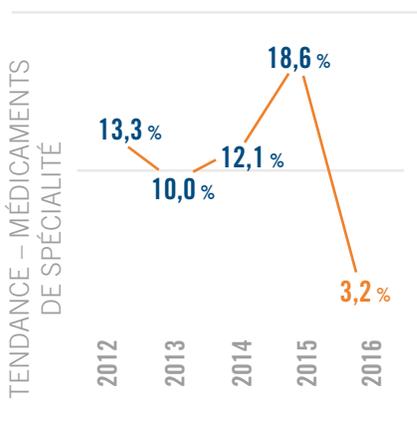
	TENDANCE		
	UTILISATION	COÛT	TOTAL
MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ, Y COMPRIS CEUX CONTRE L'HÉPATITE C	9,7 %	6,5 %	3,2 %
MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ, À L'EXCLUSION DE CEUX CONTRE L'HÉPATITE C	11,1 %	-0,4 %	10,7 %

LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ A ÉTÉ ATTÉNUÉE PAR LA DIMINUTION DU COÛT PAR ORDONNANCE

L'éclatement de la « bulle » liée à l'hépatite C explique la diminution de cette tendance

$$\text{TENDANCE – MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ} = \text{UTILISATION} + \text{COÛT PAR ORDONNANCE}$$

$$+3,2\% = +9,7\% + -6,5\%$$

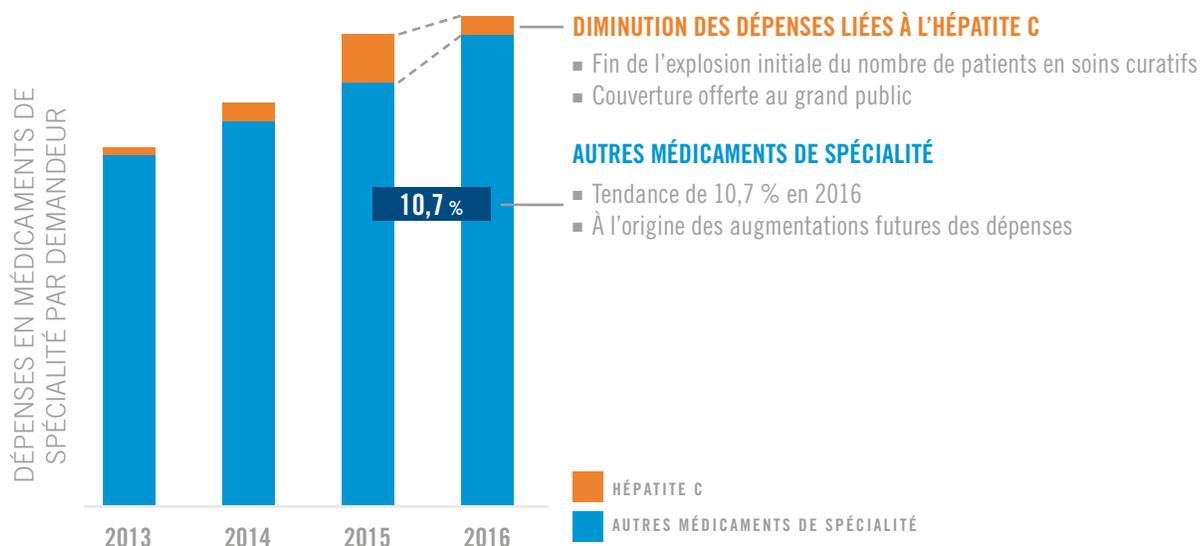


FACTEURS DE LA TENDANCE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ EN 2016

- + Prévalence accrue
- + Nouveaux médicaments de spécialité très coûteux
- + Approbation de nouvelles indications
- Mesures de contrôle utilisées plus souvent
 - Changements apportés au processus d'examen des médicaments
 - Critères d'autorisation préalable plus rigoureux
 - Intégration plus fréquente avec les régimes provinciaux
 - Ententes relatives aux listes de produits
 - Réseaux de fournisseurs privilégiés en médicaments de spécialité
- Éclatement de la bulle liée à l'hépatite C (explique la diminution de 5,3 % du coût par ordonnance des médicaments de spécialité)

LA TENDANCE RELATIVE AUX AUTRES MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ EST SUPÉRIEURE À 10 %, MALGRÉ L'ÉCLATEMENT DE LA BULLE LIÉE À L'HÉPATITE C

Les autres médicaments de spécialité indiqués pour traiter les maladies chroniques seront à l'origine des augmentations futures de la tendance



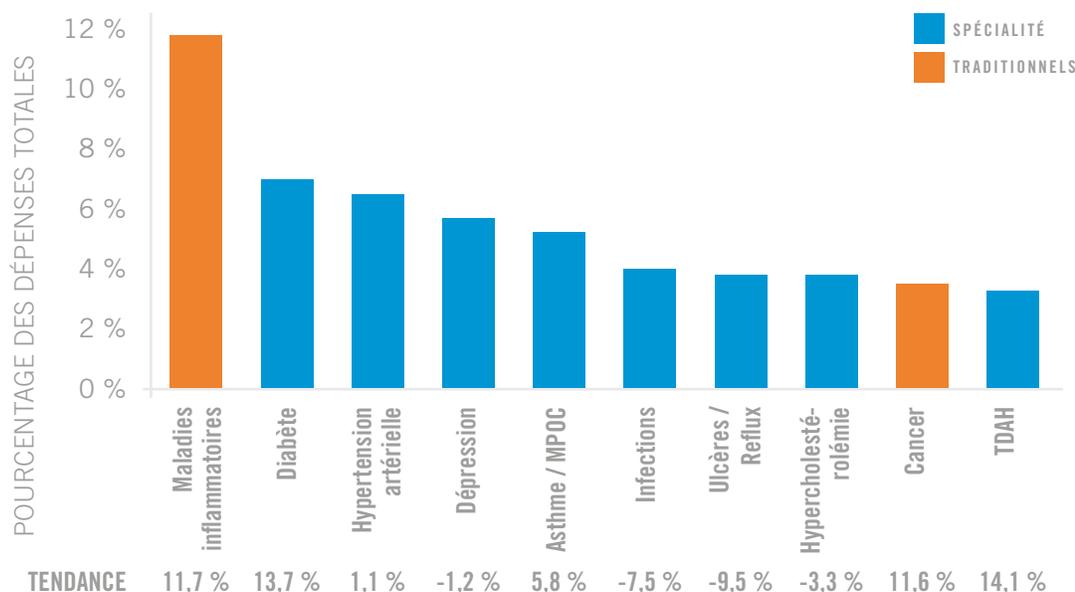
LES 10 PRINCIPALES CLASSES THÉRAPEUTIQUES

En 2016, pour cinq dollars dépensés en médicaments d'ordonnance, un dollar a été dépensé soit pour un traitement contre une maladie inflammatoire, soit pour un traitement contre le diabète. La tendance liée aux anti-inflammatoires s'est élevée à 11,7 % en 2016 alors que celle liée aux antidiabétiques a atteint 13,7 %. Nous avons également constaté une tendance supérieure à 10 % liée au cancer et au trouble déficitaire de l'attention en 2016.

À l'avenir, les classes de médicaments traditionnels et de médicaments de spécialité exerceront toutes les deux une pression à la hausse sur les dépenses globales.

TENDANCE SUPÉRIEURE À 10 % DANS QUATRE DES DIX PRINCIPALES CLASSES THÉRAPEUTIQUES

Principales classes thérapeutiques des médicaments traditionnels et de spécialité qui font augmenter les dépenses globales



LES 10 PRINCIPAUX MÉDICAMENTS SELON LES DÉPENSES

La plus grande partie des dépenses globales demeure associée aux médicaments de spécialité indiqués dans le traitement des maladies inflammatoires, notamment l'infliximab (Remicade® et Inflectra®) et l'adalimumab (Humira®). À l'opposé du spectre, Harvoni®, un médicament de spécialité utilisé pour traiter l'hépatite C qui s'était classé au troisième rang du classement des dépenses globales en 2015, est passé au 50^e rang en 2016.

Les médicaments traditionnels indiqués pour traiter l'hypercholestérolémie, les ulcères/reflux, la dépression et le diabète représentent encore une bonne partie des dépenses globales. Il est par ailleurs intéressant de noter **que le méthylphénidate (Concerta, Biphentin), indiqué pour traiter le trouble déficitaire de l'attention, est passé du 9^e rang du classement des dépenses globales en 2015 au 4^e rang en 2016.**

LA SECTION SUR LES CLASSES THÉRAPEUTIQUES DONNE D'AVANTAGE DE RENSEIGNEMENTS.

NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE	CATÉGORIE*	POURCENTAGE DES ORDONNANCES TOTALES	RANG SELON LE NOMBRE D'ORDONNANCES	POURCENTAGE DES DÉPENSES TOTALES	RANG SELON LES DÉPENSES
infliximab	Maladies inflammatoires	S	0,06 %	303	4,48 %	1
adalimumab	Maladies inflammatoires	S	0,10 %	216	3,33 %	2
rosuvastatine	Hypercholestérolémie	T	2,80 %	2	1,52 %	3
chlorhydrate de méthylphénidate	Trouble déficitaire de l'attention	T	1,01 %	17	1,45 %	4
étanercept	Maladies inflammatoires	S	0,04 %	335	1,36 %	5
atorvastatine	Hypercholestérolémie	T	2,18 %	3	1,29 %	6
esoméprazole	Ulcères/reflux	T	0,72 %	29	1,26 %	7
duloxétine	Dépression et douleur	T	0,56 %	38	1,01 %	8
oxalate d'escitalopram	Dépression	T	1,15 %	13	0,99 %	9
insuline glargine	Diabète	T	0,36 %	72	0,98 %	10

* S = Spécialité; T = Traditionnel



À L'AVENIR, LES CLASSES DE MÉDICAMENTS TRADITIONNELS ET DE MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ EXERCERONT TOUTES LES DEUX UNE PRESSION À LA HAUSSE SUR LES DÉPENSES GLOBALES.



LES 10 PRINCIPALES CLASSES THÉRAPEUTIQUES

1. MALADIES INFLAMMATOIRES

Les médicaments indiqués pour traiter les maladies inflammatoires constituent encore la plus grande partie des dépenses. Cette classe comprend des médicaments de spécialité destinés au traitement d'une grande variété de maladies, dont des troubles musculo-squelettiques tels que la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante; des maladies de la peau telles que le psoriasis et la polyarthrite psoriasique (qui occasionne aussi des symptômes musculo-squelettiques); des maladies gastro-intestinales telles que la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn; et même des maladies oculaires telles que l'uvéite non infectieuse. Beaucoup de ces médicaments comportent des indications élargies et servent à traiter de nombreuses maladies inflammatoires comme celles susmentionnées.

Compte tenu de leurs propriétés anti-inflammatoires, certains de ces médicaments sont plus fréquemment prescrits, ce qui pourrait faire augmenter l'utilisation globale. Par exemple, en 2016, deux nouvelles indications ont été approuvées pour Humira® (adalimumab) : l'hydrosadénite, une maladie inflammatoire cutanée, et l'uvéite non infectieuse, l'inflammation de certains tissus de l'œil.

Cette classe thérapeutique occupait le 1^{er} rang du classement selon les dépenses en 2016, tout comme en 2015. Les trois principaux médicaments de cette classe sont les suivants :

- infliximab [Remicade®; Inflectra®];
- adalimumab [Humira®];
- étanercept [Enbrel^{MD}; Brenzys^{MC}].

Inflectra, l'alternative à moindre coût de Remicade, a été le premier médicament biosimilaire à être approuvé dans cette classe thérapeutique. Comme il s'agissait du tout premier médicament biosimilaire offert, son adoption a été lente. L'infliximab a été approuvé en 2014. Par contre, les régimes publics n'ont pas encouragé l'utilisation du médicament biosimilaire avant 2016. Certaines provinces, dont l'Ontario et le Québec, ont récemment retiré Remicade de leurs listes de médicaments pour le remplacer par Inflectra.

Brenzys a été le deuxième médicament biosimilaire à être approuvé dans cette classe thérapeutique en 2016. Il s'agit du produit biologique de référence d'Enbrel.

L'adoption de ces traitements à moindre coût a été plus lente que prévu car, lorsque les médicaments biosimilaires sont approuvés, ils ne comportent pas toujours les mêmes indications que les produits biologiques de référence. Inflectra a obtenu l'approbation d'indications supplémentaires en 2016, et ce médicament comporte dorénavant les mêmes indications que Remicade. De même, Brenzys a été approuvé uniquement pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylarthrite ankylosante mais, contrairement à Enbrel, il n'est pas indiqué pour traiter l'arthrite juvénile idiopathique, le rhumatisme psoriasique ni le psoriasis en plaques.

Un nouveau produit biologique, Taltz^{MC} (ixékizumab), a été approuvé en 2016 pour traiter le psoriasis en plaques. Son mécanisme d'action et son coût correspondent à ceux de Cosentyx® (sécukinumab), et on s'attend à ce qu'il occupe la même place dans le traitement.

Même si la majorité des médicaments de cette catégorie sont des produits biologiques, deux importantes petites molécules (non biologiques) ont été approuvées en 2014 : Xeljanz^{MC} (tofacitinib, classé au 11^e rang selon les dépenses) et Otezla® (aprémilast, qui figure au 9^e rang). Leurs indications sont limitées, puisque Xeljanz est indiqué seulement pour traiter la polyarthrite rhumatoïde et Otezla, le psoriasis en plaques et le rhumatisme psoriasique. L'historique des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (TNF- α) est beaucoup plus long, et la plupart des médecins connaissent bien leur degré d'efficacité et d'innocuité comparativement à ces nouveaux traitements. Malgré cela, ils feront éventuellement l'objet d'une substitution générique, car ils sont composés de petites molécules. Même si des biosimilaires pour Remicade et Enbrel ont été approuvés, l'augmentation de l'utilisation et l'élargissement de leurs indications entraîneront encore une augmentation des dépenses liées aux maladies inflammatoires à l'avenir.

Tendance globale	11,7 %
Utilisation	11,45 %
Coût	0,23 %
Coût moyen par ordonnance	2 349,90 \$
Rang en 2015	1
Type de médicament	Spécialité

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	POURCENTAGE DES DÉPENSES
1	infliximab	Remicade® / Inflectra®	38,1 %
2	adalimumab	Humira®	28,3 %
3	étanercept	Enbrel® / Brenzys ^{MC}	11,6 %
4	ustékinumab	Stelara®	8,0 %
5	golimumab	Simponi®	4,8 %
	Autres		9,2 %

2. DIABÈTE

Le groupe des médicaments indiqués pour traiter le diabète, dont l'utilisation a augmenté de façon constante, s'est classé au deuxième rang selon les dépenses en 2016. Le coût par ordonnance de cette catégorie de médicaments a augmenté dernièrement en raison de l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments brevetés. Ces nouveaux médicaments offrent d'importantes améliorations sur le plan clinique. En effet, ils sont aussi efficaces pour abaisser la glycémie, mais produisent moins d'effets secondaires que les plus anciennes catégories de médicaments moins chers. Par exemple, ces nouveaux médicaments sont moins susceptibles d'entraîner une hypoglycémie ou un gain de poids, et leur effet hypoglycémiant peut durer plus longtemps. Récemment, de nouvelles données ont démontré un avantage additionnel que les antidiabétiques n'offraient pas auparavant : une amélioration de l'innocuité cardiovasculaire non liée à l'effet hypoglycémiant. Les directives cliniques ont donc été modifiées pour les patients à haut risque.

Quatre des 10 principaux antidiabétiques au classement selon les dépenses étaient des insulines : l'insuline glargine (Lantus®, 1^{er} rang), l'insuline aspart (NovoRapid®, 6^e rang), l'insuline détémir (Levemir®, 7^e rang) et l'insuline lispro (Humalog®, 9^e rang). Les insulines servent à traiter les patients atteints de diabète de type 1 et de type 2. Les autres antidiabétiques sont presque exclusivement utilisés chez les patients atteints de diabète de type 2.

Les dépenses liées à Lantus étaient les plus élevées dans cette catégorie en 2016. Basaglar^{MC}, la première insuline biosimilaire à être approuvée au Canada, est un produit biosimilaire de Lantus. Commercialisé en décembre 2015, Basaglar a commencé à être utilisé en 2016. Ce produit ne permet d'économiser que 15 % par rapport à Lantus (le médicament breveté de référence), et ses répercussions tardent à se faire sentir. Toutefois, étant donné que l'insuline glargine est l'antidiabétique le plus utilisé, d'importantes économies pourraient être réalisées. Au cours de la première année où il a été offert, Basaglar a accaparé 0,23 % du marché des insulines glargines. Pour tenter de protéger sa part de marché, le fabricant de Lantus a lancé, en 2015, un produit renfermant une plus forte concentration d'insuline glargine, soit Toujeo^{MC}.

Janumet, une association à dose fixe de metformine et d'un inhibiteur de la dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4), s'est classé au deuxième rang selon les dépenses dans la catégorie des antidiabétiques. Januvia (5^e rang), qui contient uniquement de la sitagliptine, a été le premier médicament de la classe des inhibiteurs de la DPP-4 à être approuvé en 2007. Quatre inhibiteurs de la DPP-4 différents étaient offerts en 2016 : Januvia® (sitagliptine), Onglyza® (saxagliptine), Trajenta® (linagliptine) et Nesina® (alogliptine). Chacun de ces médicaments est jumelé à la metformine dans un produit d'association à dose fixe : Janumet® (sitagliptine-metformine), Komboglyze® (saxagliptine-metformine), Jentadueto^{MC} (linagliptine-metformine) et Kazano^{MC} (alogliptine-metformine).

En 2010, Victoza® (liraglutide, 3^e rang selon les dépenses liées au diabète) a été le premier agoniste du récepteur du peptide-1 apparenté au glucagon (GLP-1) à être approuvé. Il s'agissait également du premier antidiabétique injectable ne contenant pas d'insuline. Ce produit est administré par voie sous-cutanée une fois par jour. Au cours du dernier trimestre de 2015, deux agonistes du récepteur du GLP-1 administrés hebdomadairement, Bydureon® (exénatide à action prolongée) et Trulicity^{MC} (dulaglutide), ont été approuvés au Canada. Ces médicaments n'ont toutefois pas encore eu de répercussions importantes sur le marché. Victoza® continue de dominer le marché. C'est l'un des deux médicaments susmentionnés qui sont associés à une réduction du risque d'événement cardiovasculaire chez les personnes atteintes de diabète ayant déjà subi un tel événement.

La metformine (4^e rang selon les dépenses liées au diabète) est le seul générique relativement ancien qui se classe parmi les 10 antidiabétiques les plus importants. Cela s'explique par le fait qu'elle est utilisée très couramment, et depuis longtemps, comme traitement pharmacologique de première intention en présence de diabète de type 2. La metformine fait l'objet du tiers de toutes les ordonnances de médicaments contre le diabète. Elle présente les mêmes avantages que beaucoup de médicaments plus récents : faible risque d'hypoglycémie et de gain de poids, tout en étant efficace pour réduire la glycémie.

Les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2) ont d'abord été approuvés en 2014. Au Canada, trois différentes molécules ont été approuvées : Invokana[®] (canagliflozine, 6^e rang selon les dépenses liées au diabète), Forxiga[®] (dapagliflozine) et Jardiance^{MC} (empagliflozine). Tous ces médicaments sont jumelés à la metformine dans des produits d'association à dose fixe. Récemment, deux produits associant un inhibiteur du SGLT2 et un inhibiteur de la DPP-4 ont été approuvés : Qtern[®] (dapagliflozine/saxagliptine) et Glyxambi^{MC} (empagliflozine/linagliptine). Les inhibiteurs de la DPP-4 sont une nouvelle classe d'antidiabétiques qui, à l'heure actuelle, comprend uniquement des médicaments brevetés. Avec l'arrivée de ces nouveaux produits d'association, qui combinent deux classes thérapeutiques très coûteuses, on doit s'attendre à une augmentation des dépenses.

L'utilisation des inhibiteurs de la DPP-4 et du SGLT2 devrait continuer à augmenter, tout comme la prévalence, la progression de la maladie et le coût par ordonnance. Les dépenses liées au diabète connaîtront donc une augmentation annuelle supérieure à 10 % au cours des prochaines années.

Tendance globale	13,7 %
Utilisation	3,96 %
Coût	9,70 %
Coût moyen par ordonnance	80,10 \$
Rang en 2015	3
Type de médicament	Traditionnel

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	POURCENTAGE DES DÉPENSES
1	insuline glargine	Lantus [®] / Basaglar ^{MC}	14,2 %
2	sitagliptine-metformine	Janumet [®]	14,1 %
3	liraglutide	Victoza [®]	10,2 %
4	metformine	Glucophage [®]	9,7 %
5	sitagliptine	Januvia [®]	8,7 %
	Autres		43,1 %

3. HYPERTENSION ARTÉRIELLE

L'hypertension artérielle est une maladie chronique qui constitue un facteur de risque majeur de maladie cardiaque, d'AVC, de maladie rénale chronique et de décès. Cependant, comme l'hypertension artérielle ne cause pas de symptômes apparents, elle demeure souvent non traitée ou mal traitée jusqu'à ce que des complications se manifestent. Environ 23 % des Canadiens d'âge adulte sont atteints d'hypertension artérielle.

Les résultats d'une vaste étude sur l'hypertension artérielle, connue sous le nom de SPRINT, ont été dévoilés à la fin de 2015. Dans le cadre de cet essai clinique randomisé, des personnes présentant un risque élevé de maladie cardiovasculaire ont été réparties au hasard pour recevoir soit un traitement intensif visant à atteindre une tension artérielle systolique inférieure à 120 mmHg, soit un traitement standard visant à atteindre une tension artérielle systolique inférieure à 140 mmHg. Cette étude a pris fin plus tôt que prévu en raison de la prépondérance de données indiquant une réduction du risque d'événement cardiovasculaire dans le groupe recevant le traitement intensif. Le Guide de pratique clinique d'Hypertension Canada sur la prise en charge de l'hypertension a été mis à jour en 2016 afin de recommander, à la lumière des données de cette étude, une cible de tension artérielle systolique égale ou inférieure à 120 mmHg chez les patients qui présentent un risque élevé de maladie cardiovasculaire. Au cours de l'étude, deux ou trois antihypertenseurs ont dû être administrés en association pour atteindre cette cible, tandis qu'un ou deux médicaments ont suffi pour atteindre la cible de traitement standard. Ces données pourraient changer les habitudes de prescription et se traduire par une utilisation accrue des traitements d'association afin d'améliorer les résultats cliniques.

La majorité des médicaments indiqués pour traiter l'hypertension artérielle sont offerts sous forme générique. Toutefois, deux importantes exceptions se classent aux premier et troisième rangs des médicaments de ce groupe : Coversyl® et Coversyl® Plus. Les brevets de ces produits n'arriveront pas à échéance avant le début de 2018. Compte tenu de la vaste gamme de génériques offerts et des possibilités d'optimisation du traitement, une gestion serrée du régime pourrait réduire les dépenses dans cette classe thérapeutique. Comme le marché est saturé et dominé par les génériques, la tendance dans cette classe thérapeutique sera vraisemblablement faible à l'avenir.

Tendance globale	1,1 %
Utilisation	-1,40 %
Coût	2,54 %
Coût moyen par ordonnance	29,50 \$
Rang en 2015	2
Type de médicament	Traditionnel

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	POURCENTAGE DES DÉPENSES
1	périndopril	Coversyl®	14,6 %
2	amlodipine	Norvasc®	11,3 %
3	périndopril – indapamide	Coversyl® Plus	6,5 %
4	ramipril	Altace®	5,9 %
5	nifédipine	Adalat®	4,8 %
	Autres		56,9 %

4. DÉPRESSION

La santé mentale, et particulièrement la dépression, demeure une source de préoccupation pour les promoteurs de régimes privés. Des traitements efficaces contre la dépression sont essentiels pour réduire l'absentéisme et l'invalidité, en plus de maintenir la productivité.

Une forme générique du médicament qui figurait en tête du classement selon les dépenses, soit la duloxétine (Cymbalta®), a été mise en marché en 2016. De plus, les comprimés sublinguaux d'escitalopram, forme générique du médicament Cipralext® Meltz®, sont maintenant aussi offerts sous forme générique. La version générique de Cipralext® (oxalate d'escitalopram) est offerte depuis 2014 et a eu d'importantes répercussions sur les dépenses liées à la dépression, car ce médicament est très utilisé. L'oxalate d'escitalopram se classe encore au deuxième rang selon les dépenses même s'il est deux fois plus utilisé que Cymbalta. En raison des nombreux génériques offerts et du fait qu'aucun produit vedette n'est en voie de développement, la tendance en matière de dépenses dans cette catégorie sera plus faible à l'avenir.

Tendance globale	-1,2 %
Utilisation	3,56 %
Coût	-4,72 %
Coût moyen par ordonnance	41,20 \$
Rang en 2015	4
Type de médicament	Traditionnel

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	POURCENTAGE DES DÉPENSES
1	duloxétine	Cymbalta®	17,8 %
2	escitalopram	Cipralext®	17,4 %
3	venlafaxine	Effexor®	12,2 %
4	desvenlafaxine	Pristiq®	9,8 %
5	bupropion	Wellbutrin®	7,1 %
	Autres		35,7 %

5. ASTHME, MPOC

Les traitements pour les maladies respiratoires courantes telles que l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) constituent encore une importante composante de la tendance. En 2016, deux produits biologiques de spécialité ont été approuvés pour le traitement de l'asthme sévère non contrôlé : Nucala^{MC} (mépilizumab) et Cinqair^{MC} (reslizumab). Ces médicaments (inhibiteurs de l'interleukine-5) ont un mode d'action semblable et sont utilisés pour traiter l'asthme éosinophilique sévère. Ils sont toutefois différents de l'agent biologique existant utilisé pour traiter les patients qui souffrent d'asthme allergique sévère : Xolair[®] (omalizumab, un agent anti-IgE). Cela signifie qu'ils peuvent être utilisés chez divers groupes de patients atteints d'asthme. On estime que le chevauchement de ces groupes est de l'ordre de 25 % à 35 %. Xolair se situait au troisième rang selon les dépenses dans cette classe thérapeutique en 2016. Nucala^{MC} se démarque notamment dans cette classe. Il se situe au 22^e rang selon les dépenses, même s'il est offert depuis moins d'un an.

Même si l'asthme et la MPOC sont des maladies distinctes, beaucoup de médicaments servent à traiter les deux. Les deux principaux médicaments qui occupent les premier et deuxième rangs du classement selon les dépenses, Advair[®] (fluticasone-salmétérol) et Symbicort[®] (budésonide-formotérol), en sont de parfaits exemples. Ces deux produits sont des associations d'un corticostéroïde et d'un bronchodilatateur bêta-agoniste à action prolongée.

Une caractéristique importante des médicaments de cette classe thérapeutique réside dans le fait que la plupart d'entre eux sont des produits brevetés, notamment les médicaments très utilisés comme Advair et Symbicort, ainsi que les marques plus récentes telles que Breo[®] Ellipta[®], Arnuity^{MC} Ellipta[®], Tudorza[®] Genuair[®] et Duaklir^{MC} Genuair[®]. Dans cette classe thérapeutique, le taux d'exécution des génériques n'est que de 35,1 %. Cela est surtout attribuable au salbutamol (Ventolin[®]), qui se classe au premier rang selon l'utilisation et au sixième rang selon les dépenses. En raison de la prépondérance des médicaments brevetés et de l'émergence de produits biologiques de spécialité, on s'attend à ce que les dépenses dans cette classe thérapeutique continuent à augmenter à l'avenir.

Tendance globale	5,8 %
Utilisation	2,06 %
Coût	3,70 %
Coût moyen par ordonnance	72,90 \$
Rang en 2015	5
Type de médicament	Principalement traditionnels; 3 médicaments de spécialité

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVÉTÉ (RÉFÉRENCE)	POURCENTAGE DES DÉPENSES
1	fluticasone-salmétérol	Advair [®]	18,0 %
2	budésonide-formotérol	Symbicort [®]	17,5 %
3	omalizumab*	Xolair [®]	14,3 %
4	fluticasone	Flovent [®]	11,2 %
5	montélukast	Singulair [®]	8,5 %
	Autres		30,5 %

* Médicament de spécialité biologique

6. INFECTIONS

Cette classe thérapeutique comprend des antibiotiques traditionnels, des antifongiques et des antiviraux utilisés principalement pour traiter les infections aiguës. Les médicaments très coûteux utilisés pour traiter les maladies infectieuses comme le VIH/SIDA, l'hépatite C et les infections pulmonaires chez les patients atteints de fibrose kystique appartiennent à d'autres classes thérapeutiques. Les médicaments de cette classe sont très utilisés et figurent au troisième rang selon le nombre de demandes de règlement. Le taux élevé d'exécution des génériques (88,8 %) a contribué à modérer les dépenses dans cette classe. On s'attend à ce que celles-ci représentent un pourcentage des dépenses globales de plus en plus faible à l'avenir.

Tendance globale	-7,5 %
Utilisation	0,93 %
Coût	-8,40 %
Coût moyen par ordonnance	32,50 \$
Rang en 2015	6
Type de médicament	Traditionnel

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	POURCENTAGE DES DÉPENSES
1	amoxicilline	Amoxil	13,6 %
2	valacyclovir	Valtrex	11,6 %
3	clarithromycine	Biaxin	7,7 %
4	azithromycine	Zithromax	5,5 %
5	céphalexine	Keflex	4,7 %
	Autres		56,9 %

7. ULCÈRES, REFLUX

Deux principaux types de médicaments sont indiqués pour traiter les ulcères gastriques et le reflux gastro-œsophagien : les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et les antagonistes des récepteurs H₂ de l'histamine (anti-H₂). Parmi ces médicaments, les IPP sont les plus importants en raison de leur coût unitaire généralement plus élevé et de leur grande efficacité pour réduire les sécrétions d'acide par les cellules qui tapissent l'estomac. La plupart des IPP et des anti-H₂ sont offerts sous forme générique, à l'exception de Dexilant® (dexlansoprazole).

Jusqu'à tout récemment, les ulcères et les reflux étaient considérés comme des maladies chroniques nécessitant un suivi prolongé du traitement pharmacologique. En raison du fait que les IPP suppriment l'acidité gastrique de façon marquée, un certain nombre d'effets néfastes à long terme ont été mis en lumière, notamment un risque accru de fracture osseuse, un plus grand risque d'infection intestinale à C difficile accompagnée de diarrhée, et de plus grands risques de pneumonie d'origine communautaire, de carence en vitamine B12, de faible taux de magnésium dans le sang et de maladie rénale chronique. La nécessité d'un traitement d'entretien a été réévaluée, et des efforts sont déployés afin de réduire le nombre d'ordonnances dans cette classe. Par exemple, on peut utiliser les IPP « au besoin » en cas de réapparition des symptômes liés au reflux, ou encore abandonner le traitement lorsque l'ulcère est guéri ou qu'aucun symptôme de reflux ne se manifeste.

Les régimes publics ont admis que les profils d'efficacité des divers IPP sont comparables, d'où l'adoption de mesures encourageant le recours à des traitements équivalents moins coûteux, comme ceux qui sont compris dans le programme de médicaments de référence en Colombie-Britannique. Le rabéprazole (Pariet®), l'IPP le moins coûteux, ne figure pas parmi les cinq principaux médicaments selon les dépenses et arrive au cinquième rang selon le volume d'ordonnances dans sa classe thérapeutique. Cela signifie qu'il est sous-utilisé compte tenu du fait qu'il coûte moins cher, mais est aussi efficace que les autres IPP. En outre, certains régimes publics réévaluent leurs mesures visant à limiter la durée du traitement pour des raisons de coûts et d'innocuité. Par exemple, au Québec, la RAMQ prévoit un approvisionnement maximal de 90 jours pour les IPP. Certaines exceptions s'appliquent selon les circonstances individuelles. Au fil du temps, ces mesures pourraient avoir une incidence sur les habitudes de prescription de ces médicaments, ce qui pourrait réduire l'utilisation et les dépenses globales. On s'attend à ce que le pourcentage des dépenses globales en médicaments dans cette classe thérapeutique continue de baisser.

Tendance globale	-9,5 %
Utilisation	0,08 %
Coût	-9,58 %
Coût moyen par ordonnance	44,80 \$
Rang en 2015	7
Type de médicament	Traditionnel

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	POURCENTAGE DES DÉPENSES
1	esomeprazole magnésien	Nexium®	32,4 %
2	pantoprazole sodique	Pantoloc®	20,7 %
3	dexlansoprazole	Dexilant®	13,0 %
4	lansoprazole	Prevacid®	9,7 %
5	pantoprazole magnésien	Tecta®	6,5 %
	Autres		17,7 %

8. HYPERCHOLESTÉROLÉMIE

Les avancées sur le plan de la recherche ont mené à la mise en marché de nouveaux médicaments de spécialité indiqués dans le traitement des cas d'hypercholestérolémie sévère ou complexe. Les médicaments traditionnels, notamment les statines, demeurent les piliers du traitement et sont recommandés en première intention dans la plupart des lignes directrices. Les médicaments d'autres classes thérapeutiques, par exemple les fibrates, les inhibiteurs de l'absorption du cholestérol, les chélateurs de l'acide biliaire et les dérivés de la niacine (acide nicotinique), sont également offerts sous forme générique.

Deux classes de médicaments de spécialité ont été ajoutées récemment au groupe de produits indiqués pour traiter l'hypercholestérolémie : les inhibiteurs de la protéine microsomale de transfert des triglycérides (p. ex. Juxtapid^{MC} [lomitapide]) et les inhibiteurs de la proprotéine convertase subtilisine/kexine de type 9 (PCSK9) (p. ex. Repatha^{MC} [évolocumab], Praluent^{MC} [alirocumab]).

Juxtapid est utilisé uniquement pour traiter certains patients présentant un taux très élevé de cholestérol sanguin, lequel est associé à une maladie rare appelée hypercholestérolémie familiale homozygote. Peu après son homologation en 2014, Juxtapid a commencé à être utilisé chez les patients atteints de cette maladie. Toutefois, on ne s'attend pas à une réelle hausse de l'utilisation de ce médicament.

Le premier inhibiteur de la PCSK9, Repatha, a été mis en marché en 2015, et le deuxième, Praluent, en 2016. L'adoption de ces médicaments n'a pas été aussi forte que prévu. En outre, le taux de refus des autorisations préalables pour ces médicaments a été plus élevé que pour la plupart des autres médicaments. Au Canada, ces médicaments ne sont pas indiqués comme alternatives aux statines. Ils doivent plutôt être utilisés comme traitement d'appoint aux statines chez certains patients à haut risque n'ayant pas encore atteint les valeurs cibles de cholestérol.

Les résultats de la première étude évaluant les résultats cardiovasculaires obtenus avec un inhibiteur de la PCSK9 (Repatha), soit l'étude FOURIER, ont été publiés en mars 2017. Dans le cadre de cette étude, Repatha était ajouté à un traitement par statine d'intensité modérée ou élevée. Chez les patients du groupe Repatha, on a observé des réductions de 15 % du risque de survenue des événements compris dans le paramètre d'évaluation principal (décès d'origine cardiovasculaire, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral [AVC], hospitalisation pour cause d'angor instable ou revascularisation coronaire) et de 20 % du risque de survenue des événements clés compris dans le paramètre secondaire (décès d'origine cardiovasculaire, infarctus du myocarde ou AVC). Il importe toutefois de noter que le taux absolu de réduction des événements était de seulement -1,5 %, ce qui signifie que Repatha n'a pas éliminé le risque d'événements cardiovasculaires. Les résultats pour les deux paramètres découlent de la réduction des risques d'infarctus du myocarde, d'AVC et de revascularisation coronaire. Les risques de décès d'origine cardiovasculaire et de mortalité de toute cause n'ont pas changé dans les deux groupes. Malgré cela, les résultats de l'étude FOURIER feront probablement augmenter l'utilisation des inhibiteurs de la PCSK9, tout particulièrement chez les personnes à haut risque.

À partir d'avril 2017, le coût moins élevé de l'atorvastatine générique viendra réduire la tendance sur le plan des dépenses à court terme. L'utilisation accrue des inhibiteurs de la PCSK9 fera toutefois augmenter légèrement les coûts et l'utilisation. Une gestion serrée du régime, notamment au moyen d'un rigoureux programme d'autorisation préalable, devrait se traduire par une augmentation faible ou nulle de la tendance globale pour cette classe thérapeutique.

Tendance globale	-3,3 %
Utilisation	-1,45 %
Coût	-1,80 %
Coût moyen par ordonnance	34,40 \$
Rang en 2015	8
Type de médicament	Principalement des médicaments traditionnels, mais comprend aussi trois médicaments de spécialité (Praluent, Repatha et Juxtapid).

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	POURCENTAGE DES DÉPENSES
1	rosuvastatine	Crestor®	41,3 %
2	atorvastatine	Lipitor®	35,0 %
3	ézétimibe	Ezetrol®	7,6 %
4	simvastatine	Zocor®	3,6 %
5	fénofibrate	Lipidil®	3,4 %
	Autres		9,1 %

9. CANCER

C'est dans le traitement du cancer que la recherche et le développement sont les plus prolifiques. La recherche se poursuit dans bien des nouveaux domaines, par exemple l'immunothérapie et diverses thérapies moléculaires ciblées. Les développements comprennent également des thérapies non pharmacologiques comme la technique de modification des gènes (p. ex. CRISPR) et les thérapies cellulaires (p. ex. CAR-T), qui ont le potentiel d'offrir des traitements personnalisés contre le cancer. Beaucoup de ces nouveaux traitements prolongeront la vie des patients atteints de cancer et pourraient, dans certains cas, transformer cette maladie fatale en maladie chronique qui exigerait un traitement personnalisé à long terme.

La plupart des récents développements dans le traitement du cancer portent sur des thérapies moléculaires ciblées. Il s'agit souvent de traitements hautement personnalisés qui ciblent des molécules en particulier dans des types de tumeurs spécifiques. Le développement de ces traitements est encore à un stade précoce. De plus, des centaines d'autres thérapies ciblées sont à un stade de développement encore moins avancé. Par ailleurs, la deuxième génération de traitements, qui comporte un moins grand risque d'effets secondaires et de résistance, sera bientôt offerte sur le marché. D'autres récents développements comprennent les inhibiteurs de points de contrôle immunitaire, qui déclenchent une réponse immunitaire contre les cellules cancéreuses et aident ainsi le corps à les éliminer. On peut penser à des médicaments comme Yervoy^{MC} (ipilimumab), Keytruda® (pembrolizumab) et Opdivo® (nivolumab). Puisqu'on trouve des points de contrôle immunitaire dans de nombreux types de cancer différents, de nouvelles indications pour ces médicaments ont été approuvées cette année. D'autres médicaments sont en voie de développement aux fins d'utilisation future.

L'arrivée sur le marché de médicaments génériques contre le cancer (p. ex. le temsirolimus et le pemetrexed, approuvés en 2016) ne permettra pas de réduire les coûts liés aux médicaments brevetés très coûteux. On s'attend à ce que le nombre croissant d'anticancéreux que le patient peut s'administrer, parfois comme traitement d'entretien, fasse augmenter l'utilisation et les coûts à l'avenir.

Tendance globale	11,6 %
Utilisation	3,24 %
Coût	8,39 %
Coût moyen par ordonnance	502,89 \$
Rang en 2015	9
Type de médicament	Médicaments de spécialité

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	POURCENTAGE DES DÉPENSES
1	lénalidomide	Revlimid®	15,7 %
2	imatinib	Gleevec ^{MD}	5,7 %
3	rituximab	Rituxan®	5,5 %
4	méthotrexate	-	4,7 %
5	dasatinib	Sprycel®	4,7 %
	Autres		63,7 %

10. TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ

On remarque une augmentation constante de l'utilisation des médicaments indiqués pour traiter le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Cela s'explique surtout par l'augmentation des cas diagnostiqués chez les enfants, ainsi que par une utilisation accrue chez les adultes découlant du fait que les adolescents vieillissent, mais continuent d'avoir besoin de ces médicaments. La plupart des médicaments indiqués pour traiter cette maladie sont offerts sous forme générique, à deux exceptions près (Biphentin® et Intuniv®). Cependant, l'interchangeabilité des produits à libération prolongée soulève la controverse. Cette situation a fait baisser le taux d'exécution des génériques de bon nombre de ces médicaments, ce qui a réduit les économies qui auraient pu être réalisées dans cette catégorie.

Par ailleurs, Vyvanse® (lisdexamfétamine), un médicament contre le TDA, a été approuvé pour une autre maladie : l'hyperphagie boulimique. En fait, il s'agit du seul médicament officiellement indiqué pour traiter cette maladie. À l'heure actuelle, le traitement de l'hyperphagie boulimique consiste en une psychothérapie (p. ex., la thérapie cognitivo-comportementale), une pharmacothérapie ou encore une combinaison des deux. La pharmacothérapie actuelle comprend des antidépresseurs (ISRS), des anticonvulsivants (topiramate) et des agents antiobésité (orlistat). (La pharmacothérapie pourrait ne pas être appropriée pour tous les patients qui souffrent d'hyperphagie boulimique.) L'utilisation de Vyvanse dans le traitement de l'hyperphagie boulimique devrait être relativement faible comparativement à son utilisation contre le TDA, mais puisque l'hyperphagie boulimique est le plus fréquent des troubles de l'alimentation et qu'aucun autre traitement n'est indiqué contre cette maladie, cette nouvelle indication a entraîné une augmentation de l'utilisation de Vyvanse en 2016.

Même si certains génériques sont offerts dans cette classe thérapeutique, on croit que l'augmentation de l'utilisation continuera de faire augmenter les dépenses dans cette catégorie à l'avenir.

Tendance globale	14,1 %
Utilisation	13,57 %
Coût	0,52 %
Coût moyen par ordonnance	96,10 \$
Rang en 2015	10
Type de médicament	Traditionnel

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	POURCENTAGE DES DÉPENSES DES CINQ PRINCIPAUX MÉDICAMENTS
1	méthylphénidate	Ritalin®/Concerta®/Biphentin®	45,6 %
2	lisdexamfétamine	Vyvanse®	27,2 %
3	amphétamine - dextroamphétamine	Adderall®	8,5 %
4	atomoxétine	Strattera®	7,6 %
5	guanfacine	Intuniv®	7,3 %
	Autres		3,8 %

AUTRES CLASSES THÉRAPEUTIQUES DIGNES DE MENTION

SCLÉROSE EN PLAQUES (11^e rang)

La sclérose en plaques (SP) est une maladie inflammatoire chronique à médiation immunitaire qui affecte le système nerveux central. Cette maladie entraîne la dégénérescence de la myéline, gaine d'isolation des cellules nerveuses, ce qui nuit à la transmission des impulsions le long des fibres nerveuses. Le Canada comporte le plus haut taux de sclérose en plaques au monde. En effet, on estime à 100 000 le nombre de Canadiens aux prises avec cette maladie. La sclérose en plaques est le plus souvent diagnostiquée chez les jeunes adultes âgés de 15 à 40 ans, mais elle peut aussi survenir chez des enfants plus jeunes et des adultes plus âgés.

Les traitements de première intention contre la sclérose en plaques comprennent, entre autres, l'interféron bêta et l'acétate de glatiramère, qui se classent respectivement deuxième et quatrième parmi les cinq principaux médicaments prescrits contre la SP, selon les dépenses. Au début de 2017, Glatect^{MC} est devenu le premier PBU non biologique de Copaxone[®] (acétate de glatiramère). Ce médicament est unique, car ce n'est pas une substance produite par des cellules vivantes; il ne s'agit donc pas d'un produit biologique. Cependant, ce médicament est un complexe qui contient beaucoup de polymères formés de quatre acides aminés différents. Puisqu'il ne s'agit pas d'un produit biologique à proprement dit, Glatect a été approuvé à titre de médicament biosimilaire. Glatect coûte environ 20 % moins cher que Copaxone. Pour contrer les effets de Glatect sur le marché, le fabricant de Copaxone offre désormais une forme du médicament pouvant être administrée trois fois par semaine (en doses de 40 mg). À l'heure actuelle, Copaxone et Glatect, offerts en doses de 20 mg, sont administrés une fois par jour.

On distingue généralement deux catégories de sclérose en plaques : la forme récurrente-rémittente et la forme progressive. La forme récurrente-rémittente est de loin la plus courante, touchant 80 % à 90 % des patients atteints de SP. Au fil du temps, la forme récurrente-rémittente de la sclérose en plaques évolue vers la forme progressive secondaire dans près de la moitié des cas. Tous les médicaments contre la sclérose en plaques offerts à l'heure actuelle sont indiqués pour la forme récurrente-rémittente. En 2016, un nouvel anticorps monoclonal administré une fois par mois a été mis en marché pour traiter les patients atteints de la forme récurrente-rémittente de la sclérose en plaques : Zinbryta^{MC} (daclizumab bêta). Ce médicament sera utilisé en deuxième ou troisième intention chez les patients n'ayant pas répondu adéquatement aux autres traitements. Le coût de Zinbryta sera comparable à celui des autres traitements utilisés de façon semblable, comme Gilenya[®] ou Lemtrada[®]. Zinbryta est administré par voie sous-cutanée et le patient peut donc se l'injecter. Il est à noter que Zinbryta s'obtient uniquement par l'entremise d'un programme de distribution contrôlée.

Dans environ 10 % à 15 % des cas de sclérose en plaques, le patient reçoit initialement un diagnostic de sclérose en plaques progressive primaire. Il n'existe, à l'heure actuelle, aucun médicament pour traiter la forme progressive primaire de la sclérose en plaques. Toutefois, on s'attend à ce qu'Ocrevus^{MC} (ocrelizumab) soit mis en marché pendant la deuxième moitié de 2017. Ocrevus sera le premier médicament approuvé au Canada pour traiter la sclérose en plaques progressive primaire. Le nombre accru d'options de traitement entraînera une hausse de l'utilisation et des coûts, ce qui fera augmenter les dépenses dans cette catégorie.

Tendance globale	8,3 %
Utilisation	4,70 %
Coût	3,58 %
Coût moyen par ordonnance	1 846,90 \$
Rang	en 2016 : 11 en 2015 : 12
Type de médicament	Médicaments de spécialité

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	POURCENTAGE DES DÉPENSES
1	fingolimod	Gilenya [®]	19,7 %
2	interféron bêta-1a	Avonex [®]	17,3 %
3	fumarate de diméthyle	Tecfidera ^{MC}	16,7 %
4	acétate de glatiramère	Copaxone [®]	14,5 %
5	tériflunomide	Aubagio ^{MD}	11,8 %
	Autres		20,0 %

HÉPATITE C (26^e rang)

Les traitements contre l'hépatite C ont considérablement évolué au cours des dernières années. Les plus importantes répercussions de ces changements se sont produites en 2014 et en 2015, avec l'arrivée sur le marché des agents antiviraux à action directe traitant l'infection par le virus de l'hépatite C. Ces nouveaux antiviraux sont utilisés dans le cadre de schémas thérapeutiques sans interféron pégylé ni ribavirine, qui étaient auparavant les piliers du traitement. Les agents antiviraux à action directe ont amélioré l'efficacité du traitement de manière significative et ont fait augmenter le taux de guérison. La durée de traitement plus courte, le nombre réduit d'effets indésirables et une meilleure tolérance à ces médicaments se sont traduits par une amélioration de l'observance thérapeutique. De plus, de nombreux patients ne pouvaient pas tolérer les anciennes formes de traitement de l'hépatite C et ne disposaient d'aucune option de traitement jusqu'à l'arrivée sur le marché des agents antiviraux à action directe. Cette situation s'est traduite par une forte hausse de l'utilisation pour des traitements dont les coûts étaient très élevés. Cela a entraîné une hausse de 232 % de la tendance entre 2014 et 2015.

Grâce à la grande efficacité des agents antiviraux à action directe, la guérison est maintenant possible. Sur le plan des dépenses des régimes, les cas de guérison se sont traduits par une importante diminution de la tendance (-63 %) dans cette classe thérapeutique. Cette diminution s'explique principalement par une chute de l'utilisation en 2016 (-59 %).

Cependant, les carences en matière de soins pour les patients atteints d'hépatite C existent toujours. Les médicaments en voie de développement viendront combler ces carences chez les personnes atteintes de génotypes moins communs du virus de l'hépatite C qui sont plus difficiles à traiter, par exemple le génotype 3. Ils viendront aussi en aide aux patients atteints d'hépatopathie décompensée que les premiers antiviraux à action directe n'ont pas traité de façon satisfaisante.

Epclusa^{MC} (sofosbuvir-velpatasvir) a été approuvé en 2016. Il s'agit du premier agent antiviral à action directe pan-génotypique, ce qui signifie qu'il s'est avéré efficace pour traiter les infections par les génotypes 1 à 6 du virus de l'hépatite C. Il s'agit également du premier agent antiviral à action directe à être approuvé en association avec la ribavirine chez les patients qui présentent une cirrhose décompensée. Grâce à la simplicité du schéma posologique, Epclusa deviendra le traitement de prédilection pour la plupart des patients. Zepatier[®] (elbasvir-grazoprévir) est un autre agent antiviral à action directe qui a été approuvé en 2016. Zepatier présente certains avantages, notamment le fait qu'il ait été approuvé pour les patients n'ayant pas répondu adéquatement à une triple thérapie par un inhibiteur de la protéase, l'interféron pégylé et la ribavirine, et qu'il peut également être utilisé chez les patients atteints d'une maladie rénale grave. Epclusa et Zepatier se sont classés respectivement en troisième et en quatrième place parmi les cinq principaux médicaments contre l'hépatite C en 2016.

Au début de 2017, l'Alliance pancanadienne pharmaceutique a conclu une entente relative aux listes de produits avec certains des principaux fabricants d'antiviraux à action directe utilisés dans le traitement de l'hépatite C. En conséquence, le Programme de médicaments de l'Ontario a initialement facilité l'accès à de nombreux agents antiviraux à action directe, y compris les quatre principaux médicaments du classement de 2016. Nous croyons que les dépenses liées à l'hépatite C continueront de diminuer, mais la diminution ne sera pas aussi prononcée qu'en 2016.

Tendance globale	-63,3 %
Utilisation	-59,31 %
Coût	-4,00 %
Coût moyen par ordonnance	6 000,10 \$
Rang	en 2016 : 26 en 2015 : 11
Type de médicament	Médicaments de spécialité

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	POURCENTAGE DES DÉPENSES DES CINQ PRINCIPAUX MÉDICAMENTS
1	lédirasvir-sofosbuvir	Harvoni [®]	43,0 %
2	sofosbuvir	Sovaldi [®]	21,9 %
3	sofosbuvir-velpatasvir	Epclusa ^{MC}	9,9 %
4	elbasvir-grazoprévir	Zepatier [®]	7,9 %
5	ombitasvir-paritaprèvir-ritonavir-dasabuvir	Holkira ^{MC} Pak	7,5 %
	Autres		9,8 %

MALADIES RARES (41^e rang)

La classe thérapeutique des maladies rares regroupe de nombreuses maladies dont la majorité sont d'origine génétique. D'autres causes – allergiques, infectieuses, dégénératives, proliférantes et environnementales, ou une combinaison de ces causes – ont été également reconnues. Au Canada, on trouve diverses définitions de « maladies rares » parfois appelées maladies orphelines. L'élément commun à toutes ces définitions est qu'elles reposent sur l'incidence ou la prévalence desdites maladies. À l'heure actuelle, trois définitions sont très utilisées au Canada :

- Santé Canada définit la maladie rare comme une maladie qui touche moins de cinq personnes sur 10 000 au Canada.
- Le régime public d'assurance médicaments en Alberta définit une maladie rare comme une maladie de surcharge lysosomale héréditaire qui touche moins d'un Canadien sur 50 000.
- Le régime public d'assurance médicaments en Ontario définit une maladie rare comme une maladie dont l'incidence est inférieure à une naissance vivante sur 150 000 ou un nouveau diagnostic par année.

La prévalence et l'incidence des maladies rares sont très faibles, peu importe la définition utilisée. Par contre, plus de 7 000 maladies rares sont reconnues à l'heure actuelle. On estime donc qu'une personne sur 12 est atteinte d'une maladie rare au Canada, soit un total de 2,8 millions de personnes.

En raison du nombre peu élevé de patients et du faible marché, les médicaments utilisés pour traiter ces maladies ont tendance à être extrêmement coûteux. Puisque 65 % à 75 % des maladies rares se manifestent dès l'enfance et nécessitent une utilisation continue de médicaments, il s'agit d'une classe thérapeutique de haut profil.

En 2016, de nouveaux médicaments et de nouvelles indications ont été approuvés pour traiter les maladies rares, notamment les suivants :

- Ravicti^{MC} (phénylbutyrate de glycérol) est indiqué pour traiter les troubles du cycle de l'urée qui réduisent la capacité des patients à éliminer l'ammoniaque produite par la dégradation des protéines et des acides aminés. Ravicti pourrait constituer une alternative à Pheburane[®] (phénylbutyrate de sodium), qui est également indiqué pour traiter les troubles du cycle de l'urée. Puisque la posologie de ce médicament est calculée selon la surface corporelle, il est plutôt difficile d'en estimer les coûts. Cela dit, le coût d'un traitement annuel peut atteindre 270 000 \$.
- Zemaira[®] (inhibiteur de l'alpha-1 protéinase [humaine], alpha-1 antitrypsine) est un traitement substitutif destiné aux patients présentant un grave déficit en inhibiteurs de l'alpha-1 protéinase qui se manifeste par un emphysème évolutif d'apparition précoce, soit une forme de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Les renseignements sur le coût de Zemaira ne sont pas disponibles. Toutefois, ce médicament constitue une alternative à Prolastin[®]-C, un médicament offert à l'heure actuelle et dont le coût annuel moyen est estimé à 115 000 \$.
- La nitisinone est indiquée pour le traitement des patients atteints de tyrosinémie héréditaire de type 1 (HT-1), un trouble d'origine génétique qui empêche la dégradation de l'acide aminé tyrosine. Ce trouble, qui entraîne un dysfonctionnement du foie, des reins et du système nerveux central, se manifeste très tôt dans la vie. Trois différentes marques (MDK-Nitisonone, Comprimés de Nitisonone et Orfadin) de ce médicament ont été approuvées à la fin de 2016 et au début de 2017.
- Le miglustat fabriqué par Sandoz est la première forme générique de Zavesca[®] et est utilisé pour traiter la maladie de Gaucher de type 1. La différence entre ce nouveau générique et le médicament breveté de référence réside dans le fait que Zavesca est également indiqué chez les patients atteints de la maladie de Niemann-Pick de type C, tandis que le miglustat fabriqué par Sandoz ne l'est pas. Le prix de la version générique de Sandoz n'est pas encore connu. Le coût du traitement par Zavesca est d'environ 120 000 \$ par année.
- Au début de 2017, Ilaris[®] (canakinumab), qui est indiqué pour le traitement des patients atteints des syndromes périodiques associés à la cryopyrine (CAPS), a été approuvé pour traiter trois autres maladies rares : la fièvre méditerranéenne familiale (FMF), le syndrome périodique associé au récepteur du facteur de nécrose tumorale (TRAPS) et le syndrome d'hyperimmunoglobulinémie D (HDIS)/déficit en mévalonate kinase (MKD). Ce sont toutes des formes de syndromes auto-inflammatoires et de fièvres périodiques. Il existe des dizaines de ces syndromes. La posologie est semblable pour toutes les indications. Le coût du traitement est important, car il dépasse les 200 000 \$ par année. Compte tenu de l'approbation, en 2016, de ces trois nouveaux médicaments indiqués pour traiter des maladies rares, et du fait que d'autres produits sont en développement, nous prévoyons des hausses de l'utilisation et des coûts qui continueront de faire augmenter les dépenses dans cette catégorie.

Tendance globale	42,1 %
Utilisation	19,20 %
Coût	22,94 %
Coût moyen par ordonnance	4 685,70 \$
Rang	en 2016 : 41 en 2015 : 45
Type de médicament	Spécialité

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	POURCENTAGE DES DÉPENSES
1	élosulfase alfa	Vimizim®	25,2 %
2	dichlorhydrate de saproptérine	Kuvan™	19,9 %
3	inhibiteur de l'alpha-1 protéinase (humaine)	Prolastin® / Zemaira®	16,2 %
4	canakinumab	Ilaris®	8,7 %
5	vélaglucérase alfa	Vpriv®	6,5 %
	Autres		23,5 %

FIBROSE KYSTIQUE (48^e rang)

La fibrose kystique est la maladie génétique mortelle la plus répandue chez les enfants et les jeunes adultes canadiens. Elle s'attaque aux cellules sécrétoires qui produisent le mucus, la sueur et les sucs digestifs. Chez les personnes atteintes de fibrose kystique, un gène défectueux qui code la protéine régulatrice de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique (gène CFTR) fait en sorte que ces sécrétions deviennent épaisses et collantes. Cela entraîne des problèmes respiratoires sévères (symptôme le plus fréquent et qui menace la vie), des problèmes de digestion, des troubles endocriniens (notamment le diabète) et autres. On estime qu'un enfant sur 3 600 nés au Canada est atteint de fibrose kystique. Plus de 4 100 enfants, adolescents et adultes canadiens atteints de fibrose kystique fréquentent des cliniques spécialisées.

Il existe plus de 240 mutations génétiques qui causent la fibrose kystique. Auparavant, la plupart des traitements de la fibrose kystique étaient des traitements de soutien comportant des médicaments indiqués pour en traiter les symptômes, par exemple les bronchodilatateurs et les mucolytiques. Ces thérapies servaient également à traiter d'autres maladies. Pulmozyme®, le deuxième plus important médicament selon les dépenses liées à la fibrose kystique, est indiqué chez les patients atteints de cette maladie afin de maintenir la fonction pulmonaire. Deux autres médicaments parmi les cinq principaux médicaments de cette classe thérapeutique, Kalydeco® et Orkambi^{MC}, ont été approuvés pour modifier la fonction de la protéine CFTR et ne fonctionnent que chez les personnes présentant des déficiences génétiques particulières.

La mutation F508del est la mutation la plus fréquente chez les personnes atteintes de fibrose kystique. En effet, de 85 % à 90 % d'entre elles sont porteuses d'au moins une copie de cette mutation. En 2016, Orkambi^{MC}, une association d'ivacaftor (Kalydeco®) et de lumacaftor, a été approuvé chez les patients de 12 ans ou plus qui sont homozygotes¹ pour la mutation F508del. On estime que cette mutation pourrait être présente chez la moitié des Canadiens atteints de fibrose kystique et que le coût annuel de ce traitement pourrait atteindre la somme considérable de 260 000 \$ par personne. La disponibilité de ce médicament a fait passer la tendance de 12,98 % en 2015 à 48,3 % en 2016. Nous prévoyons que de nouvelles indications seront bientôt approuvées pour Orkambi^{MC} et que les dépenses continueront à augmenter dans cette classe thérapeutique.

Tendance globale	48,3 %
Utilisation	24,72 %
Coût	18,60 %
Coût moyen par ordonnance	3 216,10 \$
Rang	en 2016 : 48 en 2015 : 48
Type de médicament	Médicaments de spécialité

RANG SELON LES DÉPENSES	NOM DU MÉDICAMENT	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ (RÉFÉRENCE)	POURCENTAGE DES DÉPENSES
1	ivacaftor	Kalydeco®	51,5 %
2	dornase alfa	Pulmozyme®	32,6 %
3	lumacaftor-ivacaftor	Orkambi ^{MC}	15,9 %

¹ Allèle est synonyme du mot gène. Lorsqu'une personne possède deux copies du même allèle, on dit qu'elle est homozygote.

FACTEURS ASSOCIÉS AUX **PROVINCES** ET AU **MARCHÉ**

PAGES 39 – 54

SECTION III.

FACTEURS ASSOCIÉS AUX PROVINCES ET AU MARCHÉ

DÉVELOPPEMENTS DANS LES PROVINCES

En 2016, les provinces canadiennes ont affiché différentes tendances. Dans la présente section, nous examinerons les dépenses des régimes privés dans chaque province ainsi que les changements apportés aux lois et sur le plan des remboursements qui ont eu une incidence sur ces régimes. Comme l'a révélé notre analyse, des changements importants ont été apportés à la plupart des régimes provinciaux. Il est donc essentiel que les régimes privés tirent parti de mesures de contrôle des coûts pour éviter ou minimiser les augmentations qu'entraîneront les changements importants aux régimes provinciaux et les autres facteurs liés au marché.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

La tendance relative aux régimes privés en Colombie-Britannique s'est établie à 3,8 % en 2016. Cela s'explique principalement par une augmentation de l'utilisation (2,6 %).

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION EN COLOMBIE-BRITANNIQUE

- OPTIMISATION DES TRAITEMENTS** – Le programme de médicaments de référence en Colombie-Britannique constitue la pierre angulaire du régime BC PharmaCare depuis 1995. En décembre 2016, le programme de médicaments de référence a subi une cure de jeunesse afin d'inclure trois nouvelles catégories de médicaments. Il s'agit de huit classes thérapeutiques de médicaments traditionnels indiqués pour traiter cinq maladies fréquentes.

CLASSES THÉRAPEUTIQUES

INDICATIONS COURANTES

Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine	Hypertension artérielle
Antagonistes des récepteurs h_2 de l'histamine (bloqueurs de l' H_2 RA)	Ulcères/reflux gastriques
Nitrates	Troubles cardiovasculaires
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	Ulcères/reflux gastriques
Bloqueurs des canaux calciques de la classe des dihydropyridines	Hypertension artérielle
Inhibiteurs de la HMG-CoA réductase (statines)	Hypercholestérolémie
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)	Douleur et fièvre
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine	Hypertension artérielle

Un médicament est sélectionné comme référence dans chaque classe thérapeutique et sert à déterminer le montant maximal qui est remboursé pour les médicaments autres que les médicaments de référence dans cette catégorie. Cela s'applique aux médicaments qui peuvent contenir différents ingrédients actifs, mais qui font partie de la même classe thérapeutique et dont l'efficacité et l'innocuité sont les mêmes. Par exemple, l'atorvastatine et la rosuvastatine sont des médicaments de référence dans leur classe thérapeutique, alors que la fluvastatine, la lovastatine, la pravastatine et la simvastatine sont partiellement couvertes. Cette méthode s'aligne sur l'orientation d'Express Scripts Canada en matière de substitution thérapeutique et vise à contrôler l'augmentation des dépenses dans la catégorie des médicaments traditionnels.

- EXERCICE DE LA PHARMACIE.** Le collège des pharmaciens de la Colombie-Britannique a récemment modifié ses politiques en matière de pratique professionnelle afin de permettre aux pharmaciens d'effectuer des substitutions thérapeutiques dans ces catégories de médicaments de référence. Nos analyses ont révélé que ces huit classes thérapeutiques ont constitué 19,55 % des demandes de règlement et 12,89 % des dépenses en Colombie-Britannique l'année dernière. La réduction du montant remboursé dans le cadre du programme de médicaments de référence fera en sorte que la franchise des participants s'accumulera plus lentement si ces derniers continuent à utiliser des médicaments plus chers. Le coût des médicaments sera également transféré aux régimes privés. Cela entraînera probablement une augmentation des dépenses des régimes privés pour ces médicaments en 2017 et par la suite.
- MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES.** De nouveaux médicaments biosimilaires ont été inscrits sur la liste des médicaments du régime BC PharmaCare en février 2016. Depuis, l'Autorité spéciale du BC PharmaCare exige que seul l'infliximab, le produit biologique ultérieur breveté d'Inflectra, soit approuvé pour les nouveaux patients. Inflectra a d'abord été indiqué pour traiter la polyarthrite rhumatoïde, le rhumatisme psoriasique, la spondylarthrite ankylosante et le psoriasis en plaques. Les indications pour la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse ont été ajoutées à la liste de médicaments en novembre de la même année. Les

patients qui avaient obtenu une approbation avant la date de ce changement peuvent encore obtenir le médicament breveté Remicade. Plus récemment, la province a ajouté à sa liste de médicaments privilégiés Grastofil (filgrastim), le médicament biosimilaire à Neupogen, pour les patients dont la concentration en globules blancs est faible.

- **CONTRÔLE DES OPIOÏDES.** L'utilisation inappropriée, l'abus et le détournement d'ordonnances de narcotiques sont devenus des problèmes de santé publique et d'innocuité importants au Canada et dans d'autres pays du monde. La crise des opioïdes a frappé la Colombie-Britannique de plein fouet en 2016. En effet, la province a connu un très haut taux de surdoses et de décès. La Colombie-Britannique est devenue l'une des premières provinces au pays à offrir la naloxone—un médicament d'importance vitale pour bloquer les effets des surdoses d'opioïdes—sans ordonnance. Ce changement a fait en sorte que la naloxone soit davantage accessible pour sauver des vies.

ALBERTA

En Alberta, la tendance globale relative aux régimes privés était de 3 % en 2016. L'utilisation a augmenté (1,9 %), de même que les coûts (1,1 %).

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION EN ALBERTA

- **OPTIMISATION DES TRAITEMENTS.** En octobre 2016, l'Alberta a modifié sa couverture des médicaments contre le reflux acide (inhibiteurs de la pompe à protons, IPP). La couverture est limitée au rabéprazole (Pariet®) et à Tecta® (pantoprazole magnésien), deux médicaments à moindres coûts. En 2017, si un autre médicament est prescrit dans cette classe thérapeutique, le patient ou son régime devra payer la différence. Cela entraînera donc des dépenses additionnelles pour les régimes privés.
- **MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES.** L'Alberta a également apporté des modifications à son processus d'autorisation spéciale pour les patients qui doivent prendre de l'infliximab. Les patients à qui l'infliximab est prescrit pour la première fois pourront demander une autorisation spéciale relative au médicament biosimilaire Inflectra. Par ailleurs, Remicade ne sera pas approuvé pour les nouveaux patients à qui l'infliximab est prescrit pour traiter la spondylarthrite ankylosante, le psoriasis en plaques, le rhumatisme psoriasique, la polyarthrite rhumatoïde, la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse. Remicade demeurera couvert pour les patients qui l'utilisent comme médicament d'entretien.

SASKATCHEWAN

La tendance globale pour les régimes privés en Saskatchewan était de 2,9 % en 2016. Cela s'explique par une augmentation de l'utilisation (6,5 %) et une baisse des coûts (-3,6 %).

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION EN SASKATCHEWAN

- **MODIFICATION D'UNE POLITIQUE.** Depuis le 1^{er} juin 2016, le coût d'un médicament d'ordonnance qui figure sur la liste de médicaments de la Saskatchewan ou qui a été approuvé comme médicament d'exception est passé de 20 \$ à 25 \$ dans le cadre du *Seniors' Drug Plan* et du *Children's Drug Plan*. Puisque le régime public est le premier payeur, cela entraînera des dépenses plus élevées pour les régimes privés. Par contre, on prévoit que les répercussions de ce changement seront minimales, car la population touchée par cette augmentation constitue une portion relativement restreinte des participants aux régimes privés.

MANITOBA

La tendance en matière de médicaments pour les régimes privés au Manitoba était de 1,1 % en 2016, et ce, en raison d'une légère augmentation de l'utilisation (0,4 %) et des coûts (0,7 %).

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION AU MANITOBA

- **ANNEXE À LA LISTE DE MÉDICAMENTS.** En 2016, le Manitoba a fait un pas vers l'avant pour limiter l'accès aux produits contenant de la codéine. En effet, une ordonnance est maintenant exigée aux fins d'achat de tout produit contenant de la codéine. Auparavant, il était possible de se procurer les produits exemptés contenant de la codéine, comme Tylenol® n° 1 et Robaxacet^{MD}-8, sans ordonnance auprès d'un pharmacien. Les nouvelles règles prévoient qu'un médecin, une infirmière praticienne, un dentiste ou un pharmacien doit évaluer chaque patient avant de lui remettre une ordonnance pour un produit exempté contenant de la codéine. Les renseignements relatifs à l'ordonnance doivent être saisis dans le profil du patient. Même si ce changement au règlement vise à réduire l'abus, le fait de remplacer un médicament vendu sans ordonnance, que les régimes d'assurance médicaments ne couvrent habituellement pas, par un médicament qui nécessite une ordonnance fera augmenter les dépenses des régimes privés.

ONTARIO

La tendance globale relative aux régimes privés en Ontario était de 3,1 % en 2016, ce qui s'explique par une augmentation de l'utilisation (1 %) et des coûts (2,1 %).

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION EN ONTARIO

- **PLAFOND SUR LES HONORAIRES PROFESSIONNELS.** En 2016, l'Ontario a adapté son Système du réseau de santé afin de limiter les honoraires des pharmaciens, comme la province l'avait d'abord annoncé en 2015. Le Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) permet un maximum de cinq honoraires professionnels par période de 365 jours pour certains médicaments à usage chronique, par exemple les médicaments indiqués pour traiter l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie, peu importe la pharmacie. Lors du traitement des demandes de règlement, les pharmacies sont avisées du nombre d'honoraires restant. S'il ne reste plus d'honoraires, la pharmacie est avisée de la date de disponibilité des prochains honoraires, et le patient ne paie que le coût du médicament et la majoration. Des exceptions sont permises pour certains patients admissibles pour lesquels un médicament est délivré plus fréquemment.
- **MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES.** L'Ontario facilite l'accès aux médicaments biosimilaires. Depuis février 2016, Inflectra (infliximab) est devenu un médicament à usage limité pour les quatre indications suivantes : polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, rhumatisme psoriasique et psoriasis en plaques grave. En décembre 2016, le PMO a ajouté trois nouvelles indications à sa liste : colite ulcéreuse, maladie de Crohn et maladie de Crohn fistulante. Les autorisations déjà accordées pour Remicade dans le cadre du Programme d'accès exceptionnel seront respectées. Les nouvelles demandes d'accès exceptionnel à Remicade relatives aux indications susmentionnées (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, rhumatisme psoriasique et psoriasis en plaques) ne seront pas examinées, pas plus que les autres demandes en raison d'une réponse inadéquate ou d'une intolérance à Inflectra.
- **CONTRÔLE DES OPIOÏDES.** Plusieurs mesures ont été prises en Ontario pour relever ce grand défi mondial.
 - Depuis le 1^{er} octobre 2016, les patients doivent rapporter à leur pharmacien tous les timbres de fentanyl qu'ils ont utilisés avant d'obtenir l'approvisionnement suivant.
 - Certains opioïdes à forte concentration et à action prolongée ont été retirés de la liste de médicaments de l'Ontario en janvier 2017 (par exemple, morphine en comprimés de 200 mg, timbres de fentanyl de 75 µg/h et de 100 µg/h). Aucune exception ne sera considérée.
 - Le ministère de la Santé rembourse désormais les pharmacies qui offrent des trousseaux d'urgence de naloxone aux personnes admissibles, par exemple les opiomanes actuels et passés qui pourraient être à risque de surdose, ainsi que la famille ou les amis de personnes à risque.
- **SUBSTITUTION GÉNÉRIQUE ÉLARGIE.** Depuis le 1^{er} novembre 2016, si un médicament du Programme d'accès exceptionnel comporte un générique désigné dans le cadre du programme d'interchangeabilité des médicaments, le ministère ne remboursera que le générique.
- **EXERCICE DE LA PHARMACIE.** Depuis le 15 décembre 2016, les pharmaciens, les étudiants et les internes en pharmacie peuvent administrer, à tout patient âgé de plus de cinq ans, l'un des 13 vaccins indiqués pour traiter les maladies pouvant être prévenues par la vaccination. Le gouvernement de l'Ontario ne rembourse plus les vaccins qui figurent sur la liste et qui sont administrés en pharmacie. Les régimes privés devront donc s'attendre à recevoir davantage de demandes de règlement à mesure que les patients s'habitueront à se faire vacciner en pharmacie.

QUÉBEC

Au Québec, la tendance globale relative aux régimes privés s'est établie à 1,6 % en 2016. Nous avons constaté une augmentation des coûts (2,4 %) et une diminution de l'utilisation (-0,8 %).

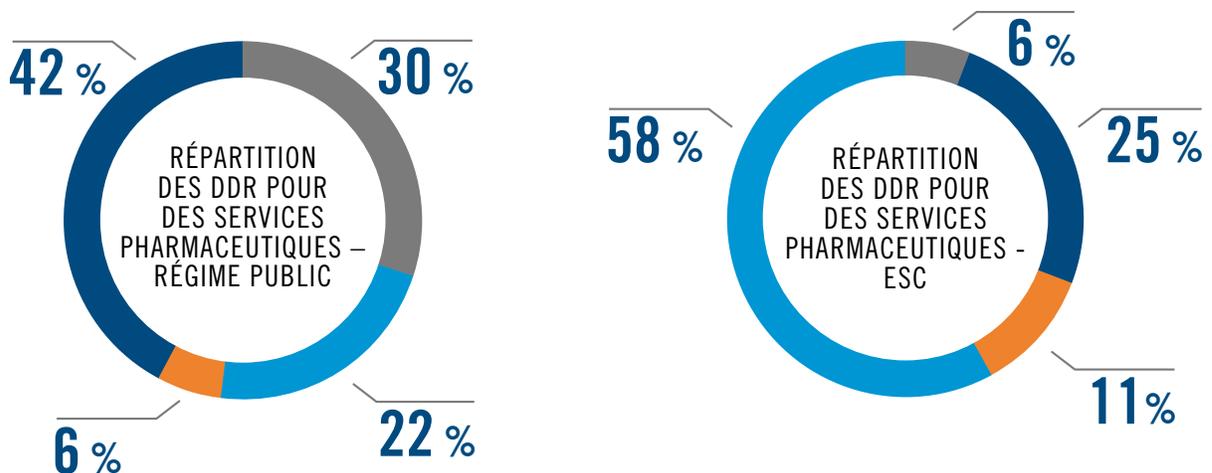
DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION AU QUÉBEC

- **EXERCICE DE LA PHARMACIE.** Depuis juin 2015, la loi 41 permet aux pharmaciens de facturer des services à la population du Québec. Il s'agit des services suivants :
 - Prescrire un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis.
 - Prescrire un médicament pour une condition mineure.
 - Prolonger une ordonnance au-delà de 30 jours.
 - Rajuster une ordonnance afin d'atteindre les cibles thérapeutiques préétablies.

La RAMQ a publié des statistiques relatives aux services professionnels rendus la première année qui a suivi l'adoption de la loi 41. Nos analystes ont comparé les quatre types de demandes de règlement soumises aux régimes publics et privés.

Les différences s'expliquent comme suit :

- Les participants aux régimes privés sont plus jeunes et travaillent encore; ils sont actifs et voyagent davantage. De plus, de nombreuses maladies surviennent davantage chez les personnes âgées qui sont assurées par le régime public. Ces deux facteurs ont entraîné davantage de demandes de règlement (DDR) pour les catégories « Prescrire un médicament pour une condition mineure » et « Prescrire un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis ».
- Les personnes âgées demandent plus souvent que leurs ordonnances soient prolongées. En effet, ces personnes prennent davantage de médicaments indiqués pour des maladies chroniques et sont couvertes par le régime public.



1. PRESCRIRE UN MÉDICAMENT POUR UNE CONDITION MINEURE
2. PRESCRIRE UN MÉDICAMENT LORSQU'AUCUN DIAGNOSTIC N'EST REQUIS
3. PROLONGER UNE ORDONNANCE AU-DELÀ DE 30 JOURS
4. RAJUSTER UNE ORDONNANCE AFIN D'ATTEINDRE LES CIBLES THÉRAPEUTIQUES PRÉÉTABLIES

■ Le fait de « rajuster une ordonnance afin d'atteindre les cibles thérapeutiques préétablies » touche principalement les médicaments indiqués pour traiter des maladies chroniques comme les antidépresseurs et les anticoagulants, qui sont couramment prescrits aux personnes âgées couvertes par le régime public.

- **MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES.** Le Québec a retiré Remicade de sa liste de médicaments au début de l'année 2017. Les personnes qui commenceront à prendre de l'infliximab pourront uniquement obtenir Inflectra (sauf lorsque ce médicament est indiqué pour les enfants). Remicade continuera d'être couvert pour les patients qui le prenaient déjà.
- **CHANGEMENTS ADDITIONNELS LIÉS À L'EXERCICE DE LA PHARMACIE.** La loi 92 a été adoptée le 7 décembre 2016. Un amendement à cette loi prévoit que les pharmaciens auront l'obligation de fournir une facture détaillée à tous les patients couverts par un régime privé. Cette facture devra préciser les honoraires professionnels, le coût des ingrédients et la majoration relativement à tous les médicaments ou à toutes les fournitures couvertes par le régime public. Les pharmaciens du Québec devront fournir une facture détaillée à leurs patients à partir de septembre 2017. Ce changement offrira plus de transparence relativement aux montants demandés aux patients, ce qui leur permettra de faire de meilleurs choix en matière de pharmacie.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Au Nouveau-Brunswick, la tendance globale relative aux régimes privés est demeurée stable (0,1 %) en 2016. L'augmentation de l'utilisation (3,3 %) a été atténuée par une baisse du coût des médicaments (-3,1 %).

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION AU NOUVEAU-BRUNSWICK

- **SYSTÈME D'INFORMATION SUR LES MÉDICAMENTS.** Le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick a mis en œuvre le Système d'information sur les médicaments et le Programme de surveillance pharmaceutique. Le Système d'information sur les médicaments fait partie intégrante du dossier de santé électronique et permet d'afficher, en temps réel, les antécédents pharmaceutiques des patients qui font préparer leur ordonnance dans n'importe quelle pharmacie communautaire du Nouveau-Brunswick.
- **MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES.** En 2016, Inflectra a été ajouté à la liste des médicaments de la province aux fins de traitement de la spondylarthrite ankylosante, du psoriasis en plaques, de l'arthrite psoriasique, de la polyarthrite rhumatoïde, de la colite ulcéreuse et de la maladie de Crohn. Seul Inflectra sera approuvé pour les nouveaux patients qui devront prendre de l'infliximab pour traiter l'une de ces maladies. Remicade continuera d'être couvert pour les patients qui avaient obtenu une autorisation avant ce changement.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

À l'Île-du-Prince-Édouard, la tendance globale relative aux régimes privés s'est établie à 2,9 % en 2016. Le coût des médicaments a augmenté (3,8 %) et l'utilisation a diminué (-0,8 %). Aucun changement législatif ou en matière d'exercice de la pharmacie digne de mention n'est survenu dans cette province.

NOUVELLE-ÉCOSSE

En Nouvelle-Écosse, la tendance globale relative aux régimes privés en 2016 était très élevée, soit 10,1 %. Cela s'explique par une augmentation de l'utilisation (5,3 %) et du coût des médicaments (4,8 %). Il s'agit d'une hausse nette des coûts de 92,70 \$ par participant comparativement à 2015. Cette augmentation de la tendance a été causée par une hausse du volume des ordonnances dans trois classes thérapeutiques : maladies inflammatoires, cancer et diabète.

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION EN NOUVELLE-ÉCOSSE

- **SYSTÈME D'INFORMATION SUR LES MÉDICAMENTS.** En novembre 2016, la Nouvelle-Écosse a annoncé que 305 pharmacies communautaires de la province étaient désormais branchées au Système d'information sur les médicaments. Cela a permis aux pharmaciens, aux médecins et à d'autres fournisseurs autorisés de soins de santé d'accéder aux antécédents pharmaceutiques des patients. Ces renseignements portent sur les ordonnances qui ont été exécutées, les allergies, les effets indésirables et les maladies des patients. Le Système d'information sur les médicaments contribue également à réduire le détournement d'ordonnances en transmettant des renseignements au programme de surveillance des médicaments d'ordonnance de la Nouvelle-Écosse. Ce système a été mis en place en 2011 et une première pharmacie y a été branchée en novembre 2013. Depuis ce temps, le système a permis de recueillir des données sur plus de 17 millions d'ordonnances soumises par 700 000 Néo-Écossais.
- **MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES.** Après le 1^{er} juin 2016, les patients qui avaient reçu une ordonnance d'infliximab pour la première fois ont pu obtenir le médicament biosimilaire Inflectra pour les indications suivantes : spondylarthrite ankylosante, psoriasis en plaques et polyarthrite rhumatoïde. Depuis le 1^{er} décembre 2016, la colite ulcéreuse, la maladie de Crohn et l'arthrite psoriasique ont été ajoutées aux indications pour les mêmes critères. Les personnes qui prenaient déjà Remicade n'auront pas à respecter cette mesure.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

À Terre-Neuve-et-Labrador, la tendance globale en matière de médicaments a été de 4,6 % en 2016, et ce, en raison d'une augmentation du coût par ordonnance (3,9 %) et d'une légère hausse de l'utilisation (0,7 %).

DÉVELOPPEMENTS DIGNES DE MENTION À TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

CONTRÔLE DES OPIOÏDES. La province s'est attaquée à ce problème en facilitant l'accès à Suboxone^{MD} (buprénorphine/naloxone). Les personnes qui suivent un traitement de désaccoutumance aux opioïdes n'ont plus besoin d'obtenir une autorisation spéciale pour se procurer ce médicament dans le cadre du régime d'assurance médicaments provincial. En outre, la province a annoncé que plus de 1 200 trousseaux de naloxone seraient distribués aux personnes à risque de surdose d'opioïdes.

ALLIANCE PANCANADIENNE PHARMACEUTIQUE

Les autorités sanitaires provinciales ont maintenu leur collaboration dans le cadre de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) afin d'obtenir des médicaments à meilleur prix, tant pour les patients que pour les régimes publics. Depuis sa mise sur pied en août 2010, l'APP continue de négocier le prix des médicaments brevetés et des génériques avec les provinces et les territoires. Tous les médicaments brevetés soumis à un processus d'examen national aux fins de remboursement, tel que le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM), font désormais l'objet de négociations par l'intermédiaire de l'APP. Depuis le 1^{er} avril 2016, on estime que les négociations relatives aux médicaments brevetés et aux génériques ont permis d'économiser 712 millions de dollars par année.

PREMIERS PRINCIPES RELATIFS AUX PRODUITS BIOLOGIQUES ULTÉRIEURS (PBU)

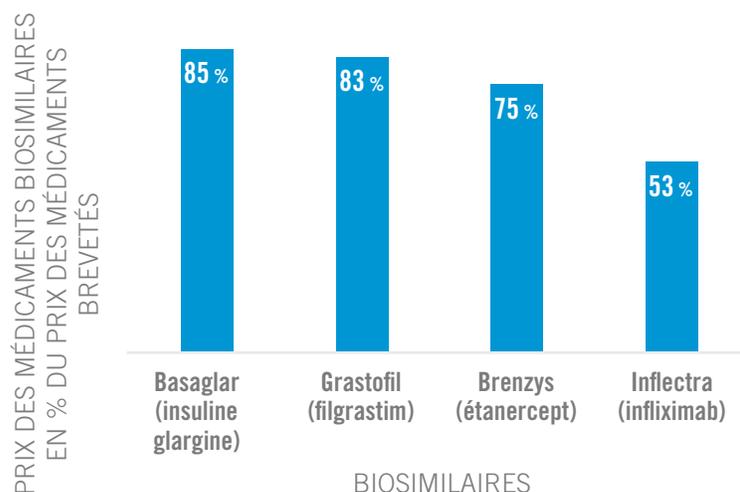
Auparavant, les médicaments biosimilaires étaient connus sous le nom de produits biologiques ultérieurs. En avril 2016, l'APP a publié le document intitulé « *Produits biologiques ultérieurs – Principes fondamentaux* » afin d'encadrer les négociations sur les médicaments biosimilaires et les produits biologiques de référence. Ce document précise ce qui suit :

- Toutes les propositions relatives aux médicaments biosimilaires et aux médicaments biologiques de référence des fabricants seront examinées uniquement dans le cadre du processus national de négociation de l'APP, plutôt que séparément par certaines provinces ou certains territoires. La décision de négocier ou non avec le fabricant ayant déposé une demande sera laissée à la discrétion de l'APP.
- Conformément à son mandat, qui prévoit notamment un meilleur accès pour les patients à des médicaments efficaces, l'APP favorisera un environnement concurrentiel qui tiendra compte de la croissance du marché des médicaments biosimilaires, ce qui entraînera une baisse des coûts à long terme et assurera la viabilité des régimes d'assurance médicaments.
- La mise en marché d'un médicament biosimilaire doit prévoir une réduction de prix par rapport au médicament de référence afin que tous les Canadiens en profitent.

Davantage de médicaments biosimilaires sont arrivés sur le marché en 2016. Les couvertures des régimes provinciaux varient. La différence de prix peut être un facteur clé pour les raisons suivantes :

- Les médicaments biosimilaires Brenzys (étanercept) et Basaglar (insuline glargine) ne figurent pas encore sur les listes de médicaments provinciales.
- Grastofil, le médicament biosimilaire correspondant à Neupogen, dont le prix est fixé à 83 % de celui du médicament breveté, figure maintenant sur les listes de médicaments de la Colombie-Britannique et de l'Ontario.

- Dans toutes les provinces, le médicament biosimilaire Inflectra est devenu le produit d'infliximab privilégié pour les patients qui n'ont pas obtenu d'ordonnance de Remicade avant ce changement. Le prix d'Inflectra est fixé à 53 % de celui du médicament breveté.



MESURES RELATIVES AUX MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES

L'APP a annoncé la mise en place de mesures relatives aux prix des génériques en 2013. Depuis cette annonce, le 1^{er} avril de chaque année, le prix de génériques très utilisés est réduit pour correspondre à 18 % de celui du médicament breveté correspondant. En 2016, l'APP a ciblé 18 médicaments. Notre analyse a révélé que ces médicaments ont compté pour 6,7 % des demandes de règlement et pour 3,5 % des coûts des régimes privés en 2016.

L'APP a prévu une période de transition d'un an à partir du 1^{er} avril 2017. L'entente relative à cette période de transition se traduira par des économies additionnelles, l'évaluation des mesures actuelles relatives aux prix des génériques et la mise en place des prochaines étapes. Par suite de cette entente, le prix de six molécules génériques—l'amlodipine, l'atorvastatine, le clopidogrel, le pantoprazole, le ramipril et la simvastatine—a été réduit davantage pour passer de 18 % à 15 % de celui des médicaments brevetés correspondants.

NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE	PRIX DES GÉNÉRIQUES EN POURCENTAGE DU PRIX DU MÉDICAMENT BREVETÉ
amlodipine	Hypertension artérielle	15 %
atorvastatine	Hypercholestérolémie	15 %
citalopram	Dépression	18 %
clopidogrel	Hypertension artérielle	15 %
donépézil	Malade d'Alzheimer	18 %
ézétimibe	Hypercholestérolémie	18 %
gabapentine	Troubles neurologiques	18 %
metformine	Diabète	18 %
olanzapine, olanzapine ODT	Maladies mentales	18 %
oméprazole	Ulcères/reflux	18 %
pantoprazole sodique	Ulcères/reflux	15 %
quétiapine	Maladies mentales	18 %
rabéprazole	Ulcères/reflux	18 %
ramipril	Hypertension artérielle	15 %
rosuvastatine	Hypercholestérolémie	18 %
simvastatine	Hypercholestérolémie	15 %
venlafaxine	Dépression	18 %
zopiclone	Troubles du sommeil	18 %

NÉGOCIATIONS RELATIVES AUX MÉDICAMENTS BREVETÉS

En 2016, des négociations ont eu lieu relativement à 31 nouveaux médicaments brevetés. Parmi ceux-ci, on retrouve 20 médicaments de spécialité dont les suivants : Xolair^{MD} (pour traiter l'urticaire chronique idiopathique), Simponi[®] SC (pour traiter la colite ulcéreuse), Grastofil^{MC} (pour traiter les troubles sanguins), Cosentyx^{MD} (pour traiter le psoriasis en plaques) et Revlimid[®] (pour traiter le myélome multiple).

Le manque de transparence quant aux résultats de ces négociations pourrait faire en sorte que des réductions de prix ou des avantages financiers ne soient pas consentis aux patients dans le cadre d'un régime privé. Par conséquent, ces patients et les promoteurs de régimes pourraient continuer à payer un prix plus élevé. Express Scripts Canada anticipe une hausse de l'utilisation en raison d'une plus grande couverture par les régimes provinciaux. Ce problème est plus urgent au Québec, car les régimes privés devront couvrir les médicaments qui figurent sur la liste de médicaments de la RAMQ par suite de ces négociations. **🐦 Puisqu'aucune négociation n'est en cours pour consentir des réductions aux régimes privés, ces derniers verront leurs dépenses inévitablement augmenter.**

EXEMPLE : MÉDICAMENTS CONTRE L'HÉPATITE C

En février 2017, l'APP a annoncé qu'elle avait conclu une entente avec trois fabricants de médicaments contre l'hépatite C pour les produits suivants : Harvoni^{MD}, Sovaldi^{MD}, Daklinza^{MC}, Epclusa^{MC}, Sunvepra^{MC} et Zepatier[®]. L'approche de l'APP en matière de négociation du prix des médicaments indiqués contre l'hépatite C repose sur les principes ci-dessous :

- Offrir un traitement aux patients, peu importe le génotype et la gravité de la maladie.
- Tenir compte de la capacité à payer des patients et de la viabilité des régimes.
- Adopter une approche équitable afin d'assurer une certaine valeur pour les nombreux médicaments et fabricants.

La conclusion de ces ententes a entraîné les changements ci-dessous sur le plan de la couverture des régimes provinciaux :

- L'Ontario a favorisé l'accès aux médicaments très coûteux susmentionnés, y compris à Epclusa et à Harvoni, qui sont devenus des médicaments à usage limité. Ces médicaments, qui faisaient partie du Programme d'accès exceptionnel, qui prévoit un processus d'approbation long et fastidieux, sont désormais des médicaments à usage limité. Le traitement des demandes de règlement est immédiat et effectué en ligne si le médecin a indiqué le code UL sur l'ordonnance. L'accès à ces médicaments est donc amélioré, car le processus administratif et le temps de traitement sont moins longs. Un escompte de près de 5 % par rapport à l'ancien prix a été accordé dans le cadre des régimes. Compte tenu du coût du traitement par patient (67 000 \$), cette réduction, même si elle est appréciée, est relativement négligeable par rapport aux dépenses globales.
- La Colombie-Britannique a élargi ses critères de couverture en mars 2017 afin d'offrir une couverture à davantage de patients atteints d'hépatite C. À partir de 2018 ou de 2019, le régime BC PharmaCare offrira une couverture à tous les Britanno-Colombiens atteints d'hépatite C, peu importe le type ou la gravité de la maladie.

On s'attend à ce que davantage de provinces annoncent une couverture étendue pour ces médicaments en 2017.

Si l'intégration avec le régime provincial est bien effectuée, l'accès plus facile à la couverture provinciale pourrait entraîner une réduction des dépenses des régimes privés. Par contre, la prescription simplifiée pourrait avoir des répercussions sur les schémas d'ordonnance. Ainsi, le volume d'ordonnances pourrait faire augmenter l'utilisation et les dépenses.

FACTEURS ASSOCIÉS AU MARCHÉ

GÉNÉRIQUES DE PREMIÈRE GÉNÉRATION ET MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES MIS EN MARCHÉ EN 2016

Les médicaments de marque dont le brevet est arrivé à échéance en 2016 ne constituaient que 3,4 % des dépenses globales, ce qui confirme que la période d'expiration des brevets, qui avait permis de réduire les dépenses au cours des années passées, est bel et bien terminée.

Une gestion serrée des régimes permet de réaliser des économies sur les nouveaux génériques dans la catégorie des médicaments traditionnels, car ils sont habituellement interchangeables. Pour ce faire, les régimes doivent prévoir la substitution générique obligatoire et ne rembourser que les médicaments à moindre coûts, mais tout aussi efficaces sur le plan clinique.

Par rapport aux années précédentes, les brevets de nombreux médicaments de spécialité sont arrivés à échéance en 2016. Les copies de médicaments de spécialité non biologiques comme Ziagen[®] sont en fait des génériques habituellement interchangeables avec le médicament de référence breveté. Toutefois, les copies de médicaments de spécialité biologiques comme Enbrel^{MD} sont des médicaments biosimilaires qui ne sont pas interchangeables avec le médicament de référence breveté. Le patient doit obtenir une nouvelle ordonnance pour le médicament biosimilaire afin d'obtenir un traitement à moindre coût. Dans l'ensemble, la plus grande disponibilité des médicaments biosimilaires permettra de réaliser des économies grâce aux ententes relatives aux listes de produits et à l'adoption de médicaments biosimilaires moins coûteux.

CATÉGORIE	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	MÉDICAMENT BREVETÉ DE RÉFÉRENCE	INDICATION COURANTE	% DES DÉPENSES TOTALES EN 2016
MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	escitalopram	Ciprexel Meltz [®]	Dépression	0,01 %
	darifénacine	Enablex [®]	Maladies de la vessie et des voies urinaires	0,01 %
	gatifloxacine	Zymar ^{MC}	Maladies oculaires, divers	0,02 %
	tadalafil	Cialis [®]	Dysfonctionnement érectile	0,35 %
	anidulafungine	Eraxis ^{MD}	Infections	S.O.
	monoxyde d'azote	INOmax [®]	Maladies respiratoires	S.O.
	duloxétine	Cymbalta [®]	Dépression	1,35 %
	palipéridone	Invega [®]	Maladies mentales	0,02 %
	oseltamivir	Tamiflu [®]	Infections	0,03 %
MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ	abacavir	Ziagen [®]	VIH/SIDA	0,01 %
	abacavir/lamivudine	Kivexa [®]	VIH/SIDA	0,16 %
	étanercept	Brenzys TM (médicament biosimilaire à Enbrel)	Maladies inflammatoires	1,44 %
	temsirolimus	Torisel ^{MC}	Cancer	S.O.
	pemetrexed disodique	Alimta [®]	Cancer	0,00 %
	miglustat	Zavesca [®]	Maladies rares	0,00 %
	zidovudine	Retrovir [®] (AZT)	VIH/SIDA	0,00 %

NOUVEAUX MÉDICAMENTS DE MARQUE APPRUVÉS EN 2016 (En ordre alphabétique d'indication courante)

Les nouveaux médicaments approuvés continueront de faire augmenter les dépenses relatives aux médicaments traditionnels et de spécialité. Les avancées dans le domaine médical ont permis de rendre accessibles de nouveaux traitements pour les maladies chroniques, par exemple les médicaments biologiques Cinqair^{MC}, pour le traitement de l'asthme, et Praluent^{MD} pour le traitement de l'hypercholestérolémie.

CATÉGORIE	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	NOM DU MÉDICAMENT BREVÉTÉ	INDICATION COURANTE
MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	gadotérate de méglumine	Dotarem	Agents diagnostiques
	bépotastine	Bepreve™	Allergies
	bilastine	Blexten™	Allergies
	olopatadine	Pazeo®	Allergies
	rupatadine	Rupall ^{MC}	Allergies
	calcipotriol—bétaméthasone	Enstilar ^{MC}	Antagonistes des opiacés
	Chlorhydrate de naloxone	S.O.S. Naloxone Hydrochloride	Antagonistes des opiacés
	SIU libérant du lévonorgestrel	Kyleena®	Contraception
	canagliflozine - metformine	Invokamet®	Diabète
	empagliflozine - metformine	Synjardy ^{MC}	Diabète
	empagliflozine/linagliptine	Glyxambi ^{MC}	Diabète
	saxagliptine - dapagliflozine	Qtern®	Diabète
	apomorphine	Movapo ^{MC}	Hypertension artérielle
	perindopril arginine/amlodipine	Viacoram®	Hypertension artérielle
	tosylate d'édoxaban	Lixiana®	Maladies cardiovasculaires
	sulfate de vorapaxar	Zontivity™	Maladies cardiovasculaires
	vitamine A (palmitate tout-trans-rétinoylique) et vitamine E (acétate de tout-rac-alpha-tocophérol)	Préparations orales liquides de vitamine A et de vitamine E	Maladies de la peau
	budénoside	Cortiment®	Maladie intestinale inflammatoire
	finafloxacin	Xtoro™	Maladie intestinale inflammatoire
	latanoprost	Monoprost®	Maladies oculaires (glaucome)
	travoprost	Izba	Maladies oculaires (glaucome)
	ciprofloxacine-acétonide de fluocinolone	Otixal ^{MC}	Préparations oreilles, nez, gorge
	eszopiclone	Lunesta ^{MC}	Troubles du sommeil
	brivaracétam	Brivlera ^{MC}	Troubles neurologiques
	immunoglobines humaines	Panzyga ^{MC}	Vaccins préventifs
MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ	antitoxine botulique heptavalente	BAT™	Antidotes/agents chélateurs
	déférasirox	Jadenu ^{MD}	Antidotes/agents chélateurs
	idarucizumab	Praxbind ^{MC}	Antidotes/agents chélateurs
	sugammadex sodique	Bridion™	Antidotes/agents chélateurs
	reslizumab	Cinqair ^{MC}	Asthme/MPOC
	alectinib	Alecensaro™	Cancer
	cobimétinib	Cotellic®	Cancer
	daratumumab	Darzalex™	Cancer
	elotuzumab	Empliciti™	Cancer
	citrate d'ixazomib	Ninlaro ^{MC}	Cancer
	olaparib	Lynparza ^{MC}	Cancer
	mésylate d'osimertinib	Tagrisso ^{MC}	Cancer
	palbociclib	Ibrance ^{MC}	Cancer
	venetoclax	Venclexta ^{MC}	Cancer
	lumacaftor—ivacaftor	Orkambi ^{MC}	Fibrose kystique
	asunaprévir	Sunvepra ^{MC}	Hépatite C
	elbasvir—grazoprévir	Zepatier®	Hépatite C
	sofosbuvir—velpatasvir	Epclusa ^{MC}	Hépatite C
	alirocumab	Praluent ^{MC}	Hypercholestérolémie
	sélexipag	Uptravi®	Hypertension artérielle pulmonaire
	ixékizumab	Taltz ^{MC}	Maladies inflammatoires
	inhibiteur de l'alpha ₁ protéinase	Zemaira®	Maladies rares
	phénylbutyrate de glycérol	Ravicti ^{MC}	Maladies rares
	nitisinone	Orfadin/ ^{MD} K-Nitisinone	Maladies rares
	daclizumab bêta	Zinbryta ^{MC}	Sclérose en plaques
	albutrénéonocog alfa	Idelvion™	Troubles sanguins
	facteur antihémophilique (recombinant) octocog alfa	Kovaltry™	Troubles sanguins
	facteur antihémophilique (recombinant), pégylé	Adynovate	Troubles sanguins
emtricitabine—ténofovir alafénamide	Descovy ^{MC}	VIH/SIDA	
zidovudine-lamivudine-névirapine	Apo-Zidovudine-Lamivudine-Nevirapine	VIH/SIDA	



UNE GESTION SERRÉE DES RÉGIMES PERMET DE RÉALISER DES ÉCONOMIES SUR LES NOUVEAUX GÉNÉRIQUES DANS LA CATÉGORIE DES MÉDICAMENTS TRADITIONNELS, CAR ILS SONT HABITUELLEMENT INTERCHANGEABLES.



NOUVELLES INDICATIONS APPROUVÉES EN 2016 (En ordre alphabétique d'indication courante)

En 2016, l'élargissement de certaines indications, particulièrement celles qui touchent les médicaments de spécialité, a entraîné une hausse de l'utilisation et des dépenses.

CATÉGORIE	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE
MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	Xigduo®	dapagliflozine-metformine	Diabète
	Jardiance ^{MC}	empagliflozine	Diabète
	Visanne®	diénogest	Hormonothérapie substitutive
	Brilinta®	ticagrélor	Maladies cardiovasculaires
	Ciloxan®	ciprofloxacine	Maladies oculaires, divers
	Vyvanse®	dimésylate de lisdexamfétamine	Troubles de l'alimentation
	Octagam® 10 %	immunoglobuline humaine	Troubles sanguins
	Arepanrix ^{MC} H5N1	vaccin contre la grippe H5N1	Vaccins préventifs
	Synflorix®	vaccin antipneumococcique conjugué 10-valent	Vaccins préventifs
	Dysport ^{MC}	abobotulinumtoxinA	Agents cosmétiques
	Keytruda®	pembrolizumab	Cancer
	Revlimid®	lénalidomide	Cancer
	Opdivo ^{MD}	nivolumab	Cancer
	Afinitor ^{MD}	évérolimus	Cancer
	Daklinza ^{MC}	daclatasvir	Hépatite C
	Harvoni ^{MD}	lédipasvir—sofosbuvir	Hépatite C
	Galexos®	siméprévir	Hépatite C
	Volibris®	ambrisentan	Hypertension pulmonaire
	Humira®	adalimumab	Maladies inflammatoires
	Stelara®	ustekinumab	Maladies inflammatoires
	Cosentyx ^{MD}	sécukinumab	Maladies inflammatoires
	Inflectra®	infliximab	Maladies inflammatoires
	Simponi®	golimumab	Maladies inflammatoires
	Remsima TM	infliximab	Maladies inflammatoires
	Entyvio ^{MC}	vedolizumab	Maladie intestinale inflammatoire
	Esbriet®	pirfénidone	Maladies respiratoires
	Somavert ^{MC}	pegvisomant	Troubles endocriniens (métaboliques)
	Alprolix ^{MC}	facteur IX de coagulation (recombinant), protéine de fusion Fc	Troubles sanguins
	Rixubis	nonacog gamma	Troubles sanguins
Truvada ^{MD}	emtricitabine—fumarate de ténofovir disoproxil	VIH/SIDA	

NOUVEAUX MÉDICAMENTS DE MARQUE EN VOIE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA (En ordre alphabétique d'indication courante)

S'ils sont approuvés, ces médicaments entraîneront une augmentation des dépenses à l'avenir.

CATÉGORIE	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE
MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	iode	Agents diagnostiques
	florbetaben (18f)	Agents diagnostiques
	extrait dermatophagoides farinae - extrait dermatophagoides pteronyssinus	Allergies
	propionate de fluticasone	Asthme/MPOC
	propionate de fluticasone - xinafoate de salmétérol	Asthme/MPOC
	sulfate de salbutamol	Asthme/MPOC
	chlorhydrate de fluoxétine	Dépression
	insuline humaine (recombinant)	Diabète
	insuline degludec	Diabète
	insuline lispro	Diabète
	lixisénatide	Diabète
	chlorhydrate de buprénorphine	Douleur, analgésique narcotique
	oxycodone	Douleur, analgésique narcotique
	flibanserin	Gynécologie, divers
	prastérone	Hormonothérapie substitutive
	cefixime	Infections
	ozénoxacine	Infections
	mésalazine	Maladie intestinale inflammatoire
	défibrotide	Maladies cardiovasculaires
	chlorhydrate de vernakalant	Maladies cardiovasculaires
	nétupitant, chlorhydrate de palonosétron	Maladies gastro-intestinales
	alvimopan	Maladies gastro-intestinales
	eluxadoline	Maladies gastro-intestinales
	glycopyrrolate	Maladies gastro-intestinales
	cinnarizine, dimenhydrinate	Maladies gastro-intestinales
	brexpiprazole	Maladies mentales
	cyclosporine	Maladies oculaires, divers
	lifitegrast	Maladies oculaires, divers
	nusinersen	Maladies rares
	chlorhydrate de lorcasérine	Perte de poids
	suvorexant	Sédatifs/hypnotiques
	sous-familles a, b de protéines lipidées recombinantes 2086 <i>neisseria meningitidis</i> groupe b	Vaccins préventifs
glycoprotéine e (ge) du virus varicella-zoster	Vaccins préventifs	

CATÉGORIE	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	INDICATION COURANTE
MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ	atézolizumab	Cancer
	midostaurine	Cancer
	nécitumumab	Cancer
	pégaspargase	Cancer
	péramivir	Infections
	acide obéticholique	Maladies du foie
	baricitinib	Maladies inflammatoires
	brodalumab	Maladies inflammatoires
	étanercept	Maladies inflammatoires
	guselkumab	Maladies inflammatoires
	bitartrate de mercaptamine	Maladies de la vessie et des voies urinaires
	tartrate d'éliglustat	Maladies rares
	chlorhydrate de migalastat	Maladies rares
	romosozumab	Ostéoporose/troubles osseux
	ocrélizumab	Sclérose en plaques
	follitropine delta	Stérilité
	dérisomaltose ferrique	Troubles sanguins
	dextrane de fer	Troubles sanguins
	fibrinogène (humain)	Troubles sanguins
	facteur de von Willebrand (humain)	Troubles sanguins
inhibiteur de l'estérase C1	Troubles sanguins	
immunoglobuline anthrax (humaine)	Vaccins préventifs	
immunoglobine (humaine)	Vaccins préventifs	
tenofovir alafénamide hémifumarate	VIH/SIDA	

Référence : Site Web du gouvernement du Canada, Présentations de médicaments et de produits de santé en cours d'examen (PCE)

NOUVELLES INDICATIONS EN VOIE D'APPROBATION PAR SANTÉ CANADA

(En ordre alphabétique d'indication courante)

Si elles sont acceptées, ces nouvelles indications feront augmenter l'utilisation des médicaments ci-dessous.

CATÉGORIE	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	NOM DU MÉDICAMENT BREVÉTÉ	INDICATION COURANTE
MÉDICAMENTS TRADITIONNELS	bromure de glycopyrronium - maléate d'indacatérol	Seebri® Breezhaler®	Asthme/MPOC
	canagliflozine	Invokana®	Diabète
	empagliflozine	Jardiance ^{MC}	Diabète
	linagliptine	Trajenta®	Diabète
	linagliptine-metformine	Jentaduet ^{MC}	Diabète
	liraglutide	Victoza®	Diabète
	mifépristone - misoprostol	Mifegymiso	Gynécologie, divers
	nadroparine calcique	Fraxiparine®	Maladies cardiovasculaires
	tinzaparine sodique	Innohep®	Maladies cardiovasculaires
	aripiprazole	Abilify ^{MD}	Maladies mentales
	lurasidone	Latuda ^{MD}	Maladies mentales
	lacosamide	Vimpat®	Troubles neurologiques
	rufinamide	Banze ^{MC}	Troubles neurologiques
	hémagglutinine de souche a (H1N1) - hémagglutinine de souche a (H3N2)	Fluviral®	Vaccins préventifs
	polysaccharide pneumococcique	Prevnar®	Vaccins préventifs



EN 2016, L'ÉLARGISSEMENT DE CERTAINES INDICATIONS, PARTICULIÈREMENT CELLES QUI TOUCHENT LES MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ, A ENTRAÎNÉ UNE HAUSSE DE L'UTILISATION ET DES DÉPENSES.



CATÉGORIE	NOM DE LA MOLÉCULE CHIMIQUE	NOM DU MÉDICAMENT BREVETÉ	INDICATION COURANTE
MÉDICAMENTS DE SPÉCIALITÉ	omalizumab	Xolair ^{MD}	Asthme/MPOC
	blinatumomab	Blincyto ^{MC}	Cancer
	crizotinib	Xalkori ^{MD}	Cancer
	dabrafénib	Tafinlar	Cancer
	daratumumab	Darzalex TM	Cancer
	mésylate d'éribuline	Halaven ^{MC}	Cancer
	chlorhydrate d'erlotinib	Tarceva [®]	Cancer
	mésylate de lenvatinib	Lenvima ^{MC}	Cancer
	nivolumab	Opdivo ^{MD}	Cancer
	palbociclib	Ibrance ^{MC}	Cancer
	panitumumab	Vectibix ^{MD}	Cancer
	pembrolizumab	Keytruda [®]	Cancer
	thioguanine	Lanvis ^{MD}	Cancer
	tramétinib	Mekinist ^{MD}	Cancer
	fulvestrant	Faslodex [®]	Cancer
	acétate de leuprolide	Lupron [®]	Cancer
	lumacaftor—ivacaftor	Orkambi ^{MC}	Fibrose kystique
	lédipasvir—sofosbuvir	Harvoni ^{MD}	Hépatite C
	ombitasvir, paritaprèvir, ritonavir	Norvir [®]	Hépatite C
	siméprèvir	Galexos [®]	Hépatite C
	sofosbuvir—velpatasvir	Epclusa ^{MC}	Hépatite C
	apixaban	Eliquis ^{MD}	Maladies cardiovasculaires
	adalimumab	Humira [®]	Maladies inflammatoires
	anakinra	Kineret ^{MD}	Maladies inflammatoires
	étanercept	Enbrel ^{MD}	Maladies inflammatoires
	golimumab	Simponi [®]	Maladies inflammatoires
	ranibizumab	Lucentis ^{MD}	Maladies oculaires, dégénérescence maculaire
	eltrombopag olamine	Revolade ^{MD}	Troubles sanguins
	eptacog alfa	Niastase [®]	Troubles sanguins
	inhibiteur de C1 (humain)	Cinryze [®]	Troubles sanguins
	immunoglobulines (humaines)	Iveegam	Vaccins préventifs
	hémagglutinine de souche a	Agriflu ^{MD}	Vaccins préventifs
	cobicistat-elvitègravir-emtricitabine-hémifumarate de ténofovir alafénamide	Tybost [®] /Vitekta TM /Emtriva [®] /Viread ^{MD}	VIH/SIDA

Référence : Site Web du gouvernement du Canada, Présentations de médicaments et de produits de santé en cours d'examen (PCE).

À PROPOS D'EXPRESS SCRIPTS CANADA^{MD}

Express Scripts Canada transforme la manière dont les entreprises et les employés comprennent leurs régimes d'assurance médicaments et y participent. Express Scripts Canada offre des services pharmaceutiques à des milliers de patients au pays. Grâce à son expertise clinique, à ses méthodes exclusives de veille de la clientèle et à son approche centrée sur le patient, Express Scripts Canada incite les participants à prendre de meilleures décisions sur le plan de leur santé et aide les promoteurs à mieux gérer et à réduire les coûts des régimes d'assurance médicaments. Express Scripts Canada est contrôlée indirectement par Express Scripts Holding Company.

Pour en savoir davantage, visitez notre site Web à l'adresse suivante : FR.EXPRESS-SCRIPTS.CA.

AUTEURS

JOHN HERBERT, MBA

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

PRISCILLA PO, B. Sc. Phm, PharmD

Gestionnaire principale, Services cliniques et gestion des régimes d'assurance médicaments

COLLABORATEURS

AARON AOKI, B. Sc. Phm, MBA, CRE, CDE

Pharmacien clinicien

CAMILLE GAGNON, PharmD

Pharmacienne clinicienne

MAI KHALIL, B. Sc.

Adjointe, Services cliniques

PRETHA NAGARATNAM, B. Sc.

Adjointe, Services cliniques

BONNE PAMARAN, B. Sc. (math. app.), M. (math. app.)

Analyste de la tarification

Les auteurs remercient les nombreuses personnes chez Express Scripts Canada qui ont consacré temps et efforts en vue de la rédaction du *Rapport sur les tendances en matière de médicaments en 2016*.



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](https://twitter.com/ExpressRxCanada)

 [Express Scripts Canada](https://www.linkedin.com/company/express-scripts)



EXPRESS SCRIPTS®