



MÉDICAMENTS
NOVATEURS
CANADA

RAPPORT 2025 SUR LES GÉNÉRATEURS DE COÛTS

Analyse des tendances relatives aux réclamations auprès des
régimes privés d'assurance médicaments au Canada





AUTEURS

Regina Lisi, Médicaments novateurs Canada

Alexandru Dobrescu, Médicaments novateurs Canada

Joe Farago, Médicaments novateurs Canada

Citation suggérée :

Rapport 2025 sur les générateurs de coûts de Médicaments novateurs Canada :
Analyse des tendances relatives aux réclamations auprès des régimes privés
d'assurance médicaments au Canada

Les lecteurs peuvent citer tout renseignement contenu dans ce rapport à condition
d'en attribuer la provenance à Médicaments novateurs Canada.



TABLE DES MATIÈRES

Principales conclusions	1
À propos	2
Résumé	3
Croissance globale du coût des réclamations auprès des régimes privés d'assurance médicaments	4
Impact des maladies chroniques	8
Impact des coûts de traitement	10
Croissance en fonction de la classe thérapeutique	12
Impact de l'âge	14
Impact des jours d'approvisionnement	16
Récapitulatif	19
Sources de données et méthodologie	21
Annexe 1 – Croissance par région	22



PRINCIPALES CONCLUSIONS

Coût total et utilisation

- Les coûts totaux des régimes privés d'assurance médicaments ont augmenté de 7,3 % entre 2023 et 2024.
- L'utilisation a augmenté de 4,4 % et a représenté 60 % de la croissance des coûts.
- La croissance de l'utilisation est due à une augmentation de 3,5 % du nombre de réclamants et à une augmentation de 0,9 % du nombre de réclamations par réclamant.
- Le coût par réclamation a représenté 2,8 % de la croissance des coûts des régimes privés d'assurance médicaments.

Traitements pour les maladies chroniques, les maladies non chroniques et le cancer

- Les traitements pour les maladies chroniques ont représenté 72 % des coûts totaux et 68 % de la croissance des coûts.
- Les traitements pour les maladies non chroniques ont vu leur part de la croissance des coûts augmenter (27,8 %) en raison de l'émergence de nouveaux traitements pour la perte de poids.
- Les traitements pour le cancer ont continué à représenter une faible part du nombre total de réclamants, soit 1,0 %, mais ont généré 4,9 % des coûts.

Impact des coûts de traitement

- Les médicaments de moins de 10 000 \$ par an ont représenté 69,1 % des coûts totaux et 66 % de la croissance des coûts.
- Les médicaments dont le coût annuel est compris entre 10 000 \$ et 25 000 \$ ont représenté 33,2 % de la croissance des coûts, en hausse par rapport aux années précédentes, en grande partie en raison des traitements pour la perte de poids.
- Les médicaments à coût élevé (plus de 100 000 \$) ont eu une incidence minime sur la croissance globale des coûts (1,8 %), bien qu'ils restent un sujet de préoccupation pour les petits promoteurs.

Classes thérapeutiques

- Les quatre principales classes thérapeutiques selon les coûts sont les suivantes :
 1. Modificateurs de la réponse biologique
 2. Médicaments antidiabétiques
 3. Médicaments antidépresseurs, antipsychotiques et pour le TDAH
 4. Traitements broncho-pulmonaires
- Des catégories nouvelles, telles que les traitements pour la perte de poids et les autres immunomodulateurs, font maintenant partie des principales contributrices à la croissance des coûts.
- Les médicaments antidiabétiques ont vu leur croissance diminuer de 3,7 %, en partie en raison de l'application de critères d'autorisation préalable renforcés et du recours à d'autres traitements pour la perte de poids.

Tendances liées à l'âge

- Les groupes en âge de travailler (25-64 ans) ont représenté 76,3 % des coûts totaux et 76,5 % de la croissance des coûts.
- La croissance du nombre de réclamants a été la plus forte dans le groupe des moins de 25 ans (5,3 %), bien que le taux de croissance des coûts y soit le plus faible (6,5 %).
- Le groupe des 65 ans et plus a connu une croissance de 4,8 % du nombre de réclamants et a représenté 7,9 % des coûts.



À PROPOS

Au Canada, le système de régimes privés d'assurance médicaments joue un rôle fondamental dans le soutien à la santé et à la productivité de la population et des familles canadiennes. Partie intégrante du système mixte public-privé du pays, les régimes privés d'assurance médicaments offrent un accès plus rapide et plus vaste aux médicaments par rapport aux régimes publics, ce qui procure un avantage inestimable aux membres aux prises avec des problèmes de santé chroniques ou aigus qui souhaitent continuer de travailler. Les régimes privés d'assurance médicaments offrent des options de traitement diversifiées et disponibles en temps utile. Ils contribuent ainsi à améliorer les résultats sur la santé, à réduire les retards dans les soins et à diminuer les coûts à long terme pour les membres, les employeurs et le système de santé dans son ensemble.

En plus de bonifier la couverture publique, les régimes privés d'assurance médicaments représentent un pilier essentiel du paysage canadien de la santé, ce qui rend leur pérennité d'autant plus importante.

Depuis 2018, Médicaments novateurs Canada (MNC) publie le rapport annuel national sur les générateurs de coûts du marché privé en collaboration avec IQVIA, un chef de file mondial en matière de connaissance du marché des soins de santé. Le rapport vise à analyser en détail les facteurs contribuant à la croissance des coûts des réclamations auprès des régimes privés d'assurance médicaments et à offrir de précieux renseignements sur les tendances globales qui reflètent les conditions dominantes du marché.

Le rapport ne tient pas compte de toutes les économies potentielles résultant des ententes sur la liste des produits (ELP) conclues avec les fabricants et il peut donc gonfler certaines estimations de croissance et de coût. Compte tenu des changements importants apportés à la couverture des assureurs en 2023, le rapport de cette année est fondé sur des données de réclamations représentant 65 % de l'ensemble des réclamations du marché privé canadien. Toute référence à des changements par rapport aux années précédentes est fondée sur cette base de données actualisée.

Par ailleurs, le rapport mesure la croissance en se basant uniquement sur les réclamations soumises et sur l'effet des réclamants, et n'inclut pas la population assurée générale qui n'a peut-être pas présenté de réclamation. Les lecteurs sont encouragés à comparer leur propre expérience aux tendances générales du marché qui sont décrites dans le présent rapport.



RÉSUMÉ

Le marché privé de l'assurance médicaments au Canada a connu une croissance des coûts totaux de 7,3 % en 2023-2024, principalement en raison d'une utilisation accrue qui a représenté 60 % de cette augmentation. Le nombre de réclamants a augmenté de 3,5 %, et leur nombre de réclamations a augmenté de 0,9 %.

Il est important de noter que le coût par réclamation n'a crû que de 2,8 %, ce qui est conforme aux tendances historiques et qui indique que le marché se stabilise après les perturbations causées par la pandémie de COVID-19.

Les traitements pour les maladies chroniques ont représenté environ les deux tiers des coûts totaux et de la contribution à la croissance des coûts, ce qui souligne l'importance d'un traitement continu pour les affections de longue durée qui minent la qualité de vie et la productivité. Les traitements émergents pour les affections répandues dans la population active, telles que la migraine et la dermatite atopique, contribuent de plus en plus à la croissance des coûts.

Les médicaments coûtant moins de 10 000 \$ par an sont les principaux responsables de la croissance des coûts, tandis que la part des médicaments de plus de 25 000 \$ par an est demeurée pratiquement inchangée. Des changements dans les domaines thérapeutiques, tels que le passage des médicaments contre le diabète à ceux pour la perte de poids, et l'incidence de l'expiration de brevets reflètent les stratégies d'utilisation appropriée des assureurs et l'évolution des modèles d'innovation en matière de médicaments.

Par âge, le groupe des moins de 25 ans a connu la croissance la plus rapide du nombre de réclamants, tandis que le groupe des 25-44 ans a enregistré le taux de croissance des coûts le plus élevé. Le groupe des 45-64 ans continue de représenter la plus grande part des coûts totaux des régimes d'assurance médicaments.

Les quatre principales classes thérapeutiques contribuant aux coûts des régimes privés d'assurance médicaments sont les suivantes :

1. Modificateurs de la réponse biologique (p. ex., pour la polyarthrite rhumatoïde, le psoriasis, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et la dégénérescence maculaire liée à l'âge)
2. Médicaments antidiabétiques
3. Médicaments antidépresseurs, antipsychotiques et pour le TDAH
4. Traitements broncho-pulmonaires

Il est à noter que les catégories à croissance rapide proposent de nouveaux traitements pour des affections qui n'étaient pas classées auparavant, ce qui est une indication claire que les patients canadiens ont couramment la possibilité d'y accéder et de les utiliser.

L'augmentation de 2,8 % du coût par réclamation est propice au maintien d'un écosystème durable et équilibré qui permet l'adoption rapide de médicaments novateurs et qui préserve les bienfaits du secteur privé pour la population et les familles canadiennes. Au fil du temps, l'introduction de nouveaux produits novateurs sur le marché, les ententes sur la liste des produits, l'expiration des brevets et une forte concurrence exercent une pression à la baisse sur les prix des médicaments, ce qui permet au secteur privé d'innover encore davantage.

En investissant dans de nouveaux traitements aujourd'hui, on obtient de meilleurs résultats sur la santé demain, tout en réduisant potentiellement le risque de conséquences coûteuses et perturbatrices, telles que la progression de la maladie, l'apparition de comorbidités et l'augmentation des cas d'invalidité de courte ou de longue durée. Cette réalité démontre que le soutien à l'innovation profite en définitive à la fois aux patients et aux payeurs, renforçant ainsi la proposition de valeur du système de régimes privés d'assurance médicaments privé du Canada.

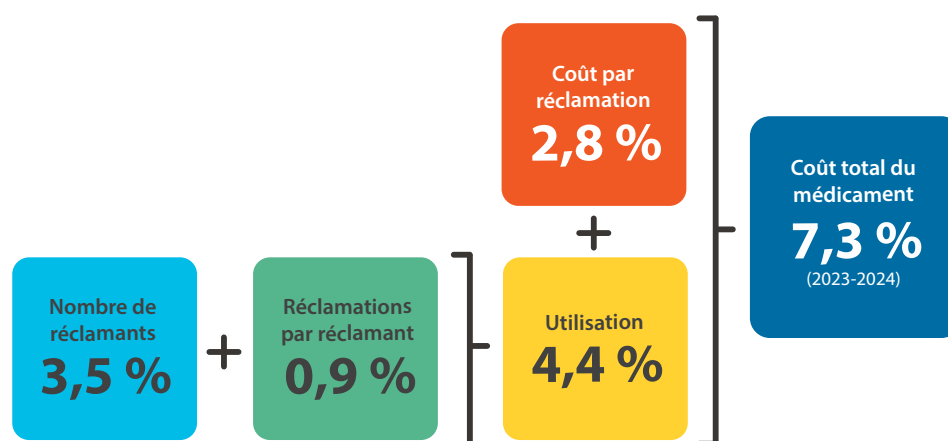


CROISSANCE GLOBALE DU COÛT DES RÉCLAMATIONS AUPRÈS DES RÉGIMES PRIVÉS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Trois générateurs de coûts expliquent la croissance du coût des réclamations auprès des régimes privés d'assurance médicaments : le nombre de réclamants, le nombre de réclamations par réclamant et le coût par réclamation. L'utilisation, qui comprend les effets de l'augmentation du nombre de réclamants et des réclamations par réclamant, est ventilée séparément afin de distinguer les deux principaux générateurs de coûts des régimes d'assurance médicaments. L'utilisation se compose du nombre de personnes qui présentent des demandes et du nombre de réclamations, tandis que le coût par réclamation représente le coût du remboursement, qui fluctue selon les changements dans les médicaments utilisés (composition des médicaments), les prix des fabricants, les frais d'exécution d'ordonnance et les marges bénéficiaires des pharmacies. Une telle distinction permet de mieux comprendre si la croissance des coûts est due à l'augmentation de l'utilisation des régimes ou à la hausse des coûts dans la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique.

En 2024, les coûts totaux des régimes privés d'assurance médicaments ont augmenté de 7,3 %, et l'augmentation de l'utilisation (4,4 %) a représenté 60 % de la croissance totale des coûts (voir les figures 1 et 2).

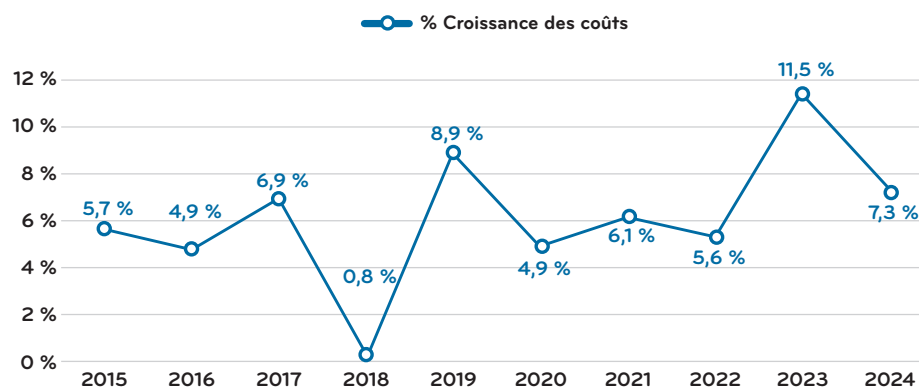
FIGURE 1 : **Générateurs de coûts du marché privé, 2023-2024**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.

* La croissance de 2,8 % du coût par réclamation reflète la croissance sur 12 mois du coût moyen des réclamations individuelles.

FIGURE 2 : **Croissance des coûts des régimes privés d'assurance médicaments, 2015-2024**

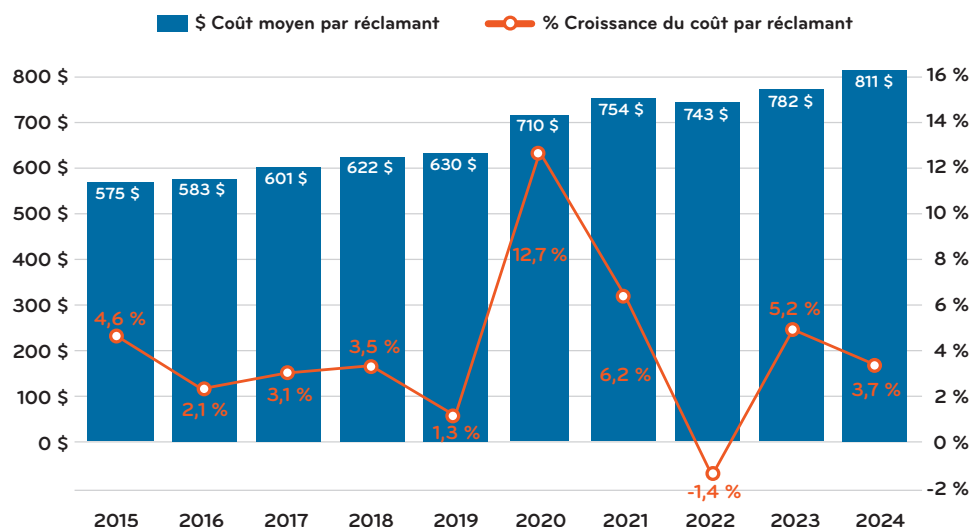


Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.



La croissance du coût moyen par réclamant en 2024 a été de 3,7 %, ce qui correspond à peu près au taux d'inflation de 3,2 % de cette même année pour les produits de santé et de soins personnels¹. Cette augmentation est également comparable aux niveaux de croissance habituels d'avant la pandémie, à l'exception du faible taux de l'année 2019 qui s'explique par l'introduction de l'Assurance-santé Plus en Ontario. L'augmentation de 3,7 % équivaut à un montant supplémentaire de 29,07 \$ par réclamant (voir la figure 3).

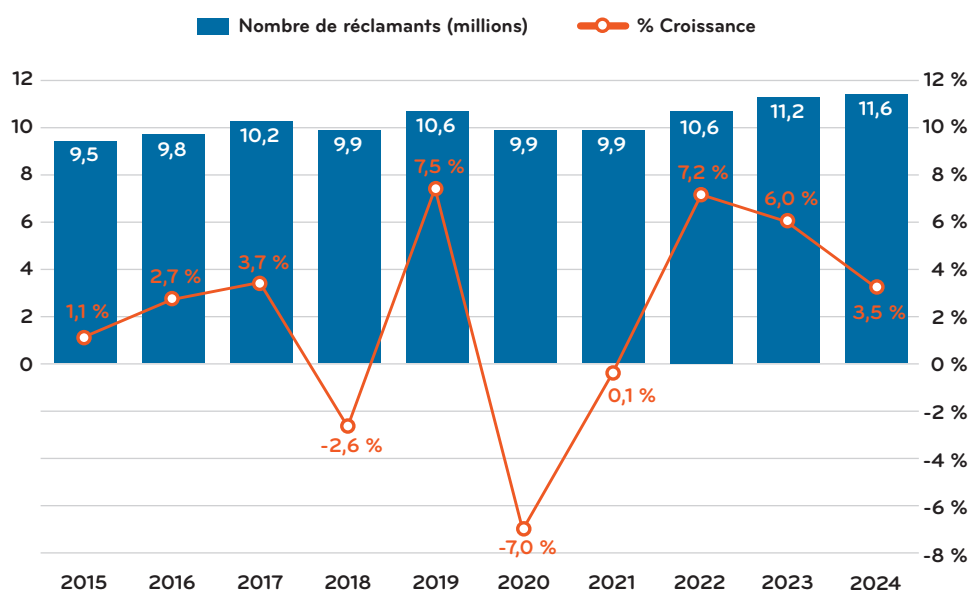
FIGURE 3 : **Coût total moyen par réclamant pour les régimes privés d'assurance médicaments, 2015-2024**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.

Le nombre de réclamants a augmenté de 3,5 % en 2024, ce qui constitue un ralentissement important après deux années de croissance élevée, due à un accroissement sans précédent de la population et à la reprise post-pandémique (voir la figure 4).

FIGURE 4 : **Nombre total de réclamants de régimes privés d'assurance médicaments, 2015-2024**



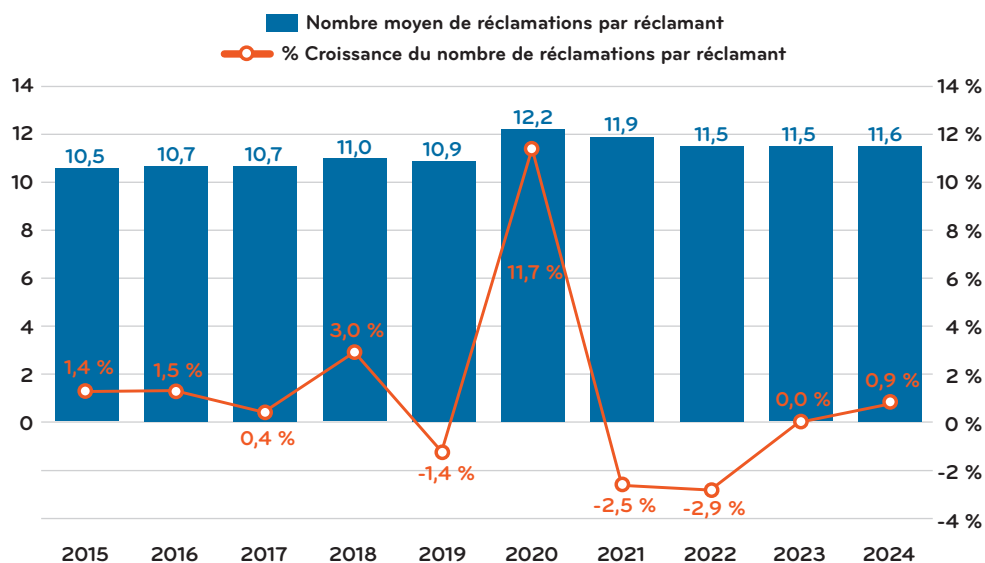
Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.

¹ Statistique Canada. Tableau 18-10-0005-01 Indice des prix à la consommation, moyenne annuelle, non désaisonnalisé.



Après une forte augmentation en 2020 en raison des restrictions de jours d'approvisionnement mises en place pendant la pandémie pour atténuer le risque de pénurie de médicaments, le nombre de réclamations par réclamant a diminué à un rythme constant jusqu'en 2022, pour ensuite se stabiliser à environ 11,5 demandes par personne (voir la figure 5).

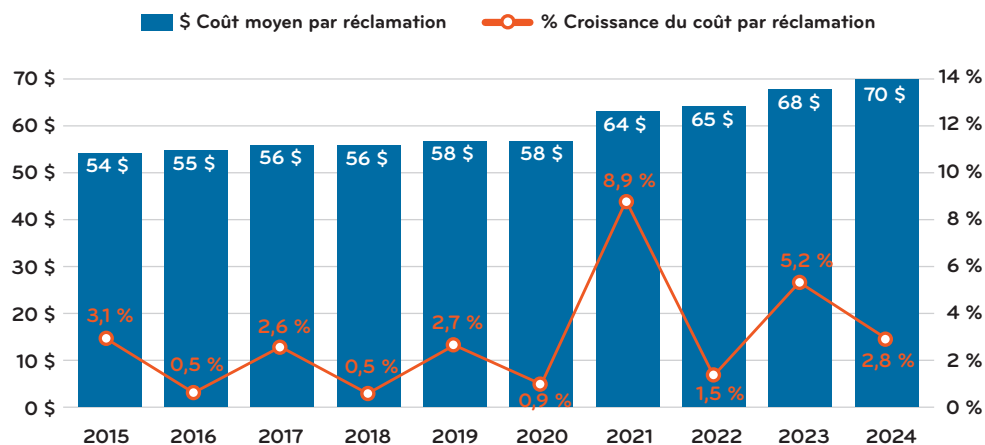
FIGURE 5 : **Nombre moyen de réclamations par réclamant pour les régimes privés d'assurance médicaments, 2015-2024**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.

Le coût moyen par réclamation a augmenté de 2,8 %, soit de 1,90 \$ par réclamation. Cette hausse ne signifie pas nécessairement que le prix des mêmes médicaments a augmenté par rapport à l'année précédente. Elle s'explique plutôt par des changements dans la composition des médicaments, c'est-à-dire une utilisation accrue de traitements plus coûteux ou de nouveaux produits sur le marché (voir la figure 6).

FIGURE 6 : **Coût total moyen par réclamation pour les régimes privés d'assurance médicaments, 2015-2024**

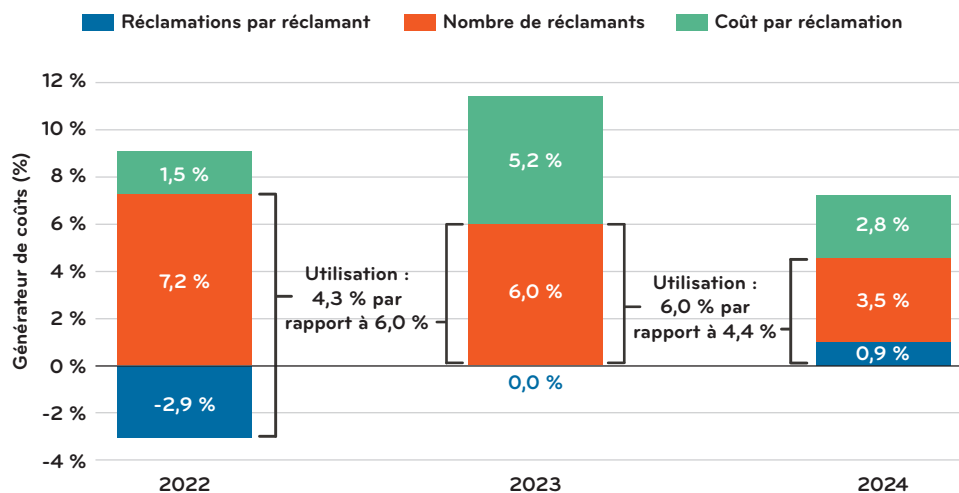


Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.



En 2024, le nombre de réclamants reste le principal contributeur de croissance globale des coûts, représentant 48 % de la croissance totale. Le nombre de réclamations par réclamant, qui a augmenté de 0,9 %, a eu une incidence limitée. Ensemble, ces effets d'utilisation représentent 60 % de la croissance totale des coûts, par rapport à 52 % en 2023. Le coût par réclamation a augmenté de 2,8 %, ce qui correspond aux 40 % restants de la croissance totale (voir la figure 7).

FIGURE 7 : **Facteurs de croissance des coûts par année, 2022-2024**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.





IMPACT DES MALADIES CHRONIQUES

Pour mieux illustrer les tendances de croissance à l'intérieur des catégories de traitement, le rapport a isolé les médicaments pour les maladies chroniques, les médicaments pour les maladies non chroniques et les médicaments pour le cancer. Les médicaments pour les maladies chroniques sont ceux utilisés de manière continue pour traiter des affections de longue durée telles que le diabète ou l'hypertension. De plus, leur utilisation par un grand nombre de réclamants est généralement prévisible et stable. Les médicaments pour les maladies non chroniques sont quant à eux utilisés pour traiter des affections aiguës ou ponctuelles par un nombre restreint de réclamants. Les traitements pour le cancer sont répertoriés dans une catégorie distincte, car leur durée et leur intensité peuvent varier considérablement en fonction du type de cancer et du diagnostic. La compréhension de ces distinctions permet de se faire une idée plus précise des schémas de traitement, des types de pathologies les plus répandues dans la population active et des domaines dans lesquels les régimes privés d'assurance médicaments sont les plus utilisés.

En 2024, les traitements pour les maladies chroniques ont continué de constituer la plus grande part des dépenses des régimes privés d'assurance médicaments, représentant 72 % des coûts totaux et 68 % de la croissance des coûts. Les traitements pour les maladies non chroniques ont représenté 23,1 % des coûts totaux et 27,8 % de la croissance des coûts, soit une augmentation considérable par rapport à 17,2 % en 2023. Cette hausse s'explique en grande partie par l'adoption de nouveaux traitements pour la perte de poids lancés en 2024 (voir les figures 8 et 9).

Traitements pour la perte de poids

Les médicaments pour la perte de poids ont été classés parmi les médicaments pour les maladies non chroniques dans le présent rapport. Bien que l'obésité soit considérée comme une maladie chronique, les médicaments conventionnels pour la perte de poids étaient généralement prescrits pour une utilisation à court terme² et n'étaient pas considérés comme des médicaments à usage chronique. Toutefois, les médicaments nouvellement approuvés peuvent être prescrits à des fins de gestion du poids pour des durées d'un an ou plus³.

FIGURE 8 :
Répartition des coûts des régimes privés d'assurance médicaments selon les traitements pour les maladies chroniques, les maladies non chroniques et le cancer, 2024

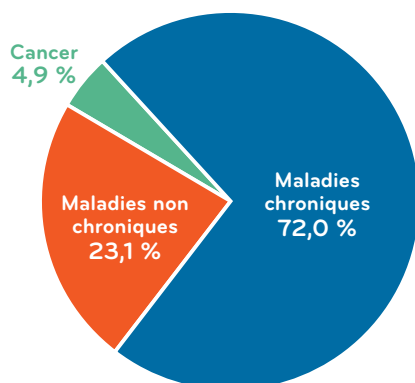
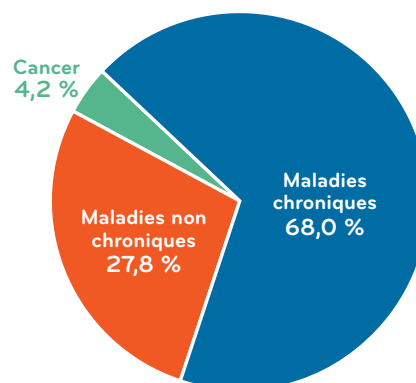


FIGURE 9 :
Contribution à la croissance des coûts selon les traitements pour les maladies chroniques, les maladies non chroniques et le cancer, 2023-2024



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.

² Clinique Mayo, 2022. Prescription weight-loss drugs (en anglais).

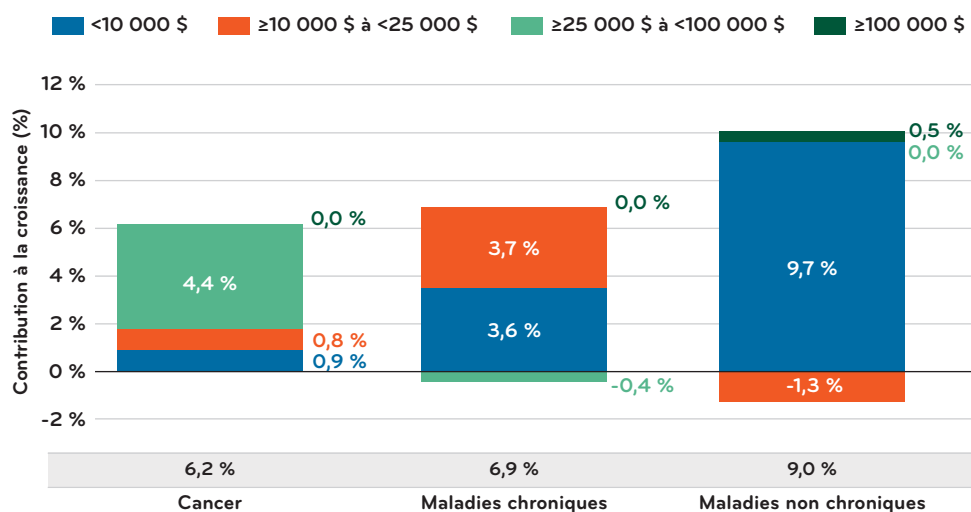
³ Pedersen, S.D., Manjoo, P., et Wharton, S. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Pharmacotherapy for Obesity Management (en anglais). Lien : <https://obesitycanada.ca/guidelines/pharmacotherapy>. Consultation : 25 juin 2025.



Pour approfondir l'analyse de la croissance des coûts, les trois catégories de traitement ont été ventilées par tranche de coûts annuels. Parmi les traitements pour les maladies chroniques, l'augmentation des coûts provient exclusivement des médicaments dont la valeur annuelle est inférieure à 10 000 \$ ou située entre 10 000 et 25 000 \$. Des médicaments génériques peu coûteux peuvent convenir pour de nombreuses maladies chroniques, mais certaines maladies auto-immunes chroniques (p. ex., colite ulcéreuse, psoriasis, polyarthrite rhumatoïde et diabète de type 1) nécessitent des traitements spécialisés à l'aide de médicaments biologiques novateurs se trouvant dans le haut de cette tranche de coût. Les coûts des médicaments dans la tranche de 25 000 à 100 000 \$ ont diminué de 4,3 %, ce qui a entraîné une réduction de 0,4 % des coûts, en raison de la pression à la baisse exercée sur les prix par l'utilisation accrue de médicaments biosimilaires. Il n'y a pas eu d'augmentation des coûts des médicaments pour les maladies chroniques de plus de 100 000 \$.

Le portrait de l'augmentation des coûts dans les deux autres catégories a différé, et des tendances distinctes ont été observées dans les médicaments pour les maladies non chroniques et les médicaments pour le cancer. La croissance de la catégorie des traitements pour les maladies non chroniques provient presque entièrement des médicaments dont le coût annuel est inférieur à 10 000 \$. La tranche de 10 000 \$ à 25 000 \$ a connu quant à elle une diminution. En ce qui a trait aux traitements pour le cancer, la majorité de la croissance des coûts s'est produite dans la tranche de 25 000 \$ à 100 000 \$. Une constante s'applique aux trois catégories : les médicaments d'une valeur supérieure à 100 000 \$ n'ont eu qu'une incidence minime ou nulle sur la croissance des coûts dans son ensemble (voir la figure 10).

FIGURE 10 : **Contribution à la croissance des coûts par catégories de coûts pour le traitement des maladies chroniques, des maladies non chroniques et du cancer, 2023-2024**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.



IMPACT DES COÛTS DE TRAITEMENT

Lorsqu'ils sont analysés en fonction du coût annuel de traitement, les médicaments coûtant moins de 10 000 \$ par an ont représenté 69,1 % du coût total des réclamations et 66,0 % de la croissance des coûts en 2024. Les nouveaux médicaments pour la perte de poids en sont la principale explication. Les médicaments dont le coût annuel se situe entre 10 000 \$ et 25 000 \$ ont représenté 18,2 % des coûts des réclamations et 33,2 % de la croissance des coûts, soit près du triple de leur contribution à la croissance des coûts par rapport à l'année précédente. Les traitements les plus courants dans cette tranche ont été les médicaments pour les maladies auto-immunes, les affections cutanées graves et les affections inflammatoires.

Les deux tranches de coûts les plus élevées ont représenté la plus faible proportion des coûts des réclamations auprès des régimes privés. Les médicaments dont le coût annuel est compris entre 25 000 \$ et 100 000 \$ ont représenté 9,8 % des coûts totaux, ce qui a tout de même constitué une baisse de 0,8 % par rapport à 2023. Les médicaments de plus de 100 000 \$ par an ont représenté 2,9 % des coûts totaux et 1,8 % de la croissance des coûts en 2024 (voir les figures 11 et 12).

Bien que les réclamations de médicaments à coût élevé soient rares et ne représentent qu'une faible part des coûts totaux, elles continuent de poser un problème de viabilité pour les régimes de petite taille. Dans le rapport sur les générateurs de coûts de 2023, l'évaluation de la volatilité a révélé que les petits promoteurs ayant au moins une réclamation de plus de 50 000 \$ ont un coût médian par réclamant jusqu'à 20 fois plus élevé que ceux qui n'en ont pas. La modernisation des mécanismes de mise en commun à l'extérieur du Québec est une mesure essentielle de gestion des risques permettant de garantir l'accès aux médicaments.

FIGURE 11 :

Répartition des coûts des régimes privés d'assurance médicaments par catégorie de coût de traitement, 2024

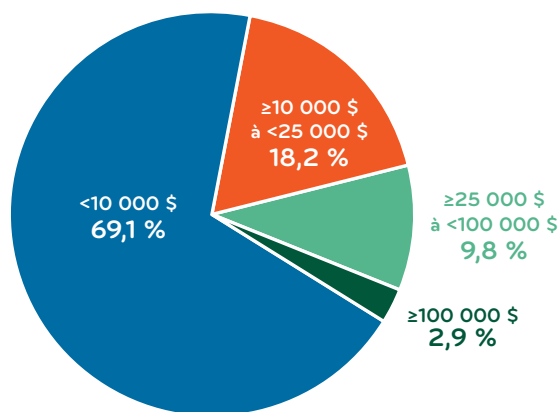
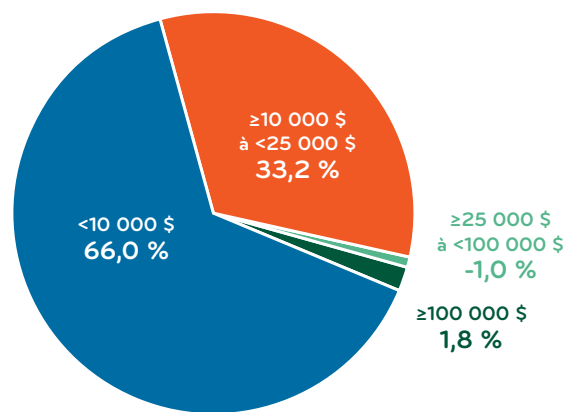


FIGURE 12 :

Contribution à la croissance des coûts par catégorie de coût de traitement, 2023-2024



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.

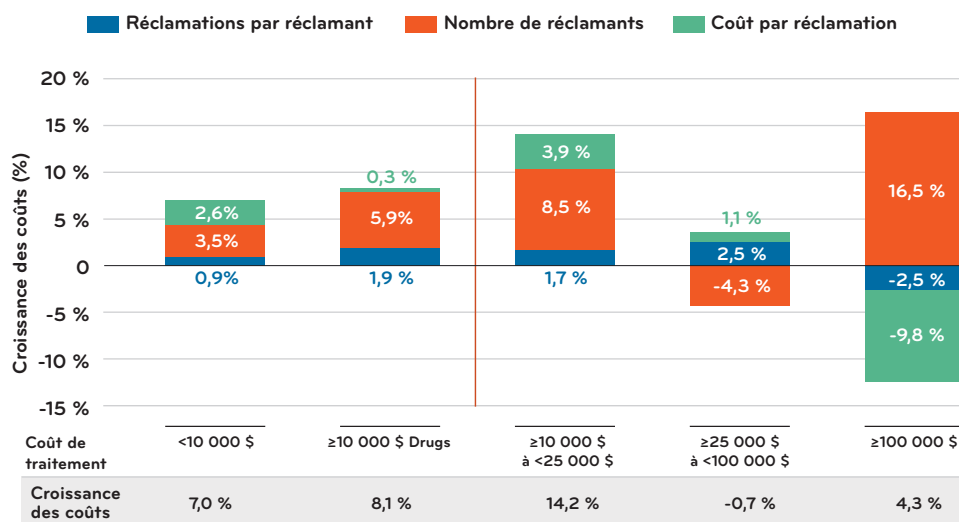


Gestion des risques et mise en commun au Québec

Au Québec, la mise en commun obligatoire des coûts des médicaments, sous l'égide de la Société de compensation en assurance médicaments du Québec (SPAMQ), joue un rôle essentiel dans la stabilisation des coûts des médicaments. Grâce à l'obligation de mutualisation des réclamations très élevées au sein de grands groupes, les employeurs et assureurs peuvent protéger la santé financière de leurs régimes mise à risque par des médicaments rares mais onéreux. Cette façon de faire permet de réduire la volatilité des primes, de stabiliser les coûts des régimes et de préserver l'accessibilité aux traitements novateurs en protégeant les promoteurs de régime individuels des conséquences de réclamations majeures.

La croissance de la catégorie des médicaments de 100 000 \$ et plus a été entièrement attribuable aux nouveaux réclamants qui ont commencé un traitement (16,5 %). Toutefois, le coût par réclamation dans cette catégorie a diminué de 9,8 %. Sa contribution à la croissance globale des coûts a diminué, passant de 7,6 % en 2023 à 1,8 % en 2024 (voir la figure 13).

FIGURE 13 : **Facteurs de croissance des coûts par catégorie de coût de traitement, 2023-2024**



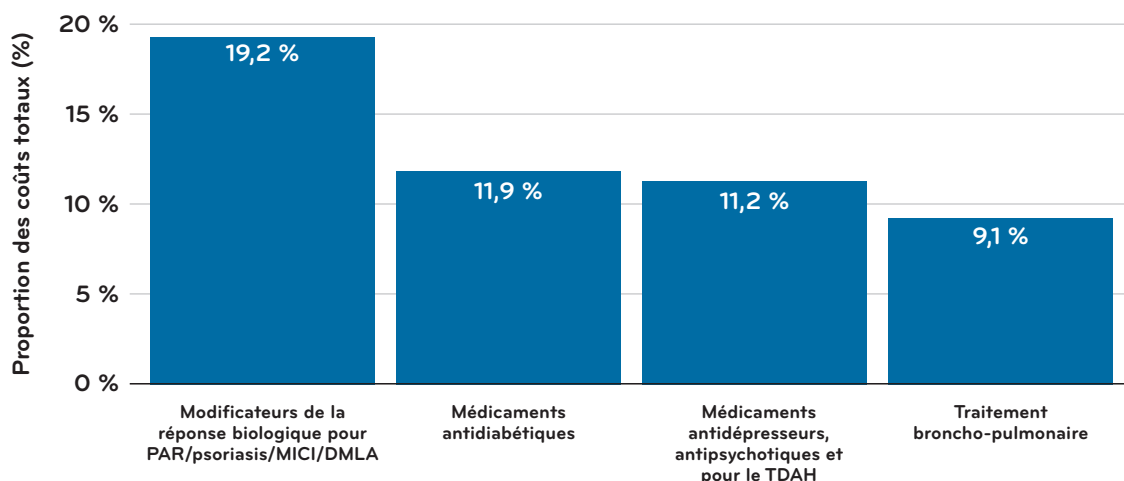
Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.



CROISSANCE EN FONCTION DE LA CLASSE THÉRAPEUTIQUE

Les médicaments biologiques pour les maladies auto-immunes sont demeurés les principaux générateurs de coûts en 2024, représentant 19,2 % des coûts totaux. Les médicaments antidiabétiques ont connu une baisse mais ils arrivent tout de même au deuxième rang des coûts des réclamations (11,9 %), suivis par les médicaments antidépresseurs, antipsychotiques et pour le TDAH (11,2 %) et par les traitements broncho-pulmonaires (9,1 %) [voir la figure 14].

FIGURE 14 : **Les 4 principales classes thérapeutiques dans les coûts pour les régimes privés, 2024**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.

Par rapport à 2023, les principales classes thérapeutiques contribuant à la croissance ont vu des changements notables. La classe des médicaments antidiabétiques, qui a enregistré la plus forte croissance des coûts en 2022 et 2023, a connu une baisse de 3,7 % en 2024.

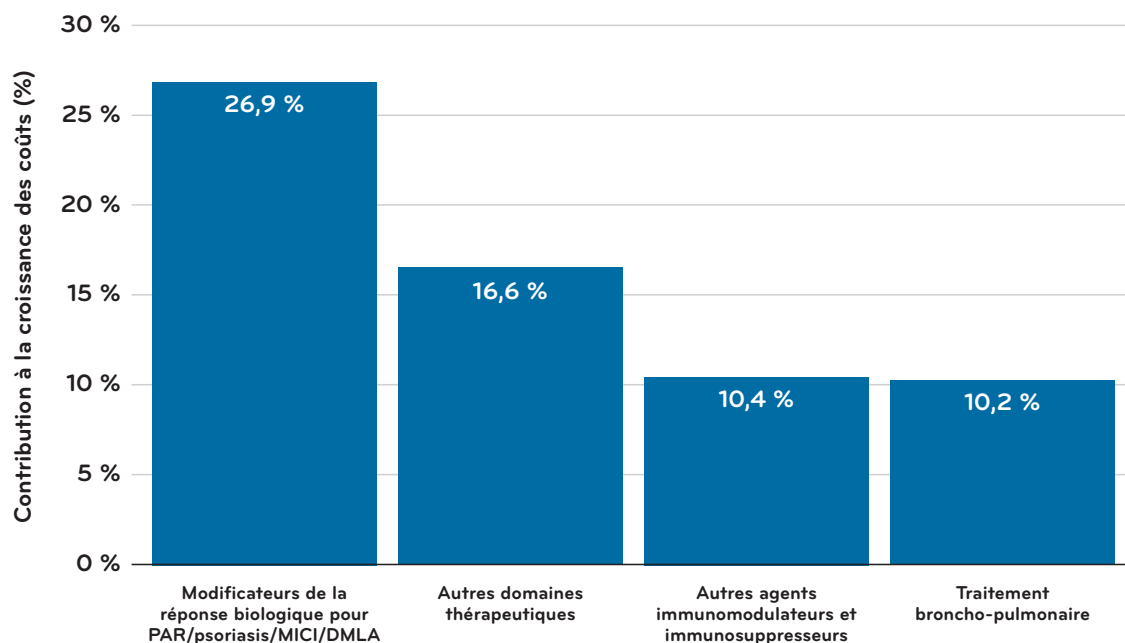
Les modificateurs de la réponse biologique sont ceux qui ont le plus contribué à la croissance des coûts (26,9 %). Les médicaments des autres domaines thérapeutiques, qui comprennent les médicaments pour la perte de poids et certains médicaments pour les maladies rares, ont contribué à hauteur de 16,6 % à la croissance des coûts, ont connu une augmentation de 24 % de leurs coûts sur 12 mois à l'intérieur de la catégorie et ont représenté 5,9 % du total des coûts des réclamations auprès des régimes privés d'assurance médicaments. De façon similaire, les médicaments des autres agents immunomodulateurs et immunosuppresseurs, qui comprennent les inhibiteurs de JAK, ont contribué à hauteur de 10,4 % à la croissance des coûts, ont connu une augmentation 15,4 % de leur coût par rapport au total précédant à l'intérieur de la classe et ont représenté 5,3 % des coûts totaux en 2024. Les traitements broncho-pulmonaires sont quant à eux restés le quatrième générateur de la croissance des coûts (10,2 %).

Ces quatre principales classes ont représenté 51,4 % des coûts totaux et 64,1 % de la croissance totale.

L'arrivée de deux nouvelles classes « autres » parmi les quatre principales signifie que les membres de régime profitent d'un plus grand nombre de traitements novateurs. Au fil du temps, avec l'augmentation de leur utilisation, ces nouvelles classes seront probablement renommées (voir la figure 15).



FIGURE 15 : **Les 4 principales classes thérapeutiques en fonction de leur contribution à la croissance des coûts, 2023-2024**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.





IMPACT DE L'ÂGE

L'âge a une incidence considérable sur l'utilisation, car le vieillissement augmente à la fois la probabilité de faire une demande d'indemnisation et le nombre de demandes. Les conclusions du rapport de cette année vont dans la même direction que celles des rapports précédents sur les générateurs de coûts.

L'évolution de la population et de la main-d'œuvre au Canada s'accompagne d'une modification du profil d'âge des réclamants des régimes privés. En 2024, tous les groupes d'âge ont connu une augmentation du nombre de réclamants. La plupart des coûts des régimes d'assurance médicaments sont attribuables aux Canadiens en âge de travailler (25-64 ans). La majorité des réclamants et des réclamations proviennent également de ce groupe. Les données ont également révélé une augmentation de l'utilisation dans le groupe des 65 ans et plus. Cette tendance montre que de plus en plus de Canadiens choisissent de rester plus longtemps sur le marché du travail.

Sans surprise, les groupes des 25-44 ans et des 45-64 ans, qui constituent la majorité de la main-d'œuvre canadienne, sont restés les plus importants contributeurs à la croissance des coûts des réclamations, représentant ensemble 76,3 % des coûts totaux et 76,5 % de la croissance totale des coûts (voir les figures 16 et 17).

FIGURE 16 :

Répartition des coûts des régimes privés d'assurance médicaments par groupe d'âge, 2024

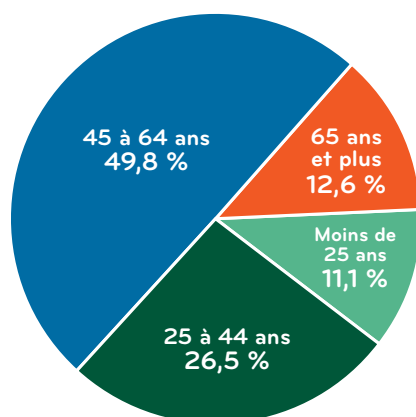
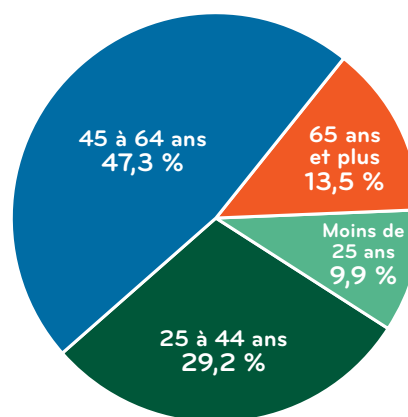


FIGURE 17 :

Contribution à la croissance des coûts par groupe d'âge, 2023-2024



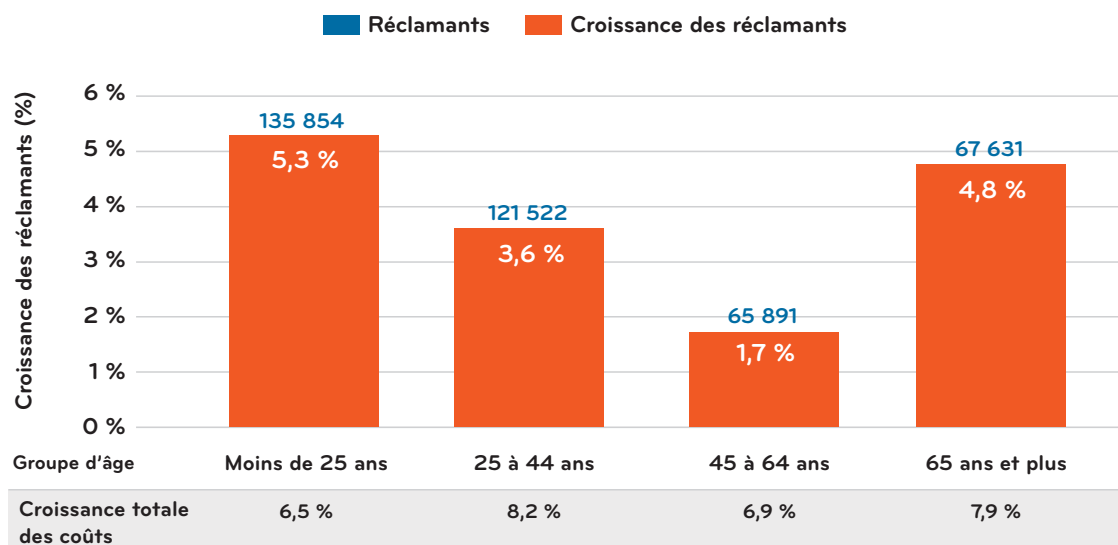
Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.

Le groupe des moins de 25 ans a connu la plus forte croissance du nombre de réclamants (5,3 %), mais la plus faible croissance des coûts (6,5 %). Les groupes des 25-44 ans et des 45-64 ans ont connu des augmentations plus modestes en pourcentage (3,6 % et 1,7 %, respectivement), mais ont représenté ensemble 64,2 % de l'ensemble des réclamants et 47,9 % de la croissance du nombre de réclamants.



Le groupe des 65 ans et plus a connu une croissance de 4,8 % du nombre de réclamants et de 7,9 % des coûts totaux entre 2023 et 2024, ce qui signifie que les travailleurs âgés sont de plus en plus nombreux à bénéficier d'un régime privé d'assurance médicaments (voir la figure 18).

FIGURE 18 : **Croissance du nombre de réclamants par groupe d'âge, 2023-2024**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.





IMPACT DES JOURS D'APPROVISIONNEMENT

Bien que le prix des médicaments soit souvent au centre des efforts de réduction des coûts, il existe d'autres possibilités de réaliser des économies sans compromettre les deux principaux atouts des régimes privés d'assurance médicaments : l'étendue et la rapidité de l'accès. L'une de ces possibilités consiste à analyser les coûts d'une réclamation dans leur ensemble et à ne pas se limiter strictement au prix du médicament pour prendre en considération les autres facteurs.

Système mixte d'assurance médicaments du Canada

Par rapport aux régimes publics d'assurance médicaments, les régimes privés offrent un accès plus rapide et plus large. Des millions de travailleurs canadiens et leur famille profitent ainsi de près de deux millions de médicaments novateurs de plus, et ce, trois fois plus rapidement. Pour les employeurs, l'assurance médicaments est un outil essentiel pour soutenir la santé des membres de régime et pour attirer et retenir des employés. Pour le pays, cet investissement dans l'innovation fait du Canada une destination de lancement de choix pour les nouveaux traitements, les recherches et les essais cliniques. Au cours des dix dernières années, un nombre croissant de mécanismes de limitation des coûts ont été mis en place, tels que les ententes sur la liste des produits et les autorisations préalables. Leur effet a toutefois souvent été de ralentir et de limiter l'accès aux médicaments novateurs. Il est plus important que jamais de redonner la priorité à la rapidité et à l'étendue de l'accès pour que le secteur privé puisse continuer à se distinguer des régimes publics, en particulier à l'heure où le gouvernement fédéral cherche à établir un régime universel d'assurance médicaments à payeur unique.

Le coût par réclamation est composé de trois éléments : les ingrédients du médicament, la marge bénéficiaire et les frais d'exécution d'ordonnance. Alors que des actions sont prises pour réaliser des économies afin de soutenir la viabilité du marché privé à court terme, augmenter le nombre de jours d'approvisionnement lorsque possible pourrait générer des économies considérables sans réduire le large accès aux médicaments.

Les coûts des médicaments sur ordonnance et les jours d'approvisionnement ont été examinés dans toutes les provinces, à l'exception du Québec, pour trois catégories courantes de médicaments sous forme solide administrés par voie orale, qui comprennent généralement des médicaments génériques moins coûteux et largement utilisés.

1. Médicaments antidépresseurs, antipsychotiques et pour le TDAH
2. Médicaments antidiabétiques
3. Médicaments cardiovasculaires

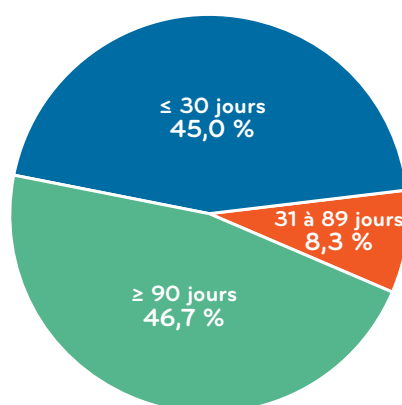
⁴ Dispensing fee data in Quebec were not available and therefore claims in Quebec were excluded from this part of the analysis.



Les médicaments dont l'approvisionnement fait l'objet d'une limite journalière, tels que les anxiolytiques, les hypnotiques, les sédatifs et les psychostimulants, souvent imposée par la réglementation sur les substances contrôlées, n'ont pas été inclus dans le présent rapport.

Les ordonnances de 30 jours d'approvisionnement ou moins pour les 3 catégories ont représenté près de la moitié des réclamations auprès des régimes privés en 2024. Bien que les politiques et les régimes soient de plus en plus conçus pour favoriser un plus grand nombre de jours d'approvisionnement, il semble qu'il y ait des possibilités non exploitées d'appliquer cette approche plus souvent afin de réaliser des économies supplémentaires, étant donné que la part des médicaments ayant 30 jours d'approvisionnement ou moins a continué de représenter environ 45 % de toutes les réclamations dans les dernières années (voir la figure 19).

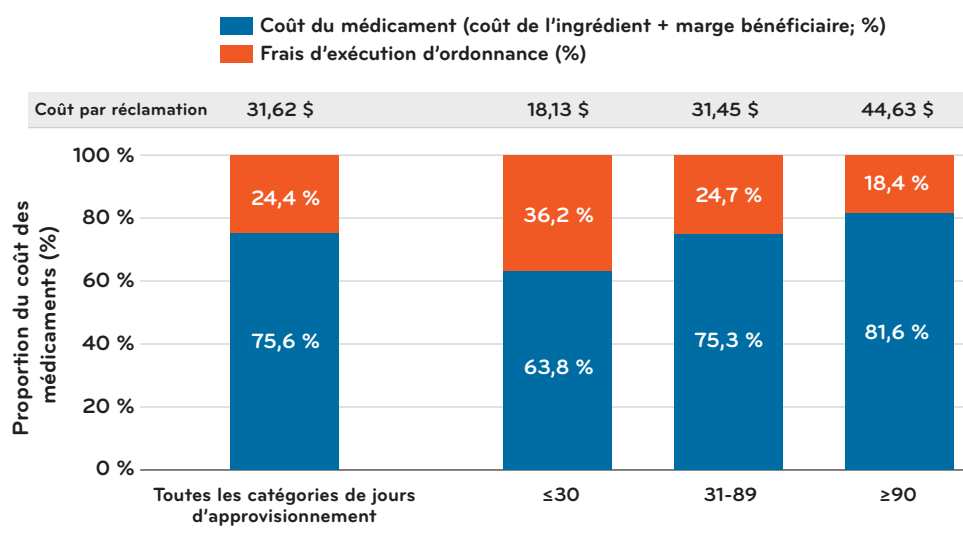
FIGURE 19 : **Répartition des réclamations par catégorie de jours d'approvisionnement, 2024**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.

Dans les catégories étudiées, les frais d'exécution d'ordonnance ont représenté 36,2 % du coût des réclamations pour les ordonnances dont la durée d'approvisionnement est inférieure ou égale à 30 jours. La transition à 90 jours d'approvisionnement ou plus a réduit la proportion de frais d'exécution à 18,4 % (voir la figure 20).

FIGURE 20 : **Proportion des coûts des médicaments et des frais d'exécution d'ordonnance en 2024 pour les médicaments antidépresseurs, antipsychotiques, antidiabétiques, cardiovasculaires et pour le TDAH**

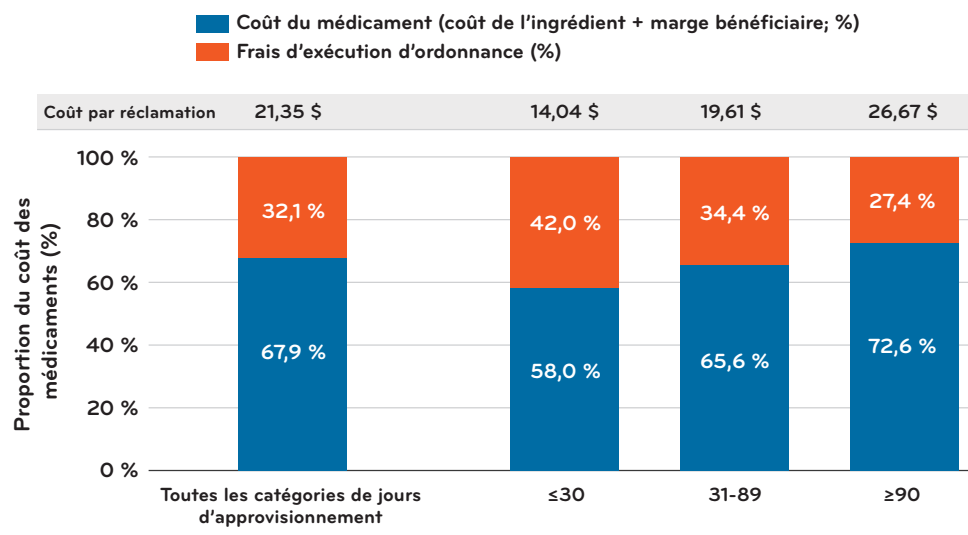


Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.



La différence entre les frais d'exécution d'ordonnance est plus prononcée pour les médicaments cardiovasculaires sous forme solide administrés par voie orale, où ces frais représentaient 32,1 % du coût d'une ordonnance en moyenne, toutes catégories d'approvisionnement confondues. Les pourcentages varient de 42,0 % pour les ordonnances de 30 jours et moins à 27,4 % pour les ordonnances de 90 jours et plus (voir la figure 21).

FIGURE 21: **Proportion des coûts des médicaments et des frais d'exécution d'ordonnance pour les médicaments cardiovasculaires par catégorie de jours d'approvisionnement, 2024**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.

Le cas échéant, l'augmentation du nombre de jours d'approvisionnement pour les médicaments à faible coût pour les maladies chroniques pourrait entraîner une baisse considérable des frais d'ordonnance et générer des économies sur le coût global des réclamations de médicaments en réduisant les coûts de traitement quotidiens moyens jusqu'à un maximum de 37 %. Cette estimation a été réalisée en modélisant le coût journalier (coût du médicament et frais d'exécution d'ordonnance) de 3 réclamations pour des ordonnances de 30 jours par rapport à 1 réclamation pour une ordonnance de 90 jours.

De nos jours, les pharmaciens de tout le pays proposent des services de plus en plus diversifiés, et les économies générées par l'augmentation du nombre de jours d'approvisionnement pourraient alors être réinvesties par les assureurs dans cette offre bonifiée en pharmacie au bénéfice des membres de régime. Les employeurs se retrouveraient ainsi en mesure d'apporter une valeur ajoutée à leur assurance médicaments.



RÉCAPITULATIF

Dans le contexte du système mixte public-privé d'assurance médicaments du Canada, l'accès élargi et accéléré aux traitements novateurs est un des grands avantages du secteur privé, par rapport aux régimes publics. Cette rapidité d'accès pour la population active, combinée à une plus grande liberté de choix, contribue à soutenir la productivité de la main-d'œuvre canadienne. Un tel accès à des médicaments nouveaux et novateurs entraîne cependant aussi une augmentation des coûts globaux des régimes d'assurance.

Le rapport annuel sur les générateurs de coûts présente les principales recherches et tendances du marché pour l'ensemble du secteur privé canadien de l'assurance médicaments et permet d'examiner de plus près les causes de la croissance annuelle des coûts des réclamations. Les conseillers en avantages sociaux et les promoteurs de régime peuvent tirer parti de ces renseignements pour mieux exposer et limiter les coûts des régimes, dans leurs démarches visant à offrir un large accès aux dernières innovations.

En 2024, les coûts des régimes privés d'assurance médicaments au Canada ont augmenté de 7,3 %, principalement en raison d'une hausse de 4,4 % de l'utilisation, tandis que le coût par réclamation a augmenté de 2,8 %, ce qui correspond aux niveaux d'avant la pandémie. Le coût moyen par réclamant a quant à lui augmenté de 3,7 %, de façon similaire à l'augmentation du prix des produits de santé. Cette situation contribue à renforcer la stabilité d'un système conçu pour trouver un bon équilibre entre l'innovation, l'accès et des prix abordables.

Les traitements pour les maladies chroniques ont représenté 72 % des coûts totaux et 68 % de la croissance des coûts. Cette catégorie comprend les traitements de problèmes de santé comme le diabète, les maladies auto-immunes et les troubles de santé mentale, soit des enjeux d'une importance particulière pour le maintien au travail et la productivité de la main-d'œuvre canadienne. Les médicaments dont le prix est inférieur à 10 000 \$ par an sont les principaux responsables de la croissance des coûts, tandis que les traitements les plus coûteux n'ont qu'une incidence minime sur les coûts globaux.

D'un point de vue positif, les Canadiens bénéficient de médicaments novateurs, ce qui leur permet de rattraper un retard de longue date en matière de traitement. Ces tendances sont le résultat d'un cycle d'innovation bien rodé : de nouveaux traitements font leur apparition sur le marché, ils sont adoptés sans déstabiliser les régimes, et au fil du temps, la forte concurrence et l'arrivée de médicaments génériques ou biosimilaires font baisser les prix.

Depuis des années, le secteur privé permet à des millions de Canadiens d'accéder plus rapidement à un plus grand nombre de médicaments novateurs. Cette facilité d'accès contribue grandement à renforcer l'attrait du Canada en tant que destination de lancement. Il s'agit là d'un avantage qui demeure considérable étant donné que la disponibilité des nouveaux médicaments dans les régimes publics accuse des retards prolongés.

Les Canadiens en âge de travailler, soit ceux de 25 à 64 ans, restent les principaux utilisateurs des régimes privés d'assurance médicaments, représentant 76,3 % des coûts totaux et 76,5 % de la croissance des coûts. Ces chiffres sont indicateurs du rôle essentiel des régimes d'assurance médicaments dans le maintien de la santé et de la productivité de la main-d'œuvre. Si une croissance du nombre de réclamants a été observée dans tous les groupes d'âge, le groupe qui a connu la croissance la plus rapide est celui des Canadiens de moins de 25 ans, et celui des plus de 65 ans a augmenté de 4,8 %, ce qui reflète la tendance des Canadiens à rester plus longtemps sur le marché du travail et à continuer à bénéficier d'un régime privé.



Depuis des années, le secteur privé permet à des millions de Canadiens d'accéder plus rapidement à un plus grand nombre de médicaments novateurs. Cette couverture est cruciale pour soutenir la santé des employés et améliorer l'attrait du Canada en tant que destination de lancement pour les nouveaux traitements, les recherches et les essais cliniques. Dans le cadre de nos efforts de pérennisation du secteur privé, les moyens mis en œuvre pour réaliser des économies doivent aller de pair avec la préservation d'un large accès aux médicaments. Par exemple, augmenter le nombre de jours d'approvisionnement lorsque possible pourrait générer des économies considérables sans réduire le large accès aux médicaments. À long terme, l'amélioration de la mise en commun et de la gestion des risques à l'extérieur du Québec, en particulier pour les petits promoteurs de régime, doit se poursuivre pour garantir un accès équitable aux médicaments et la résilience des régimes.

Les données de 2024 soulignent qu'une croissance raisonnable des coûts permet au système d'assurance médicaments privé du Canada d'évoluer au rythme de l'innovation et de demeurer en position de continuer de procurer des bienfaits pour les membres, les employeurs et le système de santé dans son ensemble. Les régimes privés peuvent continuer à jouer un rôle essentiel au sein du système mixte public-privé d'assurance médicaments du Canada en garantissant un accès plus rapide et plus large à de multiples médicaments, un avantage inestimable pour les Canadiens en âge de travailler et leur famille. Cet accès en temps utile favorise de meilleurs résultats sur la santé, réduit les retards dans les soins et contribue à atténuer les coûts à long terme pour les membres, les employeurs et le système public de santé. Les régimes privés d'assurance médicaments ne sont pas seulement qu'un complément aux régimes publics, ils apportent une contribution essentielle à la santé et à la productivité au Canada.





SOURCES DE DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE

1. Le présent rapport est fondé sur la base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, la plus importante base de données du genre à l'échelle canadienne. Elle représente environ 80 % des réclamations directes de médicaments auprès des régimes privés à l'échelle nationale, et le sous-ensemble sélectionné aux fins d'analyse couvre environ 65 % des réclamations totales de médicaments auprès des régimes privés. La base de données comprend 9 des 10 principaux assureurs privés, administrateurs tiers et gestionnaires de régimes d'avantages sociaux, ce qui lui permet de présenter les données de plus de 11 millions de réclamants actifs qui font au total plus de 134 millions de réclamations de médicaments. Les chiffres présentés dans ce rapport n'ont pas été ajustés pour représenter 100 % du marché.
2. En raison des changements intervenus dans la collecte et la communication des données, les résultats présentés dans ce rapport ne doivent pas être comparés à ceux des rapports des années précédentes. Les régimes privés d'assurance médicaments dont les rapports de données ont subi des changements en 2023 ont été exclus pour toutes les années couvertes dans le présent rapport (2014 à 2024). Ce changement a permis de réduire les coûts totaux d'environ 20 % par année en 2023. Tous les produits non médicamenteux, y compris ceux destinés au traitement du diabète, ont été exclus de toutes les analyses. Les aiguilles, les bandages, le cannabis, les produits ayant un numéro d'identification (NIP) et l'alcool isopropylique sont des exemples de produits non médicamenteux.
3. Les réclamations de médicaments ne représentent qu'une composante du coût global d'un régime privé d'assurance médicaments. Le coût réel assumé par les promoteurs de régime est influencé par divers facteurs, notamment le processus de gestion des risques, les processus d'établissement des primes et la méthode de mise en commun.
4. Les coûts des réclamations sont basés sur le montant admissible, y compris la partie payée par le régime et celle payée par le patient, et comprennent le coût des ingrédients des médicaments ainsi que les marges bénéficiaires des pharmacies et des grossistes. Les frais d'exécution d'ordonnance ne sont pas inclus, sauf au Québec. Les réclamations au Québec ont été exclues de l'analyse des générateurs de coûts par jours d'approvisionnement.
5. Dans le cadre de cette analyse, une réclamation est définie comme étant la remise d'une ordonnance pour un numéro d'identification du médicament (DIN) à un moment donné. Le coût de chaque réclamation peut varier en fonction du nombre de jours d'approvisionnement fournis pour chaque réclamation.
6. Cette analyse ne comprend que les réclamations directes de médicaments traitées par des régimes privés d'assurance médicaments collectifs ou individuels et n'inclut pas les clients qui paient en espèces et qui ont une couverture privée.

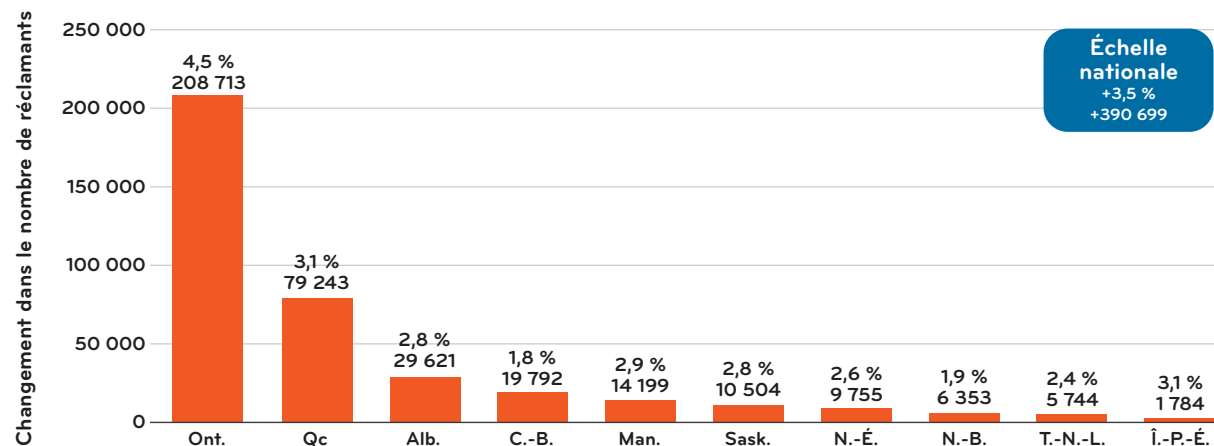
Les déclarations, les constatations, les conclusions, les points de vue et les opinions contenus dans cette publication sont fondés en partie sur des données obtenues avec l'autorisation d'IQVIA Solutions Canada Inc. Tous droits réservés. Les déclarations, les constatations, les conclusions, les points de vue et les opinions contenus dans le présent document ne sont pas nécessairement ceux d'IQVIA Solutions Canada Inc. ou de l'une de ses entités affiliées ou filiales.



ANNEXE 1 – CROISSANCE PAR RÉGION

Dans presque toutes les provinces, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, l'augmentation de l'utilisation (croissance du nombre de réclamants et croissance des coûts des réclamations par réclamant) a été le principal générateur de coûts des réclamations auprès des régimes privés d'assurance médicaments. En ce qui a trait au nombre de réclamants, l'Ontario a connu la plus grande croissance relative (4,5 %) et absolue (208 000 membres), tandis que la Colombie-Britannique et Terre-Neuve-et-Labrador ont connu la plus faible croissance du nombre de réclamants (1,8 % et 1,9 %, respectivement).

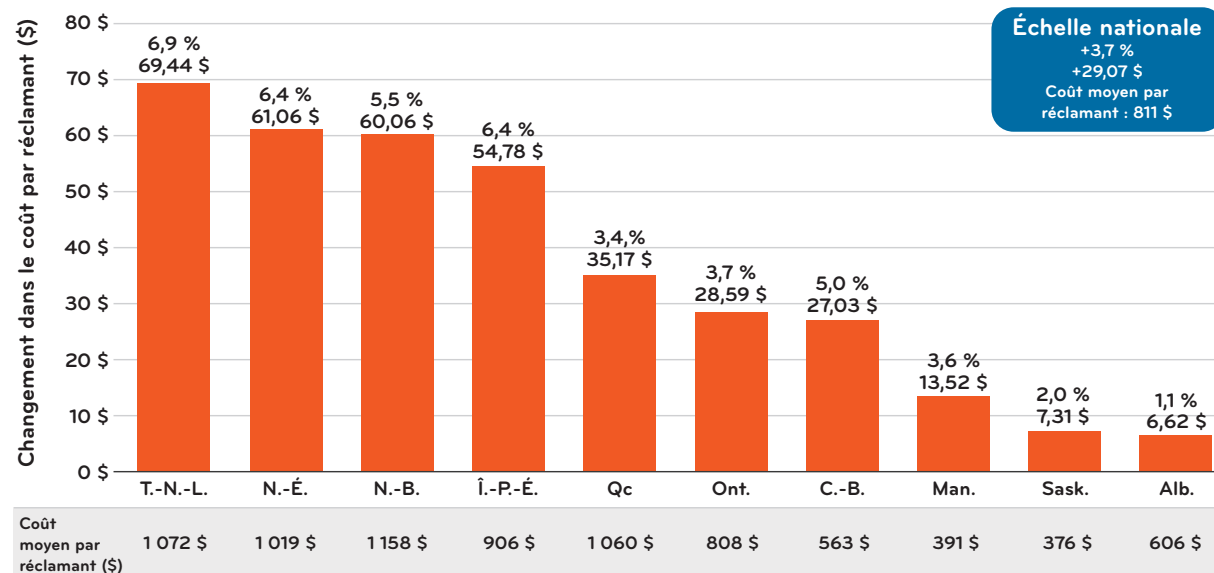
FIGURE 22 : **Changement dans le nombre de réclamants par province, 2023-2024**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.

Les provinces de l'Atlantique ont connu des augmentations du coût par réclamant beaucoup plus importantes que dans le reste du Canada, allant de 6,4 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 6,9 % à Terre-Neuve-et-Labrador. À l'autre bout du spectre, les provinces de l'Ouest ont connu les plus faibles augmentations du coût par réclamant, allant de 1,1 % en Alberta à 3,6 % au Manitoba. L'Ontario et le Québec ont enregistré des augmentations comparables à la moyenne nationale, respectivement de 3,7 % et de 3,4 %.

FIGURE 23 : **Changement dans le coût par réclamant par province, 2023-2024**

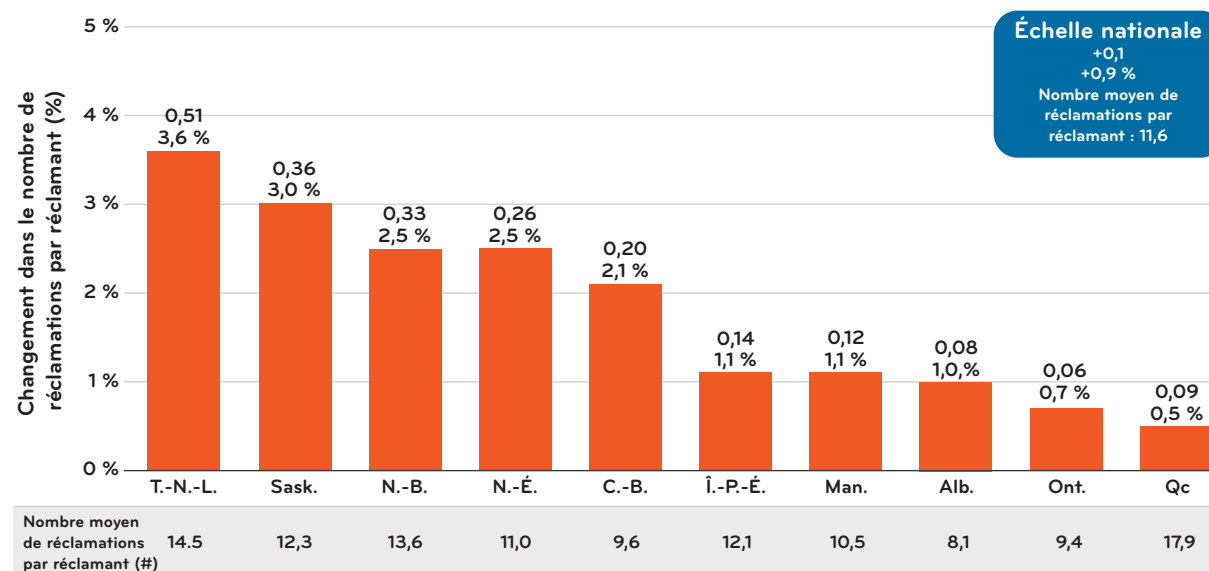


Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.



Toutes les provinces ont connu une augmentation légère ou modérée dans le nombre de réclamations par réclamant en 2024. Les provinces de l'Atlantique, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique ont connu la plus forte augmentation, tandis que l'Ontario et le Québec ont été les seules provinces à avoir connu une augmentation inférieure à la moyenne nationale de 0,9 %. Le nombre de réclamations par réclamant est nettement plus élevé au Québec que dans le reste du Canada en raison du modèle public-privé unique de la province, où le nombre de jours d'approvisionnement est généralement plus court.

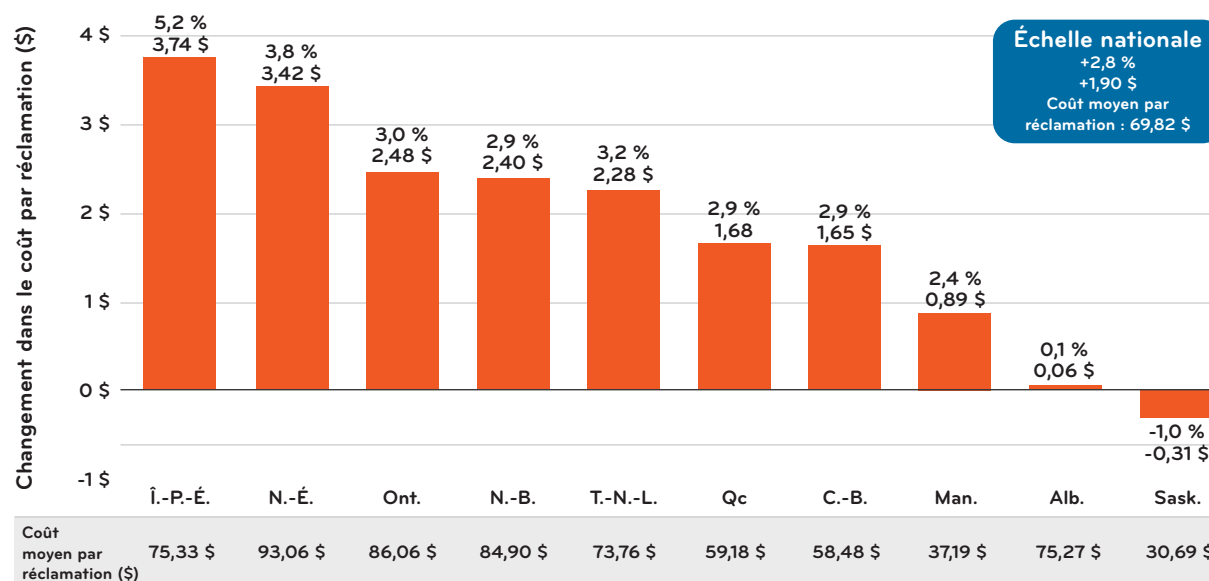
FIGURE 24 : **Changement dans les réclamations par réclamant par province, 2023-2024**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.

Les variations du coût par réclamation dans l'ensemble du pays vont d'une diminution de 0,31 \$ en Saskatchewan à une augmentation de 3,74 \$ à l'Île-du-Prince-Édouard. La plupart des provinces ont connu une augmentation du coût par réclamation comprise entre 2 et 3 %, à l'exception de la Saskatchewan (-1,0 %), de l'Alberta (0,1 %), de la Nouvelle-Écosse (3,8 %) et de l'Île-du-Prince-Édouard (5,2 %).

FIGURE 25 : **Changement dans le coût par réclamation par province, 2023-2024**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2025.



innovativemedicines.ca/fr