

# Tendances et références canadiennes en matière de consommation de médicaments en **2026**

Avril 2026



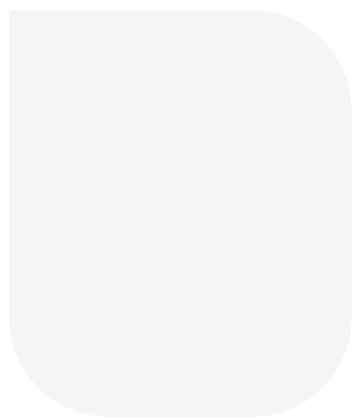
 **TELUS**<sup>MD</sup> Santé

# Table des matières

Glossaire .....	3
Avant-propos .....	4
1. Utilisation .....	7
a. Réclamants, demandes de règlement et montants admissibles .....	8
b. Par groupe d'âge .....	16
2. Médicaments génériques .....	19
3. Médicaments de spécialité .....	23
a. Pourcentage des réclamants et montants admissibles ...	24
b. Médicaments biosimilaires biologiques .....	27
c. Médicaments les plus chers .....	28
4. Médicaments par classe thérapeutique .....	31
a. Les 10 principales catégories de médicaments par montant admissible .....	32
b. Le point sur le diabète .....	38
c. Le point sur la gestion du poids .....	42
d. Le point sur les maladies cutanées .....	45
e. Le point sur le TDAH .....	48
f. Le point sur la contraception .....	51
g. Médicaments en voie de commercialisation .....	53
5. Points à retenir .....	54
Conclusion .....	57

## Glossaire

- Biosimilaire :** Selon Santé Canada, un médicament biosimilaire est un médicament biologique qui est très semblable à un médicament biologique dont la vente a déjà été autorisée. Le médicament biosimilaire est produit après l'expiration du brevet du médicament biologique de référence.
- 
- Certificat :** Adhérent couvert (aussi appelé « titulaire de carte principal ») et les cobénéficiaires qui lui sont rattachés (conjoint, enfants).
- 
- Réclamant :** Individu assuré qui a présenté une demande de règlement pour un médicament ou un produit médical.
- 
- Montant admissible :** Montant en dollars du coût du médicament jugé admissible à la couverture par TELUS Santé, avant l'application des paramètres financiers du régime (p. ex., la coassurance).
- 
- Générique :** Médicament bioéquivalent au médicament d'origine et produit après l'expiration du brevet du médicament d'origine.
- 
- Assuré :** Version abrégée pour « adhérent au régime d'assurance », c'est-à-dire l'adhérent, le conjoint ou la personne à charge couvert par l'assurance, qu'une demande de règlement ait été faite ou non au cours de la période considérée.
- 
- Médicament d'origine à fournisseurs multiples :** Médicament d'origine pour lequel il existe un ou plusieurs équivalents génériques.
- 
- Médicament biologique de référence :** Médicament à grosse molécule, commercialisé le premier, issu d'organismes vivants ou de leurs cellules, également appelé médicament biologique « d'origine » ou « novateur ».
- 
- Médicament d'origine à fournisseur unique :** Médicament d'origine pour lequel il n'existe aucun équivalent générique.
- 
- Médicament de spécialité :** Médicament complexe, qui comprend les médicaments biologiques, dont le coût est plus élevé (définis par TELUS Santé comme pouvant coûter 10 000 \$ ou plus par année par réclamant).
- 
- Médicament d'ordonnance classique :** Médicament de synthèse qui sont généralement à faible coût.
- 
- Utilisation :** Nombre de demandes de règlement payées par certificat ou par assuré, selon le cas.



**Tendances  
et références  
canadiennes**  
en matière de  
consommation de  
médicaments en

20**26**



# Avant-propos

## L'importance des perspectives

La perspective est un outil puissant dans le processus décisionnel. Certains pourraient s'inquiéter des tendances présentées dans l'édition 2026 du Rapport sur les tendances et références canadiennes en matière de consommation de médicaments de TELUS Santé, et d'autres pourraient y voir une confirmation que les régimes d'assurance médicaments fonctionnent et favorisent la santé et la productivité de la population.

Afin de bien façonner ces perspectives, il est essentiel d'avoir accès à la bonne information. Par exemple, les données sur les demandes de règlement des trois dernières années montrent qu'un plus grand nombre d'adhérents au régime utilise son assurance médicaments. On ne constate pas une augmentation massive, mais elle est suffisante pour décrire une tendance à la hausse. Par ailleurs, le nombre moyen de demandes de règlement par réclamant est demeuré sensiblement le même. Ces deux sources de données soulèvent la question suivante : les adhérents sont-ils plus malades qu'avant ou cherchent-ils simplement plus souvent à obtenir un diagnostic et un traitement, ce qui sous-entend qu'ils prendraient davantage soin de leur santé?

Deux autres conclusions me sautent aux yeux dans le rapport de cette année. D'abord, c'est le nombre de réclamants, et non le coût par demande de règlement, qui est à l'origine de la croissance pour les médicaments de spécialité. Même si les réclamants de cette catégorie ne représentent que 2,1 % du nombre total de réclamants, leur effet est disproportionné parce que ces médicaments représentent plus du tiers des dépenses des régimes d'assurance médicaments.

Ensuite, la catégorie de la gestion du poids s'approche du palmarès des 10 principales catégories selon le montant admissible (au 11e rang à la fin de 2025). Il y a donc lieu de se demander si au moins une partie de la croissance du nombre de réclamants s'explique par les nouveaux utilisateurs qui parviennent à gérer leur obésité avant qu'elle n'entraîne d'autres problèmes de santé, comme le diabète de type 2.

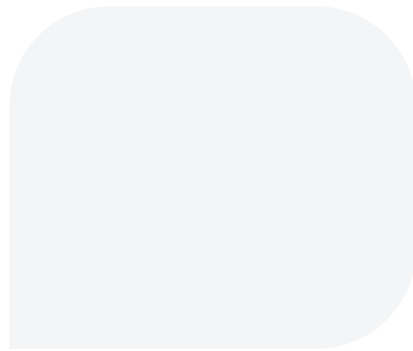
Afin de préserver la pérennité des régimes d'assurance médicaments, la gestion des risques devient de plus en plus importante. Les médicaments de spécialité onéreux et les nouveaux médicaments de gestion du poids sont les principaux facteurs de croissance des dépenses des régimes. Le coût de ces produits n'est cependant pas le seul facteur à prendre en compte. En effet, les régimes d'assurance médicaments aident les adhérents à améliorer leur qualité de vie – et leur productivité –, ce qui était impossible il n'y a de cela que quelques années.

La gestion des régimes d'assurance médicaments est complexe et façonnée par différentes perspectives. TELUS Santé est fière de favoriser la prise de décision éclairée en rendant disponibles des informations et des analyses, tout en collaborant avec tous les acteurs du secteur pour élaborer, évaluer et améliorer des stratégies qui permettent d'optimiser la valeur des régimes d'assurance médicaments.

### **Vicky Lee**

Directrice, Services de consultation en pharmacie et services professionnels, TELUS Santé





**Tendances  
et références  
canadiennes**  
en matière de  
consommation de  
médicaments en

20**26**

# 1. Utilisation

# Réclamants, demandes de règlement et montants admissibles

Six assurés sur dix (61,8 %) ont présenté au moins une demande de règlement en 2025, soit un peu plus qu'en 2024 (60,5 %) et trois points de pourcentage de plus qu'en 2023 (58,7 %) (tableau 1). Il y a dix ans, en 2016, sur l'ensemble des réclamants, 64,3 % avaient présenté au moins une demande de règlement.

En 2025, les réclamants ont présenté en moyenne 12,2 demandes de règlement, presque le même nombre qu'en 2024 (12,1) et en 2023 (12,0) (tableau 2). Le montant admissible moyen par demande de règlement était de 88,24 \$ en 2025. Il était de 85,47 \$ en 2024 et de 83,51 \$ en 2023 (tableau 3). Il y a dix ans, les réclamants avaient soumis 9,9 demandes de règlement en moyenne, pour un montant admissible moyen d'environ 70 \$ par demande.

Le montant admissible annuel moyen par réclamant pour toutes les demandes de règlement a été de 1 079,04 \$ en 2025, une augmentation par rapport à 2024 (1 036,67 \$) et à 2023 (1 004,55 \$) (tableau 4). En 2016, le montant admissible annuel moyen était d'environ 689 \$.

Les politiques des régimes d'assurance médicaments publics expliquent certaines variations régionales. Par exemple, dans toutes les provinces, à l'exception du Québec, il est recommandé ou exigé que les pharmacies renouvellent les médicaments servant à traiter des maladies chroniques en quantité suffisante pour 60 ou 90 jours, alors que les pharmacies du Québec fournissent généralement des renouvellements de 30 jours. Il en résulte un nombre moyen plus élevé de demandes de règlement par réclamant au Québec, soit 17,5 comparativement à 10,3 dans le reste du pays, lorsqu'on exclut le Québec des résultats. Il en résulte aussi un montant admissible moyen par demande de règlement plus faible, soit 77,43 \$ comparativement à 95,04 \$ pour les autres régions.

Bien que le montant admissible moyen par demande de règlement soit le plus faible au Québec, la fréquence plus élevée des demandes de règlement place la province au premier rang du montant admissible total moyen par réclamant pour l'année : 1 355,25 \$, comparativement à la moyenne nationale de 1 079,04 \$ et à la moyenne de 976,91 \$, lorsqu'on exclut le Québec des résultats nationaux.



Dans les régimes privés de l'Ouest canadien, le montant admissible annuel moyen par réclamant est systématiquement le plus faible : 787,41 \$ en 2025, soit 41,9 % moins que la moyenne régionale la plus élevée (1 355,25 \$ au Québec), et bien en dessous de la moyenne de l'Ontario (1 097,96 \$) et de celle des provinces de l'Atlantique (1 111,65 \$). Le montant admissible moyen par demande de règlement était de 81,34 \$ dans l'Ouest canadien, comparativement à 97,76 \$ dans les provinces de l'Atlantique et à 104,98 \$ en Ontario.

Les montants plus faibles dans l'Ouest canadien reflètent l'influence de l'assurance Pharmacare en Colombie-Britannique et au Manitoba, et de l'assurance médicaments universelle en Saskatchewan, qui deviennent automatiquement le payeur principal une fois que les adhérents au régime ont payé leur franchise.

Voyons ce que révèlent les taux de croissance obtenus :

- Le montant admissible annuel moyen par réclamant a augmenté de 4,1 % en 2025 par rapport à 2024, et de 3,2 % en 2024 par rapport à 2023 (tableau 5).
- Le montant admissible moyen par demande de règlement a progressé de 3,2 % en 2025 et de 2,4 % en 2024 (tableau 6).
- Le nombre moyen de demandes de règlement par réclamant a très peu changé, avec une augmentation de moins d'un pour cent (0,8 %) en 2025 et en 2024 (tableau 7).

« Le montant admissible a connu une croissance significativement plus grande que l'utilisation en raison de l'effet des médicaments onéreux sur le prix moyen. Cette tendance se poursuivra dans un avenir prévisible », estime Vicky Lee, directrice, Services de consultation en pharmacie et services professionnels – Solutions pour les payeurs, TELUS Santé.

À l'échelle régionale, les provinces de l'Atlantique ont connu la plus forte croissance du montant admissible annuel moyen par réclamant, avec 5,5 %, par rapport à 4,1 % à l'échelle du pays et à 3,5 %, le plus faible résultat, dans l'Ouest canadien. Les provinces de l'Atlantique se classent aussi au deuxième rang du plus grand taux de croissance du nombre de demandes de règlement par réclamant, avec 2,0 %, juste derrière l'Ouest du pays (2,1 %) et bien devant l'Ontario (0,7 %) et le Québec (-0,2 %).





« L'écart dans la répartition des médicaments de spécialité onéreux et des médicaments classiques est plus marqué dans les provinces de l'Atlantique, ce qui explique pourquoi la région surpasse la croissance nationale des coûts, explique Mme Lee (voir la page 23 pour en savoir plus sur les médicaments de spécialité). Ce qu'on arrive plus difficilement à expliquer, c'est la croissance supérieure à la moyenne de l'utilisation pendant deux années consécutives. Il faudra s'y pencher davantage. »

En comparaison, même si le Québec a connu la plus grande hausse du montant admissible moyen par demande de règlement (4,2 % en 2025 et 3,9 % en 2024, comparativement à des hausses nationales de 3,2 % et 2,4 %, respectivement), cette hausse est partiellement compensée par une variation pratiquement nulle du nombre de demandes de règlement par réclamant (-0,2 % en 2025 et 0,3 % en 2024).

« Les médicaments de spécialité gagnent en importance au Québec, mais la stabilité du taux d'utilisation permet à la région de rester proche de la moyenne nationale sur le plan de la croissance des coûts, souligne Mme Lee.

Les résultats dans l'Ouest canadien reflètent encore une fois l'influence des régimes universels d'assurance médicaments en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Manitoba, qui deviennent automatiquement le payeur principal une fois que les adhérents au régime ont payé leur franchise. Ainsi, les taux de croissance du montant admissible annuel moyen par réclamant et du montant admissible moyen par demande de règlement y sont systématiquement les plus faibles au Canada.

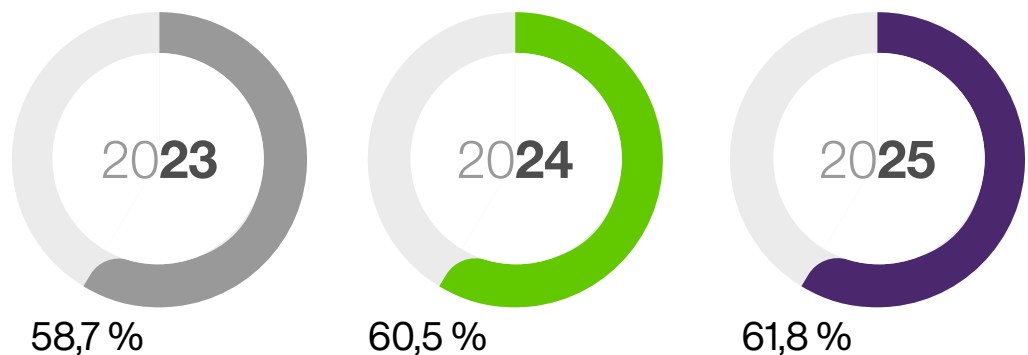


Les régimes privés d'assurance médicaments de cette région ont toutefois connu la plus forte augmentation du nombre annuel moyen de demandes de règlement par réclamant en 2025, avec 2,1 %, soit plus de deux fois la moyenne nationale (0,8 %). Les résultats de 2024 se situaient aussi bien devant la moyenne nationale (1,5 %, contre 0,8 %).

En parallèle, la plus grande province canadienne a connu une croissance comparable à la croissance nationale pour les trois paramètres de mesure, soit le montant admissible annuel moyen par réclamant (4,1 % pour l'Ontario et pour le pays), le montant admissible moyen par demande (3,4 % en Ontario; 3,2 % au pays) et le nombre moyen de demandes par réclamant (0,7 % en Ontario; 0,8 % au pays).

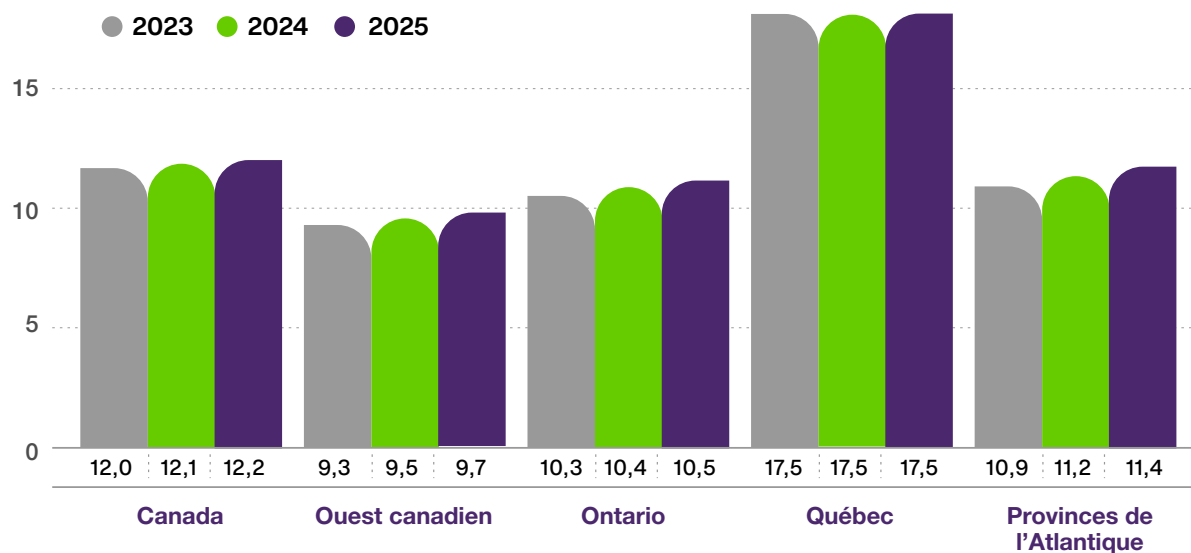
Le tableau 8 présente un aperçu de l'utilisation des assurances médicaments privées au pays et dans les régions en 2025. Le tableau 9 compare les données d'utilisation nationale de 2016 et de 2025.

**TABLEAU 1 | Nombre d'assurés ayant présenté une demande de règlement, de 2023 à 2025**



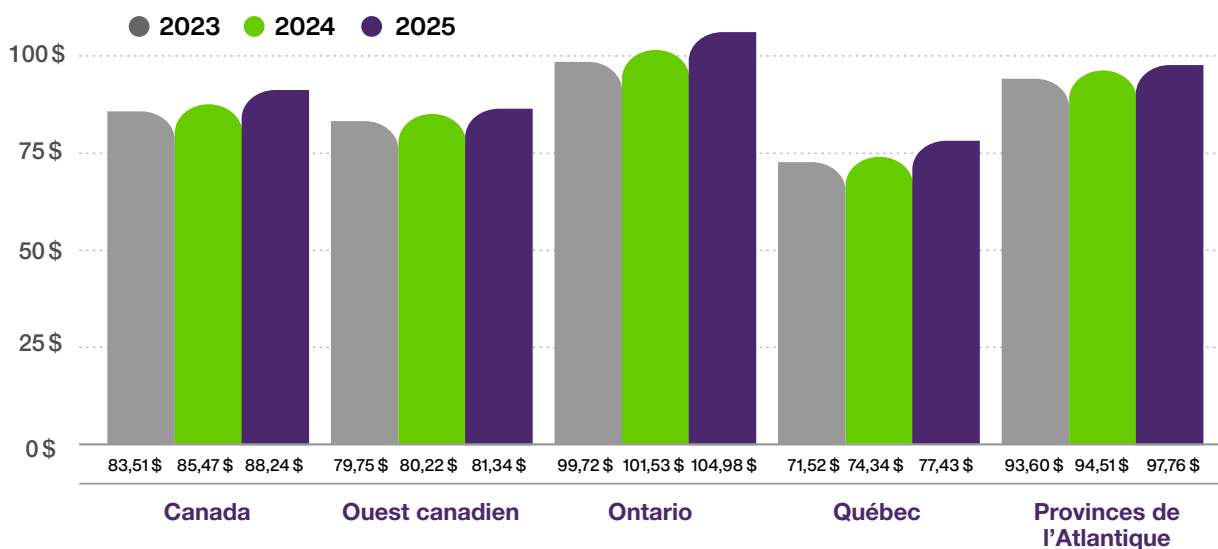
Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 2 | Nombre annuel moyen de demandes de règlement par réclamant à l'échelle nationale et selon la région, de 2023 à 2025**



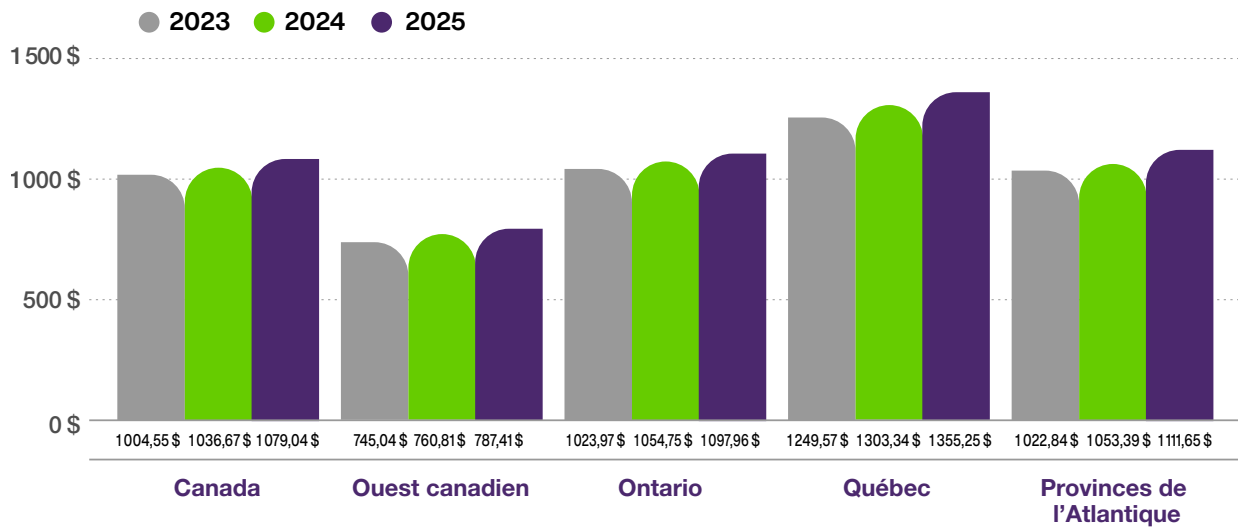
Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 3 | Montant admissible moyen par demande de règlement à l'échelle nationale et selon la région, de 2023 à 2025**



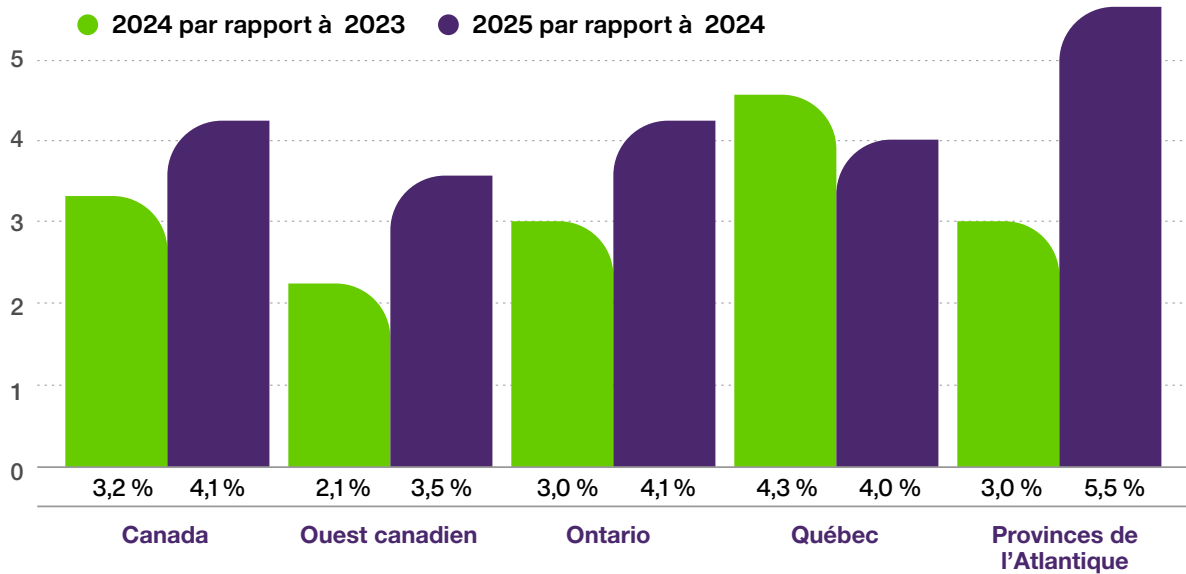
Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 4 | Montant admissible annuel moyen par réclamant à l'échelle nationale et selon la région, de 2023 à 2025**



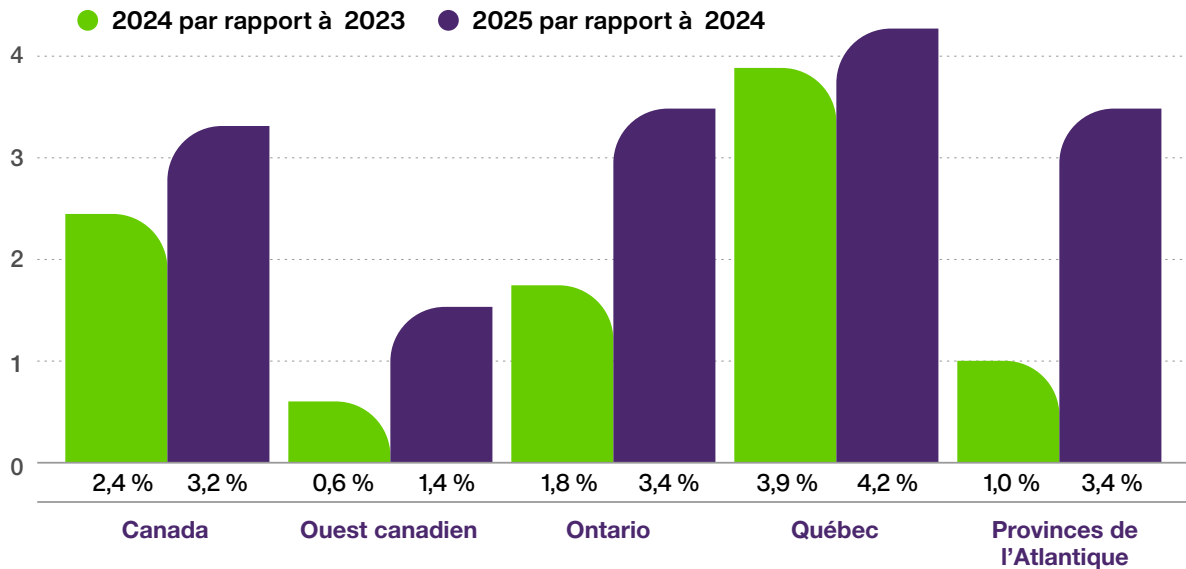
Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 5 | Variation annuelle du montant admissible annuel moyen par réclamant à l'échelle nationale et selon la région, 2024 et 2025**



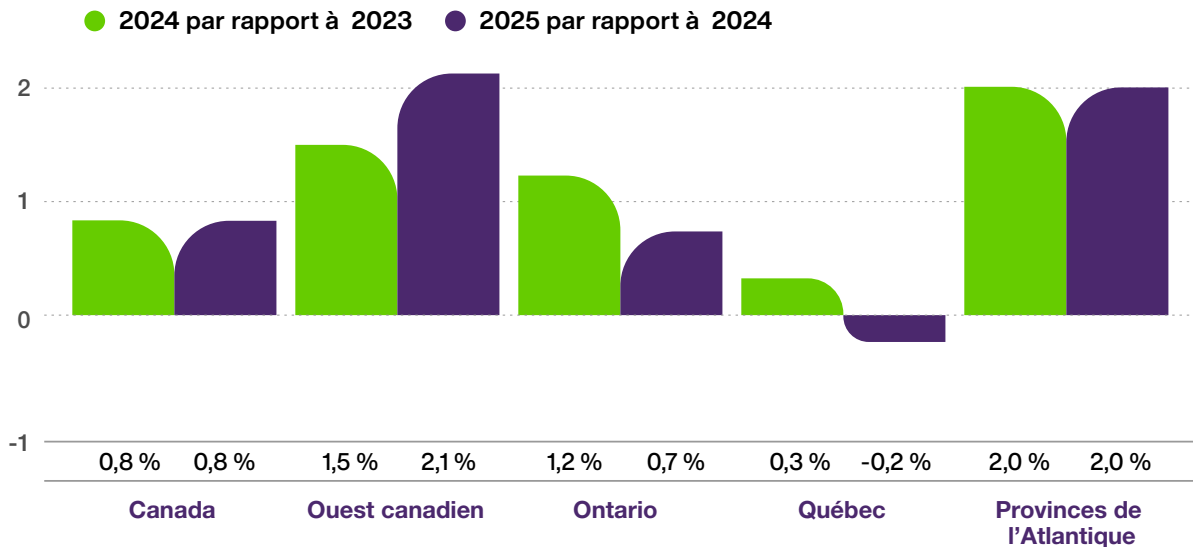
Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 6 | Variation annuelle du montant admissible moyen par demande de règlement à l'échelle nationale et selon la région, 2024 et 2025**



Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 7 | Variation annuelle du nombre annuel moyen de demandes de règlement par réclamant à l'échelle nationale et selon la région, 2024 et 2025**



Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

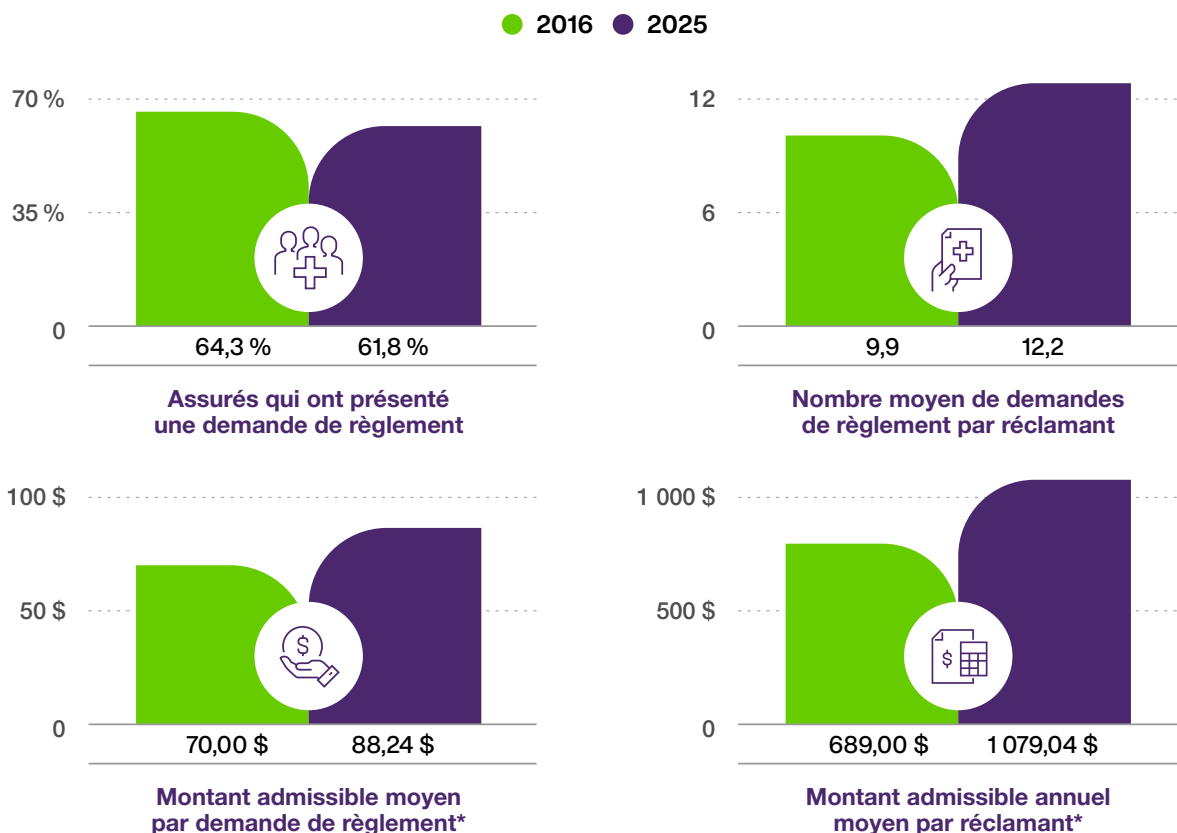
**TABLEAU 8 | Aperçu de l'utilisation à l'échelle nationale et par région, 2025**

	Canada	Ouest canadien	Ontario	Québec	Provinces de l'Atlantique
Nombre moyen de demandes de règlement par réclamant	12,2	9,7	10,5	17,51	11,4
Montant admissible moyen par demande de règlement	88,24 \$	81,34 \$	104,98 \$	77,43 \$ <sup>1</sup>	97,76 \$
Montant admissible annuel moyen par réclamant	1 079,04 \$	787,41 \$ <sup>2</sup>	1 097,96 \$	1 355,25 \$	1 111,65 \$

- 1 Le Québec affiche le plus haut nombre de demandes de règlement par réclamant et le plus petit montant admissible moyen par demande de règlement. Ceci est dû au fait que les pharmacies québécoises ne donnent généralement que des renouvellements de 30 jours pour les médicaments servant à traiter les maladies chroniques, alors que les pharmacies des autres provinces donnent généralement des renouvellements de 60 ou 90 jours.
- 2 L'Ouest canadien affiche le plus faible montant admissible annuel moyen par réclamant. Cela s'explique par le fait que l'assurance médicaments Pharmacare/assurance médicaments universelle de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de la Saskatchewan devient automatiquement le payeur principal une fois que l'adhérent au régime a payé sa franchise.

Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 9 | Aperçu de l'utilisation nationale, 2016 et 2025**



\*Le chiffre présenté pour 2016 est une estimation.

Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

## Utilisation par groupe d'âge

Les réclamants âgés de 45 à 64 ans représentaient 38,5 % de l'ensemble des réclamants en 2025, mais 58,8 % des demandes de règlement. Leur part du montant admissible annuel moyen était donc aussi plus élevée, à 56,4 % (tableau 10).

La répartition des réclamants, des demandes de règlement et du montant admissible par groupe d'âge est restée la même dans les trois dernières années. En 2025, 40,6 % des réclamants étaient âgés de 20 à 44 ans, surpassant le groupe des 19 ans ou moins (20,8 %) et le groupe des 45 à 64 ans (38,5 %). Les 20 à 44 ans représentaient toutefois environ le tiers des demandes de règlement et du montant admissible annuel. Comme on s'y attendait, les réclamants de 19 ans ou moins ont la plus faible incidence sur les régimes d'assurance médicaments, représentant 20,8 % des réclamants, 9,6 % des demandes de règlement et 9,6 % du montant admissible annuel en 2025.

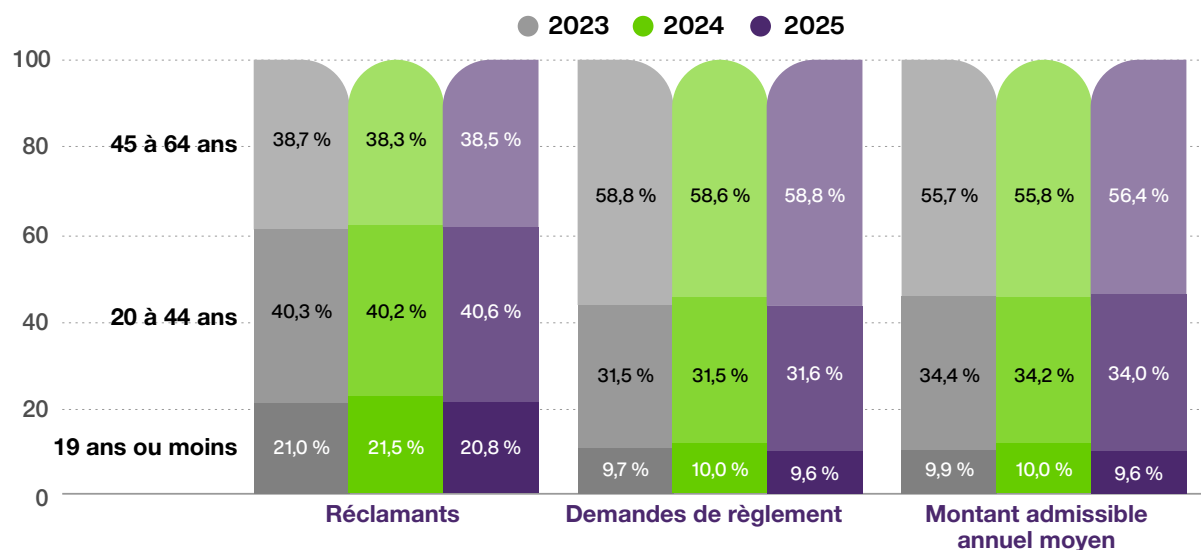
Le montant admissible annuel moyen pour les réclamants âgés de 19 ans ou moins était de 489,25 \$ en 2025, soit moins du tiers du montant admissible annuel moyen pour le groupe des 45 à 64 ans (1 553,11 \$) (tableau 11). Les réclamants de 20 à 44 ans avaient un montant admissible annuel moyen de 887,03 \$.





Le groupe le plus âgé présentait le plus grand taux de croissance du montant admissible annuel moyen par réclamant pour la deuxième année consécutive (4,5 % en 2025 et 4,4 % en 2024) (tableau 12). Le groupe le plus jeune a connu une croissance supérieure en 2025 (2,9 %) qu'en 2024 (1,6 %), alors que la croissance a légèrement ralenti pour les réclamants âgés de 20 à 44 ans (2,2 % en 2025, contre 2,8 % en 2024).

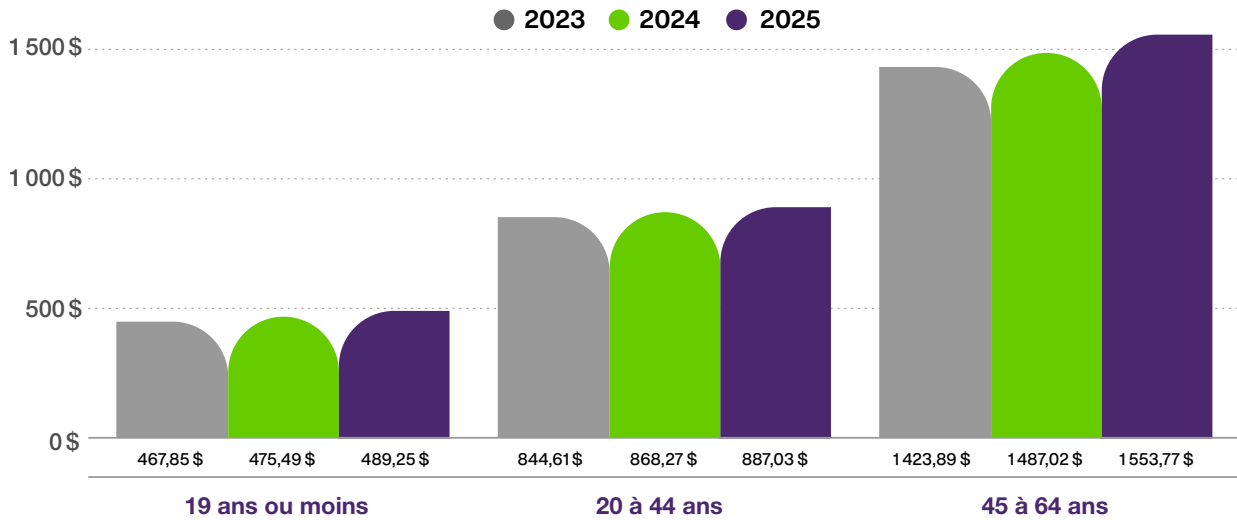
**TABLEAU 10 | Pourcentage des réclamants, des demandes de règlement et du montant admissible par groupe d'âge, de 2023 à 2025**



Les chiffres étant arrondis, l'addition des pourcentages ne totalise pas nécessairement 100 %.

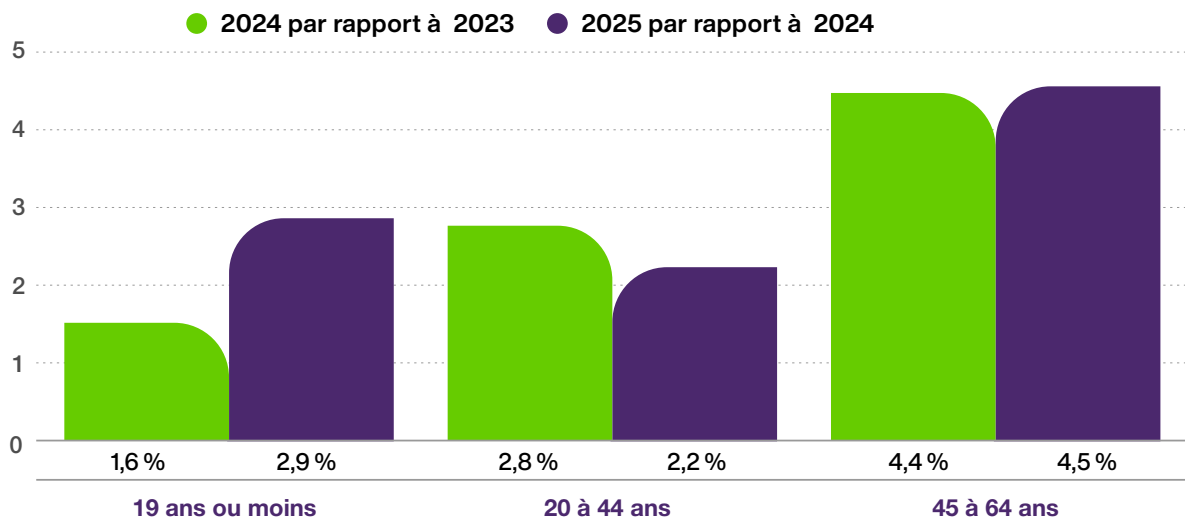
Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 11 | Montant admissible annuel moyen par réclamant selon le groupe d'âge, de 2023 à 2025**



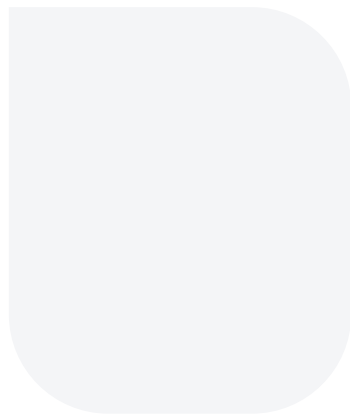
Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 12 | Variation annuelle du montant admissible annuel moyen par réclamant selon le groupe d'âge, 2024 et 2025**



Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

# 2. Médicaments génériques



**Tendances  
et références  
canadiennes  
en matière de  
consommation de  
médicaments en**

**2026**





Les versions génériques des médicaments d'origine comptent pour 70,8 % de toutes les demandes de règlement présentées aux régimes privés d'assurance médicaments en 2025, contre 68,8 % en 2024 et 67,5 % en 2023 (tableau 13). Il y a dix ans, en 2016, les médicaments génériques représentaient 62,4 % de toutes les demandes de règlement.

Les 29,2 % des demandes restants étaient attribués à des médicaments d'origine, distribués comme suit : 20,9 % pour des médicaments d'origine à fournisseur unique, donc sans version générique sur le marché; et 8,4 % pour des médicaments d'origine à fournisseurs multiples, donc pour lesquels des médicaments génériques étaient accessibles. Remarque : Les chiffres étant arrondis, l'addition des pourcentages ne totalise pas nécessairement 100 %. La portion de médicaments d'origine à fournisseurs multiples est plus élevée qu'en 2024 (7,3 %) et en 2023 (6,6 %). Il y a dix ans, en 2016, les médicaments d'origine à fournisseurs multiples représentaient 7,7 % des demandes de règlement pour les médicaments de prescription et les médicaments d'origine à fournisseur unique, 29,9 %.

Les politiques d'établissement des prix des médicaments génériques qui exigent la remise d'un médicament générique plutôt que d'un médicament d'origine sont une stratégie de réduction des coûts largement adoptée par les régimes d'assurance médicaments privés et publics, avec une incidence minime sur les adhérents aux régimes. La proportion de 70,8 % des demandes de règlement pour des médicaments génériques obtenue l'an dernier est le résultat le plus élevé jamais enregistré en la matière, ce qui est une bonne nouvelle au plan des économies, et peut être associé au cadre de tarification par niveau de l'Alliance pharmaceutique pancanadienne qui impose un prix aussi faible que 25 à 10 % du prix du médicament d'origine pour les médicaments génériques.

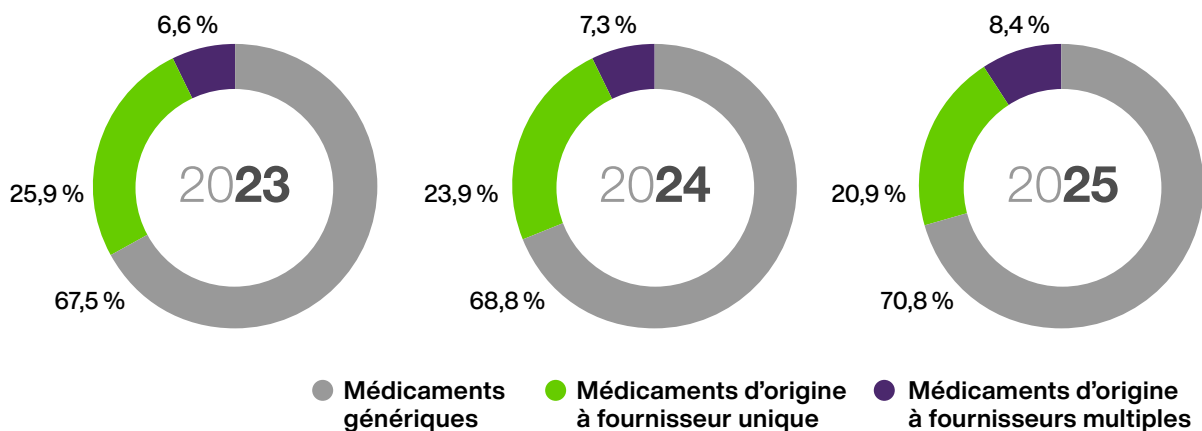
La croissance des demandes de règlement pour les médicaments d'origine à fournisseurs multiples semble toutefois contradictoire et soulève des questions : Des possibilités d'économie sont-elles laissées inexploitées? Est-ce que plus d'adhérents choisissent de payer le solde non couvert par leur régime d'assurance médicaments afin de mettre la main sur le médicament d'origine?

Les provinces de l'Atlantique peuvent être considérées comme un modèle pour le reste du Canada. C'est dans cette région que la pénétration des médicaments génériques est la plus élevée, avec 76,5 % en 2025, comparativement à 70,8 % à l'échelle nationale (tableau 14). En effet, les médicaments d'origine à fournisseurs multiples représentaient 5,7 % de toutes les prescriptions exécutées dans cette région, contre 8,4 % au pays et 9,3 % au Québec, la proportion la plus élevée.

Compte tenu du prix beaucoup plus bas des médicaments génériques, la répartition entre les médicaments d'origine et les médicaments génériques change lorsqu'on les analyse selon le montant admissible. Ainsi, les médicaments génériques représentaient 27,5 % du montant admissible en 2025, une hausse par rapport au résultat de 26,8 % obtenu en 2024 et en 2023. Les médicaments d'origine à fournisseur unique comptaient pour 65,6 %, et les médicaments d'origine à fournisseurs multiples, pour 6,8 % (tableau 15).

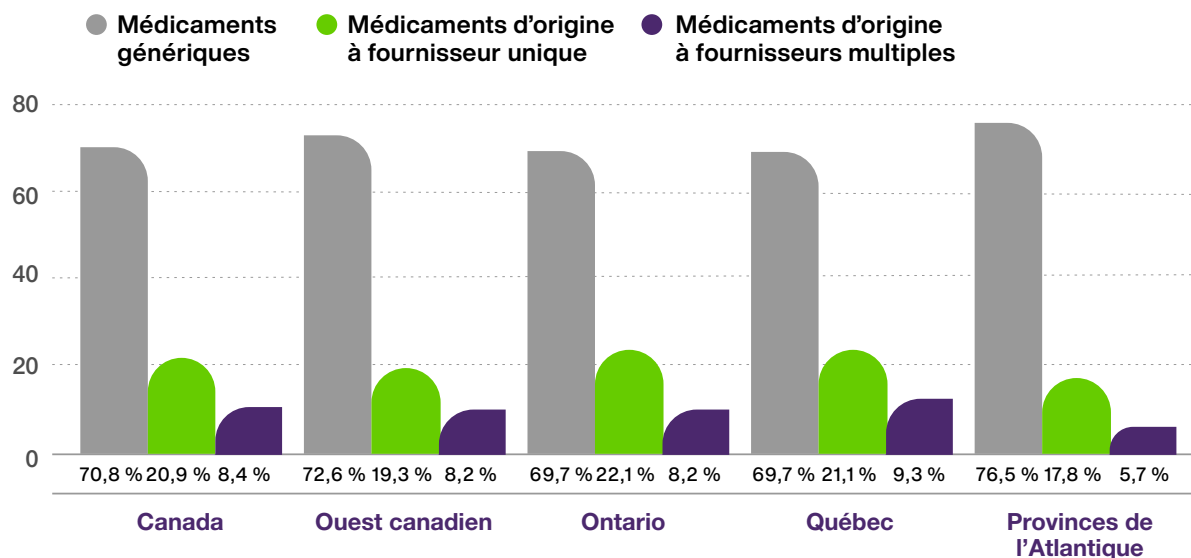
« Il est difficile d'augmenter la proportion des dépenses associée aux médicaments génériques étant donné leur prix très faible et la concurrence avec les médicaments de spécialité onéreux », souligne Mme Lee.

**TABLEAU 13 | Pourcentage des demandes de règlement par type de médicament, de 2023 à 2025**



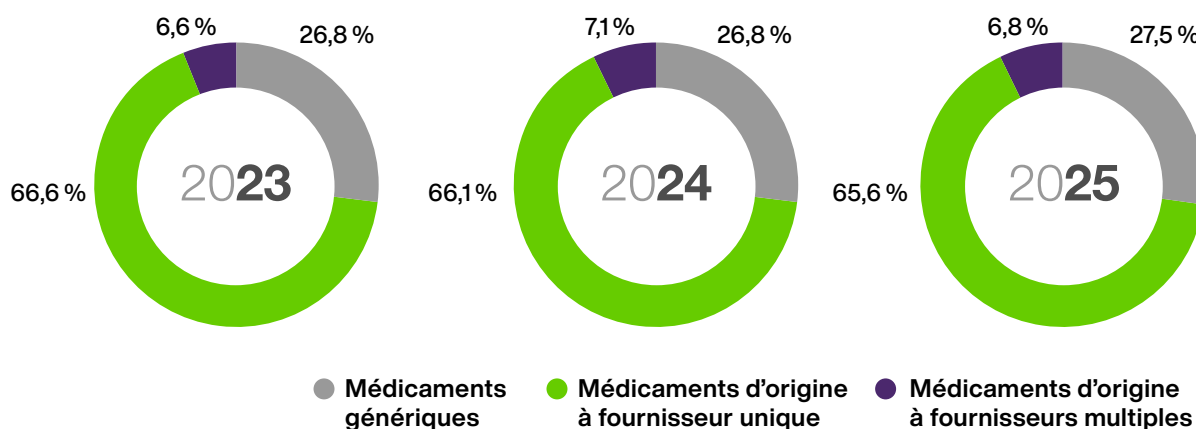
Les chiffres étant arrondis, l'addition des pourcentages ne totalise pas nécessairement 100 %.  
 Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 14 | Pourcentage des demandes de règlement par type de médicament selon les régions, en 2025**



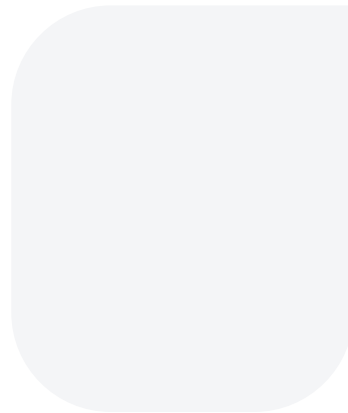
Les chiffres étant arrondis, l'addition des pourcentages ne totalise pas nécessairement 100 %.  
 Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 15 | Pourcentage du montant admissible par type de médicament, de 2023 à 2025**



Les chiffres étant arrondis, l'addition des pourcentages ne totalise pas nécessairement 100 %.  
 Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

# 3. Médicaments de spécialité



**Tendances  
et références  
canadiennes**  
en matière de  
consommation de  
médicaments en

20**26**

## Pourcentage des réclamants et du montant admissible

Le pourcentage du montant admissible total des médicaments de spécialité onéreux semble de retour en mode croissance après un léger recul lié à l'adoption des politiques de passage aux biosimilaires (qui exigent aux adhérents de passer d'un médicament biologique de référence à l'un de ses biosimilaires pour maintenir leur couverture).

La part du montant admissible total lié aux médicaments de spécialité s'établit à 33,9 % en 2025, une augmentation par rapport à 2024 (32,7 %) et à 2023 (31,2 %) (tableau 16). Cette augmentation suit une période de stabilité de deux ans, en 2022 et en 2023, alors que les régimes d'assurance médicaments (dirigés par les payeurs publics) adoptaient des politiques de passage aux biosimilaires. La part des réclamants qui présentent des demandes de règlement pour des médicaments de spécialité a également connu une croissance constante, passant de 1,8 % en 2023 à 1,9 % en 2024, puis à 2,1 % en 2025.

« Les régimes d'assurance médicaments privés continuent de bénéficier des prix inférieurs des biosimilaires, mais ces économies sont plus que contrecarrées par le nombre croissant de nouveaux médicaments de spécialité et la hausse de l'utilisation générale, explique Mme Lee.

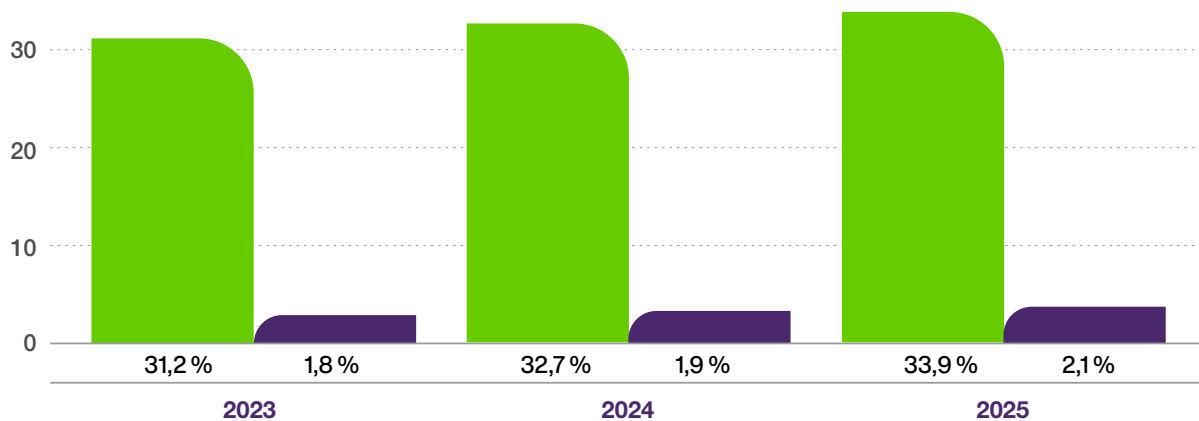
Même si la proportion de 2,1 % des réclamants peut sembler petite, ce chiffre a doublé en 10 ans. Et le nombre toujours plus élevé de réclamants semble être à l'origine de la croissance du montant admissible, étant donné que le montant admissible annuel moyen par réclamant pour les médicaments de spécialité était en fait légèrement plus faible en 2025 (17 142,46 \$) qu'en 2024 (17 484,62 \$).



À l'échelle régionale, les régimes d'assurance médicaments privés des provinces de l'Atlantique ont encore une fois enregistré le pourcentage du montant admissible pour les médicaments de spécialité le plus élevé (38,5 %). Elles sont suivies de près par le Québec (37,7 %) (tableau 17). Le pourcentage en Ontario (34,0 %) concordait avec la moyenne nationale (33,9 %). L'Ouest canadien (26,7 %) était bien sous la moyenne, démontrant encore une fois l'effet des régimes d'assurance médicaments publics en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Manitoba (voir la page 23 pour en savoir plus à ce sujet).

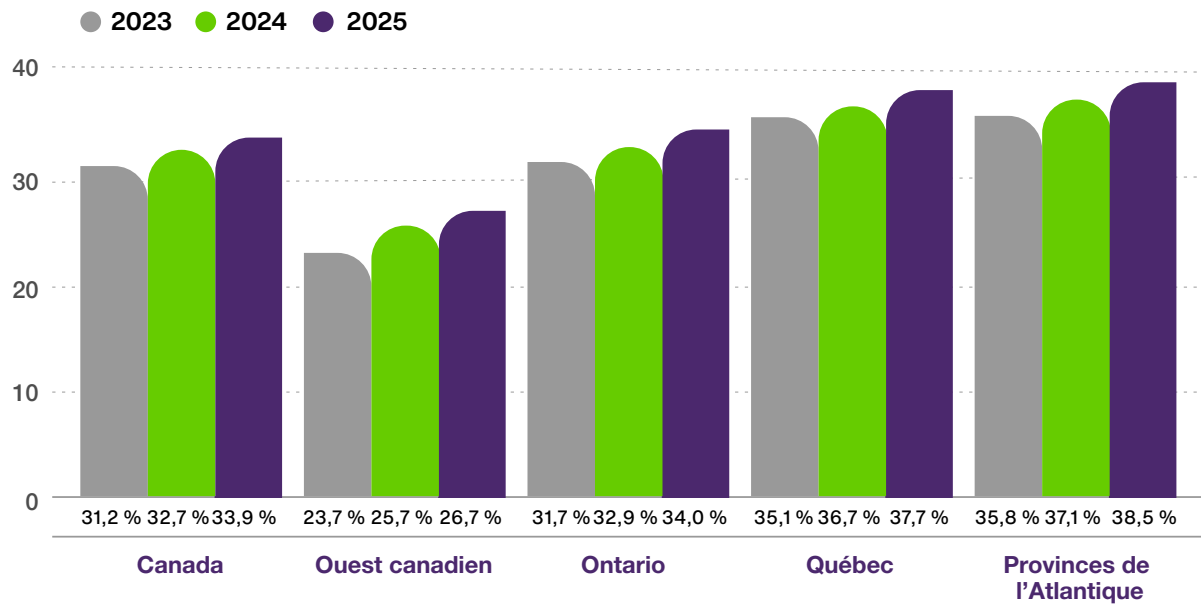
Par contre, l'Ouest canadien a connu la plus forte croissance de la proportion du montant admissible accordé aux médicaments de spécialité en 2025 (3,9 %, contre 3,7 % au pays) et en 2024 (8,4 %, contre 4,8 % au pays) (tableau 18). Le Québec a enregistré le plus faible taux de croissance, avec 2,8 %, comparativement à 4,7 % en 2024. Dans les provinces de l'Atlantique, la croissance s'est maintenue (3,7 % en 2025; 3,5 % en 2024), alors qu'elle a légèrement ralenti en Ontario (3,1 % en 2025; 4,0 % en 2024).

**TABLEAU 16 | Pourcentage du montant admissible et des réclamants attribué aux médicaments de spécialité, de 2023 à 2025**



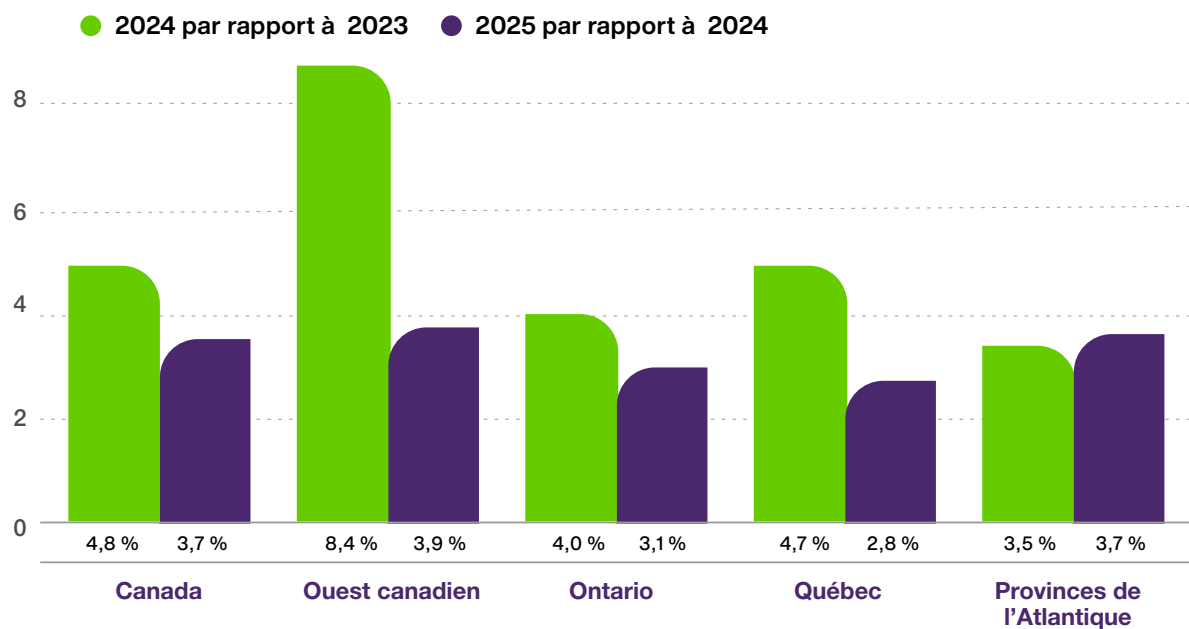
Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 17 | Pourcentage du montant admissible attribué aux médicaments de spécialité selon la région, de 2023 à 2025**



Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 18 | Variation annuelle du pourcentage du montant admissible attribué aux médicaments de spécialité à l'échelle nationale et selon la région, en 2024 et 2025**



Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

## Médicaments biosimilaires biologiques

Les médicaments biosimilaires occupent une place croissante dans le milieu des médicaments biologiques, propulsés par des politiques de passage aux biosimilaires qui déplacent la couverture des médicaments biologiques d'origine vers des options moins coûteuses.

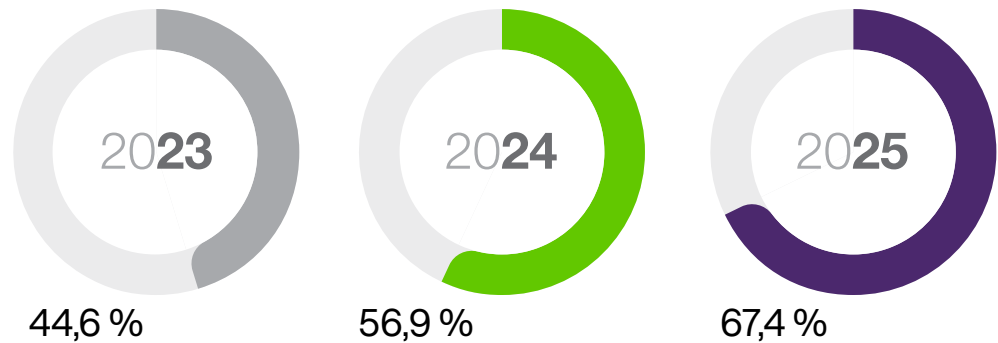
Le présent rapport fait état de l'utilisation par les réclamants de l'agent biologique d'origine ou du biosimilaire pour 18 médicaments biologiques de référence pour lesquels des biosimilaires sont accessibles. En 2025, 67,4 % des réclamants ont utilisé un biosimilaire plutôt que le médicament biologique de référence, une hausse par rapport à 56,9 % en 2024 et à 44,6 % en 2023 (tableau 19).

Pour 2025, les taux de pénétration des médicaments biosimilaires par nombre de réclamants les plus importants étaient pour les médicaments suivants :

- trastuzumab (100 %; médicament biologique de référence : Herceptin), dans le traitement du cancer;
- pegfilgrastim (100 %; Neulasta) et filgrastim (97,6 %; Neupogen), dans le traitement d'une baisse du nombre de globules blancs (p. ex. après une chimiothérapie);
- ranibizumab (98,6 %; Lucentis), dans le traitement de la dégénérescence maculaire;
- rituximab (97,8 %; Rituxan), étanercept (90,3 %; Enbrel) et adalimumab (87,8 %; Humira), dans le traitement de maladies auto-immunes comme la polyarthrite rhumatoïde;
- tériparatide (95,8 %; Forteo), dans le traitement de l'ostéoporose;
- insuline glargine (82,8 %; Lantus), dans le traitement du diabète de type 1 et de type 2.

Rappelons qu'en 2016, les trois médicaments détenant la plus grande part du montant admissible au Canada étaient les médicaments biologiques d'origine Remicade (influximab), Humira (adalimumab) et Enbrel (étanercept), tous destinés au traitement de maladies auto-immunes. Les biosimilaires de l'influximab ont été les premiers à être mis en marché, en 2014. Même si presque tous les réclamants qui prenaient de l'adalimumab ou de l'étanercept utilisent maintenant un biosimilaire moins coûteux, comme on peut le voir ici, le nombre de réclamants pour les biosimilaires de l'influximab a crû à un rythme beaucoup plus lent, atteignant 71,7 % en 2025.

**TABLEAU 19 | Pourcentage des réclamants utilisant un médicament biosimilaire biologique, de 2023 à 2025\***



\*Pourcentage des réclamants prenant l'un des 18 médicaments biologiques analysés par TELUS Santé et pour lesquels des biosimilaires sont accessibles..

Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé



## Médicaments les plus chers

Les médicaments les plus chers représentaient 5,2 % du montant admissible total en 2025, contre 5,0 % en 2024 et 4,9 % en 2023. Pour ces trois années, un nombre relativement faible de réclamants – seulement 0,03 % du nombre total de réclamants en 2024 et en 2025, et 0,02 % en 2023 – ont eu besoin de ces traitements complexes de maladies rares (tableau 20).

TELUS Santé classe les médicaments dont le coût de traitement annuel estimé est d'au moins 100 000 \$ par année comme faisant partie des médicaments les plus chers. Le montant admissible annuel moyen par réclamant attribuable à ces médicaments était de 190 446,32 \$ en 2025.

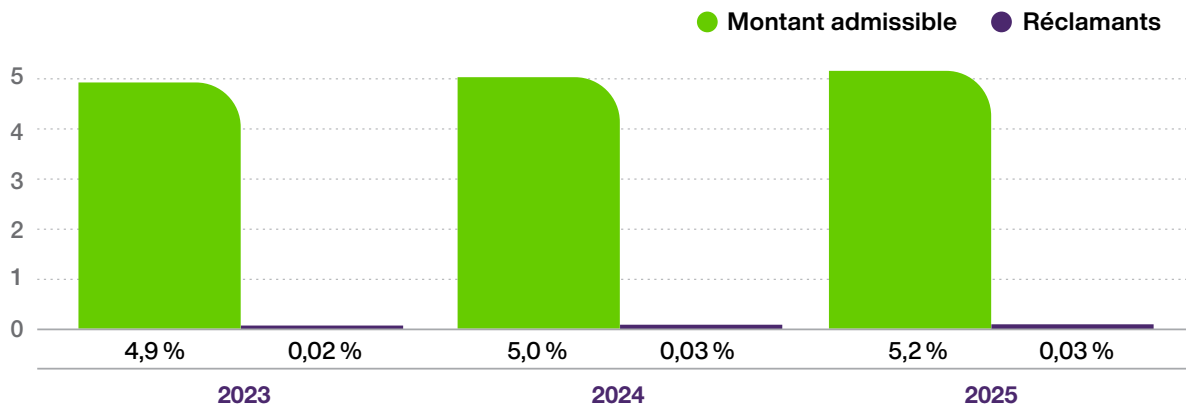
Trikafta (élexacaftor, tézacaftor et ivacaftor), utilisé dans le traitement de la fibrose kystique demeurerait le médicament le plus coûteux, représentant 47,7 % du montant admissible attribuable aux médicaments les plus chers en 2025. Au deuxième rang, on retrouve Ultomiris (ravulizumab), utilisé pour les maladies hépatiques et neuromusculaires rares, à 7,6 %. Le coût annuel du traitement s'élève à environ 300 000 \$ pour Trikafta et jusqu'à 600 000 \$ pour Ultomiris.



Le montant admissible attribuable aux médicaments les plus chers a crû de 6,1% en 2025 et de 9,4 % en 2024 (tableau 21). Cette croissance s'explique en grande partie par l'augmentation du nombre de réclamants. Même si ces médicaments ne sont utilisés que par un très petit nombre de réclamants (0,03 % en 2024 et en 2025), ce nombre a connu une croissance dans les deux chiffres en 2025 (12,2 %) et en 2024 (11,5 %). Au même moment, le montant admissible annuel moyen par réclamant a connu une diminution de 1,9 % en 2024 et de 5,4 % en 2025.

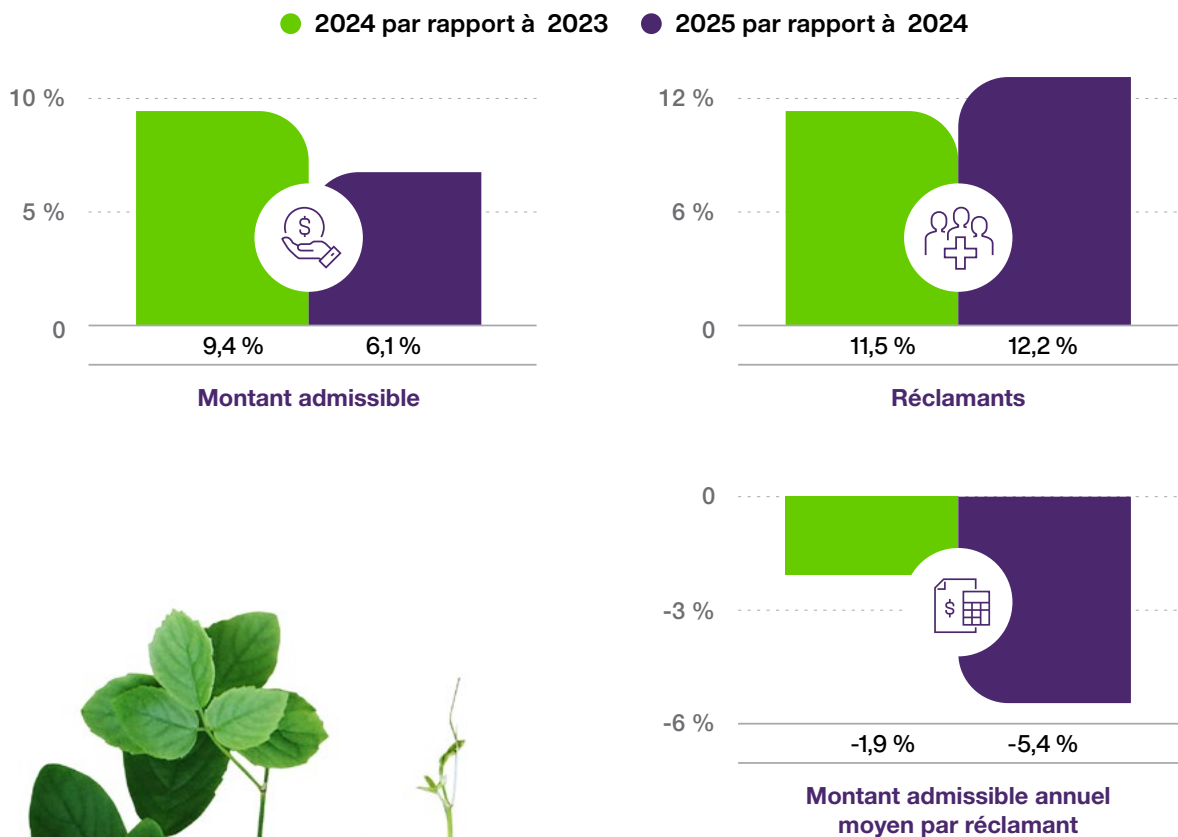
« Il est très difficile de faire des prédictions pour la catégorie des médicaments les plus chers, puisqu'une seule demande de règlement peut modifier les tendances du tout au tout, et être potentiellement catastrophique pour le régime d'assurance médicament, rappelle Mme Lee.

**TABLEAU 20 | Pourcentage du montant admissible et des réclamants attribué aux médicaments les plus chers, de 2023 à 2025**



Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

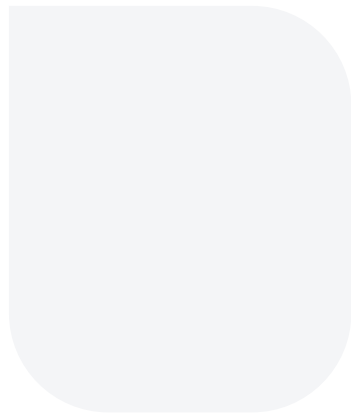
**TABLEAU 21 | Variation annuelle pour les médicaments les plus chers, 2024 et 2025**



Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé



# 4. Médicaments par classe thérapeutique



Tendances  
et références  
canadiennes  
en matière de  
consommation de  
médicaments en

2026



# Les 10 principales catégories de médicaments par montant admissible

Les faits saillants de la liste des 10 principales catégories de médicaments par montant admissible sont les suivants :

- le diabète a consolidé sa position en première place;
- les maladies cutanées ont surpassé les maladies inflammatoires pour prendre le deuxième rang des catégories de médicaments en importance;
- le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) a reculé de deux places pour terminer à la sixième place.

Le diabète (qui inclut les dispositifs) se trouve au sommet de la liste depuis 2022, année qui a mis fin au long règne des maladies inflammatoires. La proportion du montant admissible attribuable au diabète a atteint un sommet de 15,7 % en 2023, ce qui s'explique en partie par l'utilisation croissante d'Ozempic (ingrédient actif : sémaglutide) et de Mounjaro (tirzépate). L'adoption de mesures de protection contre l'utilisation des médicaments indiqués dans le diabète pour la gestion du poids, combiné avec le lancement de Wegovy (sémaglutide), la formulation d'Ozempic indiquée dans la gestion du poids, en mai 2024, a entraîné un recul de la proportion du montant admissible attribuable à la catégorie du diabète, qui s'est établi à 13,8 % en 2024. Cette proportion a encore été réduite en 2025, s'arrêtant à 13,2 %.

« La mise en marché de génériques du sémaglutide prévue pour 2026 pourrait encore réduire la proportion du montant admissible attribuable à cette catégorie, sauf si les patients passent à Mounjaro ou à un autre nouvel agoniste des récepteurs du GLP-1 d'origine », souligne Caroline Le Pottier, pharmacienne consultante, TELUS Santé.

La catégorie du diabète représentait aussi 7,6 % du nombre total de demandes de règlement en 2025, soit la deuxième catégorie en importance, juste derrière les médicaments permettant de traiter la dépression (10,8 %). Étant donné l'augmentation de la prévalence du diabète de type 2 et l'efficacité des traitements plus chers, le diabète restera parmi les trois principales catégories pour les régimes d'assurance médicaments privés pendant les prochaines années à venir (voir la page 38 pour en savoir plus).



Ceci dit, le nouveau programme d'assurance médicaments du gouvernement fédéral pourrait réduire la part des dépenses associées à la catégorie du diabète.

La Loi sur l'assurance médicaments du Canada, qui concerne les médicaments contre le diabète et les contraceptifs, est entrée en vigueur en octobre 2024. Le Manitoba et l'Île-du-Prince-Édouard ont été les premières provinces à lancer leur programme d'assurance médicaments financé par le gouvernement fédéral en 2025 (en avril et en mai, respectivement). Le programme de la Colombie-Britannique a été appliqué en mars 2026, et le Yukon travaille à la mise en œuvre du sien (date de lancement à venir). Les autres provinces n'ont toujours pas conclu d'entente avec le gouvernement fédéral.

« Ces quatre premiers programmes pourraient limiter la proportion des dépenses totales des régimes d'assurance médicaments privés attribuée à la catégorie du diabète. L'effet sera toutefois modéré, puisque plusieurs des nouveaux médicaments onéreux ne sont pas couverts par le régime national », estime Mme Le Pottier.

La catégorie de médicaments pour le traitement des maladies cutanées a progressé de 1,9 point de pourcentage en trois ans : elle représentait 8,0 % du montant admissible total en 2023, 8,9 % en 2024 et 9,9 % en 2025. Elle comptait pour 3,2 % de toutes les demandes de règlement. Les médicaments biologiques et autres traitements plus chers, qui permettent d'atteindre des améliorations marquées dans le traitement des maladies cutanées comme la dermatite atopique et le psoriasis, ont propulsé la croissance de cette catégorie (voir la page 28 pour en savoir plus à ce sujet).

Dans la catégorie des maladies inflammatoires (p. ex. polyarthrite rhumatoïde), l'apparition de médicaments biologiques il y a plus de 20 ans a propulsé la catégorie au sommet de la liste à l'époque, une place qu'elle a occupée pendant plus de dix ans. Et ce, bien que la proportion des demandes de règlement attribuable à cette catégorie se soit toujours située bien en dessous de la barre du un pour cent. Plus récemment, l'adoption des politiques de passage obligatoire aux biosimilaires, à commencer par la politique de la Colombie-Britannique en 2019, a entraîné un recul constant de la proportion du montant admissible total attribuable à la catégorie. Les médicaments permettant de traiter les maladies inflammatoires ont représenté 8,7 % des montants admissibles en 2025, contre 8,9 % en 2024 et 9,2 % en 2023. Ils représentaient 0,4 % des demandes de règlement en 2025.



Comme dans les années précédentes, les catégories occupant les trois places suivantes se suivent de près quant à leur proportion du montant admissible total. Toutes les trois ont vu une réduction de cette donnée en 2025.

- La part réduite du TDAH, soit 4,8 % en 2025 (contre 5,7 % en 2024 et 5,8 % en 2023) a été suffisante pour faire reculer la catégorie de deux rangs, ce qui la met au sixième rang. « Des médicaments génériques ont été commercialisés pour les médicaments à grand volume de distribution utilisés dans le TDAH », explique Mme Le Pottier (voir la page 48 pour en savoir plus à ce sujet).
- L'asthme a pris la place du TDAH au quatrième rang, catégorie qui se situait au sixième rang en 2024, avec une part de 5,0 % (contre 5,1 % en 2024 et 5,0 % en 2023).
- La dépression a conservé la cinquième place pour la troisième année consécutive, même si en 2025, sa part de 4,96 % se trouvait juste derrière celle de l'asthme, à 5,02 %. La catégorie représentait 5,3 % du montant admissible total en 2024 et 5,5 % en 2024.

La catégorie de la dépression comptait beaucoup plus de demandes de règlement que toutes les autres catégories de la liste des 10 principales catégories. Elle a amassé 10,8 % des demandes de règlement en 2025, soit plus du double de sa part du montant admissible. « Cela montre d'un côté la prévalence assez élevée de la dépression chez les adultes canadiens, et de l'autre, le coût moyen largement inférieur des antidépresseurs en raison du grand nombre de génériques dans cette catégorie », analyse Mme Le Pottier.

Pour conclure la liste, les catégories du cancer et de la sclérose en plaques ont conservé leur place au septième et huitième rang, respectivement. La part du cancer était de 3,7 % en 2025, sans variation par rapport à 2024 (3,7 %) et pratiquement sans variation par rapport à 2023 (3,6 %). Cette catégorie représentait 0,5 % des demandes de règlement en 2025.

La catégorie de la sclérose en plaques semble connaître une croissance lente : sa part du montant admissible total était de 3,0 % en 2025, une hausse par rapport à 2,8 % en 2024 et à 2,7 % en 2023. Cette catégorie représentait 0,5 % des demandes de règlement en 2025. « Les médicaments les plus chers sont à l'origine de la croissance. Ils deviennent des options privilégiées en traitement de première intention pour certains patients », explique Mme Le Pottier.

Les maladies gastro-intestinales ont fait leur entrée dans la liste en 2024, au dixième rang. La proportion de cette catégorie en 2025, 2,62 %, se trouvait juste au-dessus de celle de la fibrose kystique (2,59 %), ce qui a été suffisant pour pousser la catégorie au neuvième rang. Le montant admissible annuel des médicaments contre les maladies gastro-intestinales connaît une croissance stable depuis 2015, lorsqu'Entyvio (védolizumab), un médicament biologique qui permet de traiter la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn, est arrivé sur le marché. En 2025, 1,0 % des demandes de règlement étaient associées à un médicament pour une maladie gastro-intestinale.

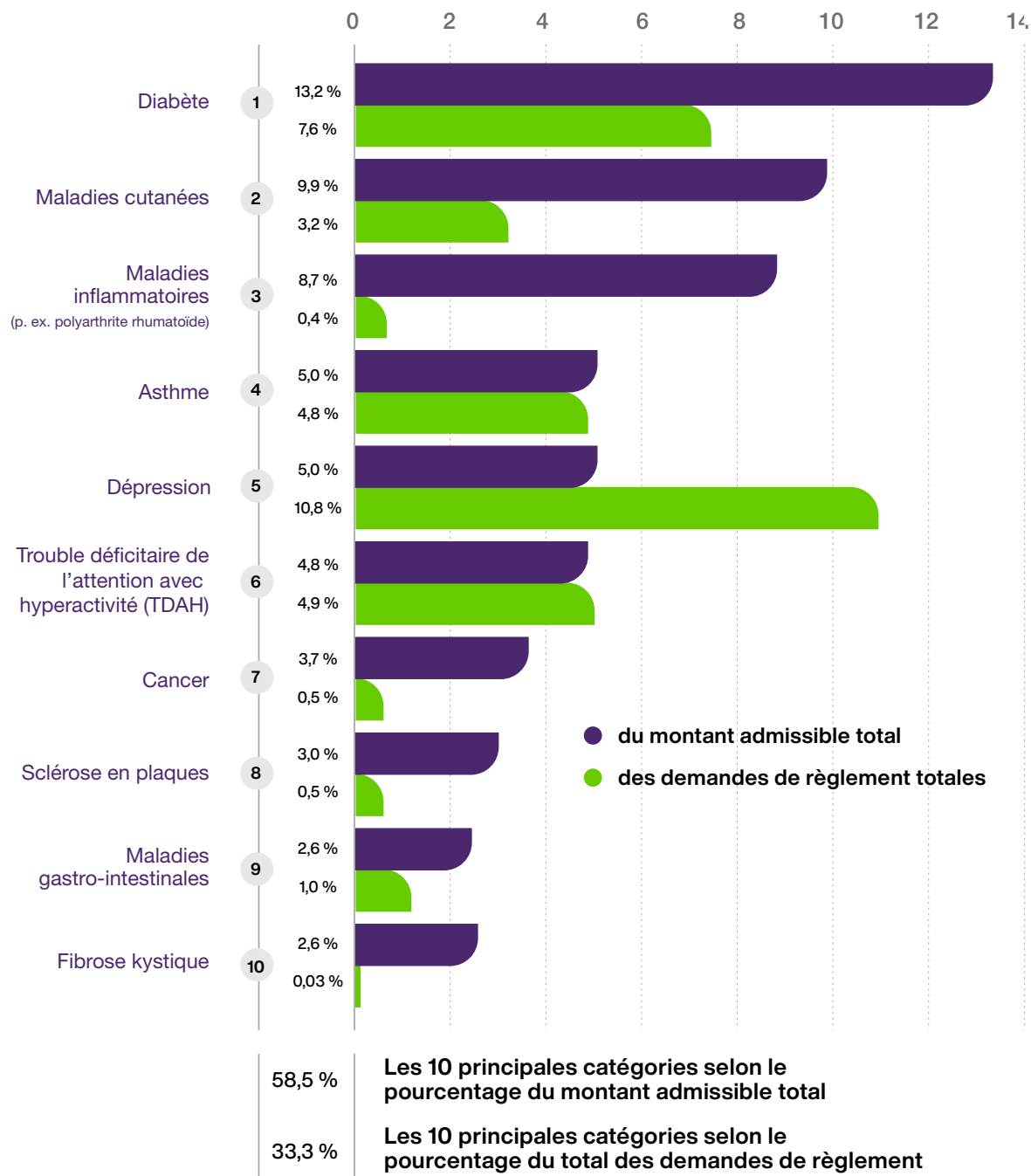


La fibrose kystique a fait son entrée sur la liste des 10 principales catégories en 2023, entraînée par une nouvelle classe de médicaments qui a significativement augmenté la population de patients admissibles au traitement. Le nombre de demandes de règlement dans cette catégorie est le plus faible de toutes les catégories de la liste, avec seulement 0,03 % du nombre total de demandes de règlement.

Cinq des 10 principales catégories – maladies inflammatoires, cancer, sclérose en plaques, maladies gastro-intestinales et fibrose kystique – représentaient au total moins de trois pour cent des demandes de règlement en 2025, mais 20,6 % du montant admissible total. « Cet effet disproportionné est cohérent avec le coût annuel de ces traitements, qui se situe dans les dizaines de milliers de dollars, ou, pour ce qui est de la fibrose kystique, possiblement dans les centaines de milliers de dollars », fait remarquer Mme Le Pottier (pour en savoir plus sur les médicaments les plus chers, consulter la page 28).

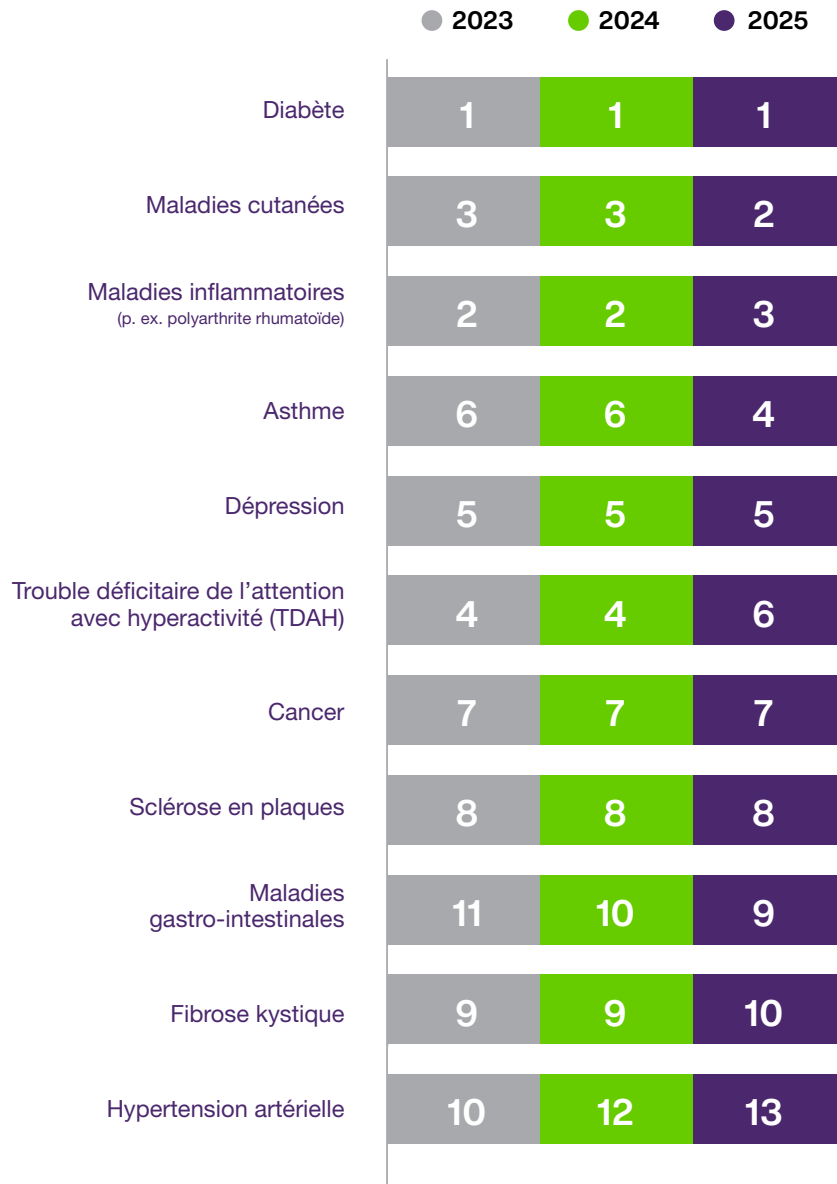
Les 10 principales catégories représentent un total de 58,5 % du montant admissible total en 2025, soit une baisse comparativement à 59,3 % en 2024 et à 60,5 % en 2023. Le tableau 22 dresse la liste des 10 principales catégories, et le tableau 23 donne un aperçu de l'évolution du classement dans les trois dernières années.

TABLEAU 22 | Dix principales catégories de médicaments par montant admissible, 2025



Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 23 | Classement des 10 premières catégories de médicaments par montant admissible, de 2023 à 2025**



Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

## Le point sur le diabète



### Classement

2025

1

2024

1

**13,2 %**  
du montant  
admissible  
total

La catégorie du diabète est solidement installée à la première place des 10 principales catégories, avec une proportion de 13,2 % du montant admissible total des demandes de règlement soumises aux régimes d'assurance médicaments privés en 2025, bien devant les maladies cutanées (9,9 %) qui prennent le deuxième rang.

D'un autre côté, la catégorie du diabète a connu une réduction du montant admissible, du nombre de demandes de règlement et du nombre de réclamants pour la deuxième année consécutive.

Le montant admissible de la catégorie a diminué de 1,8 % en 2025 et de 6,8 % en 2024 (tableau 24). Ainsi, la part du montant admissible total de la catégorie est passée d'un sommet de 15,7 % en 2023 à 13,8 % en 2024, puis à 13,2 % en 2025.

Derrière la réduction du montant admissible, on retrouve la diminution du nombre de demandes de règlement et du nombre de réclamants en 2024 et en 2025, ce qui marque un écart manifeste avec les taux de croissance dans ces deux catégories enregistrés en 2021, en 2022 et en 2023. Le nombre de demandes de règlement a chuté de 4,9 % en 2025 et de 1,6 % en 2024, et le nombre de réclamants, de 5,2 % et de 3,0 %, respectivement.

Ce renversement des taux de croissance peut s'expliquer par le transfert de prescriptions hors indication de la catégorie du diabète vers la catégorie émergente de la gestion du poids (page 38). « Les mesures afin de prévenir l'utilisation des médicaments contre le diabète dans la gestion du poids et le lancement de Wegovy pour la perte de poids en 2024 ont entraîné une correction du marché dans la catégorie du diabète », indique Mme Le Pottier.

Le montant admissible moyen par demande de règlement et par réclamant a été généralement stable dans les trois dernières années (tableau 25). En 2025, le montant admissible moyen par demande de règlement était de 153,33 \$ et le montant admissible annuel moyen par réclamant, de 1 601,86 \$, contre 156,66 \$ et 1 608,40 \$ en 2023.

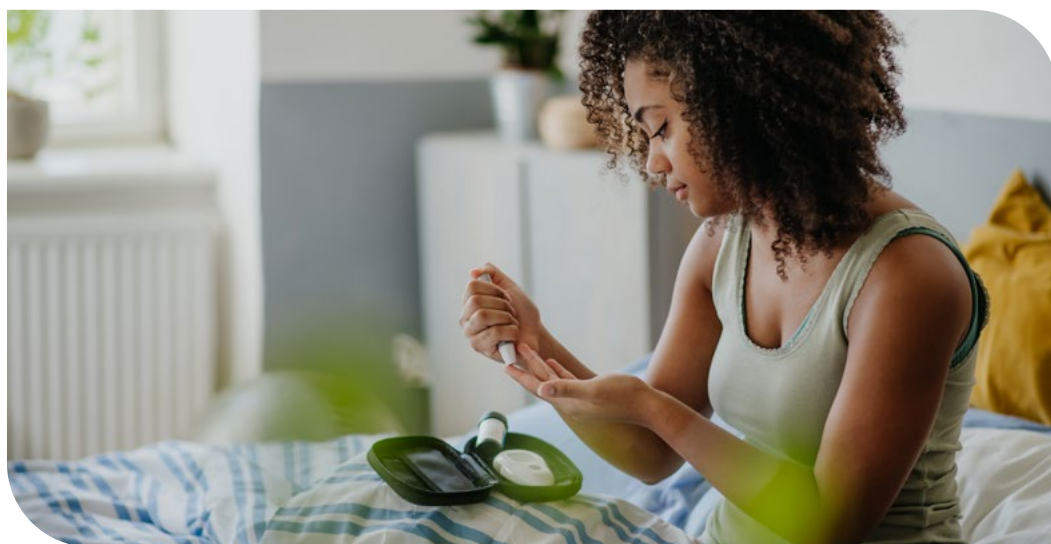
Ozempic (sémaglutide) a conservé la part du lion, soit 39,4 %, du montant admissible de la catégorie (tableau 26). Cela dit, des étoiles montantes et le taux d'abandon par les patients ont réduit ce chiffre par rapport à un sommet de 47,6 % en 2023.

La proportion d'Ozempic sera bientôt réduite encore davantage par l'apparition des premiers médicaments génériques du sémaglutide, qui devraient pénétrer le marché cette année ou au début de l'année prochaine. Comme l'indique le rapport Médicaments en voie de commercialisation pour 2026 de TELUS Santé, Santé Canada travaille à l'heure actuelle à l'examen de huit génériques de ce médicament, dont le prix devrait se situer à 35 % du prix courant d'Ozempic (soit un coût annuel moyen du traitement d'environ 500 \$ à 2 100 \$ pour le générique, selon la dose, comparativement à un coût de 1 500 \$ à 6 100 \$ pour Ozempic).

Le programme d'assurance médicaments du Canada pour les médicaments contre le diabète pourrait aussi contribuer à un déclin supplémentaire de la proportion des dépenses des régimes d'assurance médicaments privés attribuée à cette catégorie (page 38).

Parmi les quatre autres produits dans la liste des cinq principaux médicaments ou dispositifs de cette catégorie, trois ont gagné collectivement plus de huit points de pourcentage dans les deux dernières années. Le premier produit est un dispositif : Le système flash de surveillance du glucose FreeStyle Libre 2, qui élimine le besoin de tests réguliers par prélèvement au doigt. Ce produit se classe au deuxième rang de la liste des cinq principaux produits de la catégorie du diabète en 2025, et sa proportion du montant admissible a progressé, passant de 6,0 % en 2023 à 8,7 % en 2025.

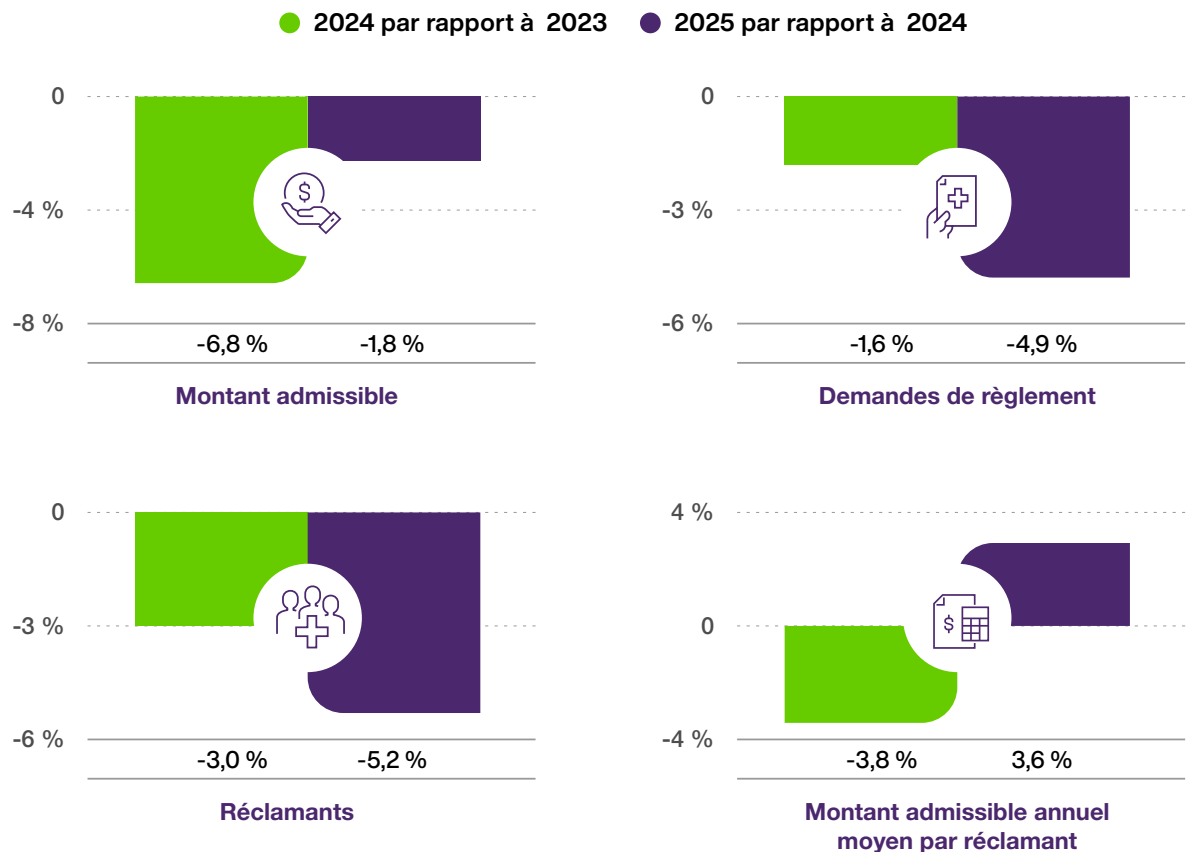
Jardiance (empagliflozine) prend la troisième position, sa proportion passant de 6,5 % en 2023 à 8,0 % en 2025. « Cette croissance s'explique par de nouvelles indications pour l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale chronique », souligne Mme Le Pottier.



Mounjaro (tirzépatide), dont le lancement au Canada en novembre 2023 a ensuite été entravé par une pénurie mondiale en 2024, a rapidement pris sa place en 2025, terminant l'année avec une proportion de 4,2 % du montant admissible de la catégorie. Premier médicament d'une nouvelle catégorie d'agents contre le diabète, Mounjaro a démontré dans les essais cliniques une amélioration significative des taux de glycémie et une perte de poids moyenne plus élevée comparativement à Ozempic.

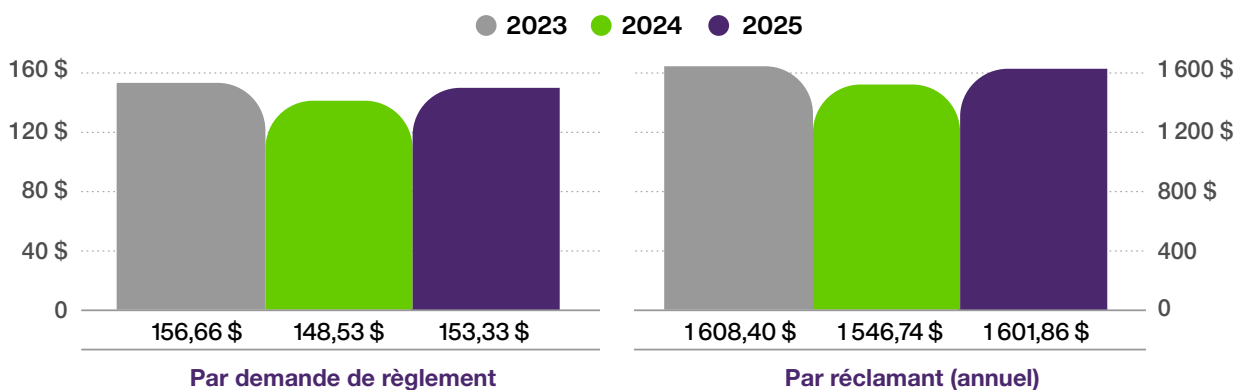
« L'arrivée de Mounjaro comme option à privilégier pourrait éliminer les économies liées aux premiers génériques d'Ozempic si les patients s'éloignent de ce dernier », rappelle Mme Le Pottier.

**TABLEAU 24 | Variations annuelles dans la catégorie du diabète, 2024 et 2025**



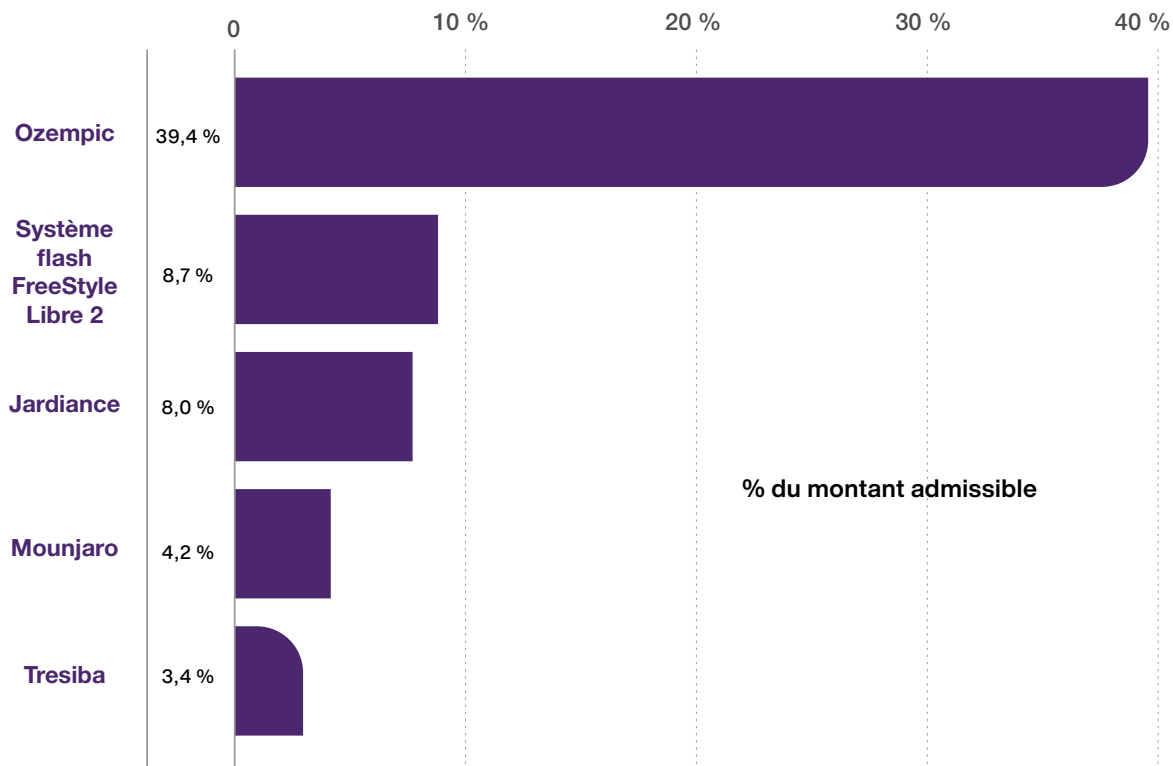
Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 25 | Montant admissible moyen par demande de règlement et par réclamant dans la catégorie du diabète, de 2023 à 2025**



Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 26 | Cinq principaux médicaments ou dispositifs selon le montant admissible dans la catégorie du diabète, 2025**



Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

## Le point sur la gestion du poids



### Classement

2025

11

2024

17

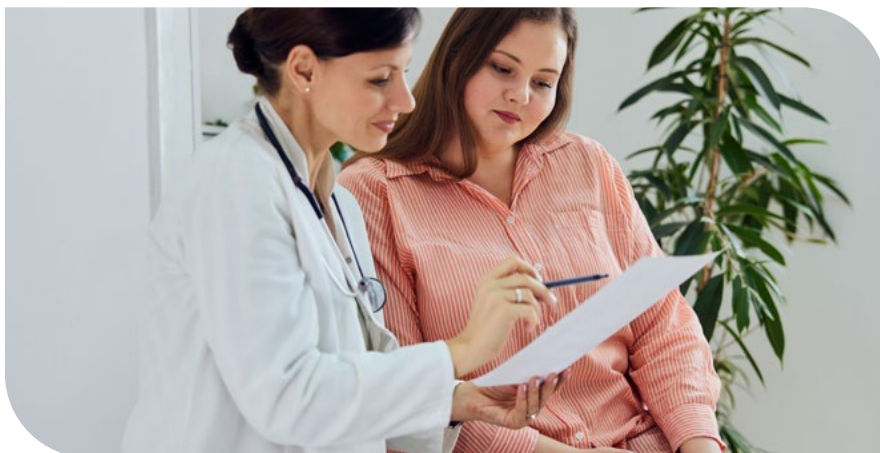
**2,5 %**  
du montant  
admissible  
total

Avant 2015, la catégorie de la gestion du poids, qu'on classe parmi les catégories de bien-être, et que les preneurs de régime doivent donc choisir d'offrir, était pratiquement inexistante dans les dépenses des régimes d'assurance médicaments privés. Tout a changé avec le lancement de Saxendra (liraglutide) et d'autres médicaments novateurs ciblant les hormones de la faim et de la satiété.

Cette toute petite catégorie a connu une croissance dans les deux chiffres chaque année jusqu'en 2024, année pendant laquelle elle a connu une croissance de 104,0 % après le lancement de Wegovy (sémaglutide), un médicament permettant de réduire le poids corporel de 10 à 15 % (tableau 27). En 2025, la catégorie a connu une croissance de 61,0 %, assez pour atteindre 2,5 % du montant admissible total et pour gagner six places et se classer au onzième rang des catégories.

L'augmentation du nombre de patients dans cette catégorie a entraîné d'importants gains en 2024 et en 2025. Le nombre de réclamants a augmenté de 59,7 % en 2024 et de 21,6 % en 2025, avec un taux de croissance du nombre de demandes de règlement de 90,1 % et de 54,9 %, respectivement. Le montant admissible annuel moyen par réclamant a augmenté de 27,7 % pour s'établir à 2 008,54 \$ en 2024 et de 32,4 % pour s'établir à 2 658,43 \$ en 2025 (tableau 28).

Avec l'arrivée de Wegovy, Saxendra a cédé sa place au sommet de la catégorie de la gestion du poids. Sa part du montant admissible a chuté, passant de 77,0 % en 2023 à 20,5 % en 2025 (tableau 29). À la fin de cette année, Wegovy était au sommet de la catégorie, avec une proportion de 68,7 %.

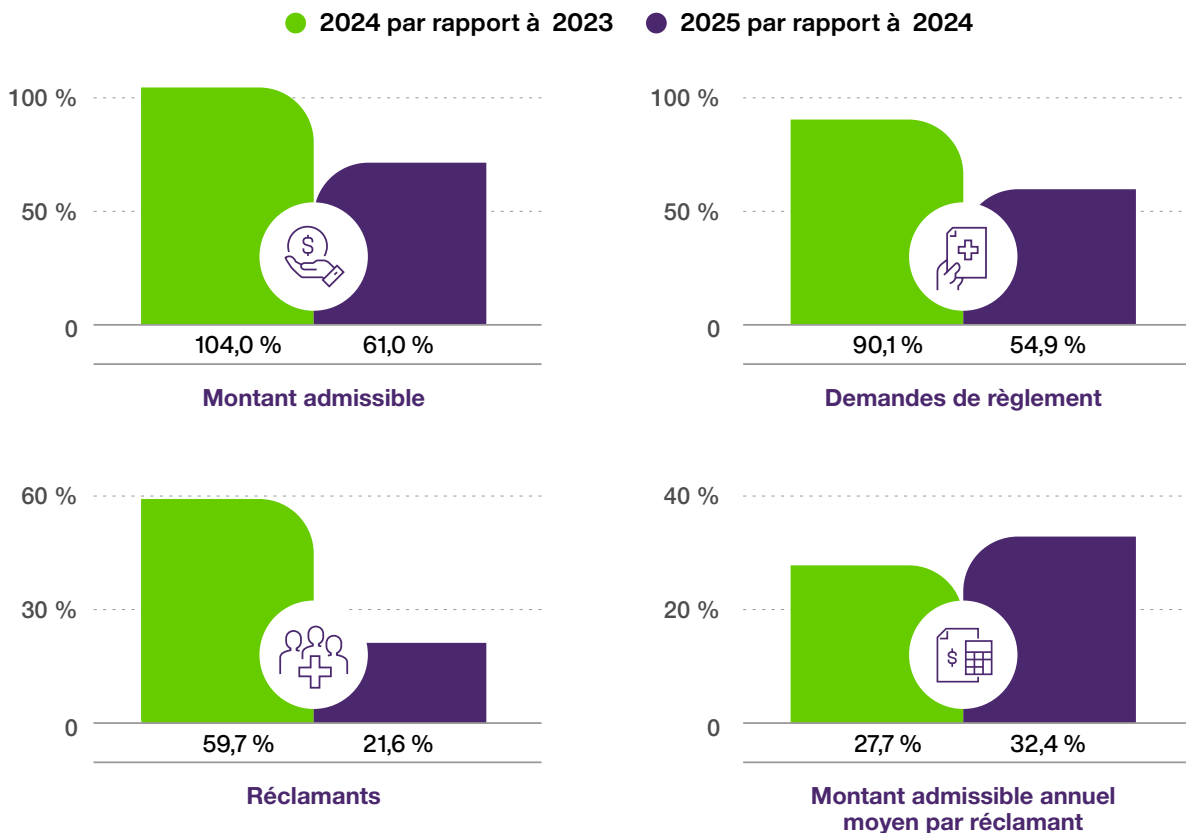


Le règne de Wegovy pourrait toutefois être court, et ce, pour deux raisons. D'abord, l'arrivée de Zepbound (tirzépate), qui peut abaisser le poids corporel de 20 % et qui a été lancé au Canada en juillet 2025. On prévoit que ce médicament réalisera des gains importants en 2026. Ensuite, des génériques moins coûteux de Wegovy sont en route, et pourraient arriver dès la fin de l'année en cours ou le début de l'année prochaine (même si aucun n'a encore été soumis à l'examen de Santé Canada).

L'empreinte de cette catégorie pourrait encore être élargie par l'arrivée de nouveaux produits, dont CagriSema (cagrilintide + sémaglutide), qui réduirait le poids de 20 % en moyenne (même s'il n'a pas encore été soumis à l'examen de Santé Canada). Il est aussi prévu que d'autres preneurs de régimes ajouteront la catégorie de la gestion du poids à leur régime d'assurance médicaments de base.

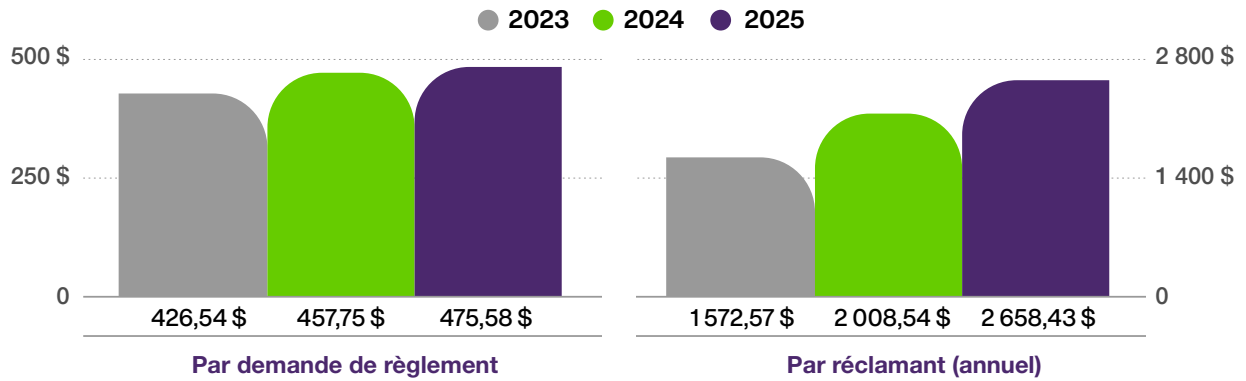
« Les preneurs de régimes reconnaissent l'efficacité de ces nouveaux médicaments, qui peuvent prévenir ou améliorer significativement les résultats dans la gestion des comorbidités comme les maladies cardiovasculaires et l'insuffisance rénale », constate Mme Le Pottier.

**TABLEAU 27 | Variations annuelles dans la catégorie de la gestion du poids, 2024 et 2025**



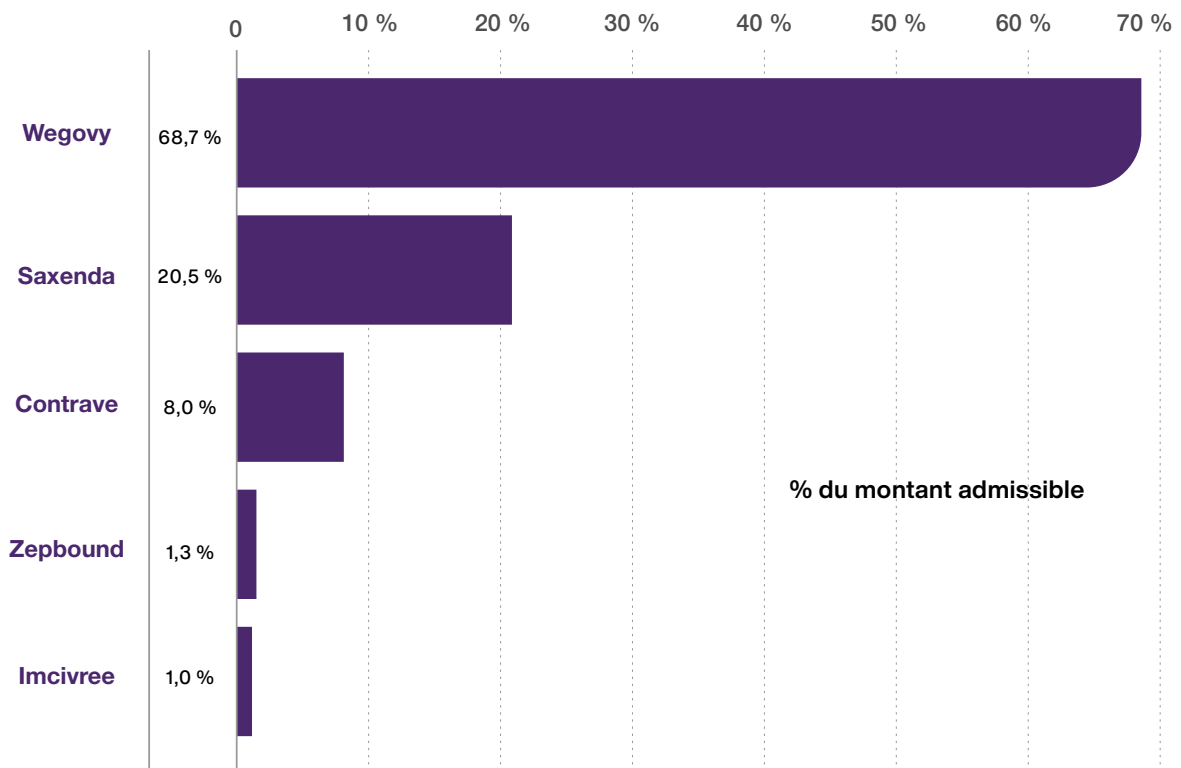
Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 28 | Montant admissible moyen par demande de règlement et par réclamant dans la catégorie de la gestion du poids, de 2023 à 2025**



Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 29 | Cinq principaux médicaments par montant admissible dans la catégorie de la gestion du poids, 2025**



Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé



## Classement

2025

2

2024

3

**9,9 %**

du montant  
admissible  
total

## Le point sur les maladies cutanées

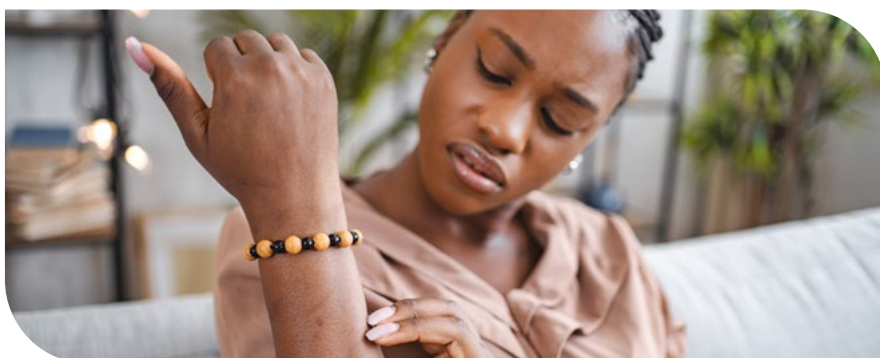
La progression de l'utilisation des médicaments biologiques et d'autres traitements onéreux est à l'origine de l'ascension de la catégorie des maladies cutanées au deuxième rang des catégories couvertes par les régimes d'assurance médicaments privés, avec une proportion de 9,9 % du montant admissible total.

La croissance du montant admissible attribuable à cette catégorie était forte en 2025 (13,6 %) et en 2024 (17,7 %) (tableau 30). Elle a été suffisante pour que la proportion de la catégorie gagne pratiquement deux points de pourcentage dans les deux dernières années, passant de 8,0 % en 2023 à 9,9 % en 2025.

Le principal facteur derrière ces gains est les médicaments onéreux, ce que démontre le taux de croissance du montant admissible annuel moyen par réclamant (14,2 % en 2025 et 13,2 % en 2024), qui dépassait largement le taux de croissance des demandes de règlement (0,3 % et 4,3 %, respectivement) et du nombre de réclamants (-0,5 % et 4,0 %, respectivement) (tableau 30).

En dollars, le montant admissible moyen par demande de règlement était de 270,49 \$ en 2025, comparativement à 211,71 \$ en 2023, et le montant admissible annuel moyen par réclamant était de 513,60 \$ et de 397,23 \$, respectivement (tableau 31).

Les deux médicaments au sommet de la catégorie, Dupixent (dupilumab; 19,5 % du montant admissible en 2025) et Skyrizi (risankizumab; 17,2 %), ont ouvert la voie dans les trois dernières années (tableau 32). Ensemble, ils ont gagné plus de 14 points de pourcentage en parts de marché, au détriment du médicament qui occupait le premier rang avant eux, Stelara (ustekinumab), qui est tombé au troisième rang alors que sa proportion du montant admissible pour la catégorie a chuté de 27,9 % en 2023 à 11,2 % en 2025. « L'arrivée des biosimilaires de Stelara sur le marché canadien ainsi que les politiques de passage aux biosimilaires des régimes d'assurance médicaments publics et privés ont nui aux parts de marché de Stelara », souligne Mme Le Pottier.



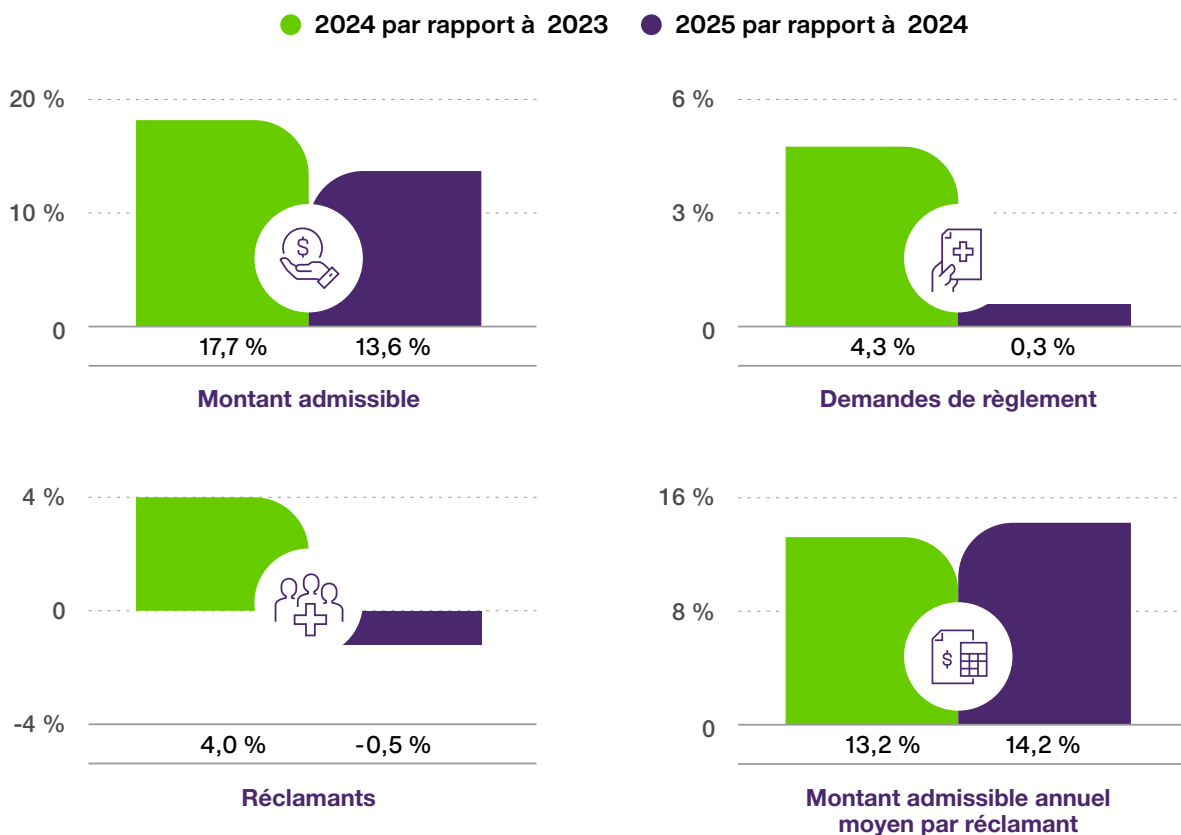
Les trois principaux médicaments sont des agents biologiques qui sont utilisés lorsque des traitements de première intention moins coûteux ne parviennent pas à limiter de manière adéquate les symptômes.

Soulignons toutefois que les données pour Dupixent comprennent son utilisation croissante pour des affections non dermatologiques. D'abord approuvé par Santé Canada pour la dermatite atopique modérée ou sévère en 2017, Dupixent a depuis été autorisé pour six autres indications, dont une seule, l'urticaire chronique spontanée, est une affection cutanée. Parmi les autres indications, on retrouve l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

« Les médicaments sont catégorisés selon leur première indication approuvée. L'utilisation de Dupixent pour d'autres indications gonfle donc probablement la croissance de la catégorie des maladies cutanées », rappelle Mme Le Pottier.

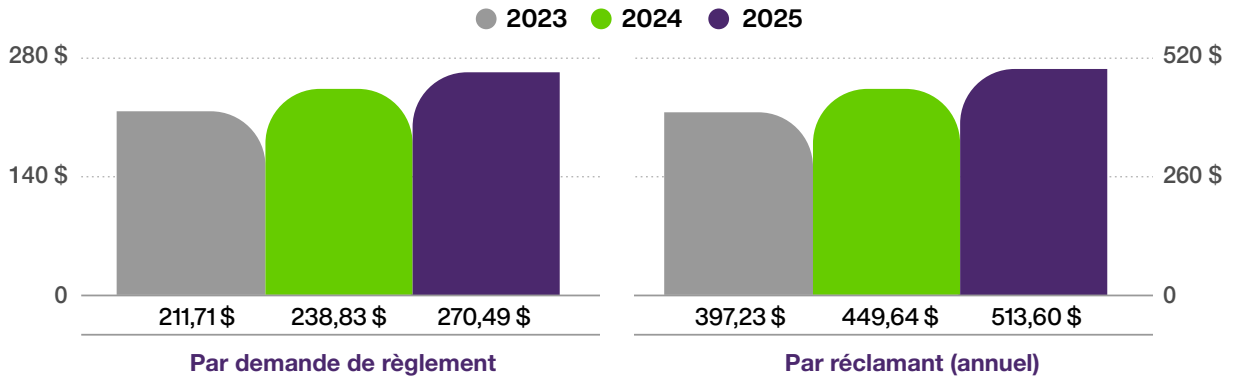
On peut tirer les mêmes conclusions pour Skyrizi et Stelara. Leur première indication était le traitement du psoriasis en plaques modéré ou sévère, mais les deux médicaments ont été autorisés pour des maladies auto-immunes non dermatologiques (comme la maladie de Crohn).

**TABLEAU 30 | Variations annuelles pour la catégorie des maladies cutanées, 2024 et 2025**



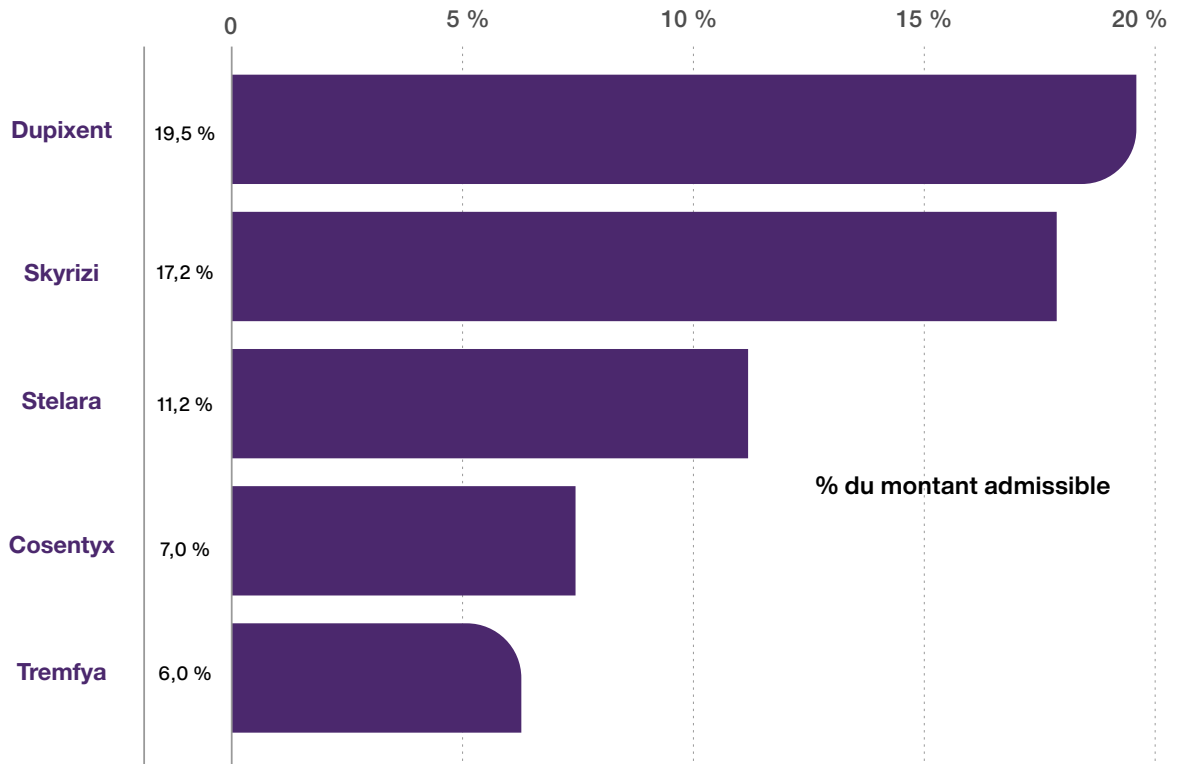
Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 31 | Montant admissible moyen par demande de règlement et par réclamant pour la catégorie des maladies cutanées, de 2023 à 2025**



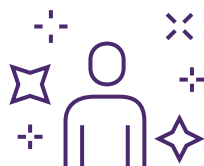
Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 32 | Cinq principaux médicaments selon le montant admissible pour la catégorie des maladies cutanées, 2025**



Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

## Le point sur le TDAH



### Classement

2025

6

2024

4

**4,8%**

du montant  
admissible  
total

Les variations dans la catégorie des médicaments permettant de traiter le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) sont un exemple type de l'entrée en vigueur d'une politique de tarification des médicaments génériques.

Les premiers médicaments génériques de Vyvanse (dimésylate de lisdexamfétamine), qui a longtemps été la marque dominante dans la catégorie du TDAH, sont devenus accessibles vers la moitié de 2024. La croissance du montant admissible pour cette catégorie n'a été que de 3,6 % pendant cette année, malgré une croissance du nombre de demandes de règlement (13,0 %) et du nombre de réclamants (13,9 %) se situant dans les deux chiffres (tableau 33). En 2025, le montant admissible a chuté de 13,2 %, encore une fois malgré des gains pour le nombre de demandes de règlement (7,8 %) et le nombre de réclamants (9,2 %).

À la fin de 2025, la proportion du montant attribuable au TDAH parmi toutes les catégories couvertes par les régimes d'assurance médicaments privés était de 4,8 %, comparativement à 5,7 % en 2024, ce qui a été suffisant pour la faire chuter du quatrième au sixième rang.

« Les médicaments génériques peu coûteux représentent maintenant une grande part des ventes de la marque et contrecarrent les effets des gains continus dans l'utilisation », explique Mme Le Pottier.

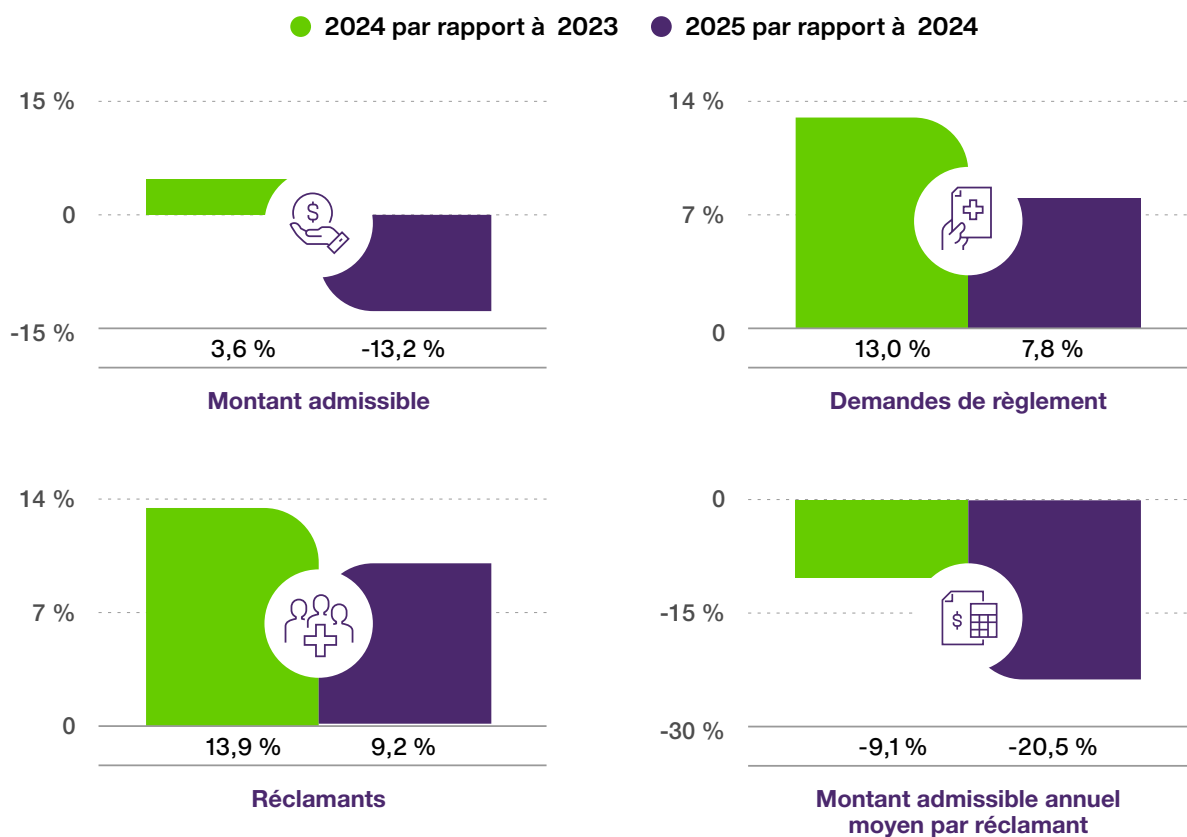
Le montant admissible moyen par demande de règlement liée au TDAH était de 86,02 \$ en 2025, en baisse par rapport à 116,52 \$ en 2023 (tableau 34). Le montant admissible annuel moyen par réclamant était de 585,64 \$ en 2025, comparativement à 810,33 \$ en 2023.

Vyvanse et ses équivalents génériques sont demeurés les médicaments les plus vendus dans la catégorie du TDAH, même après que leur part commune du montant admissible ait chuté de plus de 10 points de pourcentage en trois ans, pour s'établir à 32,3 % en 2025, comparativement à 43,2 % en 2023 (tableau 35). Le médicament au deuxième rang, Concerta (chlorhydrate de méthylphénidate), pour lequel des génériques sont accessibles depuis plus de 10 ans, s'est établi à 30,1 %, une légère augmentation par rapport à 2024 (27,1 %) et à 2023 (28,7 %).

Il pourrait être pertinent de surveiller les médicaments qui prennent la quatrième et la cinquième place de ce classement. Intuniv XR (chlorhydrate de guanfacine), un agent non stimulant à libération prolongée, a connu une croissance de sa proportion de la catégorie, passant de 6,1 % en 2023 à 8,2 % en 2025. Foquest (chlorhydrate de méthylphénidate), qui est aussi un médicament à longue durée d'action, a gagné trois points de pourcentage pour s'établir à 6,6 % en 2025, comparativement à 3,6 % en 2023.

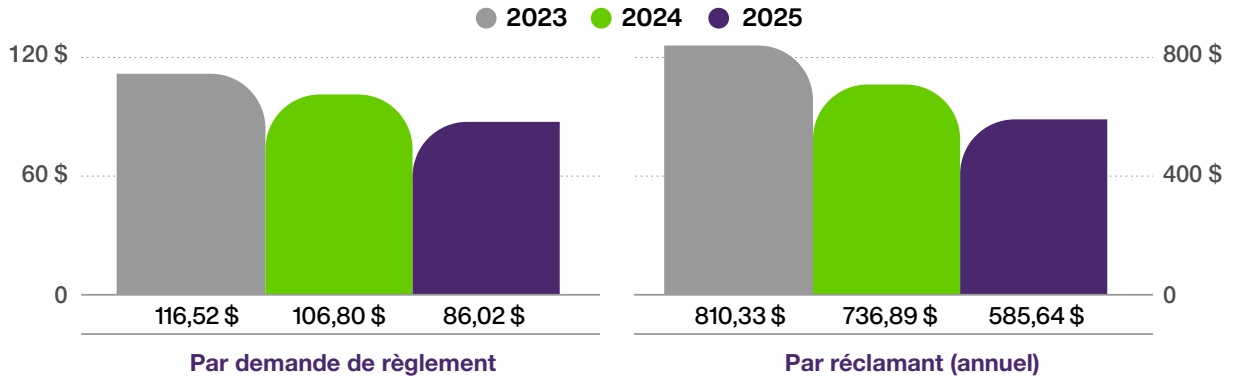
« Ce ne sont pas de nouvelles molécules, mais de nouveaux formats et de nouvelles formulations ont fait leur entrée sur le marché au prix des produits de marque. Ces nouvelles options permettent une administration plus stable du médicament, mais il n'y a pas d'innovations d'importance dans ce domaine », affirme Mme Le Pottier.

**TABLEAU 33 | Variations annuelles dans la catégorie du TDAH, 2024 et 2025**



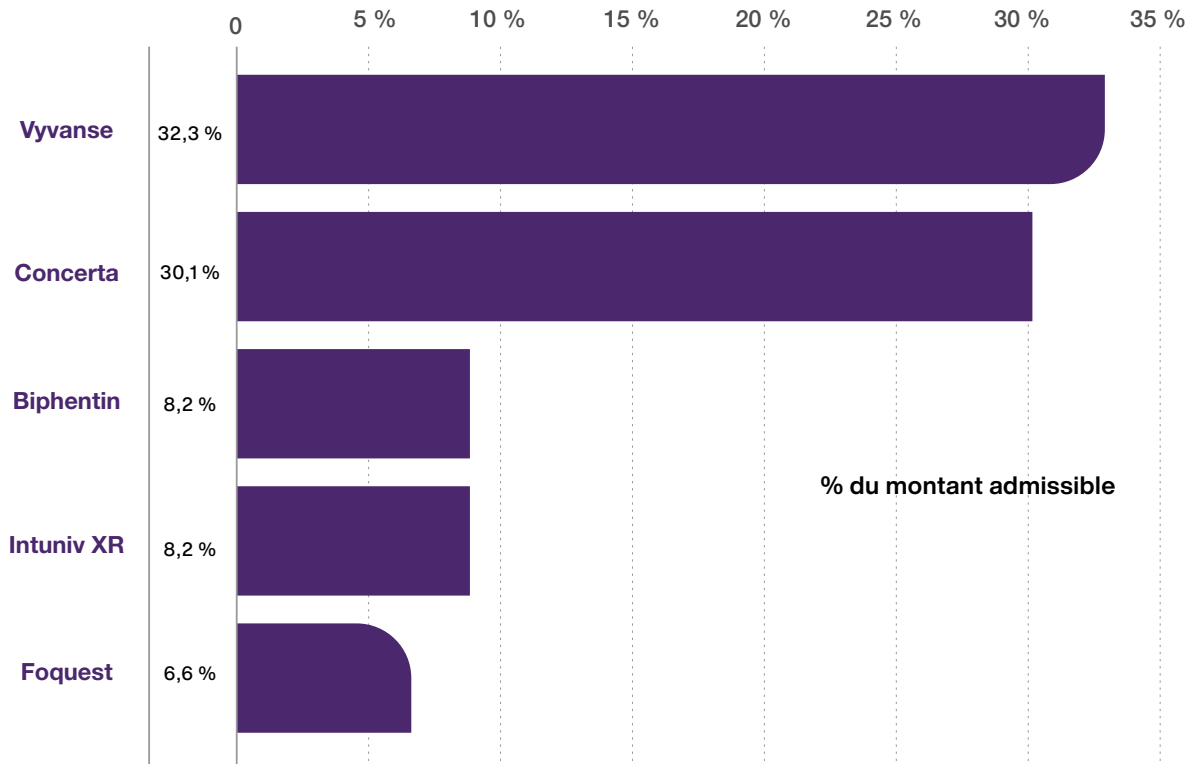
Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 34 | Montant admissible moyen par demande de règlement et réclamant dans la catégorie du TDAH, de 2023 à 2025**



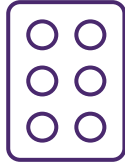
Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 35 | Cinq principaux médicaments selon le montant admissible dans la catégorie du TDAH, 2025**



Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

# Le point sur la contraception



**1,5 %**  
du montant  
admissible  
total

Les régimes d'assurance médicaments privés de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de l'Île-du-Prince-Édouard profitent des programmes publics pour offrir de nombreux contraceptifs sans frais pour les résidents, ce qui suffit à amplifier le déclin de cette catégorie à l'échelle nationale.

Le gouvernement de la Colombie-Britannique a lancé son programme provincial de gratuité des contraceptifs en avril 2023. Le 1er mars de cette année, le financement de ce programme a été transféré au gouvernement fédéral, en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Canada (adoptée en octobre 2024) concernant les médicaments contre le diabète et les contraceptifs. Le Manitoba a lancé son programme provincial en octobre 2024, dont le financement a été transféré au programme d'assurance médicaments fédéral en avril 2025. L'Île-du-Prince-Édouard a adopté sa propre version de l'assurance médicaments fédérale pour les contraceptifs et les médicaments contre le diabète en mai 2025.

En Colombie-Britannique, le nombre de réclamants a plongé de 13,3 % en 2025 et de 24,8 % en 2024. De la même manière, au Manitoba, le nombre de réclamants a chuté de 66,5 % en 2025 et de 9,5 % en 2024. L'Île-du-Prince-Édouard a connu des déclinés de 23,1 % en 2025 et de 3,6 % en 2024.

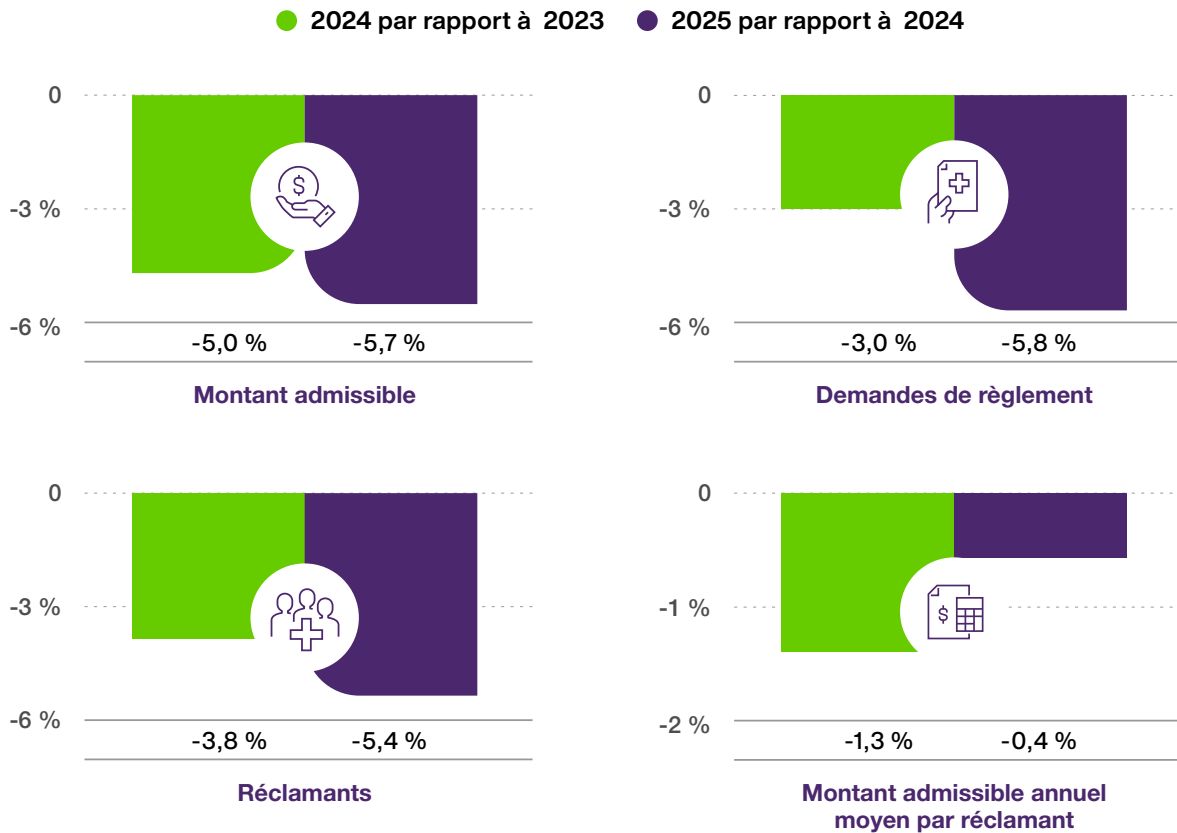
Ceci étant dit, certaines provinces qui n'ont pas accepté l'assurance médicaments nationale ont aussi connu des réductions dans la catégorie des contraceptifs, bien qu'elles aient été modestes. Par exemple, le nombre de réclamants a diminué de 7,4 % en Alberta et de 3,9 % en Ontario.

À l'échelle du pays, le montant admissible total de la catégorie a diminué de 5,7 % en 2025 et de 5,0 % en 2024 (tableau 36). Le nombre de demandes de règlement et de réclamants s'est atrophié de 5,8 % et de 5,4 % respectivement en 2025, et de 3,0 % et de 3,8 % respectivement en 2024. Le montant admissible moyen par demande de règlement et le montant admissible annuel moyen par réclamant ont peu changé en trois ans, passant de 48,16 \$ en 2023 à 47,17 \$ en 2025 et de 184,60 \$ à 181,60 \$, respectivement (tableau 37).

« Les régimes privés verront probablement d'autres réductions des dépenses sur les contraceptifs parce que d'autres provinces devraient se tourner vers l'assurance médicaments nationale, mais aussi parce que des mesures sont adoptées pour veiller à ce que les demandes de règlement admissibles soient soumises au gouvernement fédéral comme payeur principal », explique Mme Le Pottier.

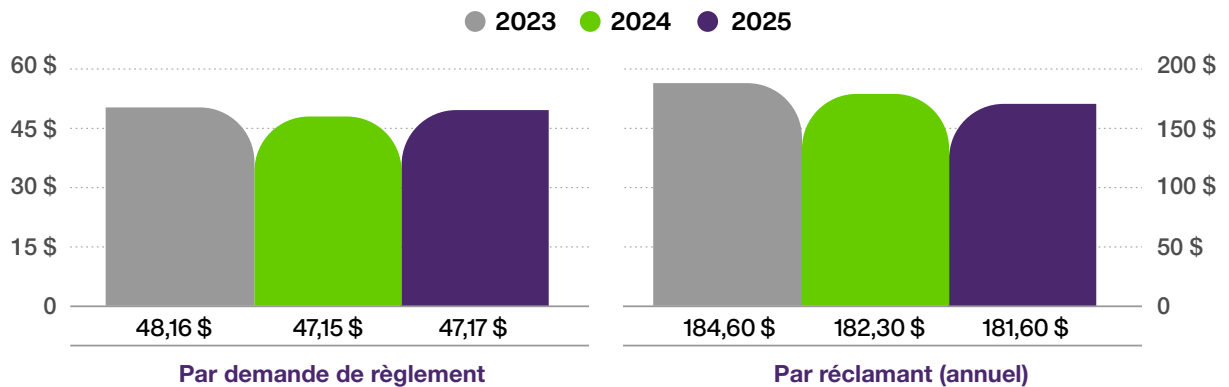
Le pourcentage du montant admissible total de la catégorie des contraceptifs était de 1,5 % en 2025.

**TABLEAU 36 | Variations annuelles dans la catégorie de la contraception, 2024 et 2025**



Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

**TABLEAU 37 | Montant admissible moyen par demande de règlement et par réclamant dans la catégorie de la contraception, de 2023 à 2025**



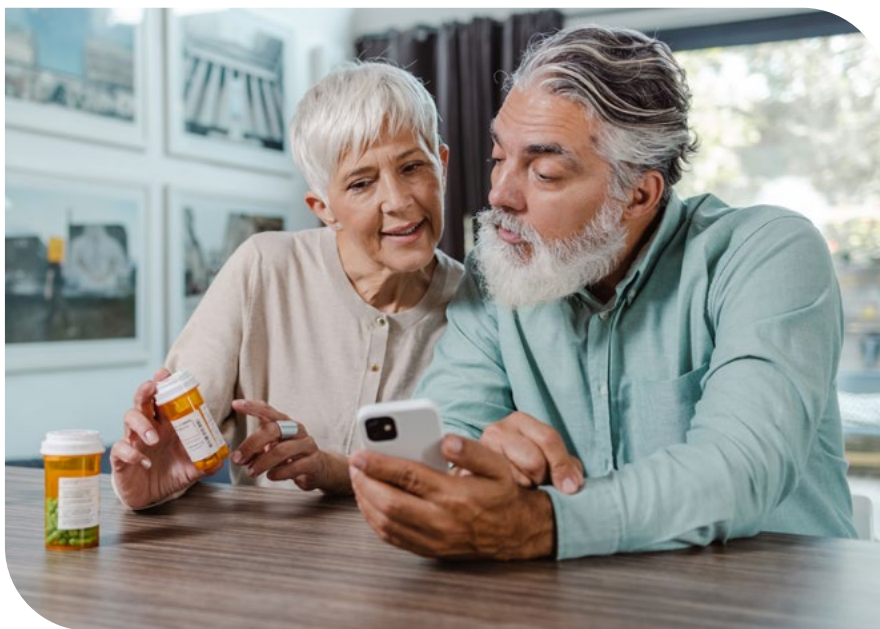
Source : Données sur les demandes de règlement de TELUS Santé

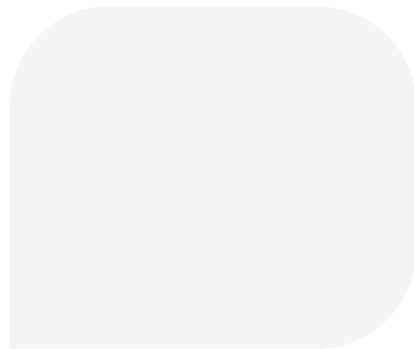
## Médicaments en voie de commercialisation

Les nouveaux médicaments destinés à la gestion du poids et à la myasthénie grave généralisée, une maladie rare principalement diagnostiquée chez des adultes de la population active, sont au cœur de l'édition 2026 du rapport Médicaments en voie de commercialisation.

Plusieurs médicaments génériques sont en voie de commercialisation. Plus de 80 génériques sont attendus pour 22 médicaments d'origine. Les attentes sont particulièrement élevées en ce qui concerne les versions génériques d'Ozempic pour le diabète de type 2 et de Wegovy pour la gestion du poids, car ces médicaments dominent les ventes dans leur catégorie respective. En parallèle, c'est le retour au calme pour les médicaments biosimilaires après plusieurs années d'activité marquée.

Téléchargez le [rapport Médicaments en voie de commercialisation 2026](#) de TELUS Santé pour en savoir plus.





**Tendances  
et références  
canadiennes  
en matière de  
consommation de  
médicaments en**

**2026**

## **5. Points à retenir**



- Le nombre d'adhérents ayant soumis une demande de règlement est en légère augmentation, passant de 58,7 % en 2023 à 60,5 % en 2024 et à 61,8 % en 2025.
- Le montant admissible total moyen pour toutes les demandes de règlement par réclamant était de 1 079,04 \$ en 2025, une augmentation de 4,1 % par rapport à 2024.
- Ces réclamants ont présenté en moyenne 12,2 demandes de règlement, soit pratiquement le même nombre qu'en 2024 et qu'en 2023.
- Les facteurs liés aux compétences, notamment les politiques gouvernementales et le modèle d'assurance médicaments public, créent des variations régionales importantes dans les montants admissibles et l'utilisation, tout comme pour les années précédentes.
- Les provinces de l'Atlantique ont connu la plus forte croissance du montant admissible annuel moyen par réclamant et la deuxième plus forte croissance du nombre de demandes de règlement par réclamant.
- Les réclamants âgés de 45 à 64 ans représentent un peu plus du tiers de tous les réclamants et plus de la moitié du montant admissible total. Le montant admissible annuel moyen pour ce groupe d'âge était de 1553,77 \$ par réclamant, une augmentation de 4,5 % par rapport à 2024.



- Les médicaments génériques ont conservé une croissance stable du volume de prescriptions, atteignant 70,8 % en 2025. La proportion des médicaments d'origine à fournisseurs multiples, pour lesquels il existe au moins un générique, a toutefois aussi connu une croissance pour la troisième année consécutive.
- Le pourcentage du montant admissible total pour les médicaments de spécialité a dépassé le tiers du montant total en 2025. La croissance du nombre de réclamants est plus importante que la croissance du coût des demandes de règlement.
- Les deux tiers des réclamants prenant un médicament biologique ont utilisé un biosimilaire moins coûteux en 2025.
- Les médicaments les plus chers, caractérisés par un coût de traitement annuel de 100 000 \$ ou plus, ont connu une légère croissance dans les deux dernières années, représentant 5,2 % du montant admissible total en 2025.
- Pour chaque tranche de 10 \$ soumis à la couverture des régimes privés d'assurance médicaments, près de 6 \$ étaient pour des médicaments des 10 principales catégories selon le montant admissible.
- La catégorie des médicaments et des dispositifs pour le diabète conserve sa première place dans la liste des 10 principales catégories. La part de la catégorie a cependant diminué pour la deuxième année consécutive.
- La catégorie des maladies cutanées a dépassé celle des maladies inflammatoires pour s'établir au deuxième rang de la liste des 10 catégories principales.
- L'arrivée de médicaments génériques pour le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité a fait chuter le classement de la catégorie, qui est passée de la quatrième à la sixième position.
- La catégorie de la gestion du poids s'est rapidement approchée de la liste des 10 catégories principales en 2025, gagnant six positions pour atteindre le 11<sup>e</sup> rang.



## Conclusion

Les régimes privés d'assurance médicaments ont connu une plus forte utilisation en 2025, avec des taux de croissance modérés pour le montant admissible moyen par demande de règlement et pour le montant admissible annuel moyen par réclamant. Une plus grande utilisation des médicaments génériques et biosimilaires a ralenti la croissance.

Les médicaments de spécialité (ceux dont le coût du traitement annuel est d'au moins 10 000 \$) représentent maintenant plus du tiers du montant admissible des demandes de règlement présentées aux régimes privés, et le nombre de réclamants est en hausse. Les médicaments les plus chers (coût du traitement annuel de plus de 100 000 \$) destinés aux maladies rares semblent lentement augmenter leur part du marché. Étant donné qu'une seule demande de règlement pour l'un de ces médicaments peut être catastrophique pour un régime d'assurance médicaments, il est de plus en plus compliqué de trouver le juste équilibre entre la valeur pour l'adhérent au régime et l'abordabilité pour les preneurs de régime.

En tant que gestionnaire de régime d'assurance médicaments, TELUS Santé s'engage à travailler avec les fournisseurs d'assurance, les preneurs de régime et leurs conseillers pour aider à la détermination des secteurs prioritaires pour l'investissement et la gestion des risques.

Tendances  
et références  
canadiennes  
en matière de  
consommation de  
médicaments en  
2026



 **TELUS**<sup>MD</sup> Santé