



Dictionnaire de données de la
Base de données du Système
national d'information sur
l'utilisation des médicaments
prescrits, mai 2016



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860

Télécopieur : 613-241-8120

www.icis.ca

droitdauteur@icis.ca

© 2016 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title *National Prescription Drug Utilization Information System Database Data Dictionary, May 2016*.

Table des matières

À propos de l'ICIS	4
Données disponibles	4
Éléments de données et définitions	5
Renseignements sur le patient	5
Information liée aux coûts	6
Information liée aux produits pharmaceutiques	8
Renseignements sur le régime ou le programme	10
Renseignements sur la liste	10

À propos de l'ICIS

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada. Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS rassemble et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

L'ICIS a élaboré le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) en vue de produire des analyses critiques de l'utilisation des médicaments et d'établir les tendances en matière de prix, dans l'objectif de doter le système de santé du Canada de données plus complètes et précises sur les médicaments prescrits utilisés. La Base de données SNIUMP contient de l'information pancanadienne liée aux régimes publics d'assurance-médicaments, notamment sur les formulaires, les demandes de remboursement et les régimes. Ces renseignements visent à guider l'élaboration de politiques éclairées sur les produits pharmaceutiques pour la gestion des régimes publics d'assurance-médicaments du Canada.

Données disponibles

Des données sur les demandes de remboursement et les formulaires sont disponibles pour les entités administratives suivantes (première date disponible) :

Entité administrative	Données sur les demandes de remboursements	Données sur les formulaires
Alberta	Janvier 2000	Mai 1991
Colombie-Britannique	Janvier 2006	Janvier 1993
Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits	s.o.	Mai 2005
Île-du-Prince-Édouard	Avril 2004	Juin 2000
Manitoba	Janvier 2000	Septembre 2006
Nouveau-Brunswick	Janvier 2000	Septembre 2004
Nouvelle-Écosse	Avril 2001	Mars 2004
Ontario	Avril 2010	Janvier 2003
Saskatchewan	Janvier 2000	Janvier 2001
Terre-Neuve-et-Labrador	Avril 2008	Janvier 2004
Yukon	Janvier 2011	Août 2014

Dans l'ensemble des provinces soumettant des données à la Base de données SNIUMP, les résidents couverts par une commission provinciale des accidents du travail ou un régime fédéral d'assurance-médicaments ne sont pas admissibles à l'assurance-médicaments provinciale. Les régimes fédéraux d'assurance-médicaments comprennent ceux gérés par le Service correctionnel du Canada, le ministère des Anciens Combattants et la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) (sauf pour l'Ontario, où les demandes de remboursement sont admissibles à la couverture publique et de la DGSPNI).

La Base de données SNIUMP ne comprend pas les renseignements sur les éléments suivants :

- les ordonnances qui ont été délivrées, mais jamais exécutées;
- les ordonnances qui ont été exécutées, mais dont les coûts des médicaments n'ont fait l'objet d'aucune demande de remboursement auprès des régimes publics ou ont été rejetées par ces derniers;
- les diagnostics ou les affections à l'origine des ordonnances.

Éléments de données et définitions

Renseignements sur le patient

Identificateur du patient de l'ICIS

Identificateur unique de l'ICIS qui désigne le patient (bénéficiaire) ayant fait la demande et qui est fondé sur le numéro d'identification du patient soumis par l'entité administrative.

Province du patient

Province ou territoire figurant dans l'adresse du patient qui a été soumise à l'ICIS.

Sexe du patient

Sexe du patient (bénéficiaire), c'est-à-dire de la personne pour laquelle l'ordonnance a été exécutée.

Âge en années

L'âge du patient (bénéficiaire) au moment de la demande (date de service) selon l'année de naissance. Le 1^{er} janvier est utilisé comme date de naissance par défaut.

Information sur le prescripteur

Identificateur du prescripteur de l'ICIS

Identificateur unique de l'ICIS qui désigne le professionnel de la santé prescripteur et qui est fondé sur le numéro d'identification du prescripteur soumis par l'entité administrative.

Province du prescripteur

Province ou territoire figurant dans l'adresse du prescripteur.

Information sur le fournisseur de services

Identificateur du fournisseur de services

Identificateur unique de l'ICIS qui désigne la pharmacie dispensatrice ou le médecin prescripteur et qui est fondé sur le numéro d'identification du fournisseur de services soumis par l'entité administrative.

Province du fournisseur de services

Province ou territoire figurant dans l'adresse du fournisseur de services.

Information liée aux coûts

Date de service

Date à laquelle l'ordonnance a été exécutée.

Statut de prestation au moment de la demande de remboursement

Code qui désigne l'état de la couverture d'un numéro d'identification du médicament (DIN)/ pseudo-numéro d'identification du médicament (PDIN) dans le régime ou le programme à partir de la date de service de la demande. Voir État de la couverture.

Quantité acceptée

Quantité de médicaments approuvée aux fins de paiement par le régime ou le programme.

Durée de l'approvisionnement

Durée de l'approvisionnement fourni, tel qu'il est indiqué par la pharmacie dispensatrice.

Coût du médicament accepté

Montant du coût total de l'ordonnance accepté qui est lié au coût des ingrédients du médicament que le régime ou le programme accepte. Ce champ comprend tous les suppléments des ventes en gros ou les coûts d'expédition applicables qui représentent un coût pour la pharmacie. La majoration des coûts des médicaments en pharmacie est dans un champ distinct.

Majoration acceptée

Montant du coût total de l'ordonnance accepté qui est lié au supplément ou à la majoration des médicaments en pharmacie.

Honoraires professionnels acceptés

Montant du coût total de l'ordonnance accepté qui est lié aux honoraires professionnels, y compris les frais de délivrance ou de préparation.

Coût total de l'ordonnance accepté

Montant total en dollars d'une ordonnance admissible à un remboursement par le régime ou le programme, lié à la Quantité acceptée. Ce montant comprend le coût du médicament ainsi que les honoraires et la majoration connexes, le cas échéant.

Remboursé par le régime

Montant du coût total de l'ordonnance accepté qui est remboursé par le régime ou le programme. Ce montant comprend le coût du médicament ainsi que les honoraires et la majoration connexes, le cas échéant.

Partage des coûts total

Montant total versé par les personnes ou les parties, autres que le régime ou le programme public, pour les demandes qui étaient acceptées au moins en partie par le régime ou le programme.

Payé par le patient

Montant du coût total de l'ordonnance accepté qui est payé par le patient. Il s'agit d'un sous-élément du Partage des coûts.

Déjà payé

Ce champ s'applique uniquement lorsque le régime ou le programme est un payeur secondaire. Il sert à informer le régime ou le programme du montant de la demande versé par le payeur principal. Il s'agit d'un sous-élément du Partage des coûts.

Information liée aux produits pharmaceutiques

Numéro d'identification du médicament (DIN)/pseudo-numéro d'identification du médicament (PDIN)

Santé Canada attribue un numéro d'identification du médicament (DIN) unique à chaque produit pharmaceutique en vente au Canada sous forme posologique. Un DIN est spécifique à un fabricant, au nom de produit, aux ingrédients actifs, à la force de l'ingrédient actif et à la forme posologique.

Le pseudo-numéro d'identification du médicament (PDIN) est attribué par un régime d'assurance-médicaments si Santé Canada n'a pas attribué de DIN à un produit couvert. Le PDIN permet de distinguer les prestations non pharmaceutiques (p. ex. fournitures pour le diabète). Il est parfois utilisé pour différencier les prestations selon le format du produit ou les indications couvertes (p. ex. la méthadone pour la dépendance versus la maîtrise de la douleur).

Code de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC)

Un code international délivré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS); les substances actives sont divisées en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et selon leurs propriétés thérapeutiques, pharmacologiques et chimiques.

Les médicaments sont classés en groupes répartis sur 5 différents niveaux :

- Ils sont divisés en 14 groupes principaux (premier niveau), assortis d'un sous-groupe pharmacologique ou thérapeutique (deuxième niveau).
- Les niveaux 3 et 4 comprennent des sous-groupes chimiques, pharmacologiques ou thérapeutiques.
- Les niveaux 2, 3 et 4 servent souvent à identifier les sous-groupes pharmacologiques lorsque ceux-ci conviennent mieux que les sous-groupes thérapeutiques ou chimiques.
- Le niveau 5 correspond à la substance chimique.

Santé Canada attribue un code ATC au niveau du produit. Les DIN auxquels Santé Canada n'a pas attribué de code ATC sont automatiquement classés dans le groupe ATC Y99YY99 (non attribué). Les PDIN sont automatiquement classés dans le groupe dont les codes commencent par Z99, comme Z99Z (sans objet) et Z99P (services pharmaceutiques).

Code de l'American Hospital Formulary System (AHFS)

Codes définis par l'AHFS et attribués par Santé Canada au niveau du DIN. Les DIN sans code AHFS sont déclarés par défaut au moyen du code YY:YY:YY:YY (non attribué). Les PDIN sont déclarés au moyen du code AHFS ZZ:ZZ:ZZ:ZZ (sans objet).

Description uniforme de l'ICIS

La description uniforme de l'ICIS est fondée sur le nom commercial attribué par Santé Canada, ainsi que sur la concentration et le dosage normalisés et la forme posologique de l'ICIS. Pour les PDIN, l'élément de données comprendra tous les attributs qui définissent le PDIN, tel que soumis par l'entité administrative concernée.

Ingrédient(s) actif(s)

Toute composante qui possède des propriétés médicinales, qui produit une action pharmacologique ou qui a des effets directs sur le diagnostic, la guérison, l'atténuation, le traitement ou la prévention des maladies, ou qui agit sur la structure ou toute fonction du corps. L'ingrédient actif est tel que déclaré dans la Base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada.

Indicateur du PDIN

Indicateur qui permet de déterminer si un médicament est classé en tant que PDIN. Si l'indicateur du PDIN est Y, la valeur reçue est un PDIN. Si l'indicateur du PDIN est N, la valeur reçue est un DIN.

Province du PDIN

La province ou le territoire qui a attribué un PDIN à une couverture. Pour les DIN, l'élément de données est CA (Canada).

Annexe

Annexe de médicaments attribuée selon le *Règlement sur les aliments et drogues* et la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, et déclarée dans la Base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada.

Détenteur

Le propriétaire du DIN/PDIN, tel qu'il est indiqué dans la Base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada.

Code de marque générique de l'ICIS

Code indiquant si un produit pharmaceutique est de marque, générique ou biologique selon une méthodologie élaborée par l'ICIS. Voici la liste des codes :

- B (de marque)
- G (générique)
- BIO (biologique)
- OTC (en vente libre)

Renseignements sur le régime ou le programme

Entité administrative

L'entité fédérale, provinciale ou territoriale responsable de la liste du régime ou du programme ou du financement de la demande.

Régime d'assurance-médicaments

Le régime d'assurance-médicaments auquel les renseignements sur les formulaires s'appliquent ou auquel la demande a été soumise pour paiement.

Renseignements sur la liste

État de la couverture

Code qui désigne l'état de la couverture d'un DIN dans le régime ou le programme. Les codes sont les suivants :

- B (couverture) indique les médicaments qui ont une couverture régulière, pour lesquels aucune justification spécifique au patient n'est nécessaire pour recevoir un remboursement.
- L (limité) indique les médicaments qui sont inscrits dans le régime ou le programme, mais dont la couverture est limitée et traitée par des processus réguliers (automatisés) de règlement des demandes en fonction d'un ensemble de critères propres au régime et au programme (codifié par le prescripteur ou le pharmacien/fournisseur de services).
- R (restreint) indique les médicaments qui sont inscrits dans le régime ou le programme, mais dont la couverture est restreinte et doit être traitée dans le cadre d'une demande officielle à remplir par le prescripteur pour une révision spécifique au patient, en fonction d'un ensemble de critères propres au régime ou au programme.

- E (exception) indique les médicaments qui ne sont pas inscrits dans le régime ou le programme, mais qui requièrent une demande officielle à remplir par le prescripteur pour une révision spécifique au patient. *Remarque* : L'ICIS impute ce code lors de la vérification des demandes. Ces médicaments ne sont pas identifiés dans les rapports des formulaires.

Date de début de la couverture

Date à laquelle une combinaison d'attributs de couverture liée à un DIN/PDIN est entrée en vigueur selon la liste du régime ou du programme.

Date de fin de la couverture

Date à laquelle le DIN/PDIN n'est plus sujet à une combinaison d'attributs de couverture selon le régime ou le programme.

Indicateur de critère

Indicateur qui signale que l'état de la couverture d'un DIN/PDIN est conditionnel aux critères définis ou disponibles dans les données contextuelles de la liste.

Indicateur d'interchangeabilité

Indicateur qui permet de savoir si un médicament est interchangeable à l'intérieur d'un groupe de médicaments défini par une autorité.

Politique de prix aux fins de remboursement

Code qui identifie la politique de remboursement des coûts propre à un DIN/PDIN sur la liste du régime ou du programme. Les codes sont les suivants :

- AAC (coût réel d'acquisition) indique le coût réel d'acquisition d'un médicament par un fournisseur, y compris les marges bénéficiaires des grossistes et les ajustements pour refléter le prix net (p. ex. prise en considération des escomptes et des rabais).
- LCA (option du prix le plus bas) indique le coût le plus bas d'un médicament au sein d'un groupe de médicaments interchangeables défini par un régime ou un programme, soumissionné ou non.
- MAC (coût maximum admissible) indique le coût maximum (qui peut ou non égaler le LCA) admis pour un médicament, de source unique ou au sein d'un groupe de médicaments interchangeables défini par un régime ou un programme.
- TMAC (coût thérapeutique maximum admissible) indique le coût maximum admis pour un médicament ou un groupe de médicaments en fonction d'une équivalence thérapeutique définie par un régime ou un programme (p. ex. thérapie de première intention efficiente, y compris l'équivalence de formulation).
- UNK (coût inconnu) indique qu'on ne dispose pas de la politique de remboursement du DIN ni du régime d'assurance-médicaments.

Prix de la liste

Prix unitaire utilisé dans le calcul de la prestation pharmaceutique qui sera versée par le régime d'assurance-médicaments, selon le partage applicable des coûts.

Prix courant

Prix unitaire accepté en tant que « prix du marché » ou prix courant du fabricant. L'administrateur du régime ou du programme ou encore le fournisseur de services peut utiliser ce prix pour déterminer le coût d'un médicament déboursé par le client lorsque le prix du médicament délivré est plus élevé que le prix de la liste. Le prix courant est assujéti aux politiques du régime ou défini en vertu de la politique de prix aux fins de remboursement.

Parlez-nous

ICIS Ottawa

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6

613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7

416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7

250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7

514-842-2226

ICIS St. John's

140, rue Water
Bureau 701
St. John's (T.-N.-L.)
A1C 6H6

709-576-7006