



BUREAU DU DIRECTEUR
PARLEMENTAIRE DU
BUDGET
OFFICE OF THE
PARLIAMENTARY
BUDGET OFFICER

CANADA

**Coût d'un
programme national
d'assurance-
médicaments de
régie fédérale**

Ottawa, Canada
28 septembre 2017
www.pbo-dpb.gc.ca

Le directeur parlementaire du budget (DPB) est chargé de fournir des analyses indépendantes au Parlement sur l'état des finances publiques, les prévisions budgétaires du gouvernement et les tendances de l'économie nationale. À la demande d'un comité ou d'un parlementaire, il est tenu de faire une estimation des coûts de toute proposition concernant des questions qui relèvent de la compétence du Parlement.

Toutes les analyses de données QuintilesIMS ont été effectuées de façon indépendante par le DPB à partir de données et d'autres informations. QuintilesIMS ne saurait être tenue responsable de l'utilisation faite des données compilées ou de l'analyse de celles-ci. Certaines parties du présent rapport se fondent sur des données et de l'information fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé. Cependant, les analyses, les conclusions, les opinions et les affirmations exprimées dans le présent rapport n'engagent que l'auteur et ne reflètent pas nécessairement la vision de l'Institut canadien d'information sur la santé.

L'analyse se fonde sur la Base de données et Modèle de simulation de politiques sociales de Statistique Canada. Les hypothèses et calculs qui sous-tendent les résultats de la simulation ont été élaborés par le BDP, et la responsabilité de l'usage et de l'interprétation de ces données revient entièrement à l'auteur.

Le DPB souhaite souligner la participation des représentants du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, de Santé Canada, QuintilesIMS, l'Institut canadien d'information sur la santé et autres personnes et organisations lesquels ont gracieusement accepté de lui fournir des renseignements et des précisions. Le DPB remercie le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec d'avoir partagé la liste des médicaments de la Régie de l'assurance maladie.

Le Bureau du directeur parlementaire du budget aimerait également remercier les personnes suivantes, qui ont pris part au processus d'examen par les pairs du présent rapport :

Kathy Lee, responsable de programme, Pharmaceutique, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa;

Jordan Hunt, gestionnaire, Pharmaceutique, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa;

Marc-André Gagnon, Ph.D., professeur agrégé, School of Public Policy and Administration, Université Carleton, Ottawa;

Damien Contandriopoulos, B.Sc., M.Sc., Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal;

Nevzeta Bosnic, analyste économique principale, Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, Ottawa.

Veillez noter que les analyses et les conclusions exposées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement le point de vue des personnes et des organisations nommées ci-dessus.

Le présent rapport a été préparé par le personnel du directeur parlementaire du budget. Carleigh Busby a rédigé le rapport. Jason Jacques, Mark Mahabir et Nigel Wodrich ont contribué à l'analyse. Mostafa Askari a fourni des commentaires. Nancy Beauchamp et Jocelyne Scrim ont participé à la préparation du rapport aux fins de publication. Veuillez envoyer un message à pbo-dpb@parl.gc.ca pour obtenir plus de renseignements.

Jean-Denis Fréchette
Directeur parlementaire du budget

Table des matières

Résumé	1
1. Dépenses globales en médicaments au Canada	6
1.1. Gouvernement fédéral	11
1.2. Régimes infranationaux d'assurance-médicaments publics	13
1.3. Régimes d'assurance-médicaments privés	18
1.4. Dépenses à la charge des patients et personnes non assurées	20
1.5. Le prix des médicaments au Canada	30
2. Portée du régime national d'assurance-médicaments	33
3. Quels changements prévoit-on?	35
3.1. Effets comportementaux	37
3.2. Coût de l'exemption des contributions	40
3.3. Combinaisons thérapeutiques ou composition du marché pharmaceutique	42
3.4. Établissement du prix des médicaments	43
3.5. Marges bénéficiaires et honoraires	45
3.6. Coût total net pour le gouvernement fédéral	46
3.7. Dépense globale en médicaments avec l'assurance-médicaments	47
4. Projections	49
4.1. Contexte	49
4.2. Résultats	50
Annexe A : Analyse de sensibilité	52
Annexe B : Les données	59
Annexe C : Modèle de tarification	62
Annexe D : Modèle d'exemption de contribution	67

Annexe E :	Méthodologie – Substitution générique	71
Annexe F :	Modèle de projection	73
Annexe G :	Stratégies de maîtrise des coûts des médicaments	77
Annexe H :	Survol des régimes provinciaux d'assurance-médicaments	80
Notes		86

Résumé

En septembre 2016, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a demandé au directeur parlementaire du budget (PBO) de lui fournir une évaluation des coûts que représenterait la mise en œuvre d'un programme national d'assurance-médicaments.

Le Comité a fourni le cadre de ce programme, y compris une liste exhaustive de médicaments devant être couverts par l'assurance-médicaments, inspirée de la liste du Québec, assortie des exigences relatives à l'admissibilité, des niveaux de contribution et des exigences d'admissibilité aux exemptions de contribution.

Le présent document donne une évaluation des coûts que le gouvernement fédéral devrait assumer pour mettre en œuvre ce cadre particulier d'assurance-médicaments. Il reprend les hypothèses d'économies possibles avancées par le DPB, qui découleraient d'une meilleure posture du fédéral grâce à la négociation du prix des médicaments, aux changements d'habitudes de consommation ou de comportement découlant du type de couverture envisagé ainsi qu'aux changements possibles du profil du marché pharmaceutique.

De plus, ce document projette sur cinq ans les coûts pour le gouvernement fédéral. Cependant, il n'établit pas de comparaison entre les coûts associés à un seul administrateur des demandes de remboursement et les coûts que produirait l'intervention de plusieurs administrateurs, publics et privés.

Le DPB a estimé que les dépenses en médicaments sur ordonnance en 2015 représentaient environ 28,5 milliards de dollars. Les régimes d'assurance publics en ont assumé un peu moins de la moitié (13,1 milliards de dollars), devant les régimes d'assurance privés (10,7 milliards de dollars) et les particuliers (4,7 milliards de dollars).

Bien que les dépenses en médicaments aient progressé rapidement (au rythme de 5,1 % par an entre 2004 et 2014), il demeure que de nombreux Canadiens ne sont toujours pas en mesure de se procurer les médicaments dont ils ont besoin à cause de leur prix¹. Cela concerne environ 2 % des Canadiens qui n'ont pas d'assurance-médicaments et 10 % de ceux qui en ont une, mais qui n'ont pas les moyens financiers pour avancer les sommes nécessaires à l'achat. Sur les 28,5 milliards de dollars de dépenses pharmaceutiques estimées en 2015-2016, un montant de 24,6 milliards aurait été admissible au programme national d'assurance-médicaments. Ces coûts sont actuellement répartis ainsi : 11,9 milliards de dollars pour les gouvernements, 9 milliards de dollars pour les régimes d'assurance privée et 3,6 milliards de dollars pour les patients.

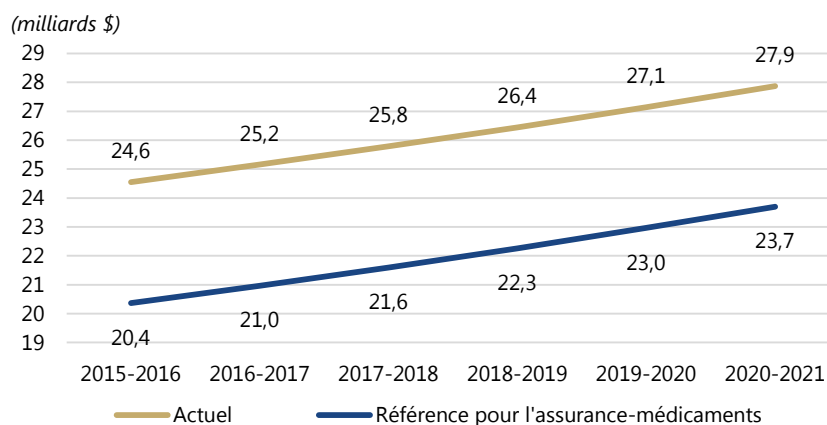
Les 3,9 milliards de dollars restants ont été dépensés en médicaments qui n'apparaissent pas sur la liste de ceux assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (liste exhaustive de médicaments ouvrant droit à un remboursement par un régime d'assurance) et on ne devrait pas constater, pour ces médicaments, de modifications des niveaux de consommation et de prix.

Après avoir pris en compte les modifications tarifaires et de consommation, le DPB a estimé qu'en vertu d'un programme national d'assurance-médicaments, les dépenses à ce chapitre auraient atteint 20,4 milliards de dollars si un tel programme avait été mis en œuvre en 2015-2016 (Figure 1 du résumé). Il en aurait découlé des économies d'environ 4,2 milliards de dollars.

Figure 1 du résumé

L'universalisation et la normalisation de l'assurance-médicaments au Canada ne se solderaient pas par une augmentation marquée des dépenses remboursables pour ces produits.

Dépenses totales en médicaments admissibles à un remboursement par l'assurance-médicaments



Source : Calculs du DPB à partir des données de QuintilesIMS.

Comme les régimes publics provinciaux couvrent actuellement 13,1 milliards de dollars des coûts liés aux médicaments d'ordonnance, le coût additionnel brut de l'assurance-médicaments pour le secteur public serait de 7,3 milliards de dollars.

Si l'on tient compte des dépenses actuelles en médicaments du gouvernement fédéral pour une partie de la population (dépenses estimées à quelque 645 millions de dollars), de même que des recettes nettes provenant des montants de contribution (évaluées à 398 millions de dollars), on peut établir le coût net pour le gouvernement fédéral à 19,3 milliards de dollars.

Si, en ce qui concerne le marché des produits pharmaceutiques, le passé récent est garant de l'avenir, le DPB estime que ce coût passerait à 23,7 milliards de dollars en 2020-2021 (Tableau 1 du résumé). Le coût net de l'assurance-médicaments augmenterait donc de 19,3 milliards à 22,6 milliards de dollars.

Tableau 1 du résumé

Le coût pour le gouvernement fédéral est inférieur au coût total.

Coût net d'une assurance-médicaments nationale

<i>Année de projection</i>	(milliards \$)	
	2015-2016	2020-2021
Coût brut de l'assurance médicaments	20,4	23,7
Dépenses nettes en contribution et en paiements directs par le gouvernement fédéral	1,0	1,1
Coût net de l'assurance-médicaments nationale	19,3	22,6

Source : Calculs du DPB à partir des données de QuintilesIMS et de Compas Rx²

Si la totalité des dépenses du gouvernement fédéral au chapitre de l'assurance-médicaments des fonctionnaires correspondait à des médicaments apparaissant sur la liste de la RAMQ, on peut estimer que le coût pour le fédéral aurait été réduit de 658 millions pour passer à 18,6 milliards de dollars en 2015-2016^{3,4,5}.

La part de dépenses en médicaments courants (soit autres que les médicaments d'exception) à la charge des patients devrait diminuer de 69 à 100 %, selon leur niveau d'admissibilité aux exemptions de contribution, ce qui représente environ 90 % en moyenne⁶. Les patients pourraient économiser davantage puisque, en bénéficiant d'une assurance-médicaments nationale, ils n'auraient plus à payer de primes à leur fournisseur d'assurance-médicaments.

Ces constats donnent à penser qu'un programme d'assurance-médicaments pourrait permettre de réduire les dépenses à ce chapitre dans le cas des produits inscrits sur la liste des médicaments assurés du Québec (liste de la RAMQ), tout en normalisant l'accès à ces médicaments. Cependant, comme un plus grand nombre de patients auraient plus facilement accès aux médicaments sur ordonnance dont ils ont besoin, la progression du taux net de l'assurance-médicaments devrait être légèrement supérieure à celle des dépenses nettes pour ce qui est des produits inscrits sur la liste de la RAMQ.

Voici les facteurs de fléchissement initial des coûts :

- Meilleure position du gouvernement pour négocier le prix des médicaments qui, en partant, serait au moins aussi bas que celui consenti aux régimes d'assurance publics ou privés au Canada, prix auquel s'appliquerait en plus une réduction universelle de 25 %.
- Application universelle au secteur privé des niveaux de substitution des médicaments génériques en vigueur pour le secteur public, quand des médicaments génériques de substitution existent.
- Remboursement par le régime public limité aux seuls médicaments de la liste de la RAMQ.
- Léger apport financier compensatoire sous la forme d'une contribution de 5 \$ par ordonnance de marque.

En revanche, côté dépenses, deux facteurs feraient contrepoids :

- La baisse du prix des médicaments pour les patients entraînerait une augmentation de la consommation globale;
- L'élargissement de la couverture publique – couverture désormais applicable aux personnes qui n'étaient antérieurement pas assurées et aux prestataires d'un régime public dont la couverture était partielle – occasionnera une augmentation de la consommation totale.

Les résultats du DPB varient en fonction de nombreuses hypothèses. Pour ce qui est des économies possibles, la diminution directe des prix obtenue par la négociation et la diminution indirecte découlant du recours plus fréquent à des génériques de substitution constituent les deux principales hypothèses de travail. Ainsi, si le gouvernement fédéral ne devait obtenir qu'une réduction globale de 10 %, le coût brut passerait alors de 20,4 milliards à 22,9 milliards de dollars. De plus, l'utilisation de listes de médicaments différentes modifierait les coûts estimatifs. Par exemple, si les médicaments assurés dans le cadre d'un programme national d'assurance-médicaments devaient être ceux inscrits sur la liste de l'Île-du-Prince-Édouard, le coût brut pour ce programme pourrait n'être que de 17,2 milliards de dollars.

Tableau 2 du résumé

Coût brut de l'assurance-médicaments pour le fédéral - Variantes possibles

<i>Variables</i>	2015-2016 (milliards \$)
Application de la liste de l'Î.-P.-É.*	17,2 \$
Selon rabais de 10 %	22,9 \$
Selon rabais de 30 %	19,5 \$

Source : Analyses du DPB à partir des données de QuintilesIMS.

Note : * Dans sa sélection de médicaments de la liste de l'Î.-P.-É., le DPB a repris la définition de payeur public qu'en donne QuintilesIMS, mais cette sélection peut être différente de la vraie liste.

Il existe aussi un risque que l'augmentation de la consommation soit plus élevée que ce qui a été estimé. Si le DPB sous-estime la hausse de consommation, il est possible que le coût de l'assurance-médicaments soit également trop bas. La sensibilité relative à cette hypothèse est abordée en détail à l'annexe A.

Quelques patients ont peut-être une assurance pour certains médicaments qui ne se trouvent pas sur la liste du régime d'assurance-médicaments. Le DPB n'avance aucune hypothèse au sujet du marché des assurances couvrant les médicaments qui ne sont pas visés par le régime d'assurance-médicaments ni au sujet du remplacement de produits qui se trouvent sur les listes.

L'analyse du DPB suppose que le nouveau régime serait lancé immédiatement et tient pour acquis qu'il sera possible de négocier avec les fournisseurs pour obtenir des médicaments à un prix inférieur. En réalité, la mise en place de ces deux aspects prendra beaucoup de temps et le lancement du programme s'échelonnera sans doute sur plusieurs années.

Enfin, le DPB a supposé que les exemptions de contribution annihilent les obstacles monétaires freinant la consommation de médicaments. Cependant, tout semble indiquer qu'une contribution, même si elle n'était que de 5 \$, pourrait constituer un obstacle à l'achat de médicaments.

Cela étant, toute altération des paramètres d'un programme national d'assurance-médicaments pourrait fort bien entraîner une modification des coûts estimatifs de ce programme.

1. Dépenses globales en médicaments au Canada

En septembre 2016, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a demandé au directeur parlementaire du budget (DPB) d'estimer le coût d'un programme national d'assurance-médicaments grâce auquel tous les Canadiens profiteraient d'une protection égale d'assurance-médicaments.

Pour commencer, le DPB présente un aperçu du contexte actuel des médicaments d'ordonnance.

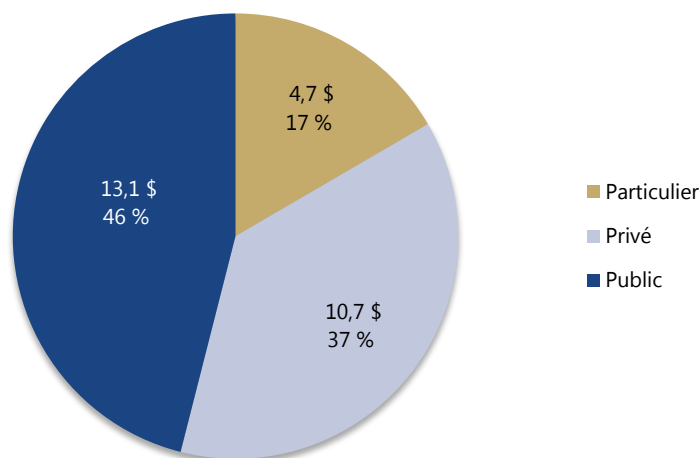
En excluant les achats de médicaments par les hôpitaux, le DPB estime que le total des dépenses en médicaments d'ordonnance au Canada s'est chiffré à environ 28,5 milliards de dollars en 2015-2016 (de juillet à juin). Ces dépenses ont été appuyées par trois sources, ou payeurs, en général : régimes publics, privés ou particulier.

Aux fins du présent rapport, le payeur ou payeur principal désigne l'assurance publique, l'assurance privée ou le particulier ayant assumé la plus grande partie du coût de l'ordonnance. La totalité de la valeur transactionnelle est attribuée au payeur principal, même si une partie de ce montant à la charge du patient peut être remboursée par un assureur au titre de la coordination des avantages sociaux.

Quelque 46 % des dépenses totales en médicaments (13,1 milliards de dollars) ont été principalement couvertes par l'assurance publique, 37 % (10,7 milliards de dollars) par l'assurance privée, et les 17 % restants (4,7 milliards de dollars) ont été payées par des particuliers (figure 1-1).

Figure 1-1

Dépenses en médicaments autres que celles des hôpitaux au Canada, par payeur principal*, 2015-2016 (milliards \$)



Source : Analyse du DPB à partir des données de QuintilesIMS.

Note : * Le « payeur principal » désigne le payeur – l'assurance publique, l'assurance privée ou le particulier – ayant assumé la plus grande partie du coût de l'ordonnance. La totalité de la valeur transactionnelle est attribuée au payeur principal, même si une partie de ce montant à la charge du patient peut être remboursée par un assureur au titre de la coordination des avantages sociaux.

La proportion des dépenses en médicaments principalement couverte par chaque payeur varie sensiblement en fonction d'un certain nombre de paramètres démographiques. À l'échelle régionale, la protection publique est plus répandue dans le Centre et dans l'Ouest du Canada. Dans ces provinces, de 39 à 55 % des dépenses en médicaments sont principalement couvertes par le payeur public.

En revanche, les dépenses principalement publiques oscillent entre 27 et 34 % dans les provinces de l'Atlantique, celles-ci comptant pour la plus grande part des transactions principalement privées. Les dépenses à la charge du patient sont nettement plus élevées en Colombie-Britannique et au Manitoba, où environ le quart de la valeur des transactions de médicaments d'ordonnance est principalement payé par des particuliers (tableau 1-1). Cette observation est conforme aux paramètres des régimes publics provinciaux, qui sont principalement fondés sur le revenu.

Tableau 1-1 Dépenses en médicaments autres que celles des hôpitaux, par province et par payeur principal*, 2015-2016

Province	Total dépensé par payeur principal (millions \$)				Payeur principal		
	Particulier	Privé	Public	Total	Particulier	Privé	Public
C.-B.	679	963	1 170	2 812	24 %	34 %	42 %
Alb.	419	1 232	1 072	2 723	15 %	45 %	39 %
Sask.	152	197	420	769	20 %	26 %	55 %
Man.	215	235	371	820	26 %	29 %	45 %
Ont.	1 503	4 351	5 452	11 306	13 %	38 %	48 %
Qué.	1 462	2 613	3 979	8 054	18 %	32 %	49 %
N.-B.	102	365	233	700	15 %	52 %	33 %
N.-É.	103	421	273	797	13 %	53 %	34 %
Î.-P.-É.	19	55	27	101	19 %	55 %	27 %
T.-N.	89	233	144	466	19 %	50 %	31 %
Total	4 742	10 664	13 142	28 549	17 %	37 %	46 %

Source : Analyse du DPB à partir des données de QuintilesIMS.

Note : * Le « payeur principal » désigne le payeur – l'assurance publique, l'assurance privée ou le particulier – ayant assumé la plus grande partie du coût de l'ordonnance. La totalité de la valeur transactionnelle est attribuée au payeur principal, même si une partie des dépenses payées par le particulier pourraient lui être remboursées par un assureur au titre de la coordination des avantages sociaux.

Par ailleurs, la proportion des dépenses en médicaments payées par chaque payeur varie sensiblement selon les groupes d'âge. Les fonds principalement publics représentent les deux tiers au moins des dépenses totales en médicaments des Canadiens de 65 ans et plus, contre le tiers environ pour les Canadiens en âge de travailler (de 29 à 35 % chez les 19 à 64 ans) et le cinquième pour les jeunes Canadiens (de 19 à 22 % chez les moins de 18 ans).

Les deux derniers groupes comptent davantage sur l'assurance privée, à défaut de quoi ils assument la part de dépenses normalement à la charge du patient. La proportion globale des dépenses totales en médicaments qui sont principalement à la charge du patient est jusqu'à deux fois plus élevée chez les Canadiens de moins de 65 ans (de 18 à 23 %) que chez les 65 ans et plus (de 11 à 13 %) (tableau 1-2). Cela s'explique par le fait que la majorité des régimes publics offrent une protection universelle aux personnes âgées, moyennant des contributions, des primes et/ou des franchises en général peu élevées.

Malgré cela, les personnes âgées sont tout de même assujetties à des dépenses directes, car on estime que les dépenses à la charge du patient se chiffrent à environ 13 % chez les 65 à 79 ans, et à 11 % chez les plus de 79 ans.

Tableau 1-2 Dépenses en médicaments autres que celles des hôpitaux, par groupe d'âge et par payeur principal*, 2015-2016

Groupe d'âge	Total dépensé par payeur principal (millions \$)				Part des dépenses totales		
	Particulier	Privé	Public	Total	Particulier	Privé	Public
0-14	183	444	174	802	23 %	55 %	22 %
15-18	90	248	79	417	22 %	59 %	19 %
19-25	212	465	281	957	22 %	49 %	29 %
26-29	141	302	239	682	21 %	44 %	35 %
30-34	205	516	351	1 072	19 %	48 %	33 %
35-39	246	671	408	1 325	19 %	51 %	31 %
40-44	279	792	484	1 555	18 %	51 %	31 %
45-49	352	981	626	1 959	18 %	50 %	32 %
50-54	503	1 347	889	2 739	18 %	49 %	32 %
55-59	609	1 552	1 041	3 202	19 %	48 %	33 %
60-64	633	1 488	1 122	3 243	20 %	46 %	35 %
65-79	953	1 500	5 033	7 486	13 %	20 %	67 %
80+	336	359	2 416	3 111	11 %	12 %	78 %
Total	4 742	10 664	13 142	28 549	17 %	37 %	46 %

Source : Analyse du DPB à partir des données de QuintilesIMS.

Note : * Le « payeur principal » désigne le payeur – l'assurance publique, l'assurance privée ou le particulier – ayant assumé la plus grande partie du coût de l'ordonnance. La totalité de la valeur transactionnelle est attribuée au payeur principal, même si une partie des dépenses payées par le particulier pourraient lui être remboursées par un assureur au titre de la coordination des avantages sociaux.

La grande majorité des dépenses en médicaments est consacrée à un petit nombre de produits vendus en grande quantité et à faible prix, ou à des médicaments vendus en faible quantité, mais à prix élevé. Selon la base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada, il existe plus de 43 000 produits pharmaceutiques de classe « humain » au Canada ayant chacun leur propre numéro d'identification du médicament (DIN)⁷.

Ces produits ne sont pas tous approuvés, commercialisés, actifs ou couverts par un régime public. Un peu moins de 6 000 DIN ont été répertoriés dans le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) comme étant remboursés par l'un des régimes publics inscrits dans la base de données (qui exclut le Québec)⁸.

De ce nombre, les 10, 100 et 1 000 principaux médicaments remboursés par un régime public ont respectivement représenté 19 %, 45 % et 84 % des dépenses totales en 2015-2016. Les cinq médicaments auxquels les dépenses publiques les plus élevées ont été consacrées ont représenté 13,7 % des dépenses globales en médicaments couverts par un régime public (tableau 1-3).

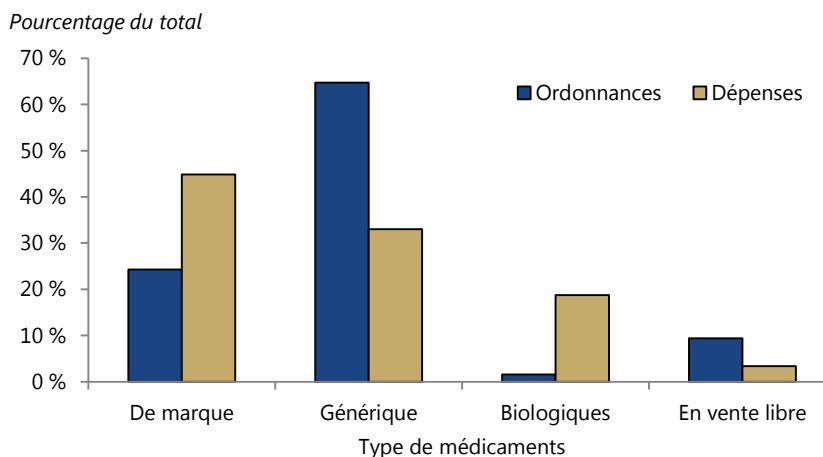
Tableau 1-3 Utilisation des cinq principaux DIN remboursés par un régime public et inscrits dans la base de données du SNIUMP, 2015-2016

Médicament	Ordonnances	Patients	Total des dépenses (millions \$)
HARVONI comprimé de 400 mg, 90 mg	62 497	6 765	475
REMICADE 100 mg pdr et sol	78 081	12 544	368
LUCENTIS sol de 10 mg/ml	113 369	34 338	200
HUMIRA sol de 50mg/mL	99 592	11 339	188
SOVALDI comprimé de 400 mg	20 332	1 706	137

Source : Analyse du DPB à partir des données de l'ICIS dans la base de données du SNIUMP.

Les médicaments peuvent également être classés selon leur méthode de commercialisation et leur brevet. Aux fins du présent rapport, le DPB a examiné quatre catégories : les médicaments de marque, génériques, biologiques et en vente libre⁹. Environ les deux tiers des ordonnances au Canada portent sur des médicaments génériques, le quart sur des médicaments de marque, et les autres ordonnances sont réparties entre les médicaments biologiques et les médicaments d'ordonnance en vente libre.

Figure 1-2 Proportion des ordonnances et des dépenses en médicaments au Canada, par brevet, 2015-2016



Source : Analyse du DPB à partir des données de QuintilesIMS.

Note : Les médicaments en vente libre inclus dans les données sont des médicaments d'ordonnance en vente libre.

Le tableau exclut une petite partie des « chevauchements » qui n'ont pu être classés en tant que médicaments de marque, génériques, biologiques ou en vente libre. Ces chevauchements représentent moins de 1 % du total.

Même si les médicaments génériques représentent 65 % de toutes les ordonnances, ils ne comptent que pour 33 % des dépenses totales. En revanche, les médicaments de marque représentent 24 % des ordonnances, mais 45 % des dépenses totales en médicaments.

Cette particularité met en lumière le coût unitaire plus élevé des médicaments de marque par rapport aux versions génériques de médicaments de marque. Les médicaments biologiques reflètent également ce phénomène : ils représentent moins de 2 % de toutes les ordonnances au Canada et comptent pour près de 19 % de toutes les dépenses en médicaments au pays (figure 1-2).

Encadré 1-1 Brevet

Les **médicaments de marque** désignent les médicaments dans la version initialement commercialisée en tant que nouvelles substances actives. Il s'agit de la première version vendue par le fabricant innovateur; ces médicaments sont connus sous le nom de produits de référence canadiens. Ils peuvent être brevetés ou non. Les **médicaments génériques** ont les mêmes ingrédients actifs que les médicaments de marque et ils arrivent sur le marché à l'expiration du brevet du médicament de marque. Les **médicaments biologiques** constituent une catégorie de médicaments qui sont dérivés du métabolisme d'organismes vivants, plutôt que d'être synthétisés dans un laboratoire. Ils peuvent inclure des médicaments biologiques de marque ou génériques. Les **médicaments en vente libre** englobent tous les médicaments pour lesquels aucune ordonnance n'est généralement exigée. Ils peuvent inclure des médicaments de marque ou génériques, mais n'incluent pas les médicaments biologiques selon la classification de Santé Canada.

Source : ACMTS¹⁰

Les sections suivantes du présent chapitre explorent plus en détail chacun de ces payeurs de produits pharmaceutiques d'ordonnance.

1.1. Gouvernement fédéral

Le rôle du gouvernement fédéral en ce qui concerne les produits pharmaceutiques consiste notamment : à réglementer l'accès au marché; à assurer la sécurité, l'efficacité et la qualité des médicaments; à fournir un soutien financier aux provinces comme le précise la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) par l'intermédiaire du Transfert canadien en matière de santé (TCS); à financer directement des produits pharmaceutiques ou à les livrer à certaines populations, et à contrôler le prix des médicaments nouveaux et innovateurs¹¹.

Santé Canada

Santé Canada est le ministère fédéral chargé d'approuver les nouveaux produits pharmaceutiques mis en vente au Canada. Plus précisément, Santé Canada se penche sur l'efficacité, la sécurité et la qualité de fabrication des médicaments d'ordonnance et sans ordonnance¹². Une fois un médicament approuvé, Santé Canada délivre un avis de conformité à son fabricant¹³.

En outre, les médicaments approuvés peuvent faire l'objet d'un brevet, ce qui entraîne leur ajout au registre des brevets administré par Santé Canada. Il s'agit d'une liste de brevets des médicaments vendus au Canada¹⁴. Les fabricants qui veulent vendre un médicament générique figurant dans le registre des brevets doivent attendre que le brevet arrive à échéance avant d'obtenir l'autorisation de mise en marché de Santé Canada^{15, 16}.

Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés

Le Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés (CEPMB) est l'organisme fédéral indépendant qui a pour mandat de veiller à ce que les prix « départ-usine » de tous les médicaments brevetés ne soient pas excessifs. C'est le prix auquel ils sont vendus aux grossistes, aux pharmacies et aux autres grands distributeurs. Ils incluent les nouveaux médicaments brevetés et ceux qui existaient déjà.

Le CEPMB applique un ensemble de facteurs énumérés dans la *Loi sur les brevets* afin de déterminer si le prix est excessif¹⁷. Si un prix est jugé excessif, le CEPMB a le pouvoir d'ordonner une réduction de prix ou un paiement qui compense jusqu'à deux fois le montant des revenus excédentaires provenant de la vente de médicaments à un prix excessif¹⁸.

Dépenses directes et indirectes

Le gouvernement fédéral est responsable de la distribution de produits pharmaceutiques à certaines populations, y compris aux Premières nations et aux Inuits, aux anciens combattants, aux militaires, aux agents de la Gendarmerie royale du Canada, aux réfugiés et aux détenus dans les pénitenciers fédéraux. Il est aussi responsable du financement de ces produits¹⁹. En 2015-2016, ce coût s'est élevé à environ 645 millions de dollars.

Le gouvernement fédéral offre également le crédit d'impôt pour frais médicaux, qui procure aux Canadiens ayant d'importantes dépenses médicales un crédit d'impôt non remboursable de 15 % (au moins 3 % de leur revenu net, soit 2 268 \$ en 2017)²⁰. Il existe également un crédit d'impôt pour frais médicaux supplémentaires qui, en 2017, offre un remboursement jusqu'à concurrence de 1 203 \$²¹. Finances Canada estime que ces crédits d'impôt et le traitement fiscal coûtent au gouvernement fédéral 1 480 millions de dollars et 150 millions de dollars respectivement.

De plus, le gouvernement fédéral n'inclut pas dans le revenu imposable d'un employé les prestations qui lui sont versées par un régime de soins de santé parrainé par l'employeur. Finances Canada estime que le traitement fiscal a coûté 2 605 millions de dollars au gouvernement fédéral en 2016²².

Enfin, on estime qu'en sa qualité d'employeur, le gouvernement fédéral consacre environ 658 millions de dollars aux régimes privés d'assurance-médicaments des employés fédéraux²³.

1.2. Régimes infranationaux d'assurance-médicaments publics

Chaque province et territoire administre son propre régime d'assurance-médicaments, et les critères varient. En général, chaque administration précise les conditions d'admissibilité qui s'appliquent à sa population ainsi que les médicaments que l'assurance couvrira en particulier, de même que les mesures de partage des coûts exigées.

Les listes sont des listes uniques et exhaustives de médicaments que couvrent les régimes d'assurance-médicaments des provinces ou des territoires, avec ou sans condition d'admissibilité. Les médicaments d'exception ou à accès limité sont des médicaments assortis de conditions d'admissibilité²⁴.

Souvent, les provinces suivent les recommandations de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) ou de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) au Québec, pour ajouter de nouveaux médicaments à leurs listes.

Les nouveaux médicaments autres que les anticancéreux sont évalués sous l'angle de leur rapport coût-efficacité dans le cadre du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM), tandis que les nouveaux médicaments anticancéreux sont évalués dans le cadre du Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux (PPEA), tous deux menés par l'ACMTS²⁵. Au Québec, c'est l'INESSS qui évalue le rapport coût-efficacité des nouveaux médicaments, anticancéreux ou non²⁶.

Même si chaque province crée et gère sa propre liste unique, tout indique qu'il existe une certaine cohérence au chapitre des médicaments couverts dans l'ensemble des provinces.

Le tableau 1-4 ci-après révèle par exemple que la liste des médicaments couverts dans toutes les provinces ne comprend que 32,8 % des médicaments couverts en Ontario, ce qui suggère que la liste des médicaments de l'Ontario est beaucoup plus longue. Parallèlement, ces médicaments représentent près de 65 % des dépenses publiques en médicaments de l'Ontario, ce qui donne à penser que les médicaments supplémentaires couverts sont vendus à faible prix ou en faibles quantités.

Tableau 1-4 Disponibilité des médicaments

Même si la liste des médicaments communs à tous les régimes provinciaux ne représente qu'une fraction des médicaments offerts dans le secteur public de chaque province, ceux-ci comptent pour la majeure partie des dépenses en médicaments.

	QuintilesIMS – Transactions publiques				ICIS**	
	Médicaments couverts dans toutes les provinces		Médicaments couverts au Québec*		Médicaments disponibles au Québec	
	Nbre de médicaments	Dépenses	Nbre de médicaments	Dépenses	Nbre de médicaments	Dépenses ***
Alb.	35,2 %	73,2 %	73,9 %	98,8 %	84,4 %	96 %
C.-B.	37,0 %	64,5 %	72,0 %	98,7 %	83,0 %	98 %
Sask.	41,3 %	76,1 %	65,7 %	99,4 %	85,7 %	98 %
Man.	44,3 %	66,6 %	63,6 %	96,6 %	81,2 %	98 %
Ont.	32,8 %	64,4 %	77,6 %	97,2 %	81,8 %	98 %
Qué.	28,6 %	52,5 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100 %
N.-É.	44,6 %	76,9 %	63,7 %	98,8 %	84,7 %	97 %
N.-B.	42,8 %	71,6 %	67,3 %	98,8 %	86,3 %	97 %
Î.-P.É.	76,7 %	82,7 %	39,1 %	98,7 %	75,8 %	99 %
T.-N.	50,5 %	79,6 %	56,3 %	99,5 %	85,7 %	97 %

Sources : Analyse du DPB à partir des données de QuintilesIMS; Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits.²⁷

Note : Ces résultats se fondent sur un échantillon de 628 médicaments inscrits sur la liste du Québec. Le terme médicament englobe toutes les concentrations ou formulations d'une substance active donnée selon le niveau 5 de la classification ATC et comprend également tous les produits d'origine et produits génériques contenant le même ingrédient actif.

* Limité aux médicaments de la liste de la RAMQ, qui est un sous-ensemble des médicaments répertoriés dans les données de QuintilesIMS, payés par un programme public au Québec.

** Analyse du CEPMB fondée sur le nombre de médicaments calculé à l'aide de la base de données SNIUMP de l'ICIS à partir du système de classification ATC-5, de sorte que plusieurs médicaments uniques, par leur concentration, leur forme galénique et leurs combinaisons d'ingrédients actifs, sont regroupés de façon à représenter un seul médicament. Il s'agit d'une mesure plus large que celle des données de QuintilesIMS.

*** Les coûts des médicaments correspondent aux montants que les régimes publics d'assurance-médicaments acceptent de rembourser, selon la base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, pour chacun des médicaments analysés. Provenance des données : Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

La représentation des médicaments couverts par la liste québécoise est plus courante et elle représente la quasi-totalité des dépenses publiques en médicaments. Par exemple, les médicaments assurés par la RAMQ représentent 73,9 % de tous les médicaments répertoriés comme étant payés par des fonds publics en Alberta et près de 99 % du total des dépenses publiques en Alberta.

C'est donc dire que, même si chaque province couvre sa propre liste de médicaments, outre ceux qui sont indiqués par la RAMQ, les médicaments figurant sur la liste de la RAMQ représentent une partie importante (près de 100 %) du total des dépenses en médicaments des provinces.

Ces résultats sont semblables à ceux de l'analyse effectuée par le CEPMB à partir des données administratives de la base du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) de l'ICIS (voir les deux dernières colonnes du tableau 1-4 ci-avant).

La principale différence entre l'analyse du DPB et celle du CEPMB réside dans le fait que ce dernier a effectué ce calcul à un niveau plus élevé que le numéro d'identification du médicament (DIN).

L'utilisation d'un niveau plus élevé d'identification du médicament par une province présuppose de façon intrinsèque que celle-ci rembourse un médicament répertorié par la RAMQ si cette même province couvre une version générique d'un médicament remboursé par la RAMQ, ou sous une forme galénique ou une concentration différente. L'analyse au niveau du DIN limite les résultats au médicament exact répertorié par la RAMQ, ce qui entraîne un moins grand nombre de points communs.

Outre la liste des médicaments couverts, les régimes provinciaux et territoriaux appliquent également l'interchangeabilité obligatoire des médicaments (le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique), en fournissant en général une liste de médicaments génériques acceptables aux fins du remplacement.

En conséquence, les régimes d'assurance-médicaments publics déclarent de façon générale une proportion plus élevée de ventes et de volumes de médicaments génériques que les autres régimes d'assurance, comme le montre le tableau 1-5 (ci-après). Dans certaines administrations toutefois, un médicament de marque qui serait normalement remplacé par un générique peut être couvert si l'ordonnance précise qu'aucun remplacement n'est accepté.

Tableau 1-5 Parts de marché des médicaments d'ordonnance, Dépenses

Les médicaments génériques représentent une plus grande part des dépenses au titre des transactions principalement publiques qu'à celui des transactions principalement privées.

	Payeur principal*		
	Régimes publics	Régimes privés	Particuliers
Marque	41,8 %	49,7 %	43,5 %
Générique	33,7 %	29,7 %	39,3 %
Biologique	19,8 %	20,1 %	13,3 %
En vente libre	5,1 %	0,9 %	4,5 %
Combinaison**	0,4 %	0,4 %	0,5 %
TOTAL	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Source : Analyse du DPB à partir des données de QuintilesIMS.

Note : Le « payeur principal » désigne le payeur – l'assurance publique, l'assurance privée ou le particulier – ayant assumé la plus grande partie du coût de l'ordonnance. La totalité de la valeur transactionnelle est attribuée au payeur principal, même si une partie des dépenses payées par le particulier pourraient lui être remboursées par un assureur au titre de la coordination des avantages sociaux.

** Un ou plusieurs numéros d'identification du médicament (DIN) pourraient être associés à un seul médicament dans les données de QuintilesIMS. La « combinaison » indique les cas où un médicament n'a pu être défini avec certitude sous une catégorie de brevet parce qu'il avait au moins deux DIN sous une catégorie de brevet différente (c'est-à-dire médicament de marque, générique, biologique ou en vente libre). Ceux-ci sont soustraits du total.

Même si les listes indiquent les médicaments couverts par les régimes d'assurance-médicaments des provinces et des territoires, l'admissibilité au régime est déterminée séparément. Les administrations fournissent généralement un certain niveau d'assurance-médicaments à des populations en particulier, ou à des personnes qui répondent à certaines conditions d'admissibilité.

Plus précisément, la plupart de ces régimes couvrent en général les personnes âgées, les particuliers ou les familles à faible revenu. Ils prévoient également ce qu'on appelle une « assurance-médicaments en cas de catastrophe » ou les dépenses des personnes qui consacrent une partie importante de leur revenu à l'achat de médicaments.

Outre certains critères en particulier, les besoins en matière de santé de la population de chaque province, les habitudes d'ordonnance des médecins, le prix des médicaments génériques et les négociations concernant les prix varient. Il en résulte des écarts au chapitre de la consommation, voire de la couverture de divers médicaments pour certaines populations en particulier.

Enfin, les régimes d'assurance-médicaments provinciaux varient également sous l'angle de la détermination des contributions des patients. Certaines provinces appliquent une contribution fixe à certains bénéficiaires, et d'autres, une contribution fondée sur le revenu. Des provinces ont également fixé des seuils différents de revenu et de dépenses en médicaments, souvent

selon une échelle mobile, si bien que les dépenses en médicaments qui dépassent un certain pourcentage du revenu sont remboursées.

En conséquence, les dépenses à la charge d'un patient peuvent varier sensiblement en fonction de la province ou du territoire dans lequel il vit. En outre, certains régimes facturent également des primes qui sont à la charge des participants. Une comparaison des régimes d'assurance-médicaments provinciaux figure à l'annexe H.

Encadré 1-2 Dépenses en médicaments des hôpitaux

Les médicaments fournis dans les hôpitaux sont couverts par la *Loi canadienne sur la santé*. Selon le contenu de la base de données sur les systèmes d'information de gestion (SIG) de l'ICIS, les hôpitaux à l'extérieur du Québec ont dépensé environ 2 milliards de dollars (à l'exclusion des majorations et des frais de distribution) en produits pharmaceutiques en 2014. L'information n'est pas disponible pour le Québec, car cette province ne fournit pas encore de données financières au Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) de l'ICIS.

(millions \$)	Dépenses en médicaments par les hôpitaux	Dépenses en médicaments anticancéreux dans les hôpitaux
T.-N.	49,9	16,5
Î.-P.-É.	9,3	3,4
N.-É.	97,3	28,5
N.-B.	70,9	31,4
Ont.	1 129,8	358,6
Man.	66	s.o.
Sask.	48,2	s.o.
Alb.	221,2	66,8
C.-B.	308,4	143,6
TOTAL	2 001,1	648,8

s.o. – sans objet

Les hôpitaux déterminent leurs propres listes, soit par l'entremise de comités pharmaceutiques et thérapeutiques hospitaliers, soit par l'intermédiaire de l'autorité sanitaire de la région, du district ou de la province. En conséquence, les hôpitaux couvrent des médicaments qui peuvent figurer ou non sur la liste de la province ou du territoire.

Encadré 1-2 Dépenses en médicaments des hôpitaux (suite)

Il est également possible que, dans la province ou le territoire, un médicament soit couvert ou non à l'endroit où les soins sont dispensés (à savoir, s'il s'agit d'un milieu hospitalier plutôt que communautaire). La collaboration s'est toutefois accrue entre les régimes publics d'assurance-médicaments et les hôpitaux et les autorités sanitaires.

Puisque les hôpitaux négocient également leurs prix sans égard aux régimes provinciaux ou territoriaux, ils peuvent payer plus ou moins pour les médicaments répertoriés sur la liste de la province ou du territoire.

Ils déterminent également l'échange thérapeutique (remplacement) indépendamment des régimes provinciaux ou territoriaux, ce qui peut entraîner des divergences de médicament au moment où le patient quitte l'hôpital ou entraîner un transfert de coûts entre les hôpitaux ou les autorités sanitaires, les régimes provinciaux d'assurance-maladie ou les patients eux-mêmes.

C'est donc dire qu'un médicament fourni à l'hôpital, que le patient continue de prendre après sa sortie, peut coûter plus ou moins que celui qui est remboursé par le régime public ou privé. Dans certains cas, il peut ne pas figurer sur la liste du régime public ou privé; le cas échéant, le patient devra le payer de sa poche.

Sources : ICIS 2016,²⁸ ACMTS,²⁹ Lapointe-Shaw et coll.,³⁰ Chua et coll.,³¹

1.3. Régimes d'assurance-médicaments privés

Les conditions d'admissibilité aux régimes d'assurance-médicaments privés sont habituellement sujettes à la disponibilité par l'emploi plutôt qu'à des critères personnels en particulier. Des régimes pour particuliers peuvent toutefois être souscrits indépendamment de l'emploi³².

L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) estime qu'au moins 25,3 millions de Canadiens, soit environ 70,5 % de la population, ont une assurance-médicaments privée souscrite directement ou par l'entremise d'un membre de la famille auprès de régimes parrainés par l'employeur (régimes collectifs)^{33 34}.

À plusieurs égards, les régimes d'assurance-médicaments privés ressemblent aux régimes publics. À l'instar des régimes publics, les régimes d'assurance-maladie privés qui couvrent les produits pharmaceutiques ont également des listes, en général plus inclusives que ceux de leurs homologues publics.

Les services d'intelligence d'affaires en santé de TELUS estiment qu'en 2012, 94 % des régimes privés avaient une liste ouverte (c'est-à-dire que tous les

médicaments qui exigent légalement une ordonnance sont admissibles). Ces régimes représentent 80 % des participants à un régime.

Tableau 1-6 Listes de régimes privés

On estime que 94 % des régimes privés couvrent tous les médicaments d'ordonnance au Canada.

	Part des participants à un régime	Part des régimes
Tous les médicaments d'ordonnance	80 %	94 %
Listes de régimes privés	7 %	3 %
Listes de régimes publics	6 %	2 %
Autres ou inconnus	7 %	1 %

Source : Services d'intelligence d'affaires en santé de TELUS³⁵

Note : Les constatations de TELUS Santé représentent un portrait-éclair partiel de la protection offerte par les régimes privés en 2012

En outre, le remplacement par un générique n'est pas toujours requis, et les régimes privés fixent également leurs seuils de franchise et de contribution ou de coassurance. Une dépense maximale en médicaments admissibles est souvent fixée pour l'année et, dans certains cas, à vie.

Encadré 1-3 Contribution, coassurance et franchises

Les contributions, la coassurance et les franchises se traduisent toutes par un coût pour le patient. Une **contribution** est habituellement un paiement forfaitaire versé pour chaque ordonnance et ne varie pas selon le coût de l'ordonnance. Par ailleurs, la **coassurance** est habituellement déterminée comme un pourcentage fixe du coût de l'ordonnance. La coassurance est chose courante dans le cadre d'un régime d'assurance-médicaments privé.

Les **franchises** correspondent au montant minimal des dépenses annuelles en médicaments qui ne donne habituellement pas droit à un remboursement en vertu des régimes d'assurance. Les trois peuvent donner droit au crédit d'impôt pour frais médicaux.

L'information fournie par les services d'intelligence d'affaires en santé de TELUS nous renseigne sur la diversité des critères et la protection offerte par un vaste échantillon de régimes d'assurance-maladie privés (tableau 1-7).

Tableau 1-7 Paiements à la charge des participants de régimes d'assurance-médicaments privés

Il est courant que des paiements soient à la charge des participants dans le cadre de certains régimes d'assurance-médicaments privés.

	Participants	Régimes
Franchise ou contribution	86,0 %	88,0 %
Franchise	11,0 %	8,0 %
Contribution ou coassurance	84,0 %	77,0 %
Montant fixe	17,0 %	19,0 %
Coassurance	67,0 %	58,0 %
Aucune contribution	16,0 %	23,0 %
Maximum annuel et à vie	0,5 %	0,2 %
À vie seulement	7,9 %	4,4 %
Annuel seulement	13,3 %	9,4 %
Aucun maximum	78,3 %	86,0 %
Remplacement par un générique	71,0 %	81,0 %

Source : Services d'intelligence d'affaires en santé de TELUS³⁶

Dans son Rapport de 2015 sur les tendances en matière de médicaments, Express Scripts Canada déclare que les dépenses annuelles moyennes en médicaments des participants se sont chiffrées à 818 \$³⁷, avant d'être portées à 840 \$ en 2016. Une proportion relativement peu élevée de demandeurs (14 %) représente toutefois une part importante (72 %) du total des dépenses des participants à des régimes d'assurance privés³⁸. Les participants dont les demandes annuelles ont dépassé 10 000 \$ ont représenté 28,8 % du total des dépenses dans les régimes privés en 2016³⁹.

1.4. Dépenses à la charge des patients et personnes non assurées

Des dépenses en médicaments d'ordonnance sont effectuées lorsque la personne ou le médicament n'est pas assuré, et la personne doit payer le prix total du médicament, ou la différence entre le montant couvert par l'assurance et le prix total du médicament.

Dans ce dernier cas, il peut également y avoir des montants de partage des coûts ou des franchises. Dans le cadre des études, on considère souvent que les primes d'assurance payées sont des dépenses directes en médicaments, en particulier à l'examen du fardeau financier des ménages. Cet élément n'est pas inclus dans la présente analyse qui vise à estimer les coûts de ce programme d'assurance-médicaments.

Encadré 1-4 Cartes de contribution

Selon le régime d'assurance-médicaments, les patients peuvent se faire payer, en totalité ou en grande partie, le médicament de marque par le régime public ou privé et par le laboratoire pharmaceutique concerné. Certains régimes peuvent rembourser le coût de l'ingrédient du médicament de marque jusqu'à concurrence du prix du générique, et l'écart entre les deux médicaments est à la charge du patient.

Certains fabricants de médicaments offrent toutefois de payer cette différence. Les patients peuvent obtenir une carte qui, utilisée à la pharmacie, fait en sorte que le fabricant du médicament reçoit une facture correspondant au montant de l'écart. Le solde est à la charge des patients.

Sources : CBC News;⁴⁰ Innovicares;⁴¹

On ne connaît pas le total définitif incluant ces mesures des dépenses en médicaments d'ordonnance à la charge des patients. Les données de l'ICIS établissent toutefois une estimation d'environ 7,1 milliards de dollars.

Tableau 1-8

Dépenses totales en médicaments d'ordonnance à la charge des patients

	DPB	ICIS (BDDNS)
Dépenses à la charge des patients	4,7 milliards	7,1 milliards

Source : Analyse du DPB à partir des données de QuintilesIMS; BDDNS de l'ICIS, 2016

La majeure partie des données utilisées dans le présent rapport ont été obtenues auprès de QuintilesIMS, un fournisseur mondial de soins de santé intégrés et de services axés sur la technologie⁴².

Les données de QuintilesIMS révèlent que les achats de médicaments en majeure partie à la charge des patients ont totalisé 4,7 milliards de dollars. Parmi les exemples de cas où les dépenses ont été en majeure partie à la charge du patient, mentionnons celui des personnes non assurées, les cas où le maximum de la franchise n'avait pas encore été atteint, ou encore les cas où la dépense a atteint ou dépassé le plafond annuel ou à vie.

L'écart de 2,4 milliards de dollars entre les données de QuintilesIMS et la BDDNS de l'ICIS s'explique par les différences dans la définition de « payeur ». La valeur totale des opérations de médicaments d'ordonnance est attribuée au payeur majoritaire dans les données de QuintilesIMS, tandis que l'ICIS estime le niveau réel des dépenses engagées par le payeur.

Par exemple, dans les cas où les patients paient une franchise de 100 \$ et une contribution de 20 \$ pour une ordonnance de 300 \$ pour laquelle ils ont une assurance publique, la totalité de cette opération sera attribuée au payeur « public ». C'est parce que la majeure partie (60 %) de ce médicament a été payée par l'assurance publique et les 40 % restants ont été à la charge du patient.

En outre, les données de QuintilesIMS classifient les opérations en fonction du payeur à l'étape même du paiement. Si la majeure partie du prix devait être remboursée par l'assurance publique ou privée, mais qu'elle a initialement été entièrement à la charge du patient, l'opération serait classée en « espèces ». Cette classification entraîne une sous-estimation des coûts totaux à la charge du patient.

D'autre part, selon cette classification, on parle de « payeur en espèces » dans le cas d'opérations où le patient a payé la majeure partie des médicaments et qu'il n'avait pas du tout d'assurance ou pas d'assurance pour le médicament acheté. Il a donc dû payer une franchise relativement élevée ou il sera remboursé plus tard et a dû avancer le montant (couverture dès le « premier dollar »).

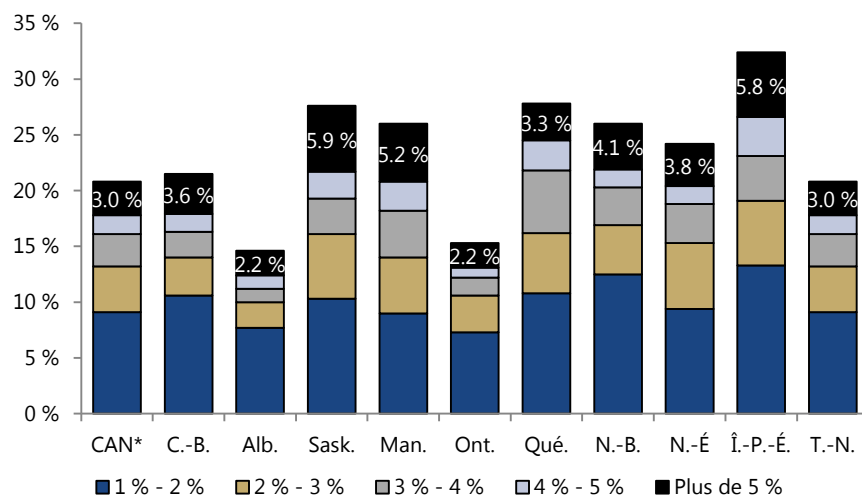
Pour les dépenses à la charge des patients, l'ICIS s'appuie sur les données de l'Enquête sur les dépenses des ménages de Statistique Canada^{43, 44}. Celles-ci n'incluent pas les primes payées. L'Enquête révèle qu'en 2015, les dépenses annuelles moyennes à la charge du patient se sont élevées à 417 \$ par ménage. Ce n'est qu'une moyenne; les dépenses réelles des ménages pouvant varier sensiblement selon la situation des patients, y compris leur état de santé et leurs assurances⁴⁵.

En 2008 par exemple, près d'un cinquième des ménages au Canada ont consacré plus de 1 % de leur revenu après impôt aux médicaments à leur charge; 3 % y ont consacré plus de 5 %⁴⁶ de leur revenu. Les proportions sont plus élevées en Saskatchewan, au Manitoba, au Québec et dans les provinces de l'Atlantique (figure 1-3).

Figure 1-3

Les ménages sont confrontés à différents niveaux de dépenses en médicaments à la charge du patient.

Dépenses des ménages en médicaments d'ordonnance en pourcentage du revenu après impôt, par province, en 2008



Source : Analyse du DPB à partir des données de Statistique Canada (Enquête sur les dépenses des ménages; CANSIM 109-5012)

Note : * Le « Canada » n'inclut que les 10 provinces.

Le revenu après impôt correspond au revenu total duquel est soustrait l'impôt sur le revenu des particuliers.

Cet indicateur n'inclut que les médicaments d'ordonnance achetés par les ménages. Les médicaments en vente libre, les médicaments remboursés par le gouvernement ou par les compagnies d'assurance, ainsi que les primes prélevées par les régimes publics ou privés au titre des régimes d'assurance-maladie ne sont pas inclus.

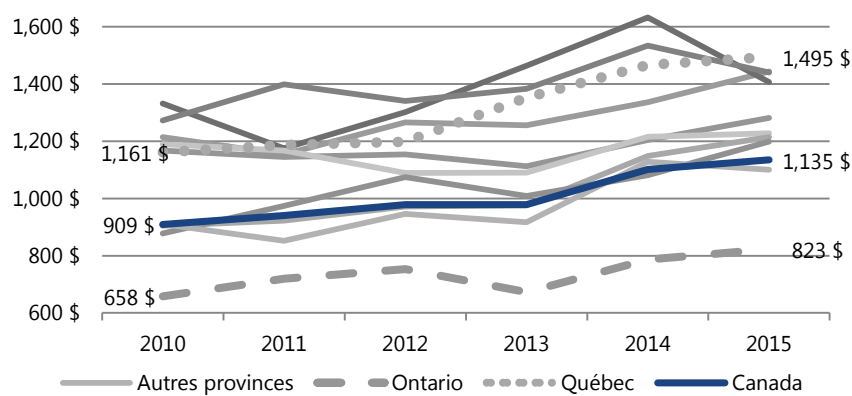
Les dépenses moyennes en médicaments à la charge des patients varient également d'une province à l'autre. Les Ontariens déclarent systématiquement les plus faibles dépenses annuelles en médicaments à la charge du patient; en 2015, ces dépenses ont totalisé 314 \$ par ménage. Après inclusion des primes des régimes d'assurance privés, ce montant s'élève à 823 \$.

Le Québec a le plus haut total, à 526 \$ par ménage consacré aux médicaments d'ordonnance, ou 1 495 \$ si l'on inclut les primes des régimes d'assurance privés⁴⁷.

Figure 1-4

Dans la plupart des provinces, les dépenses annuelles en médicaments déclarées à la charge des patients, y compris les primes, ont dépassé en moyenne 1 000 \$ par ménage en 2015.

Dépenses moyennes par ménage déclarées à la charge du patient en médicaments d'ordonnance, en produits pharmaceutiques et en primes de régimes d'assurance privés, par province



Source : Analyse du DPB à partir des données de Statistique Canada (Enquête sur les dépenses des ménages; CANSIM 203-0026)

Note : * Le « Canada » n'inclut que les 10 provinces.

Cet indicateur n'inclut que les médicaments d'ordonnance et produits pharmaceutiques achetés par les ménages. Les médicaments en vente libre, les médicaments remboursés par le gouvernement ou par les compagnies d'assurance, ne sont pas inclus.

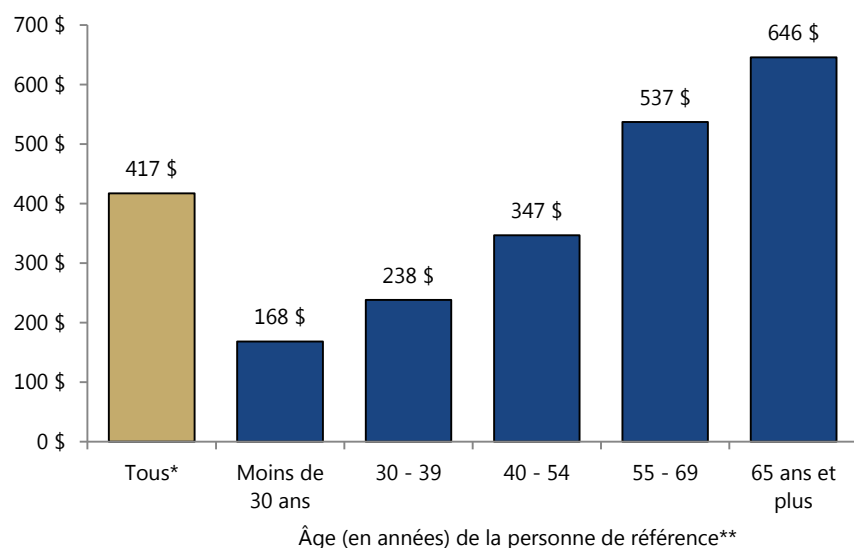
L'âge est également un facteur déterminant dans les dépenses en médicaments à la charge du patient. Les Canadiens plus âgés ont beaucoup plus de dépenses en médicaments à leur charge que les jeunes Canadiens.

Les personnes de 65 ans et plus ont dépensé, en moyenne, près de quatre fois plus que celles de moins de 30 ans.

Figure 1-5

En moyenne, plus un ménage est âgé, plus il a de dépenses en médicaments à la charge du patient.

Dépenses moyennes par ménage déclarées à la charge du patient en médicaments d'ordonnance et en produits pharmaceutiques, par groupe d'âge, en 2015



Source : Analyse du DPB à partir des données de Statistique Canada (Enquête sur les dépenses des ménages; CANSIM 203-0022)

Note : * Le « Canada » n'inclut que les 10 provinces.

** La personne de référence du ménage est le membre du ménage qui est le principal soutien financier (par exemple, qui paie le loyer, l'hypothèque, les taxes foncières ou l'électricité). Si tous les membres se partagent la tâche à parts égales, une personne est choisie comme personne de référence du ménage.

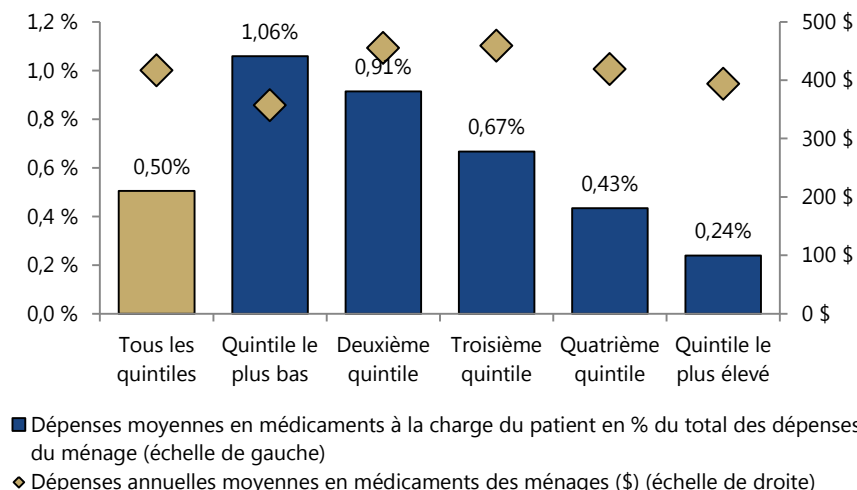
Les dépenses en médicaments à la charge du patient représentent un fardeau financier plus lourd pour les Canadiens à faible revenu. L'analyse des données de l'Enquête sur les dépenses des ménages révèle qu'en moyenne, les ménages dans le quintile inférieur du revenu avant impôts (les 20 % les plus bas) consacrent plus de 1 % de leurs dépenses annuelles aux médicaments à la charge du patient. Ce fardeau est quatre fois plus élevé que celui des ménages dans le quintile supérieur de revenu avant impôts (0,24 %).

Ce phénomène reflète le fait que, les dépenses moyennes totales en médicaments à la charge du patient étant relativement semblables dans les cinq quintiles (de 350 \$ à 460 \$ par ménage par année environ), les dépenses en médicaments constituent donc une part plus importante des dépenses pour les ménages à faible revenu, dont les dépenses sont nécessairement moins élevées (figure 1-6).

Figure 1-6

En moyenne, moins le revenu d'un ménage est élevé, plus la proportion de ce revenu qu'il doit consacrer aux médicaments à la charge du patient est élevée.

Proportion des dépenses des ménages consacrées aux médicaments d'ordonnance et aux produits pharmaceutiques, selon le quintile de revenu des ménages avant impôts⁴⁸, en 2015



Source : Calculs du DPB à partir des données de Statistique Canada (Enquête sur les dépenses des ménages; CANSIM 203-0021)

Note : Les dépenses déclarées ne tiennent pas nécessairement compte du crédit d'impôt pour frais médicaux.

Certains médicaments coûtent beaucoup plus cher que d'autres. L'Anatomical Therapeutic Classification (ATC), qui est une classification thérapeutique, range les médicaments en fonction de leurs ingrédients actifs selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent⁴⁹.

Le tableau 1-9 présente les coûts moyens annuels par patient selon l'ATC des dix principales catégories de l'ATC au total des dépenses.

Tableau 1-9 Paramètres des dépenses en médicaments selon les principales catégories anatomiques et thérapeutiques au niveau 3, en 2015-2016

Catégorie anatomique et thérapeutique (niveau 3)	Dépenses totales (millions \$)	% des dépenses par payeur principal*			Dépenses moyennes en médicaments quand le payeur principal* est un particulier	
		Public	Privé	Particulier	Par ordonnance	Par patient, par année
Produits anti-TNF	2 200	45 %	44 %	10 %	2 777	17 277
Antidépresseurs et normothymiques	1 460	35 %	48 %	17 %	35	158
Régulateurs de cholestérol et de triglycérides	1 210	41 %	43 %	16 %	32	175
Antiviraux, sauf les médicaments anti-VIH	1 110	63 %	24 %	13 %	281	319
Antiulcéreux	1 070	37 %	45 %	18 %	38	109
Analgésiques narcotiques	796	54 %	27 %	19 %	26	45
Antipsychotiques	789	71 %	21 %	8 %	38	208
Insuline humaine biosynthétique et analogues	665	55 %	37 %	8 %	98	510
Anticonvulsivants	639	49 %	35 %	16 %	34	139
Agonistes bêta-2 et combinaisons de corticoïdes	635	54 %	37 %	9 %	132	209

Source : Analyse du DPB à partir des données de QuintilesIMS

Note : * Le « payeur principal » désigne le payeur – l'assurance publique, l'assurance privée ou le particulier – ayant assumé la plus grande partie du coût de l'ordonnance. La totalité de la valeur transactionnelle est attribuée au payeur principal même si une partie des dépenses payées par le particulier pourraient lui être remboursées par un assureur au titre de la coordination des avantages sociaux.

La classification ATC-3 est celle de l'Association européenne pour l'étude du marché pharmaceutique (EphMRA)

Transfert canadien en matière de santé

Le Transfert canadien en matière de santé (TCS) est le transfert fédéral payable aux provinces en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) au titre de la prestation et de l'exécution de leurs services de soins de santé admissibles.

L'enveloppe totale des fonds du TCS correspond au montant de l'année précédente majoré du taux de croissance de la moyenne mobile du produit intérieur brut (PIB) nominal du Canada sur trois ans. Le taux de croissance minimal est fixé à 3 %. L'exercice en cours (2017-2018) est le premier pendant lequel ce taux de croissance est ainsi calculé; il était auparavant établi à 6 % en vertu de la loi.

Encadré 1-5 Bref historique du financement public des produits pharmaceutiques

La Constitution du Canada divise les pouvoirs du gouvernement et accorde aux provinces le pouvoir d'établir, de maintenir et de gérer des hôpitaux.

Les premiers hôpitaux financés par le gouvernement ont été établis en Saskatchewan en 1947. L'Alberta et la Colombie-Britannique ont ensuite emboîté le pas. En 1957, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, qui prévoyait le remboursement par le gouvernement fédéral, ou le partage des coûts avec celui-ci, de tout au plus la moitié des coûts de certains services d'hospitalisation et de diagnostic des provinces et des territoires.

En 1966, dans la foulée d'une initiative mise en œuvre en Saskatchewan en 1962, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi sur les soins médicaux*, qui prévoyait le remboursement ou le partage de la moitié des coûts assumés par les provinces et les territoires pour des services médicaux particuliers offerts par un médecin à l'extérieur des hôpitaux. En 1972, toutes les provinces et tous les territoires s'étaient dotés d'un régime d'assurance universel qui s'appliquait aux services offerts par les médecins, dans les hôpitaux et à l'extérieur de ceux-ci.

De nos jours, c'est la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) qui précise les critères et les conditions que les régimes d'assurance maladie des provinces et des territoires doivent observer afin de recevoir les paiements de transfert du gouvernement fédéral. Les montants de ces contributions, peut-être mieux connus sous le nom de Transfert canadien en matière de santé (TCS), sont déterminés séparément dans la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*.

À l'heure actuelle, les paiements du TCS correspondent à un montant en espèces égal par habitant (par personne). Ces paiements de transfert sont ajoutés aux revenus généraux des provinces et territoires et ne sont pas directement liés à l'utilisation des soins de santé.

Dépenses publiques en médicaments d'ordonnance au Canada, 2015-2016 (millions \$)			
PROVINCIAL	FÉDÉRAL	Total P/T santé	TCS
11 290	645	145 763	34 026

Les provinces et les territoires sont responsables de la distribution des produits pharmaceutiques. En ce qui concerne l'assurance-médicaments, la responsabilité du gouvernement n'a pas clairement été définie dans la Constitution.

Encadré 1-5 Bref historique du financement public des produits pharmaceutiques (suite)

En outre, l'assurance visant les produits pharmaceutiques (en dehors des hôpitaux) n'est pas incluse dans la définition de « services de santé assurés » dans la *Loi canadienne sur la santé*. Les provinces et les territoires ont, en général, accepté cette responsabilité pour certaines populations, notamment pour les aînés et les personnes ou les familles à faible revenu. Le secteur privé, y compris les fonds de sécurité sociale (comme les commissions d'indemnisation des accidents du travail) et l'assurance privée, comble l'écart en partie.

Malgré l'existence de régimes d'assurance publics et privés, il reste des Canadiens non assurés et sous-assurés. Leur nombre exact est inconnu, en raison de plusieurs facteurs, y compris le grand nombre de fournisseurs d'assurance, les différents niveaux d'avantages et de protection et l'insuffisance des données.

Les études documentaires révèlent que la proportion de Canadiens bénéficiant d'une assurance-médicaments est relativement élevée, mais que le degré de protection varie sensiblement. Certaines statistiques qui donnent un aperçu du niveau de protection de l'assurance-médicaments au Canada sont présentées dans le tableau ci-après.

Variation de la protection d'assurance-médicaments au Canada	
Statistiques diverses	Notes
Plus de 24 millions de Canadiens bénéficiaient d'une assurance-médicaments d'ordonnance privée en 2015	
2 % des Canadiens n'avaient pas d'assurance-médicaments en 2002	
Les 20 % de personnes aux revenus les plus bas ont dépensé environ 300 \$ en médicaments d'ordonnance en 2009	Exclut les primes d'assurance
Les dépenses moyennes en médicaments à la charge du patient en 2009 ont totalisé 320 \$	Exclut les primes d'assurance
22 % de tous les médicaments d'ordonnance ont été à la charge du patient en 2014	
9,6 % des Canadiens ont déclaré ne pas avoir respecté leurs ordonnances en raison du prix des médicaments.	Définition : dépenses à la charge du patient en raison desquelles ce dernier n'a pas exécuté ou renouvelé son ordonnance, ou a essayé d'étirer sa posologie.
14,1 % des ménages composés de personnes de 40 ans ou plus et ayant des problèmes cardiovasculaires n'avaient pas d'assurance en 2012	Seulement au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique

Sources : *Loi constitutionnelle*⁵⁰; Santé Canada⁵¹; *Loi canadienne sur la santé*⁵²; *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*⁵³; ICIS 2016⁵⁴; Finances Canada 2017⁵⁵. ACCAP⁵⁶; Fraser Group/Tristat Resources⁵⁷; Sanmartin et coll.⁵⁸; ICIS⁵⁹; Law et coll.⁶⁰; Hennessy et coll.⁶¹.

Note : Les dépenses provinciales en médicaments incluent la partie du TCS qui peut être attribuée aux dépenses en médicaments.

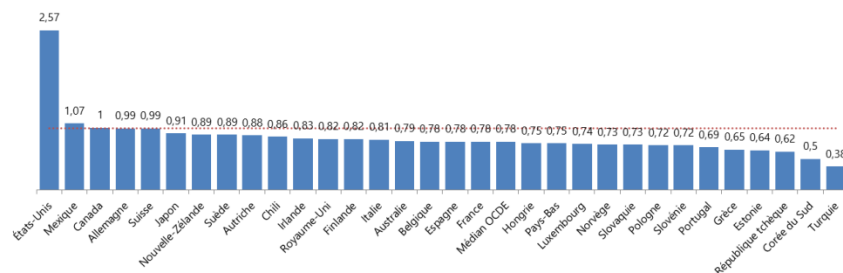
1.5. Le prix des médicaments au Canada

Tout indique que les patients au Canada paient les médicaments brevetés plus cher que dans les autres pays de l'OCDE, y compris des pays industrialisés comme l'Allemagne, la France et l'Australie (figure 1-7).

Figure 1-7

Les prix médians de l'OCDE pour les médicaments brevetés sont en moyenne 22 % inférieurs aux prix pratiqués au Canada.

Ratio moyens des prix étrangers par rapport aux prix canadiens des médicaments brevetés, 2015



Source : CEPMB 2016⁶².

Comme nous l'avons indiqué, le prix des médicaments brevetés au Canada est réglementé par le Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés (CEPMB). Le prix des médicaments non brevetés n'est pas réglementé, mais il peut être négocié.

Les fournisseurs d'assurance-médicaments ont un certain pouvoir de négociation pour s'assurer que les prix des médicaments qu'ils décident d'inclure sur leur liste sont acceptables. Cela inclut tous les médicaments, qu'ils soient brevetés, de marque ou autres. Les études documentaires concluent en général que les régimes provinciaux et territoriaux ont plus de pouvoir ou d'influence sur les négociations que les régimes privés. Cela s'explique probablement par la part de marché qu'ils occupent et par le pouvoir de négociation qui en résulte.

Certains régimes publics ont négocié pour rembourser les médicaments aux prix affichés sur les listes publiques, mais ils recevront une compensation du fabricant de médicaments sous la forme d'un rabais. Il pourrait en résulter un effet de distorsion sur les prix lorsque tous les autres acheteurs du médicament paient davantage. Plus récemment, les payeurs privés ont également entamé des négociations semblables⁶³.

Les montants de ces rabais confidentiels – une forme d'entente relative à l'inscription des produits (EIP) au Canada – sont, comme leur nom le dit, confidentiels. Par suite des consultations, le DPB estime que ces rabais représentent en moyenne environ 25 % du prix des médicaments qui est indiqué.

Encadré 1-6 Rabais confidentiels

Il existe actuellement deux grandes sources de rabais pharmaceutiques confidentiels au Canada, soit les rabais négociés par les pharmacies et ceux qui sont négociés par les fournisseurs de régimes d'assurance.

Les pharmacies ont négocié avec les fabricants de médicaments des rabais confidentiels. Les fabricants de médicaments génériques se sont livrés concurrence en offrant un rabais confidentiel aux pharmacies en échange du stockage (et de la vente) de leur produit dans ces pharmacies.

Avant que les régimes publics n'essaient de réduire ces rabais à la fin de 2006, on estimait que ces rabais oscillaient entre 40 % et 80 % pour certains produits génériques. Les rabais servaient également à favoriser les ventes de médicaments hors brevet (de marque).

Les pharmacies qui reçoivent le remboursement du prix d'achat (majoré des marges bénéficiaires fixes et des honoraires professionnels) réalisent un bénéfice net égal à l'écart entre le prix d'achat remboursé et le prix d'achat réel (déduction faite des rabais).

Plusieurs provinces ont toutefois des règlements ou des politiques qui précisent que le remboursement doit refléter le prix d'achat net, ce qui élimine effectivement ces bénéfices. L'Ontario a autorisé une allocation professionnelle maximale de 20 % dont la définition diffère de celle d'un rabais tant que les pharmaciens financent des services professionnels liés aux patients. L'Ontario a toutefois inscrit dans la loi en 2010 qu'aucune allocation professionnelle ne sera autorisée dans le cadre des régimes publics ou privés. Au lieu de cela, les frais d'exécution ont été haussés.

Les prix de référence plus récents des médicaments génériques (fixant le prix d'un générique à un pourcentage du médicament de marque) des régimes d'assurance-médicaments publics ont également réduit cette source de bénéfices des pharmacies.

Cela pourrait aussi avoir stimulé la créativité des fabricants de médicaments pour offrir des avantages aux pharmacies. L'Agence du revenu du Canada (ARC) a découvert pour plus de 58 millions de dollars de rabais et d'incitatifs non déclarés.

Encadré 1-6 Rabais confidentiels (suite)

Tout indique que la réduction des rabais versés aux pharmacies a entraîné une augmentation des frais d'exécution pour les régimes privés. Un tel exemple s'est produit au Québec, où le prix moyen des médicaments pour le régime d'assurance-médicaments public du Québec a diminué de 5,5 %, tandis que le prix moyen des médicaments pour les régimes d'assurance-médicaments privés au Québec a grimpé de 6,4 %.

Cela s'est produit malgré la baisse officielle du prix de référence des médicaments génériques, qui est passé de 50 % du prix des médicaments brevetés à 25 %.

Les régimes publics, et plus récemment les régimes privés, négocient aussi directement avec les fabricants de médicaments pour obtenir un rabais confidentiel. Ces rabais sont plus communément appelés « ententes relatives à l'inscription des produits » (EIP).

L'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) est une initiative mixte des régimes publics visant à négocier collectivement des prix plus bas par l'intermédiaire d'EIP. Jusqu'ici, l'APP a négocié des prix réduits pour plusieurs médicaments de marque et génériques, et elle négocie relativement à d'autres produits.

L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) suggère que les économies négociées par l'APP relativement à certains médicaments pourraient représenter des économies de 20 % en moyenne. Par suite de consultations avec les parties prenantes, le DPB a décidé de fixer l'hypothèse de réduction des prix à 25 %.

Sources : Bureau de la concurrence du Canada⁶⁴; Grootendorst *et coll.*⁶⁵; Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario⁶⁶; CBC News⁶⁷; Gagnon⁶⁸; ACCAP⁶⁹.

D'autres stratégies de négociation documentées sont énumérées et décrites à l'annexe G.

2. Portée du régime national d'assurance-médicaments

Le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a demandé en septembre 2016 au directeur parlementaire du budget (DPB) d'estimer le coût d'un programme national d'assurance-médicaments grâce auquel tous les Canadiens profiteraient d'une protection égale d'assurance-médicaments.

Le Comité a fourni au DPB les paramètres ou le cadre du programme d'assurance-médicaments. En particulier, le nouveau programme :

- constituerait un régime universel;
- remplacerait les régimes d'assurance-médicaments publics et privés en place;
- utiliserait comme liste nationale la liste des médicaments en vigueur au Québec;
- exigerait une contribution de 5 \$ relativement à toutes les ordonnances de médicaments de marque, à quelques exceptions près pour les personnes suivantes :
 - personnes de 15 ans ou moins;
 - étudiants de 16 à 18 ans;
 - personnes de 65 ans ou plus;
 - femmes enceintes;
 - personnes ayant un handicap physique;
 - bénéficiaires de l'assurance-emploi et les personnes à leur charge;
 - bénéficiaires de l'aide sociale et les personnes à leur charge.

Le DPB a avancé quelques hypothèses supplémentaires. Premièrement, la portée de l'estimation des coûts se limite à ceux du gouvernement fédéral. Les estimations n'incluent pas le coût supplémentaire éventuel d'administration de la mise en œuvre de l'assurance-médicaments, ni les économies éventuelles que pourraient réaliser les provinces grâce à l'administration consolidée.

L'incidence sur les dépenses en médicaments des hôpitaux, qui font techniquement partie des dépenses publiques en médicaments, a également été exclue de la portée de l'analyse. Les coûts liés aux lois, aux règlements ou aux négociations sont également exclus de l'analyse.

Deuxièmement, les retombées sur les programmes, les transferts ou les politiques connexes, comme les changements qui devront être apportés au Transfert canadien en matière de santé (TCS), ou l'augmentation ou la diminution des coûts dans les autres secteurs de la santé (par exemple, l'augmentation de la facturation des ordonnances par un médecin) n'ont pas été incluses dans l'estimation des coûts.

Troisièmement, l'amélioration de la santé en général, qui entraînera une diminution globale des coûts des soins de santé, n'a pas été prise en compte. Enfin, les répercussions pour les parties prenantes autres que le gouvernement fédéral, y compris, sans s'y limiter, le secteur de l'assurance privée, l'industrie pharmaceutique et les programmes publics, ont également été gardées hors de la portée de la présente analyse.

Les données, et donc l'analyse, ont été limitées aux 10 provinces. Vous trouverez à l'annexe B plus de détails sur les limitations et sur les sources de données.

Même si elles n'ont pas été incluses dans le présent rapport, les données obtenues par le DPB ainsi que la méthodologie employée permettent d'utiliser d'autres listes aux fins du calcul des coûts futurs.

Encadré 2-1 Uniformisation et coûts administratifs

Même si le DPB n'estimera pas le coût rattaché à l'administration d'un programme national d'assurance-médicaments, il y a fort à parier que le coût global d'administration de plusieurs régimes d'assurance-médicaments publics et privés dépasse le coût d'administration d'un programme ou d'un régime unique.

Par exemple, en proportion des dépenses totales, les dépenses en santé du secteur public en 2014 ont été constituées à environ 1,7 % (2,6 milliards de dollars) de dépenses d'administration, tandis que celles du secteur privé ont représenté 5,7 % (3,6 milliards). Ces dépenses devraient diminuer sous un administrateur unique à l'échelle nationale.

Les régimes d'assurance-médicaments privés donnent lieu à un autre problème qui pourrait leur être propre, à savoir que les administrateurs et les bénéficiaires de ces régimes ne choisissent pas nécessairement les produits pharmaceutiques ou les méthodes d'administration les plus avantageux sur le plan coût-efficacité. Un administrateur national unique pourrait imposer une méthode d'administration fixe ou limiter les médicaments inscrits sur la liste à ceux qui sont les plus rentables.

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, nhex-Series-C-2016; Express Scripts Canada, [*Les mauvaises décisions des patients canadiens contribuent au gaspillage de 5,1 milliards de dollars en médicaments d'ordonnance chaque année, selon Express Scripts Canada.*](#)

3. Quels changements prévoit-on?

Dans le contexte décrit ci-dessus, un régime d'assurance-médicaments national pourrait modifier les dépenses en médicaments de notre pays de plusieurs façons.

Comme l'indique le tableau 3-1, on estime que dans la période de 12 mois qui s'est terminée le 30 juin 2016, les dépenses hors milieu hospitalier se sont élevées en tout à 28,5 milliards de dollars. De ce chiffre, 13,1 milliards provenaient du secteur public, 10,7 milliards des assurances privées et 4,7 milliards des particuliers que l'on ne rembourse pas.

Tableau 3-1

Les dépenses totales en médicaments de la liste de la RAMQ constituent une grande partie des dépenses actuelles.

Dépenses en médicaments d'ordonnance actuelles et projetées

Payeur principal*	(milliards \$)	Coût actuel méd. ord. (\$)	Coût actuel méd. ord. de la liste de la RAMQ (\$)
Public		13,1	11,9
Privé		10,7	9,0
Particulier		4,7	3,6
Total		28,5	24,6

Source : Analyse du DPB à partir des données de Quintiles IMS.

Notes : * Le « payeur principal » désigne le payeur – l'assurance publique, l'assurance privée ou le particulier – ayant assumé la plus grande partie du coût de l'ordonnance. La totalité de la valeur transactionnelle est attribuée au payeur principal, même si une partie des dépenses payées par le particulier pourraient lui être remboursées par un assureur au titre de la coordination des avantages sociaux.

Comme les chiffres sont arrondis, les totaux ne sont pas toujours exacts.

Afin d'estimer le coût d'un programme national d'assurance-médicaments, il faut d'abord déterminer quelles dépenses seraient acceptées en vertu de la liste actuelle des médicaments du Québec. Selon les résultats de l'analyse du DPB, les dépenses admissibles totales s'élèveraient à 24,6 milliards de dollars. Le DPB compare donc à cette somme les coûts de l'assurance-médicaments nationale estimés en fonction de certaines hypothèses.

Pour les patients, ce programme d'assurance-médicaments réduirait le prix d'achat des médicaments d'ordonnance à 5 \$ – ou à 0 \$ dans le cas des médicaments génériques –, ou encore, les exempterait carrément de payer cette contribution. On s'attendrait donc à ce que davantage de patients consomment plus de médicaments, puisque ce régime réduirait considérablement les coûts dissuasifs des médicaments d'ordonnance. Toutefois, la liste de la RAMQ contient des « médicaments d'exception ».

Pour obtenir un remboursement du prix de ces médicaments, il faut présenter un document médical qui en explique la nécessité (voir l'encadré 3-1). Par conséquent, l'hypothèse du DPB suggérant une consommation accrue des médicaments assurés par la RAMQ ne vaut que pour les médicaments courants. On trouvera aux sections 3.1 et 3.2 une description plus détaillée de ce scénario.

En outre, le DPB suppose que le régime d'assurance-médicaments fonctionnerait de façon très semblable aux régimes publics et que, par conséquent, il entraînerait le même comportement de consommation que celui des personnes qui souscrivent à une assurance privée et de celles qui ne sont pas assurées.

Le DPB présume notamment que, si les régimes publics exigent la substitution des médicaments de marque, les patients qui souscrivent à une assurance privée et les patients sans assurance consommeront plus de médicaments génériques. Cette supposition s'applique à tous les médicaments qui ont un équivalent générique.

Le DPB suppose que le régime d'assurance-médicaments obtiendrait de meilleurs prix que les plus bas prix offerts au Canada, ce qui réduirait la dépense totale. On constate en effet que les grands régimes publics détiennent un pouvoir d'achat avantageux.

Enfin, le DPB présume que, détenant un meilleur pouvoir de négociation, le régime national pourrait renégocier le prix des médicaments, ce qui produirait des économies supplémentaires. Il pourrait, en effet, obtenir de meilleurs prix que les plus bas prix actuels. Ces économies ainsi que les revenus provenant des contributions absorberont certains coûts des produits pharmaceutiques au Canada.

Les sections suivantes présentent une description plus détaillée de chacun de ces scénarios.

Encadré 3-1 — Qu'en est-il des médicaments dont les conditions d'admissibilité sont très strictes?

Les médecins canadiens sont les « gardiens » des services de santé supplémentaires, notamment des médicaments d'ordonnance. On évite ainsi la consommation non justifiée de médicaments et les dépenses inutiles aux payeurs.

Le prix de certains médicaments n'est remboursé que dans des circonstances exceptionnelles, et cela bien souvent pour atténuer les coûts qu'assument les payeurs. Les critères d'admissibilité à certains médicaments ou groupes de médicaments de la liste de la RAMQ varient souvent. En général, les patients doivent demander l'autorisation d'acheter ces médicaments en remplissant un formulaire permettant à la RAMQ de communiquer avec les fournisseurs de soins.

De plus, ces médicaments s'accompagnent souvent d'exigences particulières liées à l'état de santé du patient. Par exemple, avant de rembourser le coût de l'infliximab – pour traiter un état modéré à grave de la maladie intestinale de Crohn chez un enfant –, il faut avoir essayé de traiter le patient à l'aide d'un immunosuppresseur pendant au moins huit semaines.

Il faut aussi que la maladie demeure active même après un traitement aux corticostéroïdes et aux immunosuppresseurs (à moins que le patient ne les tolère pas ou qu'ils ne produisent chez lui une réaction indésirable).

Dans sa demande d'approbation, le médecin doit prouver que ce médicament a eu un effet clinique bénéfique. Cette approbation en autorise l'utilisation pendant 12 mois. Ce médicament s'accompagne d'exigences différentes pour traiter d'autres troubles de santé.

Le DPB n'a pas assumé que la consommation de ces médicaments augmente autant que celle des autres. Si le régime national remboursait ces médicaments aussi libéralement que les autres, l'augmentation de leur consommation en accroîtrait considérablement les coûts.

3.1. Effets comportementaux

L'accès des Canadiens aux médicaments d'ordonnance dépend avant tout des prix demandés. De nombreux articles indiquent en effet que les patients ne suivent pas les traitements prescrits parce que les médicaments leur coûtent trop cher.

À l'examen des données de l'Enquête de 2007 sur la santé dans les collectivités canadiennes, Law et coll. (2012) ont établi que, dans toutes les provinces, 7 à 17 % des patients refusent de suivre les traitements prescrits à cause du coût élevé des médicaments⁷⁰. Il n'est donc pas surprenant de

constater que le taux de refus de traitement est le plus bas au Québec, où tous les citoyens sont tenus d'adhérer à une assurance-médicaments⁷¹.

Le refus d'adhérer aux traitements prescrits est particulièrement élevé chez les patients sans assurance^{72,73}. Il touche aussi dans une moindre mesure les assurés auxquels on impose une contribution, une franchise ou une coassurance élevée.

De manière générale, le régime national d'assurance-médicaments réduira le prix des médicaments d'ordonnance que les Canadiens devront payer. Cet avantage produira une réaction comportementale. Plus exactement, les patients consommeront plus de médicaments d'ordonnance.

Quelles économies pour les patients?

Le DPB a d'abord calculé la somme que les patients auraient payée au cours de la période se terminant en juin 2016 pour la comparer à celle qu'ils ont réellement dépensée. Selon les données de QuintilesIMS, les patients ont payé de leur poche environ 4,7 milliards de dollars pour leurs médicaments d'ordonnance à la pharmacie, dans la période de 12 mois s'étant terminée en juin 2016.

De cette somme, ils ont dépensé environ 3,5 milliards de dollars⁷⁴ pour les médicaments courants. Selon le DPB, ce montant se rapproche des dépenses que les patients ont assumées pour des médicaments d'ordonnance autres que les médicaments d'exception.

Afin d'estimer les coûts que les patients assumeraient dans le cadre d'un nouveau régime d'assurance-médicaments national (autrement dit, leurs dépenses totales en médicaments autres que les médicaments d'exception), le DPB a déterminé que, pendant cette période de 12 mois, on a exécuté près de 590 millions d'ordonnances. À l'aide des données de QuintilesIMS, le DPB estime que les médicaments génériques courants représentent 68 % de ce nombre.

Bien que les taux de prescription de médicaments génériques varient beaucoup d'une province à l'autre, le DPB favorise la moyenne canadienne, car elle présente aussi les habitudes de prescriptions des médecins et des pharmaciens.

Environ 84 millions d'ordonnances exigeraient une contribution de 5 \$. Par conséquent, les patients devraient déboursier directement une somme totale de 420 millions de dollars.

Le nouveau régime d'assurance-médicaments national devrait réduire les dépenses à la charge des patients d'environ 90 % par rapport à celles engagées dans le cadre du régime actuel.

Le DPB a effectué le calcul pour les ordonnances qui exigent une contribution de 5 \$ et un autre pour celles qui en sont exemptées.

Quelle serait la réaction comportementale à une réduction des dépenses à la charge des patients?

L'« élasticité de la demande par rapport au prix » correspond à l'effet économique estimé dû à un changement de consommation d'un produit après modification de son prix. On a récemment effectué une estimation de l'élasticité de la demande par rapport au prix pour les médicaments d'ordonnance au Québec, à la suite de changements apportés en 1998 aux taux de contribution à l'achat de médicaments d'ordonnance⁷⁵. Les résultats de cette recherche indiquent que l'élasticité de la demande globale par rapport au prix des médicaments d'ordonnance au Québec varie entre -0,11 et -0,16⁷⁶. Autrement dit, si le prix à déboursé par le patient augmente de 1 %, la consommation de médicaments d'ordonnance recule de 0,11 % à 0,16 %.

Ainsi, la réduction de 65 à 100 % que l'on envisage d'apporter au prix payé par les patients devrait produire une augmentation pondérée totale de la consommation de médicaments d'ordonnance de 12,4 %.

Quels seront les effets de la substitution par des génériques?

Les chiffres ci-dessus représentent les taux de référence de l'augmentation de la consommation. Dès que la substitution par des génériques entrera en vigueur – autrement dit, lorsqu'on remplacera les médicaments de marque par leurs équivalents génériques dans l'exécution des ordonnances –, les patients paieront beaucoup moins de leur poche pour ces médicaments.

Pour mesurer l'effet de ce nouveau scénario, le DPB a recalculé le pourcentage d'augmentation de la consommation en tenant compte de la substitution générique, à partir des niveaux déjà obtenus.

La substitution générique augmente la part de médicaments génériques consommés. Elle élimine la contribution de 5 \$ exigée par le régime d'assurance-médicaments, ce qui accroîtra la consommation globale. Les résultats ainsi obtenus ne diffèrent pas beaucoup des précédents, et l'augmentation de la consommation s'est maintenue à 12,5 % (tableau 3-2).

Tableau 3-2 Économies du nouveau régime national d'assurance médicaments pour les patients

	Exempts de la contribution				
	Population en âge de travailler	Aînés	Population en âge de travailler	Enfants	
(i) Estimation des dépenses totales pour les médicaments courants	1,2 G\$	1,0 G\$	1,1 G\$	0,2 G\$	
(ii) Estimation des paiements non remboursés dans le cadre du nouveau régime national d'assurance-médicaments	0,38 G\$	0 G\$	0 G\$	0 G\$	
(iii) Économies nettes pour les patients	69 %	100 %	100 %	100 %	
(iv) Part pondérée des dépenses	34 %	29 %	32 %	6 %	
(v) Multipliée par le taux d'élasticité (0,14)*	3 %	4 %	4 %	1 %	12,5 %

Sources : QuintilesIMS; Instituts de recherche en santé du Canada

Note : *Calcul pondéré

Pour calculer les valeurs du rang (v), multiplier l'économie nette des patients (iii) par le taux pondéré des dépenses (iv), puis multiplier ce résultat par le facteur d'élasticité de 0,14.

3.2. Coût de l'exemption des contributions

La contribution est un tarif fixe que le patient doit payer chaque fois qu'il fait exécuter une ordonnance. Ce tarif ne varie pas en fonction du prix des médicaments prescrits.

Le mandat reçu pour la préparation de ce rapport précise qu'on appliquerait une contribution de 5 \$ à toutes les ordonnances de médicaments de marque et que les médicaments génériques en seraient exemptés. Le DPB a supposé que cette contribution de 5 \$ s'appliquerait aussi aux médicaments biologiques et aux médicaments en vente libre prescrits par un médecin⁷⁷.

Le Comité permanent de la santé a demandé que le DPB étudie l'exemption des contributions selon les critères appliqués au Royaume-Uni⁷⁸. Le DPB présente ces données dans des tableaux, où il a légèrement modifié les sept groupes désignés à la section 2.

Pour calculer les coûts de l'exemption des contributions pour ces groupes et pour ces produits, le DPB a :

- estimé le nombre actuel de personnes que comprend chacun des groupes désignés;

- estimé le nombre total de médicaments génériques prescrits ainsi que le nombre de ces médicaments consommés par les groupes désignés (afin de ne pas dédoubler les calculs);
- modifié le nombre total de médicaments d'ordonnance en fonction de l'augmentation de la consommation;
- modifié le nombre total de médicaments génériques en fonction de l'augmentation de consommation de ces médicaments due à la substitution générique;
- multiplié ensuite les totaux obtenus par 5 \$ afin d'estimer le coût du nouveau régime pendant sa première année (en supposant qu'il s'agirait de 2015-2016).

Tableau 3-3 Estimation du coût de l'exemption des contributions en 2017

<i>(en millions)</i>	Conséquences comportementales et effets de la substitution			
	Nombre d'ordonnances	Coût (\$)	Médicaments génériques (%)	Coût net (\$)
Enfants (moins de 18 ans)	19,7	98,4	64 %	36,0
Aînés (65 ans et plus)	320,3	1 601,6	72 %	456,3
Femmes enceintes	3,2	15,8	72 %	4,5
Handicapés physiques	1,4	6,9	72 %	2,0
Prestataires de l'AE	5,7	28,5	72 %	8,0
Prestataires de l'aide sociale	2,3	11,5	72 %	3,3
Total	352,6	1 762,8	S.O.	510,1

Source : Calculs effectués par le DPB à partir des données de QuintilesIMS

Note : Comme les chiffres sont arrondis, les totaux ne seront pas toujours exacts.

Comme l'indique le tableau 3-3, le coût global de l'exemption des contributions s'élèverait à environ 510,1 millions de dollars. Ce calcul tient compte de l'effet des changements comportementaux découlant de la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments, effet qui accroîtra probablement la consommation de médicaments à cause de l'étendue, de la liste plus complète et d'une éventuelle réduction des prix.

Pour établir la base de référence des revenus générés par les contributions, le DPB a calculé le nombre de médicaments non génériques prescrits. Il a rajusté ces chiffres pour tenir compte de l'augmentation probable de la consommation de médicaments due à la réduction des prix.

Le DPB a ensuite rajusté le nombre de médicaments de marque et de médicaments génériques en fonction de la substitution générique, puis il a multiplié le résultat obtenu par 5 \$. Donc sans tenir compte encore du coût

des exemptions (ci-dessus), la somme totale des contributions s'élève à 906,7 millions de dollars.

Tableau 3-4 Estimation totale des contributions

<i>(en millions)</i>	Conséquences comportementales et effets de la substitution		
	<i>Types d'ordonnance</i>	Nombre d'ordonnances	Coûts (\$)
Médicaments de marque		130,4	652,0
Méd. en vente libre prescrits		42,2	210,9
Médicaments biologiques		8,8	43,8
Médicaments génériques		443,5	2 217,4
Total		624,8	3 124,1
Exemptions		545,5	2 727,5
Médicaments génériques		443,5	2 217,4
<i>Méd. génériques pour la population exemptée</i>		250,5	1 252,7
<i>Méd. génériques pour la population non exemptée</i>		192,9	964,7
Méd. de marque pour la population exemptée		102,0	510,1
Total net des contributions		79,3	396,6

Source : Calculs effectués par le DPB à partir des données de QuintilesIMS

Note : Comme les chiffres sont arrondis, les totaux ne seront pas toujours exacts.

La différence entre le revenu potentiel que généreront la contribution universelle de 5 \$ et le coût des exemptions – qui s'élève à 396.6 millions de dollars – constitue le revenu net (les économies) que le régime procurera au gouvernement fédéral.

3.3. Combinaisons thérapeutiques ou composition du marché pharmaceutique

On trouve souvent un ou plusieurs médicaments génériques à substituer aux médicaments qui ne sont plus protégés par un brevet. En fait, dans de tels cas, les régimes publics d'assurance-médicaments remboursent le médicament générique, mais n'accordent aucun remboursement pour le médicament de marque⁷⁹. On appelle cela « la substitution générique ».

Comme les régimes publics, dont la RAMQ, appliquent la substitution générique, le DPB suppose que le régime national d'assurance-médicaments l'appliquera aussi. Les médicaments génériques coûtent souvent beaucoup moins cher que les médicaments de marque. Par conséquent, la substitution générique produit des économies considérables.

L'effet actuel de la substitution générique figure déjà dans les données disponibles sur les régimes publics, sur les régimes privés qui appliquent la

substitution par des génériques et sur les choix des patients qui paient les médicaments de leur poche. Le DPB a constaté que 20 % environ des régimes privés n'exigent pas la substitution par des génériques et remboursent les médicaments de marque qui figurent dans leurs listes⁸⁰.

Le DPB a donc posé comme hypothèse que la substitution par des génériques appliquée aux transactions principalement privées rejoindra les niveaux observés dans les transactions à prédominance publique. On trouvera à la section sur la méthodologie de ce rapport une description plus détaillée de la manière dont le DPB a appliqué cette hypothèse.

Pour ajuster les transactions privées et non remboursées de manière à ce qu'elles rejoignent les taux des transactions publiques de substitution par des génériques, le DPB estime que les dépenses totales en médicaments baisseraient à 532,8 millions de dollars. Cela produirait une économie sur les dépenses totales en médicaments au Canada sans toutefois modifier la part payée par les régimes publics du pays par le passé, car les taux de substitution des régimes publics demeureraient les mêmes⁸¹. Voir le tableau 3-5 ci-dessous.

Tableau 3-5

En appliquant la substitution par des génériques dans le secteur privé comme on le faisait dans le secteur public, on aurait économisé près de 532,8 millions de dollars.

Économies découlant de l'application de la substitution par des génériques dans le secteur privé

Payeur principal avant l'assurance-médicaments *	(millions \$)	Économies
	Patient	
Privé		409,1
Public		S.O.
Total		532,8

Source : Calculs du DPB à partir des données de QuintilesIMS

Note : * Le « payeur principal » désigne le payeur – l'assurance publique, l'assurance privée ou le particulier – ayant assumé la plus grande partie du coût de l'ordonnance. La totalité de la valeur transactionnelle est attribuée au payeur principal, même si une partie des dépenses payées par le particulier pourraient lui être remboursées par un assureur au titre de la coordination des avantages sociaux.

3.4. Établissement du prix des médicaments

Le DPB a appliqué deux grandes hypothèses à l'établissement du prix des médicaments. Premièrement, il a présupposé que le prix moyen de chaque médicament à l'unité dans toutes les provinces rejoindra la moyenne du prix le plus bas par unité du régime d'assurance-médicaments, quand celui-ci sera en vigueur.

Cette hypothèse découle du pouvoir de négociation qu'aura le régime unique pour faire baisser les prix au plus bas niveau possible. Autrement dit,

le DPB a supposé que l'on n'obtiendrait pas au Canada le prix observable le plus bas en transférant les coûts à d'autres provinces.

Dans la plupart des cas, le Québec affichait les prix les plus bas. Dans presque tous les cas où les données désignaient le prix le plus bas dans une autre province, la différence entre ce prix et celui en vigueur au Québec était négligeable. Dans plus de 90 % des cas, la différence entre ces prix ne dépassait pas 0,05 %.

Deuxièmement, le DPB a supposé que le gouvernement fédéral pourrait obtenir une autre réduction tarifaire en se prévalant des rabais confidentiels actuels que les gouvernements provinciaux ont réussi à négocier auprès des compagnies pharmaceutiques. Le DPB a utilisé un facteur de rabais de 25 % sur le coût estimé de chaque médicament (voir l'encadré 1-6).

Le DPB a appliqué ces rabais au prix des médicaments afin de ne pas confondre les économies potentielles provenant des négociations sur les prix avec les économies – ou les coûts – découlant des changements apportés aux frais d'exécution d'ordonnance ou aux marges bénéficiaires.

À partir du prix unitaire le plus bas pour tous les médicaments au Canada, le DPB a établi que la dépense totale en médicaments diminuerait de 1,1 milliard de dollars (soit de 3,2 % par rapport au coût estimatif de 26,3 milliards de dollars, si l'on tient compte de l'effet de la liste des médicaments et du comportement). Si l'on ajoute à cela le facteur de rabais supplémentaire de 25 % et la substitution par des génériques, cette dépense diminue de 4,8 milliards de dollars pour donner une économie totale de 5,9 milliards de dollars.

La dépense totale brute du régime d'assurance-médicaments (20,4 milliards de dollars) s'élève à 4,2 milliards de dollars de moins que ce que la RAMQ dépense actuellement en médicaments (24,6 milliards de dollars). Ces chiffres tiennent compte des sommes estimatives totales des marges bénéficiaires brutes et des honoraires professionnels.

Tableau 3-6

Le coût brut du régime d'assurance-médicaments – frais d'exécution d'ordonnance et marges bénéficiaires inclus – s'élève à près de 20,4 milliards de dollars si l'on tient compte de l'établissement des prix, de la substitution par des génériques et des effets comportementaux.

Coût brut du régime d'assurance-médicaments pour chaque payeur principal

<i>Payeur principal*</i>	Coût actuel méd. ord.	Coût méd. ord. de la RAMQ	+ Effet comportemental	+pu** le plus bas	+Subst. générique	+rabais de 25 %
Patient	4,7 \$	3,6 \$	3,9 \$	3,8 \$	3,6 \$	3,1 \$
Privé	10,7 \$	9,0 \$	9,6 \$	9,1 \$	8,7 \$	7,2 \$
Public	13,1 \$	11,9 \$	12,7 \$	12,3 \$	12,3 \$	10,1 \$
Total	28,5 \$	24,6 \$	26,3 \$	25,2 \$	24,7 \$	20,4 \$

Source : Calculs du DPB à partir des données de QuintilesIMS

Notes : * Le « payeur principal » désigne le payeur – l'assurance publique, l'assurance privée ou le particulier – ayant assumé la plus grande partie du coût de l'ordonnance. La totalité de la valeur transactionnelle est attribuée au payeur principal, même si une partie des dépenses payées par le particulier pourraient lui être remboursées par un assureur au titre de la coordination des avantages sociaux.

**pu – prix unitaire.

3.5. Marges bénéficiaires et honoraires

Le DPB présume que les frais d'exécution d'ordonnance et les marges bénéficiaires ne changeraient pas et seraient inclus dans le coût du régime d'assurance-médicaments. Pour tenir compte de l'augmentation de la consommation de médicaments d'ordonnance, le DPB a calculé la moyenne des honoraires par médicament, qu'il a ensuite rajustée en fonction de l'augmentation comportementale totale (12,5 % pour les médicaments courants et 0 % pour les médicaments d'exception).

Le DPB a estimé que la somme totale des honoraires (comprenant les marges bénéficiaires brutes et les honoraires professionnels) s'élèverait à 7,8 milliards de dollars pour tous les médicaments et à 6,8 milliards de dollars pour les médicaments de la liste de la RAMQ. En tenant compte d'une augmentation des honoraires proportionnelle à celle de la consommation, le DPB a estimé que les honoraires totaux se seraient élevés à 7,4 milliards de dollars si ce régime d'assurance-médicaments avait été en vigueur pendant la période de 12 mois précédant le mois de juin 2016.

Cette hypothèse dépend beaucoup de la conception et de la mise en œuvre du régime. La renégociation des marges bénéficiaires brutes et des honoraires pourrait les faire augmenter, les réduire ou les maintenir tels quels. On pourra en justifier l'augmentation pour compenser partiellement ou totalement les effets négatifs du revenu des pharmaciens, et la diminution pour générer de plus grandes économies.

3.6. Coût total net pour le gouvernement fédéral

En tenant compte de la liste des médicaments, de l'augmentation prévue de la consommation, de l'augmentation de la part de marché des médicaments génériques et des économies que pourra générer la négociation des prix, le DPB estime que ce régime d'assurance-médicaments aurait coûté 20,4 milliards de dollars au gouvernement fédéral s'il avait été en vigueur en 2015-2016, soit 83 % de la dépense réelle en médicaments de la liste de la RAMQ.

Tableau 3-7 Dépenses totales de l'assurance-médicaments

Si, en 2015-2016, on avait établi un régime d'assurance-médicaments comportant les paramètres décrits par le Comité permanent de la santé, en tenant compte de toutes ces hypothèses, son coût n'aurait constitué que 83 % de la dépense actuelle en médicaments d'ordonnance, soit 20,4 milliards de dollars.

	Coût actuel méd. ord. (\$)	Coût méd. ord. de la RAMQ (\$)	+ Effet comporte- mental	+pu** le plus bas	+Subst. générique	+rabais de 25 % (\$)
Alb.	2 723,3	2 311,1	107 %	101 %	99 %	1 873,5
C.-B.	2 812,2	2 429,7	107 %	102 %	99 %	1 974,8
Man.	820,2	724,2	107 %	100 %	98 %	590,1
N.-B.	700,2	616,3	107 %	101 %	100 %	503,5
T.-N.	465,5	403,1	108 %	101 %	99 %	333,2
N.-É.	797,4	697,5	107 %	101 %	99 %	564,9
Ont.	11 306,3	9 349,5	107 %	100 %	98 %	7 431,6
Î.-P- É.	101,3	88,2	108 %	101 %	99 %	72,3
Qué.	8 053,8	7 246,7	108 %	107 %	105 %	6 436,0
Sask.	769,0	686,5	108 %	103 %	101 %	581,9
CDA	28 549,1	24 552,8	107 %	103 %	100 %	20 361,8

Source : Calculs du DPB à partir des données de QuintilesIMS

Notes : *pu – prix unitaire

Les pourcentages sont calculés à partir des valeurs de la RAMQ.

En tenant compte des revenus de 397 millions de dollars provenant de la contribution de 5 \$ – moins les exemptions – et des 645 millions de dollars que le gouvernement fédéral dépense actuellement en médicaments, le DPB estime que le gouvernement fédéral assume un coût net total de 19,3 milliards de dollars. Ces chiffres comprennent les dépenses totales en marges bénéficiaires et en frais d'exécution d'ordonnance.

Ces résultats indiquent que le coût total du régime d'assurance-médicaments réduira les dépenses estimatives pour ce même groupe de médicaments (c'est-à-dire les médicaments qui figurent sur la liste de la RAMQ).

3.7. Dépense globale en médicaments avec l'assurance-médicaments

Le DPB estime qu'une fois que le régime d'assurance-médicaments sera en vigueur, les dépenses en médicaments de la liste de la RAMQ, pour le Canada, diminueront de 17,1 %. On estime également que le nombre total d'ordonnances pour ces médicaments augmentera de 10,9 % (tableau 3-8).

La dépense totale du Québec changera moins, puisque cette province bénéficie déjà des prix les plus bas au Canada.

Tableau 3-8 Estimation des dépenses en médicaments de la liste de la RAMQ, autres que celles des hôpitaux, au titre d'un régime national d'assurance-médicaments, par province, au Canada, en 2015-2016

Province	Nombre total d'ordonnances (milliers)	Variation totale		Dépense totale (M\$)	Variation totale	
		Nombre (milliers)	%		Nombre (millions)	%
C.-B.	49 545	4 948	11,1 %	1 975	-455	-18,7 %
Alb.	40 536	3 959	10,8 %	1 874	-438	-18,9 %
Sask.	15 363	1 546	11,2 %	582	-105	-15,2 %
Man.	15 886	1 589	11,1 %	590	-134	-18,5 %
Ont.	188 288	17 862	10,5 %	7 432	-1 918	-20,5 %
Qué.	277 443	27 711	11,1 %	6 436	-811	-11,2 %
N.-B.	11 623	1 166	11,2 %	503	-113	-18,3 %
N.-É.	12 255	1 219	11,0 %	565	-133	-19,0 %
Î.-P.-É.	1 876	187	11,1 %	72	-16	-18,0 %
T.-N.	8 597	873	11,3 %	333	-70	-17,3 %
Canada sans le Qué.	343 970	33 349	10,7 %	13 926	-3 380	-19,5 %
Canada - Total	621 413	61 060	10,9 %	20 362	-4 191	-17,1 %

Source : Analyse du DPB à partir des données de QuintilesIMS

Le régime d'assurance-médicaments proposé exercera aussi une influence différente sur l'utilisation des divers types de médicaments et sur les dépenses qu'ils causeront (tableau 3-9). Le DPB prévoit que le nombre d'ordonnances de médicaments de marque diminuera de 4,48 %, mais que la prescription de médicaments biologiques augmentera de 5,4 %. La prescription de médicaments génériques et de médicaments en vente libre devrait aussi augmenter.

Tableau 3-9 Estimation des dépenses en médicaments de la liste de la RAMQ, autres que celles des hôpitaux, au titre d'un régime national d'assurance-médicaments, par type de médicament, au Canada, en 2015-2016*

Province	Nombre total d'ordonnances (milliers)	Variation totale		Dépense totale (M\$)	Variation totale	
		Nombre (milliers)	%		Nombre (millions)	%
De marque	130 401	- 6 513	-4,8 %	8 683	- 2 427	-21,8 %
Générique	443 486	63 698	16,8 %	7 640	- 589	-7,2 %
Biologiques	8 757	448	5,4 %	3 610	- 1 163	-24,4 %
En vente libre	42 431	3 822	9,9 %	374	- 22	-5,6 %
<i>Chevauchement</i>	<i>3 662</i>	<i>394</i>	<i>12,1 %</i>	<i>85</i>	<i>- 19</i>	<i>-18,4 %</i>
Total*	621 413	61 060	10,9 %	20 221	- 4 182	-17,1 %

Source : Analyse du DPB à partir des données de QuintilesIMS

Note : * Certaines rubriques de ce tableau semblent se chevaucher. Cela est dû à une certaine combinaison de médicaments de marque, génériques, biologiques et en vente libre. Ces observations constituent moins de 1 % du total. Ce ne sont pas tous les médicaments qui ont pu être ciblés au moyen de cette classification. Ainsi, les montants en dollars ont été légèrement sous-estimés lorsqu'on les compare au total indiqué au tableau 3-8.

4. Projections

À l'aide des résultats présentés ci-dessus et des données du CEPMB, le DPB a établi une projection des coûts du régime fédéral d'assurance-médicaments. Celle-ci soutient l'hypothèse souvent évoquée selon laquelle, dès sa mise en œuvre, le régime produira instantanément toutes les économies escomptées et tous les coûts supplémentaires prévus.

En réalité, la baisse des prix et les changements comportementaux qui en découleront dépendront du succès des négociations que l'on mènera sur tous les médicaments vendus au Canada, ainsi que du volet administratif de la mise en œuvre du régime.

4.1. Contexte

Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) a lancé l'initiative du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) pour analyser les facteurs qui influent sur les dépenses liées aux médicaments d'ordonnance qu'assument les régimes publics d'assurance-médicaments de certaines provinces⁸².

Selon les facteurs déterminés par le CEPMB, le coût d'un régime national d'assurance-médicaments, après la première année d'existence, dépendrait des facteurs, ou inducteurs de coûts, suivants :

- Le volume de médicaments consommés;
- Le prix des médicaments d'ordonnance;
- La croissance démographique;
- Les frais d'exécution d'ordonnance et les marges bénéficiaires⁸³.

On trouvera à l'annexe F une explication de la méthodologie et de l'analyse ainsi que de l'effet combiné de ces quatre facteurs.

Le coût de référence des médicaments comprend l'utilisation, entre juin 2015 et juillet 2016 dans tout le Canada, des médicaments de la liste de la RAMQ, compte tenu de la substitution par des génériques et des effets comportementaux.

Dans le cas du prix des médicaments d'ordonnance, le DPB a exclu du coût de référence certains médicaments spécialisés comme les antiviraux à action directe (AAD) et les médicaments biologiques. Il a alors appliqué aux sommes totales des critères de croissance particuliers (sans y inclure les frais d'exécution d'ordonnance et les marges bénéficiaires)⁸⁴.

Le DPB a aussi effectué une projection des revenus nets générés par les contributions et par les dépenses directes du gouvernement fédéral en médicaments. Il a soustrait ces valeurs des coûts projetés pour le régime d'assurance-médicaments afin de présenter une projection des coûts nets.

4.2. Résultats

Le DPB estime que, globalement, ce régime d'assurance-médicaments subira un taux de croissance de 3,1 %. Ce taux dépasse la majorité des variations nettes d'une année à l'autre que le CEPMB présente dans ses rapports *Compas Rx*.

Ce taux correspond cependant aux estimations effectuées récemment sur les variations nettes des régimes privés. Le DPB a aussi cherché à inclure, dans le calcul de ce taux, les effets de l'utilisation accrue de médicaments biologiques onéreux. En effet, ces derniers ont considérablement élevé les coûts des régimes publics pendant ce dernier exercice financier.

La variation nette d'une année à l'autre dépend beaucoup de la combinaison thérapeutique des médicaments et de l'effet de l'établissement des prix. Par conséquent à l'avenir, le coût des régimes d'assurance-médicaments dépendra fortement de l'établissement du prix des médicaments et de la répartition des marchés.

Tableau 4-1

Projection du coût des médicaments d'un régime national d'assurance-médicaments (avec un effet de substitution par des génériques de -1 %), en G\$

<i>Année de projection</i>	<u>2016–2017</u>	<u>2020–2021</u>
Régime brut	20,4	23,7
Contributions nettes et dépenses directes du gouvernement fédéral en médicaments	1,0	1,1
Régime net	19,3	22,6

Source : Calculs du DPB

Note : Les années de projection s'étendent de juillet à juin.

Le taux de croissance global du coût des médicaments projeté pour le régime d'assurance-médicaments est légèrement plus élevé que celui des coûts projetés des dépenses actuelles en médicaments de la liste de la RAMQ (3,1 % contre 2,6 %).

Tableau 4-2 Projection du coût des médicaments de la liste de la RAMQ (avec un effet de substitution par des génériques de -1 %), en G\$

<i>Année de projection</i>	Dépense totale en médicaments de la liste de la RAMQ	Dépense totale en médicaments de la liste de la RAMQ sous le régime d'assurance-médicaments	Différence
2016 –2017	25,2	21,0	-4,2
2017 –2018	25,8	21,6	-4,2
2018 –2019	26,4	22,3	-4,2
2019 –2020	27,1	23,0	-4,2
2020 –2021	27,9	23,7	-4,2
Croissance (%)	2,6	3,1	0,5

Source : Calculs du DPB

Cette différence provient avant tout de la somme totale des frais d'exécution d'ordonnance et des marges bénéficiaires. Dans le cadre du régime national d'assurance-médicaments proposé, on s'attend à ce que la consommation totale de médicaments – et par conséquent, les frais qui y sont liés – soit beaucoup plus élevée que les frais d'exécution d'ordonnance et les marges bénéficiaires liés à la consommation actuelle des médicaments de la liste de la RAMQ (7,4 contre 6,8 milliards de dollars). L'enveloppe budgétaire est donc plus élevée, ce qui augmentera légèrement le taux de croissance.

Annexe A : Analyse de sensibilité

Le DPB a appliqué une analyse de sensibilité au coût total du programme d'assurance-médicaments à l'aide de différentes listes provinciales de médicaments assurés. Comme on l'a vu plus tôt, la liste des médicaments inclus peut varier, et varie effectivement, d'un régime à l'autre.

Comme le régime du Québec est considéré comme le plus généreux de tous, le DPB a effectué les mêmes calculs à partir des médicaments dans le cas desquels le payeur principal est « public » de l'Île-du-Prince-Édouard selon les données de QuintilesIMS.

Toutes les autres hypothèses ont été considérées comme étant constantes, y compris l'effet comportemental. Il est probable que la consommation n'augmentera pas autant que dans le scénario, mais cela permet de faire un calcul estimatif des coûts en fonction d'un changement isolé. La diminution de 3,2 milliards de dollars comparativement aux résultats de base fondés sur la liste de médicaments assurés par la RAMQ indique que cette hypothèse peut donner lieu à une augmentation ou à une diminution considérable des coûts associés à un régime d'assurance-médicaments.

Tableau A-1

La liste des médicaments assurés peut avoir un effet important sur le coût d'un programme d'assurance-médicaments.

Dépenses totales de l'assurance-médicaments selon la liste des médicaments assurés de l'Î.-P.-É.

	Coût actuel méd. ord.	Î.-P.-É.	+Effet comportemental	+Prix unitaire le plus bas	+rabais de 25 %	+Substitution générique
Alb.	2 723,3 \$	2 155,5 \$	108 %	102 %	100 %	1 769,5 \$
C.-B.	2 812,2 \$	2 066,7 \$	108 %	102 %	99 %	1 696,5 \$
Man.	820,2 \$	646,5 \$	108 %	100 %	99 %	531,3 \$
N.-B.	700,2 \$	583,2 \$	108 %	102 %	100 %	481,6 \$
T.-N.	465,5 \$	399,1 \$	109 %	102 %	100 %	333,8 \$
N.-É.	797,4 \$	672,8 \$	108 %	101 %	99 %	547,8 \$
Ont.	11 306,3 \$	8 301,1 \$	107 %	101 %	99 %	6 724,2 \$
Î.-P.-É.	101,3 \$	95,5 \$	108 %	102 %	100 %	79,0 \$
Qué.	8 053,8 \$	5 137,2 \$	107 %	107 %	105 %	4 483,8 \$
Sask.	769,0 \$	625,2 \$	108 %	103 %	102 %	534,7 \$
CAN	28 549,07 \$	20 682,86 \$	108 %	103 %	101 %	17 182,14 \$

Source : Calculs du DPB à partir des données de QuintilesIMS

Note : Les pourcentages sont calculés en fonction des valeurs applicables à l'Î.-P.-É.

Pour évaluer la sensibilité des coûts estimatifs calculés par le DPB à l'application du prix moyen des médicaments génériques en cas de substitution générique, le DPB a également calculé le coût estimatif du prix

générique le plus bas plutôt que le prix générique moyen le plus bas parmi les provinces. Cela a eu un effet négligeable sur le coût estimatif.

Tableau A-2 Dépenses totales de l'assurance-médicaments en fonction du prix générique le plus bas

	RAMQ	Subst. générique (moyenne minimale)	Subst. générique (minimum)
Alb.	2 311,1 \$	99 %	98 %
C.-B.	2 429,7 \$	99 %	98 %
Man.	724,2 \$	98 %	98 %
N.-B.	616,3 \$	100 %	99 %
T.-N.	403,1 \$	99 %	98 %
N.-É.	697,5 \$	99 %	98 %
Ont.	9 349,5 \$	98 %	97 %
Î.-P.-É.	88,2 \$	99 %	98 %
Qué.	7 246,7 \$	105 %	104 %
Sask.	686,5 \$	101 %	101 %
CAN	24 552,8 \$	100 %	99 %

Source : Calculs du DPB à partir des données de QuintilesIMS

Le rabais employé dans l'analyse de référence était de 25 %. Le DPB a également procédé à cette analyse en partant d'un rabais hypothétique de 10 %, 20 % et 30 %. Rappelons que le prix réduit est appliqué au coût du médicament net de toute marge bénéficiaire ou frais et que les marges et frais applicables, redressés en fonction de l'augmentation de la consommation, sont ajoutés ensuite.

Les résultats indiquent que, même si le gouvernement fédéral peut obtenir un rabais de seulement 10 %, le coût total du programme d'assurance-médicaments sera inférieur au montant estimatif des dépenses actuelles correspondant au même bassin de médicaments (à savoir la liste des médicaments de la RAMQ). Le coût brut du programme d'assurance-médicaments dans ce cas est de 23 milliards de dollars, soit 94 % du total des dépenses actuelles correspondant aux médicaments couverts par la RAMQ.

Tableau A-3

Les prix négociés hypothétiques sont un facteur important dans le calcul du coût estimatif du programme d'assurance-médicaments.

Dépenses totales de l'assurance-médicaments compte tenu d'un rabais de 10 %

	Coût actuel méd. ord.	RAMQ	+Effet comport.	+Prix unitaire le plus bas	+rabais de 10 %	+Subst. générique
Alb.	2 723,3 \$	2 311,1 \$	107 %	101 %	99 %	2 123,6 \$
C.-B.	2 812,2 \$	2 429,7 \$	107 %	102 %	99 %	2 232,3 \$
Man.	820,2 \$	724,2 \$	107 %	100 %	98 %	664,0 \$
N.-B.	700,2 \$	616,3 \$	107 %	101 %	100 %	569,7 \$
T.-N.	465,5 \$	403,1 \$	108 %	101 %	99 %	373,4 \$
N.-É.	797,4 \$	697,5 \$	107 %	101 %	99 %	638,5 \$
Ont.	11 306,3 \$	9 349,5 \$	107 %	100 %	98 %	8 453,5 \$
Î.-P.-É.	101,3 \$	88,2 \$	108 %	101 %	99 %	81,4 \$
Qué.	8 053,8 \$	7 246,7 \$	108 %	107 %	105 %	7 159,3 \$
Sask.	769,0 \$	686,5 \$	108 %	103 %	101 %	650,3 \$
CAN	28 549,1 \$	24 552,8 \$	107 %	103 %	101 %	22 946,2 \$

Source : Calculs du DPB à partir des données de QuintilesIMS

Note : Les pourcentages sont calculés en fonction des valeurs applicables à la RAMQ.

Tableau A-4

Les prix négociés hypothétiques sont un facteur important dans le calcul du coût estimatif du programme d'assurance-médicaments.

Dépenses totales de l'assurance-médicaments compte tenu de rabais de 20 % et de 30 %

	Coût actuel méd. ord.	RAMQ	Final (rabais de 20 %)	Final (rabais de 30 %)
Alb.	2 723,3 \$	2 311,1 \$	85 %	77 %
C.-B.	2 812,2 \$	2 429,7 \$	85 %	78 %
Man.	820,2 \$	724,2 \$	85 %	78 %
N.-B.	700,2 \$	616,3 \$	85 %	78 %
T.-N.	465,5 \$	403,1 \$	86 %	79 %
N.-É.	797,4 \$	697,5 \$	85 %	77 %
Ont.	11 306,3 \$	9 349,5 \$	83 %	76 %
Î.-P.-É.	101,3 \$	88,2 \$	85 %	79 %
Qué.	8 053,8 \$	7 246,7 \$	92 %	85 %
Sask.	769,0 \$	686,5 \$	88 %	81 %
CAN	28 549,1 \$	24 552,8 \$	86 %	79 %

Source : Calculs du DPB à partir des données de QuintilesIMS

Note : Les pourcentages sont calculés en fonction des valeurs applicables à la RAMQ.

Le DPB a également appliqué une analyse de sensibilité aux projections en tenant compte d'un facteur d'augmentation de -2 % de la substitution générique au lieu de la référence de -1 %, ainsi que cette sensibilité compte

tenu d'un prix réduit de 10 %. La variation du taux de substitution générique n'a pas d'effet sensible sur les résultats d'ensemble.

Tableau A-5 Coût prévisionnel d'un programme national d'assurance-médicaments (compte tenu d'un effet de la substitution générique de -2 %) en milliards de dollars

<i>Année de prévision</i>	Juillet 2016 – Juin 2017	Juillet 2020 – Juin 2021
-2 % subst. gén.	20,9	23,2
Rabais 10 %	22,4	24,9

Source : Calculs du DPB à partir des données de QuintilesIMS

Note : Ces prévisions sont nettes des dépenses fédérales directes estimatives en matière de médicaments et nettes des recettes de contributions.

Le DPB a également procédé à une analyse de sensibilité en fonction d'une augmentation de la consommation, selon un processus en deux parties. On a tout d'abord augmenté la consommation par habitant pour l'aligner sur ce qui a été observé au Québec; puis on a appliqué l'élasticité-prix de la demande à cette consommation corrigée.

Partie I : Alignement des provinces canadiennes sur la norme du Québec

L'estimation de l'augmentation éventuelle de la consommation de médicaments résultant d'un nouveau programme national d'assurance-médicaments se fait en deux étapes. Dans un premier temps, on fait une mesure estimative des caractéristiques de consommation de médicaments dans toutes les provinces canadiennes (sauf le Québec) où un programme d'assurance complet du même genre serait offert. Pour essayer de mieux isoler l'effet attribuable aux différences d'assurance, le DPB a limité cette application à la population en âge de travailler.

Selon l'analyse que le DPB a faite des données fournies par QuintilesIMS, durant la période de 12 mois se terminant en juin 2016, le volume de médicaments d'ordonnance (mesurés en unités) consommés par les résidents du Québec en âge de travailler était considérablement plus élevé que dans toutes les tranches d'âge (de 9 à 15 %)⁸⁵.

Une consommation par habitant, corrigée selon l'âge, supérieure pourrait s'expliquer par différents facteurs, dont l'état de santé des patients du Québec, mais aussi les habitudes des médecins et des pharmaciens du Québec en matière d'ordonnance. Cependant, le DPB est parti de l'hypothèse que la différence est surtout attribuable à l'existence particulière d'un système d'assurance-médicaments complet obligatoire, absent dans les autres provinces⁸⁶.

Si l'on corrige la consommation moyenne d'unités de médicaments dans les provinces, excepté le Québec, en fonction des taux de consommation enregistrés au Québec, on obtient une augmentation de la consommation par habitant, pondérée en fonction de l'âge, d'environ 15 %. Autrement dit, si les Canadiens en âge de travailler des neuf provinces sans assurance-médicaments obligatoire consommaient des médicaments au même rythme que les Québécois, la consommation globale serait plus élevée de 15 %⁸⁷.

Partie II : Alignement de toutes les provinces canadiennes de la norme du Québec à la nouvelle norme du programme national d'assurance-médicaments

La deuxième étape d'évaluation de l'évolution de la consommation de médicaments d'ordonnance au Canada dans le cadre du nouveau régime national d'assurance-médicaments consiste à mesurer les répercussions d'un régime fédéral plus généreux que le régime québécois actuel.

Comme on l'a vu, le nouveau régime national d'assurance-médicaments sera, en général, plus généreux pour les patients que le régime québécois actuel pour plusieurs raisons. Premièrement, les coûts assumés par les patients seraient plafonnés à un maximum de 5 \$ par ordonnance. Il y aurait également plusieurs catégories de patients désignés qui ne seraient pas tenus de payer de frais d'exécution d'ordonnance (par exemple, les personnes âgées et les femmes enceintes).

Enfin, il n'y aurait pas de frais pour les médicaments génériques. Comme on l'a vu, le DPB est parti de l'hypothèse que le nouveau programme national d'assurance-médicaments fonctionnerait de la même façon que plusieurs régimes provinciaux publics et rembourserait tous les frais d'exécution d'ordonnance et les marges bénéficiaires. Ainsi, l'effet comportemental des coûts moindres pour les patients entraînerait probablement une augmentation de la consommation de médicaments d'ordonnance parmi les Canadiens.

Quelles économies pour les patients?

Le DPB a commencé par évaluer ce que les patients du Québec auraient payé en moins pour leurs médicaments au cours de la période de 12 mois se terminant en juin 2016 comparativement à ce qu'ils ont effectivement payé. L'ensemble de données fourni par QuintilesIMS indique que les résidents du Québec ont dépensé environ 5,7 milliards de dollars en médicaments d'ordonnance – en dehors des médicaments d'exception – fournis par les pharmacies dans les 12 mois se terminant en juin 2016.

Dans ces dépenses, la valeur totale des transactions liées aux médicaments courants dont le coût était majoritairement à la charge des patients était de 1,1 milliard de dollars. Le DPB est parti de l'hypothèse que ce montant

s'approche du total des dépenses des patients en médicaments d'ordonnance.

Pour évaluer les coûts comparables qui seraient assumés dans le cadre du nouveau programme national d'assurance-médicaments (soit le total des dépenses de médicaments à l'exclusion des exemptions), le DPB a commencé par déterminer que près de 280 millions d'ordonnances ont été exécutées au cours de la même période de 12 mois au Québec. La proportion d'ordonnances exécutées à l'aide de médicaments génériques serait, selon les estimations, de 60 %.

Par ailleurs, le DPB a également calculé l'incidence des exemptions en fonction des tranches d'âge, qui atteignent à 238 millions. Les 33 millions d'ordonnances restantes, parmi celles qui ne seraient pas admissibles à une exemption de contribution, exigeraient le paiement des 5 \$, pour un total de dépenses directes d'environ 167 millions de dollars.

Les dépenses à la charge des résidents du Québec dans le cadre du nouveau régime national d'assurance-médicaments seraient inférieures à celles engagées dans le régime actuel d'environ 85 %.

Quelle serait la réaction comportementale à une réduction des dépenses à la charge des patients?

Compte tenu de l'hypothèse que les coûts directs assumés par les patients diminueraient de 85 % et d'une élasticité estimative de 0,14, on aboutit à une augmentation globale de la consommation de médicaments d'ordonnance de l'ordre de 10 %.

Tableau A-6

Économies du nouveau régime national d'assurance-médicaments pour les patients

	Exempts de la contribution			
	Population en âge de travailler	Aînés	Population en âge de travailler	Enfants
(i) Estimation des dépenses totales en médicaments courants	392 M\$	364 M\$	323 M\$	49 M\$
(ii) Estimation des paiements non remboursés dans le cadre du nouveau régime national d'assurance-médicaments	167 M\$	0 M\$	0 M\$	0 M\$
(iii) Économies nettes pour les patients	57 %	100 %	100 %	100 %
(iv) Part pondérée des dépenses	35 %	32 %	29 %	4 %
(v) Multipliée par le taux d'élasticité (0,14)*	1 %	5 %	4 %	1 %

Sources : QuintilesIMS; Instituts de recherche en santé du Canada.

Notes : *Calcul pondéré.

Pour calculer les valeurs du rang (v), multiplier l'économie nette pour les patients (iii) par le taux pondéré des dépenses (iv), puis multiplier ce résultat par le facteur d'élasticité de 0,14.

Comme les chiffres sont arrondis, les totaux ne sont pas toujours exacts.

Dans l'ensemble, la mise en œuvre d'un nouveau régime national d'assurance-médicaments pourrait faire augmenter la consommation d'environ 21 % et le coût total du régime d'environ 20,9 milliards de dollars.

Annexe B : Les données

Le DPB s'est principalement servi des données fournies par QuintilesIMS Health (IMS) et par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les deux ensembles de données couvraient la période allant de juillet 2015 à juin 2016, qui était la dernière disponible au moment de la demande.

Les transactions d'un vaste échantillon de pharmacies de l'ensemble des provinces constituent la principale source des données fournies par QuintilesIMS. D'autres données de sources diverses y sont intégrées. Les données sont corrigées par QuintilesIMS en fonction de la taille de l'échantillon pour donner une valeur représentative à l'échelle provinciale et nationale.

L'une des trois bases de données fournies par QuintilesIMS est suffisamment segmentée pour permettre l'analyse du volume de consommation et des dépenses de médicaments de certaines tranches d'âge selon le sexe, le payeur et la province.

Dans cette base de données, les dépenses renvoient au coût tel qu'il est déterminé par le prix moyen provincial pour le fabricant. C'est-à-dire qu'on en a exclu les marges bénéficiaires et les frais et qu'il ne traduit pas le coût total payé à la pharmacie. Ce sont les chiffres dont le DPB s'est servi pour évaluer le coût des médicaments.

La deuxième base de données fournie par QuintilesIMS était beaucoup plus agrégée et fournit le volume total de consommation et de dépenses de médicaments par province. Aux annexes C à E, le DPB explique comment ces deux bases de données ont servi à calculer le coût d'un régime d'assurance-médicaments.

La troisième base de données fournie par QuintilesIMS fournit des prévisions quant au nombre de patients selon les paramètres de classification anatomique thérapeutique de niveau 3 (ATC-3), ce qui a permis au DPB de calculer une moyenne des coûts estimatifs pour les patients de chacune des catégories de l'ATC-3⁸⁸. Le tableau 1-9 de la section 1.4 illustre une partie des résultats.

Les données de l'ICIS se limitaient aux régimes publics, mais elles fournissaient également des chiffres sur le volume et les dépenses de médicaments, désagrégées selon la province, certaines tranches d'âge et le sexe. Tous les régimes publics inscrits dans la base de données de l'ICIS qui fonctionnent dans une province ont été inclus dans les tableaux provinciaux.

Les données relatives aux dépenses indiquées dans cette base de données étaient plus complètes et incluaient le coût des médicaments, les frais

d'exécution d'ordonnance, les marges bénéficiaires (lorsque l'ICIS en disposait), le coût total, ainsi que le coût total remboursé par le régime public.

Dans les données de QuintilesIMS, le payeur est le « payeur principal ». Par exemple, une transaction de payeur privé renvoie à une transaction en pharmacie où le coût principal est assumé par un assureur privé.

C'est une caractéristique importante de ces données. Elle suppose que le total des dépenses de médicaments associées à des payeurs qui paient directement sous-estime le total des dépenses à la charge des patients au Canada. La raison en est qu'une partie du coût des transactions assurées par un régime public ou par un régime privé aurait pu être assumée par le patient, du moment qu'elle était inférieure à la moitié du total de la transaction.

Quelle que soit la définition de « payeur », les dépenses de médicaments assumées par le payeur principal renvoient au coût total assumé, y compris les marges bénéficiaires et les frais d'exécution d'ordonnance.

Comme le payeur est défini comme « payeur principal » dans les données de QuintilesIMS, il est différent de la notion employée par l'ICIS. Les données de l'ICIS englobent les dépenses administratives effectivement engagées par les personnes assurées par certains régimes provinciaux, qu'elles soient ou non le payeur principal dans telle ou telle transaction.

La différence est subtile, mais elle a son importance. Supposons, par exemple, qu'un patient soit couvert par un régime public, mais qu'il y ait une franchise de 100 \$. Si le médicament coûte 60 \$, le patient paiera la somme complète de 60 \$ si il n'a pas encore franchi le seuil de la franchise de 100 \$. Dans ce cas, les données de QuintilesIMS classeraient le coût total de 60 \$ soit comme dépense privée (si les dépenses sont principalement couvertes par un régime privé dans le cas d'une personne à double assurance), soit comme un paiement direct par le patient. Les données de l'ICIS, par contre, tiendraient compte du montant admissible réclamé et du remboursement intégral par un régime public.

Certains éléments ont été exclus des données administratives de l'ICIS par souci de confidentialité. Le tableau B -1 illustre la part des ventes, des coûts médicaux et du volume de consommation des éléments exclus.

Tableau B-1 Valeur des éléments exclus des données du SNIUMP

<i>(en millions)</i>	Total des unités	Total du coût d'ordonnance
Éléments exclus – Médicaments	43,3	475,0
Éléments exclus – Non classés	413,8	535,0
Éléments exclus - Total	457,1	1 010,0
Total en % des données fournies	3,7 %	9,2 %

Source : SNIUMP, demande spéciale 2016⁸⁹

Note : Les éléments non classés incluent les DIN autres que les médicaments, comme les seringues, ainsi que les produits pharmaceutiques sans code ATC.

Le DPB a également obtenu des renseignements qualitatifs pour classer et identifier plus précisément les médicaments. Cela comprend l'utilisation de la liste des médicaments inscrits sur la liste de la RAMQ pour identifier les médicaments classés ou non classés dans cette liste et dans le système ATC (système de classification anatomique thérapeutique chimique), mais aussi distinguer les médicaments de marque/génériques/biologiques/en vente libre, et déterminer d'autres éléments qualitatifs.

Annexe C : Modèle de tarification

Le DPB a fusionné les données pour créer une base de données exhaustive classant tous les médicaments achetés au Canada de juillet 2015 à juin 2016. Il a commencé par employer les données qualitatives dont il disposait pour identifier les médicaments inscrits sur la liste des médicaments de la liste de la RAMQ. Deux méthodes ont été employées :

1. On a utilisé uniquement les médicaments de la base de données de QuintilesIMS qui correspondaient à la liste des médicaments de la RAMQ.
2. On a utilisé la définition du terme « public » selon QuintilesIMS, en la limitant aux transactions enregistrées au Québec.

Compte tenu de la définition plus large du terme « public », la deuxième méthode a donné lieu à une représentation un peu plus généreuse des médicaments de la liste de la RAMQ dans l'ensemble des médicaments consommés au Canada. Cette mesure substitutive de la liste des médicaments de par la RAMQ peut comprendre d'autres régimes d'assurance-médicaments publics au Québec. Dans une moindre mesure, cela peut aussi comprendre des Canadiens résidant à l'extérieur du Québec, mais qui ont fait un achat dans une pharmacie du Québec en faisant jouer leur régime d'assurance publique hors province⁹⁰.

L'application de la première méthode a donné lieu à une représentation un peu moins généreuse des médicaments de la liste de la RAMQ dans l'ensemble des médicaments consommés au Canada.

Le tableau C-1 ci-après illustre la proportion de ventes de médicaments représentés par les médicaments apparaissant sur la liste de la RAMQ au Canada compte tenu des deux hypothèses.

Tableau C-1 **DIN de la RAMQ comparativement aux médicaments assurés par un régime public au Québec, selon QuintilesIMS**

	Dépenses actuelles (millions \$)	Régime public Québec selon QuintilesIMS	RAMQ
ALBERTA	2 672,9	98 %	85 %
COLOMBIE-BRITANNIQUE	2 798,7	98 %	86 %
MANITOBA	814,0	97 %	88 %
NOUVEAU-BRUNSWICK	696,4	98 %	88 %
TERRE-NEUVE	464,3	99 %	87 %
NOUVELLE-ÉCOSSE	789,2	98 %	87 %
ONTARIO	10 831,8	97 %	83 %
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	100,7	98 %	87 %
QUÉBEC	8 033,9	99 %	90 %
SASKATCHEWAN	764,1	99 %	89 %
CANADA	27 978,5	98 %	86 %

Source : Calculs du DPB à partir des données de QuintilesIMS

Note : Le DPB a pu associer 89,5 % des médicaments de la liste de la RAMQ aux données de QuintilesIMS. Près de la moitié des médicaments non associés étaient en fait des pansements médicaux.

Malgré cette restriction, les dépenses associées peuvent quand même inclure d'autres régimes d'assurance publics du Québec, et, dans une moindre mesure, des Canadiens résidant à l'extérieur du Québec, mais qui ont fait un achat dans une pharmacie du Québec en faisant jouer leur régime d'assurance publique hors province.

La raison en est la définition moins restrictive du terme « public » dans les données de QuintilesIMS. Le DPB a essayé de quantifier cela en comparant les dépenses de médicaments couverts par un régime public selon les données de QuintilesIMS et selon les données de l'ICIS. Les résultats se trouvent dans le tableau C-2. Le DPB s'est appuyé sur la possibilité de faire correspondre les données de QuintilesIMS aux DIN de la liste de médicaments de la RAMQ.

Tableau C-2

Les résultats sont semblables malgré des définitions différentes de la notion de payeur

Comparaison des données de QuintilesIMS et des données de l'ICIS sur les dépenses en médicaments couverts par un régime public

(millions \$)

	QuintilesIMS			ICIS		
	Coût des méd.	Total des frais	Total coût méd. ord.	Coût des méd.*	Total des frais	Total coût méd. ord.
Alb.	798 \$	274 \$	1 072 \$	719 \$	104 \$	928 \$
C.-B.	906 \$	264 \$	1 170 \$	1 349 \$	- \$	1 744 \$
Man.	287 \$	84 \$	371 \$	446 \$	- \$	609 \$
N.-B.	170 \$	63 \$	233 \$	151 \$	45 \$	212 \$
T.-N.	94 \$	50 \$	144 \$	99 \$	- \$	146 \$
N.-É.	196 \$	77 \$	273 \$	147 \$	63 \$	212 \$
Ont.	4 297 \$	1 155 \$	5 452 \$	4 025 \$	1 476 \$	5 508 \$
Î.-P.-É.	20 \$	7 \$	27 \$	26 \$	13 \$	39 \$
Qué.	2 580 \$	1 399 \$	3,979 \$	s/o	s/o	s/o
Sask.	308 \$	112 \$	420 \$	392 \$	162 \$	557 \$
CANADA SAUF QUÉ	7 077 \$	2 087 \$	9 164 \$	7 798 \$	1 894 \$	10 429 \$

Sources : Calculs du DPB à partir des données de QuintilesIMS et du SNIUMP.

Note : * Les valeurs comportent des éléments exclus par souci de confidentialité.

La C.-B. et T.-N. ne déclarent pas les marges bénéficiaires au SNIUMP. Le Manitoba ne rembourse pas les marges bénéficiaires.

s/o – sans objet

La deuxième étape suppose que le DPB évalue le total (la somme) des marges bénéficiaires et des frais d'exécution d'ordonnance pour l'ensemble des médicaments de chaque province, que le payeur soit public ou privé ou que le paiement soit effectué directement par le patient. Les données fournies par l'ICIS englobaient les frais d'exécution d'ordonnance et les marges bénéficiaires, bien que la Colombie-Britannique et Terre-Neuve ne fournissent pas actuellement de données sur les marges bénéficiaires à l'ICIS⁹¹.

Comme la notion de payeur est définie de façon légèrement différente par QuintilesIMS et par l'ICIS, le DPB a décidé d'évaluer la valeur globale des marges bénéficiaires et des frais d'exécution d'ordonnance (cumulativement appelés « frais ») pour tous les types de payeurs (régime public, régime privé, paiement par le particulier).

Pour évaluer ces frais, le DPB s'est servi de la différence entre le coût total assumé par la province pour chaque médicament et le coût médical total de chaque médicament pour la province. Les chiffres peuvent être un peu différents du total effectif des frais, parce que le coût médical de chaque médicament est fonction de la moyenne provinciale. De plus, ils peuvent ou

non englober certaines marges bénéficiaires supplémentaires du prix de gros. Enfin, il semble bien que les régimes privés paient une marge bénéficiaire plus élevée que les régimes publics⁹².

Le DPB est parti de la part du marché provincial de chaque payeur dans le total des coûts médicaux pour attribuer les frais à chaque groupe de payeurs (régime privé, régime public, paiement par le particulier). Les hypothèses implicites sont que les frais correspondent au coût du médicament et qu'ils ne varient pas selon l'âge ou le sexe, quel que soit le statut d'assuré. Ce calcul a été fait pour chaque médicament.

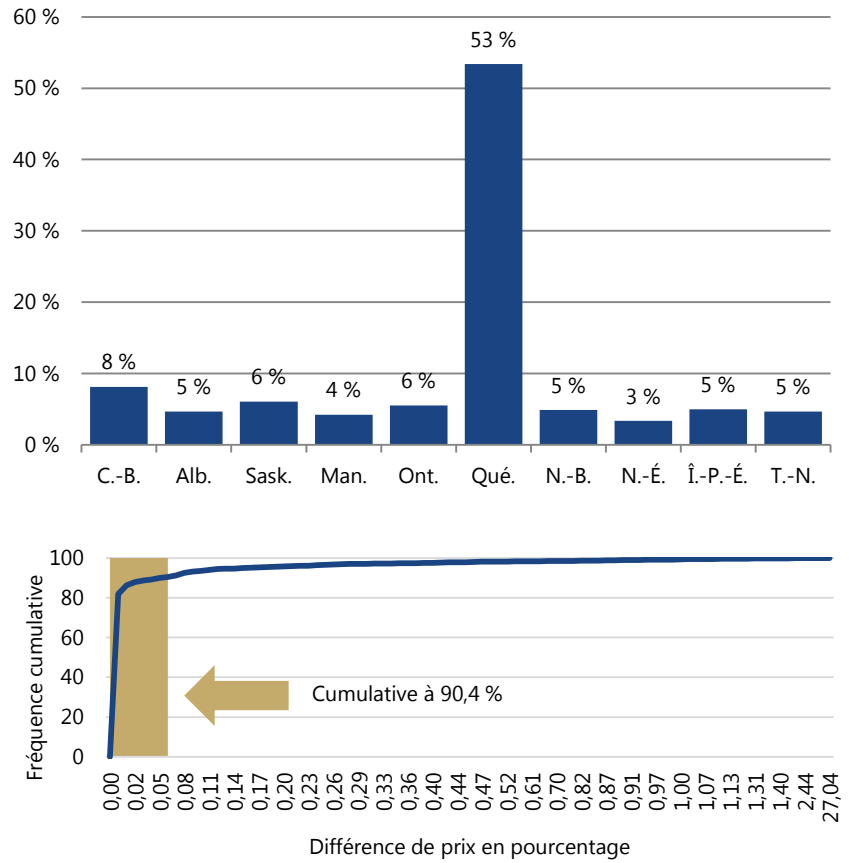
Pour attribuer ces frais à chaque tranche d'âge et chaque sexe, le DPB a divisé le total des frais par payeur, tranche d'âge et sexe, par le total du nombre d'unités consommées par chaque payeur, tranche d'âge et sexe. C'est ce qui a donné lieu à des « frais unitaires » normalisés. En multipliant les frais unitaires normalisés par le total des unités consommées par chaque tranche d'âge, sexe et payeur en fonction de la province et du médicament, on obtient un total estimatif des frais d'exécution d'ordonnance et des marges bénéficiaires pour chaque groupe.

Les données de l'ICIS sur les marges bénéficiaires et les frais d'exécution d'ordonnance ont servi de référence et de source de validation. Pour une comparaison en fonction de la province (dans le secteur public seulement), voir le tableau C-2.

Enfin, le DPB a appliqué à tous les médicaments le coût médical unitaire le plus bas observé dans l'ensemble des données (calculé à l'échelle provinciale pour chaque médicament). Comme la RAMQ a négocié une liste équivalant au coût le plus bas au Canada, la plupart de ces exemples correspondent au Québec (voir la figure C-1).

Figure C-1 Fréquence du prix unitaire le plus bas

Conformément aux politiques du Québec sur le prix des médicaments, les données indiquent que le Québec avait le prix unitaire le plus bas dans la majorité des cas.



Source : Calculs du DPB à partir des données de QuintilesIMS

Implicitement, le DPB est parti de l'hypothèse que le coût médical du médicament est le même, que le payeur soit public ou privé.

Annexe D : Modèle d'exemption de contribution

Le DPB a calculé les contributions selon une méthode itérative. Il a commencé par se servir de la base de référence pour calculer l'effet comportemental. Puis il a recalculé les contributions à partir du nombre corrigé de médicaments d'ordonnance consommés (soit le volume d'ordonnances une fois appliqué l'effet comportemental). La démarche ci-dessous décrit les résultats de la deuxième procédure itérative, après calcul et application de l'effet comportemental stabilisé.

Les personnes de moins de 16 ans et les étudiants de 16 à 18 ans

Le DPB est parti de l'hypothèse que tous les résidents canadiens actuels âgés de 16 à 18 ans sont aux études. Cette catégorie peut donc être groupée à la tranche d'âge contiguë des personnes âgées de moins de 16 ans.

Compte tenu des projections démographiques calculées par la Division de la démographie de Statistique Canada pour le DPB, on estime à 3,8 millions le nombre de personnes de cette tranche d'âge⁹³.

Les données fournies par QuintilesIMS indiquent qu'environ 21,6 millions d'ordonnances ont été exécutées au Canada pour des personnes de moins de 18 ans dans les 12 mois se terminant en juin 2016.

Les personnes de 65 ans et plus

Les données fournies par QuintilesIMS indiquent qu'il y a eu environ 331 millions d'ordonnances exécutées pour des personnes de 65 ans et plus au cours de la période de 12 mois se terminant en juin 2016.

Les femmes enceintes

L'exemption de contribution pour les femmes enceintes est modélisée à partir de la méthode employée au Royaume-Uni. Le certificat d'exemption pour maternité, dit « MatEx », exempte les femmes enceintes et les femmes ayant accouché dans les 12 derniers mois de toute contribution sur tous les médicaments d'ordonnance⁹⁴.

Les femmes admissibles peuvent demander le MatEx dès que leur grossesse est confirmée par un médecin ou une sage-femme, et en tout temps au cours de la grossesse ou au cours des 12 mois suivant la naissance de

l'enfant. L'exemption commence un mois rétroactivement à partir du moment où le service de santé national reçoit la demande et elle s'applique jusqu'à échéance de 12 mois après la date prévue de la naissance de l'enfant⁹⁵.

Compte tenu de l'analyse des données de Statistique Canada, le DPB a déterminé que l'on compterait environ 310 000 femmes enceintes au Canada en 2017. De plus, environ 380 000 femmes seront dans la période de 12 mois suivant l'accouchement au cours de la même année⁹⁶.

Compte tenu des recherches effectuées en Colombie-Britannique, le DPB est parti de l'hypothèse que les femmes enceintes devraient prendre en moyenne 3,1 dispensations d'ordonnance au cours de leur grossesse et que les femmes venant d'accoucher en prendraient 5,8 au cours des 12 mois suivant la naissance de l'enfant^{97,98}. Au total, cela représente environ 3,2 millions d'ordonnances pour l'année 2017.

Les personnes physiquement handicapées

À partir de la base de données et du modèle de simulation de politique sociale (BD/MSPS) de Statistique Canada, le DPB a déterminé que, en 2016, 112 310 personnes et personnes à charge âgées de 19 à 65 ans avaient réclamé le crédit d'impôt pour personnes handicapées. Cette estimation exclut les demandeurs qui ont également reçu des prestations d'aide sociale ou d'assurance-emploi, de sorte qu'il n'y a pas de double compte dans les tranches d'âge.

On suppose que les membres de cette tranche d'âge consommeront en moyenne le même nombre de médicaments d'ordonnance que les personnes âgées de 18 à 65 ans, soit 13,3, ce qui porterait le total de la consommation de médicaments d'ordonnance de ce groupe à environ 1,5 million.

Les bénéficiaires de l'assurance-emploi

À partir de la BD/MSPS, le DPB a déterminé que, en 2016, environ 1,2 million de personnes et personnes à charge âgées de 19 à 65 ans ont reçu des prestations d'assurance-emploi (AE). Cette estimation exclut les demandeurs qui ont également reçu des prestations d'aide sociale ou obtenu le crédit d'impôt pour personnes handicapées. Selon Emploi et Développement social Canada, la durée moyenne d'une demande régulière d'assurance-emploi était de 19,4 semaines en 2014⁹⁹. Par conséquent, environ 461 000 personnes auraient droit à une exemption de contribution sur une base annualisée.

Le DPB est parti de l'hypothèse que les membres de cette tranche d'âge consommeront en moyenne le même nombre de médicaments d'ordonnance que les personnes âgées de 18 à 65 ans, ce qui porterait le

total de la consommation de médicaments d'ordonnance de ce groupe à environ 6,1 millions.

Les bénéficiaires de l'aide sociale

À partir de la BD/MSPS, le DPB a déterminé qu'il y a environ 501 000 personnes et personnes à charge âgées de 19 à 65 qui ont reçu des prestations d'aide sociale en 2016. Comme on l'a vu, cette estimation exclut les demandeurs qui ont également reçu des prestations d'assurance-emploi ou demandé le crédit d'impôt pour personnes handicapées. On est parti de l'hypothèse que la durée moyenne des prestations d'aide sociale serait semblable à celle des prestations d'AE. Par conséquent, environ 187 000 personnes seraient admissibles à l'exemption de contribution sur une base annualisée.

Le DPB est parti de l'hypothèse que les membres de cette tranche d'âge consommeront en moyenne le même nombre de médicaments d'ordonnance que les personnes âgées de 18 à 65 ans, ce qui porterait le total de la consommation de médicaments d'ordonnance de ce groupe à environ 2,5 millions.

L'effet comportemental

Le programme d'assurance-médicaments permettra de réduire les coûts pour les patients et devrait, par voie de conséquence, entraîner une augmentation du nombre de médicaments consommés. Cela aura un effet sur le calcul des recettes attribuables aux contributions et du coût des exemptions de contribution.

Le DPB a déterminé que cette augmentation serait de l'ordre de 12,5 %. Pour ajuster le calcul des contributions en fonction de l'augmentation de la consommation, le DPB a supposé que le nombre d'unités de médicament par ordonnance resterait constant, de sorte que le nombre d'ordonnances augmenterait dans la même proportion.

L'exemption des médicaments génériques

Les données publiées par l'Institut canadien d'information sur la santé indiquent que, en 2014, la proportion d'ordonnances de médicaments génériques payées par des régimes d'assurance-médicaments publics oscillait entre 68 et 74 % dans neuf provinces¹⁰⁰. Si l'on pondère ces taux en fonction de la population des provinces, on obtient une proportion moyenne de 71 %.

Cela est conforme aux calculs du DPB fondés sur les données de QuintilesIMS, selon lesquels les médicaments génériques représentaient 64 % des dépenses totales pour les patients âgés de 19 à 64 ans, 64 % pour les personnes âgées, et 53 % pour les jeunes âgés de moins de 18 ans.

Le DPB est parti de l'hypothèse que la proportion d'ordonnances de médicaments génériques calculée pour les personnes âgées s'applique aux bénéficiaires de l'aide sociale, qui sont généralement déjà couverts par ces régimes d'assurance-médicaments publics.

Pour tous les autres groupes désignés, le DPB a appliqué la proportion générale d'ordonnances de médicaments génériques exécutées dans les 12 mois se terminant en juin 2016 pour les utilisateurs de médicaments âgés de 19 à 64 ans (soit le chiffre dérivé de l'ensemble de données de QuintilesIMS). Ces proportions changent lorsqu'on leur applique l'effet de la substitution générique (voir ci-après).

L'effet de la substitution générique

Pour tenir compte de l'effet de la substitution par des médicaments génériques, le DPB est parti de l'hypothèse que chaque médicament de marque (à l'exclusion des médicaments biologiques et des médicaments en vente libre) serait remplacé par un médicament générique à condition qu'ils soient tous les deux dans la même classification ATC -5, qu'ils aient la même concentration et la même forme galénique.

Cela a donné lieu à une diminution de la consommation prévisionnelle de médicaments de marque et, par voie de conséquence, à une diminution des recettes susceptibles d'être tirées d'une contribution de 5 \$. Cela a également fait augmenter la consommation prévisionnelle de médicaments génériques et, par voie de conséquence, le coût des exemptions de contribution.

Voir aussi la section 3.3 et l'annexe E pour une explication plus détaillée du calcul de la substitution générique.

Annexe E : Méthodologie – Substitution générique

Les provinces peuvent établir la liste des médicaments génériques admissibles à la substitution. Le DPB s'est servi des médicaments contenus dans la même catégorie ATC -5 comme mesure de remplacement pour la substitution admissible.

Le DPB a calculé le prix moyen par unité de médicament générique de la catégorie ATC -5 à concentration et à forme galénique identiques, pour chaque province. Dans ce cas, le prix était fonction du prix moyen en vigueur dans la province (autrement dit, le prix du fabricant). Le DPB a choisi, dans chaque catégorie, le prix moyen le plus bas de toutes les provinces.

$Min_{prov}(\text{prix moyen}_{ATC-5})$ pour tous les médicaments génériques

Il a ensuite appliqué le prix moyen le plus bas des médicaments génériques par unité au médicament de marque correspondant (même concentration et même forme galénique) dans la catégorie ATC -5. Le calcul effectué à partir du prix le plus bas a produit des résultats très semblables. Enfin, le DPB a multiplié le nombre d'unités de médicaments de marque consommé par ce prix pour obtenir le total des dépenses dans l'hypothèse d'une substitution générique complète.

Bien que les régimes publics appliquent la substitution générique, certains de ces médicaments de marque – ceux qui sont admissibles à la substitution – sont consommés. Le DPB a calculé que cette proportion est d'environ 32 % (à l'échelle nationale) de l'ensemble des médicaments de marque qui ne sont pas des médicaments dits d'exception.

Le DPB a donc estimé, à titre d'hypothèse conservatrice, que ce volume de consommation de médicaments de marque restera constant pour les médicaments qui sont actuellement couverts par une assurance privée ou qui sont payés directement par les patients. Autrement dit, aucun effet de substitution générique n'a été appliqué au secteur public.

Parmi les médicaments de marque jugés admissibles à la substitution générique – c'est-à-dire les médicaments de marque ayant au moins un médicament générique correspondant dans la même catégorie ATC -5 et ayant la même concentration et la même forme galénique –, 32 %, compte tenu d'une consommation corrigée, ont maintenu leur prix de marque, qu'ils soient couverts par un régime privé ou qu'ils soient payés directement par les patients. Les 68 % restants ont adopté le prix générique moyen le plus bas à l'échelle provinciale.

Pour ce faire, le DPB a appliqué ce ratio de 32/68 à chaque unité de médicament et ordonnance selon la province, l'âge, le sexe et l'agent payeur en attribuant 32 % aux médicaments de marque post-adoption d'un programme d'assurance-médicaments et 68 % aux médicaments génériques post-adoption d'un programme d'assurance-médicaments.

Comme les médicaments génériques coûtent souvent une fraction du prix des médicaments de marque, cela donnerait lieu à des économies d'environ 535 millions de dollars. Aucun changement n'a été effectué lorsqu'il n'y avait pas de médicaments génériques.

Annexe F : Modèle de projection

Le DPB a appliqué des facteurs de croissance distincts aux dépenses respectives. Voici des explications plus détaillées sur le mode de détermination de ces facteurs.

Volume de médicaments employés

Le volume de médicaments est l'un des facteurs de coût élaborés par le CEPMB pour mesurer l'évolution annuelle des dépenses de médicaments. Le facteur de coût comprend l'impact des changements dans le nombre d'ordonnances établies à l'intention d'un groupe normalisé de bénéficiaires actifs, l'impact des changements dans le nombre moyen d'unités dispensées par ordonnance pour un certain médicament, et l'impact des changements dans l'utilisation de diverses concentrations ou formulations d'un ingrédient.

Les chiffres relatifs à l'évolution annuelle moyenne du volume de médicaments comme facteur de coût sont tirés d'un rapport du CEPMB. Ces chiffres ont été appliqués à la valeur de référence du coût total (sans compter les frais d'exécution d'ordonnance ni les marges bénéficiaires) des médicaments de la liste de la RAMQ prescrits au Canada entre juin 2015 et juillet 2016, à l'exclusion du coût des AAD et des médicaments biologiques¹⁰¹. Le tableau F-1 indique les augmentations annuelles moyennes.

Tableau F-1

Le volume comme facteur de coût (évolution annuelle) pour divers exercices

<i>Exercice</i>	2012- 2013	2013- 2014	2014- 2015	2015- 2016	Moyenne
Évolution annuelle en % (+augmentation/-diminution)	1,7	2,2	0,3	1,3	1,1

Source : CEPMB, Compas Rx : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments 2015-2016, 3^e édition, Figure 3.1.

Le prix des médicaments d'ordonnance – tous médicaments confondus

Le prix des médicaments est un autre facteur de coût établi par le CEPMB pour mesurer l'évolution annuelle des dépenses de médicaments. Ce facteur comprend l'impact des changements dans les prix des médicaments de marque et génériques dont la concentration et la forme galénique sont normalisées (soit le coût unitaire que le régime public accepte de rembourser). Il comprend également l'impact du passage des produits de

marque coûteux à des produits génériques moins coûteux pour le traitement ou la prévention de maladies ou de symptômes.

Ce facteur est influencé par les politiques de certains régimes publics provinciaux visant à réduire les prix des médicaments génériques pour les fixer à une proportion des médicaments de marque correspondants et à imposer la substitution générique lorsqu'elle est possible.

La province peut aussi décider de négocier directement des rabais avec les fabricants de médicaments en échange d'une exclusivité (comparativement à des médicaments connexes) dans la liste des médicaments assurés. Enfin, ce facteur de coût est influencé par l'expiration des brevets et la disponibilité d'équivalents génériques.

Le prix des médicaments d'ordonnances – substitution générique

Pour l'exercice 2015-2016, le CEPMB a déterminé que la substitution générique a permis de réduire le coût des médicaments de 2,3 %, soit 169 millions de dollars. Mais il faut dire que trois molécules – l'escitalopram (0,6 % ou 44 millions de dollars), l'ézétimibe (0,5 % ou 37 millions de dollars) et le célécoxib (0,3 % ou 22 millions de dollars) représentent plus de la moitié de cette réduction.

Les brevets des médicaments contenant l'une de ces trois molécules sont venus à expiration, et des versions génériques ont été approuvées à la fin de 2014. Pour les besoins de notre analyse, une réduction annuelle des coûts de 1 %, attribuable à la substitution générique, a été appliquée pour chaque année dans un cas de figure, et une réduction de 2 % a été appliquée dans un autre cas de figure, pour tenir compte de l'expiration du brevet de nouveaux médicaments et de l'introduction d'équivalents génériques sur le marché.

Le prix des médicaments d'ordonnance – effet de l'évolution des prix

Selon le CEPMB, pour l'exercice 2015-2016, les prix des médicaments autres que les antiviraux à action directe (AAD) et les médicaments biologiques ont été réduits de 1,8 %. Cette réduction est attribuable à la réduction des coûts unitaires des médicaments génériques multisources grâce aux initiatives de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. Les prix des médicaments brevetés sont restés stables de 2009-2010 à 2015-2016.

Pour l'exercice 2015-2016, le CEPMB a déterminé que certains médicaments très coûteux ont donné lieu à des dépenses de médicaments d'ordonnance plus élevées que les années précédentes. Par exemple, les AAD employés pour le traitement de l'hépatite C, à savoir la molécule sofosbuvir vendue sous les noms commerciaux de Harvoni et Sovaldi, ont fait augmenter les

dépenses des régimes d'assurance-médicaments publics de 8 %, soit environ 600 millions de dollars¹⁰².

Selon les données fournies par QuintilesIMS pour la période allant de juin 2015 à juillet 2016, les produits Harvoni et Sovaldi ont donné lieu à des dépenses de 823 millions de dollars au Canada. Dans le contexte du programme d'assurance-médicaments, ces médicaments représenteraient environ 617 millions de dollars.

Une réduction de prix annuelle de 1,8 % a été appliquée à la valeur de référence du coût total (à l'exclusion des frais d'exécution d'ordonnance et des marges bénéficiaires). Pour isoler les effets des AAD, le facteur de coût (sans l'effet des AAD) a été appliqué au coût total net des médicaments Harvoni et Sovaldi et du pourcentage (25,5 %) du coût total des médicaments biologiques (à l'exclusion des frais d'exécution d'ordonnance et des marges bénéficiaires)¹⁰³.

Pour évaluer les changements associés aux AAD et aux médicaments biologiques au cours de la période de projection, on s'est servi d'un taux de croissance fondé sur l'évolution annuelle pour 2016 selon les données fournies par Express Scripts Canada¹⁰⁴. On a appliqué un taux de croissance total de -3,5 % pour les AAD et un taux de 5 % pour les médicaments biologiques¹⁰⁵.

La croissance démographique

Le dernier facteur de coût est la croissance de la population du Canada au cours de la période de projection, car elle pourrait faire augmenter le nombre de bénéficiaires éventuels et la consommation de médicaments. On a retenu la moyenne (2,5 %) du facteur démographique selon le CEPMB pour l'exercice 2015-2016, entre le programme des SSNA (3,0 %) et le régime public d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique (2,0 %), puisque les deux sont des régimes universels au sens où ils couvrent toutes les tranches d'âge.

Le facteur de coût a été appliqué au pourcentage de médicaments non biologiques, à l'exclusion du coût des AAD dans la base de référence, puisque les taux de croissance employés pour ces médicaments contiennent déjà un facteur démographique.

Les frais d'exécution d'ordonnance

Le montant total des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance et aux marges bénéficiaires a été calculé à partir de la base de référence applicable à la liste de médicaments de la RAMQ de juin 2015 à juillet 2016, compte tenu de la substitution générique et des effets comportementaux. On a retenu un facteur de croissance des frais d'exécution d'ordonnance de

5,875 %, soit la croissance moyenne enregistrée entre 2012-2013 et 2015-2016 selon le CEPMB¹⁰⁶.

Les marges bénéficiaires sont négociées par le payeur et sont généralement fixées en pourcentage du coût du médicament. Le DPB s'est servi de la croissance prévisionnelle de l'Indice des prix à la consommation (IPC) d'après les dernières *Perspectives économiques et financières* publiées par son bureau, soit 2 %, pour évaluer la croissance moyenne du coût des médicaments (net des marges bénéficiaires et des frais d'exécution d'ordonnance) à partir du taux de croissance des marges¹⁰⁷.

Mode de calcul en bref

Année n = $X * (1 + (\text{facteur du volume} + \text{substitution générique} + \text{évolution des prix} + \text{croissance démographique})^n) + (\text{coût des AAD, net des marges et des frais} * (1 + (\text{taux de croissance des AAD})^n) + (\text{coût des médicaments biologiques nets des marges et des frais} * (1 + \text{taux de croissance des médicaments biologiques})^n) + (\text{base de référence des frais d'exécution d'ordonnance} * (1 + (\text{taux de croissance des frais d'exécution d'ordonnance})^n) + (\text{base de référence des marges bénéficiaires} * (1 + (\text{taux de croissance des marges bénéficiaires})^n)$

X = Base de référence (nette des frais d'exécution d'ordonnance et des marges bénéficiaires) moins le coût des AAD moins le coût des médicaments biologiques

Tableau F-2 Base de référence du DPB et autre hypothèse de croissance

	Valeur de la base de référence	Autre hypothèse
Volume	1,1 %	Pas de changement
Substitution générique	-1,0 %	-2,0 %
Évolution des prix	-1,8 %	Pas de changement
Croissance démographique	2,5 %	Pas de changement
AAD	-3,5 %	Pas de changement
Médicaments biologiques	5,0 %	Pas de changement
Frais d'exécution d'ordonnance	5,9 %	Pas de changement
Marge bénéficiaire	2,0 %	Pas de changement

Enfin, pour faire une projection des dépenses actuelles de médicaments inscrits sur la liste de la RAMQ, le DPB a calculé les éléments pour ces médicaments et y a appliqué les taux de croissance proposés dans le tableau F -2.

Annexe G : Stratégies de maîtrise des coûts des médicaments

Les fournisseurs de régimes d'assurance-médicaments ont recours à plusieurs stratégies de maîtrise des coûts. Même s'il n'en établit pas une liste exhaustive, le DPB présente un survol de certaines stratégies ci-après.

Établissement de prix de référence

L'établissement du prix de référence s'entend en général de l'établissement du prix d'un médicament, ou d'une catégorie de médicaments, par rapport au prix d'un autre¹⁰⁸. Les stratégies d'établissement des prix des médicaments génériques au Canada suivent habituellement ce modèle. Le choix du produit de référence peut être déterminé par le truchement du prix, c'est-à-dire qu'il pourrait être fixé au prix le plus bas ou le plus élevé, ou au prix moyen ou autre.

La décision aura en fin de compte une incidence sur le prix et le coût de tous les produits attribués au prix de référence. L'écart entre le coût du médicament et ce prix de référence est à la charge du patient ou de son régime d'assurance, s'il en a un¹⁰⁹.

Établissement des prix des médicaments génériques

Au Canada, les régimes d'assurance-médicaments publics établissent le prix des médicaments génériques par plafonnement à un pourcentage du prix du médicament de marque. Le pourcentage appliqué varie d'une province à l'autre, et selon certaines catégories de médicaments.

Dans un document annuel produit par l'ICIS qui assure le suivi de ces changements, les prix les plus bas des médicaments génériques sont offerts en Alberta et correspondent à 18 % du prix du médicament de marque. Le prix de référence peut aussi être étendu aux régimes privés¹¹⁰.

Ententes relatives à l'inscription des produits (EIP)

Les ententes relatives à l'inscription des produits sont des ententes conclues entre les payeurs et les fabricants de médicaments qui visent à garder ou à ajouter un médicament sur la liste d'un payeur en échange d'une contrepartie du fabricant. Voici quelques exemples d'EIP¹¹¹ :

- **Accord de rabais**
Un prix réduit et confidentiel est fixé pour le payeur dans le cadre des négociations d'une EIP, et la liste de prix officielle du médicament demeure publique. Le fabricant du médicament consent un rabais au payeur, habituellement sous la forme d'une somme forfaitaire.
- **Accord prix-volume**
Le prix du médicament est réduit en fonction du volume de médicaments consommés.
- **Accord de protection conditionnelle**
Le médicament donne droit à un remboursement si les essais cliniques post-commercialisation révèlent que celui-ci est cliniquement efficace ou cliniquement efficace pour certains patients.
- **Accord de remboursement lié au rendement**
Le fabricant consent des rabais, des remises ou des rajustements de prix si le produit ne satisfait pas à certains critères de rendement.

Certains soutiennent que les EIP ont été mises au point en réaction à l'établissement de prix de référence, dans le cadre duquel les prix publics les moins élevés ou les moins élevés affichés deviennent les prix cibles exigés ailleurs¹¹².

Contrat d'offre à commandes

En vertu d'un contrat d'offre à commandes, le prix maximal remboursé est fixé au terme d'un appel d'offres concurrentiel¹¹³. Ce processus est utilisé en Saskatchewan, où les fabricants de médicaments acceptent de garantir l'approvisionnement en médicaments donnés au prix fixé par contrat, en retour d'une garantie d'exclusivité au régime public. Le gouvernement de la Saskatchewan estime avoir ainsi économisé 17,4 millions de dollars en 2010-2011¹¹⁴.

Le Québec a récemment annoncé qu'il allait mettre en œuvre un système d'appel d'offres concurrentiel à l'intention des sociétés pharmaceutiques en vue de conclure des contrats d'approvisionnement exclusif en médicaments d'ordonnance génériques. Ce système est différent du « contrat d'offre à commandes » offert en Saskatchewan parce qu'il sera appliqué à la fois aux payeurs du secteur public et à ceux du secteur privé, et non seulement par le programme public d'assurance-médicaments, la RAMQ. Le Québec estime qu'il économisera de 25 à 35 % sur les dépenses totales en médicaments génériques^{115, 116}.

Dispositions relatives à « la nation la plus favorisée »

Le prix offert au régime d'assurance-médicaments d'une administration pour un médicament est égal ou inférieur au montant le plus bas facturé aux régimes d'assurance-médicaments d'autres administrations.

Politiques des meilleurs prix

Les prix indiqués sur la liste du Québec sont établis conformément à la notion de « prix de vente garanti », en vertu de laquelle le prix offert est le plus bas au Canada. Le prix payé par la RAMQ est celui auquel le médicament est vendu par le fabricant. La liste du Québec établit le prix en fonction de plusieurs méthodes, notamment¹¹⁷ :

- *Prix d'achat réel*
Le prix égal au prix figurant sur la liste qui tient compte de la source d'approvisionnement et de la quantité, ou du prix coûtant du pharmacien.
- *Prix le plus bas* – Le prix égal au prix le plus bas parmi les fabricants qui offrent le même médicament.
- *Méthode du prix le plus bas* – Le prix d'une quantité donnée équivalant au prix le plus bas du médicament de marque.
- *Groupement de formes galéniques et de concentrations* – Le prix à payer correspond aux médicaments de mêmes formes galéniques ou concentrations et nom générique, plutôt qu'aux seuls médicaments ayant le même nom générique.
- *Montant maximal* – Établissement du montant maximal à payer.
- *Établissement de marges bénéficiaires maximales* – Établissement d'un montant maximal pour les marges bénéficiaires, qui sont habituellement fixées en fonction d'un pourcentage du coût du médicament.

Annexe H : Survol des régimes provinciaux d'assurance-médicaments

Caractéristiques des régimes publics d'assurance-médicaments pour la population générale des moins de 65 ans

	Nom du régime	Admissibilité	Prime	Contribution fixe	Coassurance	Franchise	Max. pour le particulier
Alberta	Non-Group Coverage	Résidents de la province	Prime mensuelle Personne seule : 63,50 \$ Famille : 118 \$ Facturée chaque trimestre	X	30 % du coût des ordonnances	X	25 \$ par ordonnance
Colombie-Britannique	Fair Pharmacare	Résidents de la province	X	X	Après franchise, 30 % du coût des ordonnances	De 0 à 3 % par année du revenu familial net, selon le revenu	De 2 à 4 % par année du revenu familial net, selon le revenu
Saskatchewan	Special Support Program	Résidents de la province	X	X	Avant franchise, selon le revenu et les dépenses mensuelles en médicaments Après franchise, 35 % du coût des ordonnances	3,4 % du revenu familial net Versée deux fois l'an	X
Manitoba	Régime d'assurance-médicaments	Résidents de la province	X	X	X	De 2,97 à 6,73 % du revenu net, selon le revenu, min. de 100 \$	S.O.
Ontario	Programme de médicaments Trillium	Résidents de la province sans assurance privée ou avec une assurance limitée	X	Après franchise, 2 \$ par ordonnance	X	4 % du revenu annuel net Versée chaque trimestre	X
Québec	Régime public d'assurance-médicaments	Personnes non admissibles à une assurance privée	Prime annuelle de 0 à 660 \$, selon le revenu	X	Après franchise, 34 % du coût des ordonnances	18 \$ par mois	Par mois : 85,75 \$ Par année : 1 029 \$

Terre-Neuve-et-Labrador	Assurance Plan	Résidents de la province	X	X	Taux = (revenu familial*taux plafond)/total des dépenses familiales en médicaments	X	De 5 à 10 % par année du revenu net, selon le revenu
Nouvelle-Écosse	Family Pharmacare	Résidents de la province	X	X	20 % du coût des ordonnances	De 1 à 20 % par année du revenu net selon le revenu	De 6 à 35 % du revenu net, selon le revenu
Nouveau-Brunswick	Régime médicaments du Nouveau-Brunswick	Résidents de la province sans assurance privée ou avec une assurance limitée	Prime annuelle de 200 à 2 000 \$ selon le revenu	X	30 % du coût des ordonnances, jusqu'à concurrence de 5 à 30 \$ par ordonnance selon le revenu	X	X
Île-du-Prince-Édouard	Programme de médicaments génériques	Résidents de la province sans assurance privée	X	X	X	X	Max. de 19,95 \$ par médicament générique
	Programme de couverture des coûts exorbitants en médicaments	Résidents de la province	X	X	X	De 3 à 12 % du revenu net selon le revenu	X
Yukon	Programme d'aide aux malades chroniques	Résidents du Yukon ayant une maladie chronique non couverte par un régime public/privé	Non établi clairement	Non établi clairement	Non établi clairement	Premiers 250 \$ dans l'année	500 \$ par année par famille
Territoires du Nord-Ouest	Régime d'assurance-maladie pour certaines maladies spécifiques	Résidents des T. N.-O. ayant certaines maladies	X	X	X	X	S.O.
Nunavut	Programme de prestations d'assurance-maladie complémentaire	Résidents du Nunavut ayant une maladie chronique	X	X	X	X	S.O.

Caractéristiques des régimes publics d'assurance-médicaments pour les aînés

	Nom du régime	Admissibilité	Prime	Contribution fixe	Coassurance	Franchise	Max. pour le particulier
Alberta	Coverage for Seniors	Résidents de la province de plus de 65 ans	X	X	30 % du coût des ordonnances	X	25 \$ max. par ordonnance
Colombie-Britannique	Fair Pharmacare	Résidents de la province de plus de 65 ans	X	X	Après franchise, 25 % du coût des ordonnances	De 0 à 2 % par année du revenu net, selon le revenu	De 1,25 à 3 % par année du revenu net, selon le revenu
Saskatchewan	Seniors' Drug Plan	Résidents de la province de plus de 65 ans	X	Max. 20 \$ par ordonnance	X	X (Des franchises sont en place pour les bénéficiaires du SRG)	S.O.
Manitoba	Sans régime fondé sur l'âge						
Ontario	Programme de médicaments de l'Ontario	Résidents de la province de plus de 65 ans	X	2 \$ par ordonnance si le revenu est <16 018 \$ (personne seule), <24 175 \$ (couple) Autrement, max. de 6,11 \$ par ordonnance	X	0 \$ si le revenu < 16 018 \$ (personne seule), <24 175 \$ (couple) Autrement, 100 \$	S.O.
Québec	Régime public d'assurance-médicaments	Résidents de la province de plus de 65 ans non admissibles à l'assurance privée	De 0 à 607 \$ par année selon le revenu	X	Après franchise, 34 % du coût des ordonnances	18 \$ par mois	Par mois : 85,75 \$ Par année : 1 029 \$
Terre-Neuve-et-Labrador	65 Plus Plan	Résidents de la province de plus de 65 ans qui reçoivent la SV et le SRG	X	Max. de 6 \$ de frais d'exécution par ordonnance	X	X	X
Nouvelle-Écosse	Seniors' Pharmacare	Résidents de la province de plus de 65 ans	De 0 à 424 \$ par année selon le revenu	X	30 % du coût des ordonnances	X	Plafond annuel incluant la prime et les contributions de 382 à 806 \$, selon le revenu
Nouveau-Brunswick	Régimes de médicaments du Nouveau-	Résidents de la province de plus de 65 ans qui	X	Bénéficiaire du SRG : Max 9,05 \$ par ordonnance	X	X	Par année pour les bénéficiaires du SRG : 500 \$

	Brunswick pour les aînés	reçoivent le SRG ou y sont admissibles		Autrement 15 \$ par ordonnance			Autrement, aucun max.
	Programme de soins de santé pour les aînés de Croix Bleue Medavie	Résidents de la province de plus de 65 ans non admissibles au Régime de médicaments du N.-B. pour les aînés et qui n'ont pas d'assurance privée	115 \$ par mois	Jusqu'à 15 \$ par ordonnance	X	X	X
Île-du-Prince-Édouard	Soutien en matière d'aide financière pour médicaments	Résidents de la province de plus de 65 ans	X	Max. de 8,25 \$ par ordonnance + frais professionnels de pharmacie jusqu'à 7,69 \$	X	X	X
Yukon	Programme d'assurance-médicaments	Résidents du Yukon de plus de 65 ans ou de plus de 60 ans et mariés à une personne de plus de 65 ans	X	X	X	X	S.O.
Territoires du Nord-Ouest	Régime d'assurance-maladie complémentaire pour les personnes âgées	Résidents des T.N.-O. de plus de 60 ans	X	X	X	X	X
Nunavut	Programme de prestations d'assurance-maladie complémentaire	Résidents du Nunavut de plus de 65 ans	Non établi clairement	X	X	Non établi clairement	Non établi clairement

Caractéristiques des régimes publics d'assurance-médicaments pour les personnes à faible revenu/assistés sociaux

	Nom du régime	Admissibilité	Prime	Contribution fixe	Coassurance	Franchise	Max. pour le particulier
Alberta	Alberta Adult/Child Health Benefit	Résidents de la province qui reçoivent le soutien du revenu	X	X	X	X	S.O.
Colombie-Britannique	Pharmacare Plan C	Résidents de la province qui reçoivent le soutien du revenu	X	X	X	X	S.O.
Saskatchewan	Supplementary Health Program	Déterminé par le ministère des Services sociaux	X	Jusqu'à 2 \$ par ordonnance pour les adultes, selon leur statut	X	X	X
Manitoba	Aide à l'emploi et au revenu	Résidents de la province qui reçoivent le soutien du revenu	X	X	X	X	S.O.
Ontario	Programme de médicaments de l'Ontario (PMO)	Résidents de la province de plus de 65 ans	X	2 \$ par ordonnance	X	X	X
Québec	Régime public d'assurance-médicaments	Résidents de la province qui reçoivent de 94 à 100 % du SRG	X	X	X	X	X
Terre-Neuve-et-Labrador	Foundation Plan	Résidents de la province qui reçoivent le soutien du revenu	X	X	X	X	S.O.
	Access Plan	Personnes et familles à faible revenu	X	X	De 20 à 70 % du total du coût des ordonnances, selon le revenu	X	X
Nouvelle-Écosse	Pharmacare Benefits	Personnes et familles à faible revenu	X	5 \$ par ordonnance	X	X	X
Nouveau-Brunswick	Plan E (Résidents adultes d'établissements résidentiels)	Résidents du N.-B. pensionnaires d'un établissement résidentiel autorisé pour adultes	Non établi clairement	4 \$ par ordonnance	X	Non établi clairement	250 \$ par année

	autorisés pour adultes)						
	Plan F (Clients du ministère du Développement social)	Résidents du N.-B. qui détiennent une carte valide d'assistance médicale délivrée par le ministère du Développement social	Non établi clairement	4 \$ par ordonnance pour les adultes >18 ans et 2 \$ pour les enfants <18 ans	X	Non établi clairement	250 \$ par unité familiale par année
	Plan G (Enfants pris en charge par le ministère du Développement social et enfants ayant des besoins spéciaux)	Enfants pris en charge par le ministère du Développement social	X	X	X	X	S.O.
Île-du-Prince-Édouard	Financial Assistance Drug Program	Résidents de la province aux termes de la <i>Social Assistance Act</i>	X	X	X	X	S.O.
	Family Health Benefit Drug Program	Familles à faible revenu ayant au moins un enfant <18 ans	X	Frais professionnels de pharmacie	Selon le revenu	X	X
Yukon	/	/	/	/	/	/	/
Territoires du Nord-Ouest	/	/	/	/	/	/	/
Nunavut	/	/	/	/	/	/	/

Source : Santé Canada¹¹⁸

Notes

1. Pour calculer le taux de croissance moyen à partir de données recueillies sur 10 ans, soit de 2004 à 2014, le DPB s'est appuyé sur les données provenant de : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales en santé, 1975 à 2016 : tableaux de données*, Ottawa (Ontario), ICIS, 2016, https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex-trends-narrative-report_2016_fr.pdf.
2. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, *Compas Rx, 3^e Édition : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments, 2015-2016*, mai 2017, http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/CMFiles/NPDUIS/NPDUIS_CompasRx_2015-2016_f.pdf.
3. 590 \$ millions de dollars corrigés en fonction de l'inflation d'après le taux projeté de croissance annuelle de l'inflation. Source du montant nominal : Gagnon, Marc-André, « Pharmacare and Federal Drug Expenditures: A Prescription for Change » dans *How Ottawa Spends, 2012-2013*, McGill-Queen's University Press, 2012, p. 161-171. Source des projections du taux de croissance de l'inflation : DPB, *Perspectives économiques et financières, avril 2017*, avril 2017, http://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/2017/EFO%20April%202017/EFO_MAY2017_FR.pdf.
4. Morgan, Steven G., Michael Law, Jamie R. Daw, Liza Abraham et Danielle Martin, « Estimated cost of universal public coverage of prescription drugs in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne (JAMC)*, vol. 187, n^o 7, 2015, p. 491-497, <http://www.cmaj.ca/content/early/2015/03/16/cmaj.141564> [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
5. Cela n'occasionnera pas forcément d'économie si, à la table des négociations, les syndicats de fonctionnaires compensent, par exemple, la perte de certains avantages sociaux. Source : PDCI Market Access Inc., *Pharmacare Costing In Canada, Preliminary Report: Assessment of a National Pharmacare Model Cost Estimate Study*, commandé par l'Association des pharmaciens du Canada, le 19 janvier 2016, <http://www.pdci.ca/wp-content/uploads/2016/01/Pharmacare-Preliminary-Report-PDCI-January-2016.pdf> [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
6. Le coût des médicaments d'exception pour les patients devrait également diminuer pour s'établir entre 0 et 5 \$, selon le niveau d'admissibilité à une exemption de contribution. Cependant, cette dimension n'a pas été retenue dans le calcul.
7. Santé Canada, *Base de données sur les produits pharmaceutiques (BDPP)*, 2017, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/base-donnees-produits-pharmaceutiques.html>.

8. Les données du SNIUMP de l'ICIS que le DPB a consultées excluaient toutefois aussi certains médicaments à coût élevé et à faible volume pour des raisons de protection de la vie privée et de comparabilité des données.
9. Les médicaments de marque incluent les médicaments brevetés et ceux dont le brevet est expiré.
10. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, page *Web Similitudes et différences entre les médicaments de marque déposée et les médicaments génériques*, dernière mise à jour le 17 juillet 2015, page consultée le 16 juin 2017, <https://www.cadth.ca/fr/medicaments-generiques/similitudes-et-differences-entre-medicaments-de-marque-deposee-et-medicaments-generiques>.
11. Ces populations incluent les Premières Nations et les Inuits, les anciens combattants, les membres des forces armées, les membres de la Gendarmerie royale du Canada, et les détenus dans les pénitenciers fédéraux. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/produits-pharmaceutiques/acces-canadiens-regime-assurance-medicaments-ordonnance/programmes-publics-assurance-medicaments-gouvernement-federal.html>.
12. Santé Canada, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/feuillet-information/comment-medicaments-sont-examines-canada.html>, page consultée le 20 mai 2017.
13. Santé Canada, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/avis-conformite.html>, page consultée le 20 mai 2017; <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/feuillet-information/comment-medicaments-sont-examines-canada.html>, page consultée le 20 mai 2017.
14. Au Registre des brevets figurent aussi des brevets qui ont été supprimés par Santé Canada après le 1^{er} janvier 2010. Les demandes de la liste des brevets supprimés avant cette date doivent être adressées au Bureau des médicaments brevetés et de la liaison (BMBL). <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/registre-brevets/foire-questions.html>, page consultée le 20 mai 2017.
15. Un fabricant peut aussi présenter une allégation justifiant une entrée immédiate sur le marché qui peut être acceptée par l'innovateur ou maintenue par le tribunal. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/pubs/drug-medic/patmrep_mbrevrapp-fra.php.
16. L'Accord économique et commercial global (AECG) récemment adopté entre le Canada et l'Union européenne prolongera certains brevets pour une période allant jusqu'à deux ans au moyen de l'émission de certificats de protection supplémentaire. *Projet de loi C-30, Loi de mise en œuvre de l'Accord économique et commercial global entre le Canada et l'Union européenne* [sanction royale reçue le 16 mai 2017], <http://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/42-1/projet-loi/C-30/sanction-royale>.

17. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés se fonde sur les facteurs énumérés dans la *Loi sur les brevets* pour publier une série de consignes non obligatoires (le *Compendium des politiques, des lignes directrices et des procédures*) visant à faire connaître aux titulaires de brevets les politiques, lignes directrices et procédures utilisées par le personnel du Conseil pour évaluer le prix des produits médicamenteux brevetés vendus au Canada. Il précise aussi les recours offerts dans le cas de médicaments dont les prix au Canada sont excessifs. Hyperlien suivant; <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=492>.
18. Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés, *Compendium des politiques, des Lignes directrices et des procédures*, février 2017, page consultée le 12 mai 2017, <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/fr/l%C3%A9gislation/-compendium-des-politiques,-des-lignes-directrices-et-des-proc%C3%A9dures>.
19. Santé Canada, *Programmes publics d'assurance-médicaments du gouvernement fédéral*, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/produits-pharmaceutiques/acces-canadiens-regime-assurance-medicaments-ordonnance/programmes-publics-assurance-medicaments-gouvernement-federal.html>, mis à jour le 19 juillet 2005, page consultée le 30 juillet 2017; Gouvernement du Canada, Immigration et Citoyenneté, soins de santé, <http://www.cic.gc.ca/francais/refugies/exterieur/resume-pfsi.asp>, mise à jour le 17 juillet 2017, page consultée le 30 juillet 2017.
20. Agence du revenu du Canada, *Rajustement de montants en fonction de l'indexation pour l'impôt des particuliers et les prestations*, dernière mise à jour le 7 mars 2017, <http://www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvdl/fq/ndxtn-fra.html>.
21. Agence du revenu du Canada, *Ligne 452 – Supplément remboursable pour frais médicaux*, dernière mise à jour le 4 janvier 2017, <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/impot/particuliers/sujets/tout-votre-declaration-revenus/declaration-revenus/remplir-declaration-revenus/deductions-credits-depenses/ligne-452-supplement-remboursable-frais-medicaux.html>, page consultée le 10 juin 2017.
22. Ministère des Finances du Canada, *Rapport sur les dépenses fiscales fédérales : Concepts, estimations et évaluations 2017*, <https://www.fin.gc.ca/taxexp-depfisc/2017/taxexp1702-fra.asp>.
Malheureusement, on ne précise pas la proportion du montant demandé au titre de chaque crédit d'impôt ou des avantages obtenus dans le cadre de régimes d'assurance-maladie parrainés par l'employeur qui a trait aux dépenses en médicaments. Il convient également de signaler que le traitement fiscal des avantages obtenus dans le cadre d'un régime d'assurance-maladie parrainé par l'employeur réduit aussi le revenu imposable calculé aux fins de l'impôt provincial sur le revenu.
23. 590 \$ millions de dollars corrigés en fonction de l'inflation d'après le taux projeté de croissance annuelle de l'inflation. Source du montant nominal : Gagnon, Marc-André, « Pharmacare and Federal Drug Expenditures: A Prescription for Change » dans *How Ottawa Spends, 2012-2013*, McGill-Queen's University Press, 2012, p. 161-171. Source des projections du taux de croissance de l'inflation : DPB, *Perspectives économiques et*

financières, avril 2017, avril 2017, http://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/2017/EFO%20April%202017/EFO_MAY2017_FR.pdf.

24. Souvent, les médicaments sont désignés comme étant restreints parce qu'ils coûtent cher, mais ils peuvent représenter la seule option offerte à certains patients qui ont épuisé toutes les autres pistes de solutions.
25. Page Web de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, <https://www.cadth.ca/fr/a-propos-de-acmts/nous-faisons/produits-et-services>, page consultée le 20 mai 2017.
26. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, <https://www.inesss.qc.ca/accueil.html>, page consultée le 20 mai 2017.
27. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés a fourni au DPB des calculs personnalisés effectués à l'aide des données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits et de l'Institut canadien d'information sur la santé.
28. Institut canadien d'information sur la santé, *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2016 : regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments*, Ottawa (Ontario), ICIS, 2016.
29. ACMTS, *Processus décisionnel lié à l'utilisation des médicaments en milieu hospitalier : Analyse de l'environnement*, numéro 47, mars 2015, <https://www.cadth.ca/fr/processus-decisionnel-lie-lutilisation-des-medicaments-en-milieu-hospitalier>.
30. Lapointe-Shaw, Lauren, Hadas D. Fischer, Alice Newman, Ava John-Baptiste, Geoffrey M. Anderson, Paula A. Rochon et Chaim M. Bell, « Potential savings of harmonising hospital and community formularies for chronic disease medications initiated in hospital », *PLOS ONE*, vol. 7, n° 6, 2012, e39737, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039737> [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
31. Chua, Dason, Eric Chu, Angela Lo, Melissa Lo, Fruzina Pataky, Linda Tang et Ajay Bains, « Effect of misalignment between hospital and provincial formularies on medication discrepancies at discharge: PPITS (proton pump inhibitor therapeutic substitution) study », *Journal canadien de la pharmacie hospitalière*, vol. 65, n° 2, 2012 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
32. Par exemple, la Croix bleue ou l'Assurance-santé personnelle de la Financière SunLife.
33. À l'exclusion des personnes ayant souscrit à des régimes d'assurance-maladie complémentaire, qui peuvent inclure les dépenses en médicaments, les frais hospitaliers supplémentaires et l'assurance-maladie en voyage. Peut aussi refléter un compte en double des bénéficiaires admissibles si, par exemple, les deux conjoints ont une protection pour eux-mêmes et pour leur conjoint.
34. Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, *Faits sur les assurances de personnes au Canada – 2015*.
35. Services d'intelligence d'affaires en santé de TELUS, *The Current State of Private Drug Plans and Issues for Future Sustainability*, préparé pour Santé

- Canada, Bureau des stratégies de gestion des produits pharmaceutiques, 30 octobre 2013 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
36. Services d'intelligence d'affaires en santé de TELUS, *The Current State of Private Drug Plans and Issues for Future Sustainability*, préparé pour Santé Canada, Bureau des stratégies de gestion des produits pharmaceutiques, 30 octobre 2013 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
37. Express Scripts Canada, *Rapport de 2015 sur les tendances en matière de médicaments*.
38. Express Scripts Canada, *Rapport de 2016 sur les tendances en matière de médicaments*, http://fr.express-scripts.ca/sites/default/files/Les_tendances_en_matiere_de_medicaments_Sommaire_2016_WEB.pdf.
39. *Ibid.*
40. Crowe, Kelly, CBC News, « Drug companies using doctors, discount cards to skirt generic substitutions », affiché le 22 avril 2010, page consultée le 1^{er} août 2017, <http://www.cbc.ca/news/health/drug-companies-using-doctors-discount-cards-to-skirt-generic-substitutions-1.3042773> [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
41. Site Web Innovicares, <https://www.innovicares.ca/fr#whats-covered>, page consultée le 1^{er} août 2017.
42. Issue de la fusion de Quintiles et d'IMS Health, la société QuintilesIMS compte environ 50 000 employés à l'échelle mondiale, y compris les quelque 350 personnes qui travaillent au Canada. L'Unité en place au Canada fournit soutien et renseignements aux clients du secteur pharmaceutique tout au long du cycle de vie des produits structuré sous quatre secteurs d'activité. C'est auprès de cette Unité que le DPB a obtenu ses données.
43. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2016*, Ottawa (Ontario), ICIS, 2016, https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex-methodological-notes_2016_fr.pdf.
44. L'Enquête sur les dépenses des ménages exclut les populations suivantes : les personnes qui habitent dans des réserves indiennes et des terres publiques, les représentants officiels des pays étrangers qui vivent au Canada et leurs familles, les membres des communautés religieuses et autres communautés, les membres des Forces canadiennes qui habitent dans des camps militaires et les personnes qui vivent dans des résidences pour personnes âgées, de même que les personnes qui vivent à temps plein dans des établissements.
45. Sanmartin Claudia, Deirdre Hennessy, Yuqian Lu et Michael Robert Law, *Tendances des frais de soins de santé non remboursés au Canada, selon le revenu du ménage, de 1997 à 2009*, Rapports sur la santé, Statistique Canada, vol. 25, n° 4, n° 82-003-X au catalogue, 2017, p. 13-17 <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2014004/article/11924-fra.htm>.
46. Santé Canada, *Les Canadiens et les Canadiennes en santé - Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2010*, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins->

[sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canadiens-canadiennes-sante-rapport-federal-indicateurs-comparables-sante-2010.html](http://sante.rapports-publications.regime-soins-sante.canadiens-canadiennes-sante-rapport-federal-indicateurs-comparables-sante-2010.html).

47. En 2010, l'Enquête sur les dépenses des ménages a utilisé une nouvelle méthodologie aux fins de la collecte des renseignements sur les dépenses des ménages. Statistique Canada, Enquête sur les dépenses des ménages (EDM), page Web résumant les changements, page consultée le 27 juin 2017, http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getMainChange&Id=192713, dernière mise à jour le 26 janvier 2017.
48. Les quintiles de revenus du ménage avant impôt ont été établis par Statistique Canada de la façon suivante : « Les groupes de revenu sont obtenus par le classement des ménages répondants de l'entrevue en ordre ascendant du revenu total des ménages avant impôt, et par la répartition subséquente des ménages en cinq groupes de tailles semblables ». L'information sur les fourchettes de revenu dans chacun des quintiles de revenu des ménages qui est inscrite dans l'Enquête sur les dépenses des ménages n'était pas publique, selon ce qu'en savent les auteurs.
49. La classification ATC utilisée en particulier aux fins des données est mise au point et tenue à jour par l'Association européenne pour l'étude du marché pharmaceutique (EphMRA), qui peut différer de la classification mise au point par l'Organisation mondiale de la santé. Afin d'expliquer les différences entre les deux classifications, l'EphMRA a rédigé un document qui se trouve à l'adresse suivante : http://www.ephmra.org/user_uploads/who-atc%202013%20final.pdf [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]. Suivant la classification de l'EphMRA, les médicaments peuvent être classés dans plus d'une classification ATC.
50. *Loi constitutionnelle de 1867*, <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/const/TexteCompleet.html>.
51. Santé Canada, Rapports et Publications – Page Web sur le système des soins de santé du Canada, dernière mise à jour le 9 octobre 2012, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>, page consultée le 20 mai 2017.
52. *Loi canadienne sur la santé*, <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/TexteCompleet.html>.
53. *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/F-8/>.
54. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2016 : tableaux de données*, Ottawa (Ontario), ICIS, 2016.
55. Ministère des Finances du Canada, Soutien fédéral aux provinces et aux territoires, dernière mise à jour le 2 février 2017, page consultée le 10 juin 2017, <https://www.fin.gc.ca/fedprov/mtp-fra.asp>.
56. Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, lettre à la ministre de la Santé, l'honorable Rona Ambrose, *CLHIA expresses concerns to Federal Health Minister about costs of a national pharmacare program*, datée du 22 septembre 2015,

- https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/clhia_lp4w_Ind_webstation.nsf/page/5CEC3F8A27207E4E85257ED200643C4C [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
57. Fraser Group/Tristat Resources, *L'assurance-médicaments au Canada : Protection contre les frais élevés*, 2002, p. 55, consultée le 15 avril 2015, https://frasergroup.com/downloads/severe_drug_f.pdf.
- Également cité par Kratzer, Jillian, Lucy Cheng, Sara Allin et Michael R. Law, « The impact of private insurance coverage on prescription drug use in Ontario, Canada », *Healthcare Policy*, vol. 10, n° 4, 2015, p. 62 <http://www.longwoods.com/content/24212> [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
58. Sanmartin, Claudia, Deirdre Hennessy, Yuqian Lu et Michael Robert Law, *Tendances des frais de soins de santé non remboursés au Canada, selon le revenu du ménage, de 1997 à 2009*, Rapports sur la santé, vol. 25, n° 4, 2014, p. 13.
59. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2016 : tableaux de données*, Ottawa (Ontario), ICIS, 2016. L'année 2014 est la plus récente pour laquelle le total des médicaments prescrits est connu.
60. Law, Michael R., Lucy Cheng, Irfan A. Dhalla, Deborah Heard et Steven G. Morgan, « The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 184, n° 3, 2012, p. 297-302, <http://www.cmaj.ca/content/184/3/297.full#T1> [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
61. Hennessy, D., Sanmartin, C., Ronksley, P. Weaver, R., Campbell, D., Manns, B., Tonelli, M. et Hemmelgarn, B., *Dépenses non remboursées en médicaments et produits pharmaceutiques et non-respect des prescriptions lié aux coûts chez les Canadiens ayant une maladie chronique*, Statistique Canada, 2016, <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2016006/article/14634-fra.htm>.
62. Rapport annuel de 2015 du CEPMB; Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits. Il convient de signaler que la source de données citée était la base de données MIDAS™, 2005-2015, IMS AG. Tous droits réservés, http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/CMFiles/Publications/Annual%20Reports/2015/2015_Annual_Report_Final_FR.pdf.
63. PDCI Market Access Inc. et H3 Consulting, *Private Payer Product Listing Agreements in Canada; Second Joint Industry/Payer Survey*, novembre 2016, page consultée le 13 mai 2017, <http://www.pdci.ca/resources/publications/> [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
64. Bureau de la concurrence du Canada, *Étude du secteur canadien des médicaments génériques*, 2007, <http://www.bureaudelaconcurrence.gc.ca/eic/site/cb-bc.nsf/fra/02495.html>.
65. Grootendorst, P., M. Rocchi et H. Segal, *An Economic Analysis of the Impact of Reductions in Generic Drug Rebates on Community Pharmacy in Canada*, Toronto, Leslie Dan Faculty of Pharmacy, University of Toronto, 2008 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
66. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, *Ensuring Better Value for Money*, page consultée le 10 juin 2017, dernière modification

- le 14 janvier 2013,
http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/plan_reform_ods/ensuring.aspx [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
67. Article de CBC News par Dean Beeby, *Revenue Canada probe of pharmacies finds \$58M in hidden income*, affiché le 7 juillet 2016, dernière mise à jour le 7 juillet 2016, page consultée le 10 juin 2017,
<http://www.cbc.ca/news/politics/generic-drugs-pharmacies-canada-revenue-agency-tax-penalties-1.3667050> [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
68. Gagnon, M. A., *A roadmap to a rational pharmacare policy in Canada*, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers, 2014 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
69. Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, lettre à la ministre de la Santé, l'honorable Rona Ambrose, *CLHIA expresses concerns to Federal Health Minister about costs of a national pharmacare program*, datée du 22 septembre 2015,
https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/clhia_lp4w_lnd_webstation.nsf/page/5CEC3F8A27207E4E85257ED200643C4C [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
70. Law, M., Cheng, L., Dhalla, I., Heard, D., Morgan, S., « The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 184, n° 3 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
71. Morgan, S., and Boothe, K., « Universal prescription drug coverage in Canada: Long-promised yet undelivered », *Healthcare Management Forum*, vol. 29, n° 6, novembre 2016, p. 247–254,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5094297/> [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
72. Hennessy, D., Sanmartin, C., Ronksley, P., Weaver, R., Campbell, D., Manns, B., Tonelli, M. et Hemmelgarn, B., *Dépenses non remboursées en médicaments et produits pharmaceutiques et non-respect des prescriptions lié aux coûts chez les Canadiens ayant une maladie chronique*, Statistique Canada, 2016,
<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2016006/article/14634-fra.pdf>.
73. Morgan, S., Law, M., Daw, J., Abraham, L. et Martin, D., « Estimated cost of universal public coverage of prescription drugs in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, avril 2015,
<http://www.cmaj.ca/content/184/3/297.full> [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
74. Ce montant n'inclut pas les primes d'assurance.
75. Contoyannis, P., Hurley, J., Grootendorst, P., Jeon, S. et Tamblyn, R., « Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non-linear price schedules: an illustration from Quebec, Canada », *Health Economics*, vol. 14, n° 9, 2005 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
76. On estime habituellement l'élasticité à partir de la variation des prix pour les aînés, car ils se soucient plus ou moins des prix par rapport au reste de la population canadienne. Les valeurs présentées ici comprennent le prix que Contoyannis et ses collègues ont estimé à partir de la variation relativement mineure des prix pour les aînés du Québec, en 1998. Toutefois, les valeurs d'élasticité internationales de la demande par rapport au prix des médicaments, chez les personnes en âge de travailler, sont parfois plus

élevées. Ne disposant pas de valeurs estimées pour l'ensemble de la population canadienne, le DPB a choisi le même groupe d'âge que celui de Contoyannis et coll. (qui correspond bien aux estimations présentées dans d'autres études menées au Canada). Sources : Contoyannis, P., Hurley, J., Grootendorst, P., Jeon, S. et Tamblyn, R., « Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non-linear price schedules: an illustration from Quebec, Canada », *Health Economics*, vol. 14, 2005 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]; Li X, Guh D, Lacaille D, Esdaile J, Ais AH, « The impact of cost sharing of prescription drug expenditures on health care utilization by the elderly : own-and cross-price elasticities », *Health Policy*, vol. 82, n° 3, août 2007, p. 340-347 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]; Résultats de Grootendorst PV et coll. résumés et cités par Michael Law, dans « Assessing Cost-related Non-adherence to Prescription Drugs in Canada – A report prepared for Health Canada ». Obtenu à la suite d'une demande d'accès à l'information auprès de Santé Canada (IR0261).

77. Ces données classent les médicaments biosimilaires dans la même catégorie que les médicaments biologiques.
78. On trouvera la liste complète des catégories désignées pour l'exemption de contributions au R.-U. à l'adresse suivante : <http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/Prescriptioncosts.aspx> [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
79. Certains régimes publics remboursent aux patients la valeur de la version générique de leur médicament de marque soit sur demande, soit lorsque leur médecin ajoute la mention « Aucune substitution ». Les médecins ajoutent souvent cette mention dans le cas de patients réagissant mal au médicament générique, mais pas au médicament de marque. Ces régimes remboursent souvent le prix du générique pour accéder aux préférences des patients et non pour des raisons médicales. D'autres régimes ne remboursent que le médicament générique, même si les médecins ajoutent la mention « Aucune substitution ». Ils prévoient toutefois une disposition de compassion en vertu de laquelle le plein prix du médicament de marque est remboursé aux patients chez lesquels la version générique produit de graves effets secondaires.
80. Depuis le 1^{er} octobre 2015, le Québec oblige les régimes privés à imposer la substitution par des génériques. Les données sur les régimes privés présentent donc une moyenne pondérée des effets de la substitution par des génériques. Source : *Projet de loi n° 28 : Loi concernant principalement la mise en œuvre de certaines dispositions du discours sur le budget du 4 juin 2014 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2015-2016*. Date de la sanction : 21 avril 2015, 41^e législature, 1^e session, <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-28-41-1.html>.

Le CEPMB cite aussi un article selon lequel un nombre croissant de régimes privés exigent la substitution générique : Lynas, K. 2012, « Private Insurers Implementing Policies Making Generic Substitution Mandatory », *Revue des pharmaciens du Canada*, Ottawa, vol. 145, n° 6, novembre 2012, p. 245, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3567597/> (consulté le 20 mai 2017), doi: 10.3821/145.6.cpj245 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

81. Il arrive que des médicaments brevetés rivalisent avec des médicaments de marque qui n'ont pas de version générique. On peut parfois effectuer la substitution, mais quoi qu'il en soit, les données tiennent compte de ces valeurs.
82. Ces provinces et ces programmes comprennent : l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard, ainsi que la Liste des médicaments des Services de santé non assurés de Santé Canada.
83. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. *Compas Rx : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments*, diverses années de publication.
84. Comme les AAD et les médicaments biologiques sont très onéreux, le pourcentage du coût total de l'ordonnance comprenant les frais d'exécution d'ordonnance et les marges bénéficiaires est beaucoup moins élevé que celui des médicaments courants. Par exemple, les frais d'exécution d'ordonnance et les marges bénéficiaires des médicaments Harvoni et Sovaldi constituent 4,2 % du coût total de l'ordonnance. Le DPB présume que ces médicaments ne provoquent aucune réaction comportementale.
85. Les tranches d'âge de l'ensemble de données employé par le DPB étaient les suivantes : 19 à 25 ans; 26 à 29 ans; 30 à 34 ans; 35 à 39 ans; 40 à 44 ans; 45 à 49 ans; 50 à 54 ans; 55 à 59 ans; 60 à 64 ans.
86. Smolina, K., Morgan, S., « The Drivers of Overspending on Prescription Drugs in Quebec », *Healthcare Policy*, vol. 10, n° 2, 2014, p. 19-26 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
87. Comme le font remarquer Smolina et Morgan (2014), les caractéristiques de la consommation de médicaments d'ordonnance au Québec sont différentes de celles du reste du Canada. Ces différences sont en partie traduites par les pondérations démographiques employées par le DPB (à savoir que les différents groupes d'âge consomment différents types de médicaments). Cela dit, comme on l'a vu, les différences culturelles ou administratives propres au Québec en matière d'ordonnance par rapport au reste du pays ne sont pas prises en compte dans ce calcul. Par conséquent, l'effet comportemental estimatif effectif pourrait être supérieur ou inférieur.
88. Les prévisions de QI quant au nombre de patients sont établies à l'aide d'un cadre de factorisation à étapes multiples qui tire parti de différents types de données QI, comme les bases de données pluriannuelles nationales ainsi que les données anonymes sur les médicaments d'ordonnance et les opérations relatives aux transactions effectuées par les patients. Le cadre se sert également du service de surveillance géographique des prescriptions comme d'un étalon de référence afin de dresser un portrait complet et solide du volume total des médicaments sous ordonnance vendus dans les pharmacies de détail du Canada. Le cadre de prévision du nombre de patients permet d'évaluer le nombre de patients qui possèdent un ensemble de caractéristiques défini. La création et la conservation de la classification anatomique thérapeutique propre à l'analyse de ces données relèvent de l'Association européenne pour l'étude du marché pharmaceutique. Cette classification est différente de la classification établie par l'Organisation mondiale de la santé. L'Association européenne pour l'étude du marché

pharmaceutique a rédigé un document expliquant la différence entre les deux classifications, que l'on peut consulter au http://www.ephmra.org/user_uploads/who-atc%202013%20final.pdf [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]. Selon la classification utilisée par l'Association européenne pour l'étude du marché pharmaceutique, un médicament peut se trouver dans plus d'une classification anatomique thérapeutique.

89. Institut canadien d'information sur la santé, Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, document reçu le 30 mars 2017.
90. Certaines provinces acceptent les assurances-médicaments extérieures : http://www.health.gov.nl.ca/health/prescription/covered_outofprovince.html; <https://www.saskatchewan.ca/residents/health/prescription-drug-plans-and-health-coverage/health-benefits-coverage/out-of-province-and-out-of-canada-coverage#out-of-province-services-in-canada>; <https://www.insurancehotline.com/travel-and-your-provincial-health-plan/> [DISPONIBLES EN ANGLAIS SEULEMENT].
91. Le régime d'assurance-médicaments du Manitoba ne rembourse pas les marges bénéficiaires.
92. Ce document : http://www.springer.com/cda/content/document/cda_downloaddocument/9783319121680-c2.pdf?SGWID=0-0-45-1489884-p177022475 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]; Bureau de la concurrence, *Étude du secteur canadien des médicaments génériques*, 2007, p. 58.
93. Projections démographiques annuelles selon l'âge et le sexe du 1^{er} juillet 2016 à 2100, Canada, provinces et territoires. Hypothèse d'une croissance moyenne : projection spéciale jusqu'en 2100. Document produit par Statistique Canada à l'intention du DPB.
94. Un aperçu du certificat d'exemption pour maternité du service de santé national du Royaume-Uni est présenté ici : <http://www.nhsbsa.nhs.uk/1039.aspx> [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
95. Les femmes dont l'enfant est mort-né (enfant né sans vie après 24 semaines complètes de grossesse) peuvent continuer à utiliser l'exemption. Les femmes ayant fait une fausse couche (enfant né sans vie entre 14 et 24 semaines de grossesse) doivent rembourser l'exemption.
96. Statistique Canada, tableau CANSIM 1024516, <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?jsessionid=9602CDFC149A63F0865467039C67B230?lang=fra&id=1024516&retrLang=fra>.
97. Smolina, K., Hanley, G., Mintzes, B., Oberlander, T., Morgan, S., « Trends and Determinants of Prescription Drug Use during Pregnancy and Postpartum in British Columbia, 2002-2011: A Population-Based Cohort Study », *PLOS ONE*, vol. 10, n° 5, 2015 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
98. Communications personnelles avec le docteur K. Smolina au sujet des dispenses accordées aux nouvelles mères de la Colombie-Britannique en 2011.

99. Emploi et Développement social Canada, *Rapport de contrôle et d'évaluation de l'assurance-emploi 2014-2015*, <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/assurance-emploi/ae-liste/rapports/controle2015.html>.
100. Institut canadien d'information sur la santé, *Dépenses en médicaments prescrits au Canada*, 2014, https://secure.cihi.ca/free_products/Prescribed%20Drug%20Spending%20in%20Canada_2014_FR.pdf.
101. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, *Compas Rx : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments*, diverses années de publication.
102. Le sofosbuvir se trouve dans la liste des médicaments de la RAMQ et représentait environ 20 % des dépenses publiques en médicaments de marque (nettes de frais) et environ 5 % du total des dépenses, selon les calculs du DPB effectués à partir des données d'IMS.
103. À titre de comparaison, le coût des médicaments courants par ordonnance (c'est-à-dire les médicaments autres que les médicaments biologiques et les AAD) a augmenté de 1,7 % dans les régimes d'assurance-médicaments privés au Canada. Voir Express Scripts, *Express Scripts Canada: Drug Trend Report 2016*, 2016, p. 22 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
104. Express Scripts Canada analyse l'évolution du coût des médicaments dans les régimes d'assurance privés. L'évolution annuelle devrait être semblable à ce qui se passe dans les régimes publics puisque le pourcentage de médicaments biologiques dans le total des dépenses est, selon nos données, à peu près le même dans les régimes d'assurance publics (20,5 %) et dans les régimes d'assurance privés (20,0 %). Quant au pourcentage des médicaments de marque dans le total des dépenses, il est, selon nos données, plus élevé dans les régimes privés (49,6 %) que dans les régimes publics (43,3 %).
105. Selon Express Scripts, le coût d'ordonnance des antiviraux à action directe (AAD) destinés à traiter l'hépatite C diminuera en raison des ententes relatives à l'inscription des produits conclues par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, mais aussi en raison de la diminution du nombre de personnes touchées par la maladie. Par ailleurs, on a constaté une augmentation importante de la consommation d'AAD pour traiter l'hépatite C au début de 2015 parce que ces médicaments ont été ajoutés à la liste des médicaments dans certaines provinces. Express Scripts a enregistré une variation annuelle de -63,3 % en 2016 concernant les AAD. Le coût d'ordonnance de médicaments biologiques comme ceux-là pour le traitement de troubles inflammatoires devrait augmenter en raison de l'approbation d'un nouveau médicament biologique contenant la molécule ixekizumab, de la lenteur d'adoption de médicaments biosimilaires et du coût plus élevé de ces derniers comparativement aux médicaments de marque correspondants. Par exemple, le médicament biosimilaire correspondant à l'infliximab coûte 53 % au prix du médicament de marque correspondant. Selon les données d'Express Scripts, en 2016, la variation annuelle enregistrée pour les médicaments biologiques traitant les troubles inflammatoires, qui était la catégorie de médicaments donnant lieu aux dépenses les plus importantes en 2016, a été de 11,7 %.

106. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, *Compas Rx : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments*, 3^e édition, 2017.
107. DPB, *Perspectives économiques et financières, avril 2017*, 2017, http://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/2017/EFO%20April%202017/EFO_MAY2017_FR.pdf.
108. Better Pharmacare Coalition, page *Web Reference Based Pricing*, dernière mise à jour le (date inconnue), <http://www.betterpharmacare.com/issues-cost-pricing.cfm>, page consultée le 20 mai 2017 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
109. Lexchin J., *Drug pricing in Canada*, dans Babar ZUD (dir.), *Pharmaceutical prices in the 21st century*, Cham (Suisse), Springer International Publishing AG, 2015, p. 25-41 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
110. Institut canadien d'information sur la santé, *Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits : Document d'information sur les régimes*, Ottawa (Ontario), ICIS, 15 juillet 2016, https://secure.cihi.ca/free_products/NPDUIS_PlanInformationComparison2016_FR.pdf.
111. Forcier, Mélanie Bourassa et François Noël, « Product listing agreements (PLAs): a new tool for reaching Québec's pharmaceutical policy objectives? », *Healthcare Policy*, vol. 9, n° 1, 2013, p. 65, <http://www.longwoods.com/content/23477> [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
112. Morgan et coll., « Use of Product Listing Agreements by Canadian Provincial Drug Benefit Plan », *Healthcare Policy*, volume 8, numéro 4, mai 2013, <http://www.longwoods.com/content/23376> [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
113. Bureau de la concurrence du Canada, *Étude du secteur canadien des médicaments génériques*, 2007.
114. Gouvernement de la Saskatchewan, *About the Saskatchewan Formulary*, page Web, dernière mise à jour le (date inconnue), <http://formulary.drugplan.ehealthsask.ca/About.aspx>, page consultée le 20 mai 2017 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
115. La Presse canadienne, « Generic drug deal to save Québec more than \$300 million yearly: Barrette », publié le 17 juillet 2017, page consultée le 3 août 2017, <http://www.ctvnews.ca/health/generic-drug-deal-to-save-Québec-more-than-300-million-yearly-barrette-1.3506064> [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
116. Les Perreux, « Québec expects to save millions with overhaul of generic-drug purchasing process », *The Globe and Mail*, publié le 28 juin 2017, page consultée le 3 août 2017, <https://www.theglobeandmail.com/news/national/Québec-expects-to-save-millions-with-overhaul-of-generic-drug-purchasing-process/article35484903/> [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
117. Régie de l'assurance maladie du Québec, *Liste des médicaments en vigueur*, dernière mise à jour le 1^{er} juin 2017,

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/publications-legales/Pages/liste-medicaments.aspx>.

118. Demande d'information IR0261. Envoyée le 4 octobre 2016,
http://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/files/files/IR/IR0261_HC_HESA_FR.pdf et
http://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/files/files/IR/IR0261_HC_HESA_EN.pdf