



2023

**Rapport sur les
tendances et
références
canadiennes**
en matière de
consommation
de médicaments.

Table des matières

Glossaire	3
Avant-propos	4
1. Introduction	8
2. Coûts et utilisation	11
a. Tendances des coûts	12
b. Tendances de l'utilisation	20
c. Utilisation de médicaments génériques	24
3. Médicaments de spécialité	29
a. Partage des coûts et réclamants	30
b. Produits biologiques biosimilaires	35
4. Médicaments par classe thérapeutique	37
a. Dix premiers par montant admissible	38
b. Médicaments en voie de commercialisation	45
5. Gestion de régimes	46
a. Politique de substitution générique	47
b. Coassurance et franchise	48
c. Limite des frais d'exécution	49
d. Maximum annuel	51
e. Autorisation préalable	52
6. Conclusion	53

Glossaire

Montant traité :	Montant payé au titre du régime après l'application de tout paramètre fiscal configuré dans le régime.
Biosimilaire :	Santé Canada définit un médicament biosimilaire comme un médicament biologique très semblable à un médicament biologique dont la vente était déjà autorisée. Le biosimilaire est fabriqué après l'expiration du brevet du médicament biologique de référence.
Titulaire du certificat :	L'employé couvert (également appelé le titulaire de carte principal) et ses bénéficiaires liés (c.-à-d. conjoint, enfants).
Réclamant :	Une personne assurée qui a soumis une demande de règlement pour un médicament ou un produit médical.
Montant admissible :	Montant en dollars du coût du médicament jugé admissible à la couverture par TELUS Santé, avant l'application de tout paramètre fiscal configuré dans le régime (p. ex., la coassurance).
Générique :	Copie bioéquivalente d'un médicament de marque, fabriquée après l'expiration du brevet du médicament de marque.
Réclamants à coût élevé :	Les réclamants dont le montant annuel admissible est supérieur à 10 000 \$. Au sein de ce groupe, ceux dont le montant annuel admissible est supérieur à 100 000 \$ sont décrits comme des réclamants à coût extrêmement élevé.
Assuré(s) :	Abréviation de « personne(s) assurée(s) », c.-à-d. employé(s), conjoint(s) ou personne(s) à charge ayant une couverture d'assurance, qu'une demande ait été soumise ou non au cours de la période d'adhésion.
Marque multisource :	Médicament de marque pour lequel il existe un ou plusieurs équivalents génériques.
Produit biologique de référence :	Premier médicament à grande molécule sur le marché qui contient des organismes vivants, également appelé produit biologique « original » ou « innovateur ».
Médicament de marque à source unique :	Médicament de marque pour lequel il n'existe aucun équivalent générique.
Médicaments de spécialité :	Médicaments complexes, y compris les produits biologiques, qui coûtent plus cher (définis par TELUS Santé comme coûtant 10 000 \$ ou plus par année par réclamant).
Médicaments d'ordonnance traditionnels :	Médicaments à base de produits chimiques qui sont généralement moins coûteux.
Utilisation :	Nombre de demandes payées par assuré ou certificat, tel que spécifié.

Avant-propos du rapport

Alors que nous sortons de la pandémie de COVID-19, le Rapport 2023 sur les tendances et références canadiennes en matière de consommation de médicaments (le Rapport sur les tendances en matière de consommation de médicaments) nous donne un aperçu convaincant et détaillé de l'impact que les dernières années ont eu sur l'assurance santé et les médicaments d'ordonnance au Canada.

L'édition 2023 offre à toutes les parties prenantes concernées des perspectives importantes sur les forces motrices qui déclenchent ces changements.

La fin de la pandémie a été marquée par un lent retour à la normale en 2022, mais de nombreux progrès restent à accomplir. De nombreuses conclusions du rapport de cette année suggèrent que 2022, et peut-être 2023, pourraient être considérées comme le calme avant la tempête, car les régimes privés d'assurance-médicaments n'ont pas encore ressenti tout l'impact du retour à la normale depuis la fin de la pandémie de COVID-19. Si certaines tendances indiquent un retour aux niveaux pré-pandémiques, nous constatons que les gens, partout au Canada, essaient de rattraper les rendez-vous médicaux qui ont été manqués ou retardés à cause de la pandémie et sont maintenant confrontés à des temps d'attente importants en raison d'un arriéré global dans le système de santé publique. Il faudra peut-être attendre encore plusieurs années avant que ces participants au régime puissent reprendre les rendez-vous médicaux, les examens paracliniques et les interventions chirurgicales retardés.





D'autre part, les personnes qui ont pu prendre des rendez-vous médicaux peuvent contribuer à un nombre plus élevé de demandes de règlement et à un coût plus élevé par demande en raison d'un report des soins et d'un diagnostic plus tardif, étant donné que des maladies graves peuvent ne pas avoir été détectées ou s'être aggravées au cours des années de pandémie. À titre de comparaison, de 2014 à 2019, le nombre de demandes de règlement par personne a toujours oscillé autour de 10 demandes par an. À la fin de l'année 2020, ce nombre était passé à 11,4 demandes en moyenne, en grande partie en raison des politiques provinciales imposant des jours d'approvisionnement plus courts afin de limiter les pénuries de médicaments, et il est resté nettement supérieur aux chiffres d'avant la pandémie, avec 10,8 demandes en 2022.

On observe également une évolution des montants admissibles par tranche d'âge, les jeunes adultes prenant le pas sur les personnes plus âgées. L'analyse des données relatives aux demandes de règlement par âge révèle que le taux de croissance du montant admissible pour les participants de moins de 25 ans, soit 14,2 %, est plus du double de celui des participants âgés de 60 à 64 ans (6,2 %) et de 50 à 59 ans (5,4 %).

Le rapport souligne également l'impact croissant des politiques de substitution par des biosimilaires sur l'évolution des coûts en 2022 et constate que les économies sont principalement compensées par l'augmentation de l'utilisation de thérapies de deuxième et de troisième intention, plus coûteuses, pour les maladies chroniques telles que le diabète. Il en résulte une croissance modérée des dépenses des régimes privés d'assurance-médicaments pour la troisième année consécutive, avec une légère baisse en 2022.

La Colombie-Britannique a été la première province à lancer une politique de substitution en 2019 et a vu la part des biosimilaires dans les demandes de règlement aux régimes privés dans la catégorie des produits biologiques grimper de 5,5 % au début de 2019 à 20,4 % à la fin de l'année. En décembre 2022, les biosimilaires représentaient 64,7 % des demandes de règlement pour l'ensemble des produits biologiques. Des résultats tout aussi spectaculaires ont été enregistrés au Québec, où la part a atteint 38 % à la fin du mois d'avril 2022. À la fin de 2022, à l'instar de la Colombie-Britannique, la part au Québec a atteint 64,8 %.

Ces politiques ont eu un effet domino sur les régimes privés d'assurance-médicaments, en particulier en Colombie-Britannique et au Québec, où les promoteurs ont suivi l'exemple des payeurs publics en ce qui concerne la substitution par des biosimilaires. Au niveau national, cela s'est traduit par une croissance importante de biosimilaires dans les demandes de règlement de la catégorie des produits biologiques, qui est passée de seulement 4,2 % en janvier 2019 à 32 % en décembre 2022. Cette évolution devrait s'accélérer en 2023 et 2024, lorsque les autres provinces et territoires auront achevé leur période de transition.

L'impact de la politique de substitution par des biosimilaires n'est qu'un facteur parmi d'autres dans l'évolution de la proportion des coûts des régimes en 2022. Pour la première fois en plus de dix ans, le taux de croissance des médicaments spécialisés a été inférieur à celui des médicaments classiques. Alors que le nombre de demandeurs a augmenté pour les médicaments spécialisés – l'augmentation la plus importante en une seule année depuis que TELUS Santé en fait état – la part des montants admissibles a diminué pour la première fois depuis 2008 par rapport aux médicaments classiques. En revanche, l'utilisation et les coûts connexes des médicaments classiques ont également augmenté en 2022, avec une remontée de l'utilisation depuis le début de la pandémie.

L'augmentation des demandes de règlement pour des médicaments classiques coûteux dans deux des dix principales catégories de médicaments – le diabète et le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) – a également entraîné une diminution proportionnelle des médicaments spécialisés en tant que principaux facteurs de coûts. En fait, après dix ans, la catégorie de la polyarthrite rhumatoïde a cédé sa première place au diabète, grâce aux preuves concrètes des avantages cliniques de certaines thérapies plus coûteuses pour la gestion du diabète et la perte de poids. Dans cette catégorie, Ozempic s'est distingué en arrivant en deuxième position sur la liste de TELUS Santé des 10 principaux produits par coût admissible.





Les tendances concernant le lien entre la COVID-19 et la détérioration de la santé mentale sont devenues plus évidentes après trois ans de statistiques disponibles, en particulier chez les jeunes adultes. Les demandes de règlement d'antidépresseurs restent élevées par rapport aux années précédant la pandémie et la plus forte croissance de l'utilisation s'est produite parmi les participants au régime âgés de moins de 19 ans. La croissance est encore plus évidente si l'on considère la proportion de demandeurs appartenant à ce groupe d'âge, qui est passée de 15,9 % de toutes les demandes de règlement d'antidépresseurs en 2018 à 19,3 % en 2022.

Nous espérons que des données comme celles-ci, et d'autres présentées dans les pages qui suivent, continueront d'offrir aux assureurs privés et aux conseillers en avantages sociaux des informations précieuses qui les aideront à adapter et à améliorer leurs régimes d'avantages sociaux. TELUS Santé s'engage à fournir des informations exploitables aux promoteurs de régimes, aux prestataires et aux conseillers sur les principaux facteurs de changement en matière de coûts et d'utilisation ainsi que sur l'impact des mesures de gestion des coûts, en maintenant cette précieuse collaboration qui aide à soutenir les employés dans leur quête d'une meilleure santé et d'un plus grand bien-être.

Depuis près de 15 ans, nous travaillons sans relâche pour briser les silos de données en stimulant l'efficacité par la collaboration et en numérisant la chaîne de valeur dans ce secteur hautement critique. En continuant à fournir des informations importantes telles que celles contenues dans le Rapport sur les tendances en matière de consommation de médicaments, nous souhaitons rester fidèles à notre engagement de favoriser un avenir plus sain en aidant les Canadiens à mener une vie plus heureuse et en meilleure santé.



Martin Bélanger

Directeur général en chef, Solutions pour les payeurs



2023
**Rapport sur les
tendances et
références
canadiennes**
en matière de
consommation
de médicaments.

1. Introduction

La croissance des dépenses liées aux régimes privés d'assurance médicaments a été modérée pour la troisième année consécutive; en fait, elle a légèrement diminué en 2022 par rapport aux deux années précédentes.

Le facteur le plus important : les médicaments de spécialité. Bien qu'ils demeurent un facteur majeur de la croissance des dépenses pour les régimes privés d'assurance médicaments, ils ont desserré leur emprise en 2022. La mise en œuvre de politiques de transition vers des biosimilaires en sont la cause – à tel point que la catégorie des médicaments contre la polyarthrite rhumatoïde, dominée par les produits biologiques pour lesquels des biosimilaires à moindre coût sont maintenant accessibles, a chuté à la deuxième position sur la liste des dix premiers après plus d'une décennie en première place. Pour la première fois en plus de 10 ans, la part des médicaments de spécialité dans le montant total admissible a également diminué légèrement, malgré la plus forte augmentation du nombre de réclamants en un an.





D'autre part, l'utilisation accrue de certains médicaments pour traiter le diabète a joué un rôle dans le changement d'équilibre entre les médicaments de spécialité et ceux traditionnels. En effet, la catégorie du diabète constitue aujourd'hui la catégorie numéro un par montant admissible, après des années de croissance constante.

Dans l'ensemble, l'utilisation mensuelle des régimes privés d'assurance médicaments a très peu changé en 2022. Après la pandémie, le nombre d'assurés soumettant une demande est demeuré plus faible que d'habitude, tandis que le nombre de demandes par réclamant est demeuré plus élevé que d'habitude. Toutefois, les deux tendances semblent rejoindre les niveaux prépandémiques.

Un examen plus approfondi des demandes et des réclamants révèle trois constats majeurs : une augmentation des demandes pour des assurés âgés de moins de neuf ans, probablement pour les antibiotiques afin de traiter des infections respiratoires; un plus grand nombre de réclamants et de demandes pour des antidépresseurs, en particulier chez les assurés de moins de 19 ans; et plus de réclamants adultes pour des médicaments afin de traiter le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention.

Le rapport de tendances des données sur les médicaments et points de repère nationaux de TELUS Santé 2023 a recueilli les données des demandes de plus de 4,6 millions de titulaires de carte principaux en 2022. En plus d'analyser les tendances des données sur les demandes, ce rapport sert de référence pour l'adoption d'outils de gestion des régimes, y compris les politiques de substitution générique obligatoires.



2023
**Rapport sur les
tendances et
références
canadiennes**
en matière de
consommation
de médicaments.

2. Coûts et utilisation



Portrait

- La croissance du montant mensuel admissible moyen par certificat a été modérée et légèrement inférieure à celle des deux dernières années
- Les participants plus jeunes ont résisté à la tendance, avec des augmentations à deux chiffres des montants admissibles chez les assurés âgés jusqu'à neuf ans
- Le taux de croissance du montant admissible moyen par demande est revenu aux niveaux habituels après une forte augmentation en 2021
- L'augmentation du montant admissible par demande était nettement inférieure à la variation de l'indice des prix à la consommation en 2022, ce qui constitue un renversement des résultats de 2021 et 2020
- Dans l'ensemble, l'utilisation mensuelle des régimes d'assurance médicaments n'a pas changé en 2022; à l'échelle régionale, cependant, la croissance a été modérée dans l'Ouest canadien alors que le Québec a connu un déclin modeste
- Avant la pandémie, le nombre d'assurés qui ont soumis une demande est demeuré inférieur à la normale, tandis que le nombre de demandes par réclamant est demeuré plus élevé, bien que les deux tendances semblent rejoindre les niveaux pré-pandémiques
- La part des demandes pour des médicaments génériques a augmenté de façon constante, bien qu'à un rythme plus lent en 2022

Tendances des coûts

La croissance des dépenses des régimes privés d'assurance médicaments demeure modérée pour la troisième année consécutive; en fait, elle a même quelque peu diminué en 2022, probablement en raison des nouvelles politiques liées aux médicaments biosimilaires.

Plus précisément, lorsque nous examinons le montant mensuel moyen des coûts des médicaments admissibles à la couverture répartis entre tous les certificats (c.-à-d. les employés titulaires de carte principaux), le taux de croissance était de 2,6 % en 2022, comparativement à 3,2 % en 2021 et à 2,8 % en 2020 (tableau 1).

En dollars, le montant mensuel admissible moyen par certificat était de 103,30 \$ à la fin de 2022, comparativement à 100,73 \$ en 2021 et à 97,58 \$ en 2020 (tableau 2).

À l'échelle régionale, c'est au Québec que la courbe de croissance s'est le plus aplanie : son montant mensuel admissible moyen par certificat a diminué de -1,4 % (tableau 3).

« L'entrée en vigueur de la politique québécoise sur les médicaments biosimilaires au début de 2022 a incité les assureurs de régimes privés à l'adopter rapidement, ce qui explique le ralentissement de la croissance des dépenses en médicaments dans cette province », déclare Lavina Viegas, directrice, Pratiques exemplaires de traitement et mise en œuvre des données de TELUS Santé. Pour en savoir plus sur l'impact des politiques de transition vers les biosimilaires, voir la page 35.



De plus, le Québec a déclaré une baisse globale de l'utilisation des régimes privés d'assurance médicaments en 2022. Cela aurait également contribué à la baisse du montant mensuel moyen admissible (voir la page 20).

Lorsque nous examinons les données des demandes par tranches d'âge, le taux de croissance du montant admissible chez les assurés de moins de 25 ans, soit 14,2 %, est plus du double de celui de ceux âgés de 60 à 64 ans (6,2 %) et de 50 à 59 ans (5,4 %) (tableau 4). La part du lion de cette croissance, de loin, provient des plus jeunes assurés, chez qui le montant admissible a bondi de 33,6 % pour les moins de cinq ans et de 26,5 % pour ceux âgés de cinq à neuf ans.



Les très jeunes enfants ont évité l'exposition à un certain nombre d'infections comme la grippe, le VRS et la pharyngite streptococcique au cours des deux premières années de la COVID-19, ce qui a entraîné une recrudescence d'infections respiratoires lorsque les mesures de santé publique ont été levées, explique Mme Viegas.



Elle ajoute que les thérapies plus coûteuses constituent également un facteur : « Leurs indications s'élargissent pour inclure des groupes d'âge plus jeunes. »

La croissance a été suffisante pour déplacer les parts du montant total admissible, la part du groupe des assurés de moins de 25 ans passant de 12,4 % à 13,1 %, tandis que celle du groupe d'assurés le plus âgé, les 45 à 64 ans, chutait de 57,9 % à 56,7 % (tableau 5).

Toutefois, l'impact sur le montant total admissible en 2022 était négligeable compte tenu de la prédominance du groupe plus âgé et de la différence importante des montants annuels admissibles moyens par réclamant : 490,58 \$ par réclamant de moins de 25 ans en 2022, comparativement à plus de 1 000 \$ chez les réclamants de 45 ans et plus. Aux deux extrêmes, le montant annuel moyen admissible se chiffrait à 1 533,98 \$ chez les réclamants âgés de 60 à 64 ans et à seulement 197,48 \$ pour les réclamants âgés de moins de quatre ans.

Si l'on considère les demandes, tous âges confondus, le montant admissible moyen par demande était de 85,39 \$ en 2022, soit 2,3 % de plus que la moyenne de 83,44 \$ en 2021 (tableau 6). Cela fait suite à un taux de croissance exceptionnellement élevé de 8,9 % en 2021.





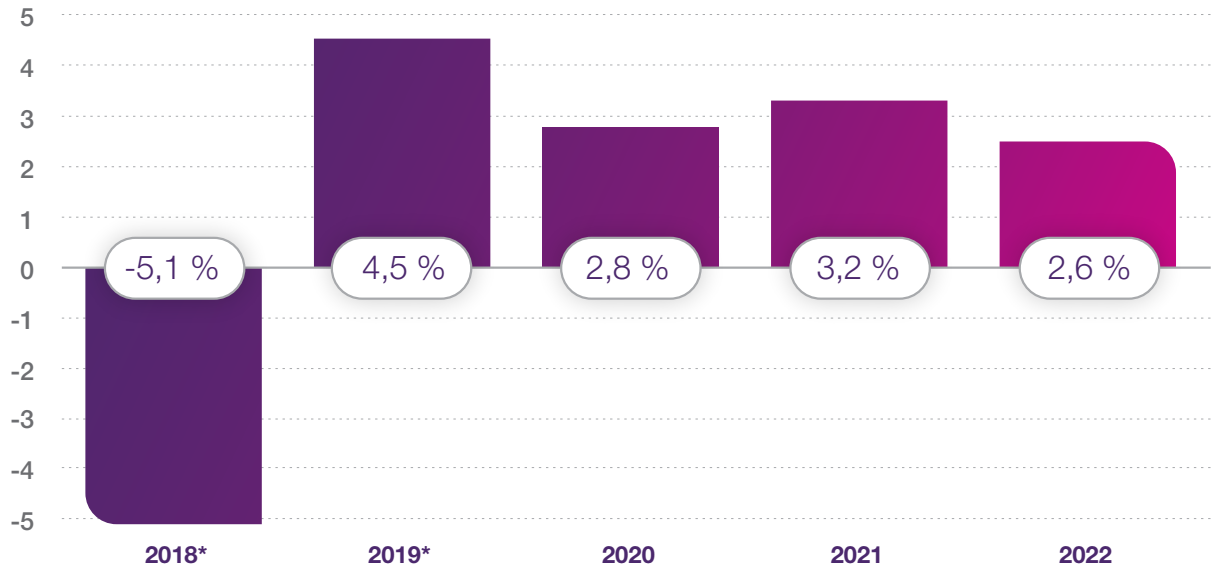
Au cours des trois années précédentes, le taux de croissance du montant admissible par demande variait entre 1,3 % et 3,0 %. « Les exécutions d'ordonnances sont revenues à 90 jours en 2021 après avoir été fixées à 30 jours en 2020 pour aider à préserver l'approvisionnement en médicaments. C'est probablement l'une des principales raisons de la hausse du coût par demande en 2021 », explique Mme Viegas.

À l'échelle régionale, les taux dans l'Ouest canadien (2,3 %) et l'Ontario (3,0 %) correspondaient au taux de croissance national de 2,3 % du montant admissible moyen par demande, tandis que le Canada atlantique (-0,4 %) et le Québec étaient sous la moyenne nationale (tableau 7). Voir le tableau 14 pour en savoir plus sur les différences entre les régions.

Une analyse supplémentaire effectuée par TELUS Santé a révélé que les régimes dont les formulaires sont gérés bénéficient de taux de croissance plus faibles et de montants admissibles moyens moins élevés par demande. En 2022, le montant admissible moyen par demande a augmenté de 2,4 % pour les régimes sans formulaires gérés, par rapport à 1,7 % pour les régimes avec formulaires gérés. En dollars, le montant admissible moyen par demande pour les régimes comportant des formulaires non gérés était de 88,53 \$, comparativement à 75,05 \$ pour les régimes comportant des formulaires gérés. En 2018, les montants respectifs étaient de 74,85 \$ et 67,05 \$.

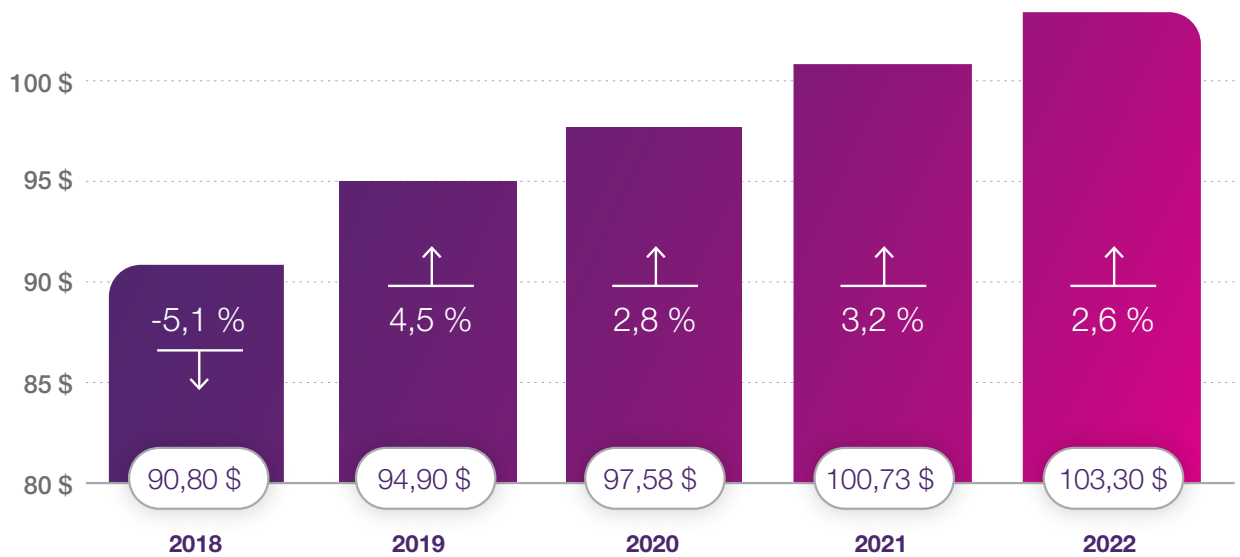
Comment le coût par demande se compare-t-il à [l'Indice des prix à la consommation](#) (IPC)? Au cours des deux premières années de la pandémie de COVID-19, les taux de croissance du montant admissible moyen par demande ont considérablement dépassé les variations de l'IPC. L'année dernière a vu un renversement de cette tendance. La variation de l'IPC a été de 6,8 % en 2022, soit la hausse la plus importante depuis 1982 (10,9 %) et près de trois fois le taux de croissance de 2,3 % du montant admissible par demande de règlement de médicaments (tableau 8).

TABLEAU 1 | Variation du montant mensuel moyen admissible par certificat, 2018 – 2022



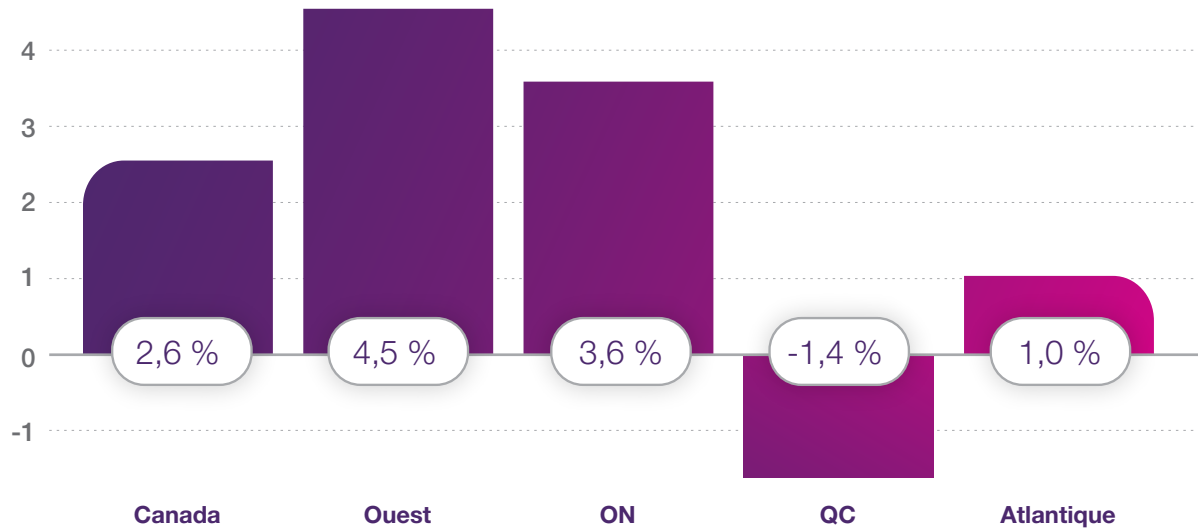
*Les résultats de 2018 et 2019 reflètent l'impact de l'Assurance-santé de l'Ontario+ en Ontario, qui a touché les régimes privés d'assurance médicaments du 1er janvier 2018 au 1er avril 2019. Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

TABLEAU 2 | Montant mensuel moyen admissible par certificat, 2018 – 2022



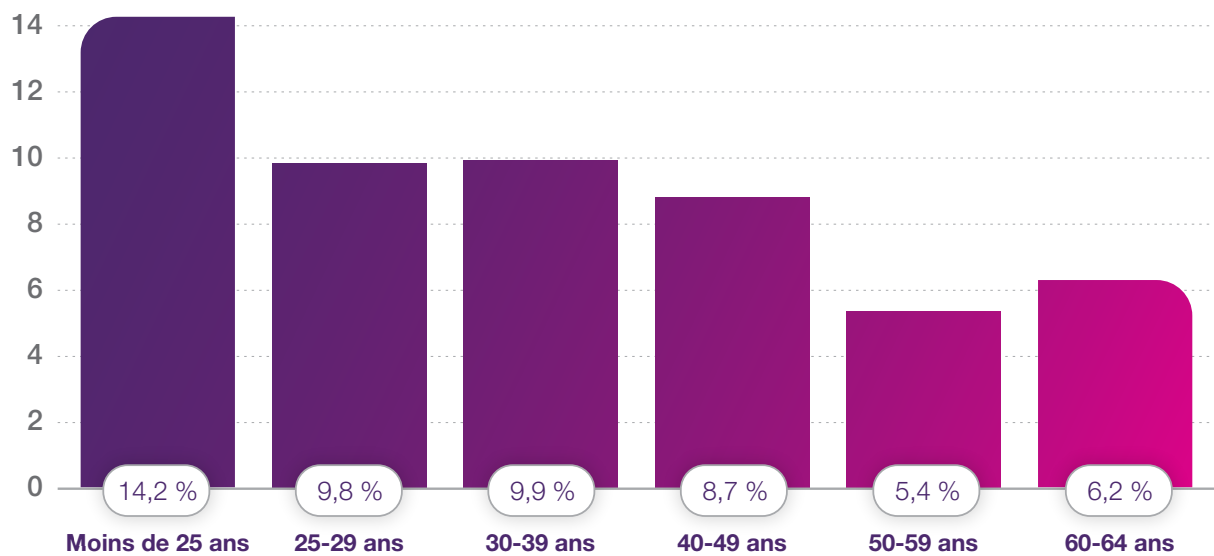
Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

TABLEAU 3 | Variation du montant mensuel moyen admissible par certificat par région, 2021 – 2022



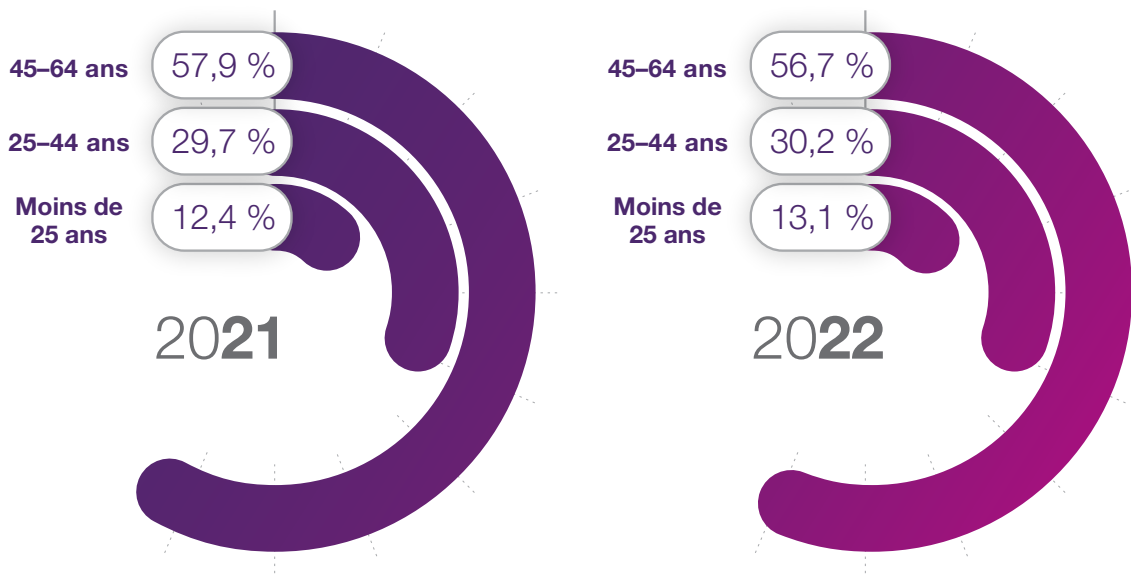
Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

TABLEAU 4 | Variation du montant total admissible par âge, 2021 à 2022



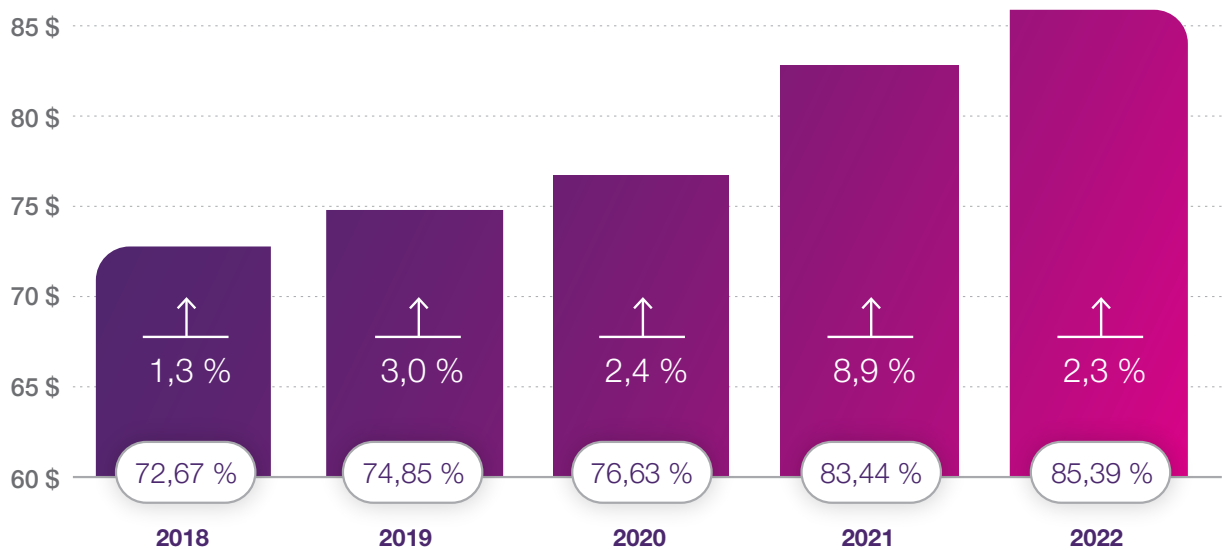
Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

TABLEAU 5 | Part du montant total admissible par âge, 2021 par rapport à 2022



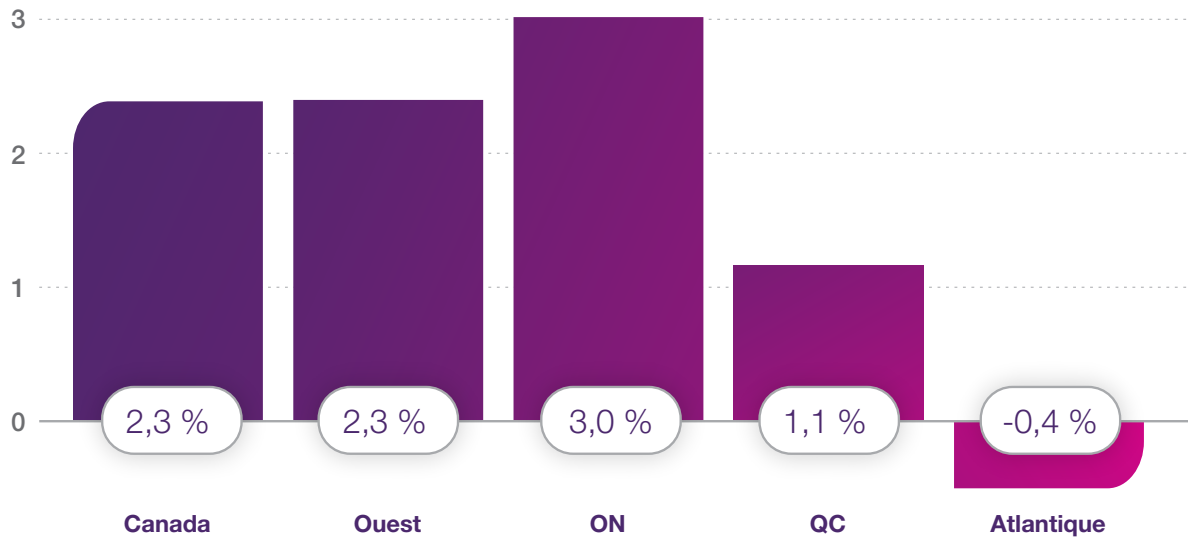
Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

TABLEAU 6 | Montant moyen admissible par demande, 2018 à 2022



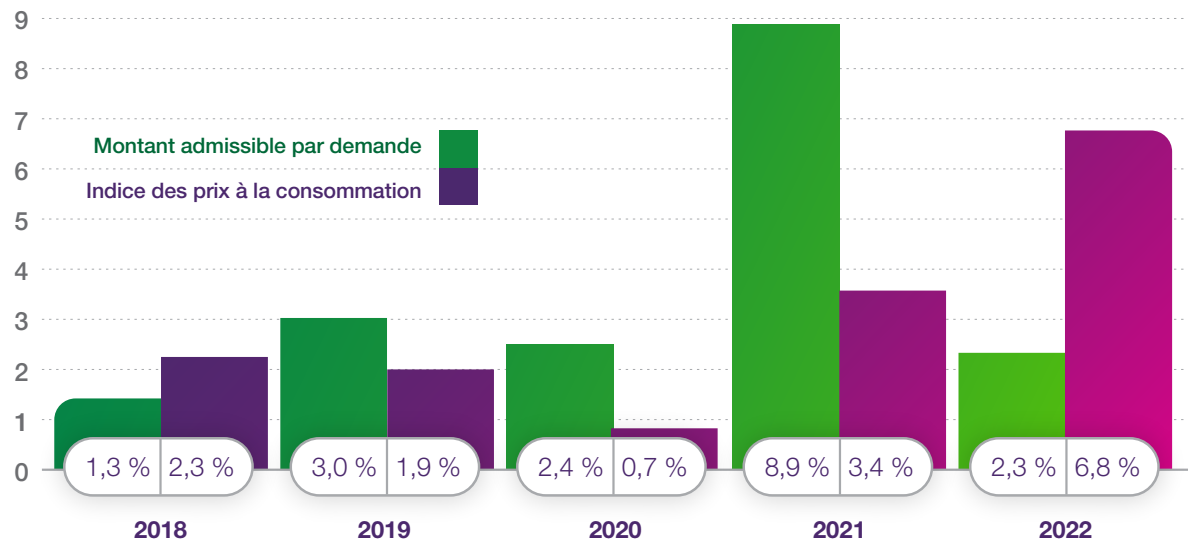
Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

TABLEAU 7 | Variation du montant mensuel moyen admissible par demande par région, 2021 à 2022



Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

TABLEAU 8 | Variation du montant mensuel moyen admissible comparativement à l'indice des prix à la consommation, 2018 à 2022



Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

Tendances liées à l'utilisation

L'utilisation mensuelle de régimes d'assurance médicaments d'ordonnance, répartie entre tous les certificats, est demeurée stable en 2022, avec un taux de croissance à peine perceptible de 0,2 % (tableau 9). Cela fait suite à une baisse de -5,2 % en 2021 (tableau 9).

Comme pour le montant moyen admissible (page 13), la région du Québec a été le principal facteur à l'origine de l'absence de croissance. L'utilisation mensuelle moyenne par assuré a diminué de -2,5 % dans cette province, comparativement à de faibles hausses de 2,2 % dans l'Ouest canadien, de 1,3 % au Canada atlantique et de 0,6 % en Ontario (tableau 10).

Ces résultats reflètent le fait que, depuis le début de la pandémie, moins d'assurés ont soumis des demandes. À la fin de 2020, la première année de la pandémie, 60,8 % des assurés avaient présenté une demande, une baisse par rapport à 67,3 % en 2019 (tableau 11). Ce nombre a encore diminué en 2021, pour s'établir à 59,2 %. Bien que le résultat de 61,1 % en 2022 suggère que l'utilisation rebondit, elle est encore bien en deçà des niveaux pré-pandémiques.

Le nombre de demandes par réclamant raconte une histoire différente. Avant la pandémie, le nombre de demandes par réclamant oscillait systématiquement autour de 10 demandes annuellement, selon les données de TELUS Santé de 2014 à 2019. À la fin de 2020, ce chiffre avait bondi de 11,2 % pour atteindre 11,4 demandes en moyenne (tableau 12). Bien que les niveaux aient quelque peu diminué depuis, passant à 11,1 demandes en 2021 et à 10,8 en 2022, ils sont toujours nettement supérieurs aux chiffres pré-pandémiques.

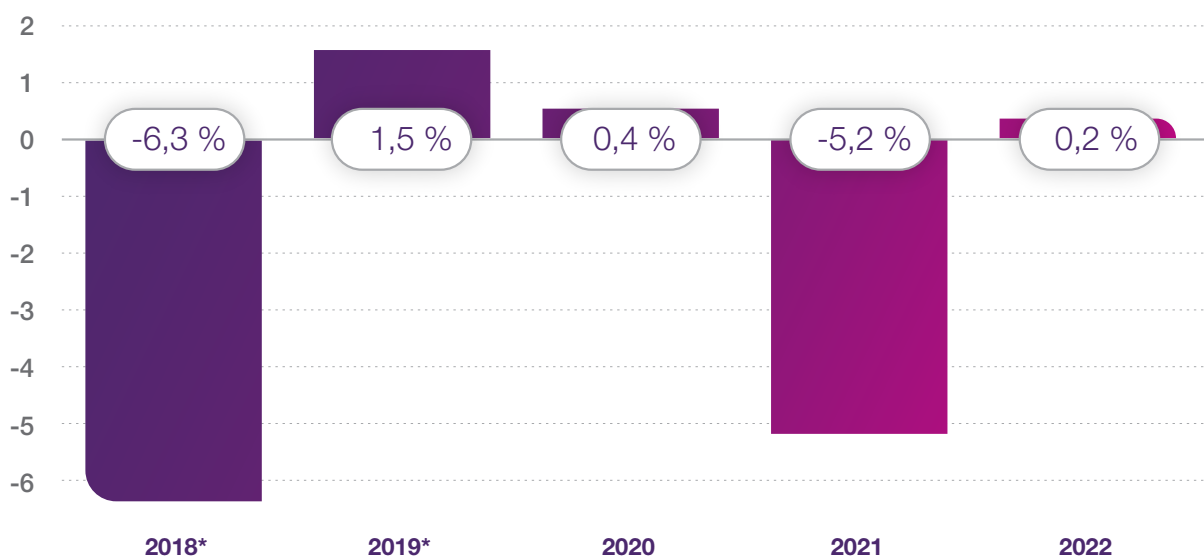
« Les Canadiens tentent de rattraper les rendez-vous médicaux qui ont été manqués ou reportés en raison de la pandémie, mais ils sont maintenant obligés d'attendre en raison de l'énorme retard encouru par le système de santé », explique Mme Viegas. « Et les personnes qui sont en mesure de rattraper leur retard pourraient contribuer à un nombre plus élevé de demandes et à un coût par demande plus élevé en raison des soins différés et de la pose d'un diagnostic à un stade plus avancé. »



Le montant annuel admissible moyen par réclamant était de 922,64 \$ en 2022, une légère baisse (-0,6 %) après deux années de taux de croissance exceptionnellement élevés au cours des deux premières années de la pandémie (13,9 % en 2020 et 6,0 % en 2021). Il y a cinq ans, à la fin de 2018, le montant annuel admissible moyen par réclamant était de 744,65 \$. Comme il a été mentionné précédemment, cela varie considérablement selon l'âge, allant de 197,48 \$ pour les réclamants de moins de quatre ans à 1 533,98 \$ pour les réclamants âgés de 60 à 64 ans (page 14).

Le tableau 14 présente les aperçus nationaux et régionaux des coûts et de l'utilisation en 2022.

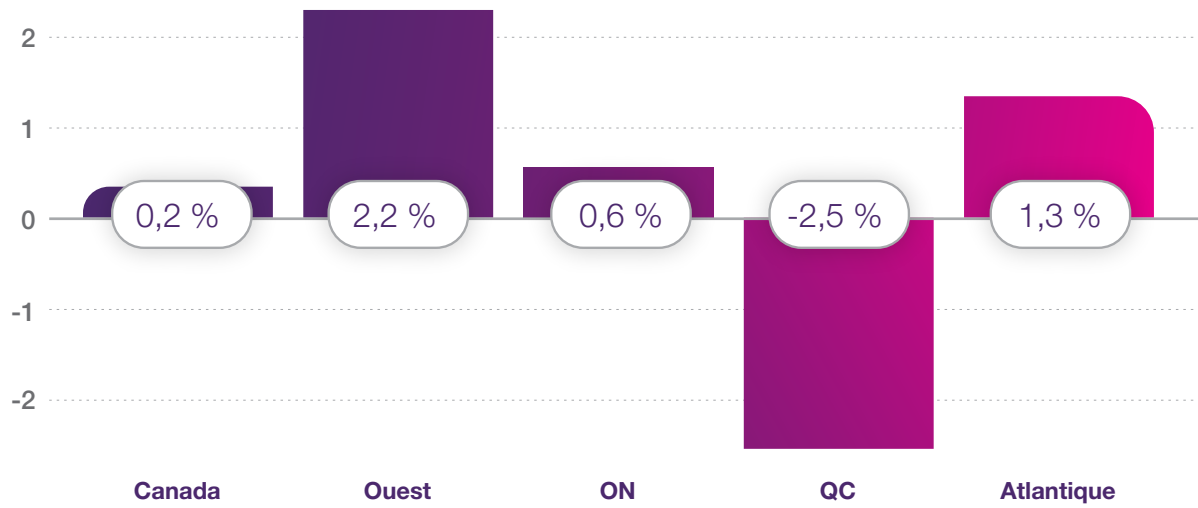
TABLEAU 9 | Variation de l'utilisation mensuelle par certificat, 2018 – 2022



*Les résultats de 2018 et 2019 reflètent l'incidence de l'Assurance santé de l'Ontario+ en Ontario, qui a touché les régimes privés d'assurance médicaments du 1er janvier 2018 au 1er avril 2019. Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

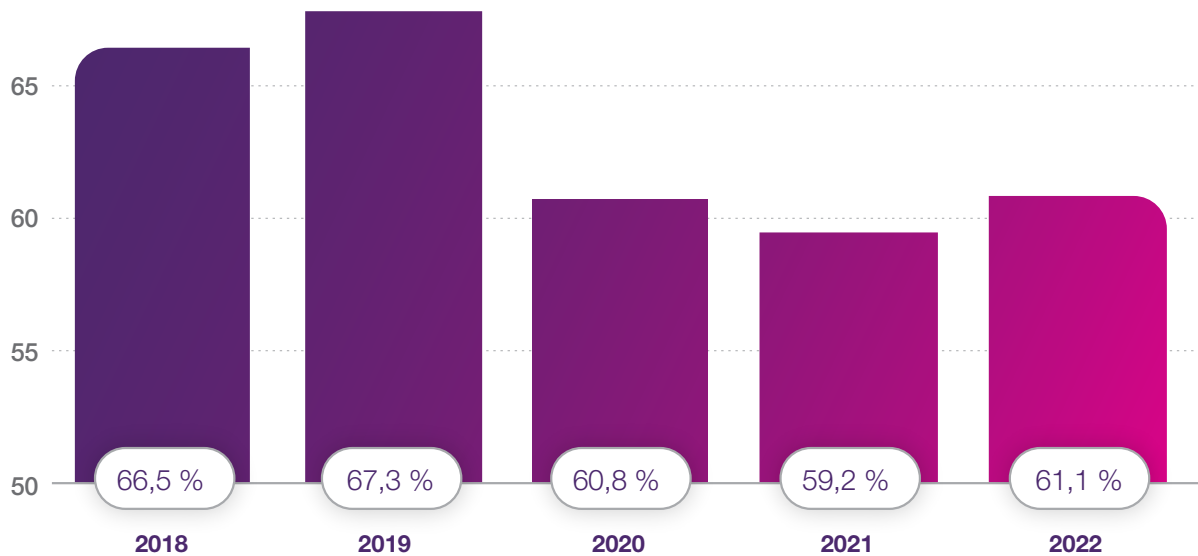


TABLEAU 10 | Variation de l'utilisation mensuelle par certificat par région, 2021 – 2022



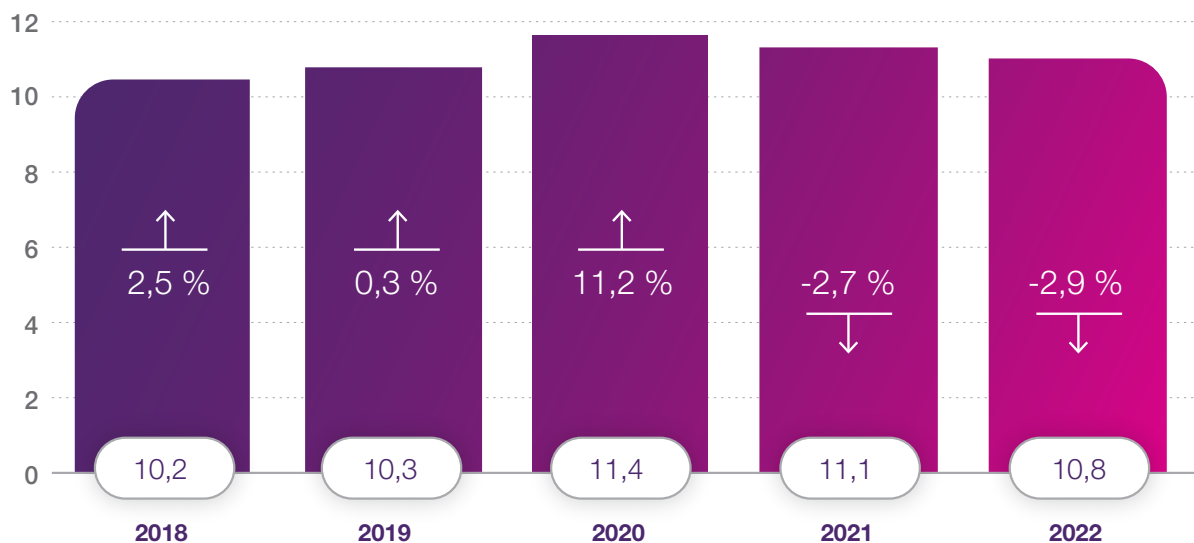
Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

TABLEAU 11 | Nombre d'assurés qui ont fait une demande, 2018 – 2022*



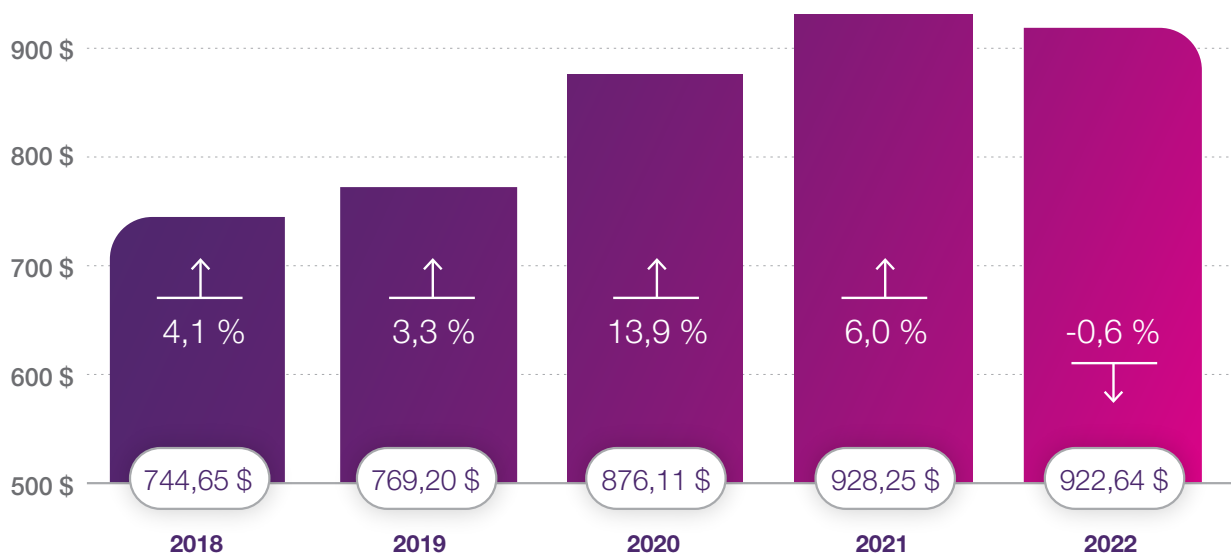
* Calculé sur la base d'une moyenne de 2,2 assurés par certificat. Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

TABLEAU 12 | Nombre de demandes par réclamateur, 2018 – 2022



Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

TABLEAU 13 | Montant annuel moyen admissible par réclamateur, 2018 – 2022



Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

TABLEAU 14 | Aperçu des coûts et de l'utilisation à l'échelle nationale et par région, 2022

	Canada	Ouest	Ontario	Québec	Atlantique
Montant moyen admissible par certificat	103,30 \$	78,46 ¹ \$	109,99 \$	128,76 \$	125,64 \$
Utilisation mensuelle par certificat	1,2	1,0	1,1	1,8 ²	1,3
Montant moyen admissible par demande	85,39 \$	78,59 \$	99,33 \$	70,10 ² \$	95,17 \$
Montant moyen admissible par réclamant	10,8	9,0	9,8	16,5 ²	10,6
Âge moyen du titulaire principal de carte/certificat	41,5	40,9	41,6	41,8	43,2

1 L'Ouest canadien détient le montant mensuel admissible le moins élevé par certificat, car les régimes provinciaux PharmaCare et d'assurance médicaments universels en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Saskatchewan deviennent automatiquement le payeur principal lorsque les adhérents au régime déboursent une franchise.

2 Le Québec détient le taux d'utilisation mensuelle par assuré le plus élevé, le montant admissible moyen le plus faible par demande et le plus grand nombre moyen de demandes par réclamant parce que les pharmacies québécoises mettent au point généralement des médicaments chroniques en approvisionnements de 30 jours, alors que les pharmacies des autres provinces mettent au point généralement des approvisionnements de 60 à 90 jours.

Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

Utilisation de médicaments génériques

La part des médicaments génériques dans les demandes couvertes par les régimes privés d'assurance médicaments a augmenté légèrement, passant de 65,6 % en 2021 à 66,2 % en 2022 (tableau 15). Bien que le taux de croissance ralentisse, la part des médicaments génériques dans les demandes augmente régulièrement depuis au moins 10 ans. Il y a cinq ans, en 2018, ils représentaient 62,4 % des demandes, et cinq ans auparavant, en 2014, leur part était de 56,9 %.

Les politiques de substitution obligatoire constituent le facteur le plus important de cette tendance à la hausse (page 47). Bien que ces régimes permettent toujours aux réclamants d'avoir accès à un médicament de marque, la couverture est réduite au prix du médicament générique et la différence entre ce prix et le prix de marque peut être imputée directement au réclamant ou par le biais du programme d'aide aux patients offert par le fabricant de marque.



À l'échelle régionale, le Canada atlantique continue de dominer avec un taux d'exécution d'ordonnances génériques de 72,0 %, pratiquement inchangé par rapport à 2021 (71,9 %), suivi de l'Ouest canadien (68,3 %), du Québec (66,5 %) et enfin de l'Ontario (63,8 %).

Sur une période de cinq ans, le Québec est en tête, avec une croissance de 4,6 points de pourcentage par rapport à 2018 (61,9 %) comparativement à un gain national de 3,8 points.

Quant aux 33,8 % des demandes restantes, 26,9 % concernent des médicaments de marque à source unique pour lesquels aucune option générique n'est offerte, ce qui est pratiquement inchangé par rapport à 2021 (27,1 %), et 6,9 % concernent des médicaments de marque à sources multiples pour lesquels des médicaments génériques sont offerts (tableau 16). Ce dernier résultat est en légère baisse par rapport à 2021 (7,2 %). Il y a dix ans, en 2014, les médicaments multisource représentaient 10,3 % des demandes.

Comme prévu, compte tenu de son classement au premier rang pour le taux d'exécution des médicaments génériques, le Canada atlantique affiche la plus faible part de demandes de médicaments de marque multisource (4,2 %). Pendant ce temps, les parts au Québec et en Ontario, qui accusent un certain retard dans la pénétration des génériques, sont les plus élevées, soit 8,2 % et 6,3 %, respectivement.

« Les niveaux plus élevés pour les marques multisources au Québec et en Ontario sont potentiellement attribuables à des comportements dictés par des médecins qui interdisent la substitution de certaines classes thérapeutiques de médicaments, par exemple pour le TDAH. Ou encore, il pourrait y avoir une plus grande adoption de programmes d'aide aux patients parrainés par les fabricants dans le centre du Canada, note Mme Viegas. »

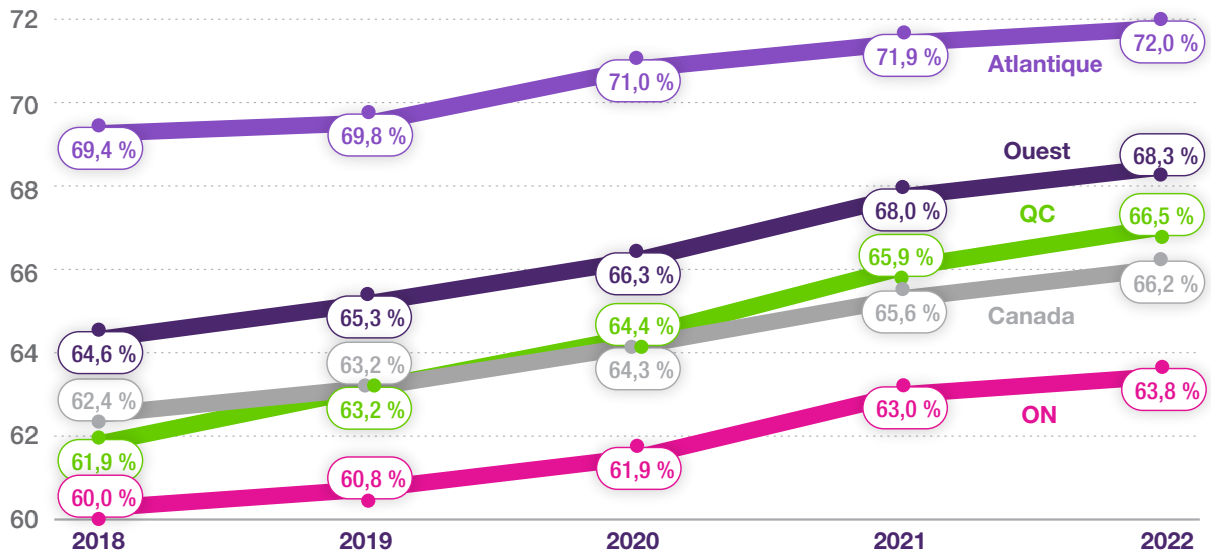


Lorsque l'on passe aux montants admissibles, la répartition bascule en raison du coût beaucoup moins élevé des médicaments génériques. En effet, la part de 66,2 % des demandes de remboursement des médicaments génériques s'est traduite par une part de 24,7 % du montant admissible en 2022, ce qui laisse 75,3 % du montant admissible pour les médicaments de marque à source unique et à sources multiples.

Il convient de noter que la part de 24,7 % du montant admissible des médicaments génériques en 2022 est inférieure à leur part de 25,4 % en 2018, même si leur part des demandes est passée de 62,4 % à 66,2 % au cours de cette période de cinq ans.

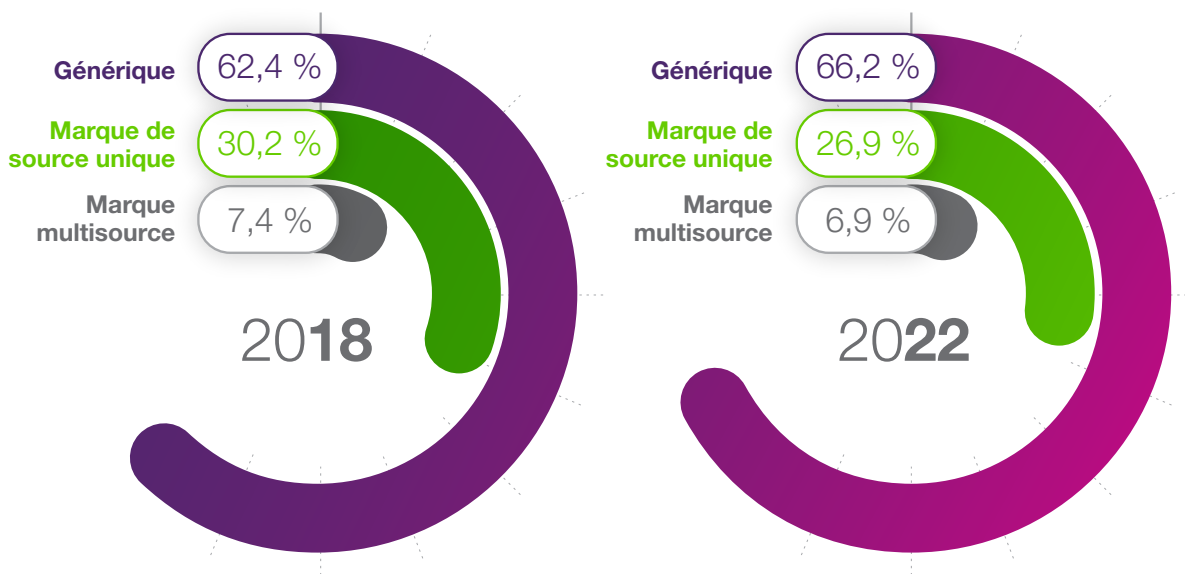
« Cela témoigne de l'impact du Cadre d'établissement des prix préférentiels pour les médicaments génériques de l'Alliance pharmaceutique canadienne, qui exige que le prix des médicaments génériques puisse être aussi bas que 15 % du prix de marque pour les médicaments à volume élevé comportant de nombreuses options génériques », explique Mme Viegas.

TABLEAU 14 | Utilisation des médicaments génériques à l'échelle nationale et par région, 2018 – 2022



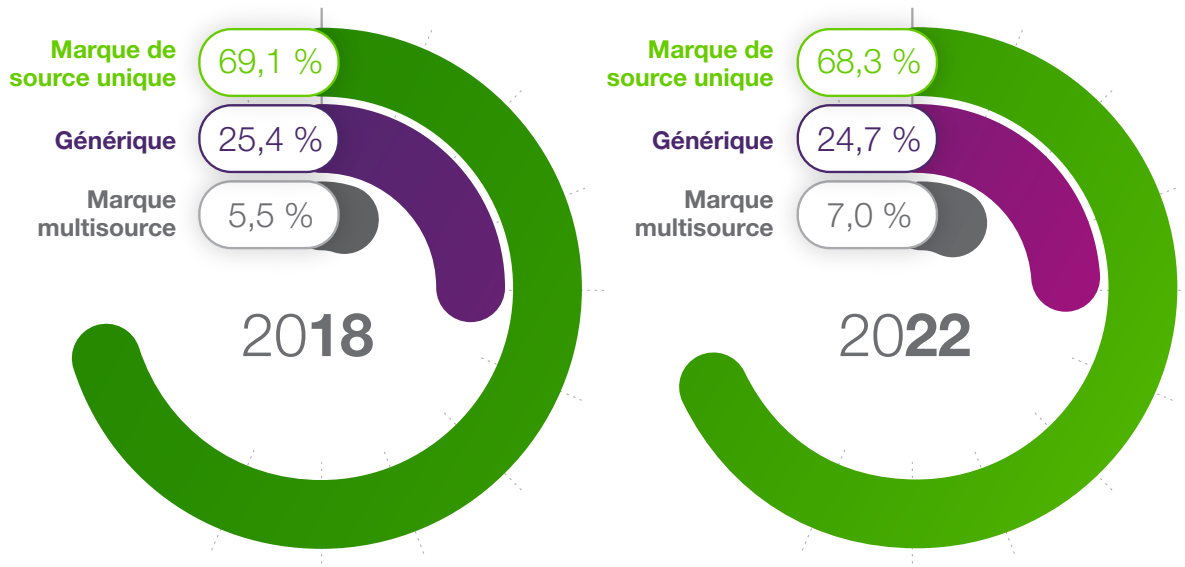
Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

TABLEAU 16 | Utilisation par type de médicament, 2018 par rapport à 2022



Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

TABLEAU 17 | Montant admissible par type de médicament, 2017 par rapport à 2021



Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

Sommaire

Les politiques de transition vers les biosimilaires ont influencé les tendances des coûts en 2022, contribuant à une augmentation relativement faible du montant admissible moyen par certificat. Il s'agit de la troisième année de taux de croissance raisonnables des dépenses des régimes d'assurance médicaments. L'utilisation d'un formulaire géré réduit encore plus le taux de croissance. Dans l'ensemble, l'utilisation mensuelle a très peu changé, atténuée en partie par deux tendances opposées : la proportion d'assurés soumettant une demande est demeurée plus faible que d'habitude, tandis que le nombre de sinistres par réclamant est demeuré plus élevé qu'à l'habitude. Cependant, les deux tendances semblent rejoindre les niveaux prépandémiques habituels.



2023
**Rapport sur les
tendances et
références
canadiennes**
en matière de
consommation
de médicaments.

3. Médicaments de spécialité



Portrait

- Pour la première fois en plus de dix ans, le montant admissible pour les médicaments de spécialité a augmenté à un rythme plus lent que celui des médicaments traditionnels
- Bien que les médicaments de spécialité aient maintenu leur part du tiers du montant total admissible, cette part a légèrement diminué, et ce, pour la première fois depuis le début de la production de rapports en 2008
- Parallèlement, le nombre de réclamants a augmenté pour les médicaments spécialisés
- À l'échelle régionale, la part des médicaments de spécialité dans le montant total admissible a continué d'être disproportionnellement plus élevée au Canada atlantique et nettement plus faible dans l'Ouest canadien
- Les politiques provinciales d'adoption des biosimilaires ont eu un effet d'entraînement sur les régimes privés d'assurance-médicaments, en particulier en Colombie-Britannique et au Québec

Partage des coûts et réclamants

Bien que la croissance se poursuive pour les médicaments de spécialité, la trajectoire ascendante n'est pas aussi abrupte que les années précédentes. Et pour la première fois en plus de dix ans, le taux de croissance des médicaments de spécialité a été inférieur à celui des médicaments traditionnels.

Le montant total admissible pour les médicaments de spécialité a augmenté de 6,5 % en 2022, en baisse par rapport à 8,6 % en 2021 et à 10,6 % en 2020 (tableau 18). Parallèlement, le montant admissible pour les médicaments traditionnels a augmenté de 8,9 %, en hausse par rapport à 2,1 % en 2021 et à 1,8 % en 2020.

« Une combinaison de facteurs contribue à l'augmentation des dépenses pour les médicaments traditionnels, explique Mme Viegas. L'utilisation remonte progressivement depuis le début de la pandémie, et deux des dix principales catégories, le diabète et le TDAH, connaissent une très forte croissance pour les médicaments qui sont relativement coûteux par rapport aux autres médicaments traditionnels. »

Lorsque les montants admissibles sont combinés, les médicaments de spécialité détiennent une part de 33,1 %, en baisse par rapport à 33,6 % en 2021 (tableau 2). Bien qu'une baisse de 0,5 point de pourcentage puisse être qualifiée de marginale, il s'agit du premier déclin depuis que TELUS Santé a commencé à rapporter les données sur les demandes de médicaments de spécialité en 2008.

Un dernier point mérite d'être noté : la décélération apparente des médicaments de spécialité s'est produite même si le nombre de réclamants est passé de 1,4 % à 1,7 % pour l'ensemble des réclamants. Encore une fois, alors que l'augmentation de 0,3 point de pourcentage pourrait être qualifiée de non remarquable, il s'agit de la plus forte augmentation annuelle depuis 2008 et représente des dizaines de milliers de nouveaux patients prenant des médicaments de spécialité.

Malgré l'augmentation du nombre de réclamants de médicaments spécialisés, le taux plus lent de croissance des montants admissibles semble avoir atténué le fardeau grandissant de cette catégorie pour les régimes privés d'assurance médicaments.

Plus précisément, lorsque les montants admissibles aux médicaments de spécialité sont répartis entre tous les certificats ou titulaires de carte principaux, le montant mensuel moyen admissible par certificat a augmenté de seulement 0,9 % en 2022 pour atteindre 34,14 \$, après des hausses de 7,7 % en 2021 et de 8,8 % en 2020 (tableau 20).

« Cela est fort probablement dû à l'utilisation accrue des biosimilaires et aux économies de coûts qui en résultent. Les programmes publics de transition ont augmenté au cours des deux dernières années et un certain nombre de payeurs privés ont emboîté le pas », explique Mme Viegas. Pour en savoir plus sur l'incidence des politiques provinciales d'adoption des biosimilaires, consultez la page 35.)

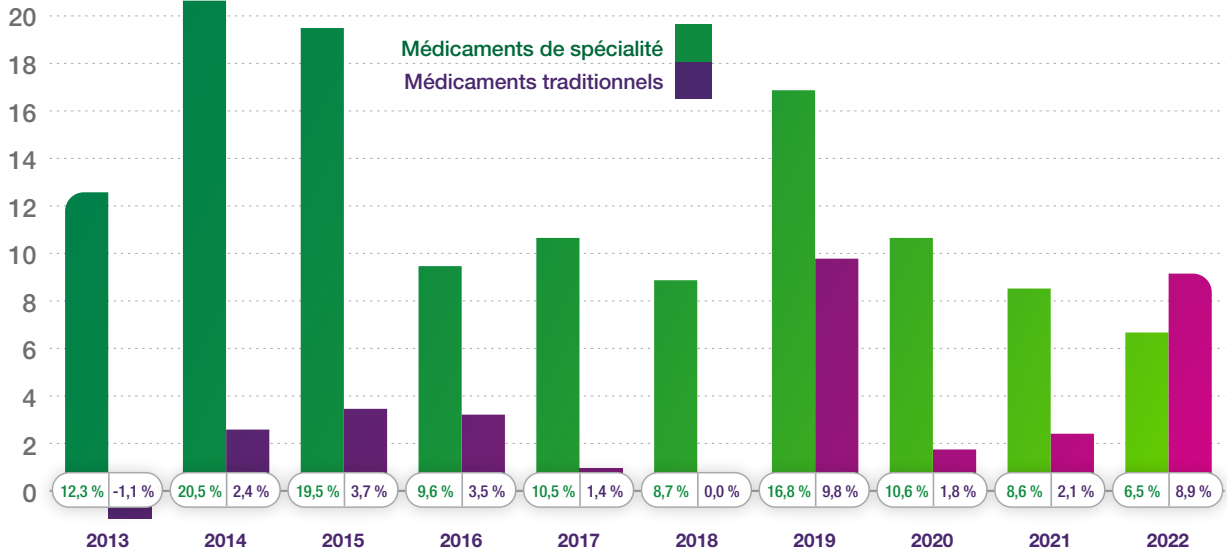
Du côté des médicaments traditionnels, le montant mensuel admissible moyen par certificat a augmenté de 3,2 % pour atteindre 69,06 \$ en 2022, comparativement à une hausse de 1,2 % en 2021 qui est pratiquement restée inchangée en 2020 (0,1 %). Pour les médicaments traditionnels et de spécialité combinés, le montant moyen par certificat était de 103,20 \$ en 2022 comparativement à 100,73 \$ en 2021, soit une augmentation de 2,5 % après des hausses de 3,3 % en 2021 et de 2,7 % en 2020.

Quant aux médicaments de spécialité à l'échelle régionale, le Canada atlantique continue de prendre une longueur d'avance pour ce qui est de la part du montant total admissible, représentant 39,6 % en 2022, comparativement à 33,1 % à l'échelle nationale (tableau 21). La prévalence plus élevée de certaines maladies génétiques rares au Canada atlantique est le principal facteur à l'origine de cette variation régionale.

À l'autre extrême se trouve l'Ouest canadien, où les médicaments de spécialité représentent 26,1 % du montant total admissible. La part historiquement plus faible de cette région est attribuable aux régimes universels d'assurance médicaments de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba, où la couverture publique entre automatiquement en vigueur lorsque les participants déboursent une franchise établie en fonction de leur revenu.

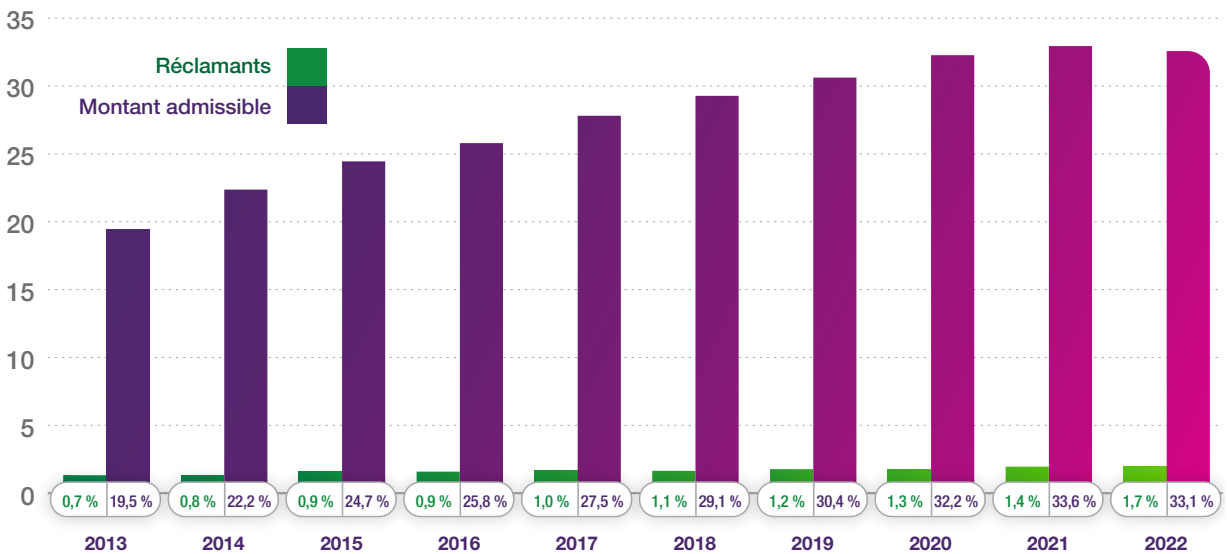


TABLEAU 18 | Variation du montant total admissible pour les médicaments de spécialité et traditionnels, 2013 – 2022



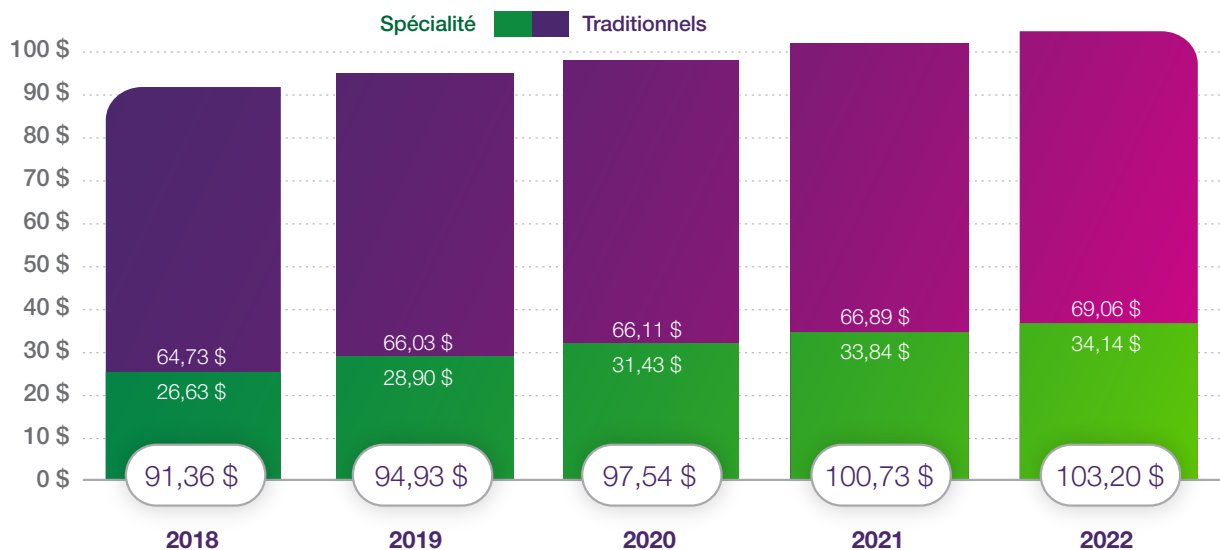
Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

TABLEAU 19 | Médicaments de spécialité par part de réclamants et montant admissible, 2013 – 2022



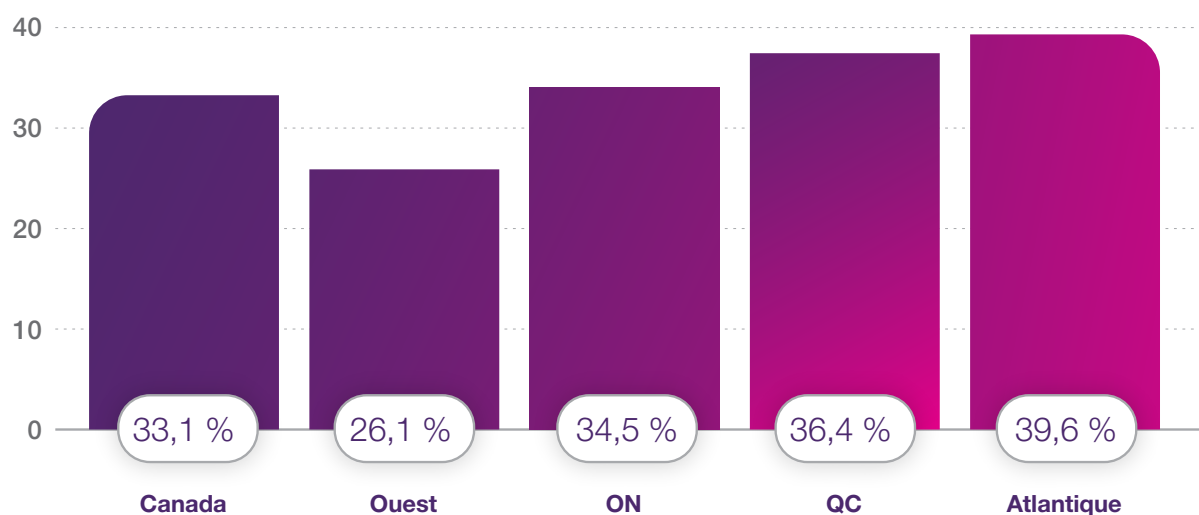
Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

TABLEAU 20 | Montant mensuel moyen admissible par certificat pour les médicaments traditionnels et de spécialité, 2018 – 2022



Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

TABLEAU 21 | Part des médicaments de spécialité du montant admissible par région, 2022



Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.



Produits biologiques biosimilaires

En date d'avril 2023, huit provinces et deux territoires avaient mis en œuvre ou annoncé des politiques visant à déplacer ou à transférer la couverture des régimes publics des produits biologiques d'origine aux produits biologiques biosimilaires. Les régimes privés emboîtent le pas, comme en témoignent les données sur les demandes de règlement de TELUS Santé, bien que la participation dépende fortement de la province ou du territoire.

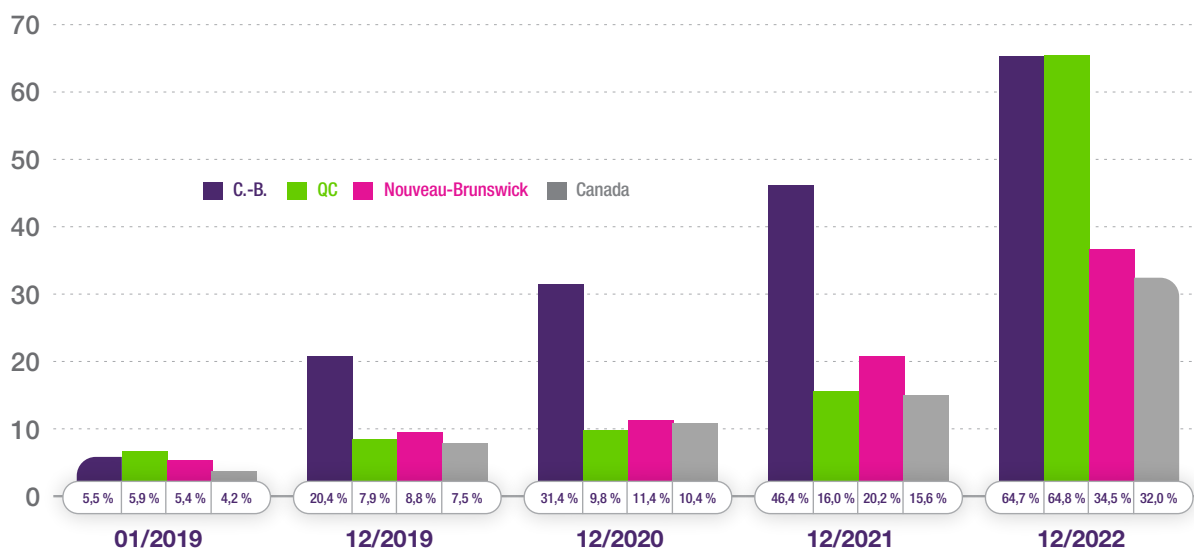
La Colombie-Britannique a été la première à lancer une politique de transition, en 2019. Le régime d'assurance-médicaments de la province a été l'un des principaux facteurs à l'origine de la décision de nombreux assureurs de régimes privés d'adopter également une politique de transition, afin d'éviter d'assumer le coût total des produits biologiques d'origine pour les participants qui ne pouvaient plus obtenir de couverture de PharmaCare. Par conséquent, les régimes privés ont vu la part des biosimilaires dans les demandes de tous les produits biologiques passer de 5,5 % au début de 2019 à 20,4 % à la fin de cette année. En décembre 2022, les biosimilaires représentaient 64,7 % des demandes pour tous les produits biologiques (tableau 22). Des résultats tout aussi spectaculaires ont été obtenus au Québec, qui dispose également d'un régime universel d'assurance médicaments. La part des biosimilaires dans toutes les demandes de produits biologiques pour les régimes privés est passée de 14,4 % à la fin d'octobre 2021, deux semaines après le début de la première période de transition de six mois au Québec, à 38,0 % à la fin d'avril 2022. À la fin de 2022, de concert avec la Colombie-Britannique, leur part atteignait 64,8 %.

Au Nouveau-Brunswick, où le régime public d'assurance-médicaments n'est pas le premier payeur, l'adoption par les régimes privés d'une politique de transition vers les biosimilaires s'effectue beaucoup plus lentement. Au début de la période de transition de la province en juin 2021, la part des biosimilaires dans la quantité totale admissible pour les produits biologiques était de 13,8 %. Ce pourcentage est passé à 19,0 % à la fin de la période de transition, le 30 novembre 2021. Depuis, la participation a été stable, mais beaucoup plus lente qu'en Colombie-Britannique ou au Québec, atteignant 34,5 % en décembre 2022.

« Le comportement des médecins en matière d'ordonnances est beaucoup plus susceptible de changer lorsque le régime public d'assurance-médicaments d'une province est le premier payeur. Il en résulte un effet de halo pour les régimes privés, ouvrant la voie à l'acceptation par les patients des biosimilaires et des politiques de transition vers les biosimilaires », explique Mme Viegas.

À l'échelle nationale, la part des biosimilaires dans les demandes de produits biologiques est passée de seulement 4,2 % en janvier 2019 à 32,0 % en décembre 2022. On prévoit une accélération de cette croissance en 2023 et 2024, à mesure que les autres provinces et territoires achèveront leur période de transition. Par exemple, la phase de transition de la Saskatchewan a pris fin le 30 avril 2023 et celle de l'Ontario sera terminée le 29 décembre 2023.

TABLEAU 22 | Part des produits biologiques incluant les biosimilaires dans les demandes au Canada et dans certaines provinces, janvier 2019 – décembre 2022*



*Les périodes de transition initiales de six ou neuf mois se sont terminées le 25 novembre 2019 en Colombie-Britannique, le 30 novembre 2021 au Nouveau-Brunswick et le 12 avril 2022 au Québec. Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

Sommaire

La part des médicaments de spécialité dans le montant total admissible a diminué pour la première fois en plus de dix ans, pour deux raisons principales : un nombre beaucoup plus élevé d'assureurs de régimes privés ont adopté des politiques de transition vers les biosimilaires – principalement ceux dans les provinces où le régime public est le premier payeur – et la croissance des dépenses pour les médicaments traditionnels a été beaucoup plus élevée que d'habitude. Parallèlement, le nombre de réclamants pour des médicaments de spécialité a évolué dans la direction opposée, reflétant la plus forte augmentation en une seule année depuis le début de la production de rapports il y a plus de dix ans.



2023
**Rapport sur les
tendances et
références
canadiennes**
en matière de
consommation
de médicaments.

4. Médicaments par classe thérapeutique



Portrait

- Le diabète a dépassé la polyarthrite rhumatoïde en tant que première catégorie de médicaments en termes de montant admissible
- Les médicaments pour les affections cutanées ont renforcé leur position en tant que troisième catégorie
- Les demandes de médicaments pour traiter la dépression demeurent élevées par rapport aux années précédant la pandémie
- Les médicaments pour traiter le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) semblent sur le point de dépasser les antidépresseurs, tandis que leur part constitue un tiers de celle des antidépresseurs

Dix premiers médicaments par montant admissible

Après des années de gains constants, le diabète occupe le premier rang de la liste des catégories de médicaments de TELUS Santé par montant admissible. La polyarthrite rhumatoïde (PR), classée numéro un depuis plus de dix ans, a chuté au deuxième rang (tableaux 23, 24 et 25).

Les médicaments et les dispositifs de gestion du diabète représentaient 12,9 % du montant admissible à la fin de 2022, en hausse par rapport à 12,0 % en 2021. Il y a cinq ans, à la fin de l'année 2018, leur part était de 10,1 %.

Lorsque l'on examine le nombre de demandes, la catégorie de médicaments pour le diabète représentait 7,7 % de toutes les demandes en 2022, un chiffre inchangé par rapport à 2021 et en hausse par rapport à 6,9 % en 2018.

«Le fait que la croissance des dépenses dépasse systématiquement celle des demandes est la preuve que les réclamants actuels se tournent vers des thérapies plus coûteuses », fait remarquer Vishal Ravikanti, directeur des Services-conseils en pharmacie et partenariats, Solutions payeurs, chez TELUS Santé.

Une population croissante de patients contribue également à la montée en flèche de la catégorie du diabète. [Un rapport de 2021 du gouvernement fédéral](#) révélait que 10 % des Canadiens vivaient avec un diagnostic de diabète de type 1 ou de type 2 en 2020, en hausse par rapport à 6,8 % en 2008.



Cependant, l'utilisation accrue de thérapies de deuxième ou de troisième intention plus coûteuses constitue sans doute le facteur le plus important à l'origine de la croissance de la catégorie en termes de dollars admissibles. Bien que ces médicaments soient indiqués chez les patients qui ne sont pas en mesure d'atteindre leurs objectifs de glycémie pour gérer efficacement la maladie, la recherche montre systématiquement que plus d'un tiers des patients entrent dans cette catégorie.

L'impact positif de ces médicaments sur la perte de poids stimule également la production d'ordonnances – incluant l'utilisation hors indication pour des personnes qui ne sont pas atteintes de diabète. En fait, le médicament le plus efficace pour perdre du poids, Ozempic, se classe au deuxième rang de la liste des dix premiers produits par montant admissible de TELUS Santé.

Enfin, les dispositifs pour le diabète jouent un rôle dans l'ascension de la catégorie. Freestyle Libre, un moniteur de glycémie en continu qui coûte généralement plus du double du coût des moniteurs de première génération, se classe sixième sur la liste des dix premiers produits.

Que réserve l'avenir à la catégorie de traitements pour le diabète?

« Il pourrait y avoir une croissance continue, en particulier avec l'arrivée prochaine de plus de produits qui ont démontré une bonne efficacité clinique pour traiter le diabète et la perte de poids, prédit Ravikanti. »

La part des médicaments pour la polyarthrite rhumatoïde est passée de 12,6 % du montant admissible à 11,2 %. Il y a cinq ans, la part de cette catégorie était de 12,1 %. Pendant ce temps, leur part des demandes est restée fixe à 0,4 % au cours des cinq dernières années. « Le lancement de nombreux biosimilaires à moindre coût pour la polyarthrite rhumatoïde, soutenus par les programmes provinciaux de transition vers les biosimilaires, a certainement ralenti la croissance des dépenses en médicaments dans cette catégorie », explique M. Ravikanti. Pour en savoir plus sur l'adoption des biosimilaires, voir page 35.

Parmi les dix premières catégories restantes, celle des médicaments pour les affections cutanées a consolidé son emprise en troisième position. Sa part du montant admissible était de 8,1 % en 2022, en hausse par rapport à 7,7 % en 2021 et bien devant la quatrième catégorie, les médicaments pour l'asthme (5,3 %). Il y a cinq ans, les affections cutanées se classaient au quatrième rang avec une part de 5,4 %. Parallèlement, leur part de demandes est demeurée relativement stable à 3,1 %, comparativement à 3,2 % en 2018.

« Le nombre croissant d'agents biologiques, associé à l'expansion de leurs indications, entraîne l'augmentation des dépenses des régimes de médicaments », explique M. Ravikanti.

Les médicaments contre l'asthme semblent connaître une évolution en dents de scie, se classant au troisième, quatrième ou cinquième rang au cours des cinq dernières années. En 2022, ils se classaient au quatrième rang, avec une part de 5,3 % contre 4,9 % en 2021. Il y a cinq ans, alors qu'ils se classaient au troisième rang, leur part était de 5,6 %. En ce qui concerne les demandes, leur part était de 5,7 % en 2022, comparativement à 5,3 % en 2018.

Les médicaments contre la dépression constituaient la cinquième catégorie en importance par montant admissible. Sa part de 5,2 % était pratiquement inchangée par rapport à 2018 (5,1 %). En revanche, sa part de demandes a augmenté, en particulier pendant la pandémie. Elle se chiffrait à 9,1 % en 2018 et à 9,5 % en 2019, puis a augmenté de près d'un point de pourcentage, pour atteindre 10,4 %, au cours de la première année de la pandémie. À la fin de la deuxième année, en 2021, la part des demandes dans cette catégorie grimpait à 11,0 % et à la fin de 2022, elle était de 10,8 %.

Le taux de croissance de l'utilisation est encore plus évident lorsque l'on considère la part des antidépresseurs chez les réclamants, qui est passée de 15,9 % en 2018 à 19,3 % en 2022. À l'échelle régionale, les régimes privés du Canada atlantique comptaient la plus forte part de réclamants : 27,8 % en 2022, contre 21,9 % en 2018. Les régimes en Ontario se situent à l'autre extrémité de l'échelle, avec 17,2 % des réclamants utilisant des antidépresseurs en 2022, bien qu'il s'agisse tout de même d'une augmentation notable par rapport aux 14,9 % de 2018.

« La plus forte croissance de l'utilisation s'est produite chez les jeunes participants âgés de 19 ans et moins », note M. Ravikanti.

Il ajoute que l'incidence du nombre plus élevé de demandes et de réclamants sur la part de la catégorie dans le montant admissible est négligeable en raison du fait que la grande majorité des médicaments dans cette catégorie est générique, ce qui entraîne des prix relativement avantageux pour la plupart des antidépresseurs.



La catégorie des médicaments pour le TDAH chez les adultes connaît la croissance la plus rapide, tant en ce qui concerne le montant admissible que le nombre des demandes. En 2018, elle s'était classée neuvième avec une part de 3,4 % du montant total admissible; à la fin de 2022, elle se classait sixième (pour la deuxième année consécutive) avec une part de 5,1 %. Ce dernier gain place la catégorie à un cheveu de dépasser les catégories de médicaments pour la dépression (5,2 %) et l'asthme (5,3 %). En 2021, sa part était de 4,5 %.



Du côté des demandes, la part des médicaments pour le TDAH est passée de 2,3 % à 3,6 % de 2018 à 2022. Elle était de 3,3 % en 2021. En ce qui concerne le nombre de réclamants, le stupéfiant taux de croissance a été de 73,5 % au cours de la période de cinq ans, passant d'une part de 3,4 % en 2018 à 5,9 % en 2022.

Toutes les régions ont connu une augmentation notable du nombre de réclamants :

- Le Québec est en tête, avec 9,1 % des réclamants prenant des médicaments pour le TDAH en 2022, en hausse par rapport à 7,0 % en 2018
- 6,4 % des réclamants de l'Ouest canadien ont pris ces médicaments en 2022, en hausse par rapport à 3,1 %
- 6,2 % au Canada atlantique, en hausse par rapport à 3,3 %
- 4,1 % en Ontario, en hausse par rapport à 2,1 %

Contrairement aux attentes, ce sont les adultes qui stimulent cette croissance. En fait, le nombre de réclamants adultes (51,0 %) a dépassé celui des enfants (49,0 %) en 2022. Il y a cinq ans, la répartition était de 42,6 % chez les adultes et de 57,4 % chez les enfants. « Le taux de croissance est le plus élevé dans la tranche d'âge des 30 à 39 ans », ajoute M. Ravikanti.

Deux catégories à coût élevé pour les très petites populations de patients occupent les septième et huitième positions : la catégorie de médicaments contre le cancer représentait 3,8 % du montant admissible en 2022, en baisse par rapport à 4,2 % en 2021 et proche des 3,9 % enregistrés en 2018. Sa part des demandes reste inchangée sur cinq ans, à 0,6 %. Les médicaments pour la sclérose en plaques ont conservé une part de 3,0 % du montant admissible en 2022, en baisse par rapport à 3,4 % en 2021 et à 3,6 % il y a cinq ans. Sa part des demandes n'était que de 0,1 %, inchangée par rapport à 2018.



La liste se termine par deux catégories à volume élevé et à faible coût. Les médicaments contre l'hypertension artérielle connaissent une baisse constante de leur part du montant admissible : elle était de 2,5 % en 2022, en baisse par rapport à 2,8 % en 2021 et à 3,8 % en 2018. La part des demandes dans cette catégorie est également en baisse, passant de 8,9 % en 2018 à 8,2 % en 2022.

Pendant ce temps, les médicaments gastro-intestinaux font leur apparition dans la liste des 10 premiers, surpassant la catégorie de médicaments pour les ulcères et représentant 2,5 % du montant admissible en 2022. La catégorie ne représente que 0,8 % des demandes, ce qui indique clairement que les thérapies plus coûteuses constituent le principal moteur de la croissance (p. ex., les produits biologiques pour traiter la maladie de Crohn).

Collectivement, les dix premières catégories selon le montant admissible représentaient 59,7 % du total en 2022, en hausse par rapport à 56,1 % en 2018.

TABLEAU 23 | Les 10 principales catégories de médicaments selon le montant admissible, 2022

Traitement :	Rang	% du montant total admissible	% du total des demandes
Diabète	1	12,9 %	7,7 %
Polyarthrite rhumatoïde	2	11,2 %	0,4 %
Affections cutanées	3	8,1 %	3,1 %
Asthme	4	5,3 %	5,7 %
Dépression	5	5,2 %	10,8 %
TDAH	6	5,1 %	3,6 %
Cancer	7	3,8 %	0,6 %
Sclérose en plaques	8	3,0 %	0,1 %
Pression artérielle élevée	9	2,5 %	8,2 %
Troubles gastro-intestinaux	10	2,5 %	0,8 %
% du montant total admissible et des demandes		59,7 %	41,0 %

Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

TABLEAU 24 | Classement des 10 premières catégories de médicaments selon la quantité admissible, 2018 – 2022

Traitement :	2018	2019	2020	2021	2022
Diabète	2	2	2	2	1
Polyarthrite rhumatoïde	1	1	1	1	2
Affections cutanées	4	3	3	3	3
Asthme	3	4	4	5	4
Dépression	5	5	5	4	5
TDAH/Narcolepsie	9	7	7	6	6
Cancer	6	6	6	7	7
Sclérose en plaques	8	8	8	8	8
Pression artérielle élevée	7	9	9	9	9
Troubles gastro-intestinaux	-	-	-	-	10
Ulcères	-	-	10	10	-
Infection	10	10	-	-	-

Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

TABLEAU 25 | Part des 10 premières catégories du montant admissible, 2018 par rapport à 2022

Traitement :	2018	Traitement :	2022
Polyarthrite rhumatoïde	12,1 %	Diabète	12,9 %
Diabète	10,1 %	Arthrite rhumatoïde	11,2 %
Asthme	5,6 %	Problèmes dermatologiques	8,1 %
Affections cutanées	5,4 %	Asthme	5,3 %
Dépression	5,1 %	Dépression	5,2 %
Cancer	3,9 %	TDAH	5,1 %
Hypertension artérielle	3,8 %	Cancer	3,8 %
Sclérose en plaques	3,6 %	Sclérose en plaques	3,0 %
TDAH	3,4 %	Hypertension artérielle	2,5 %
Infections	3,1 %	Gastro-intestinal	2,5 %
Toutes les autres catégories	43,9 %	Toutes les autres catégories	40,4 %

Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

Médicaments en voie de commercialisation

En 2023 et au-delà, les nouveaux traitements dans la catégorie du diabète – qui est devenue la catégorie la plus importante en termes de montant admissible en 2022 – devraient exercer l'impact le plus important sur les régimes privés d'assurance médicaments. D'une part, de nouveaux traitements de deuxième intention plus coûteux continuent d'arriver sur le marché; d'autre part, des dizaines de versions génériques de la plus ancienne de ces thérapies de deuxième intention deviendront accessibles.

Deux nouveaux médicaments pour la migraine valent également la peine d'être surveillés. En tant que premières options orales dans une nouvelle classe de médicaments contre la migraine, leur utilisation globale pourrait augmenter parmi les patients qui ont évité les médicaments injectables originaux. Indiqués pour les patients qui sont les plus durement touchés par les migraines, ces médicaments pourraient augmenter la productivité et réduire les congés de maladie.

Dans l'espace des produits biologiques, les options biosimilaires se multiplient lentement mais sûrement. Pour les régimes médicaments ayant mis en place des politiques de transition vers les biosimilaires, les économies pourraient être importantes. Au moins un biosimilaire pour Soliris, qui a fait les manchettes en 2007 en tant que médicament le plus cher au monde, deviendra accessible.

Et peut-être à l'horizon pour le Canada : une thérapie génique de plusieurs millions de dollars qui détient le titre de médicament le plus cher au monde.

Vous trouverez les détails dans le rapport Médicaments en voie de commercialisation de TELUS Santé 2023.

Sommaire

Après plus de dix ans, la catégorie de la polyarthrite rhumatoïde (PR) a concédé son classement numéro un à la catégorie du diabète. L'utilisation accrue de biosimilaires à moindre coût a fait baisser la part de médicaments contre la PR dans le montant admissible, tandis que l'utilisation accrue de thérapies plus coûteuses a fait augmenter la part de la catégorie du diabète. Les thérapies plus coûteuses sont également le principal facteur soutenant la prédominance des médicaments contre les affections de la peau en troisième position. Dans le cas de deux autres catégories parmi les dix premières – la dépression et le TDAH –, les réclamants sont le moteur prépondérant de la croissance.





2023
**Rapport sur les
tendances et
références
canadiennes**
en matière de
consommation
de médicaments.

5. Gestion de régimes



Portrait

- Un plus grand nombre d'assureurs de régimes privés d'assurance-médicaments ont mis en œuvre des politiques de substitution générique obligatoire
- Après cinq années de croissance lente, mais régulière, le nombre de régimes d'assurance-médicaments ayant des maximums annuels semble s'être stabilisé
- Les politiques de substitution générique, le programme d'autorisation préalable et la coassurance demeurent de loin les outils les plus utilisés pour la gestion des régimes

Politique de substitution générique

Les politiques de substitution générique obligatoire pourraient connaître un nouvel essor, après deux années sans croissance.

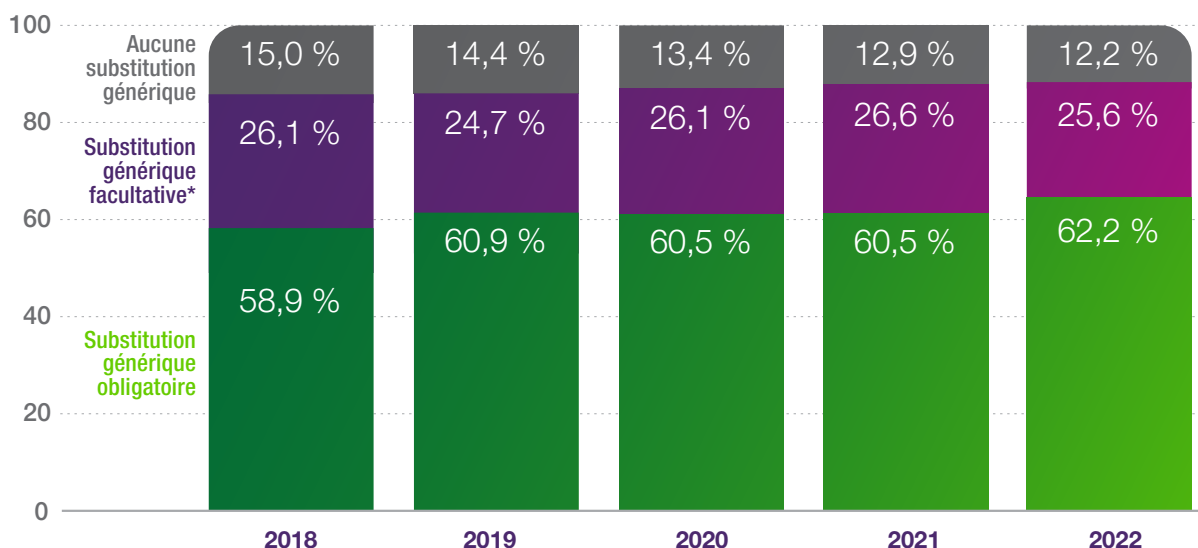
À la fin de 2022, 62,2 % des certificats ou titulaires de carte principaux avaient un régime qui exigeait des substitutions génériques, en hausse par rapport à 60,5 % en 2021 et en 2020 (tableau 26). Il y a cinq ans, en 2018, 58,9 % des régimes comprenaient des politiques de substitution obligatoire. À noter que les politiques de substitution générique obligatoire permettent toujours aux réclamants d'avoir accès à un médicament de marque; toutefois, le régime permettra le remboursement seulement jusqu'à concurrence du prix du médicament générique.

La majeure partie du gain est attribuable aux régimes qui sont passés d'une politique de substitution non obligatoire, c'est-à-dire une directive que les médecins pouvaient ignorer, à une politique obligatoire. Le nombre de régimes assortis de politiques de substitution générique facultatives a diminué, passant de 26,6 % en 2021 à 25,6 % en 2022.

Le gain restant de 0,7 pourcent provient des assureurs qui ont mis en œuvre des politiques de substitution obligatoire en 2022, le nombre de régimes sans aucune politique en place ayant diminué de 12,9 % à 12,2 %.

Ensemble, 87,8 % des certificats appartiennent à des régimes assortis de politiques de substitution obligatoires ou facultatives, comparativement à 85,0 % il y a cinq ans.

TABLEAU 26 | Certificats assortis de régimes comprenant des politiques de substitution générique, 2018 – 2021



*En vertu d'une politique de substitution générique facultative, le médecin peut l'ignorer et déclencher la couverture du médicament de marque en mentionnant « Aucune substitution » sur l'ordonnance. Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

Coassurance et franchise

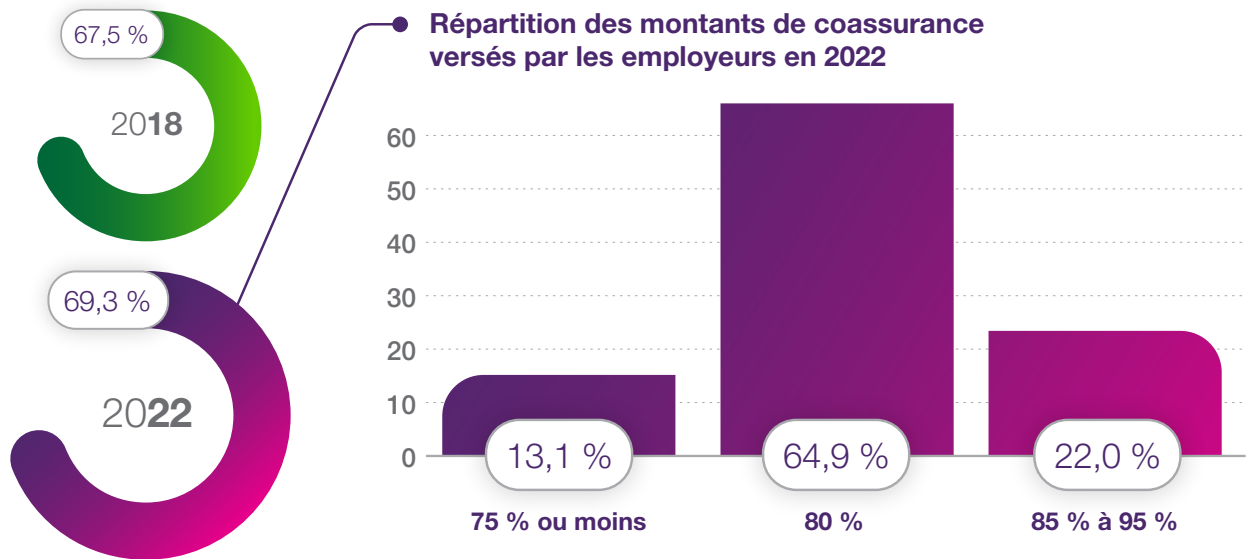
Sept certificats sur dix (69,3 %) comprenaient des régimes médicaments avec coassurance en 2022, ce qui est comparable aux chiffres de 2021 (70,1 %) et en légère hausse par rapport à ceux de 2018 (67,5 %) (tableau 27).

Parmi les certificats de coassurance, la répartition, de loin la plus courante, était de 80 % pour l'employeur et de 20 % pour l'employé (c.-à-d. le titulaire de carte) : 64,9 % des polices de coassurance ont aussi été réparties ainsi, ce qui correspond aux résultats obtenus au moins au cours des cinq dernières années. Parmi les certificats restants, 22,0 % ont attribué de 85 % à 95 % des coûts à l'employeur, et 13,1 % ont attribué 75 % ou moins des coûts à l'employeur.

L'incidence des franchises n'a pas augmenté et elles restent beaucoup moins fréquentes que la coassurance : 9,8 % des certificats avaient un régime assorti d'une franchise annuelle en 2022, un pourcentage inchangé par rapport à 2021 (9,8 %) et légèrement inférieur à celui d'il y a cinq ans (10,3 %). Seulement 11,6 % ont exigé une franchise pour chaque demande en 2022, soit pratiquement le même pourcentage qu'en 2021 (11,5 %) et en baisse par rapport à 12,9 % en 2018.

Comme par les années passées, la franchise annuelle la plus courante (36,1 % des régimes) se situait entre 50 \$ et 100 \$, suivie des franchises de 100 \$ ou plus (32,4 %) et de moins de 50 \$ (31,3 %). Les franchises par demande variaient le plus souvent de 4,00 \$ à 5,99 \$ (39,2 % des certificats), suivies de 2,00 \$ à 3,99 \$ (26,5 %) et de 10 \$ ou plus (18,4 %).

TABLEAU 27 | Certificats assortis de régimes comprenant une coassurance, 2018 par rapport à 2022



Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

Limites des frais d'exécution

Le nombre de certificats avec un plafond de frais d'exécution d'ordonnance a très peu varié au cours des cinq dernières années; toutefois, les montants des plafonds ont changé, dans les deux sens.

En 2018, 34,0 % des titulaires de certificat avaient des régimes qui plafonnaient la couverture pour les frais d'exécution d'ordonnance. Cinq ans plus tard, en 2022, ce pourcentage a légèrement augmenté pour atteindre 34,8 % (tableau 28).

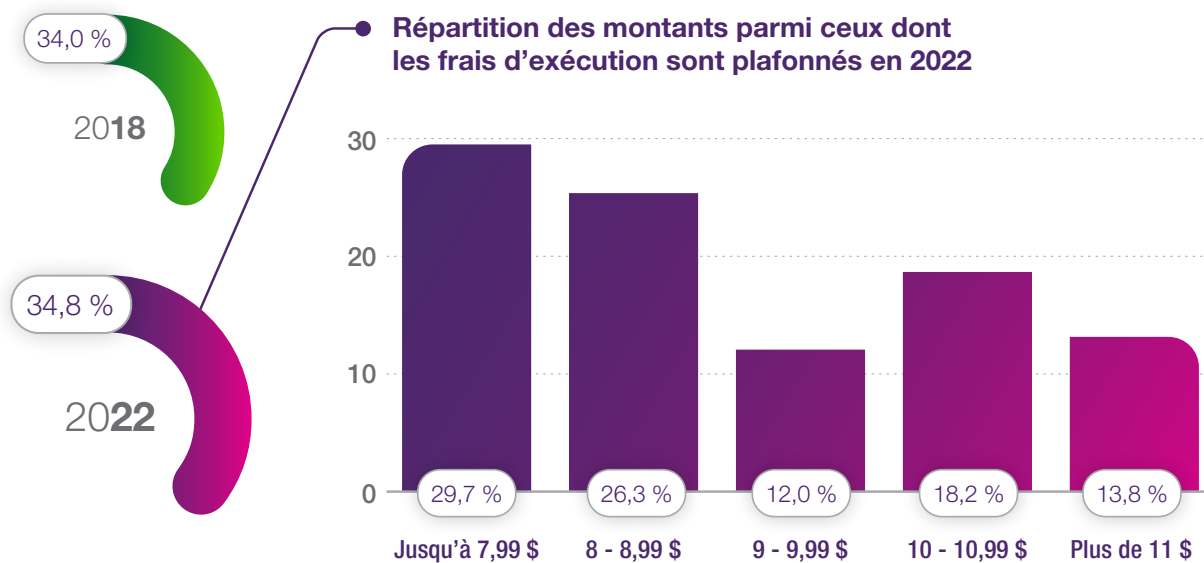
Il y a cinq ans, la couverture des frais était le plus souvent plafonnée à 7,99 \$ (31,6 %), suivie d'un plafond de 8,00 \$ à 8,99 \$ (23,9 %). En 2022, il y avait moins d'écart entre les deux niveaux, ce qui suggère que les régimes ont augmenté leurs frais de couverture : 29,7 % avaient plafonné leurs frais jusqu'à 7,99 \$ et 26,3 %, à 8,00 \$ à 8,99 \$.

En revanche, le nombre de certificats avec des limites de frais plus généreux semble avoir diminué : en 2022, 13,8 % avaient des plafonds de frais compris entre 11,00 \$ et 15,99 \$, en baisse par rapport à 15,4 % en 2018.

Les frais d'exécution d'ordonnance moyens au Canada étaient de 11,84 \$ en 2022, comparativement à 11,35 \$ en 2018. Les frais d'exécution d'ordonnance les plus élevés sont au Québec, soit 13,70 \$, mais il convient de noter que les pharmacies du Québec ne sont pas tenues de séparer les frais d'exécution d'ordonnance lorsqu'elles facturent les produits ou services aux assureurs de régimes médicaments.

Par type de magasin, les pharmacies qui font partie de bannières ou chaînes rapportaient les frais d'exécution les plus élevés à 11,90 \$. Ces pharmacies ont aussi traité la plus grande part des demandes : 84,7 %, par rapport à une part de 15,1 % dans le cas des pharmacies indépendantes, dont les frais d'exécution moyens s'établissaient à 11,50 \$. Les pharmacies virtuelles ou de ventes par correspondance rapportaient les frais d'exécution les moins élevés, à raison d'une moyenne de 8,81 \$, mais représentaient seulement 0,2 % des demandes.

TABLEAU 28 | Certificats dont les régimes comprennent des limites de frais d'exécution, 2018 versus 2022



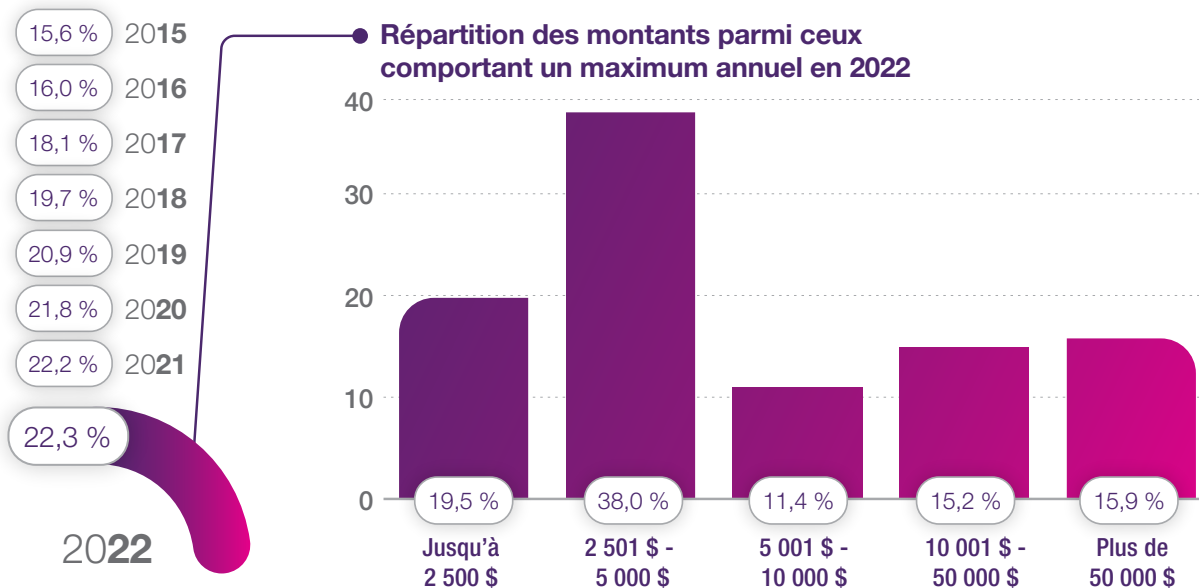
Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

Maximum annuel

L'incidence du maximum annuel sur les régimes d'assurance-médicaments semble avoir plafonné (tableau 29). En 2015, 15,6 % des titulaires de certificat avaient un régime qui comprenait un maximum. Ce chiffre a grimpé régulièrement pendant cinq ans, atteignant 21,8 % en 2020. La croissance a ensuite ralenti à moins d'un demi-point en 2021 (22,2 %) pour devenir négligeable en 2022 (22,3 %).

Le maximum annuel le plus courant se situe entre 2 501 \$ et 5 000 \$ (38,0 %), suivi du maximum le plus bas, soit jusqu'à 2 500 \$ (19,5 %), puis à l'autre extrémité de l'échelle, d'un maximum de plus de 50 000 \$ (15,9 %).

TABLEAU 29 | CCertificats assortis d'un maximum annuel pour les régimes médicaments, 2015 à 2022

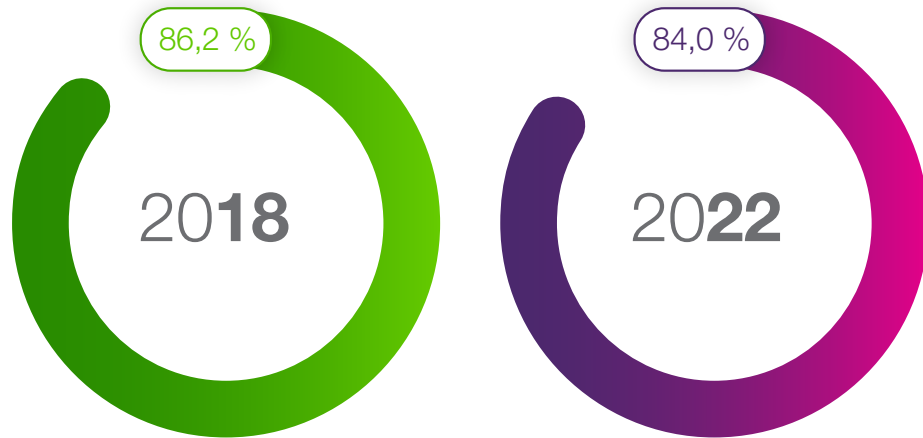


Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

Autorisation préalable

Plus de huit certificats sur dix (84,0 %) comprenaient un processus d'autorisation préalable au titre de leur régime médicaments, un chiffre inchangé depuis 2021 (84,0 %) comparé à 86,2 % il y a cinq ans (tableau 31).

TABLEAU 30 | Certificats dont le régime comprend un processus d'autorisation préalable, 2018 versus 2022

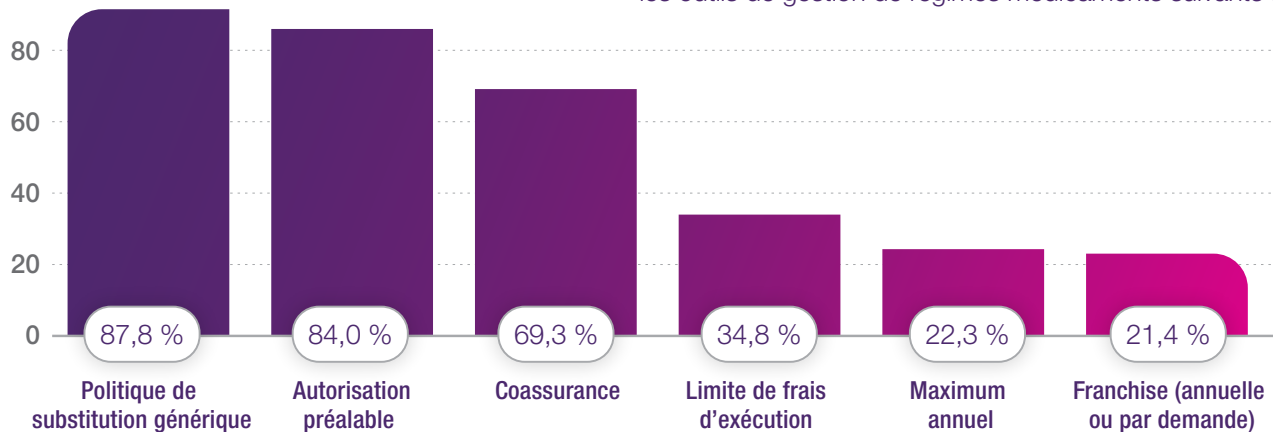


Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.

Sommaire

Les politiques de substitution générique obligatoire pourraient reprendre leur tendance à la hausse, et les plafonds annuels des régimes d'assurance-médicaments semblent avoir atteint un plateau. Par ailleurs, il n'y a pas eu de changements notables dans l'utilisation des outils de gestion des régimes d'assurance-médicaments en 2022.

TABLEAU 31 | Sommaire des certificats dont le régime comprend les outils de gestion de régimes médicaments suivants :



Source : Base de données du Rapport interactif TELUS.



2023
**Rapport sur les
tendances et
références
canadiennes**
en matière de
consommation
de médicaments.

6. Conclusion

D'une part, l'année 2022 peut être décrite comme une année de « répit » pour les régimes privés d'assurance-médicaments dans certaines régions, en grande partie en raison de l'effet modérateur des médicaments biosimilaires sur la croissance des dépenses. L'effet atténuant se poursuivra en 2023 et 2024, lorsque d'autres provinces et territoires mettront en œuvre leurs politiques de transition vers les biosimilaires pour les régimes publics, ce qui incitera certains payeurs privés à adopter des politiques similaires.

En outre, les brevets des produits biologiques de référence destinés à une gamme étendue de problèmes de santé expireront dans un avenir proche, ce qui ouvrira la voie à un plus grand nombre de biosimilaires et à des politiques de transition plus ambitieuses.





Par ailleurs, plusieurs conclusions du rapport de cette année suggèrent que 2022, et possiblement 2023, pourrait marquer le début d'une période de calme avant la tempête.

D'abord et avant tout, les régimes privés d'assurance-médicaments n'ont peut-être pas encore subi toutes les conséquences de la pandémie de COVID-19. Bien que le nombre d'assurés soumettant des demandes semble rebondir, le système de santé canadien accuse des retards, ce qui signifie qu'il faudra encore plusieurs années avant que les participants de régimes rattrapent les rendez-vous médicaux, les tests de diagnostic et les interventions chirurgicales. Pendant ce temps, les maladies chroniques et les maladies graves, y compris le cancer, risquent de ne pas être détectées ou de s'aggraver davantage qu'elles ne l'auraient fait sans la pandémie.

Pour les adhérents qui ont déjà reçu un diagnostic de diabète, les dépenses continueront d'augmenter, portées par l'évidence tangible des bénéfices cliniques de certaines thérapies de gestion du diabète et de perte de poids plus coûteuses.

Enfin, les médicaments en voie de commercialisation deviennent de plus en plus spécialisés, offrant des options de traitement de plus en plus ciblées pour des problèmes de santé touchant des populations de patients plus importantes, ou des traitements inédits pour des maladies très rares. Bon nombre de ces derniers se situeront dans la classe de médicaments à coûts très élevés, dépassant les 100 000 \$ par traitement ou par année. Cependant, il faudra peut-être accorder plus d'attention à ce qui se prépare pour les maladies courantes. Comme le démontre la catégorie du diabète, les nouveaux médicaments qui se situent bien en deçà du seuil de 10 000 \$ d'un médicament de spécialité risquent tout de même d'exercer un impact profond sur les dépenses en médicaments.

TELUS Santé demeure engagée et prête à fournir aux preneurs de régimes, à leurs fournisseurs et à leurs conseillers des données décisionnelles sur les aspects clés et les facteurs de changement en matière de coûts et d'utilisation, ainsi que sur l'impact des mesures de gestion des coûts.

2023

**Rapport sur les
tendances et
références
canadiennes**
en matière de
consommation
de médicaments.



 **TELUS^{MD} Santé**