

Disparités des régimes d'assurance-médicaments

Wayne J. Millar

Résumé

Objectifs

Le présent article examine les différences socioéconomiques touchant la couverture complémentaire des médicaments d'ordonnance par les régimes d'assurance parmi les Canadiens âgés de 15 ans et plus et les répercussions de l'accès à ce type d'assurance sur l'utilisation de ces médicaments.

Source des données

Les données relatives à la couverture des médicaments d'ordonnance par les assurances et à l'utilisation des médicaments sont tirées du fichier transversal sur la santé de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) effectuée par Statistique Canada en 1996-1997. L'échantillon de la population âgée de 15 ans et plus comprenait 70 884 personnes.

Techniques d'analyse

On a calculé les taux de couverture des médicaments d'ordonnance par les assurances. Toutes les estimations sommaires ont été corrigées selon l'âge, à partir de la population du Canada en 1996-1997 (des deux sexes).

Principaux résultats

Parmi les personnes âgées de 15 ans et plus, 61 % bénéficiaient d'une assurance pour les médicaments d'ordonnance en 1996-1997. Au total, 65 % des travailleurs ont indiqué être couverts par un régime d'assurance, tandis que les personnes qui ne travaillaient pas étaient moins susceptibles de toucher des prestations (52 %). Seulement 38 % des personnes appartenant aux groupes de revenu les plus faibles, mais 74 % de celles du groupe de revenu le plus élevé étaient assurées. Par ailleurs, peu importe le nombre de problèmes de santé chroniques notés, les personnes qui bénéficiaient d'un régime d'assurance-médicaments étaient plus susceptibles de prendre des médicaments.

Mots-clés

assurance-maladie, assurance pour les services pharmaceutiques, revenu, emploi.

Auteur

Wayne J. Millar (613) 951-1631, millway@statcan.ca travaille à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Tous les Canadiens ont accès à des soins médicaux universels. À cet égard, la *Loi canadienne sur la santé de 1984* met principalement l'accent sur les services hospitaliers. Ainsi, les médicaments et les autres produits et préparations qui sont administrés dans les hôpitaux sont fournis aux malades sans frais. Cependant, la Loi ne comprend pas de dispositions pour les médicaments d'ordonnance utilisés à l'extérieur des hôpitaux. Et même si les provinces couvrent tous les services « médicalement nécessaires », l'interprétation de ce qui est médicalement nécessaire varie selon la province¹. Ainsi, bien que des régimes provinciaux d'assurance-médicaments aient été mis en œuvre, les médicaments d'ordonnance ne sont pas remboursés uniformément partout au pays. Par conséquent, lorsque ces produits sont utilisés à l'extérieur du milieu hospitalier, le coût en incombe souvent au malade.

Le délaissement du recours à l'hospitalisation pour soigner les malades et les durées de séjour réduites pour nombre de diagnostics concourent certes à aggraver le problème². Les soins ambulatoires des cliniques externes et les soins à domicile sont de plus en plus répandus. Les personnes qui ne peuvent obtenir leurs médicaments dans un hôpital

Méthodologie

Sources des données

Le présent article se fonde sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada. Lancée en 1994-1995, l'enquête recueille tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population canadienne. Elle couvre les membres des ménages et les résidents des établissements de santé de toutes les provinces et des territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, dans les bases des Forces armées canadiennes et dans certaines régions éloignées. L'ENSP comprend une composante longitudinale ainsi qu'une composante transversale. Les personnes qui font partie de la composante longitudinale seront suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans.

La présente analyse de la couverture des médicaments d'ordonnance par les assurances s'appuie sur des données transversales provenant du deuxième cycle de l'ENSP, qui a eu lieu en 1996-1997. Les données analysées ici ont trait à la population des personnes vivant à domicile dans les 10 provinces.

L'échantillon transversal de 1996-1997 comprend les membres du panel longitudinal, ainsi que les personnes formant l'échantillon résultant des achats d'unités d'échantillonnage supplémentaires de trois provinces. Les personnes comprises dans l'échantillon supplémentaire, sélectionnées par la méthode de composition aléatoire (CA), font uniquement partie de l'analyse transversale.

Les données sur les personnes sont organisées en deux fichiers : Fichier général et Fichier santé. Les données sociodémographiques et certaines données sur la santé ont été obtenues auprès de chaque membre des ménages participants. Ces données constituent le Fichier général. Des données additionnelles plus détaillées sur la santé ont été recueillies auprès d'un membre choisi au hasard dans chaque ménage. Les renseignements détaillés sur la santé, ainsi que les renseignements du Fichier général sur les personnes qui ont fourni ces renseignements, figurent dans le Fichier santé.

Dans le cas des ménages formant l'échantillon supplémentaire, une personne bien informée de chaque ménage participant a fourni des renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de tous les membres du ménage pour le Fichier général. En outre, on a choisi au hasard un membre du ménage, pas nécessairement cette même personne bien informée, qui a fourni des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé.

Parmi les personnes qui composaient le panel longitudinal, la personne qui a fourni les renseignements détaillés sur sa propre santé pour le Fichier santé était celle qui avait été choisie au hasard au premier cycle (1994-1995) et, en général, celle qui avait fourni des renseignements sur tous les membres du ménage pour le Fichier général à l'entrevue du deuxième cycle (1996-1997).

En 1996-1997, les taux de réponse transversaux pour le Fichier santé atteignaient 93,1 % pour l'échantillon longitudinal permanent, et 75,8 % pour l'échantillon sélectionné par composition aléatoire, soit un taux de réponse global de 79,0 %. Les données du Fichier santé sont disponibles pour 81 804 personnes choisies au hasard.

La présente analyse est fondée sur un échantillon de 70 884 Canadiens âgés de 15 ans et plus.

Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP^{3,4} sont décrits plus en détail dans d'autres rapports déjà publiés. Voir aussi *Enquête nationale sur la santé de la population — une enquête longitudinale* dans le présent numéro.

Des renseignements provenant de Santé Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé et de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) ont été utilisés pour compléter les données de l'ENSP.

Techniques d'analyse

Toutes les estimations ont été pondérées pour être représentatives de la population à la date de l'enquête. On a utilisé comme population de référence la population du Canada âgée de 15 ans et plus (des deux sexes) en 1996-1997, en vue de la standardisation directe des taux. Les échantillons pour la composante transversale de 1996-1997 de l'ENSP sont importants, ce qui fait que les écarts liés aux estimations ont tendance à être faibles. Toutes les questions au sujet de la couverture des médicaments d'ordonnance par les assurances sont fondées sur des réponses sans personne interposée. Une régression logistique pondérée a été utilisée pour corriger les données selon l'âge et pour évaluer la signification statistique des écarts entre les groupes. Une méthode de rééchantillonnage pondéré *bootstrap* qui tient pleinement compte du plan d'échantillonnage de l'ENSP a été utilisée pour calculer les coefficients de variation et les écarts-types^{5,6}. Cette méthode a aussi servi à calculer les erreurs types en vue d'évaluer la signification statistique des écarts entre les taux.

Limites

Les données de l'ENSP ne rendent pas compte de la portée ou de la nature de la couverture des médicaments d'ordonnance par les assurances. Elles ne comprennent donc pas d'information au sujet des franchises ou de la proportion du prix que doivent prendre en charge les assurés, même si l'on pense que ces éléments pourraient influencer leur façon d'utiliser les médicaments d'ordonnance. En outre, rien n'indique le nombre de régimes en vertu desquels ces personnes sont couvertes.

Les estimations qui portent sur les assurances pour les médicaments d'ordonnance correspondent à la perception qu'ont les personnes interrogées. Certaines ont peut-être mal interprété la question au sujet de la couverture des médicaments d'ordonnance par les assurances. Par exemple, lorsqu'on leur a demandé : « Avez-vous une assurance qui couvre les frais de médicaments sur ordonnance, en totalité ou en partie? » (y compris tout régime d'assurance privé, gouvernemental ou payé par l'employeur), certaines personnes ont peut-être eu du mal à répondre si elles ne payaient pas elles-mêmes une prime. Par ailleurs, certaines n'étaient peut-être pas au courant qu'elles étaient couvertes par le régime d'un conjoint ou d'un parent, ou encore par certains régimes provinciaux.

doivent défrayer eux-mêmes leur ordonnance ou avoir recours à une assurance pour les aider à compenser ces frais.

Le présent article repose sur des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997. Il examine la proportion de la population qui dispose d'une assurance pour les médicaments d'ordonnance et compare les populations assurées et non assurées (voir *Méthodologie* et *Définitions*).

Sources de la couverture

Les assurances pour les médicaments d'ordonnance sont offertes à partir de sources publiques et privées. Parmi les sources publiques figurent les régimes provinciaux, lesquels s'appliquent notamment aux personnes de plus de 65 ans, aux personnes souffrant de certaines maladies chroniques et à celles qui reçoivent de l'aide sociale (tableau A en annexe).

Les régimes privés comprennent ceux offerts par des employeurs ou des compagnies d'assurance privées. Les employeurs peuvent rembourser les médicaments d'ordonnance des employés grâce à des prestations de soins de santé élargies. Certains syndicats offrent aussi à leurs membres des prestations de soins de santé élargies. Les

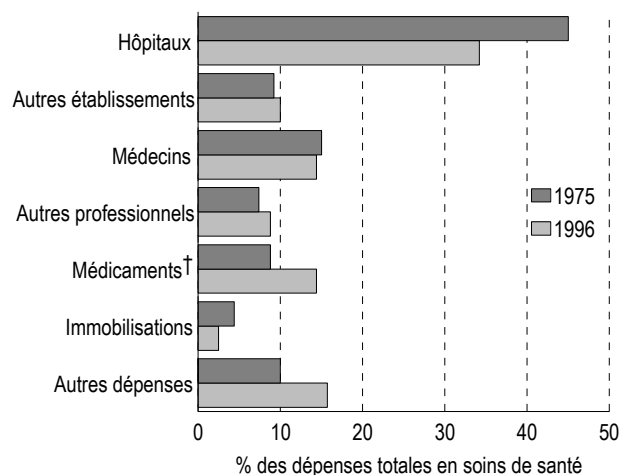
compagnies d'assurance privées gèrent des ensembles d'avantages élargis et peuvent englober des services qui ne sont pas prévus dans les régimes gouvernementaux.

Évolution des dépenses au titre des soins de santé

Les dépenses totales au titre des soins de santé ont évolué entre 1975 et 1996 (graphique 1, tableau B en annexe)^{7,8}. La proportion des dépenses qui va aux hôpitaux, aux médecins et aux immobilisations a diminué. Par contre, la part attribuée à d'autres établissements, d'autres professionnels et aux médicaments (d'ordonnance et sans ordonnance) s'est accrue. En 1996, environ 10,2 milliards de dollars ont été consacrés aux médicaments (tableau C en annexe), dont la majorité (7,0 milliards de dollars ou 68,3 %) a été prise en charge par le secteur privé.

Une étude internationale a révélé qu'en 1995, une fois les coassurances et les franchises prises en compte, les régimes publics ont remboursé environ 45 % des frais de médicaments au Canada. En comparaison, 90 % des frais sont remboursés au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, et 25 % aux États-Unis (graphique 2)⁹.

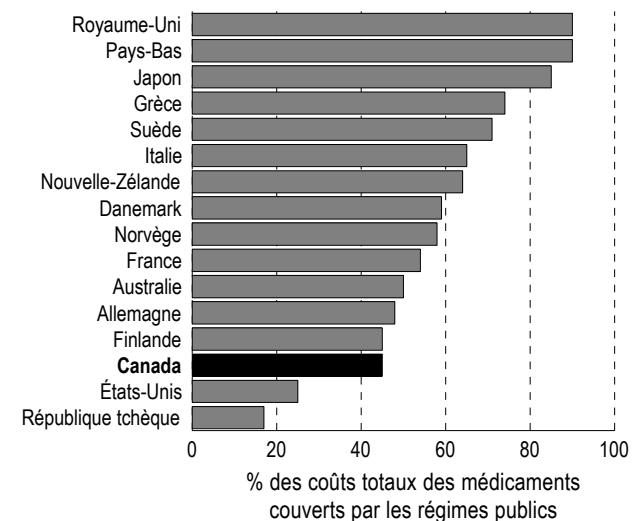
Graphique 1
Dépenses en soins de santé, selon la catégorie, Canada, 1975 et 1996



Sources des données : Santé Canada et Institut canadien d'information sur la santé, références nos 7 et 8

† Comprend les médicaments d'ordonnance et sans ordonnance (médicaments en vente libre et articles d'hygiène personnelle).

Graphique 2
Proportion des coûts[†] des produits pharmaceutiques remboursée par les régimes publics, Canada et certains pays, 1995



Source des données : Organisation de coopération et de développement économiques, référence n° 9

† Facturation moins la coassurance et la franchise moyennes

Définitions

Les *médicaments d'ordonnance* sont les substances vendues en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues* et pour lesquelles une ordonnance est nécessaire. Les *médicaments sans ordonnance* sont des médicaments en vente libre et des articles d'hygiène personnelle, par exemple, les produits pour l'hygiène buccale et les bandelettes diagnostiques.

On a posé aux personnes interrogées lors de l'ENSP la question suivante : « Avez-vous une assurance qui couvre les frais de médicaments d'ordonnance, en totalité ou en partie? (y compris tout régime d'assurance privé, gouvernemental ou payé par l'employeur). »

Le *nombre de médicaments pris au cours du dernier mois* par les personnes chez qui on avait diagnostiqué un problème de santé chronique a été utilisé comme indicateur de l'influence qu'a le fait qu'un médicament soit couvert par les assurances sur l'utilisation de ce médicament. On a posé la question suivante aux personnes interrogées : « Au cours du dernier mois, avez-vous pris un des médicaments suivants? » Pour les besoins du présent article, on a tenu compte des médicaments énumérés ci-après, qui ne sont généralement disponibles que sur ordonnance : tranquillisants, antidépresseurs, codéine, Demerol ou morphine, médicaments contre l'asthme – tels que médicaments en inhalateur ou en nébuliseur – pénicilline ou autres antibiotiques, médicaments pour le cœur, médicaments pour la tension artérielle, diurétiques, stéroïdes, insuline, pilules pour contrôler le diabète, somnifères, pilules contraceptives, hormones pour le traitement de la ménopause ou des symptômes de vieillissement, médicaments pour la thyroïde.

On leur a aussi demandé si elles avaient des « problèmes de santé de longue durée diagnostiqués par un professionnel de la santé », c'est-à-dire « un état qui persiste ou qui devrait persister six mois ou plus ». Afin d'évaluer les répercussions de l'absence d'assurance pour les médicaments délivrés sur ordonnance, la présente analyse porte sur des personnes qui souffrent de problèmes de santé chroniques particuliers que l'on traite généralement au moyen de médicaments d'ordonnance : asthme, arthrite, hypertension, migraines, bronchite chronique ou emphysème, diabète, épilepsie, maladie cardiaque, cancer, ulcères à l'estomac ou à l'intestin, troubles dus à un accident cérébrovasculaire, problème de la thyroïde et glaucome.

Souvent, les personnes qui prennent un médicament souffrent de *problèmes de santé chroniques*¹⁰. Par conséquent, une variable dérivée mesurant le nombre de problèmes de santé chroniques d'une personne a été utilisée pour répartir les personnes dans les

catégories suivantes : aucun problème de santé chronique, un problème, deux problèmes, trois problèmes, quatre problèmes, et cinq problèmes ou plus.

Les *niveaux de revenu du ménage* ont été définis de la façon suivante : inférieur/moyen-inférieur, moyen, moyen-supérieur et supérieur, à partir du revenu total du ménage et du nombre de personnes vivant dans le ménage.

La *situation professionnelle* a été déterminée selon deux catégories : actuellement au travail ou actuellement sans travail. Les personnes qui travaillaient au moment de l'enquête ont été classées comme travailleurs à temps plein (30 heures ou plus par semaine) ou comme travailleurs à temps partiel (moins de 30 heures par semaine). Parmi les personnes qui ne travaillaient pas, certaines avaient un emploi, mais ne travaillaient pas à ce moment-là, ou n'avaient pas travaillé au cours des 12 derniers mois. Si les répondants ne travaillaient pas, on leur a demandé pourquoi. Les raisons utilisées pour la présente analyse sont les suivantes : maladie ou incapacité de la personne; obligations familiales; études ou congé d'études; conflit de travail/mise à pied; retraite; recherche d'un emploi; et autres raisons.

La *profession* a été déterminée d'après une variable dérivée (l'échelle de Pineo, un classement des professions fondé sur le prestige de celles-ci). Les professions ont été regroupées en 16 catégories : travailleurs autonomes professionnels; employés professionnels; cadres supérieurs; semi-professionnels; techniciens; cadres intermédiaires, superviseurs; contremaîtres; vendeurs et fournisseurs de services spécialisés; travailleurs manuels spécialisés; fermiers; vendeurs et fournisseurs de services semi-spécialisés; travailleurs manuels semi-spécialisés; vendeurs et fournisseurs de services non spécialisés; travailleurs manuels non spécialisés; et ouvriers agricoles.

On a demandé aux personnes participant à l'enquête d'indiquer la *principale source de revenu du ménage* pour la dernière année. Ils pouvaient choisir parmi les catégories suivantes : salaires et traitements; travail autonome; dividendes et intérêts (sur obligations, épargnes); prestations d'assurance-emploi; indemnités d'accident du travail; prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec; prestations d'un régime de retraite; rentes; Sécurité de la vieillesse ou Supplément de revenu garanti; prestations fiscales pour enfants; allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être; pension alimentaire aux enfants/au conjoint; autres (p. ex., revenu de location ou bourse d'études).

Les médicaments d'ordonnance représentent une part de plus en plus importante du budget des soins de santé. En 1996, ces médicaments constituaient 10,0 % des dépenses totales en soins de santé, en hausse par rapport aux 6,3 % enregistrés en 1975 (tableau B en annexe). En 1975, le secteur public (gouvernement et organismes gouvernementaux) a remboursé le tiers du coût (33,2 %) des médicaments d'ordonnance. Environ deux décennies plus tard, soit en 1996, cette part a augmenté pour atteindre près de 50 % (48,3 %). Même si la part du secteur privé a diminué au cours de la même période, en 1996, elle représentait encore juste un peu plus de la moitié (51,7 %) des coûts (données non présentées).

Les gouvernements provinciaux sont responsables de la plus grande part des dépenses du secteur public au titre des médicaments, soit environ 3,0 milliards de dollars en 1996. Il s'agit de près du tiers (29,6 %) des dépenses totales au titre des médicaments pour cette année-là, une hausse par rapport aux 13,2 % enregistrés en 1975 (tableau C en annexe).

Écarts importants entre les régimes provinciaux

Les régimes provinciaux s'appliquant aux médicaments d'ordonnance varient considérablement (tableau A en annexe). Les avantages particuliers et les coassurances ou franchises diffèrent d'un régime à l'autre. (On appelle coassurance le remboursement d'une partie du coût de l'ordonnance par le consommateur. On appelle franchise le paiement par le consommateur du coût total d'une ordonnance, jusqu'à concurrence d'un montant précis.) La plupart des provinces offrent des avantages aux personnes âgées (65 ans et plus) et aux personnes qui reçoivent de l'aide sociale, ainsi qu'aux enfants et aux groupes à faible revenu. En outre, la plupart des provinces prévoient des dispositions pour les médicaments spéciaux nécessaires pour le traitement de certaines maladies comme le diabète, la fibrose kystique ou le VIH/sida.

Six personnes sur dix sont couvertes

La population couverte par les régimes d'assurance-médicaments est en hausse¹¹. Parmi les groupes à faible revenu, l'augmentation de la couverture est attribuable en partie aux régimes provinciaux de soins de santé. Parmi les groupes dont le revenu est supérieur, la croissance est le fait de l'acquisition d'assurances privées ou de l'obtention de prestations assurées au travail.

Selon l'ENSP de 1996-1997, environ 61 % des hommes et des femmes âgés de 15 ans et plus ont indiqué être couverts par une assurance pour leurs médicaments d'ordonnance. Les assurances-médicaments semblent être relativement moins répandues chez les Canadiens plus jeunes et plus âgés (tableau 1). Juste un peu plus de la moitié de la population âgée de 15 à 24 ans et de celle de 65 ans et plus a indiqué disposer d'une assurance pour les médicaments vendus sur ordonnance. Par contre, environ les deux tiers des personnes âgées de 25 à 64 ans ont indiqué être assurées. La couverture plus importante chez les groupes d'âge moyen, qui sont les plus susceptibles de travailler, rend compte des avantages supplémentaires qui sont mis à la disposition des personnes qui travaillent.

Les taux de couverture augmentent selon le niveau de scolarité, allant de 52 % pour les personnes qui ont fait des études secondaires partielles, à 65 % de celles qui ont un diplôme collégial ou universitaire.

La proportion de personnes déclarant être couvertes par des assurances varie aussi selon la province, allant de moins de la moitié à plus des deux tiers. Compte tenu des prestations généreuses offertes par les divers régimes provinciaux, cela peut indiquer que certaines personnes ne savent pas qu'elles disposent d'une assurance-médicaments et qu'elles sont admissibles à des prestations.

La couverture varie aussi selon le type de famille, les couples étant plus susceptibles de disposer d'une assurance-médicaments que les personnes seules ou les familles monoparentales. Environ la moitié des ménages à une personne indiquaient être couverts par des assurances, mais on a enregistré des taux beaucoup plus élevés chez les personnes appartenant à des ménages de deux membres et plus.

Tableau 1
Population vivant à domicile âgée de 15 ans et plus et bénéficiant d'une assurance pour les médicaments d'ordonnance, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Nombre	Assurance pour les médicaments d'ordonnance
	en milliers	% corrigé selon l'âge
Sexe		
Les deux sexes	23 444	61
Hommes	11 519	61
Femmes	11 925	61
Groupe d'âge		
15-24	3 983	53
25-44	9 709	65
45-64	6 335	65
65+	3 416	51
Niveau de scolarité		
Études secondaires partielles	6 376	52
Études secondaires	3 909	62
Études postsecondaires partielles	5 398	61
Diplôme collégial ou universitaire	7 595	65
Non déclaré	165	58
Province		
Terre-Neuve	449	56
Île-du-Prince-Édouard	107	60
Nouvelle-Écosse	738	67
Nouveau-Brunswick	607	63
Québec	5 862	54
Ontario	8 879	66
Manitoba	857	48
Saskatchewan	752	40
Alberta	2 121	68
Colombie-Britannique	3 072	62
Type de famille économique		
Couple avec enfants âgés de moins de 25 ans	9 237	63
Couple seul	5 384	62
Couple avec enfants âgés de moins de 25 ans et autres personnes	1 350	57
Couple avec ou sans enfants âgés de 25 ans et plus, avec ou sans autres personnes	1 242	55
Parent seul vivant avec des enfants âgés de moins de 25 ans	1 334	52
Personne seule	3 171	51
Personne seule vivant avec d'autres	776	51
Autres ménages monoparentaux	765	50
Autres	181	54
Non déclaré	3	--
Nombre de personnes dans le ménage		
Une	3 171	51
Deux	6 954	61
Trois	4 627	62
Quatre	5 211	65
Cinq et plus	3 480	58

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé

-- Nombres infimes

Les travailleurs à temps plein sont plus susceptibles d'être couverts

Comme il fallait s'y attendre, la population qui travaille enregistre un taux de couverture relativement élevé en matière d'assurance pour les médicaments d'ordonnance. Soixante-cinq pour cent des personnes qui travaillaient au moment de l'enquête ont indiqué qu'elles étaient assurées (tableau 2), tandis que les personnes qui ne travaillaient pas étaient beaucoup moins susceptibles de toucher des prestations (52 %). Les travailleurs à temps plein avaient un taux plus élevé de couverture que ceux à temps partiel : 65 % comparativement à 57 %.

Parmi les personnes qui avaient un emploi, le pourcentage de celles disposant d'une assurance-médicaments variait selon la profession. Les employés professionnels avaient les taux de couverture les plus élevés (78 %). Les travailleurs autonomes professionnels étaient beaucoup moins susceptibles de disposer d'une assurance-médicaments (49 %), et les fermiers (28 %) ainsi que les ouvriers agricoles (36 %) étaient les moins susceptibles d'être assurés.

Dans le cas des personnes qui ne travaillaient pas, les taux de couverture les plus élevés ont été déclarés par celles qui ne travaillaient pas en raison d'une maladie ou d'une incapacité (59 %) ou d'obligations familiales (57 %). Les étudiants et les personnes en congé d'études, ainsi que les personnes qui ne travaillaient pas en raison d'un conflit de travail ou d'une mise à pied, avaient le taux de couverture le plus faible (37 %).

Le lien étroit qui existe entre la situation professionnelle et la couverture des médicaments d'ordonnance par les assurances a des répercussions sur la continuité des soins de santé. Entre 1981 et 1994, on a assisté à une plus grande polarisation entre les emplois à long terme et à court terme¹². Les employeurs ont de plus en plus recours à un petit noyau d'employés à long terme et recrutent des employés supplémentaires à court terme, au fur et à mesure des besoins¹³. Il se peut que ces derniers n'aient pas accès aux avantages mis à la disposition des travailleurs à temps plein. Les régimes d'avantages sont souvent assujettis à des exigences

Tableau 2
Population vivant à domicile âgée de 15 à 74 ans et bénéficiant d'une assurance pour les médicaments d'ordonnance, selon la situation professionnelle et la profession actuelles, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Nombre	Assurance pour les médicaments d'ordonnance
	en milliers	% corrigé selon l'âge
Situation professionnelle		
Total	22 124	62
Actuellement au travail	13 814	65
Actuellement sans travail†	8 070	52
A travaillé au cours des 12 derniers mois, mais situation professionnelle actuelle inconnue	127	50
Non déclaré	113	58
Nombre d'heures de travail par semaine (emploi principal)		
Total	13 814	65
30 et plus (temps plein)	11 105	65
Moins de 30 (temps partiel)	2 551	57
Non déclaré	158	52
Raison pour laquelle la personne ne travaille pas actuellement		
Total	8 070	52
Maladie ou incapacité de la personne	961	59
Obligations familiales	1 337	57
Retraite	2 742	45
Recherche d'un emploi	520	39
Études/congé d'études	1 537	37
Conflit de travail/mise à pied	586	37
Autres raisons	173	48
Ne s'applique pas	131	55
Non déclaré	83	53
Profession‡		
Total	13 814	65
Employés professionnels	1 132	78
Techniciens	310	76
Cadres supérieurs	425	73
Vendeurs et fournisseurs de services spécialisés	1 045	70
Semi-professionnels	1 151	68
Cadres intermédiaires	1 259	68
Travailleurs manuels spécialisés	1 138	66
Vendeurs et fournisseurs de services non spécialisés	1 027	66
Travailleurs manuels semi-spécialisés	1 148	65
Contremaîtres	305	64
Vendeurs et fournisseurs de services semi-spécialisés	1 946	60
Superviseurs	323	58
Travailleurs manuels non spécialisés	1 486	58
Travailleurs autonomes professionnels	191	49
Ouvriers agricoles	183	36
Fermiers	165	28
Non déclaré	580	63

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé

† Avait un emploi, mais ne travaillait pas à l'époque, ou n'a pas travaillé au cours des 12 derniers mois.

‡ Les catégories sont tirées de l'échelle de Pineo; toutefois, son classement fondé sur le prestige n'est pas utilisé ici.

minimales en matière de service, par exemple, avoir travaillé 6 ou 12 mois d'affilée¹⁴. Seulement 20 % environ de toutes les organisations offrent les mêmes avantages aux travailleurs permanents et occasionnels¹⁵. Lorsque des personnes assurées sont mises à pied ou qu'elles prennent leur retraite, il n'existe pas de garantie qu'elles conserveront leurs prestations supplémentaires de soins de santé. En fait, selon l'ENSP de 1996-1997, moins de la moitié des personnes à la retraite (45 %) ont indiqué bénéficier d'une assurance pour les médicaments d'ordonnance.

Le revenu constitue un facteur majeur

Les prestations d'assurance pour les médicaments d'ordonnance sont étroitement liées au revenu du ménage (tableau 3). De façon générale, les taux augmentent avec le revenu. En fait, le taux

Tableau 3
Population vivant à domicile âgée de 15 ans et plus et bénéficiant d'une assurance pour les médicaments d'ordonnance, selon le niveau de revenu du ménage et la principale source de revenu, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Nombre	Assurance pour les médicaments d'ordonnance
	en milliers	% corrigé selon l'âge
Niveau de revenu du ménage		
Inférieur/moyen-inférieur	3 051	38
Moyen	5 865	53
Moyen-supérieur	7 655	72
Supérieur	2 966	74
Données manquantes	3 906	56
Principale source de revenu		
Salaires et traitements	14 491	67
Pension alimentaire aux enfants/pension alimentaire au conjoint	50	58
Prestations d'un régime de retraite, rentes	1 653	57
Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec	1 003	48
Prestations fiscales pour enfants	17	47
Allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être	822	45
Indemnités d'accident du travail	108	39
Travail autonome	2 218	36
Dividendes et intérêts	227	36
Sécurité de la vieillesse ou Supplément de revenu garanti	1 124	31
Prestations d'assurance-emploi	172	25
Autres	378	42
Ne sait pas/refus/non déclaré	1 180	56

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé

d'assurance pour le groupe de revenu supérieur était près du double de celui du groupe de revenu inférieur (74 % comparativement à 38 %).

La principale source de revenu, qui rend compte de la situation professionnelle, est aussi un facteur de la couverture des médicaments d'ordonnance par les assurances. Les personnes pour lesquelles le revenu du ménage provient principalement de salaires et traitements étaient les plus susceptibles d'être assurées (67 %). Par contre, les personnes qui touchaient des prestations d'assurance-emploi comme principale source de revenu étaient les moins susceptibles d'être assurées (25 %). Les personnes qui tirent leur revenu principalement d'un travail autonome ou de dividendes avaient aussi de faibles taux de couverture (36 %).

Tableau 4
Population vivant à domicile âgée de 15 ans et plus et bénéficiant d'une assurance pour les médicaments d'ordonnance, selon le niveau de revenu du ménage et l'autoévaluation de l'état de santé, Canada, territoires non compris, 1996-1997

Niveau de revenu du ménage/ autoévaluation de l'état de santé	Nombre en milliers	Assurance pour les médicaments d'ordonnance
		% corrigé selon l'âge
Inférieur/moyen-inférieur		
Total	3 051	38
Bonne/passable	618	46
Mauvaise	985	38
Très bonne/excellente	1 448	35
Moyen		
Total	5 865	53
Bonne/passable	646	58
Mauvaise	1 715	49
Très bonne/excellente	3 505	53
Moyen-supérieur		
Total	7 655	72
Bonne/passable	504	74
Mauvaise	1 966	71
Très bonne/excellente	5 184	73
Supérieur		
Total	2 966	74
Bonne/passable	133	71
Mauvaise	624	74
Très bonne/excellente	2 209	74
Données manquantes		
Total	3 906	56
Bonne/passable	425	54
Mauvaise	1 061	57
Très bonne/excellente	2 421	56

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé

Même si les personnes dont la principale source de revenu était la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti peuvent se prévaloir de la plupart des régimes provinciaux d'assurance-médicaments, seulement 31 % d'entre elles étaient assurées pour leurs médicaments d'ordonnance. Cette anomalie apparente pourrait être attribuée à une mauvaise interprétation de la question, ou encore à un manque de connaissances au sujet des prestations disponibles.

Les personnes des groupes de revenus inférieur et moyen-inférieur qui indiquaient que leur état de santé était bon ou passable étaient plus susceptibles que les personnes en meilleure santé ayant des revenus similaires de bénéficier d'une assurance pour les médicaments d'ordonnance (tableau 4). Toutefois, même parmi celles qui indiquaient que leur santé était bonne ou passable, le taux de couverture augmentait avec le revenu.

État de santé et assurance pour les médicaments d'ordonnance

Étonnamment, les taux de couverture des médicaments d'ordonnance étaient semblables, que les personnes souffrent ou non d'une incapacité à long terme : soit 62 % et 61 % respectivement.

Les assurances pour les médicaments d'ordonnance étaient toutefois directement liées au nombre de problèmes de santé chroniques dont souffrait une personne. Lorsque le nombre de problèmes de santé chroniques augmente, le besoin de médicaments croît lui aussi. Une personne ainsi atteinte est peut-être plus au courant du type de couverture dont elle dispose, ou achète peut-être une couverture supplémentaire. Environ 59 % des personnes qui n'avaient pas de problème de santé chronique étaient couvertes, comparativement à 67 % de celles qui avaient trois problèmes et plus de santé chroniques (tableau 5). Étant donné que les estimations ont été corrigées selon l'âge, ces différences ne sont pas attribuables à des écarts d'âge entre les groupes.

La présence d'une assurance pour les médicaments d'ordonnance varie aussi de façon progressive selon le nombre de médicaments pris au cours des deux jours précédant l'enquête. Parmi

ceux qui n'avaient pris aucun médicament, 61 % disposaient d'une assurance à ce titre; le taux passe à 72 % pour ceux qui avaient pris trois médicaments et plus au cours des deux derniers jours.

Même parmi les personnes chez qui on n'avait pas diagnostiqué de problème de santé chronique, celles qui étaient assurées étaient plus susceptibles d'avoir pris des médicaments d'ordonnance le mois précédent (tableau 6). En outre, parmi les personnes qui souffraient de trois problèmes de santé chroniques et plus, environ 74 % des personnes assurées avaient pris au moins deux médicaments, comparativement à 58 % des personnes non assurées. Les différences quant à la nature des problèmes de santé chroniques entre les personnes assurées et non assurées peuvent influencer le

nombre de médicaments utilisés. Toutefois, en comparant les deux groupes du point de vue du type de problèmes de santé chroniques, on n'a constaté que peu de différences (données non présentées). Par conséquent, l'utilisation moins grande de médicaments parmi la population non assurée ne peut être attribuable uniquement à un meilleur état de santé.

Les personnes qui n'ont pas d'assurance-médicaments ont tendance à prendre moins de médicaments d'ordonnance et cela signifie peut-être qu'elles ont décidé de limiter leur utilisation aux médicaments essentiels¹⁶⁻²⁰. Les personnes qui n'ont pas d'assurance-médicaments peuvent être dissuadées par le prix des médicaments. Un certain nombre d'études^{17,18,21,22} faites sur les malades qui ne

Tableau 5
Population vivant à domicile âgée de 15 ans et plus et bénéficiant d'une assurance pour les médicaments d'ordonnance, selon certaines caractéristiques de santé, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Population	Assurance pour les médicaments d'ordonnance
	en milliers	% corrigé selon l'âge
Invalidité à long terme		
Oui	2 798	62
Non	20 599	61
Données manquantes	47	--
Nombre de problèmes de santé chroniques		
Aucun	14 447	59
Un	5 551	63
Deux	2 174	64
Trois et plus	1 272	67
Nombre de médicaments pris au cours des deux derniers jours		
Aucun [†]	8 372	61
Un	5 467	63
Deux	2 490	65
Trois et plus	2 141	72
Ne s'applique pas [‡]	4 863	54
Données manquantes	110	--

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé

† A pris des médicaments au cours du dernier mois, mais pas au cours des deux derniers jours.

‡ N'a pas pris de médicaments au cours du dernier mois.

-- Nombres infimes

Tableau 6
Nombre de médicaments d'ordonnance pris au cours du dernier mois, population vivant à domicile âgée de 15 ans et plus, selon le nombre de problèmes de santé chroniques et la situation au titre de l'assurance-médicaments, Canada, territoires non compris, 1996-1997

Nombre de problèmes de santé chroniques/situation au titre de l'assurance-médicaments	Population en milliers	Nombre de médicaments d'ordonnance pris au cours du dernier mois			
		Aucun	1	2	3+
		%			
Total	23 443	58	25	10	7
Assuré	14 300	55	26	11	8
Non assuré	8 759	62	24	8	6
Aucun	14 446	73	20	5	2
Assuré	8 688	71	22	6	2
Non assuré	5 469	76	18	4	2
Un	5 551	44	35	14	7
Assuré	3 459	42	35	16	8
Non assuré	2 026	48	36	11	5
Deux	2 174	24	36	22	19
Assuré	1 339	22	36	21	21
Non assuré	819	26	35	23	16
Trois et plus	1 272	13	17	26	44
Assuré	814	11	15	28	46
Non assuré	445	18	24	21	37

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé

Nota : Les données ayant été arrondies, la somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100. Exclut les cas pour lesquels la situation au titre de l'assurance manquait.

peuvent se permettre d'acheter des médicaments d'ordonnance ont fait ressortir divers comportements. Certains malades n'achètent pas un médicament s'il est trop coûteux. D'autres utilisent des médicaments d'ordonnance périmés, des médicaments d'ordonnance destinés à une autre personne, ou encore prennent davantage de médicaments que la quantité prescrite, en espérant réduire la durée de leur maladie. On a aussi noté que les malades âgés qui ont un revenu fixe choisissent les médicaments qu'ils peuvent se permettre. Il n'est pas inhabituel que des malades se privent d'antidépresseurs coûteux et ne prennent que ce qu'ils considèrent comme plus nécessaire (médicaments pour les maladies cardiovasculaires, par exemple)¹⁸.

La santé des malades peut sans doute être compromise s'ils n'ont pas accès à la pharmacothérapie^{20,23,24}. Sans un traitement approprié au moyen de médicaments, une maladie peut atteindre des stades plus aigus. Par exemple, le fait de ne pas prendre de médicaments contre l'hypertension peut entraîner une crise cardiaque, et le fait de ne pas prendre d'antibiotiques prescrits peut causer une récurrence de l'infection ou l'apparition de souches bactériennes résistantes. Malheureusement, ces pratiques peuvent faire augmenter le coût des soins de santé à long terme. Une estimation conservatrice des coûts de la non-utilisation des médicaments prescrits au Canada se chiffre entre sept et neuf milliards de dollars par année²¹.

Conclusion

Depuis les 20 dernières années, les médicaments d'ordonnance représentent une proportion croissante des coûts des soins de santé au Canada. Le nombre d'hospitalisations et la durée des séjours à l'hôpital ont diminué, dans une certaine mesure, parce qu'on dispose maintenant de produits pharmaceutiques pour traiter des problèmes médicaux qui nécessitaient autrefois l'hospitalisation. Ainsi, le rôle de plus en plus important des médicaments a contribué à la transition des soins en milieu hospitalier aux soins ambulatoires et aux soins à domicile. Toutefois, ces changements

signifient que l'importance du traitement au moyen de médicaments augmente, et que moins de personnes reçoivent des médicaments en milieu hospitalier. L'accès aux médicaments est maintenant de plus en plus du ressort des individus.

Même si le secteur public rembourse une part croissante des coûts des médicaments depuis les deux dernières décennies, de nombreuses personnes ne sont pas couvertes par les régimes provinciaux d'assurance-médicaments et ne disposent d'aucune autre couverture. Elles doivent souvent assumer le coût complet de leurs médicaments d'ordonnance.

Par ailleurs, même les personnes admissibles à une assurance-médicaments provinciale peuvent voir cette assurance réduite. Dans un effort en vue de contrôler le coût des médicaments d'ordonnance, certaines provinces ont mis en œuvre un certain nombre de mesures de contrôle des coûts, y compris l'utilisation de listes de médicaments pouvant être remboursés (formulaires des médicaments sur ordonnance) et l'établissement des prix selon un niveau de référence, en vue de limiter les montants à payer²⁵. D'autres ont supprimé certains médicaments de leurs formulaires ou ont mis en œuvre des mesures de coassurance ou de franchise²⁶.

Toutefois, certains s'inquiètent que les efforts en vue de contrôler les coûts grâce à la coassurance ou à l'élimination de certains médicaments des régimes réduiront l'utilisation de médicaments nécessaires au point de vue médical²⁷. Plusieurs études ont montré que certains malades réduisent ou cessent abruptement de prendre des médicaments d'ordonnance lorsqu'on leur demande de prendre en charge une franchise ou une coassurance^{16,18,28,29}. ●

Remerciements

L'auteur souhaite remercier Geoff Ballinger, de l'Institut canadien d'information sur la santé, qui lui a fourni des données sur les dépenses aux médicaments sur ordonnance.

Références

1. M.M. Rachlis, « Defining basic services and de-insuring the rest: The wrong diagnosis and the wrong prescription », *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1995, p. 1401-1405.
2. J. Randhawa et R. Riley, « Tendances en matière d'hospitalisation, de 1982-1983 à 1992-1993 », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 45-53 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
3. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
4. Enquête nationale sur la santé de la population, *Composante des ménages : guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées à grande diffusion, 1996-1997* (Statistique Canada n° 82-M0009GPF au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 1998.
5. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 209-217 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
6. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research* 5, 1996, p. 283-310.
7. Santé Canada, *Dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1995*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services, 1996.
8. Institut canadien d'information sur la santé, *National Health Expenditure Trends, 1975-1998*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 1998.
9. Organisation de coopération et de développement économiques, *Health Data '98 CD-ROM*, Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 1997.
10. W.J. Millar, « La polymédication chez les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 9(4), 1998, p. 11-18 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
11. J. Lexchin, « Income class and pharmaceutical expenditure in Canada: 1964-1990 », *Canadian Journal of Public Health*, 87(1), 1996, p. 46-51.
12. L. Grenon et B. Chun, « L'emploi rémunéré non permanent », *L'Emploi et le revenu en perspective*, 9(3), 1997, p. 22-33 (Statistique Canada, n° 75-001-XPF au catalogue).
13. A. Heisz, « Évolution de la durée des emplois », *L'Emploi et le revenu en perspective*, 8(4), 1996, p. 34-39 (Statistique Canada, n° 75-001-XPF au catalogue).
14. G. Schellenberger et C. Clark, « Temporary employment in Canada: Profiles, patterns, and policy considerations », *Social Research*, Paper no. 1. Ottawa: Canadian Council on Social Development, 1996.
15. P. Booth, « *Contingent Work: Trends, Issues and Challenges for Employer* », Report 192-97, Ottawa: The Conference Board of Canada, 1997.
16. A. Leibowitz, W.G. Manning et J.P. Newhouse, « The demand for prescription drugs as a function of cost-sharing », *Social Science and Medicine*, 21(10), 1985, p. 1063-1069.
17. C. Salzman, « Medication compliance in the elderly », *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(Suppl. 1), 1995, p. 18-22.
18. S.B. Soumerai, J. Avorn, D. Ross-Degnan *et al.*, « Payment restrictions for prescription drugs under Medicaid. Effects on therapy, cost and equity », *New England Journal of Medicine*, 317(9), 1987, p. 550-556.
19. B. Foxman, R.B. Valdez, K.N. Lohr *et al.*, « The effect of cost sharing on the use of antibiotics in ambulatory care: Results from a population-based randomized controlled trial », *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 1987, p. 429-37.
20. S.B. Soumerai, D. Ross-Degnan, J. Avorn *et al.*, « Effects of Medicaid drug-payment limits on admission to hospitals and nursing homes », *New England Journal of Medicine*, 325(15), 1991, p. 1072-7.
21. R.B. Coombs, P. Jensen, M.H. Her *et al.*, *Review of the Scientific Literature on the Prevalence, Consequences, and Health Costs of Non-compliance and Inappropriate Use of Prescription Medication in Canada*, Ottawa, Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada, 1995.
22. M.I. Roemer, C.E. Hopkins, L. Carr *et al.*, « Copayments for ambulatory care: Penny-wise and pound-foolish », *Medical Care*, 13(6), 1975, p. 457-466.
23. R.F. Johnson, M.J. Goodman, M.C. Hornbrook *et al.*, « The impact of increasing patient prescription drug cost sharing on therapeutic classes of drugs received and on the health status of elderly HMO members », *Health Services Research*, 32(1), 1997, p. 103-122.
24. S.B. Soumerai, T.J. McLaughlin, D. Ross-Degnan *et al.*, « Effects of a limit on Medicaid drug-reimbursement benefits on the use of psychotropic agents and acute mental health services by patients with schizophrenia », *New England Journal of Medicine*, 331(10), 1994, p. 650-665.
25. D. Dingwall, *Drug Costs in Canada*, Ottawa, Health and Welfare Canada, 1997.
26. J. Brooke, « High cost of Ontario drug benefit plan sees more medication cut from list », *Medical Post*, 2(36), 1993.
27. J. Lexchin, « Prescribing and drug costs in the province of Ontario », *International Journal of Health Services*, 22(3), 1992, p. 471-477.
28. B.C. Martin et J.A. McMillan, « The impact of implementing a more restrictive prescription limit on Medicaid recipients. Effects on cost, therapy and out-of-pocket expenditures », *Medical Care*, 34(7), 1996, p. 686-701.
29. B. O'Brien, « The effect of patient charges on the utilization of prescription medicines », *Journal of Health Economics*, 8, 1989, p. 109-132.
30. R.A. Bacovsky, *Federal, Provincial and Territorial Government-sponsored Drug Plans and Drug Databases*, Background information prepared for the Conference on National Approaches to Pharmacare Integra Consulting Ltd., 2 décembre 1997.
31. Government of Newfoundland and Labrador, Department of Health and Community Services, disponible à : <http://www.gov.nf.ca/health>, site consulté le 27 janvier 1999.
32. The Official Website of the Government of Prince Edward Island, Health and Social Services, disponible à : <http://www.gov.pe.ca/hss>, site consulté le 27 janvier 1999.

33. Nouvelle-Écosse, Prescription Drug Plan Regulations, disponible à : <http://www.gov.ns.ca/just/regulations/regs/hsidrugs.html>, site consulté le 27 janvier 1999.
34. Nouvelle-Écosse, Seniors' Pharmacare Program Regulations, disponible à : <http://www.gov.ns.ca/just/regulations/regs/hsisenor.html>, site consulté le 27 janvier 1999.
35. Nouvelle-Écosse, Family Benefits Schedule "B" Regulations, disponible à : <http://www.gov.ns.ca/just/regulations/regs/fbschedb.html>, site consulté le 27 janvier 1999.
36. New Brunswick Prescription Drug Program, disponible à : <http://www.gov.nb.ca.hcs>, site consulté le 27 janvier 1999.
37. Communication Québec, disponible à : <http://www.com-qc.ca/55health.html>, site consulté le 27 janvier 1999.
38. Ontario Ministry of Health, Drug Programs, disponible à : http://www.gov.on.ca/health/english/pub/pub_links/pub_link4.html, site consulté le 16 février 1999.
39. Pharmacare, Manitoba Health, disponible à : <http://www.gov.mb.ca/health/pharmaca.html>, site consulté le 27 janvier 1999.
40. Saskatchewan Health Programs and Services, disponible à : <http://www.gov.sk.ca/health/progserv.html>, site consulté le 27 janvier 1999.
41. Alberta Ministry of Health, Alberta Health Care Insurance Plan, Statistical Supplement, 1997-98, disponible à : <http://www.health.gov.ab.ca/public/document/ssup97-98/sec5.html>, site consulté le 27 janvier 1999.
42. Alberta Blue Cross, Non-group Coverage, Hospital and Health Coverage for Albertans, disponible à : <http://www.health.gov.ab.ca/ahcip/bluecros/index.html>, site consulté le 3 février 1999.
43. British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Pharmacare, disponible à : <http://www.hlth.gov.bc.ca/pharme/index.html>, site consulté le 3 février 1999.

Annexe A

Tableau A
Aperçu des régimes provinciaux d'assurance-médicaments au Canada

Province	Régime	Bénéficiaires admissibles	Exclusions	Coassurance/franchise	Mode de paiement
Terre-Neuve et Labrador	Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program:				
	Senior Citizens' Drug Subsidy Plan	Tous les résidents âgés de 65 ans et plus qui reçoivent des prestations de Supplément de revenu garanti.	Aucune, sauf celles figurant dans la description des bénéficiaires admissibles.	Les bénéficiaires remboursent les frais d'exécution d'ordonnance directement au pharmacien. Les frais d'ordonnance varient selon la concurrence.	Les pharmaciens facturent le régime directement pour les services. Le malade assume les frais d'exécution d'ordonnance et des services professionnels.
	Social Services Drug Plan	Bénéficiaires de soins de longue durée ou personnes admissibles à des prestations d'aide sociale.		Aucun.	Les détaillants facturent le ministère de la Santé et des Services communautaires.
	Newfoundland and Labrador Interchangeable Drug Products Formulary	Comprend une liste des médicaments couramment utilisés qui comportent des équivalents chimiques et thérapeutiques; liste établie pour aider la population en général à obtenir des médicaments sur ordonnance à un prix raisonnable.			
Île-du-Prince-Édouard	Drug Cost Assistance Plan (pour les personnes âgées)	Toute personne ayant besoin de médicaments pour la tuberculose, la fièvre rhumatismale, le diabète, la sclérose en plaques, la phénylcétonurie, les soins à la suite d'une greffe, le sida, l'insuffisance rénale; les enfants souffrant de fibrose kystique et appartenant à des familles dans le besoin; tous les bénéficiaires de l'aide sociale; toutes les personnes âgées de 65 ans et plus; les résidents de foyers gouvernementaux et de foyers de soins infirmiers privés subventionnés par le gouvernement.	Aucune, sauf celles figurant dans la description des bénéficiaires admissibles.	Divers frais de coassurances, y compris pour les vaccins, les frais d'exécution d'ordonnance, les flacons d'insuline et les ordonnances d'urgence pour l'aide sociale.	Les détaillants facturent le ministère de la Santé et des Services communautaires.
	Welfare Assistance Program				
	Special Drug Programs	Les médicaments assurés figurent dans le Drug Cost Assistance Plan Formulary. Il existe une politique de recours au médicament interchangeable le moins cher.			La coassurance s'applique uniquement à certaines composantes du régime. Les personnes âgées déboursent les sept premiers dollars du coût des ingrédients pour les médicaments sur ordonnance, ainsi que les frais d'exécution d'ordonnance.

Aperçu des régimes provinciaux d'assurance-médicaments au Canada – suite

Province	Régime	Bénéficiaires admissibles	Exclusions	Coassurance/franchise	Mode de paiement
Nouvelle-Écosse	Seniors Pharmacare Program	Résidents de la province âgés de 65 ans et plus. Chaque personne âgée verse une contribution annuelle de 215 \$.	Personnes couvertes par d'autres régimes d'assurance-médicaments.	Paiement à la pharmacie de 20 % des frais imputés à Pharmacare pour l'exécution de l'ordonnance, jusqu'à concurrence de 200 \$ par année par personne âgée.	Des services assurés peuvent être obtenus auprès d'une pharmacie, d'un médecin ou d'un établissement non participant. Les factures sont soumises par les fournisseurs au régime.
		Lorsqu'une personne âgée répond aux critères de faible revenu, il existe des dispositions pour réduire la contribution à verser.			
		Résidents de la province qui sont admissibles à l'aide sociale.			
	Special drug Program	Résidents qui sont admissibles au Family Benefits Program.		Coassurance de 20 % (maximum de 150 \$ par personne par année).	
Enfants en familles d'accueil.		Résidents qui souffrent de fibrose kystique, de diabète insipide, d'une carence en hormone de croissance, du VIH/sida, ou qui ont subi une greffe d'organe.			
		Les malades souffrant du cancer qui répondent aux exigences en matière de revenu. Les malades dont le revenu familial brut est inférieur à 12 000 \$ par année.	Les malades souffrant du cancer dont le revenu familial brut est supérieur à 12 000 \$ par année.	Les malades souffrant du cancer peuvent avoir à contribuer aux coûts. Même s'il n'y a pas de coassurance, certains médicaments sont assujettis au maximum admissible et les malades doivent assumer la différence.	Les paiements sont généralement versés directement au fournisseur, sauf dans le cas des médicaments pour le traitement du cancer qui sont remboursés à la Société du cancer.
	Canadian Cancer Society Funded Drug Program	Malades dont le revenu familial brut se situe entre 12 001 \$ et 15 720 \$, et qui n'ont pas d'autre assurance-médicaments.		Aucune coassurance n'est prévue dans ce régime. Certains médicaments sont assujettis au maximum admissible, et les malades assument la différence.	

Aperçu des régimes provinciaux d'assurance-médicaments au Canada – suite

Province	Régime	Bénéficiaires admissibles	Exclusions	Coassurance/ franchise	Mode de paiement
Nouveau-Brunswick	Le Plan de médicaments sur ordonnance comprend plusieurs plans d'assurance-médicaments : citoyens aînés; clients de foyers de soins; hormone de croissance; enfants pris en charge par le Ministère; greffe d'organes; fibrose kystique; VIH; clients de Développement des ressources humaines.	Les personnes âgées de 65 ans et plus qui reçoivent des prestations de Supplément de revenu garanti ou qui sont admissibles aux avantages en remplissant un formulaire de déclaration de revenu. L'admissibilité est fondée sur le revenu.	Aucune, sauf celles figurant dans la description des bénéficiaires admissibles.	<p>Les bénéficiaires du plan destiné aux citoyens aînés doivent payer des frais de participation de 9,05 \$ par ordonnance. Contribution annuelle pour les prestataires du Supplément de revenu garanti.</p> <p>La contribution maximale annuelle s'applique uniquement aux personnes âgées qui reçoivent des prestations de Supplément de revenu garanti</p> <p>Plans s'appliquant à la fibrose kystique, au VIH, à la greffe d'organe, et à la prise d'hormones de croissance : des frais d'inscription de 50 \$ et des frais de participation de 20 \$ pour chaque ordonnance, jusqu'à un maximum de 500 \$ par famille.</p> <p>Les personnes qui bénéficient de l'aide sociale sont exemptées des frais d'inscription annuels.</p>	Les services fournis sont facturés directement au Plan.

Aperçu des régimes provinciaux d'assurance-médicaments au Canada – suite

Province	Régime	Bénéficiaires admissibles	Exclusions	Coassurance/franchise	Mode de paiement
Québec	Régime d'assurance-médicaments	Assure une couverture de base pour tous les résidents du Québec – les personnes sont couvertes par un régime collectif (assurance collective ou régime d'avantages sociaux) ou par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). L'assurance pour les médicaments d'ordonnance est obligatoire et une contribution financière est requise; les prestataires de la sécurité du revenu, les personnes âgées de 65 ans et plus et les personnes qui n'ont pas accès à un régime collectif sont assurés par la RAMQ.	<p>Catégories de personnes qui sont couvertes autrement, en vertu d'une autre loi du Québec, d'une Loi du Parlement ou des lois d'une autre province.</p> <p>Les couvertures de remplacement doivent être au moins équivalentes au régime québécois de base.</p>	<p>Dans le cas des régimes collectifs, la coassurance ne doit pas dépasser 25 % du coût des médicaments d'ordonnance achetés. La contribution maximal ne doit pas être supérieure à 750 \$ par adulte par année, y compris toutes les franchises s'appliquant aux enfants.</p> <p>Les personnes assurées par la Régie doivent verser une cotisation de 175 \$ par année, qu'elles achètent ou non des médicaments.</p> <p>La contribution maximale est fondée sur une combinaison de frais de contribution, de franchise et de coassurance. La contribution maximale varie selon la catégorie d'assuré et le revenu.</p> <p>Dans le cas des personnes âgées de 65 ans et plus qui reçoivent des prestations de Supplément de revenu garanti, un maximum de 16,67 \$ à 62,50 \$ par mois par adulte, selon le montant des prestations de Supplément de revenu garanti.</p> <p>Les prestataires de la sécurité du revenu paient 16,67 \$ par mois par adulte.</p> <p>Les personnes qui n'ont pas accès à la RAMQ versent un maximum de 62,50 \$ par mois par adulte; aucune contributions pour les enfants.</p>	Services fournis par les pharmaciens qui sont membres de l'Association québécoise des pharmaciens.

Aperçu des régimes provinciaux d'assurance-médicaments au Canada – suite

Province	Régime	Bénéficiaires admissibles	Exclusions	Coassurance/ franchise	Mode de paiement
Ontario	<p>Trois programmes : Programme de médicaments de l'Ontario; Programme des médicaments Trillium; Programme de médicaments spéciaux.</p> <p>Permet de fournir certains médicaments aux résidents de l'Ontario qui souffrent de néphropathie au stade terminal, de fibrose kystique, de la maladie de Gaucher, de troubles de croissance, du VIH/sida, de schizophrénie et de thalassémie, ainsi qu'à ceux qui ont eu une transplantation d'organe.</p> <p>Chaque médicament admissible figure dans le Formulaire des médicaments/ Index comparatif des médicaments.</p>	<p>Personnes âgées de 65 ans et plus; pensionnaires d'établissements de soins de longue durée ou de foyers de soins spéciaux; personnes bénéficiant de services professionnels dans le cadre du Programme de soins à domicile; prestataires de l'aide sociale (prestations générales ou prestations familiales); et prestataires du Programme de médicaments Trillium.</p>	<p>Résidents de l'Ontario non identifiés comme admissibles.</p>	<p>Les personnes âgées de 65 ans et plus qui vivent seules et touchent un revenu annuel d'au moins 16 018 \$ et les personnes âgées qui vivent en couple et touchent un revenu annuel d'au moins 24 175 \$ paient une franchise de 100 \$ chacune, puis des frais d'exécution d'ordonnance d'au plus 6,11 \$.</p> <p>Jusqu'à 2 \$ par ordonnance, à la discrétion du pharmacien.</p> <p>Franchise fondée sur le revenu, par personne, par famille et par année, et jusqu'à 2 \$ par ordonnance, à la discrétion du pharmacien.</p>	<p>Les services sont fournis en direct grâce à un réseau de pharmacies, de médecine prothésiste, et de pharmacies d'hôpitaux pour malades externes. Les fournisseurs soumettent une demande de remboursement au Programme.</p> <p>Les personnes qui ne sont pas admissibles au Programme de médicaments de l'Ontario déboursent entre 1,99 \$ et 16,95 \$ de frais d'exécution par ordonnance.</p> <p>Le maximum des frais d'exécution d'ordonnance pour les médicaments figurant dans le Formulaire sont de 6,11 \$. La pharmacie majore les prix de 10 % par rapport à l'Index des médicaments.</p>
Manitoba	<p>Trois régimes : Régime d'assurance-médicaments; Programme d'aide sociale; et Programme d'évaluation des frais de médicaments des foyers de soins personnels.</p> <p>La Liste des médicaments interchangeable pour le Manitoba comprend les prestations prévues dans le cadre du Régime d'assurance-médicaments interchangeable.</p>	<p>Personnes admissibles au Régime d'assurance-maladie de Santé Manitoba et dont les médicaments d'ordonnance ne sont pas payés par un autre régime de médicaments provincial ou fédéral ou par un régime privé d'assurance-médicaments. Personnes dont les coûts admissibles de médicaments d'ordonnance sont supérieurs à la franchise prévue par le Régime d'assurance-médicaments. Résidents qui reçoivent de l'aide sociale ou qui vivent dans des foyers de soins personnels.</p>		<p>Franchise équivalent à 3 % du revenu familial rajusté, au-dessus de 15 000 \$, ou 2 % du revenu familial rajusté, en dessous de 15 000 \$. Aucune coassurance une fois le montant de la franchise dépassé.</p> <p>Aucune pour les prestataires de l'aide sociale ou les résidents de foyers de soins personnels.</p>	<p>Service fourni par les pharmaciens et, dans certaines régions, par les médecins.</p> <p>Les personnes inscrites au Régime d'assurance-médicaments font l'objet d'une évaluation en ce qui a trait à la partie des frais de médicaments assujettie à une franchise. Une base de données en direct des pharmacies détermine la franchise. Une fois la franchise dépassée, le Régime rembourse le coût total des médicaments.</p>

Aperçu des régimes provinciaux d'assurance-médicaments au Canada – suite

Province	Régime	Bénéficiaires admissibles	Exclusions	Coassurance/franchise	Mode de paiement
Saskatchewan	<p>Saskatchewan Prescription Drug Plan</p> <p>Le Saskatchewan Formulary comprend une liste des médicaments qui sont couverts par le programme de médicaments.</p>	Tous les résidents détenteurs d'une carte valide des Saskatchewan Health Services, sauf ceux dont les frais d'ordonnance sont remboursés par un autre organisme gouvernemental.	<p>Personnes dont les médicaments d'ordonnance sont remboursés par un autre organisme gouvernemental : Indiens inscrits; bénéficiaires du ministère des Anciens combattants; bénéficiaires du Workers' Compensation Board; personnel de la GRC; personnel des Forces armées; détenus de pénitenciers fédéraux.</p>	<p>Les franchises varient selon le type de bénéficiaire.</p> <p>Dans le cas des familles bénéficiant d'un supplément de revenu familial : franchise semestrielle de 100 \$ et coassurance de 35 %.</p> <p>Pour les personnes âgées qui reçoivent des prestations de Supplément de revenu garanti : franchise semestrielle de 200 \$; coassurance de 35 %.</p> <p>Pour les résidents qui bénéficient du Saskatchewan Assistance Plan: 2 \$ par ordonnance; exclusion pour certains adultes et enfants âgés de moins de 18 ans, ou pour les personnes qui doivent prendre des médicaments pendant une longue période.</p> <p>La coassurance est supprimée pour les bénéficiaires du Saskatchewan Aids to Independent Living, les personnes qui souffrent de fibrose kystique, d'une néphropathie au stade terminal, les patients des soins palliatifs accrédités, les résidents qui utilisent certains médicaments dont le coût est élevé.</p> <p>La franchise et la coassurance sont rajustées pour les familles, y compris les familles comportant des personnes âgées, lorsque les coûts annuels des médicaments dépassent 3,4 % du revenu rajusté.</p> <p>Tous les autres résidents : franchise semestrielle de 850 \$ par personne ou par famille, et coassurance de 35 %.</p>	Les demandes sont soumises sous forme électronique et approuvées en direct. Les pharmacies perçoivent les paiements.

Aperçu des régimes provinciaux d'assurance-médicaments au Canada – suite

Province	Régime	Bénéficiaires admissibles	Exclusions	Coassurance/ franchise	Mode de paiement
Alberta	<p>Alberta Health</p> <p>L'Alberta Health Drug Benefit List énumère les prestations pharmaceutiques et indique si elles comportent des listes complètes ou restreintes.</p> <p>Tous les régimes sont administrés par l'Alberta Blue Cross.</p>	<p>Disponible par l'entremise de l'Alberta Health Care Insurance Plan, sans frais pour les résidents inscrits de l'Alberta âgés de 65 ans et plus, leurs conjoints et personnes à charge, les personnes admissibles à l'Alberta Widows Pension (âgées de 55 à 64 ans), ainsi que leurs personnes à charge. Également offert aux autres résidents inscrits de l'Alberta, sur une base volontaire, sous réserve du paiement d'une contribution.</p> <p>Alberta Health finance aussi les médicaments des résidents d'établissements de soins de longue durée et les médicaments prévus dans les Special Drug Programs pour les résidents de l'Alberta qui souffrent d'un cancer, de fibrose kystique, de carence en hormone de croissance, du VIH/sida, de tuberculose, de maladies transmissibles sexuellement et de fièvre rhumatismale, ou encore ceux qui ont subi une greffe d'organe.</p>	Aucune.	<p>Franchise annuelle de 50 \$ pour les prestations autres que pharmaceutiques (sauf pour les personnes âgées et les veufs et veuves admissibles) et frais de coassurance de 30 % pour les ordonnances, jusqu'à concurrence de 25 \$ par médicament admissible par ordonnance.</p> <p>Le gouvernement de l'Alberta est responsable de l'Alberta Health Drug Benefit List. Le régime ne rembourse que les médicaments les moins chers lorsqu'on peut utiliser des produits interchangeables. Le maximum de 25 \$ ne s'applique pas dans les cas où un médicament plus coûteux est choisi; les malades doivent assumer les frais additionnels.</p> <p>Aucuns frais pour les médicaments désignés dans le cadre de programmes spéciaux; les bénéficiaires doivent être inscrits auprès des programmes et obtenir leurs médicaments par l'entremise de pharmacies d'hôpitaux désignés, à Edmonton et à Calgary.</p>	Selon les prestations offertes, l'Alberta Blue Cross remboursera le fournisseur du service, le pharmacien ou le malade.

Aperçu des régimes provinciaux d'assurance-médicaments au Canada – fin

Province	Régime	Bénéficiaires admissibles	Exclusions	Coassurance/ franchise	Mode de paiement
Colombie-Britannique	Pharmacare	Pharmacare se répartit en régimes qui couvrent : les personnes âgées; les résidents permanents d'établissements accrédités de soins de longue durée; les résidents qui ne reçoivent pas de prestations en vertu d'un autre régime de Pharmacare ou qui sont assujettis au Medical Services Plan; les bénéficiaires de l'aide sociale; les personnes souffrant de fibrose kystique; les enfants assujettis au At Home Program et au Associate Family Program; les clients des centres de santé mentale qui ont besoin de médicaments psychiatriques; et les participants du Home Oxygen Subsidy Program.	Aucune.	<p>Les premiers 200 \$ de frais d'exécution d'ordonnance sont remboursés par la personne âgée chaque année. Pharmacare couvre le coût des ingrédients et les frais d'exécution d'ordonnance qui dépassent 200 \$.</p> <p>Les résidents qui reçoivent une aide au titre des contributions en vertu du Medical Services Plan paient une franchise annuelle de 600 \$. Une fois qu'une famille a remboursé un total de 2 000 \$ par année en frais reconnus par Pharmacare, le régime rembourse la totalité des coûts qui restent.</p> <p>Aucune coassurance ou franchise ne s'applique dans le cas du traitement de la fibrose kystique ou des programmes Child-at-home, de même que pour les résidents d'établissements de soins de longue durée.</p> <p>Les personnes qui reçoivent une aide au titre des contributions paient une franchise de 600 \$; Pharmacare rembourse la totalité des coûts qui restent.</p>	Le gouvernement provincial rembourse directement les fournisseurs pour les groupes qui reçoivent des prestations, sans frais. Dans le cas des autres résidents, la franchise et coassurance sont calculées au point de vente, grâce à la base de données en direct de la pharmacie.

Sources: Références n^{os} 30 à 43.

Tableau B
Dépenses totales en soins de santé, selon la catégorie, Canada, 1975 à 1996

	Total†	Hôpitaux‡	Autres éta- blissements	Médecins‡	Autres pro- fessionnels	Médicaments			Immobi- lisations	Autres dépenses
						Total	sur ordonnance§	sans ordonnance††		
en millions de dollars (dollars courants)										
1975	12 260,1	5 514,3	1 124,3	1 839,9	1 094,6	1 076,2	770,6	305,6	536,1	1 074,6
1976	14 102,5	6 408,7	1 367,7	2 071,0	1 273,0	1 197,9	881,9	316,0	544,1	1 240,1
1977	15 500,9	6 841,6	1 575,9	2 284,4	1 491,4	1 309,5	985,0	324,5	563,7	1 434,4
1978	17 172,1	7 444,3	1 850,3	2 566,7	1 711,7	1 442,0	1 049,2	392,8	672,2	1 484,9
1979	19 230,8	8 176,2	2 169,5	2 857,0	1 957,2	1 655,3	1 159,8	495,5	725,1	1 690,5
1980	22 353,4	9 399,2	2 544,9	3 287,5	2 260,0	1 881,5	1 295,2	586,3	990,7	1 989,4
1981	26 363,9	11 134,5	2 892,3	3 824,8	2 626,9	2 328,9	1 673,9	655,0	1 111,2	2 445,3
1982	30 851,0	13 238,2	3 346,3	4 420,8	3 037,5	2 635,9	1 920,9	715,0	1 394,8	2 777,5
1983	34 107,7	14 560,6	3 707,7	5 052,7	3 350,2	2 949,6	2 103,8	845,8	1 436,6	3 050,3
1984	36 775,2	15 452,1	3 898,4	5 525,8	3 681,7	3 310,8	2 252,2	1 058,6	1 504,1	3 402,2
1985	39 889,5	16 386,3	4 089,1	6 046,7	4 131,9	3 793,4	2 557,6	1 235,8	1 657,7	3 784,4
1986	43 441,9	17 800,1	4 074,4	6 675,1	4 522,3	4 405,6	3 006,6	1 399,0	1 816,5	4 147,8
1987	46 939,8	19 142,1	4 335,7	7 342,2	4 915,2	4 900,5	3 278,8	1 621,7	1 884,4	4 419,8
1988	51 092,3	20 561,3	4 748,9	7 947,8	5 353,4	5 506,4	3 721,5	1 784,9	1 910,9	5 063,4
1989	56 303,2	22 461,4	5 150,8	8 516,3	5 893,8	6 218,0	4 242,3	1 975,7	2 113,9	5 949,1
1990	61 229,5	24 058,4	5 757,5	9 258,1	6 415,4	6 906,3	4 847,7	2 058,6	2 162,5	6 671,2
1991	66 492,1	25 928,3	6 350,9	10 219,3	6 945,3	7 674,6	5 438,0	2 236,6	2 018,3	7 355,5
1992	70 003,5	26 879,3	6 869,5	10 464,2	7 282,8	8 461,3	6 059,6	2 401,7	2 058,0	7 988,4
1993	71 927,0	27 066,3	6 090,9	10 513,3	7 611,2	9 091,2	6 531,3	2 559,9	1 986,5	8 748,7
1994	73 367,9	26 530,1	7 047,5	10 747,2	8 043,8	9 295,0	6 678,2	2 616,9	2 371,5	9 332,7
1995	74 223,3	25 917,0	7 355,4	10 597,6	8 454,5	9 925,1	7 283,5	2 641,5	2 295,6	9 678,3
1996	75 304,1	25 861,3	7 529,2	10 744,5	8 827,0	10 207,0	7 527,6	2 679,4	2 221,0	9 914,2
%										
1975	100,0	45,0	9,2	15,0	8,9	8,8	6,3	2,5	4,4	8,8
1976	100,0	45,4	9,7	14,7	9,0	8,5	6,3	2,2	3,9	8,8
1977	100,0	44,1	10,2	14,7	9,6	8,4	6,4	2,1	3,6	9,3
1978	100,0	43,4	10,8	14,9	10,0	8,4	6,1	2,3	3,9	8,6
1979	100,0	42,5	11,3	14,9	10,2	8,6	6,0	2,6	3,8	8,8
1980	100,0	42,0	11,4	14,7	10,1	8,4	5,8	2,6	4,4	8,9
1981	100,0	42,2	11,0	14,5	10,0	8,8	6,3	2,5	4,2	9,3
1982	100,0	42,9	10,8	14,3	9,8	8,5	6,2	2,3	4,5	9,0
1983	100,0	42,7	10,9	14,8	9,8	8,6	6,2	2,5	4,2	8,9
1984	100,0	42,0	10,6	15,0	10,0	9,0	6,1	2,9	4,1	9,3
1985	100,0	41,1	10,3	15,2	10,4	9,5	6,4	3,1	4,2	9,5
1986	100,0	41,0	9,4	15,4	10,4	10,1	6,9	3,2	4,2	9,5
1987	100,0	40,8	9,2	15,6	10,5	10,4	7,0	3,5	4,0	9,4
1988	100,0	40,2	9,3	15,6	10,5	10,8	7,3	3,5	3,7	9,9
1989	100,0	39,9	9,1	15,1	10,5	11,0	7,5	3,5	3,8	10,6
1990	100,0	39,3	9,4	15,1	10,5	11,3	7,9	3,4	3,5	10,9
1991	100,0	39,0	9,6	15,4	10,4	11,5	8,2	3,4	3,0	11,1
1992	100,0	38,4	9,8	14,9	10,4	12,1	8,7	3,4	2,9	11,4
1993	100,0	37,6	9,6	14,6	10,6	12,6	9,1	3,6	2,8	12,2
1994	100,0	36,2	9,6	14,6	11,0	12,7	9,1	3,6	3,2	12,7
1995	100,0	34,9	9,9	14,3	11,4	13,4	9,8	3,6	3,1	13,0
1996	100,0	34,3	10,0	14,3	11,7	13,6	10,0	3,6	2,9	13,2

Source des données : Institut canadien d'information sur la santé, référence n° 8

† Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

‡ Comprend les médicaments distribués dans les hôpitaux et par les médecins.

§ Substances vendues en vertu de la Loi sur les aliments et drogues qui nécessitent une ordonnance.

†† Comprend les médicaments en vente libre et les articles d'hygiène personnelle.

Tableau C

Dépenses totales en médicaments (d'ordonnance[†] et sans ordonnance[‡]), Canada, 1975 à 1996

	Total	Secteur privé	Secteur public				Indemnisation pour accident du travail	Pourcentage du total des dépenses en médicaments
			Total pour le secteur public	Gouvernements provinciaux	Régimes fédéraux			
	en millions de dollars (dollars courants)							%
1975	1 076,2	918,7	157,5	142,0	13,5	2,0	14,6	
1976	1 197,9	983,6	214,3	196,2	15,7	2,3	17,9	
1977	1 309,5	1 045,9	263,6	243,4	17,8	2,5	20,1	
1978	1 442,0	1 117,6	324,5	301,4	20,3	2,8	22,5	
1979	1 655,3	1 272,0	383,3	359,2	21,1	3,1	23,2	
1980	1 881,5	1 419,6	461,9	431,1	26,7	4,2	24,5	
1981	2 328,9	1 765,2	563,7	527,2	30,4	6,1	24,2	
1982	2 635,9	1 955,5	680,4	636,1	36,8	7,5	25,8	
1983	2 949,6	2 135,6	814,0	761,2	43,8	9,0	27,6	
1984	3 310,8	2 371,3	939,5	879,2	49,6	10,8	28,4	
1985	3 793,4	2 683,6	1 109,8	1 039,2	58,0	12,6	29,3	
1986	4 405,6	3 097,9	1 307,8	1 229,2	63,3	15,2	29,7	
1987	4 900,5	3 422,2	1 478,3	1 392,3	68,2	17,8	30,2	
1988	5 506,4	3 816,8	1 689,7	1 580,3	88,6	20,8	30,7	
1989	6 218,0	4 265,8	1 952,2	1 825,9	103,4	22,9	31,4	
1990	6 906,3	4 649,8	2 256,5	2 107,8	121,2	27,5	32,7	
1991	7 674,6	5 095,0	2 579,6	2 413,5	133,0	33,2	33,6	
1992	8 461,3	5 589,1	2 872,2	2 691,3	142,8	38,1	33,9	
1993	9 091,2	6 115,4	2 975,8	2 784,8	150,8	40,2	32,7	
1994	9 295,1	6 285,5	3 009,7	2 811,8	158,0	39,9	32,4	
1995	9 925,0	6 667,8	3 257,2	3 049,1	166,0	42,1	32,8	
1996	10 207,0	6 967,2	3 239,7	3 024,6	172,7	42,4	31,7	

Source des données : Institut canadien d'information sur la santé, référence n° 8

[†] Substances vendues en vertu de la Loi sur les aliments et drogues qui nécessitent une ordonnance.

[‡] Comprend les médicaments en vente libre et les articles d'hygiène personnelle.