

Les coûts des régimes d'assurance médicaments sont déterminés par l'utilisation et non par l'inflation: la conception des régimes doit évoluer.



Assurances

Vincent Ng, B. Sc. Pharm., MBA

Directeur général, Solutions santé, Assurance collective,
RBC Assurances

Juillet 2026

Les conseillers en avantages sociaux savent que l'inflation des prix des médicaments n'est pas le principal facteur à l'origine de la hausse des coûts des régimes privés, mais les discussions sur le sujet n'ont pas suffisamment évolué. Lors des renouvellements, l'attention se porte encore largement sur les frais d'exécution, les quotes-parts et le resserrement des listes de médicaments couverts, tandis que le principal moteur de la croissance des coûts — soit l'utilisation — est souvent relégué au second plan. Les données récentes provenant de plusieurs assureurs rendent toutefois cette position de plus en plus difficile à justifier. En 2024, les dépenses ont augmenté de 7,3 % sous l'effet conjugué d'une hausse du nombre d'adhérents présentant des réclamations (« demandeurs »), d'une augmentation du nombre de réclamations par demandeur, et d'une transition vers des traitements plus coûteux [1]. TELUS Santé indique que la proportion d'employés ayant présenté au moins une demande de règlement a augmenté pendant trois années consécutives, passant de 58,7 % en 2023 à 60,5 % en 2024, puis à 61,8 % en 2025. Cette progression soutenue du taux de demandeurs exerce une pression à la hausse durable sur les coûts des régimes d'assurance médicaments, sans qu'aucun signe de renversement de la tendance ne soit observé [2].

Le moteur de l'utilisation

Mais qu'est-ce qui explique cette hausse de l'utilisation ? J'y vois quatre facteurs structurels.

D'abord, les effets des soins reportés pendant la pandémie continuent de se faire sentir et les perturbations engendrées par cette période persistent au sein du système de santé. La pandémie a également modifié les comportements en matière de demandes de règlement, et ces changements ne se sont pas entièrement résorbés. Par ailleurs, les restrictions imposées sur les quantités remises lors des pénuries de médicaments ont entraîné une augmentation de la fréquence des demandes de règlement [1]. Bien que cette poussée se soit atténuée, la proportion globale d'adhérents présentant des demandes de règlement n'est toujours pas revenue aux niveaux antérieurs. Parmi ces quatre facteurs, il s'agit du seul dont les effets devraient naturellement s'estomper avec le temps et il est peu probable qu'il constitue l'explication dominante à long terme.

Les troubles de santé mentale et les troubles du neurodéveloppement sont de plus en plus diagnostiqués. En 2025, le nombre d'adhérents présentant des demandes de règlement pour le TDAH a augmenté de 13,9 %, s'inscrivant dans une tendance de fond observée depuis plusieurs années [3].

Les Canadiens en âge de travailler demeurent les principaux utilisateurs des régimes : les personnes âgées de 25 à 64 ans représentaient 76 % des coûts totaux et de la croissance des coûts [3]. La diminution de la stigmatisation, l'amélioration de l'accès aux soins virtuels et l'évolution des pratiques cliniques ont contribué à élargir la population recevant un traitement. Plusieurs années s'étant maintenant écoulées depuis le début de la pandémie, il devient difficile de considérer ce phénomène comme transitoire.

J'observe également une **progression continue de la prévalence des maladies chroniques au sein de la population en âge de travailler**. Par exemple, la prévalence du diabète au Canada atteignait 10 % en 2024 et continue de progresser, comparativement à 9 % en 2019 [4] et à 8 % en 2007 [5]. Les médicaments contre le diabète constituent souvent la principale catégorie de médicaments des régimes privés en ce qui concerne les dépenses. En 2025, les médicaments d'hormonothérapie substitutive se sont hissés parmi les médicaments traditionnels entraînant les dépenses les plus élevées [3]. Puisque les adultes en âge de travailler, soit les 25 à 64 ans, représentent à eux seuls les trois quarts des coûts totaux des régimes d'assurance médicaments et une proportion comparable de la croissance des coûts observée en 2024 [1], il devient de plus en plus difficile de présumer que les populations actives sont en meilleure santé que l'ensemble de la population.

Les soins virtuels ont durablement abaissé les obstacles à l'instauration et au renouvellement des traitements médicamenteux. Cette amélioration de l'accès constitue un avantage réel, mais elle modifie également les profils d'utilisation. Lorsque le délai entre l'apparition des symptômes et l'obtention d'une ordonnance se raccourcit, les promoteurs de régimes en constatent les effets dans les données de demandes de règlement. La question n'est pas de remettre en cause la télémédecine en tant que telle, mais plutôt de déterminer si la qualité de la prescription et la rigueur du suivi clinique évoluent au même rythme, particulièrement dans les catégories affichant une forte croissance, où une perspective longitudinale est essentielle.

Nous ne pouvons présumer que ces tendances se résorberont d'elles-mêmes, ni que la hausse de l'utilisation est toujours justifiée du seul fait qu'elle découle d'un meilleur accès aux soins ou d'un plus grand nombre de diagnostics. Certes, une partie de cette croissance témoigne de véritables progrès cliniques. Toutefois, elle peut également refléter une moindre rigueur dans les pratiques de prescription ou dans la réévaluation et l'arrêt des traitements, ou encore un élargissement des indications au-delà des populations pour lesquelles les bénéfices sont les mieux établis. Un régime viable à long terme doit faire la distinction entre un accès approprié aux traitements et une expansion non maîtrisée de leur utilisation. Pour les promoteurs de régimes, que la hausse de l'utilisation soit attribuable à une détérioration de l'état de santé, à une amélioration du diagnostic ou à un meilleur accès aux soins, la question fondamentale demeure la même : l'organisation entend-elle agir sur les facteurs sous-jacents, ou se contentera-t-elle d'absorber l'augmentation des coûts ?

L'évolution du profil thérapeutique

Même si le nombre de demandeurs cessait de croître dès demain, de nombreux régimes continueraient de subir des pressions à la hausse sur leurs coûts, puisque les habitudes de prescription évoluent vers des traitements plus coûteux. Il ne s'agit pas seulement d'une question de volume, mais également

d'une question de composition. En 2025, les dépenses liées aux médicaments spécialisés ont progressé de 12,5 %, dépassant largement la croissance de 5,2 % observée pour les médicaments non spécialisés [3]. Les médicaments spécialisés représentent environ le tiers des dépenses admissibles totales des régimes privés (33,9 % en 2025), alors qu'ils ne concernent qu'un peu plus de 2 % des demandeurs [2]. Pour un régime comptant 100 adhérents, cette concentration est particulièrement importante, puisqu'un seul demandeur dont les coûts se chiffrent à plus de 100 000 dollars peut à lui seul influencer de façon déterminante les résultats du renouvellement. L'analyse de TELUS Santé attribue d'ailleurs cette croissance des dépenses en médicaments spécialisés à l'augmentation du nombre de demandeurs plutôt qu'à une hausse du coût moyen par demandeur ; en fait, le coût moyen par demandeur pour ces traitements a légèrement diminué en 2025 [2].

Toutefois, les pressions qui s'exercent sur la viabilité des régimes ne se limitent pas aux demandes de règlement catastrophiques. L'analyse la plus récente des facteurs de coûts de Médicaments novateurs Canada, fondée sur les données de 2024, montre que les médicaments dont le coût annuel est inférieur à 10 000 dollars représentaient 69,1 % des coûts totaux des régimes privés et près des deux tiers de la croissance des coûts observée en 2024 [1]. La tranche des médicaments dont le coût annuel se situe entre 10 000 et 25 000 dollars a, pour sa part, contribué à elle seule au tiers de la croissance des coûts, principalement sous l'effet des traitements contre l'obésité et des médicaments destinés aux maladies auto-immunes [1]. À l'inverse, les médicaments dont le coût annuel dépasse 100 000 dollars ne représentaient que 2,9 % des coûts totaux et moins de 2 % de la croissance des coûts [1]. Autrement dit, le problème ne réside pas uniquement dans les cas extrêmes à coût très élevé, mais également dans la diffusion de traitements de coût intermédiaire auprès de populations plus importantes de demandeurs qui les utilisent de façon chronique. Cette distinction est importante. Elle signifie que les conseillers ont besoin de deux perspectives complémentaires : une vision à l'échelle du marché pour comprendre les tendances de coûts, et une vision propre au régime afin d'évaluer la volatilité, l'exposition aux mécanismes de mutualisation et les risques associés au renouvellement.

À titre de pharmacien clinicien, je considère avec optimisme le fait que cet effet de composition reflète souvent de réels progrès thérapeutiques. Nombre de nouveaux médicaments transforment la vie des Canadiens en améliorant les résultats cliniques et, potentiellement, en réduisant la durée des invalidités, en favorisant la productivité ou en permettant d'éviter certains coûts futurs. Le défi n'est donc pas l'innovation elle-même, mais plutôt la capacité du régime à l'intégrer de manière efficace et à en évaluer la valeur globale afin d'assurer une couverture viable à long terme.

Les médicaments de gestion du poids en sont un exemple : les dépenses dans cette catégorie ont augmenté de 61 % en 2025 après avoir bondi de 104 % l'année précédente, ce qui en fait la catégorie affichant la croissance la plus rapide parmi les régimes privés au Canada [2]. Le sémaglutide a représenté 17,7 % de la hausse totale des dépenses du portefeuille d'Express Scripts Canada en 2025, tandis que la part de Wegovy dans les dépenses consacrées au sémaglutide est passée de 1 % à 19 % [3]. La molécule sous-jacente est pourtant la même ; ce sont les indications thérapeutiques et les catégories de traitement auxquelles sont imputées les dépenses qui évoluent. Les données de Médicaments novateurs Canada font ressortir une tendance similaire à l'échelle des classes thérapeutiques. En 2024, la croissance des dépenses liées aux médicaments contre le diabète a ralenti de 3,7 %, notamment en raison du resserrement des critères d'autorisation préalable et du recours

accru à des traitements de remplacement destinés à la perte de poids, tandis que les médicaments contre l'obésité sont devenus un important moteur de croissance des coûts [1]. Les dépenses consacrées aux médicaments contre le diabète ont rebondi en 2025, cette catégorie ayant progressé de 6,8 % après que les dépenses consacrées au tirzépate (Mounjaro) eurent plus que décuplé en raison de données plus favorables sur son efficacité à réduire la glycémie. Cette hausse marque un revirement par rapport au recul de 3,7 % enregistré par la catégorie l'année précédente [3].

Une tendance inverse vient toutefois atténuer ces pressions : l'évolution du profil thérapeutique en faveur des médicaments génériques et des biosimilaires. Les médicaments utilisés dans le traitement du TDAH en offrent un bon exemple. Bien que le nombre de demandeurs ait augmenté de 34,3 % en 2025, l'arrivée des versions génériques — notamment celles du Vyvanse — a entraîné une baisse de 34,3 % des coûts [3]. Le TDAH constitue ainsi l'un des rares cas où la croissance des volumes s'est accompagnée d'un effet compensatoire important sur les prix. Il s'agit d'un exemple important, mais probablement pas du scénario qui définira les prochaines années. Bon nombre des traitements qui alimentent actuellement la croissance des dépenses en médicaments spécialisés ne sont pas soumis aux mêmes pressions concurrentielles exercées par les médicaments génériques ou les biosimilaires.

Des pressions appelées à s'intensifier

Si les données historiques sont préoccupantes, la question la plus importante pour les promoteurs de régimes est celle de la trajectoire à venir. Or, le pipeline thérapeutique de 2026 ne fait pas tant émerger de nouvelles sources de pression qu'il ne vient amplifier celles qui sont déjà en place. La plupart des conseillers et des promoteurs de régimes suivent attentivement les approbations de nouveaux médicaments. En revanche, beaucoup moins portent une attention soutenue à l'élargissement des indications des médicaments déjà disponibles. Pourtant, ces extensions d'indication peuvent avoir des répercussions budgétaires plus importantes que l'arrivée de nouveaux produits. Lorsqu'un médicament déjà commercialisé obtient une autorisation pour traiter une nouvelle affection, son prix demeure généralement inchangé, mais la population susceptible d'en bénéficier s'accroît. Le Dupixent, qui figure parmi les principaux facteurs de coûts dans le traitement de la dermatite atopique et de l'asthme, a ainsi obtenu de Santé Canada, à la fin de 2025, une autorisation supplémentaire pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) à éosinophiles ainsi que de l'urticaire chronique spontanée, portant à sept le nombre total d'indications approuvées pour ce médicament [6]. Or, la MPOC touche à elle seule plus de deux millions de Canadiens [7].

Le Leqembi illustre un autre risque. Mis en marché en décembre 2025, ce traitement coûte environ 32 000 \$ par année et requiert la participation de spécialistes, le recours à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), des analyses génétiques, ainsi qu'une infrastructure permettant l'administration de perfusions [6]. Dans une recommandation préliminaire publiée en février 2026, l'Agence des médicaments du Canada a déconseillé son remboursement par les régimes publics [8]. Si cette position devait être maintenue et que l'accès au remboursement public demeurerait limité, les régimes privés pourraient devenir la principale voie d'accès pour les employés admissibles atteints d'une forme précoce de la maladie d'Alzheimer [8]. Pour les employeurs, il ne s'agit pas simplement d'un autre traitement coûteux à surveiller. Cet exemple montre plutôt comment la frontière des responsabilités financières

entre les régimes publics et privés peut se déplacer au fil de l'évolution des politiques de remboursement.

Les nouvelles molécules contribuent à élargir les possibilités thérapeutiques et à accroître la population susceptible de bénéficier d'un traitement. À titre d'exemple, cinq molécules de la classe des agonistes du GLP-1 sont actuellement en développement clinique [6]. Certaines, comme le CagriSema et le rétatrutide, affichent une efficacité accrue en matière de perte de poids [8], tandis que les molécules déjà établies voient leurs indications thérapeutiques s'élargir. Le sémaglutide fait ainsi l'objet d'études dans des indications telles que l'arthrose, alors que le tirzépate est évalué pour la réduction du risque cardiovasculaire [3] et que le Zepbound est présentement à l'étude pour le traitement de l'apnée obstructive du sommeil [6].

Nous observons également l'arrivée de médicaments aux coûts comparables à ceux des traitements spécialisés dans des domaines touchant des affections courantes. C'est notamment le cas du Nemluvio pour la dermatite atopique, de l'Anzupgo pour l'eczéma chronique des mains — une affection qui touche jusqu'à 40 % des travailleurs exerçant des professions à risque élevé —, ainsi que du Zurzuvae pour la dépression post-partum. Ces traitements font désormais leur entrée dans la pratique des soins primaires. À l'inverse, certaines pressions sur les coûts pourraient être atténuées par l'arrivée de nouveaux médicaments génériques et biosimilaires. Neuf versions génériques du sémaglutide et treize du Jardiance ont déjà fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès de Santé Canada [2], tandis qu'un biosimilaire du golimumab est actuellement à l'étude [8]. Le recours aux médicaments biosimilaires progresse rapidement. Par exemple, dans le portefeuille de TELUS Santé, la proportion de participants aux régimes utilisant un médicament biosimilaire est passée de 44,6 % en 2023 à 67,4 % en 2025. [3]. Les médicaments génériques et les biosimilaires demeurent importants, mais ils ne suffiront vraisemblablement pas, à eux seuls, à infléchir durablement la tendance. Le véritable enjeu est celui du calendrier. Les économies générées par une vague de concurrence sont rapidement absorbées par la suivante, alimentée par les extensions d'indication, l'arrivée de nouveaux traitements et l'élargissement des pratiques de prescription.

Les répercussions sur la conception des régimes

Si la hausse de l'utilisation est de nature structurelle, les outils traditionnels de conception des régimes demeurent indispensables, mais ils ne suffisent plus à eux seuls. L'autorisation préalable, les protocoles thérapeutiques progressifs, la substitution obligatoire par des médicaments génériques, les politiques privilégiant les biosimilaires, les limites quantitatives ainsi que les programmes de gestion des médicaments spécialisés constituent des mécanismes essentiels. Pour la plupart des promoteurs de régimes, il s'agit des leviers les plus immédiats et les plus fiables. Ils ne représentent toutefois pas une réponse complète, puisqu'ils n'agissent pas sur les facteurs qui alimentent l'augmentation de l'utilisation. Une règle d'autorisation préalable peut certes ralentir l'accès à un médicament coûteux, mais elle ne change rien au fait qu'un nombre croissant d'employés sont touchés par l'obésité, le diabète, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou d'autres maladies chroniques qui contribuent à la hausse des demandes de règlement [5, 7]. Les régimes ont donc besoin de mécanismes de contrôle rigoureux dès maintenant, mais aussi d'une stratégie crédible en amont pour le long terme. L'objectif n'est pas de restreindre l'accès aux traitements de façon indiscriminée, mais de préserver la viabilité du régime tout

en réduisant le nombre d'employés qui auront éventuellement besoin des thérapies les plus coûteuses. J'aborderai dans de prochains articles certaines approches d'intervention en amont, notamment la gestion des maladies chroniques, l'optimisation de la pharmacothérapie ainsi que les initiatives en matière de santé et de mieux-être.

Une occasion de repositionnement pour les conseillers

Les conseillers qui abordent les renouvellements de 2026 prêts à expliquer les tendances d'utilisation n'ont pas la même conversation que ceux qui concentrent essentiellement leurs efforts sur la négociation des taux. L'analyse est claire : quelle part de la tendance s'explique par une augmentation du nombre de demandeurs, par une hausse du nombre de demandes par demandeur ou encore par une augmentation du coût moyen des demandes, et quelles catégories thérapeutiques en sont principalement responsables. Dans le cas des petits régimes, ce type d'analyse doit toutefois être réalisé avec prudence afin de protéger la confidentialité et d'éviter qu'il soit possible d'identifier indirectement certains demandeurs. Même à un niveau agrégé, la distinction entre les effets de volume, de composition et de prix enrichit les discussions entourant le renouvellement et permet d'orienter plus judicieusement la stratégie en matière de régimes d'assurance médicaments et d'avantages sociaux. Les promoteurs qui réussiront le mieux à composer avec cet environnement ne seront pas nécessairement ceux qui auront négocié les listes de médicaments les plus restrictives. Ce seront plutôt ceux qui se poseront deux questions plus fondamentales : pourquoi un nombre croissant d'employés ont-ils recours aux médicaments sur ordonnance, et quels nouveaux médicaments ou quelles nouvelles indications thérapeutiques sont susceptibles d'influencer le régime au cours des 12 à 18 prochains mois ?

Notes de fin de texte

[1] Médecine novatrice du Canada, 2025 Cost Drivers Report: Analysis of Private Drug Plan Claims in Canada.

[2] TELUS Santé, *2026 Drug Data Trends & National Benchmarks*, avril 2026.

[3] Express Scripts Canada, *2026 Drug Trend Report*.

[4] Agence de la santé publique du Canada, *Aperçu du diabète au Canada*, 2023.

[5] Statistique Canada, *Le diabète chez les adultes canadiens* (ECMS de 2016 à 2019).

[6] Alberta Blue Cross, *Drug Pipeline Report*, février 2026.

[7] Association pulmonaire du Canada, *COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)*.

[8] TELUS Santé, *2026 Drug Pipeline: What Private Plans Need to Know*, mars 2026.