

ANNEXE 1 : Recherche documentaire

DATABASES	LIMITS	KEYWORDS/DESCRIPTORS
National Library of Medicine PubMed	Human (not applied to "Publisher" or "In process" records)	<p>Clinical Search</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. teriparatide [MeSH] 2. 52232-67-4 OR 99294-94-7 [EC/RN Number] 3. forteo OR teriparatide OR forsteo OR "LY 333334" OR parathar [Title/Abstract] 4. 1-34 (parathyroid-hormone OR parathyroid hormone OR pth OR hpth OR parathormone) 5. #1 OR #2 OR #3 OR #4 6. Osteoporosis, Postmenopausal [MeSH] 7. (Menopaus* OR Perimenopaus* OR Peri menopaus* OR Postmenopaus* OR Post-menopaus*) AND (bone loss OR bone reduction) [Title/Abstract] 8. (Menopaus* OR Perimenopaus* OR Peri menopaus* OR Postmenopaus* OR Post-menopaus*) AND (osteoporosis OR osteoporotic) [Title/Abstract] 9. #6 OR #7 OR #8 10. controlled clinical trials [MeSH] 11. multicenter study OR randomized controlled trial OR controlled clinical trial [Publication Type] 12. random* OR sham* OR placebo* [Title/Abstract] 13. single (blind* OR dumm* OR mask*) OR double (blind* OR dumm* OR mask*) [Title/Abstract] 14. triple (blind* OR dumm* OR mask*) OR treble (blind* OR dumm* OR mask*) [Title/Abstract] 15. (control OR controled OR controlled) (study OR studies OR trial OR trials) OR RCT OR RCTs [Title/Abstract] 16. (multicentre OR multicenter OR multi-centre OR multi-center) (study OR studies OR trial OR trials) [Title/Abstract] 17. comparative (study OR studies OR trial OR trials) [Title/Abstract] 18. drug comparison OR drug comparisons [Title/Abstract] 19. head-to-head [Title/Abstract] 20. #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 21. meta-analysis [Publication Type] 22. meta-analysis [MeSH] 23. meta analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* [Title/Abstract] 24. meta regression* OR metaregression* OR mega regression* OR megaregression* [Title/Abstract] 25. systematic* literature review* OR systematic* review* OR systematic* overview* OR methodologic* literature review* OR methodologic* review* OR methodologic* overview* [Title/Abstract] 26. quantitative literature review* OR quantitative review* OR quantitative overview* OR research integration OR research overview* [Title/Abstract] 27. integrative review* OR integrative overview* OR collaborative review* OR collaborative overview* OR pooled analysis OR pool analysis OR pooled analyses OR pool analyses [Title/Abstract]

		<p>28. #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 29. #5 AND #9 AND (#20 OR #28)</p> <p><i>Performed 2005 Mar 5</i> <i>42 unique hits</i></p>
<p><i>National Library of Medicine</i></p> <p>PubMed</p>		<p>Economic Search:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. teriparatide [MeSH] 2. 52232-67-4 OR 99294-94-7 [EC/RN Number] 3. forteo OR teriparatide OR forsteo OR "LY 333334" OR parathar [Title/Abstract] 4. 1-34 (parathyroid-hormone OR parathyroid hormone OR pth OR hpth OR parathormone) 5. #1 OR #2 OR #3 OR #4 6. . Osteoporosis, Postmenopausal [MeSH] 7. (Menopaus* OR Perimenopaus* OR Peri menopaus* OR Postmenopaus* OR Post-menopaus*) AND (bone loss OR bone reduction) [Title/Abstract] 8. (Menopaus* OR Perimenopaus* OR Peri menopaus* OR Postmenopaus* OR Post-menopaus*) AND (osteoporosis OR osteoporotic) [Title/Abstract] 9. #6 OR #7 OR #8 10. economics OR "costs and cost analysis" OR "value of life" OR economics, medical OR economics, hospital OR economics, nursing OR economics, pharmaceutical OR "fees and charges" OR budgets [MeSH] 11. models, economic OR markov chains OR monte carlo method OR decision trees OR quality of life OR patient satisfaction OR quality-adjusted life years [MeSH] 12. econom* OR cost OR costs OR costly OR costing OR costed OR price OR prices OR pricing OR priced OR discount [Title/Abstract] 13. expenditure* OR budget* OR afford* OR pharmacoeconomic* OR pharmaco-economic* [Title/Abstract] 14. markov OR markow OR monte-carlo [Title/Abstract] 15. decision tree* OR decision analy* OR decision model* [Title/Abstract] 16. value of life OR value of lives OR valuation of life OR valuation of lives [Title/Abstract] 17. life value* OR life valuation* OR money value* OR money valuation* OR monetary value* OR monetary valuation* [Title/Abstract] 18. #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 19. #5 AND #9 AND #18 <p><i>Performed 2005 Mar 5</i> <i>1 unique hit</i></p>
<p><i>DIALOG®</i></p> <p><i>BIOSIS Previews®</i></p> <p><i>EMBASE®</i></p> <p><i>MEDLINE®</i></p> <p><i>ToxFile</i></p>	Human	<p><i>Same keywords and descriptors as PubMed, adjusting as per controlled vocabularies and syntax</i></p> <p>Comments, letters OR editorials excluded in applicable databases</p> <p><i>Performed 2005 Feb 28</i> <i>Clinical Search: 108 unique hits</i> <i>Economic Search: 54 unique hits</i></p>

<p><i>John Wiley & Sons, Inc.</i></p> <p>The Cochrane Library 2005, Issue 1</p>		<p><i>Same keywords and descriptors as PubMed, adjusting as per syntax</i></p> <p>CENTRAL = 12 references</p>
<p><i>OHE-IFPMA Database Ltd.</i></p> <p>HEED: health economic evaluations database</p>		<p>forteo OR teriparatide OR forsteo OR LY-333334 OR LY 333334 OR parathar [all data]</p> <p><i>Performed 2005 Mar 2</i></p> <p><i>No hits</i></p>
<p><i>DIALOG®</i></p> <p>BIOSIS Previews® EMBASE® Alert MEDLINE®</p>	<p>Human (excluding EMBASE)</p>	<p><i>Same keywords and descriptors as main DIALOG search adjusting in EMBASE® alert, as required</i></p>
<p>Websites of health technology assessment (HTA) and related agencies; clinical trial registries; other databases</p>		<p>e.g. AHFMR; NICE; National Research Register; University of York NHS Centre for Reviews and Dissemination – CRD databases; CMA Infobase</p>

ANNEXE 2 : Fiche d'extraction des données

Fiche d'extraction des données de l'essai comparatif et randomisé	
Identification :	
Numéro de l'article : _____	Date : _____
Numéro de l'examineur : _____	Titre : _____
Chercheur : _____	Revue : _____
Année 19 _____	Volume _____ Page de début _____
Durée de l'étude : _____	
Paramètres : <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Extraction de données des graphiques : oui ou non; si oui, paramètres : _____	
Observations _____	
Structure de l'étude :	
Structure expérimentale :	<input type="checkbox"/> Groupes parallèles <input type="checkbox"/> Chassé-croisé
Intervention :	<input type="checkbox"/> Médicament <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____
Groupes d'intervention :	
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4. _____	
Traitement concomitant : _____	

Méthode :	
Dissimulation de l'affectation des ressources :	
A. Randomisation à l'aveugle (p. ex., enveloppes scellées)	
B. méthode de randomisation imprécise	
C. quasi-randomisation (p.ex., pair ou impair, date de naissance)	
Mécanisme d'insu :	<input type="checkbox"/> Double <input type="checkbox"/> Évaluateur
	<input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Patient
	<input type="checkbox"/> Ouvert <input type="checkbox"/> Chercheur
Analyse :	<input type="checkbox"/> Efficacité <input type="checkbox"/> Principe de l'intention de traitement
Pays : _____	Cadre : _____
Participants :	
Critères de sélection : _____	
Critères d'exclusion : _____	

Caractéristiques						
	Données	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Autre
Nombre						
Abandons						
Âge	\bar{x} / méd., ET /ét/rg					
Hommes / Femmes						
Autre	\bar{x} / méd., ET /ét/rg					
Autre						
Autre						
Autre						
Autre						
Autre	\bar{x} / méd., ET /ét/rg					

Différences entre les groupes avant traitement : _____

Observance thérapeutique : _____

Effets indésirables : décrits Oui Non Si oui Propres au patient Données globales

Résultats : paramètres continus					
Mesure	Moment de référence n, __, __, ét	__mo/ans n, __, __, ét	_mo/ans n, __, __, ét	__mo/ans n, __, __, ét	Transposition

Autres périodes disponibles Non Oui, si oui, précisez _____

Paramètres de sous-groupes de patients : _____

ANNEXE 3 : Fiche d'évaluation de la qualité

Fiche d'évaluation de la qualité ^{23,24}			
Qualité de l'étude			
Numéro RM _____	Examineur _____		
Randomisation	Nombre de points total	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<p><i>Un point est accordé au compte rendu de l'essai qui mentionne que celui-ci est « randomisé ». Un point supplémentaire est accordé si la méthode de randomisation est appropriée (table de numéros aléatoires, générée par ordinateur). Si le compte rendu mentionne que l'essai est randomisé, mais que la méthode de randomisation est inappropriée (date de naissance, numéro d'hôpital), un point est soustrait.</i></p>			
Double insu	Nombre de points total	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<p><i>Un point est accordé à l'essai dont le compte rendu mentionne qu'il est à « double insu ». Un point supplémentaire est accordé quand le mécanisme de double insu est approprié (placebo identique, placebo actif). Quand le compte rendu mentionne que l'essai est à double insu, mais que le mécanisme est inapproprié (p. ex., comparaison entre des comprimés et une solution injectable sans le recours à la technique du double placebo), un point est soustrait.</i></p>			
Abandons	Nombre de points total	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<p><i>Un point est accordé à l'essai dont le compte rendu mentionne le nombre et les motifs d'abandons. Quand il n'y a pas de mention, aucun point n'est accordé.</i></p>			
Score total	<input type="checkbox"/> Bas (0 à 2 points)	<input type="checkbox"/> Élevé (3 à 5 points)	
Dissimulation de l'affectation des ressources	<input type="checkbox"/> Appropriée	<input type="checkbox"/> Inappropriée	<input type="checkbox"/> Imprécise
Appropriée	Randomisation centrale; contenants numérotés ou codés; médicaments préparés par la pharmacie, enveloppes scellées, numérotées en série, opaques.		
Inappropriée	Alternance; renvoi au numéro de dossier ou à la date de naissance.		
Imprécise	La technique de dissimulation n'est pas indiquée ou ne se range dans aucune des deux catégories ci-dessus.		

ANNEXE 4 : Évaluation de la dissimulation de l'affectation des ressources

Évaluation de la dissimulation de l'affectation des ressources²⁴

A. Appropriée

- centralisée (p. ex., affectation centrale sans connaissance des caractéristiques des participants) ou randomisation contrôlée par la pharmacie;
- contenants numérotés ou codés, distribués en séquence;
- système informatique sur les lieux où l'affectation est consignée dans un fichier verrouillé qui ne peut être lu qu'une fois les caractéristiques du participant saisies;
- enveloppes opaques, scellées, numérotées en séquence.

B. Imprécise

- la seule mention de l'utilisation d'une liste ou d'une table;
- la seule indication de l'utilisation d'enveloppes scellées;
- le compte rendu d'un schéma de dissimulation apparemment approprié ainsi que la présence de renseignements suscitant le doute;
- le compte rendu ne dit rien à propos de la dissimulation.

C. Inappropriée

- alternance;
- renvoi à la date de naissance ou au jour de la semaine
- renvoi au numéro de dossier;
- n'importe quelle procédure connue avant l'affectation, comme une liste ouverte de numéros aléatoires.

ANNEXE 5 : Figures

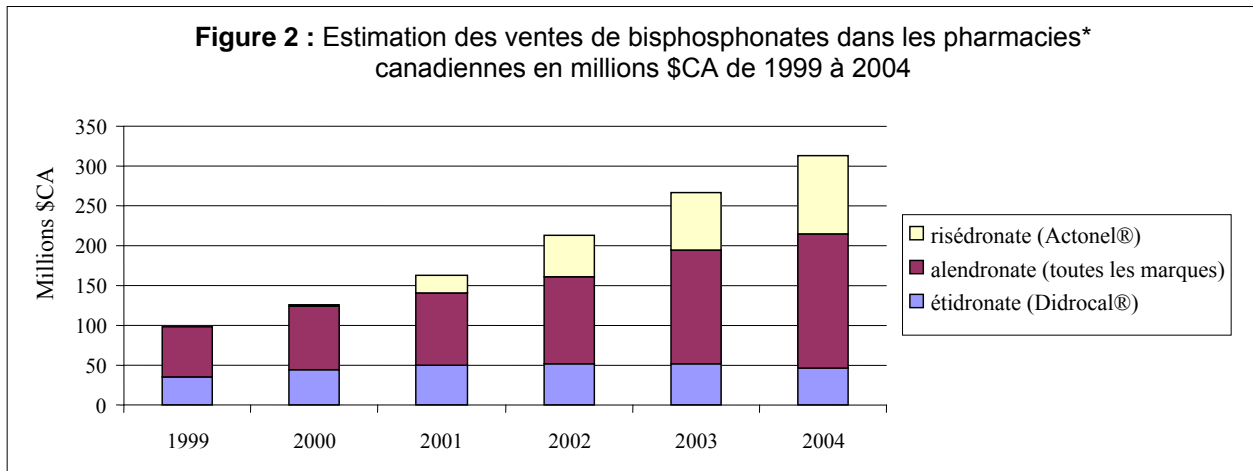
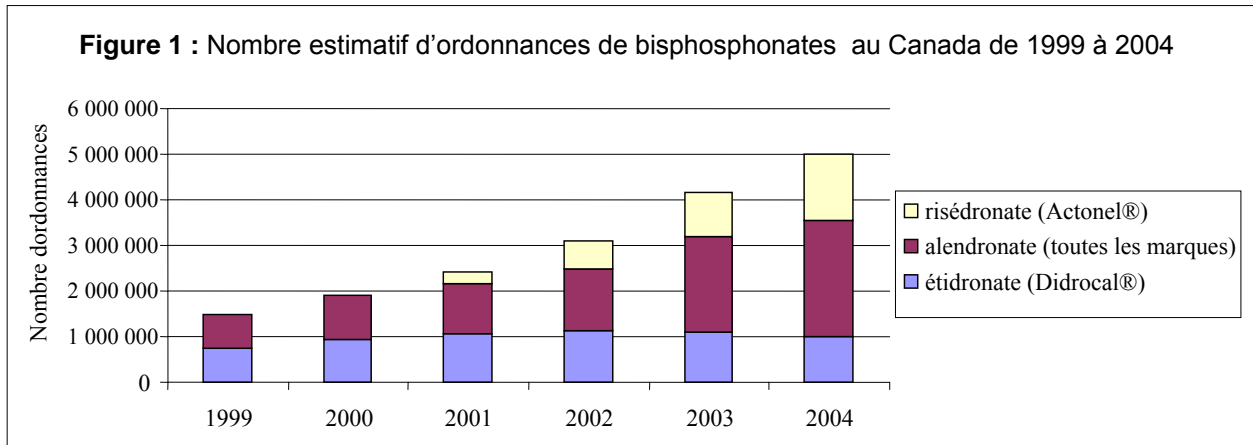


Figure 3 : Sélection des essais cliniques sur le téraparatide

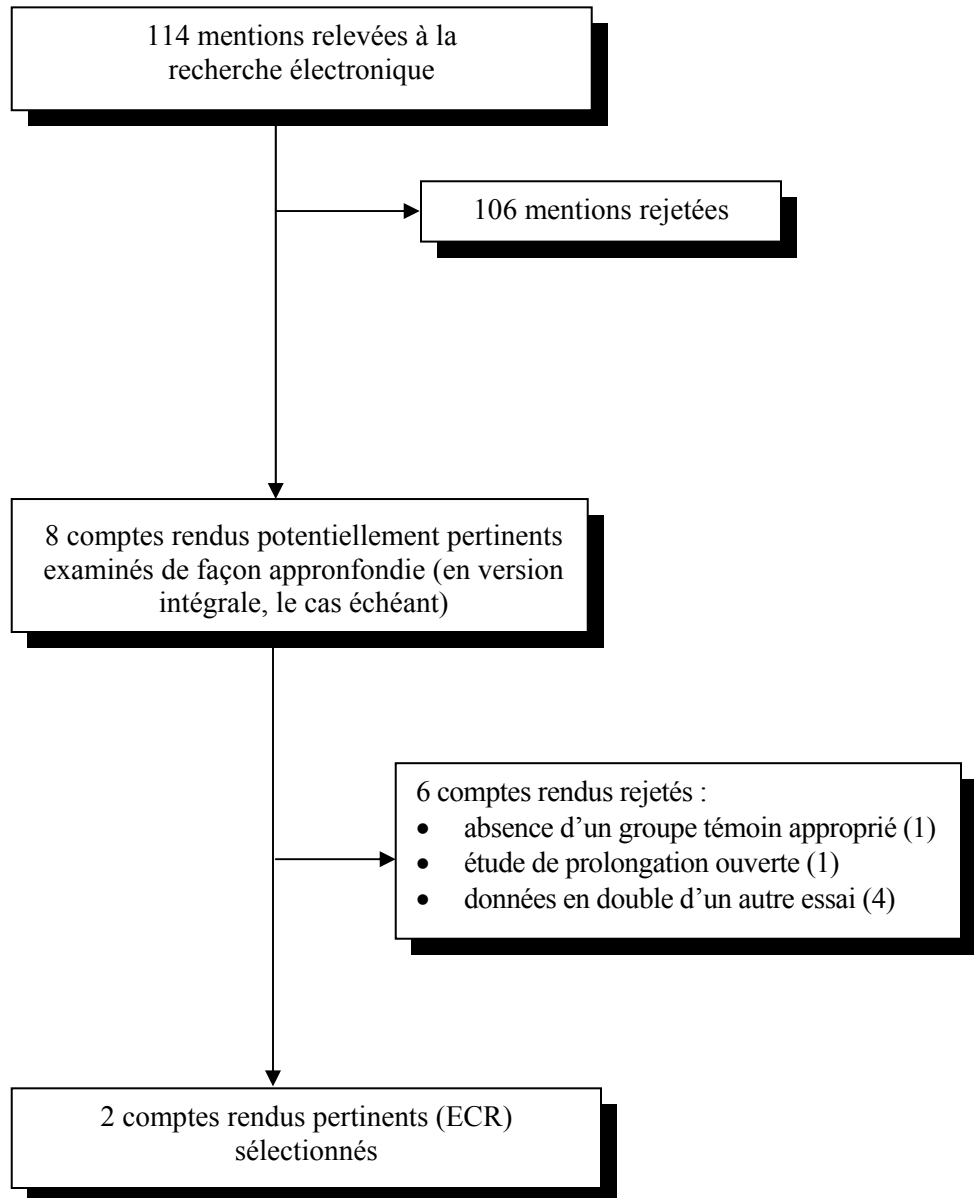
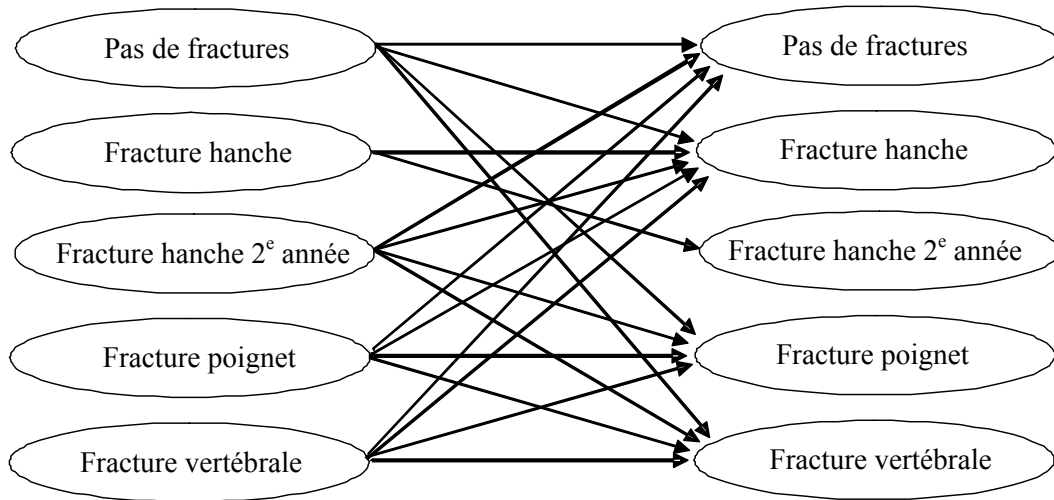
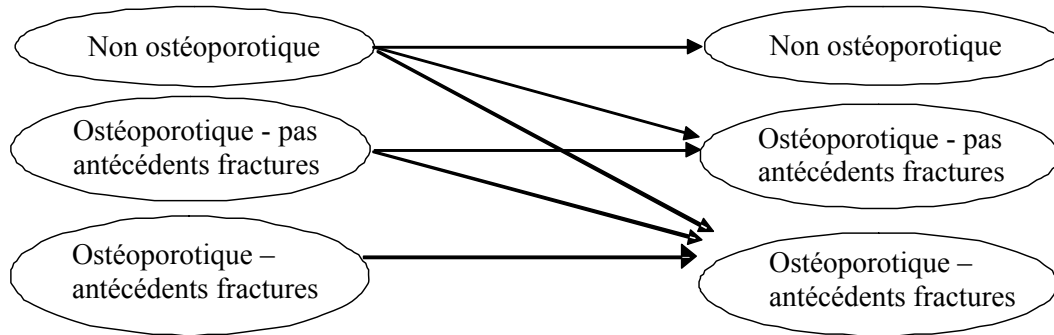


Figure 4 : Structure du modèle décisionnel

A. Fractures



B. État de l'ostéoporose



C. Lieu de résidence

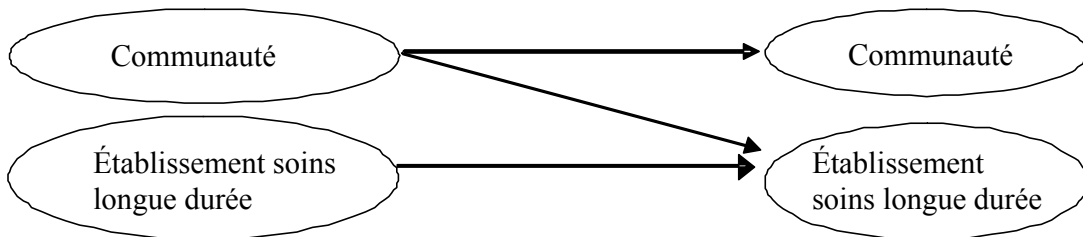


Figure 5 : Effet du défaut de calibrer le modèle sur la probabilité annuelle de fractures de la hanche chez la femme résidant dans la communauté

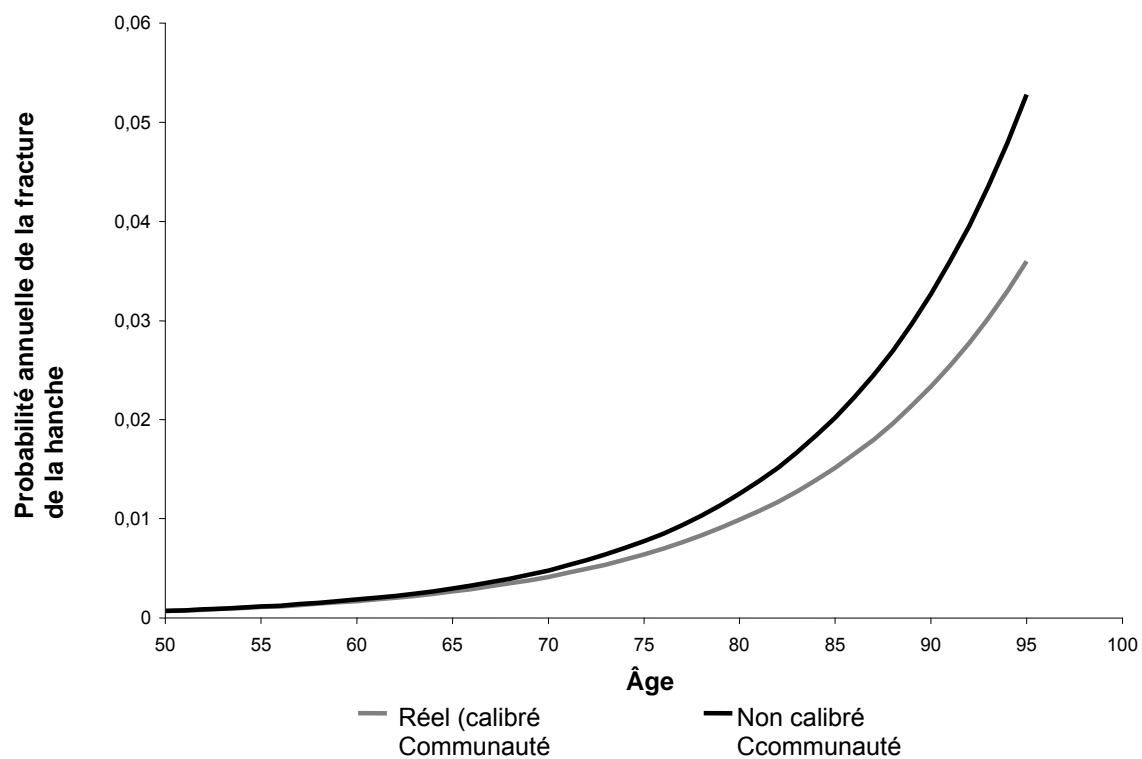


Figure 6 : Coût supplémentaire et QALY du traitement médicamenteux comparativement à l'abstention thérapeutique chez la femme de 80 ans ayant déjà subi une fracture

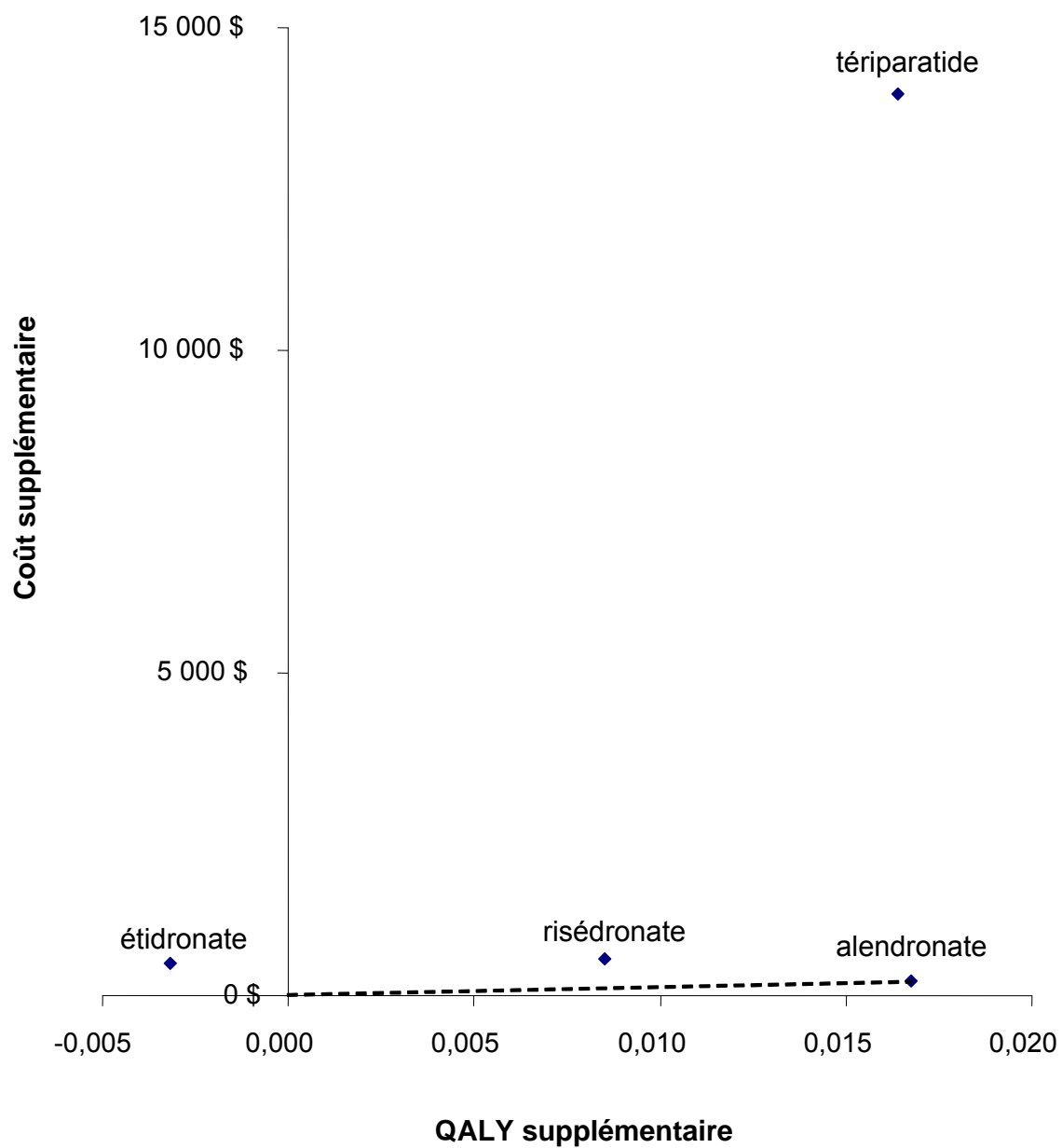
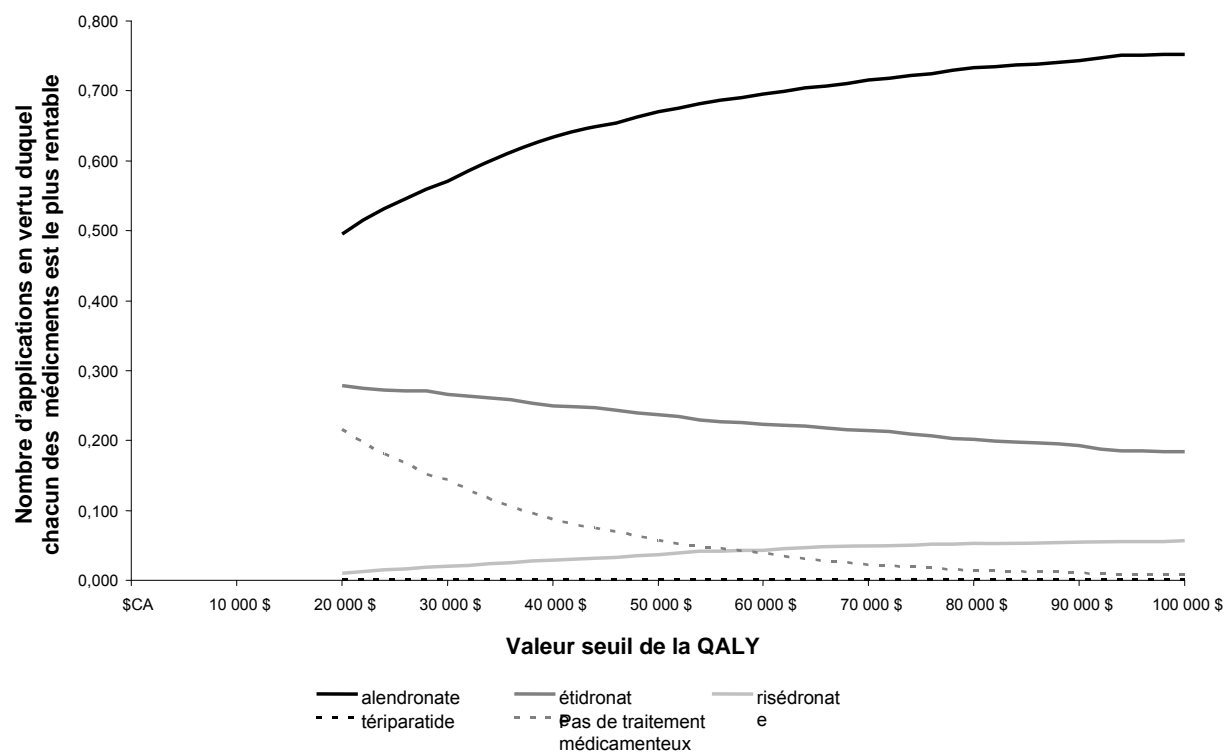


Figure 7 : Courbe d'acceptabilité de la rentabilité chez la femme de 80 ans ayant déjà subi une fracture



ANNEXE 6 : Tableaux

Tableau 1 : Coût quotidien des bisphosphonates dans cinq provinces et un territoire au Canada en 2005^{87,88,94,101-103}

Médicament	Coût médian [†] (\$CA)	Alb.	C.-B.	Yukon	QC	Sask.	Ont.
alendronate 10 mg	1,8253	1,8253	1,8253	1,8253	1,7550	1,9806	1,7550
alendronate générique 10 mg	1,1057 (ou 1,1527)	1,1057	1,2848	1,1057	1,1057	1,1997	1,1057 (Apo-Alendronate) ou 1,2285 (Novo-Alendronate)
alendronate cyclique 70 mg	1,2897	1,2643	1,3150	1,3150	1,2643	1,4269	1,2643
étidronate 400 mg	0,4133	0,4383	0,4188	0,4078	0,4078	0,4546	0,4078
risédronate 5 mg	1,6825	1,7846	1,7050	1,6600	1,6600	1,8500	1,6600
risédronate cyclique 35 mg	1,2815	1,3593	1,2986	1,2643	1,2643	1,4090	1,2643

*Tiré des listes de médicaments en ligne. Se reporter au tableau 1 de la section 1.2 de Wells¹⁷ pour obtenir la liste complète des produits contenant un bisphosphonate disponibles au Canada. La formulation générique de l'alendronate 70 mg est apparue sur le marché après notre collecte de données. [†]La médiane est la moyenne des deux nombres du milieu. Concernant l'étidronate, le prix quotidien équivaut au prix de trois mois divisé par 90 jours. Concernant l'alendronate et le risédronate cycliques, le prix quotidien correspond au prix hebdomadaire divisé par 7 jours.

Tableau 2 : Caractéristiques des essais cliniques choisis, contrôlés par placebo, randomisés et à double insu, sur le téraparatide en prévention secondaire

Étude	n total (traitement / témoin)	Caractéristiques de référence des participantes : moyenne (ÉT)	Interventions	Paramètres d'intérêt	Abandons (%)
Neer ³¹ , score Jadad = 3; dissimulation de l'affectation imprécise	1 637 (1 093/544)	Âge : 69,5 (7,1); ADM : 21,4 (8,5); Apport calcique : 760,7 mg/jour (441,5); DMO L : 0,822 g/cm ² (0,169); score T : * -2,04; nombre de fractures vertébrales : 2,3 (1,9); traitement ostéoporotique antérieur : 15 % [†]	téraparatide 20 mcg (n=541) ou 40 mcg (n=552) par jour contre placebo (n=544) pendant une période médiane de 21 mois (supplément quotidien de 1 000 mg de calcium et de 400 UI à 1 200 UI de vitamine D)	fractures vertébrales, de la hanche, du poignet ou n'importe quelle fracture non vertébrale	Abandons dus à effets indésirables : téraparatide 20 mcg = 35 (6,5 %), téraparatide 40 mcg = 59 (10,7 %), p = 0,004 [†] Placebo = 32 (5,9 %); abandons au total : environ 20 % ns entre les groupes [†]

Tableau 2 : Caractéristiques des essais cliniques choisis, contrôlés par placebo, randomisés et à double insu, sur le téraparatide en prévention secondaire

Étude	n total (traitement / témoin)	Caractéristiques de référence des participantes : moyenne (ÉT)	Interventions	Paramètres d'intérêt	Abandons (%)
Body ²⁶ , score Jadad = 4; dissimulation de l'affectation imprécise	146 (73/73)	Âge : 65,5 (8,5); ADM : 18,5 (9,5); apport calcique : 660 mg/jour (360); DMO L : 0,796 g/cm ² (0,12); score T:* -2,28; nombre de fractures vertébrales : pas indiqué; traitement ostéoporotique antérieur : 5 % [†]	téraparatide 40 mcg par jour + placebo comprimé contre alendronate 10 mg/jour + placebo injectable pendant période médiane de 14 mois (supplément quotidien de 1 000 mg de calcium et de 400 UI à 1 200 UI de vitamine D)	fractures non vertébrales (autres que les fractures vertébrales)	Abandons dus à effets indésirables : téraparatide=14 (19,2 %), alendronate=7 (9,6 %), p=0,099; Abandons au total (toutes les causes) : téraparatide=22 (28,6 %), alendronate=16 (21,9 %)

* Score T calculé selon DMO lombaire (DMO L - 1,047/0,110); [†] données issues de compte rendu de la FDA³³; DMO = densité minérale osseuse; UI = unité internationale; L = lombaire; n = taille de l'échantillon; ns = non significatif; ét = écart type; ADM = années depuis la ménopause.

Tableau 3 : Efficacité des bisphosphonates* et du téraparatide dans la prévention secondaire de l'ostéoporose après la ménopause

RR de fractures sous l'effet des bisphosphonates ou du téraparatide [†]			
	Hanche RR (IC 95 %)	Vertébrale RR (IC 95 %)	Poignet RR (IC 95 %)
étidronate 400 mg	1,20 (0,37 à 3,88)	0,53 (0,32 à 0,87)	0,87 (0,32 à 2,36)
alendronate 10 mg	0,47 (0,26 à 0,85)	0,55 (0,43 à 0,69)	0,52 (0,25 à 1,08) [‡]
risédronate 5 mg	0,74 (0,59 à 0,94)	0,61 (0,50 à 0,76)	0,67 (0,42 à 1,07)
téraparatide 20 mcg	0,50 (0,09 à 2,73)	0,35 (0,22 à 0,55)	0,54 (0,22 à 1,35)
RR de fractures sous l'effet des bisphosphonates ou du téraparatide selon les années-personnes [†]			
	Hanche RR (IC 95 %)	Vertébrale RR (IC 95 %)	Poignet RR (IC 95 %)
étidronate 400 mg	1,14 (0,34 à 3,90)	0,45 (0,31 à 0,64)	0,80 (0,27 à 2,37)
alendronate 10 mg	0,47 (0,26 à 0,85)	0,49 (0,29 à 0,82)	0,50 (0,34 à 0,73)
risédronate 5 mg	0,74 (0,58 à 0,93)	0,59 (0,47 à 0,73)	0,65 (0,41 à 1,04)
téraparatide 20 mcg	0,51 (0,09 à 2,79)	0,36 (0,25 à 0,51)	0,55 (0,22 à 1,38)

* Information sur l'étidronate, l'alendronate et le risédronate tirée de G. Wells¹⁷; l'information sur le téraparatide provient de Neer³¹; [†] comparativement au placebo; [‡] le seuil de la signification statistique est franchi dans l'analyse selon les effets fixes, RR = 0,52 et IC 95 % (0,36 à 0,75), mais de l'hétérogénéité statistique a été constatée (p=0,069) due principalement à une étude comptant un petit nombre de participants¹⁰⁴, pondération = 0,2 % de toutes les études; RR = risque relatif; IC = intervalle de confiance.

Tableau 4 : Recommandations dans l'évaluation économique d'interventions dans l'ostéoporose

	Recommandation
horizon temporel	tenir compte des effets à long terme, de préférence en adoptant un horizon temporel correspondant à la vie entière
perspective de l'étude	la perspective d'un système de santé à tout le moins
modélisation des fractures	incorporer au modèle une incidence de fractures selon l'âge, en modélisant les effets du traitement en fonction de la RRR provenant d'une méta-analyse d'ECR
sources d'information	analyser des données propres à la population d'intérêt
mortalité après fracture	tenir compte à tout le moins de la mortalité attribuable à la fracture de la hanche
admission en SLD après la fracture	prendre en considération le pire et le mieux : tous les coûts des SLD futurs imputables à la fracture et seuls les coûts de la première année attribuables à la fracture
comparaisons directes	possibles par une synthèse rigoureuse d'essais de conception semblable
effets autres qu'osseux	prendre en considération tous les effets qui influenceront la rentabilité
effets bénéfiques au-delà du traitement	tenir compte du pire et du mieux : pas d'effet bénéfique au-delà du traitement et maintien de l'effet bénéfique
validation du modèle	pleine calibration du modèle
observance thérapeutique	adopter les taux d'abandons empiriques
coefficients d'utilité	déterminer des coefficients d'utilité pour faciliter l'analyse coût-utilité
tenir compte de la variation	Effectuer des analyses de sous-groupes en fonction des caractéristiques des participants, une analyse stratifiée est préconisée.
tenir compte de l'incertitude	Effectuer à tout le moins une analyse de sensibilité unidimensionnelle et multidimensionnelle; l'analyse probabiliste est privilégiée.
financement de l'étude	Indiquer la source de financement de l'étude, et les conflits d'intérêts apparents ou réels.

Synthèse de Coyle et Tosteson⁷¹, de Dere¹⁰⁵, de Tosteson⁷⁴ et du Centre de collaboration de l'Organisation mondiale de la santé⁷⁵.

Tableau 5 : Évaluations économiques de traitements de l'ostéoporose après la ménopause

Étude et pays d'origine	Comparateurs	Structure	Caractéristiques de référence des participantes	Technique analytique	Paramètre	Résultats
Ankjaer Jensen, Danemark ⁴⁷	calcitonine, calcium, étidronate, THS	modèle décisionnel	femmes de 70 ans atteintes d'ostéoporose et traitées	ACE	fractures de la hanche	THS et étidronate rentables et efficaces; calcium : RCES 7 609 couronnes comparativement à abstention thérapeutique; calcitonine : RCES 142 300 couronnes comparativement à abstention thérapeutique
Aursnes, Norvège ⁵¹	alendronate, étidronate	modèle décisionnel	femmes souffrant d'ostéoporose (âge non indiqué)	ACE	ratios de risque	RCES non présentés : pour que l'alendronate soit aussi rentable que l'étidronate, son prix devrait

Tableau 5 : Évaluations économiques de traitements de l'ostéoporose après la ménopause

Étude et pays d'origine	Comparateurs	Structure	Caractéristiques de référence des participantes	Technique analytique	Paramètre	Résultats
						être de 40 % à 70 % plus élevé
Bendich, É.-U. ⁴⁹	calcium	modèle décisionnel	femmes âgées > 50 ans	ACE	fractures de la hanche	supplément de calcium sera rentable et réduira fractures de la hanche
Best, R.-U. ³⁸	alendronate, étidronate	modèle décisionnel	femmes souffrant d'ostéoporose (âge non indiqué)	ACU	QALY	alendronate : RCUS 40 500 £; étidronate : RCUS 48 140 £
Coyle, Canada ¹⁸	alendronate, étidronate, calcitonine nasale	modèle de Markov	femmes âgées de 65 ans souffrant d'ostéoporose ayant déjà subi une fracture	ACU	QALY	RCUS de calcitonine nasale contre abstention thérapeutique : 46 500 \$CA; de calcitonine nasale contre étidronate : 32 600 \$CA; de calcitonine nasale contre alendronate : incertain (l'un comme l'autre pourrait dominer)
Francis, R.-U. ³⁹	calcitonine, étidronate THS	modèle décisionnel	femmes souffrant d'ostéoporose (âge non indiqué)	ACE	fractures vertébrales	THS : RCES 277 £; étidronate : RCES 1 880 £; calcitonine : RCES 25 013 £
Grima, Canada ⁴³	alendronate, risédronate	modèle de Markov	femmes âgées de 65 ans souffrant d'ostéoporose	ACU	QALY	RCUS du risédronate contre abstention thérapeutique : 16 158 \$CA; du risédronate contre l'alendronate : dominant
Iglesias, R.-U. ⁴¹	risédronate	modèle de Markov	femmes âgées de 75 ans souffrant d'ostéoporose ayant subi une fracture vertébrale	ACU	QALY	risédronate dominant par rapport à abstention thérapeutique
Johnell, Suède ⁴⁵	alendronate	modèle de Markov	femmes âgées de 71 ans souffrant d'ostéoporose ayant déjà subi une fracture vertébrale	ACU	QALY	RCUS : alendronate 76 000 couronnes

Tableau 5 : Évaluations économiques de traitements de l'ostéoporose après la ménopause

Étude et pays d'origine	Comparateurs	Structure	Caractéristiques de référence des participantes	Technique analytique	Paramètre	Résultats
Jönsson, Danemark ⁴⁸	alendronate	modèle de Markov	femmes âgées de 71 ans souffrant d'ostéoporose ayant déjà subi une fracture vertébrale	ACU	QALY	RCUS : alendronate 52 311 couronnes
Kanis, R.-U. ⁴⁰	alendronate, calcitonine, calcium, fluorure, THS, raloxifène, vitamine D	modèle de Markov	femmes âgées de 50 ans, 60 ans, 70 ans ou 80 ans souffrant d'ostéoporose	ACU	QALY	RCUS (femme de 70 ans) de l'alendronate 13 300 £; de la vitamine D 22 700 £; de la calcitonine 168 000 £; du calcium 15 900 £; fluorure dominé par abstention thérapeutique; du THS 24 100 £; du raloxifène 187 000 £
Rosner, Canada ⁴⁴	Stratégies où interviennent l'alendronate, le calcium, l'etidronate, le THS	modèle de Markov	femmes souffrant d'ostéoporose après la ménopause	ACE	fractures vertébrales	Si pas prêt à payer > 166 \$CA pour prévenir une fracture vertébrale, le calcium seul est la stratégie optimale; si prêt à payer de 166 \$CA à 2 331 \$CA par QALY, la stratégie du THS puis du calcium est optimale; si prêt à payer de 2 331 \$CA à 40 965 \$CA par QALY, la stratégie du THS puis de l'etidronate, suivi du calcium, est optimale; si prêt à payer > 40 965 \$CA par QALY, le THS suivi de l'alendronate puis du calcium est la

Tableau 5 : Évaluations économiques de traitements de l'ostéoporose après la ménopause						
Étude et pays d'origine	Comparateurs	Structure	Caractéristiques de référence des participantes	Technique analytique	Paramètre	Résultats
						stratégie optimale
Torgerson, R.-U. ⁴²	vitamine D, calcium	modèle décisionnel	femmes âgées souffrant d'ostéoporose	ACE	fractures de la hanche	RCES de vitamine D parentérale : 2 317 £; de la vitamine D orale + calcium : 22 379 £
Visentin, Italie ⁵⁰	alendronate, calcitonine, clodronate, étidronate, fluorure, THS, vitamine D	modèle décisionnel	femmes souffrant d'ostéoporose (âge non indiqué)	ACE	fractures de la hanche	RCES de l'alendronate : 350 628 \$US; de la calcitonine : 574 900 \$US à 1 044 416 \$US; du clodronate : 804 142 \$US; de l'étidronate : 141 082 \$US; du fluorure : 281 147 \$US; du THS : 51 456 \$US à 81 416 \$US; de la vitamine D : 105 812 \$US à 110 948 \$US
Willis, Suède ⁴⁶	calcium + vitamine D	modèle de Markov	femmes âgées de 70 ans souffrant d'ostéoporose	ACU	QALY	calcium + vitamine D rentables et bénéfiques

ACE = analyse coût-efficacité; ACU = analyse coût-utilité; THS = traitement hormonal substitutif; RCES = ratio coût-efficacité supplémentaire; RCUS = ratio coût-utilité supplémentaire; QALY = année de vie pondérée par la qualité.

Tableau 6 : Qualité des évaluations économiques publiées sur les interventions dans l'ostéoporose

Étude															
	Ankjaer Jensen ⁴⁷	Aursnes ⁵¹	Bendich ⁴⁹	Best ³⁸	Coyle ¹⁸	Francis ³⁹	Grima ⁴³	Iglesias ⁴¹	Johnel ⁴⁵	Jönsson ⁴⁸	Kanis ⁴⁰	Rosner ⁴⁴	Torgerson ⁴²	Visentin ⁵⁰	Willis ⁴⁶
Horizon temporel	X	X	X	X	√	X	X	√	√	√	√	X	X	X	√
Perspective	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Modélisation des fractures	X	X	√	X	√	X	X	X	X	X	√	X	X	X	X
Sources d'information	√	X	√	√	√	X	X	X	√	X	√	X	√	√	√
Mortalité après fracture	X	X	X	√	√	X	X	X	X	√	√	X	X	X	√
Admission en SLD après fractures	X	X	√	X	X	X	X	X	X	√	√	X	X	X	√
Comparaisons directes	X	X	s.o.	X	√	X	√	s.o.	s.o.	s.o.	X	√	X	X	s.o.
Effets autres qu'osseux	√*	s.o.	s.o.	s.o.	√	X	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	√*	X	s.o.	X	s.o.
Effet bénéfique au-delà du traitement	X	X	X	X	X	X	X	X	√	√	√	X	X	X	X
Validation du modèle	X	X	√	X	X	X	√	X	√	√	√	X	X	X	√
Observance thérapeutique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	√	X	X	X
Coefficients d'utilité	X	X	X	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	X	√
Prise en compte de la variation	X	X	X	√	√	X	√	X	√	√	√	√	√	X	√
Prise en compte de l'incertitude	√	X	X	√	√	X	√	X	√	√	√	√	X	X	√
Financement de l'étude	X	X	√	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	X	√

* L'analyse suppose que le THS a un effet bénéfique dans la prévention de la coronopathie; X = l'étude ne satisfait pas le critère de qualité; √ = l'étude satisfait le critère de qualité; s.o. = sans objet; SLD = soins de longue durée; THS = traitement hormonal substitutif.

Tableau 7 : Estimation des paramètres : données sur la population[†]

Paramètre		Estimation
Probabilité de mortalité annuelle : toutes causes confondues		Selon l'âge
Probabilité de mortalité après fracture de la hanche : communauté [‡]		$0,010 \times e^{0,084 \times \text{âge}}$
Probabilité de mortalité après fracture de la hanche : SLD [‡]		$0,055 \times e^{0,072 \times \text{âge}}$
Probabilité annuelle de fracture de la hanche : communauté		$0,0578 \times e^{0,096 \times \text{âge}}$
Probabilité annuelle de fracture de la hanche : SLD		$73,99 \times e^{0,049 \times \text{âge}}$
Probabilité annuelle de fracture vertébrale selon l'âge	50 à 59	0,000543
	60 à 69	0,000899
	70 à 79	0,001920
	≥80	0,004383
Probabilité annuelle de fracture du poignet selon l'âge	50 à 59	0,000814
	60 à 69	0,003152
	70 à 79	0,004021
	≥80	0,004380
Proportion de fractures vertébrales nécessitant l'hospitalisation selon l'âge	60 à 69	0,30
	70 à 79	0,38
	≥80	0,45
Proportion des femmes en établissement de SLD selon l'âge (%)	65 à 69	0,68
	70 à 74	1,57
	75 à 79	4,19
	80 à 84	10,71
	≥85	29,93
Proportion des femmes souffrant d'ostéoporose selon l'âge	50 à 59	0,06
	60 à 69	0,182
	70 à 79	0,27
	≥80	0,421
Coefficients d'utilité de l'absence de fracture selon l'âge	65 à 69	0,86
	70 à 74	0,83
	75 à 79	0,79
	80 à 84	0,70
	≥85	0,55

[†]Se reporter à la section 5.2.1 pour connaître les sources d'information. [‡]Probabilité de mortalité la première année suivant la fracture.

Tableau 8 : Estimation des paramètres selon les données de l'échantillon

Paramètre		Estimation	Fonction de densité*
Probabilité d'admission en SLD suivant la fracture de la hanche selon l'âge	65 à 74	0,056	bêta (5 à 85)
	75 à 84	0,166	bêta (26 à 131)
	≥85	0,298	bêta (25 à 59)
RR de fractures par baisse de DMO de 1 ÉT de la moyenne de l'adulte jeune		1,5	log-normale (1,41 à 1,60)
Hausse relative du risque de fractures chez la femme souffrant d'ostéoporose et ayant subi une fracture		1,32	log-normale (1,02 à 1,72)
RR de mortalité après la fracture vertébrale		1,16	log-normale (1,03 à 1,30)
Capacité d'attribuer à la fracture les SLD subséquents		0,5	bêta (1 à 1)
Coût de la fracture de la hanche (\$CA) selon l'âge femmes résidant dans la communauté			
	65 à 74	22 124	normale (22 124 à 2 936)
	75 à 84	27 801	normale (27 801 à 2 562)
	≥85	27 301	normale (27 301 à 3 241)
femmes admises en SLD			
	65 à 74	43 459	normale (43 459 à 13 875)
	75 à 84	49 136	normale (49 136 à 3 899)
	≥85	48 636	normale (48 636 à 4 122)
femmes qui continuent de résider en SLD			
	65 à 74	15 699	normale (15 699 à 8 497)
	75 à 84	21 376	normale (21 376 à 5 374)
	≥85	20 876	normale (20 876 à 4 184)
femmes qui décèdent par suite de la fracture		15 498	normale (15 498 à 1 432)
Coût de la fracture du poignet (\$CA)		275	normale (275 à 69)
Coût de la fracture vertébrale (\$CA)			
	Soins ambulatoires	128	normale (128 à 32)
	Soins hospitaliers	4 646	normale (4 646 à 1 162)
Coefficients d'utilité			
	Fracture de la hanche	0,536	normale (0,536 à 0,037)
	Fracture du poignet	0,976	normale (0,976 à 0,022)
	Fracture vertébrale	0,674	normale (0,674 à 0,046)

Se reporter à la section 5.2.1 pour connaître les sources d'information. * La distribution bêta est illustrée par le nombre d'incidents et de non-incidents. La distribution normale est illustrée par la moyenne et l'erreur type de la moyenne. La distribution log-normale est illustrée par l'IC de 95 %. SLD = soins de longue durée; RR = risque relatif; DMO = densité minérale osseuse; ÉT = écart type; IC = intervalle de confiance.

Tableau 9 : Estimation des paramètres concernant le traitement

Paramètre	Estimation	Fonction de densité*
Coût annuel du traitement médicamenteux		
alendronate	706,79 \$	fixe
étidronate	191,41 \$	fixe
risédronate	654,67 \$	fixe
tériparatide	9 713,06 \$	fixe
Taux de poursuite du traitement	0,57	bêta (57 à 43)
Coefficient de l'effet bénéfique après l'arrêt du traitement (0 = déclin linéaire)	0	normale (0 à 1)
Réduction relative des fractures de la hanche		
alendronate	0,47	log-normale (0,26 à 0,85)
étidronate	1,14	log-normale (0,34 à 3,90)
risédronate	0,74	log-normale (0,58 à 0,93)
tériparatide	0,51	log-normale (0,09 à 2,79)
Réduction relative des fractures du poignet		
alendronate	0,50	log-normale (0,34 à 0,73)
étidronate	0,80	log-normale (0,27 à 2,37)
risédronate	0,65	log-normale (0,41 à 1,04)
tériparatide	0,55	log-normale (0,22 à 1,38)
Réduction relative des fractures vertébrales		
alendronate	0,49	log-normale (0,29 à 0,82)
étidronate	0,45	log-normale (0,31 à 0,64)
risédronate	0,59	log-normale (0,47 à 0,73)
tériparatide	0,36	log-normale (0,25 à 1,51)

Se reporter à la section 5.2.1 pour connaître les sources d'information. * La distribution bêta est illustrée par le nombre d'incidents et de non-incidents. La distribution normale est illustrée par la moyenne et l'erreur type de la moyenne. La distribution log-normale est illustrée par l'IC de 95 %. IC = intervalle de confiance.

Tableau 10 : Information clinique incorporée à l'analyse économique concernant la réduction du risque de fractures sous l'effet du tériparatide comparativement au placebo³¹ (années-personnes* à risque; consulter le tableau 2 de la section 4.2.3)

Type de fractures	Tériparatide		Abstention thérapeutique		RR	(IC 95 %)
	Fractures	Années-personnes	Fractures	Années-personnes		
Hanche	2	837	4	857	0,51	(0,09 à 2,79)
Vertébrale	38	777	107	784	0,36	(0,25 à 0,51)
Poignet	7	837	13	857	0,55	(0,22 à 1,38)

*Années-personnes = taille de l'échantillon x nombre d'années de traitement; RR = risque relatif; IC = intervalle de confiance.

Tableau 11 : Estimation indirecte non redressée du RR (accompagné de l'IC 95 %) de fractures de la hanche des traitements

Traitement fondamental				
		alendronate	tériparatide	risédronate
Traitement comparateur	étidronate	0,41 (0,11 à 1,61)	0,45 (0,05 à 3,70)	0,65 (0,19 à 2,28)
	risédronate	0,63 (0,33 à 1,20)	0,69 (0,12 à 3,79)	
	tériparatide	0,92 (0,15 à 5,60)		

RR = risque relatif; IC = intervalle de confiance.

Tableau 12 : Coût quotidien du médicament en \$CA dans les provinces*

	Médian	Minimal	Maximal
alendronate	1,83	1,76	1,98
étidronate	0,41	0,41	0,45
risédronate	1,68	1,66	1,85
tériparatide	26,50	26,50	26,50

*Voir le tableau 1 de l'annexe 6.

Tableau 13 : Résultats de l'analyse de sensibilité simple

Scénario*	Résultats
Pleine compliance au tériparatide pendant 18 mois	étidronate, risédronate et tériparatide dominés par alendronate; abstention thérapeutique rentable si $\lambda < 13\ 000$ \$CA; alendronate rentable si $\lambda > 13\ 000$ \$CA.
Pas d'effet bénéfique après arrêt du traitement	étidronate, risédronate et tériparatide dominés par alendronate; abstention thérapeutique rentable si $\lambda < 27\ 000$ \$CA; alendronate rentable si $\lambda > 27\ 000$ \$CA.
Taux d'actualisation de 0 %	étidronate, risédronate et tériparatide dominés par alendronate; abstention thérapeutique rentable si $\lambda < 7\ 500$ \$CA; alendronate rentable si $\lambda > 7\ 500$ \$CA.
Taux d'actualisation de 3 %	étidronate, risédronate et tériparatide dominés par alendronate; abstention thérapeutique rentable si $\lambda < 10\ 900$ \$CA; alendronate rentable si $\lambda > 10\ 900$ \$CA.
Risque élevé de fractures (RR fractures = 2 comparativement au scénario de référence)	étidronate, tériparatide, abstention thérapeutique et risédronate dominés par alendronate.
Risque élevé de fractures (RR fractures = 4 comparativement au scénario de référence)	étidronate, tériparatide, abstention thérapeutique et risédronate dominés par alendronate.
Le plus bas coût annuel du médicament	étidronate, risédronate et tériparatide dominés par alendronate; abstention thérapeutique rentable si $\lambda < 10\ 700$ \$CA; alendronate rentable si $\lambda > 10\ 700$ \$CA.
Le coût annuel du médicament le plus élevé	étidronate, risédronate et tériparatide dominés par alendronate; abstention thérapeutique rentable si $\lambda < 18\ 200$ \$CA; alendronate rentable si $\lambda > 18\ 200$ \$CA.
RR d'après le nombre de femmes ayant subi une fracture	étidronate, risédronate et tériparatide dominés par alendronate; abstention thérapeutique rentable si $\lambda < 13\ 700$ \$CA; alendronate rentable si $\lambda > 13\ 700$ \$CA.

Tableau 13 : Résultats de l'analyse de sensibilité simple

Scénario*	Résultats
Coût de l'alendronate générique	étidronate, abstention thérapeutique, risédronate et tériparatide dominés par alendronate.
Alendronate et risédronate à dose hebdomadaire	étidronate, abstention thérapeutique, risédronate et tériparatide dominés par alendronate.

*scénario de référence : femme de 80 ans ayant subi une fracture ostéoporotique; λ = volonté de payer; RR = risque relatif.

Tableau 14 : Résultats de l'analyse de la SMC d'après une femme de 80 ans ayant subi une fracture ostéoporotique

	Coût (\$CA) (IC 95 %)	QALY (IC 95 %)	RCES (\$CA)
étidronate	9 600 \$ (7 100 à 14 600)	4,270 (4,17 à 4,32)	dominé par alendronate
abstention thérapeutique	8 700 \$ (7 100 à 10 500)	4,282 (4,25 à 4,31)	
risédronate	9 200 \$ (7 800 à 10 900)	4,291 (4,26 à 4,32)	dominé par alendronate
alendronate	8 900 \$ (7 400 à 10 600)	4,300 (4,27 à 4,33)	11 000 \$CA par QALY gagnée comparativement à abstention thérapeutique
tériparatide	23 100 \$ (19 400 à 28 100)	4,292 (4,22 à 4,33)	dominé par alendronate

SMC = simulation Monte Carlo; IC = intervalle de confiance; QALY = année de vie pondérée par la qualité; RCES = ratio coût-efficacité supplémentaire.

Tableau 15 : Ordonnances de tériparatide remplies dans les pharmacies (dans les 12 mois se terminant en juillet 2005)

Province	Nombre d'ordonnances	Coût (\$CA)
Qc	103	96 479 \$
Ont.	99	100 340 \$
C.-B.	12	11 240 \$
N.-B.	2	1 914 \$
Total	216	209 973 \$

IMS Health Canada, CompuScript.

Tableau 16 : Nombre estimatif de personnes traitées pendant une année complète (nombre d'années de traitement)

Médicament	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Man.	Sask.	C.-B.
étidronate et calcium	185	1 526	41	148 435	695	8 363	29 184
alendronate	7	413	3 445	51 626	3 211	3 248	5 370
risédronate	0,2	175	2 192	42 798	544	1 621	1 158
total	192,2	2 114	5 678	242 859	4 450	13 232	35 712

Tableau 17 : Population féminine âgée ≥ 65 ans (en milliers)

Année	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Man.	Sask.	C.-B.	Canada
2004	10,8	37,4	75,9	907,7	91,8	86,2	320,7	2 372,1
2006	11,0	38,5	77,8	941,3	92,7	87,0	335,0	2 457,3
2011	12,0	44,0	85,9	1 050,1	97,5	89,7	379,9	2 740,6

Statistique Canada¹⁰⁶ pages 156, 158 et 159**Tableau 18 : Coût estimatif du téraparatide (2006) en millions \$CA**

Taux de passage	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Man.	Sask.	C.-B.
1,0 %	0,019 \$	0,211 \$	0,565 \$	24,462 \$	0,436 \$	1,297 \$	3,623 \$
2,5 %	0,048 \$	0,528 \$	1,413 \$	61,156 \$	1,091 \$	3,243 \$	9,058 \$
3,6 %	0,068 \$	0,761 \$	2,035 \$	88,064 \$	1,571 \$	4,670 \$	13,044 \$
5,0 %	0,095 \$	1,057 \$	2,827 \$	122,311 \$	2,182 \$	6,486 \$	18,117 \$
7,5 %	0,143 \$	1,585 \$	4,240 \$	183,467 \$	3,274 \$	9,729 \$	27,175 \$
10,0 %	0,190 \$	2,114 \$	5,653 \$	244,622 \$	4,365 \$	12,972 \$	36,234 \$

Tableau 19 : Coût estimatif du téraparatide (2011) en millions \$CA

Taux de passage	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Man.	Sask.	C.-B.
1,0 %	0,021 \$	0,242 \$	0,624 \$	27,290 \$	0,459 \$	1,337 \$	4,109 \$
2,5 %	0,052 \$	0,604 \$	1,560 \$	68,224 \$	1,148 \$	3,344 \$	10,273 \$
3,6 %	0,075 \$	0,870 \$	2,247 \$	98,243 \$	1,653 \$	4,815 \$	14,793 \$
5,0 %	0,104 \$	1,208 \$	3,121 \$	136,448 \$	2,295 \$	6,687 \$	20,545 \$
7,5 %	0,156 \$	1,812 \$	4,681 \$	204,673 \$	3,443 \$	10,031 \$	30,818 \$
10,0 %	0,207 \$	2,416 \$	6,242 \$	272,897 \$	4,591 \$	13,374 \$	41,090 \$

Tableau 20 : Estimation des dépenses concernant les bisphosphonates déplacés (2006) en millions \$CA

Taux de passage	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Man.	Sask.	C.-B.
1,0 %	0,0003 \$	0,008 \$	0,031 \$	0,789 \$	0,029 \$	0,045 \$	0,099 \$
2,5 %	0,0007 \$	0,019 \$	0,078 \$	1,973 \$	0,072 \$	0,113 \$	0,247 \$
3,6 %	0,0010 \$	0,027 \$	0,113 \$	2,841 \$	0,103 \$	0,163 \$	0,356 \$
5 %	0,0014 \$	0,038 \$	0,156 \$	3,946 \$	0,143 \$	0,226 \$	0,494 \$
7,5 %	0,0020 \$	0,057 \$	0,235 \$	5,919 \$	0,215 \$	0,339 \$	0,742 \$
10,0 %	0,0027 \$	0,076 \$	0,313 \$	7,892 \$	0,286 \$	0,452 \$	0,989 \$

Tableau 21 : Estimation des dépenses des bisphosphonates déplacés (2011) en millions \$CA

Taux de passage	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Man.	Sask.	C.-B.
1,0 %	0,0003 \$	0,009 \$	0,035 \$	0,880 \$	0,030 \$	0,047 \$	0,112 \$
2,5 %	0,0007 \$	0,022 \$	0,086 \$	2,201 \$	0,075 \$	0,116 \$	0,280 \$
3,6 %	0,0011 \$	0,031 \$	0,124 \$	3,170 \$	0,108 \$	0,168 \$	0,404 \$
5,0 %	0,0015 \$	0,043 \$	0,173 \$	4,402 \$	0,151 \$	0,233 \$	0,561 \$
7,5 %	0,0022 \$	0,065 \$	0,259 \$	6,603 \$	0,226 \$	0,349 \$	0,841 \$
10,0 %	0,0030 \$	0,087 \$	0,345 \$	8,804 \$	0,301 \$	0,466 \$	1,121 \$

*Traitement d'appoint = traitement par le téraparatide et un bisphosphonate.

Tableau 22 : Coût supplémentaire estimatif du téraparatide en traitement d'appoint* (2004) en millions \$CA

Taux de passage	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Man.	Sask.	C.-B.
1,0 %	0,019 \$	0,205 \$	0,552 \$	23,589 \$	0,432 \$	1,285 \$	3,469 \$
2,5 %	0,047 \$	0,513 \$	1,379 \$	58,973 \$	1,081 \$	3,213 \$	8,672 \$
3,6 %	0,067 \$	0,739 \$	1,985 \$	84,921 \$	1,556 \$	4,627 \$	12,487 \$
5,0 %	0,093 \$	1,027 \$	2,758 \$	117,945 \$	2,161 \$	6,426 \$	17,344 \$
7,5 %	0,140 \$	1,540 \$	4,136 \$	176,918 \$	3,242 \$	9,639 \$	26,015 \$
10,0 %	0,187 \$	2,053 \$	5,515 \$	235,890 \$	4,322 \$	12,852 \$	34,687 \$

Tableau 23 : Coût supplémentaire estimatif du téraparatide (2004) en millions \$CA selon un taux de passage bas ou élevé

Taux de passage	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Man.	Sask.	C.-B.
1,0 %	0,018 \$	0,198 \$	0,521 \$	22,828 \$	0,404 \$	1,240 \$	3,374 \$
7,5 %	0,138 \$	1,485 \$	3,907 \$	171,210 \$	3,029 \$	9,304 \$	25,306 \$
10,0 %	0,184 \$	1,979 \$	5,210 \$	228,280 \$	4,039 \$	12,405 \$	33,741 \$

Tableau 24 : Coût supplémentaire estimatif du téraparatide (2006) en millions \$CA selon un taux de passage bas ou élevé

Taux de passage	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Man.	Sask.	C.-B.
1,0 %	0,019 \$	0,204 \$	0,534 \$	23,673 \$	0,408 \$	1,252 \$	3,525 \$
7,5 %	0,141 \$	1,528 \$	4,005 \$	177,548 \$	3,059 \$	9,390 \$	26,434 \$
10,0 %	0,187 \$	2,038 \$	5,340 \$	236,730 \$	4,078 \$	12,520 \$	35,245 \$

Tableau 25 : Coût supplémentaire estimatif du téraparatide (2011) en millions \$CA selon un taux de passage bas ou élevé

Taux de passage	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Man.	Sask.	C.-B.
1,0 %	0,020 \$	0,233 \$	0,590 \$	26,409 \$	0,429 \$	1,291 \$	3,997 \$
7,5 %	0,153 \$	1,747 \$	4,422 \$	198,069 \$	3,217 \$	9,681 \$	29,977 \$
10,0 %	0,204 \$	2,329 \$	5,896 \$	264,092 \$	4,290 \$	12,908 \$	39,969 \$