

RAPPORT 2026 SUR LES GÉNÉRATEURS DE COÛTS

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





TABLE DES MATIÈRES

Principales conclusions	1
À propos	2
Résumé	2
Croissance globale du coût des réclamations auprès des régimes privés d'assurance médicaments	4
Impact des maladies chroniques	8
Impact des coûts de traitement	9
Le retour sur valeur au fil du cycle d'innovation	11
Impact de la classe thérapeutique	12
Impact de vieillissement	14
La valeur du système mixte d'assurance médicaments au Canada	15
Impact des jours d'approvisionnement	16
Point à retenir	18
Sources de données et méthodologie	21
Annexe 1 – Croissance par région	22
Annexe 2 – Analyse de la volatilité de 2023	23
Annexe 3 – Graphiques supplémentaires	32



PRINCIPALES CONCLUSIONS

- Dans l'ensemble, la croissance des coûts des régimes privés d'assurance médicaments s'est établie à 6,7 % en 2025. Il s'agit d'une baisse par rapport à 7,5 % en 2024, un résultat conforme au taux de croissance annuel composé (TCAC) de 6,7 % observé entre 2019 et 2025. Cette croissance découle d'une combinaison de coûts par réclamation plus élevés (4,2 %), d'une augmentation des demandes de réclamation par réclamant (1,9 %) et d'une modeste croissance du nombre de réclamants (0,5 %).
- L'utilisation demeure un facteur clé de la croissance des coûts des régimes privés d'assurance médicaments, particulièrement pour les médicaments à coût élevé (plus de 10 000 \$ par année), où l'augmentation du nombre de réclamants explique la majeure partie de la croissance. La catégorie des médicaments coûtant moins de 10 000 \$ a connu une croissance attribuable principalement à la hausse du coût par réclamation et du nombre de réclamations par réclamant. Puisque cette catégorie représente le double de la part des coûts totaux par rapport à la catégorie de plus de 10 000 \$ (66,8 % contre 33,2 %), elle exerce une plus grande influence sur les résultats globaux du marché, ce qui fait paraître sa croissance du coût par réclamation plus marquée à l'échelle agrégée.
- La catégorie de 25 000 \$ à 100 000 \$ a connu une baisse considérable de 8,5 % du nombre de réclamants, ce qui a entraîné une augmentation de 17,1 % dans la catégorie à coût moindre de 10 000 \$ à 25 000 \$, attribuable à la migration des réclamants d'une catégorie à l'autre. Cette transition des thérapies à coût élevé vers des thérapies à coût moindre est principalement attribuable à l'introduction, dans le cycle d'innovation, de médicaments biosimilaires dans la catégorie des modificateurs de la réponse biologique pour PAR/psoriasis/MICI/DMLA¹.
- L'utilisation des médicaments pour les maladies chroniques à coût moindre continue d'avoir la plus grande incidence sur la croissance des coûts. Les traitements pour les maladies chroniques représentaient 73,9 % des coûts totaux des régimes privés d'assurance médicaments et ont contribué à 78,7 % de la croissance annuelle des coûts. Les médicaments à coût moindre, soit ceux de moins de 10 000 \$ par année, étaient responsables des deux tiers (66,8 %) des dépenses totales.
- Les médicaments antidiabétiques et anti-obésité ont été le principal contributeur à la croissance des coûts, suivi des modificateurs de la réponse biologique et des autres agents immunomodulateurs et immunosuppresseurs.
- Les adultes âgés de 45 à 64 ans représentaient la moitié de l'ensemble des dépenses des régimes privés d'assurance médicaments et ont représenté plus de la moitié de la croissance totale des coûts.
- Le groupe des 65 ans et plus a connu la croissance la plus rapide du nombre de réclamants (3,3 %) et la plus forte croissance des coûts totaux (8,9 %) entre 2024 et 2025. Cette tendance indique que davantage de Canadiens demeurent sur le marché du travail plus longtemps.
- L'augmentation du nombre de jours d'approvisionnement peut générer des économies additionnelles sans compromettre l'accès, étant donné qu'un peu moins de la moitié (47,2 %) des réclamations pour trois catégories courantes de médicaments sous forme solide administrés par voie orale sont actuellement pour une période de 90 jours ou plus. Cette augmentation peut également réduire jusqu'à 40 % le coût de traitement quotidien moyen, les économies découlant de la réduction de la part des coûts non liés aux médicaments, comme les frais d'exécution d'ordonnance et les marges bénéficiaires.
- Les régimes privés d'assurance médicaments offrent un accès plus rapide² et plus large³ aux nouveaux médicaments que les régimes publics. Ce faisant, le marché des régimes privés d'assurance médicaments joue un rôle essentiel dans l'amélioration des résultats sur la santé, tout en renforçant l'attractivité du Canada comme destination pour les médicaments novateurs, la recherche et les essais cliniques.

¹ Catégorie regroupant la polyarthrite rhumatoïde (PAR), le psoriasis, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) et la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

² IQVIA Canada. Private Payer Time to Access Analysis. 2026.

³ Gagnon-Arpin, Isabelle, Wanlin Chen et Chad Leaver. Comprendre l'écart 2.0 : Une analyse pancanadienne des régimes d'assurance-médicaments d'ordonnance. Ottawa : Conférence Board du Canada, 2022.



À PROPOS

Depuis 2018, Médicaments novateurs Canada (MNC) publie son rapport annuel national sur les générateurs de coûts du marché privé. Le rapport propose une analyse approfondie des facteurs contribuant à la croissance des coûts des réclamations des régimes privés d'assurance médicaments, ainsi qu'un aperçu des tendances globales reflétant les conditions dominantes du marché. Ces constats peuvent aider les promoteurs de régime, les conseillers, les assureurs et les responsables des politiques à mieux comprendre l'évolution des régimes privés d'assurance médicaments et la façon dont ils peuvent continuer à concilier accès, innovation et abordabilité.

La recherche s'appuie sur les données de réclamations d'IQVIA, qui représentent 80 % du marché privé canadien. Toute référence à des changements par rapport aux années précédentes est fondée sur cette base de données actualisée. L'analyse ne tient pas compte des économies potentielles découlant du recours croissant aux ententes sur la liste des produits (ELP) négociées et pourrait donc gonfler certaines estimations de croissance et de coût. Par ailleurs, elle mesure la croissance en se basant uniquement sur les réclamations soumises sur le marché privé et sur l'effet des réclamants. Les lecteurs sont encouragés à comparer leur propre expérience aux tendances générales du marché décrites dans le rapport.

RÉSUMÉ

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, en offrant un accès plus rapide et plus généreux aux médicaments que les régimes publics. Ce niveau d'accès est inestimable pour les participants aux régimes qui gèrent des besoins de santé chroniques ou aigus, ainsi que pour les employeurs qui cherchent à soutenir une main-d'œuvre en santé, productive et engagée. Les régimes privés d'assurance médicaments offrent l'accès à des options de traitement optimales 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.

La croissance totale des coûts des régimes privés d'assurance médicaments en 2025 est demeurée conforme aux tendances historiques, à 6,7 %, ce qui correspond au taux de croissance annuel composé de 6,7 % observé depuis 2019. Malgré l'introduction continue de médicaments novateurs de spécialité et à volume élevé, cette stabilité du taux démontre que le marché demeure viable. Il est important de noter que cette mesure ne tient pas compte des rabais confidentiels négociés dans le cadre des ententes sur la liste des produits (ELP), ce qui signifie que la croissance des coûts déclarée ne reflète pas entièrement le coût net pour les régimes privés et sous-estime probablement la stabilité sous-jacente du marché. Grâce aux effets combinés de la gestion des régimes d'assurance médicaments, de l'évolution de la combinaison de médicaments et du cycle d'innovation plus large, le marché privé démontre la compatibilité entre la valeur, un accès large et rapide à l'innovation, et la viabilité.

La croissance totale des coûts se composait d'une croissance de 4,2 % du coût par réclamation et d'une croissance de 2,4 % de l'utilisation, cette dernière étant fortement influencée par des écarts marqués dans les tendances de croissance selon la catégorie de coût des médicaments. Pour les médicaments coûtant moins de 10 000 \$, le coût par réclamation a été le principal facteur de croissance. Pour les médicaments coûtant plus de 10 000 \$, l'utilisation a eu une plus grande influence. Étant donné que la catégorie de moins de 10 000 \$ représente une part considérablement plus importante des coûts du marché (66,8 % contre 33,2 %), sa dynamique de générateurs de coûts a eu une incidence plus marquée sur les résultats globaux.

Bien que les réclamations à coût élevé occupent une place importante dans les discussions sur l'abordabilité, les réclamations annuelles dépassant 100 000 \$ ne représentent que 0,03 % de



l'ensemble des réclamations. Environ 99,3 % des réclamations déposées par les participants aux régimes concernaient des médicaments coûtant moins de 10 000 \$ par année, alors que seulement 0,7 % des réclamations étaient attribuables à des médicaments coûtant plus de 10 000 \$ par année. Cela donne à penser que le défi de viabilité posé par les réclamations à coût élevé découle moins de leur prévalence que de la volatilité financière qu'elles engendrent, particulièrement en l'absence de mécanismes de mise en commun appropriés.

Les traitements pour les maladies chroniques ont continué de constituer la plus grande composante des dépenses des régimes privés d'assurance médicaments, représentant 73,9 % des coûts totaux et 78,7 % de la croissance globale des coûts. Les thérapies utilisées pour traiter le diabète, l'obésité, les maladies auto-immunes, les affections inflammatoires, les maladies cardiovasculaires et les troubles de santé mentale continuent de jouer un rôle de plus en plus important dans le soutien de la santé à long terme des Canadiens en âge de travailler. Les principaux contributeurs à la croissance annuelle ont été les médicaments antidiabétiques et anti-obésité, les modificateurs de la réponse biologique et les autres agents immunomodulateurs et immunosuppresseurs, ce qui témoigne des progrès continus dans le traitement des affections chroniques et complexes.

Les données montrent une migration importante des réclamants de la catégorie de 25 000 \$ à 100 000 \$ (-8,5 %) vers la catégorie de 10 000 \$ à 25 000 \$ (17,1 %), largement attribuable à l'adoption croissante de médicaments biosimilaires dans la catégorie des modificateurs de la réponse biologique pour la polyarthrite rhumatoïde, le psoriasis, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Cette transition illustre le cycle d'innovation pharmaceutique à l'œuvre : les thérapies qui font initialement leur entrée sur le marché à un coût élevé deviennent souvent plus abordables avec le temps, à mesure que la concurrence s'intensifie. En donnant accès à ces thérapies novatrices plus tôt, durant leur période de protection par brevet, les régimes privés d'assurance médicaments permettent aux participants de bénéficier de traitements avancés plus tôt qu'ils ne le pourraient autrement. Pour les personnes vivant avec une maladie chronique, un accès rapide peut contribuer à améliorer la gestion thérapeutique, à réduire le risque de progression et, potentiellement, à prévenir une invalidité de longue durée, procurant ainsi une valeur qui va au-delà du seul coût des médicaments.

Les Canadiens en âge de travailler demeurent les principaux utilisateurs des régimes privés d'assurance médicaments. Les personnes âgées de 25 à 64 ans ont représenté la majorité (76,9 %) des dépenses des régimes privés d'assurance médicaments, celles âgées de 45 à 64 ans représentant 50,1 % des coûts totaux et 53,6 % de la croissance annuelle des coûts. La croissance du nombre de réclamants la plus rapide a été observée chez les Canadiens de 65 ans et plus, à 3,3 %. Cette tendance reflète à la fois des changements démographiques plus vastes et le nombre croissant de Canadiens qui demeurent sur le marché du travail plus longtemps et qui continuent de compter sur les régimes offerts par leur employeur.

En offrant un accès plus rapide et plus large aux nouveaux médicaments que les régimes publics, le marché des régimes privés d'assurance médicaments joue un rôle essentiel dans l'amélioration des résultats sur la santé, tout en renforçant l'attractivité du Canada comme destination pour les médicaments novateurs, la recherche et les essais cliniques. Pour préserver cette proposition de valeur, il faut des stratégies de viabilité qui protègent un accès large et rapide à l'innovation plutôt que de le restreindre ou de le retarder. Par exemple, des économies à court terme peuvent être réalisées en encourageant un nombre de jours d'approvisionnement plus élevé, lorsque cela est cliniquement approprié pour les médicaments à coût moindre, afin de réduire les coûts non liés aux médicaments, comme les frais d'exécution d'ordonnance et les marges bénéficiaires des pharmacies. Parallèlement, le renforcement de la mise en commun, ainsi que d'autres mécanismes de partage des risques, peut permettre de mieux répartir l'incidence financière du nombre relativement restreint de réclamations à coût élevé sur une population plus large. Ensemble, ces approches complémentaires améliorent l'abordabilité et la prévisibilité pour les assureurs et les promoteurs de régime, tout en préservant l'accès rapide et complet aux médicaments novateurs qui distingue le marché des régimes privés d'assurance médicaments au Canada.



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

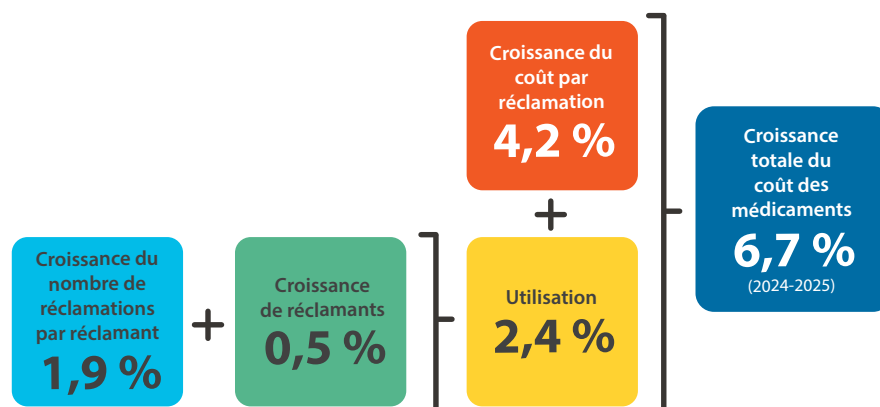
Trois facteurs expliquent la croissance du coût des réclamations auprès des régimes privés d'assurance médicaments :

1. l'utilisation, soit :
 - a. le nombre de personnes qui présentent des réclamations,
 - b. le nombre de réclamations que chaque personne présente;
2. le coût de chaque réclamation.

Les deux premiers facteurs sont regroupés sous l'utilisation, qui représente la fréquence à laquelle un régime d'assurance médicaments est utilisé. Le coût par réclamation représente le montant remboursé pour chaque réclamation, lequel fluctue selon les changements dans les médicaments utilisés (combinaison de médicaments), les prix des fabricants, les frais d'exécution d'ordonnance et les marges bénéficiaires de la pharmacie. La distinction entre ces facteurs permet de déterminer si la hausse des coûts découle du fait qu'un plus grand nombre de personnes utilisent davantage de médicaments, ou du fait que chaque réclamation devient plus coûteuse.

En 2025, les coûts totaux des régimes privés d'assurance médicaments ont augmenté de 6,7 %, l'augmentation de l'utilisation (2,4 %) représentant XX % de cette croissance (voir les figures 1 et 2). Ces chiffres offrent un aperçu global de la croissance du marché, mais un examen plus approfondi des catégories de coûts individuelles révèle d'importantes différences dans les facteurs de cette croissance (voir la section « Impact des coûts de traitement »).

FIGURE 1 : **Générateurs de coûts du marché privé, 2024-2025**



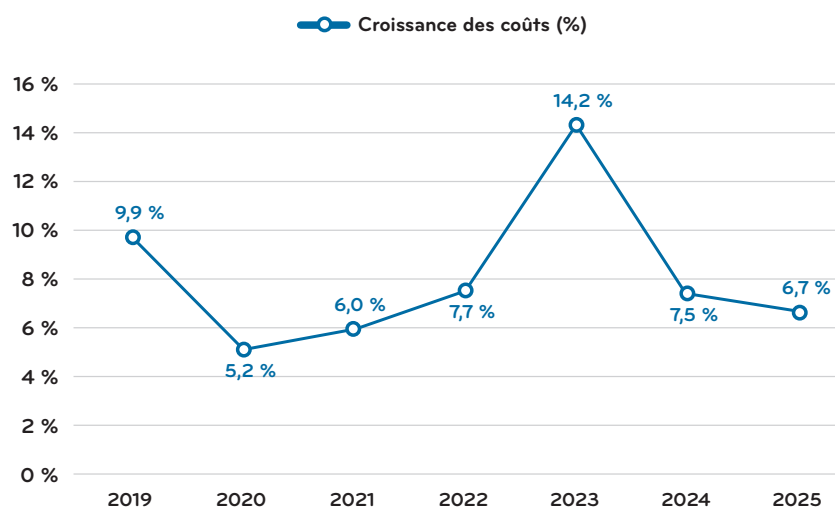
Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.

Remarque : Un effet croisé de 0,1 % a également été calculé; il s'agit d'un effet minime qu'aucun des effets ci-dessus ne prend en compte isolément. En d'autres termes, l'effet croisé est une composante résiduelle de la variation nette qui contribue au coût total des médicaments.



FIGURE 2 : **Croissance des coûts pour les régimes privés d'assurance médicaments, 2019-2025**

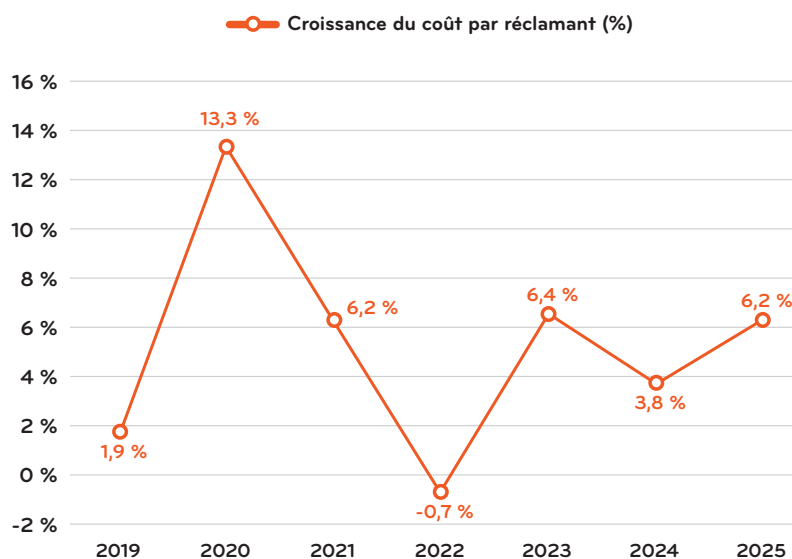
TCAC (2019-2025) : 6,7 %



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.

Le coût moyen par réclamant a augmenté de 6,2 % en 2025 (voir la figure 3).

FIGURE 3 : **Coûts moyen par réclamant pour les régimes privés d'assurance médicaments, 2019-2025**

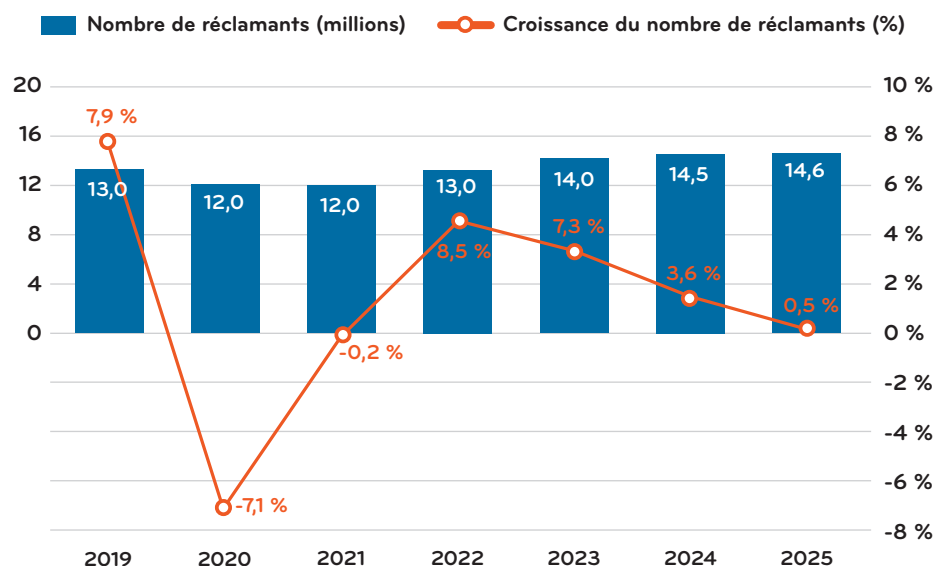


Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.



Le nombre de réclamants n'a augmenté que de 0,5 % en 2025. Il s'agit d'une baisse importante du taux de croissance par rapport aux trois dernières années, qui ont connu une croissance élevée attribuable principalement à une augmentation démographique sans précédent et à la reprise du marché après les perturbations liées à la pandémie (voir la figure 4).

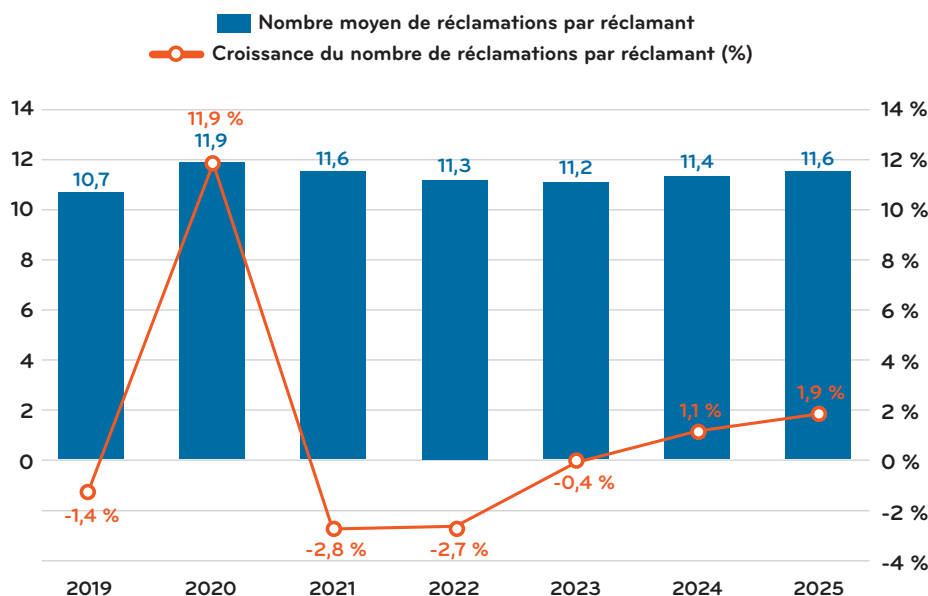
FIGURE 4 : **Nombre de réclamants des régimes privés d'assurance médicaments, 2019-2025**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.

Following the sharp increase in 2020 due to days' supply restrictions implemented during the pandemic to mitigate the risk of drug shortages, the number of claims per claimant has remained relatively steady between 11 and 12 claims annually. The 1.9% increase in 2025 was the largest since 2020. (See Figure 5)

FIGURE 5 : **Nombre moyen de réclamations par réclamant pour les régimes privés d'assurance médicaments, 2019-2025**

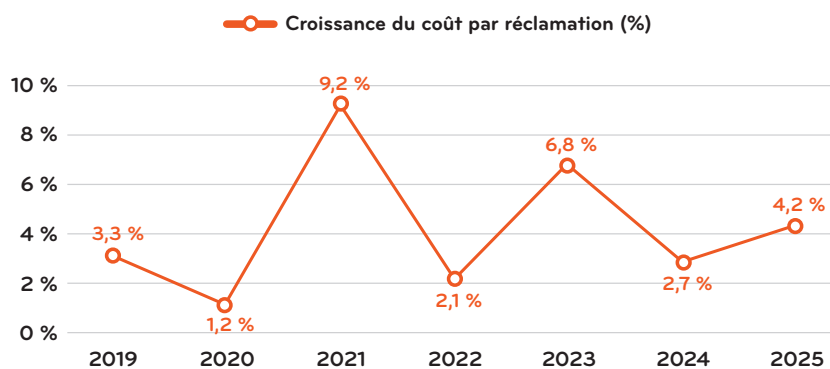


Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.



Le coût moyen par réclamation a augmenté de 4,2 % en 2025 (voir la figure 6).

FIGURE 6 : **Coûts moyen par réclamation pour les régimes privés d'assurance médicaments, 2019-2025**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.





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 à usage chronique sont ceux utilisés de manière continue pour traiter des affections de longue durée telles que le diabète, l'hypertension ou la dépression. 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.

Traitements pour la perte de poids

Pour la première fois dans la méthodologie du rapport, les médicaments pour la perte de poids ont été classés parmi les médicaments pour les maladies chroniques et regroupés avec la classe thérapeutique des médicaments antidiabétiques. Les médicaments nouvellement approuvés et prescrits pour la prise en charge de l'obésité pendant des durées d'un an ou plus⁴ ont entraîné le reclassement des médicaments pour la perte de poids, qui sont passés de la catégorie non chronique à la catégorie chronique.

En 2025, les médicaments à usage chronique ont continué de constituer la plus grande part des dépenses des régimes privés d'assurance médicaments, représentant 73,9 % des coûts totaux et 78,7 % de la croissance annuelle des coûts. Les traitements pour les maladies non chroniques ont représenté 21,0 % des coûts totaux et 15,7 % de la croissance annuelle des coûts. Les thérapies anticancéreuses ont représenté le reste, soit 5,1 % des coûts totaux et 5,5 % de la croissance annuelle des coûts (voir les figures 7 et 8).

FIGURE 7 :
Répartition des coûts des régimes privés d'assurance médicaments selon les traitements pour les maladies chroniques, les maladies non chroniques et le cancer, 2025

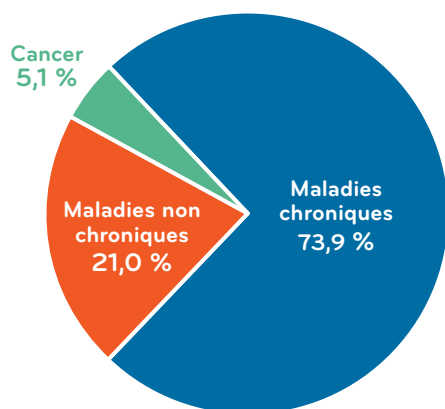
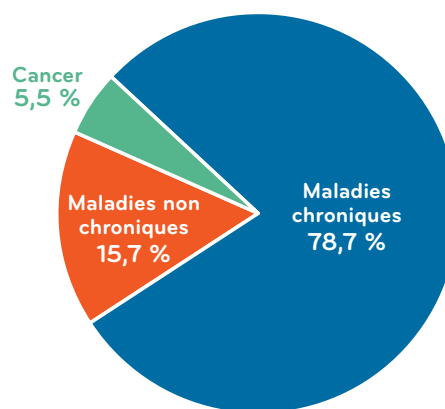


FIGURE 8 :
Contribution à la croissance des coûts selon les traitements pour les maladies chroniques, les maladies non chroniques et le cancer, 2024-2025



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.

Remarque : Les totaux peuvent ne pas correspondre à 100 % en raison de l'arrondissement.

⁴ 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.



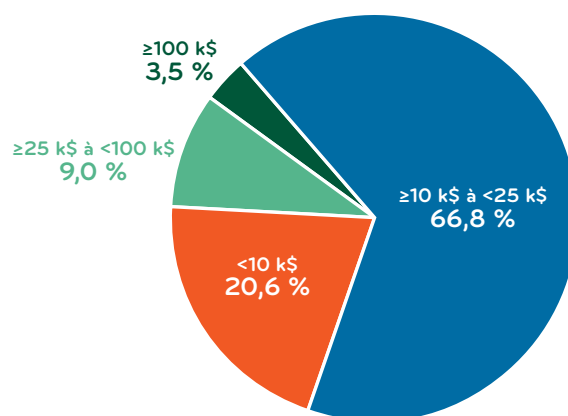
IMPACT DES COÛTS DE TRAITEMENT

Les médicaments coûtant moins de 10 000 \$ par année ont représenté 99,3 % de l'ensemble des réclamations des régimes privés d'assurance médicaments en 2025 (voir l'annexe 3, figure 23). Ils ont été responsables de 66,8 % des coûts totaux des réclamations des régimes privés et de 51,0 % de la croissance des coûts, cette dernière étant largement attribuable aux médicaments antidiabétiques et anti-obésité. Les médicaments dont le coût de traitement annuel se situe entre 10 000 \$ et 25 000 \$ ont représenté 20,6 % des coûts des régimes privés d'assurance médicaments et 53,1 % de la croissance des coûts, les traitements les plus courants dans cette catégorie étant ceux contre les maladies auto-immunes.

Les données ont révélé un recul de la part des médicaments coûtant entre 25 000 \$ et 100 000 \$, celle-ci étant passée de 10,3 % en 2024 à 9,0 % en 2025, ce qui constitue un recul de 10,5 % de leur contribution à la croissance globale des coûts. Ce recul est largement attribuable à l'introduction et à l'adoption de médicaments biosimilaires. Les médicaments dépassant 100 000 \$ par année ont représenté 3,5 % des coûts totaux et 6,4 % de la croissance des coûts, tout en ne représentant que 0,03 % des réclamations (voir les figures 9 et 10).

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 (voir l'annexe 2) 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 pour atténuer ces répercussions et préserver l'accès tout en gérant le risque.

FIGURE 9 : **Répartition des coûts des régimes privés d'assurance médicaments par catégorie de coûts de traitement, 2025**

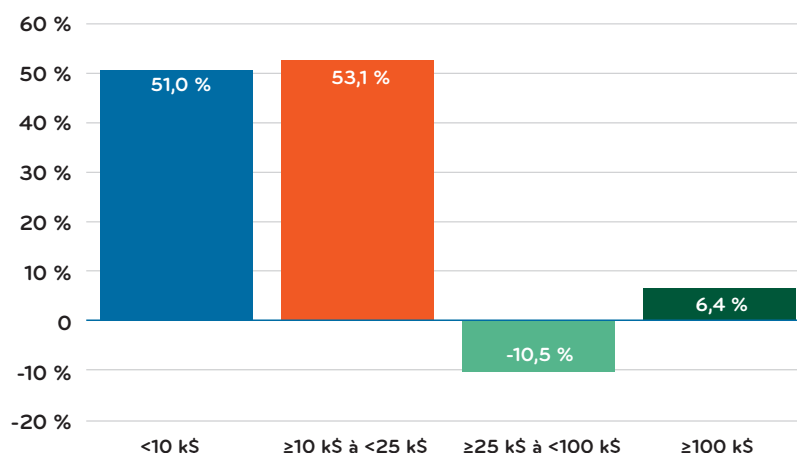


Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.

Remarque : Les totaux peuvent ne pas correspondre à 100 % en raison de l'arrondissement.



FIGURE 10 : **Contribution à la croissance des coûts par catégorie de coûts de traitement, 2024-2025**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.

Remarque : Les totaux peuvent ne pas correspondre à 100 % en raison de l'arrondissement.

Les facteurs de croissance selon la catégorie de coût de traitement annuel en 2025 révèlent des dynamiques distinctes au sein du marché privé des médicaments. Les médicaments de moins de 10 000 \$ ont représenté la majorité des dépenses totales du marché et plus de la moitié de la croissance globale, les hausses étant principalement attribuables à un coût par réclamation plus élevé. Cela reflète l'adoption accrue de nouveaux médicaments antidiabétiques remplaçant les traitements plus anciens, ce qui met en évidence le rôle de l'évolution des pratiques cliniques au sein des catégories à volume élevé. En revanche, les médicaments de plus de 10 000 \$ ont été principalement attribuables à une hausse de l'utilisation, presque entièrement attribuable à la croissance du nombre de nouveaux réclameurs.

Au sein de cette catégorie, des changements notables dans la répartition des réclameurs ont été observés, en particulier de la fourchette de 25 000 \$ à 100 000 \$ vers celle de 10 000 \$ à 25 000 \$. Cela reflète en grande partie l'adoption croissante des médicaments biosimilaires pour les modificateurs de la réponse biologique utilisés pour traiter la polyarthrite rhumatoïde, le psoriasis, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

Bien que les médicaments à coût plus élevé représentent une part moindre de l'ensemble des réclamations, ces changements dans l'utilisation sont importants pour comprendre les tendances de croissance sous-jacentes.

La catégorie des médicaments de moins de 10 000 \$ demeure le principal contributeur à la croissance globale du marché, compte tenu de son ampleur. Par conséquent, les tendances au sein de cette catégorie continuent d'influencer de façon disproportionnée les résultats globaux du marché et contribuent à expliquer pourquoi l'utilisation a eu une incidence plus modérée sur la croissance globale par rapport aux années précédentes.

La croissance dans la catégorie de coût de traitement de 100 000 \$ et plus était entièrement attribuable aux nouveaux réclameurs amorçant un traitement (+13,4 %), tandis que le coût par réclamation (-0,3 %) et le nombre de réclamations par réclameur (-0,4 %) ont tous deux légèrement diminué.

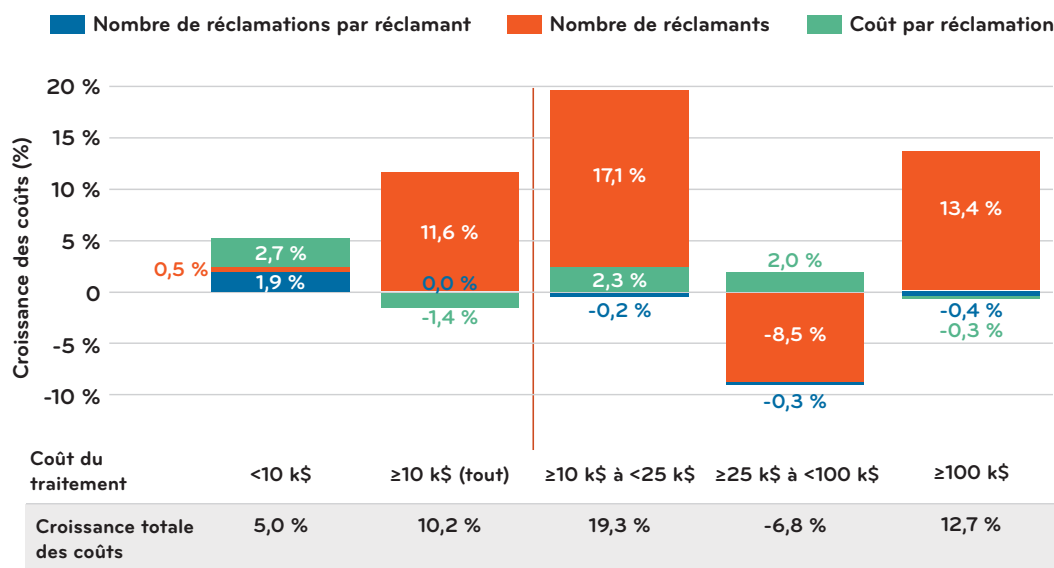
La catégorie de coût de traitement de 25 000 \$ à 100 000 \$ a connu une baisse de 8,5 % du nombre de réclameurs, principalement attribuable à la migration vers des médicaments biosimilaires à coût moindre dans la catégorie de 10 000 \$ à 25 000 \$. Cette tendance concorde avec l'augmentation de 17,1 % du nombre de réclameurs dans la catégorie de 10 000 \$ à 25 000 \$, ce qui reflète l'adoption



continue de médicaments biosimilaires dans la catégorie des modificateurs de la réponse biologique (voir la figure 11).

Malgré ces changements entre les catégories, le nombre absolu de réclamants touchés demeure faible dans le contexte du marché global.

FIGURE 11 : Facteurs de croissance des coûts par catégorie de coûts de traitement, 2024-2025



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.

Remarque : Les totaux peuvent ne pas correspondre à 100 % en raison de l'arrondissement.

Le retour sur valeur au fil du cycle d'innovation

Le marché privé offre un accès plus généreux⁵ et plus rapide⁶ que les régimes publics, ce qui en fait une voie essentielle pour que les Canadiens puissent bénéficier des plus récentes innovations thérapeutiques. Pour les participants aux régimes, un accès plus rapide à des thérapies plus efficaces peut les aider à prendre en charge leur état de santé plus tôt, à maintenir leur qualité de vie, à demeurer actifs sur le marché du travail et, potentiellement, à éviter la progression de la maladie ou des interventions plus coûteuses à l'avenir.

Les médicaments novateurs sont généralement lancés à un prix plus élevé, ce qui reflète les investissements majeurs nécessaires pour la recherche, le développement et la mise en marché de nouveaux traitements destinés aux patients. Avec le temps, à mesure que les brevets expirent, des médicaments concurrents génériques et biosimilaires font leur entrée sur le marché et créent une concurrence qui réduit considérablement les coûts tout en préservant l'accès à des thérapies éprouvées. Les répercussions sur le marché deviennent manifestes lorsque les produits perdent leur exclusivité et font face à une concurrence importante.

C'est le cycle d'innovation à l'œuvre : l'investissement dans de nouvelles thérapies permet

⁵ Gagnon-Arpin, Isabelle, Wanlin Chen et Chad Leaver. Comprendre l'écart 2.0 : Une analyse pancanadienne des régimes d'assurance-médicaments d'ordonnance. Ottawa : Conference Board du Canada, 2022.

⁶ IQVIA Canada. Private Payer Time to Access Analysis. 2026.

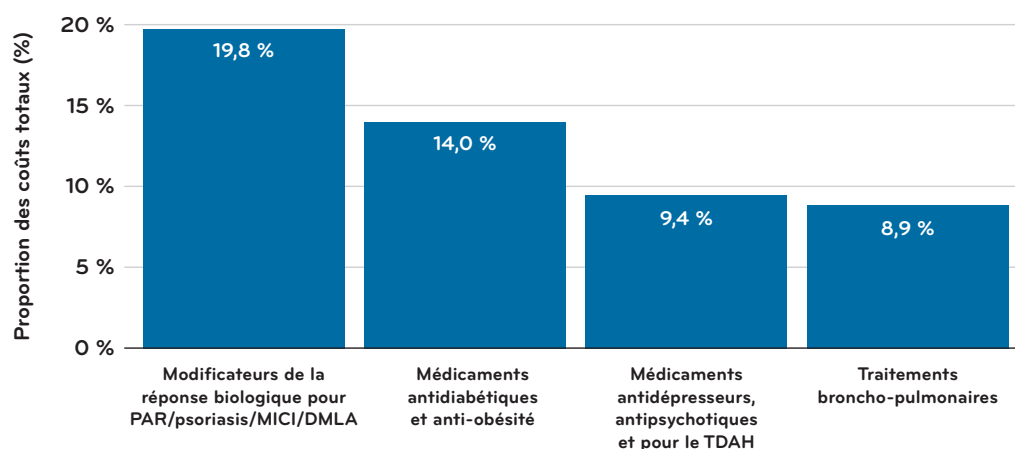


aux patients de bénéficier dès aujourd'hui des plus récentes avancées de la médecine; ces thérapies deviennent éventuellement des options de traitement à coût moindre grâce à la concurrence des médicaments génériques et biosimilaires; et les économies qui en résultent contribuent à créer la marge de manœuvre nécessaire pour couvrir la prochaine génération d'innovations. Les plus récentes données sur les générateurs de coûts démontrent que ce cycle fonctionne efficacement au sein du marché privé canadien; de nouveaux traitements sont adoptés, les patients ont accès à l'innovation plus tôt, et la croissance globale demeure gérable sans déstabiliser le système.

IMPACT DE LA CLASSE THÉRAPEUTIQUE

Les médicaments biologiques pour les maladies auto-immunes ont été la principale classe thérapeutique pour les régimes privés d'assurance médicaments en 2025, représentant 19,8 % des coûts des réclamations, une proportion stable par rapport aux années précédentes. Les produits anti-obésité ont été combinés aux médicaments antidiabétiques dans l'ensemble de données de 2025, ce qui porte cette catégorie à 14,0 % des coûts des réclamations. Ces catégories étaient suivies par les médicaments antidépresseurs, antipsychotiques et pour le TDAH, avec 9,4 %, ainsi que par les traitements broncho-pulmonaires, avec 8,9 % (voir la figure 12).

FIGURE 12 : **Les 4 premières classes thérapeutiques dan les coûts pour les régimes privés, 2025**

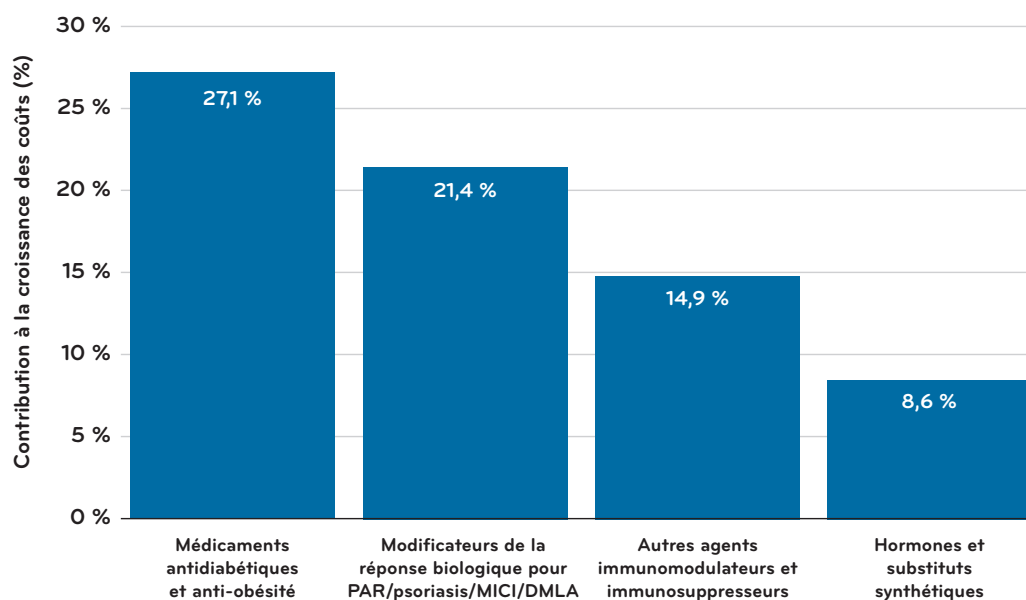


Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.

Les médicaments antidiabétiques et anti-obésité ont été le principal contributeur à la croissance des coûts, à 27,1 %, ce qui reflète le reclassement des médicaments contre l'obésité dans la catégorie des médicaments antidiabétiques. Les médicaments biologiques pour les maladies auto-immunes ont également contribué de façon importante à la croissance des coûts, à 21,4 %, bien que cette part soit inférieure à celle des années précédentes. Les autres agents immunomodulateurs et immunosuppresseurs, qui comprennent les inhibiteurs de JAK, ont contribué à hauteur de 14,9 % supplémentaires à la croissance des coûts de 2024-2025. Les hormones et les substituts synthétiques complètent les quatre premières classes, contribuant à hauteur de 8,6 % à la croissance des coûts (voir la figure 13).



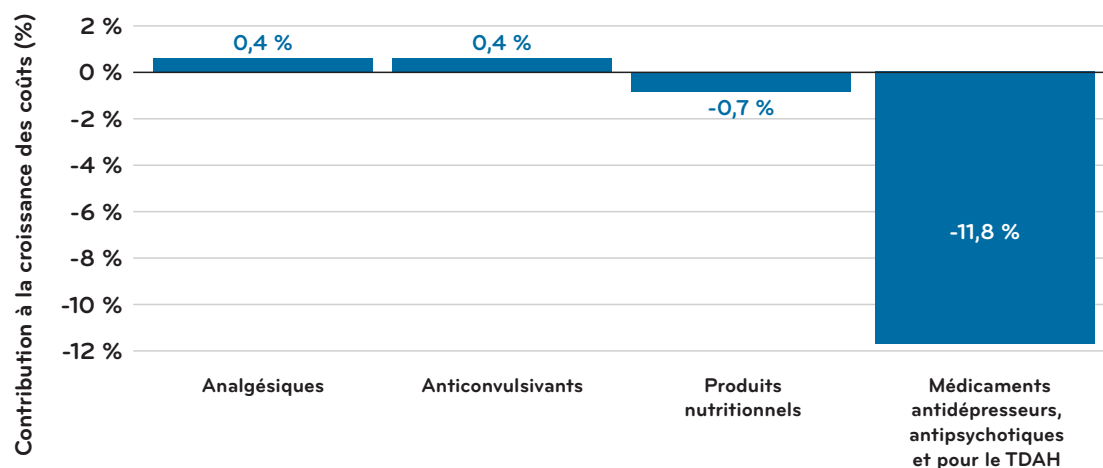
FIGURE 13 : **Les 4 premières classes thérapeutiques en fonction de leur contribution à la croissance des coûts, 2024-2025**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.

Les médicaments antidépresseurs, antipsychotiques et pour le TDAH ont affiché un recul de 11,8 % de leur contribution à la croissance globale des coûts, après plusieurs années de croissance stable. Cette diminution est attribuable au lancement de médicaments génériques. Parmi les autres classes thérapeutiques ayant apporté une contribution relativement faible à la croissance des coûts figurent les produits nutritionnels (-0,7 %), les anticonvulsivants (0,4 %) et les analgésiques (0,4 %) (voir la figure 14).

FIGURE 14 : **Les 4 dernières classes thérapeutiques en fonction de leur contribution à la croissance des coûts, 2024-2025**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.



IMPACT DU VIEILLISSEMENT

L'âge a une incidence importante sur l'utilisation, puisque tant la probabilité de présenter une réclamation que le volume de réclamations augmentent généralement avec l'âge. Les conclusions du rapport de cette année concernant l'incidence du vieillissement concordent avec celles des rapports antérieurs sur les générateurs de coûts.

Les groupes d'âge de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans, qui constituent la majorité de la population active canadienne, sont demeurés les principaux contributeurs à la croissance des coûts des réclamations, représentant 76,9 % des coûts totaux et 79,5 % de la croissance totale des coûts (voir les figures 15 et 16).

FIGURE 15 :
Répartition des coûts des régimes privés d'assurance médicaments par groupe d'âge, 2025

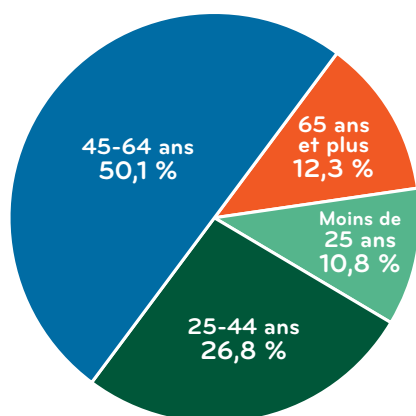
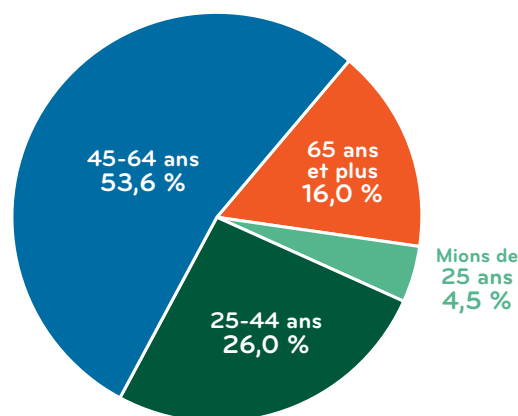


FIGURE 16 :
Contribution à la croissance des coûts par groupe d'âge, 2024-2025



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.

Remarque : Les totaux peuvent ne pas correspondre à 100 % en raison de l'arrondissement.

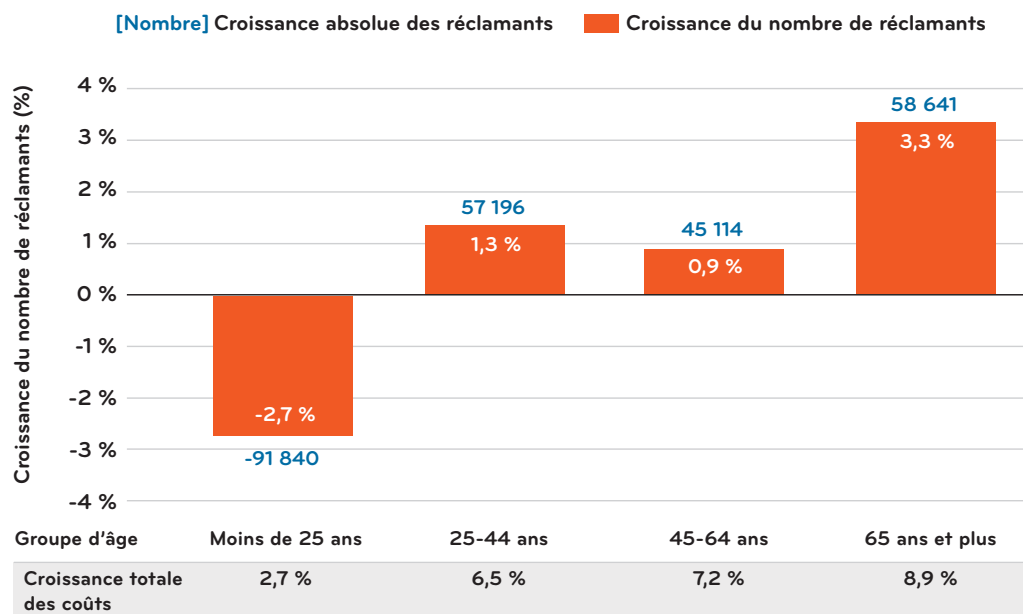
Le groupe des moins de 25 ans a connu un recul de 2,7 %, soit 91 840 réclamants de moins entre 2024 et 2025. Les deux tiers de cette diminution sont attribuables à une baisse du nombre de réclamants de moins de 25 ans en Ontario (60 966), suivie d'une baisse de 7357 au Québec et de 5793 en Colombie-Britannique. Toutes les autres provinces ont connu une légère baisse, se situant entre 1000 et 5000 réclamants, dans le groupe des moins de 25 ans, tandis que l'Alberta a connu une hausse de 1925 réclamants.





La population en âge de travailler a connu de modestes augmentations du nombre de réclamants, soit 1,3 % dans le groupe des 25 à 44 ans et 0,9 % dans le groupe des 45 à 64 ans, respectivement. Bien que les personnes âgées représentent un faible pourcentage des réclamants des régimes privés d'assurance médicaments, le groupe des 65 ans et plus a connu la plus forte hausse du nombre de réclamants, à 3,3 %, ainsi que la plus forte hausse de la croissance des coûts, à 8,9 % (voir la figure 17).

FIGURE 17 : **Croissance du nombre de réclamants par groupe d'âge, 2024-2025**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.

La valeur du système mixte d'assurance médicaments au Canada

Comparativement aux régimes publics, l'assurance médicaments privée donne à des millions de Canadiens en âge de travailler, ainsi qu'à leur famille, un accès à près de deux fois plus de médicaments novateurs⁷, et ce, près de deux fois plus rapidement⁸. 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. À l'échelle nationale, cet investissement dans l'innovation contribue à l'attractivité du Canada comme destination de lancement pour les nouveaux traitements, la recherche 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. Plus que jamais, la rapidité et l'étendue de l'accès sont essentielles pour que le marché privé se distingue des régimes publics, particulièrement dans un contexte où le régime universel d'assurance médicaments à payeur unique proposé par le gouvernement fédéral pourrait s'étendre.

⁷ Gagnon-Arpin, Isabelle, Wanlin Chen et Chad Leaver. Comprendre l'écart 2.0 : Une analyse pancanadienne des régimes d'assurance-médicaments d'ordonnance. Ottawa : Conference Board du Canada, 2022.

⁸ IQVIA Canada. Private Payer Time to Access Analysis. 2026.



IMPACT DES JOURS D'APPROVISIONNEMENT

Bien que le prix des médicaments soit souvent au centre des efforts de réduction des coûts des réclamations, il existe d'autres possibilités de réaliser des économies sans compromettre l'étendue et la rapidité de l'accès. L'une de ces possibilités consiste à regarder au-delà du prix du médicament et à examiner comment les autres éléments d'une réclamation, comme les coûts non liés aux ingrédients, influencent les coûts globaux des réclamations.

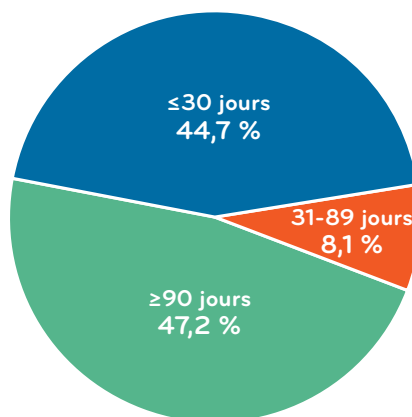
Les coûts des médicaments sur ordonnance et les jours d'approvisionnement ont été examinés dans toutes les provinces, à l'exception du Québec, pour trois catégories courantes de médicaments sous forme solide administrés par voie orale, qui comprennent généralement des médicaments génériques moins coûteux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

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

Les médicaments faisant possiblement l'objet d'une limite du nombre de jours d'approvisionnement, tels que les anxiolytiques, les hypnotiques, les sédatifs et les psychostimulants, n'ont pas été inclus dans la présente analyse, puisqu'ils font souvent l'objet d'une réglementation sur les substances contrôlées.

Les ordonnances de 30 jours d'approvisionnement ou moins continuent de représenter une part importante des réclamations, soit 44,7 % de l'ensemble des réclamations auprès des régimes privés d'assurance médicaments en 2025. De plus en plus de politiques et de régimes sont conçus de manière à encourager une durée d'approvisionnement plus longue. Toutefois, cette transition s'opère lentement, et il reste possible de réaliser des économies supplémentaires.

FIGURE 18 : **Répartition des réclamations par catégorie de jours d'approvisionnement, 2025**



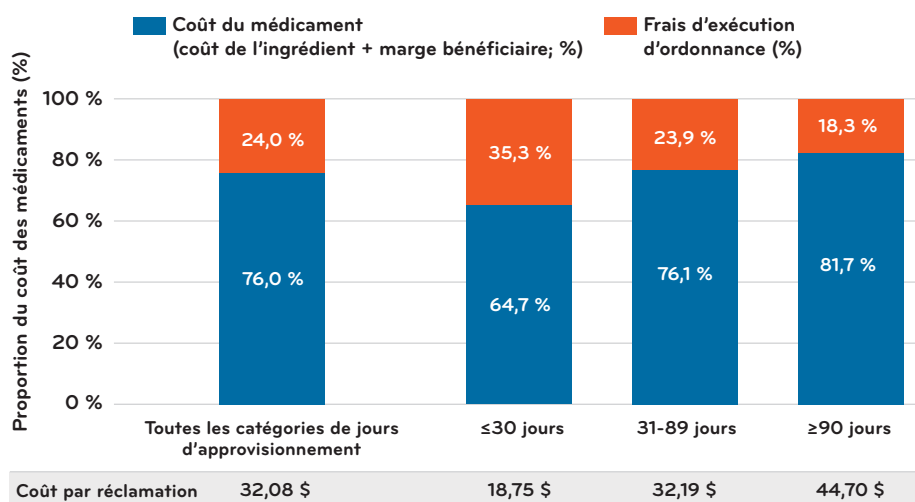
Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.

Remarque : Les totaux peuvent ne pas correspondre à 100 % en raison de l'arrondissement.



Les frais d'exécution d'ordonnance ont représenté en moyenne 24,0 % du coût d'une ordonnance de médicaments sous forme solide administrés par voie orale, toutes catégories de jours d'approvisionnement confondues. Les frais d'exécution d'ordonnance varient de 35,3 % pour les ordonnances de 30 jours et moins à 18,3 % pour les ordonnances de 90 jours et plus (voir la figure 19).

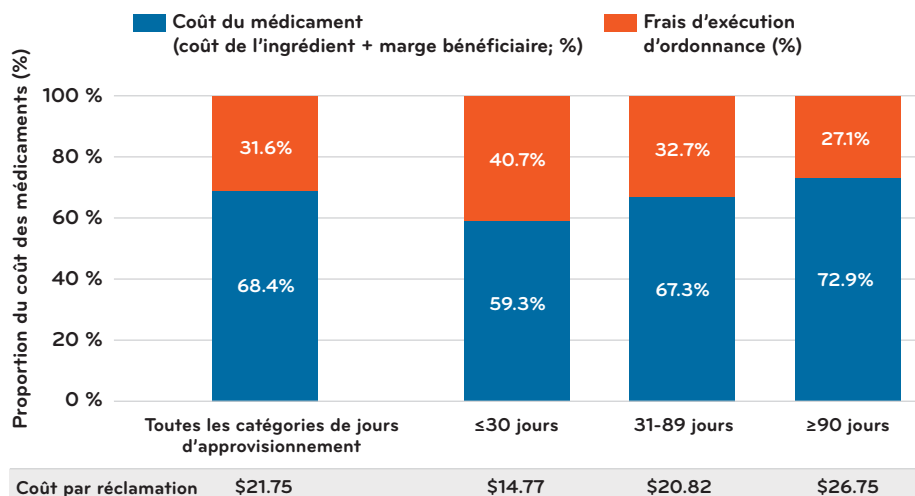
FIGURE 19 : **Proportion du coûts des médicaments et des frais d'exécution d'ordonnance pour les médicaments antidépresseurs, antipsychotiques et pour le TDAH, les médicaments antidiabétiques et anti-obésité, ainsi que les médicaments cardiovasculaires, 2025**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.

L'écart est le plus marqué pour les médicaments cardiovasculaires sous forme solide administrés par voie orale, où les frais d'exécution d'ordonnance représentaient 31,6 % du coût d'une ordonnance, toutes catégories d'approvisionnement confondues. Cette proportion allait d'un sommet de 40,7 % pour une durée d'approvisionnement de 30 jours ou moins à 27,1 % pour une durée d'approvisionnement de 90 jours ou plus (voir la figure 20).

FIGURE 20 : **Proportion de coûts des médicaments et des frais d'exécution d'ordonnance pour les médicaments cardiovasculaires par catégorie de jours d'approvisionnement, 2025**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.



Le cas échéant, l'augmentation du nombre de jours d'approvisionnement pour les ordonnances de médicaments à usage chronique à coût moindre pourrait entraîner une réduction des coûts d'ordonnance et générer des économies globales pour les régimes d'assurance médicaments, en réduisant le coût de traitement quotidien moyen de jusqu'à 40 %⁹.

POINTS À RETENIR

Le rapport 2026 sur les générateurs de coûts souligne que la croissance des coûts des régimes privés d'assurance médicaments est attribuable à une combinaison de l'utilisation, de changements dans les habitudes de traitement et de l'évolution du coût des médicaments. Pour les personnes qui gèrent des régimes d'avantages sociaux, les constats du rapport soulèvent plusieurs éléments à considérer avec les promoteurs de régime en matière d'abordabilité, de viabilité et de conception des régimes

Regarder au-delà des médicaments à coût élevé pour évaluer les coûts des régimes

Les coûts des régimes privés d'assurance médicaments ont augmenté de 6,7 % en 2025, une hausse principalement attribuable aux traitements coûtant moins de 10 000 \$ par année. Ces médicaments ont représenté 66,8 % des coûts totaux et 51,0 % de la croissance des coûts, alors que les réclamations dépassant 100 000 \$ ne représentaient que 0,03 % des réclamations.

Par conséquent, les discussions sur la gestion des coûts devraient tenir compte de l'ensemble du portefeuille de réclamations, plutôt que de se concentrer exclusivement sur les médicaments à coût élevé ou de spécialité. Comprendre les facteurs sous-jacents de l'utilisation et des coûts pour les thérapies à volume élevé peut être tout aussi important que la gestion des réclamations catastrophiques.

Les maladies chroniques, là où se concentrent la plus grande pression et la plus grande occasion à saisir

Les traitements pour les maladies chroniques ont représenté 73,9 % des dépenses des régimes privés d'assurance médicaments et 78,7 % de la croissance totale des coûts. Les médicaments antidiabétiques et anti-obésité ont été le principal contributeur à la croissance, suivi des modificateurs de la réponse biologique et des autres agents immunomodulateurs et immunosuppresseurs.

Cela signifie que les régimes d'assurance médicaments peuvent, et devraient, être envisagés comme faisant partie d'une stratégie plus large de gestion des maladies chroniques. Le soutien d'un traitement approprié et rapide peut contribuer à maintenir les employés en meilleure santé et productifs, en s'attaquant aux affections responsables d'une part importante des dépenses des régimes.

Distinguer les tendances d'utilisation des véritables pressions sur les prix

La hausse de 6,7 % des coûts totaux reflète à la fois une utilisation accrue et un coût par réclamation plus élevé. Il est important de noter que les facteurs diffèrent selon la catégorie de coût de traitement : les médicaments à coût moindre ont été principalement influencés par un coût par réclamation plus élevé, tandis que l'utilisation a été un facteur plus important parmi les thérapies à coût plus élevé.

Pour les conseillers, cela signifie qu'il faut comprendre pourquoi les coûts augmentent avant de recommander une mesure de maîtrise des coûts. Une stratégie conçue pour s'attaquer au prix pourrait avoir une incidence limitée lorsque l'utilisation est le principal facteur, et vice-versa.

⁹ Estimation réalisée en modélisant le coût journalier (coût du médicament et frais d'exécution d'ordonnance) de trois réclamations pour des ordonnances de 30 jours par rapport à une réclamation pour une ordonnance de 90 jours.



Reconnaître le cycle d'innovation plus large

Le recul du segment des réclameurs dans la catégorie de 25 000 \$ à 100 000 \$, accompagné d'une croissance dans le segment de 10 000 \$ à 25 000 \$, reflète l'évolution continue des médicaments biologiques et l'adoption des médicaments biosimilaires. Cela démontre l'évolution du profil de coûts des thérapies à mesure que la concurrence fait son entrée sur le marché.

Ainsi, l'innovation devrait être envisagée de façon dynamique plutôt que d'être perçue uniquement comme une source de coûts initiaux plus élevés. Rendre les nouvelles thérapies accessibles dès que possible peut permettre aux participants des régimes d'accéder plus tôt aux traitements, tandis que la concurrence subséquente des médicaments génériques et des médicaments biosimilaires crée des occasions d'améliorer l'abordabilité au fil du temps.

Utiliser les jours d'approvisionnement comme levier pratique de gestion des coûts

Il existe une occasion inexploitée de réduire les coûts non liés aux médicaments associés aux habitudes de délivrance. Près de la moitié des réclamations pour les trois catégories sélectionnées de médicaments sous forme solide administrés par voie orale sont pour une période de 30 jours ou moins, tandis que les frais d'exécution d'ordonnance représentaient en moyenne 24,0 % des coûts d'ordonnance. Lorsque cliniquement approprié, l'allongement de la période d'approvisionnement peut réduire le coût de traitement quotidien moyen de jusqu'à 40 %.

Pour les conseillers, cela signifie que les stratégies de maîtrise des coûts ne doivent pas toutes restreindre l'accès aux médicaments. L'examen des jours d'approvisionnement et des autres coûts non liés aux ingrédients peut offrir une occasion relativement simple de réduire les coûts et le nombre de visites des participants à la pharmacie, tout en maintenant l'accès au traitement.





Aider les régimes de petite taille à gérer la volatilité

Bien que les réclamations à coût très élevé soient rares (0,03 % de l'ensemble des réclamations en 2025), elles peuvent avoir une incidence disproportionnée sur les promoteurs des régimes de petite taille. L'analyse de la volatilité du rapport sur les générateurs de coûts de 2023 montre comment une seule réclamation à coût élevé peut avoir une incidence importante sur l'expérience de coûts d'un régime de petite taille.

Cela signifie que la gestion des risques et la mise en commun demeurent des composantes importantes de la viabilité des régimes. Les conseillers devraient aider les employeurs à distinguer les tendances sous-jacentes prévisibles des réclamations de la volatilité créée par des réclamations peu fréquentes, mais exceptionnellement coûteuses.

Le rôle du conseiller devient de plus en plus stratégique

Les données renforcent la valeur d'examiner les régimes d'assurance médicaments sous plusieurs angles, notamment l'utilisation, le coût de traitement, la classe thérapeutique, la démographie et les jours d'approvisionnement. Grâce à cette information, les conseillers en régimes peuvent aider les promoteurs à mieux comprendre les facteurs sous-jacents des coûts de leur régime d'assurance médicaments et à ne pas se limiter aux seuls leviers de maîtrise des coûts pour évaluer la valeur du régime. Cela suppose de tenir compte de l'incidence que les stratégies de gestion des coûts peuvent avoir sur la valeur d'un accès large et rapide aux nouveaux traitements. Une vue d'ensemble permet aux promoteurs d'évaluer non seulement le coût de leur régime, mais aussi la valeur qu'ils procurent en retour.

L'occasion pour les conseillers en avantages sociaux est de faire évoluer la conversation, en passant de « Comment réduisons-nous les coûts des médicaments? » à « Qu'est-ce qui alimente nos coûts, et où pouvons-nous améliorer la valeur sans compromettre inutilement l'accès? ».





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 offerte à l'échelle canadienne. Elle représente environ 80 % des réclamations directes de médicaments auprès des régimes privés au Canada. La base de données comprend neuf des dix principaux assureurs privés, administrateurs tiers et gestionnaires de régimes d'avantages sociaux, ce qui lui permet de présenter les données de plus de 13 millions de réclamants actifs qui font au total plus de 153 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.
3. Une projection des données a été utilisée pour les données interrompues de deux fournisseurs, afin d'obtenir le taux de couverture le plus élevé possible des régimes privés d'assurance médicaments :
 - a. Le premier fournisseur présentait des données manquantes sur les coûts, les réclamants et les réclamations pour la période du 26 octobre 2025 au 31 décembre 2025. La proportion présumée du marché manquant en 2025 était d'environ 2,6 % pour les coûts, 1,1 % pour les réclamants et 2,6 % pour les réclamations. Les coûts, les réclamants et les réclamations pour la période du 1er janvier 2025 au 25 octobre 2025 ont été divisés par 1 moins les proportions susmentionnées, respectivement, afin de projeter les coûts, les réclamants et les réclamations pour l'ensemble de l'année 2025.
 - b. Le deuxième fournisseur présentait des données manquantes sur les réclamants pour la période du 1er janvier 2023 au 28 février 2023. La proportion présumée du marché manquant en 2023 était de 1,2 % pour les réclamants. Les réclamants pour la période du 1er mars 2023 au 31 décembre 2023 ont été divisés par 1 moins la proportion susmentionnée afin de projeter les réclamants pour l'ensemble de l'année 2023.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.

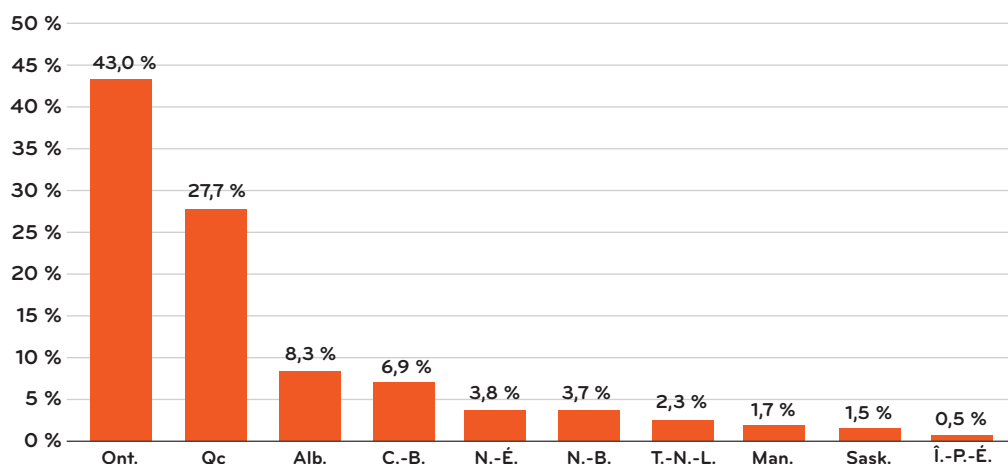
Les déclarations, les constatations, les conclusions, les points de vue et les opinions contenus dans cette publication sont fondés en partie sur des données obtenues avec l'autorisation d'IQVIA Solutions Canada Inc. Tous droits réservés. Les déclarations, les constatations, les conclusions, les points 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

La majeure partie des coûts des réclamations des régimes privés était concentrée en Ontario et au Québec, qui représentaient ensemble 70,7 % des coûts totaux. L'Alberta et la Colombie-Britannique représentaient une part supplémentaire de 15,2 % du marché privé, tandis que les provinces plus petites détenaient la plus faible part du marché privé (voir la figure 21).

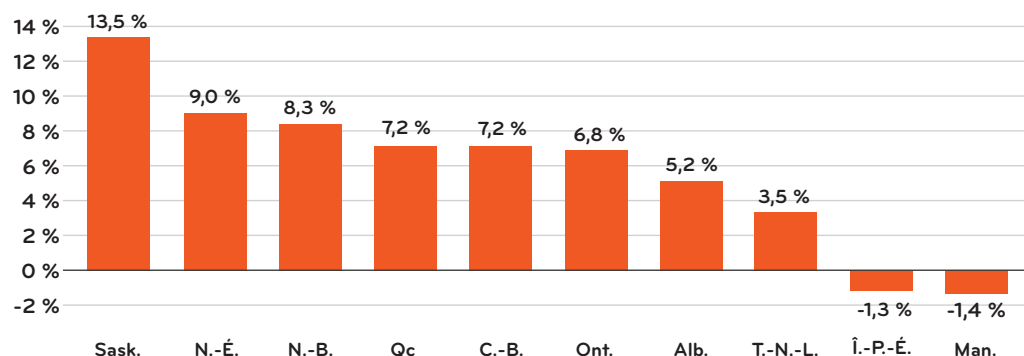
FIGURE 21 : **Part des coûts par région, 2024-2025**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.

La Saskatchewan a connu la plus forte croissance des coûts sur douze mois, à 13,5 %, suivie de la Nouvelle-Écosse, à 9,0 %, et du Nouveau-Brunswick, à 8,3 %. Le Manitoba et l'Île-du-Prince-Édouard ont connu un recul des coûts des régimes privés d'assurance médicaments, largement attribuable au transfert du remboursement de certains médicaments vers les programmes provinciaux d'assurance médicaments (voir la figure 22).

FIGURE 22 : **Croissance des coûts par région, 2024-2025**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.



ANNEXE 2 – ANALYSE DE LA VOLATILITÉ DE 2023

Bien que les traitements coûteux ne représentent qu'une proportion relativement faible des réclamations de médicaments, ils sont susceptibles d'entraîner une volatilité importante des coûts pour les régimes privés d'assurance médicaments, en particulier chez les petits employeurs dont la population de réclamants est limitée. Dans le cadre du rapport 2023 sur les générateurs de coûts, une analyse a été menée afin de mieux comprendre ce risque en quantifiant la prévalence et l'incidence des réclamations de médicaments à coût élevé chez les promoteurs de régime de différentes tailles.

À l'aide de la base de données d'IQVIA sur les régimes privés d'assurance médicaments au Canada, les promoteurs de régime ont été classés selon leur taille, mesurée par le nombre de réclamants uniques annuels, puis regroupés selon qu'ils avaient ou non au moins une réclamation de médicament à coût élevé, c'est-à-dire une thérapie dont le coût annuel moyen dépasse 25 000 \$ par patient. L'analyse a ensuite comparé la prévalence des réclamations de médicaments à coût élevé et leur incidence sur le coût médian des médicaments par réclamant selon les différentes catégories de taille des promoteurs de régime.

La section suivante est un extrait du rapport 2023 sur les générateurs de coûts. Elle conserve la numérotation et la mise en page d'origine. C'est pourquoi les pages suivantes sont numérotées de 13 à 20.



Impact des produits à coût élevé sur les régimes d'assurance médicaments

Les petits promoteurs de régime hors Québec restent vulnérables aux répercussions financières des réclamations de médicaments à coût élevé dans le cadre de leurs régimes d'assurance, en raison des mécanismes de partage des risques et de mise en commun existants⁴. L'incidence des réclamations de médicaments à coût élevé entraîne souvent des augmentations substantielles des primes d'assurance pour les années à venir. Étant donné que la majorité des promoteurs de régime sont de petite taille, les réclamations à coût élevé ont de graves conséquences financières pour une grande partie des promoteurs.

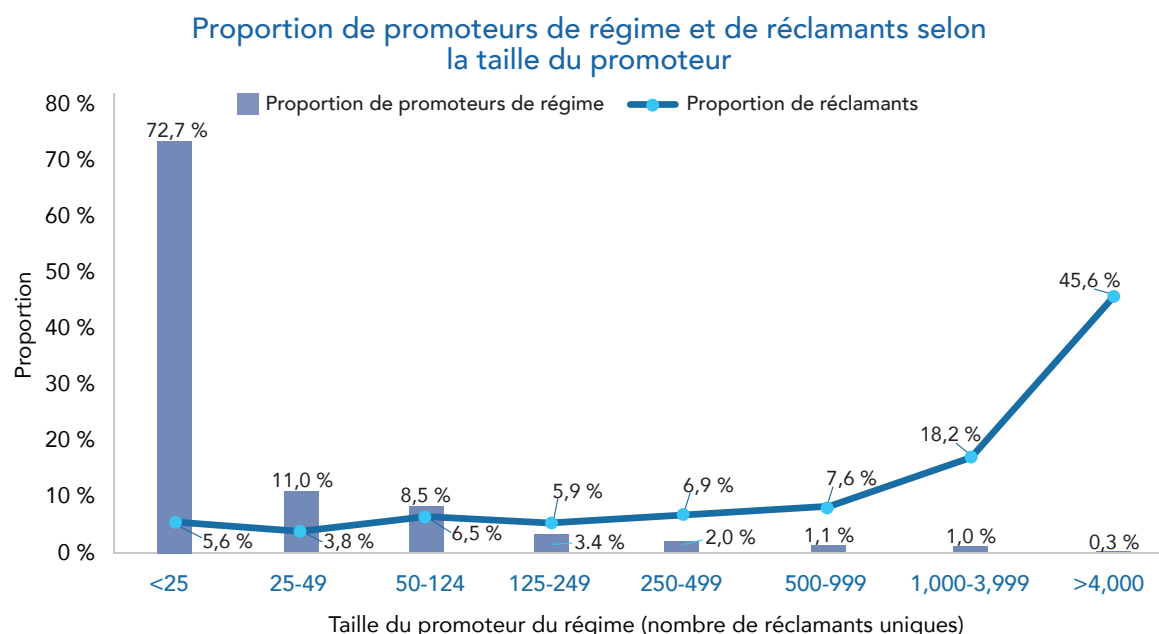
Pour évaluer la volatilité subie par les promoteurs de régime d'assurance médicaments, nous avons analysé l'incidence des données sur les réclamations de médicaments à coût élevé en fonction de la taille du promoteur de régime, mesurée par le nombre de réclamants uniques. L'analyse souligne la nécessité de mettre en œuvre des stratégies efficaces de mise en commun des risques et d'assurance. Dans le cadre de cette analyse, nous avons défini les réclamations à coût élevé comme coûtant plus de 25 000 \$ annuellement par réclamant.

La figure 7 illustre une relation inverse entre le nombre de promoteurs de régime dans chaque catégorie de taille et leur part du nombre total de réclamants. Près de trois quarts des promoteurs de régime (72,7 %) comptent 25 réclamants ou moins, mais leur proportion par rapport au nombre total de réclamants est relativement faible (5,6 %). En revanche, seul 0,3 % des promoteurs de régime comptent plus de 4000 réclamants, mais ils représentent tout de même près de la moitié (45,6 %) de l'ensemble des réclamants.

⁴ Voir la page 14 pour en savoir plus sur le modèle de mise en commun des médicaments du Québec.



Figure 7. Relation inverse entre le nombre de promoteurs de régime dans chaque catégorie de taille et leur part du nombre total de réclamants.



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

La proportion de promoteurs de régime ayant des réclamations de médicaments à coût élevé (plus de 25 000 \$ ou plus de 50 000 \$) est de plus en plus importante chez les grands promoteurs. En particulier, 96,1 % des grands promoteurs reçoivent au moins une réclamation de médicament coûtant 25 000 \$ ou plus annuellement par patient (voir la figure 8), et 82,8 % d'entre eux reçoivent au moins une réclamation de médicament coûtant 50 000 \$ ou plus annuellement par patient (voir la figure 9). En revanche, les plus petits promoteurs de régime reçoivent moins de réclamations à coût élevé, avec seulement 1,9 % des réclamations dépassant 25 000 \$ et 0,3 % dépassant 50 000 \$.

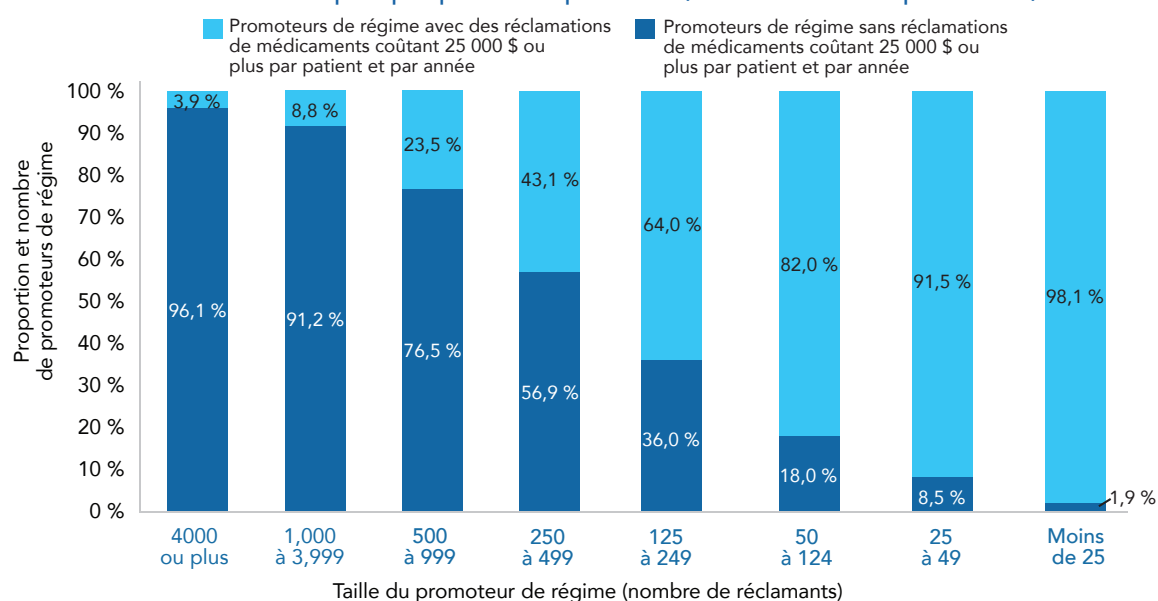
Si cette situation peut sembler positive pour les petits promoteurs de régime, pour les régimes hors Québec, les conséquences des réclamations à coût élevé peuvent être importantes en raison des modèles actuels de mise en commun du secteur de l'assurance. Bien que les petits promoteurs puissent initialement bénéficier de coûts d'assurance moins élevés, ils risquent d'être confrontés à des augmentations substantielles de leurs primes s'ils reçoivent une réclamation de médicament à coût élevé. Ce risque souligne



l'importance d'une bonne gestion des risques et de mécanismes de mise en commun pour les petits promoteurs de régime qui optent pour des régimes d'assurance maladie entièrement assurés, afin qu'ils puissent faire face aux défis financiers potentiels associés aux réclamations de médicaments à coût élevé.

Figure 8. Les grands promoteurs de régime reçoivent une part plus importante de réclamations de médicaments coûtant plus de 25 000 \$

Répartition des coûts des promoteurs de régime avec et sans réclamations de médicaments coûtant 25 000 \$ ou plus par patient et par année, selon la taille du promoteur, 2022

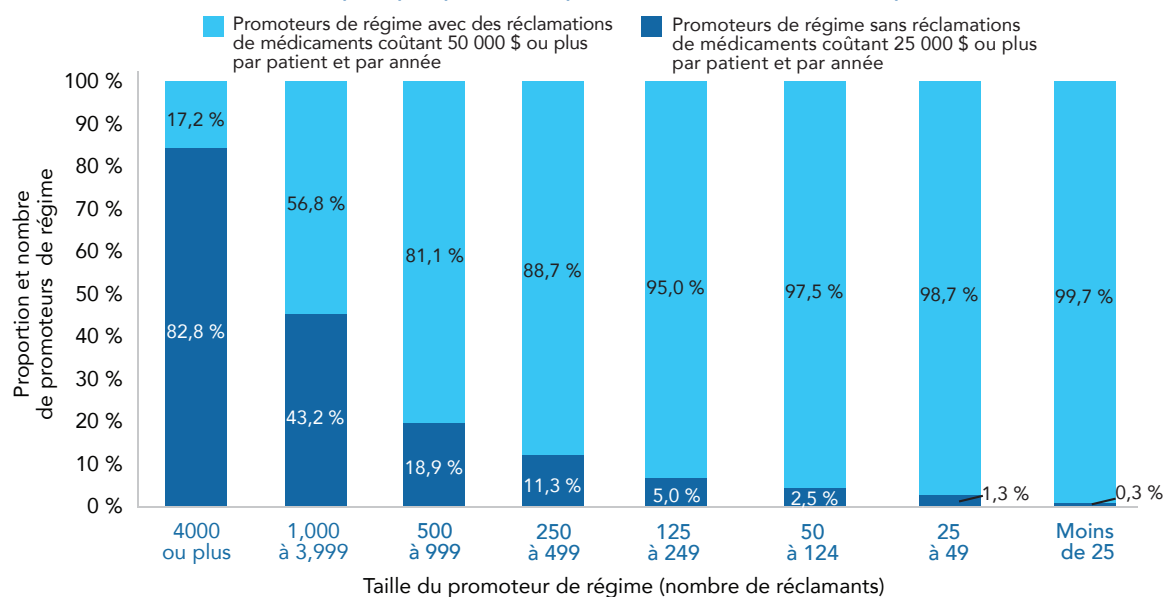


Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA.



Figure 9. Les grands promoteurs de régime reçoivent une part plus importante de réclamations de médicaments coûtant plus de 50 000 \$

Répartition des coûts des promoteurs de régime avec et sans réclamations de médicaments coûtant 50 000 \$ ou plus par patient et par année, selon la taille du promoteur, 2022

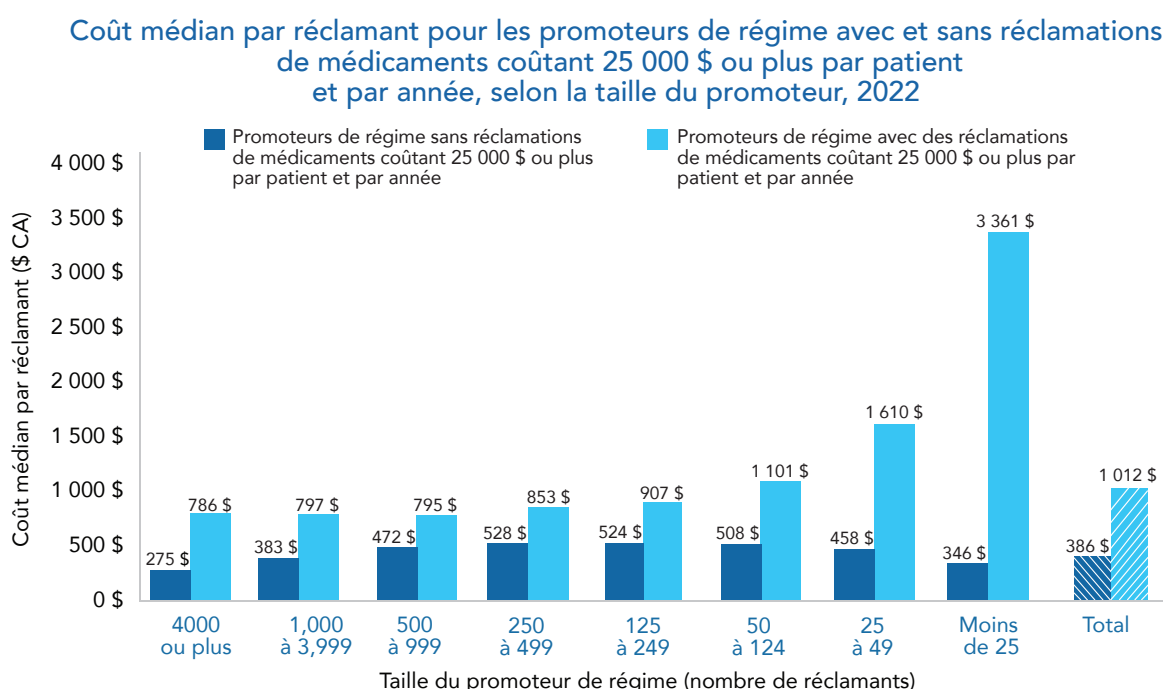


Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA.



Les figures 10 et 11 présentent le coût médian par réclamant en fonction de la taille du promoteur du régime, avec ou sans réclamation à coût élevé. Les données démontrent que, pour les petits promoteurs de régime (moins de 25 réclamants) ayant reçu une réclamation de médicament coûtant plus de 25 000 \$ annuellement par patient, le coût médian par réclamant était 10 fois plus élevé que pour les promoteurs de régime n'ayant pas reçu de telles réclamations. Pour les médicaments dépassant 50 000 \$ annuellement par patient (figure 11), le coût médian par patient pour les promoteurs de régime comptant moins de 25 réclamants était 20 fois plus élevé.

Figure 10. Coût médian par réclamant jusqu'à 10 fois plus élevé pour les promoteurs de régime ayant une réclamation de médicament coûtant plus de 25 000 \$

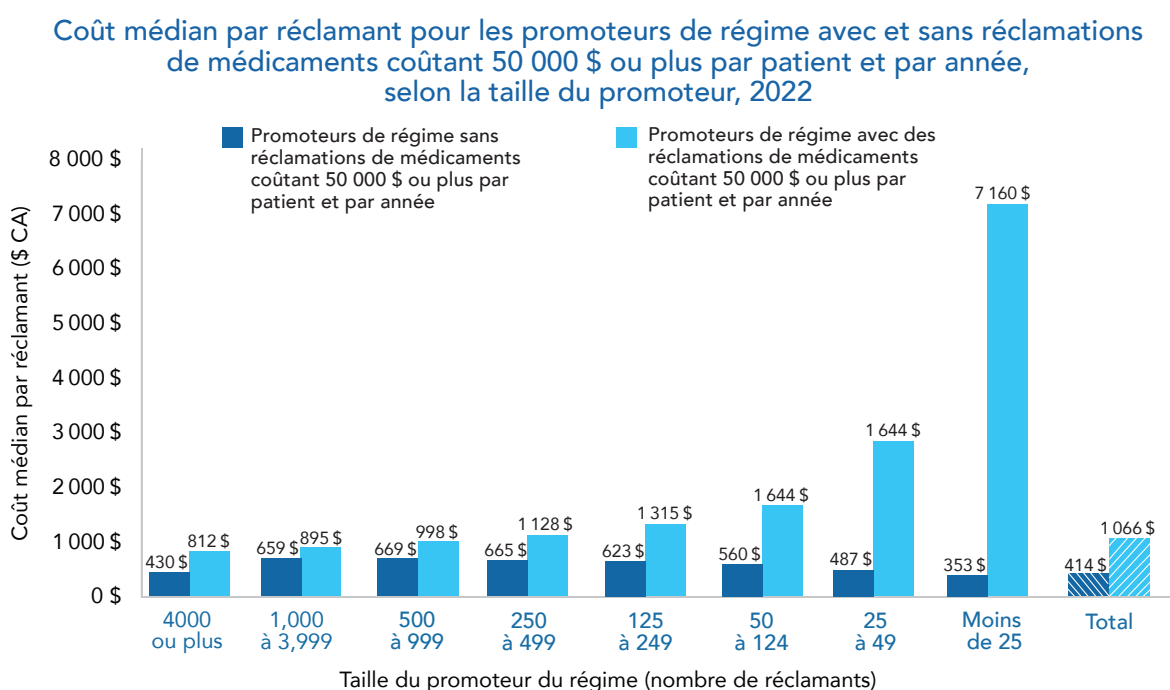


Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA.



À l'inverse, pour les grands promoteurs de régime (500 réclamants ou plus), le coût médian par réclamation était nettement inférieur, qu'ils aient une réclamation à coût élevé ou non. Les répercussions disproportionnées sur les petits promoteurs de régime mettent en lumière la nécessité d'améliorer la gestion des risques et les stratégies de mise en commun pour maintenir une couverture d'assurance complète.

Figure 11. Coût médian par réclamant jusqu'à 20 fois plus élevé pour les promoteurs de régime ayant une réclamation de médicament coûtant plus de 50 000 \$



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

Gestion des risques : l'heure du changement a-t-elle sonné?

Les méthodes actuelles de gestion des risques appliquées par les assureurs hors Québec pour évaluer les risques et déterminer les primes ne répondent pas aux besoins de nombreux promoteurs de régime. Pour atténuer le risque, il arrive souvent que les régimes mis à la disposition des petits promoteurs de régime n'offrent pas la protection d'assurance dont ils ont besoin dans le marché actuel.



Le renouvellement des primes d'assurance maladie suit généralement un processus transparent, dans le cadre duquel la méthodologie et les données utilisées pour déterminer les primes d'assurance maladie sont communiquées au promoteur du régime et à son conseiller. Cela permet aux promoteurs de régime de mieux comprendre les facteurs qui déterminent le coût de leur régime et d'évaluer la prime proposée.

Toutefois, étant donné que la méthode de mise en commun combine les réclamations de plusieurs promoteurs de régime, la manière dont les frais de mise en commun sont déterminés manque de transparence. Les promoteurs de régime disposent de peu de données pour comprendre comment ces frais sont calculés et s'ils offrent une protection raisonnable par rapport à leurs coûts.

Néanmoins, les promoteurs de régime se sentent contraints d'acheter une protection de mise en commun en raison de la tarification selon les résultats de leurs régimes et des répercussions possibles des réclamations à coût élevé. Malheureusement, il n'y a pas beaucoup d'options de mise en commun offertes en dehors de leur assureur actuel de régime d'assurance maladie.

Si le coût de la mise en commun devient inabordable pour les promoteurs de régime, ils peuvent recourir à des régimes d'assurance médicaments restrictifs, comme des régimes avec des plafonds ou des formulaires à couverture limitée. Toutefois, ces approches peuvent empêcher les participants aux régimes d'avoir accès aux médicaments nécessaires au maintien de leur santé et de leur productivité. Les régimes d'assurance médicaments restrictifs ne règlent pas non plus le problème sous-jacent de la gestion sous-optimale des risques.

La répartition équitable des coûts globaux des régimes privés d'assurance médicaments entre tous les réclamants par l'industrie canadienne des avantages sociaux, dont le taux de croissance annuel moyen est de 5 à 6 %, pourrait conduire à une couverture plus abordable et plus complète pour les promoteurs de régime. Elle pourrait également faciliter l'accès rapide aux traitements novateurs en éliminant la nécessité d'effectuer des examens approfondis qui sont souvent à l'origine de retards. Étant donné que la méthode actuelle de tarification selon les résultats et de mise en commun utilisée par les assureurs canadiens pour les régimes individuels hors Québec menace leur viabilité à long terme, il convient de mettre en œuvre de nouvelles approches pour atténuer les risques auxquels font face les promoteurs de régime.



Le modèle québécois de mise en commun des médicaments

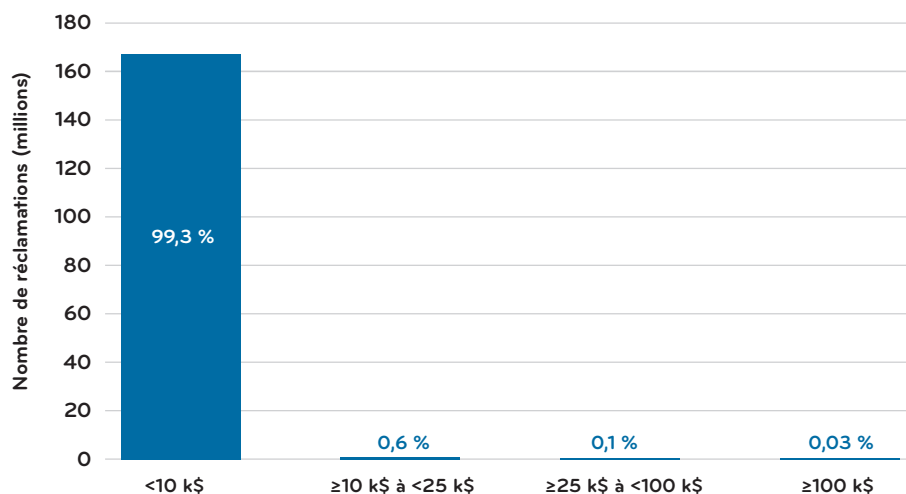
Le modèle québécois de mise en commun des médicaments est devenu un exemple dont le reste du Canada peut s'inspirer. La Société de compensation en assurance médicaments du Québec (SCAMQ) a été créée dans le cadre de la Loi sur l'assurance médicaments de la province en 1997. Elle garantit que le promoteur d'un régime avec une réclamation de médicament importante ne sera pas confronté à des augmentations de coûts excessives qui pourraient menacer la viabilité de son régime. Tous les assureurs et administrateurs de régimes d'avantages sociaux pour les résidents du Québec sont tenus de mettre en commun les risques inhérents au coût des services pharmaceutiques et des médicaments. Selon le modèle, les régimes comptant moins de 6000 participants sont tenus d'adhérer à la mise en commun du Québec. Par conséquent, ils subissent moins de volatilité et bénéficient d'une meilleure protection contre les réclamations à coût élevé que les promoteurs de régime du reste du Canada.

Comme le montrent les données ci-dessus, le modèle de risque actuel du secteur de l'assurance hors Québec, qui fixe les primes et détermine les frais de mise en commun, est incohérent et ne répond pas aux besoins des petits promoteurs de régime, qui représentent collectivement la majorité des régimes d'assurance médicaments et une grande partie des réclamants. Les parties prenantes doivent collaborer pour améliorer la gestion des risques et les systèmes de mise en commun afin de garantir aux patients un accès plus rapide à des traitements complets.



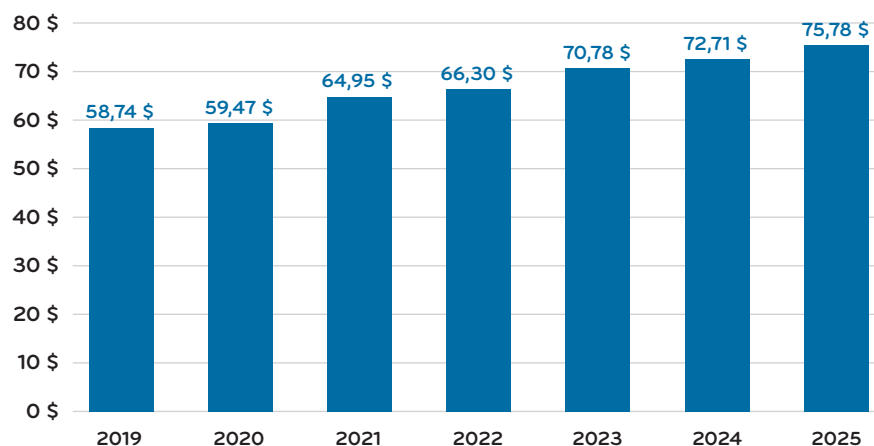
ANNEXE 3 – GRAPHIQUES SUPPLÉMENTAIRES

FIGURE 23 : **Réclamations par catégorie de coûts de traitement**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.

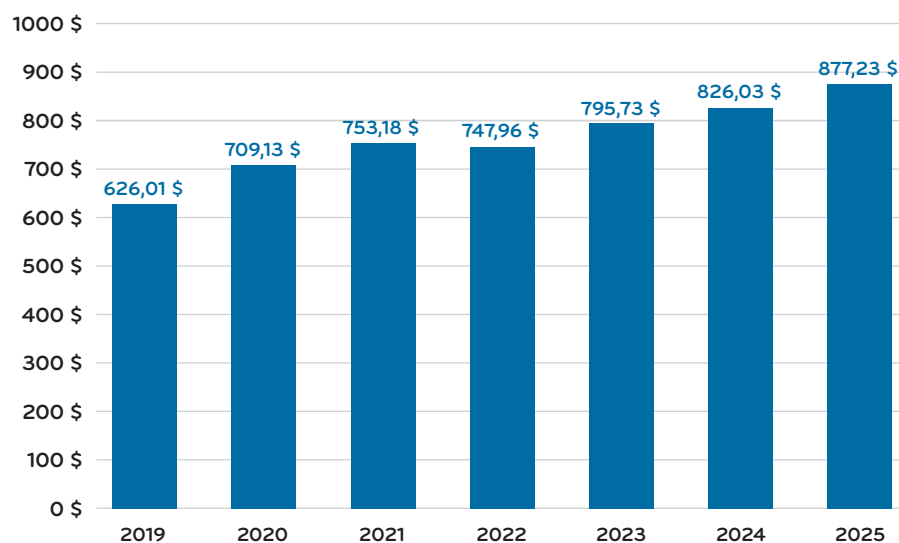
FIGURE 24 : **Coûts moyen par réclamation pour les régimes privés d'assurance médicaments, 2019-2025**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.



FIGURE 25 : **Coûts moyen par réclamant pour les régimes privés d'assurance médicaments, 2019-2025**



Source des données : base de données sur les réclamations de médicaments auprès des régimes privés d'assurance médicaments d'IQVIA, 2026.



innovativemedicines.ca/fr