

Quelle est la Part des Régimes Publics d'Assurance-Médicament aux Résultats de Santé? Une Étude de Cas Multiples au Nouveau-Brunswick, en Ontario, et au Québec.

Marika ALARY-VANASSE* ¹, Sanni YAYA ²

¹ Étudiante, Université d'Ottawa, Canada

² Professeur, Université d'Ottawa, Canada

* *Auteur(e) correspondant* | *Corresponding author*: N/A

Résumé :

(traduction)

Les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments au Canada varient considérablement quant aux critères d'admissibilité, et la plupart des assurances offertes sont assujetties à des plafonds, à un partage des coûts, ou à des exclusions. De fait, il existe une inégalité d'accès aux médicaments sur ordonnance pour les Canadiens, selon leur statut socio-économique et leur lieu de résidence. Ceci intervient dans un contexte où les effets du vieillissement de la population, le nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques multiples, et les innovations réalisées dans le secteur des médicaments d'ordonnance ont entraîné une hausse de dépenses pour ces produits. La question soulevée par cette étude est la suivante : une province avec un meilleur régime d'assurance-médicaments dispose-t-elle d'une population en meilleure santé ?

Cette étude a donc comparé les protections offertes par les régimes publics d'assurance médicaments de trois provinces (le Nouveau-Brunswick, l'Ontario et le Québec) chez les 65 ans et plus. Les résultats de notre étude suggèrent que l'état de santé des aînés ne semble pas aller en s'améliorant. Il est donc impératif que des recherches additionnelles soient effectuées afin de déterminer l'impact véritable des régimes d'assurance-médicaments sur les résultats de santé. Cela permettrait de tailler des programmes sur mesure et des politiques et mieux ciblées afin de satisfaire plus adéquatement les besoins des collectivités.

Mots-clés :

Assurance médicament, province, résultats de santé, vieillissement

Abstract:

Canadian provincial and territorial drug plans vary considerably in terms of eligibility criteria, and most of the insurance plans provided are subject to caps, cost sharing and exclusions. In fact, Canadians have unequal access to prescription medications, depending on their socio-economic status and place of residence. This comes at time then the effects of population aging, an increasing number of people with multiple chronic illnesses and innovations in the prescription medications field have brought about an increase in spending on these products. The question raised by this study is does a province with a better prescription drug plan have a healthier population?

This study compared coverage of prescription drug plans among people 65 years old and over in three provinces: New Brunswick, Ontario and Quebec. The results of our study suggest that senior citizen health does not seem to improve. Therefore, it is imperative that additional research be conducted to determine the true impact of prescription drug plans on health outcomes. This would allow for the creation of tailor-made, better-targeted programs and policies to meet community needs more adequately.

Keywords:

Drug insurance plan, province, health outcomes, aging

Introduction

Le système de santé canadien est souvent cité en exemple au niveau mondial en raison notamment de son efficacité. Pourtant, en dépit cette bonne image, l'inégalité des populations face aux soins est bien présente au Canada, et ne cesse de s'aggraver (Romanow, 2002). L'un des champs de la santé qui suscite le plus d'inquiétudes est, sans contre-dit, celui des dépenses en médicaments. Ces derniers jouent un rôle essentiel dans la médecine moderne et, parce qu'ils traitent diverses maladies, ils sont devenus un élément important du système de santé canadien. Les divers niveaux de gouvernement (fédéral, provinciaux et territoriaux) se sont dotés d'une politique du médicament destinée à répondre aux besoins de populations par l'entremise de régimes d'assurance-médicaments (Imbeau, Chénard, & Dudas, 2002; Paris & Docteur, 2006). La plupart ont mis un accent particulier sur les médicaments d'ordonnance¹ dont les coûts grèvent considérablement les dépenses des régimes d'assurance en place. En général, plus le régime d'assurance est accessible et généreux, moins les médicaments sont coûteux pour le consommateur, et plus les gens sont susceptibles d'en consommer. Outre les nouveaux médicaments qui sont susceptibles d'être plus sécuritaires et de causer moins d'effets secondaires que les médicaments existants, certaines pratiques de l'industrie pharmaceutique auprès des prescripteurs (médecins, dentistes, etc.) et des pharmaciens ont pour effet d'augmenter le coût des médicaments (Demers, 2008; Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2010; Morgan, 2004).

En effet, depuis près de deux décennies, le coût des médicaments d'ordonnance au Canada a augmenté de 10% en moyenne par année. En effet, les médicaments représentent un facteur important de l'augmentation du coût des soins de santé. Mais c'est véritablement l'utilisation de médicaments pour le traitement de maladies chroniques qui a contribué à la hausse des dépenses en médicaments sur ordonnance au Canada. Ils ont affiché des taux d'augmentation supérieurs à 12 % depuis le début des années 2000. En dépit du fait que plusieurs de ces médicaments ont perdu la protection de leur brevet et ont été remplacés par des médicaments génériques à prix plus modique, il faut souligner que les tendances en matière de dépenses en médicament suggèrent que ceux-ci coûtent toujours aussi cher, en raison notamment de la plus forte augmentation de la consommation de médicaments par habitant, de l'adoption plus lente des nouveaux médicaments génériques et du plus grand recours aux médicaments spécialisés. En 2009, par exemple, les dépenses consacrées aux médicaments

d'ordonnance étaient d'environ 25,4 milliards \$ au Canada, et représentaient la deuxième part en importance parmi les principales catégories de dépenses de santé, après les hôpitaux (ICIS, 2010). Les gouvernements sont aujourd'hui préoccupés par l'accessibilité et la durabilité du système de santé, mais se doivent en même temps d'en minimiser les répercussions négatives sur les populations.

Actuellement, près des deux tiers des personnes âgées de 65 ans et plus consomment au moins cinq types de médicaments prescrits au Canada, et puisque la prévalence de nombreuses maladies chroniques augmente avec l'âge, cela contribue à l'augmentation du nombre de médicaments utilisés par ces personnes. On estime au Canada que près de 25% des personnes âgées entre 60 et 70 ans usent d'une polymédication, c'est-à-dire qu'elles consomment au moins cinq médicaments différents afin de traiter leurs maladies (Coombes, Morgan, Barer, & Pagliccia, 2004; Tambay & Catlin, 1995; Willcox, Himmelstein, & Woolhandler, 1994). La hausse croissante des dépenses consacrées aux médicaments perpétue aussi la situation de milliers de Canadiens qui sont sans assurance-médicaments, ou qui ont des protections insuffisantes qui ne leur permettent pas de faire face aux dépenses de médicaments. Fraser et Shillington (2005) estiment à 11 % la population totale de cette couche.

Si tout indique aujourd'hui que la cohabitation de plusieurs régimes d'assurance-médicaments n'est pas problématique au Canada, Kapur et Basu (2005) évoquent le risque d'une démultiplication des sous-assurés², renforçant ainsi le caractère inégalitaire du système, ce qui rappelle l'époque où l'assurance-maladie n'existait pas : les gens qui ont assez d'argent peuvent se payer leurs médicaments, les autres s'en passent. À cela s'ajoutent les cas des provinces où la couverture universelle d'assurance-médicaments d'ordonnance n'existe pas (Île-du-Prince-Édouard, Nouveau-Brunswick et Yukon). Le taux de sous-assurés est croissant, en particulier chez certaines couches vulnérables de la population³, les inégalités interrégionales sont considérables dans la couverture des médicaments d'ordonnance, et les niveaux de prise en charge varient nettement d'une province à l'autre.

Objectif de l'étude

Notre recherche vise à déterminer, à travers une étude de cas multiples dans trois provinces canadiennes, la part vé-

ritable des régimes d'assurance médicament dans les résultats de santé et le bien-être des populations. Il s'agit dans les faits d'examiner si, et jusqu'à quel point, les différences en matière de politique d'une province à l'autre expliqueraient les divergences observables et mesurables en matière de santé et de bien-être.

Méthodologie

La méthode choisie est l'étude comparative de cas multiples. Yin (1994) recommande aussi les études de cas dans des domaines à faible maturité, où le chercheur doit utiliser de multiples sources d'information comme évidence pour expliquer et comprendre un phénomène. Notre démarche incluait une revue de la littérature, l'examen de documents administratifs et l'analyse de données statistiques. Plus spécifiquement, nous avons comparé les spécificités des régimes publics d'assurance-médicaments de trois provinces canadiennes (Nouveau-Brunswick, Ontario, et Québec) au chapitre de la couverture des groupes bénéficiaires, des franchises, des cotisations, etc., pour déterminer la part véritable des régimes d'assurance-médicaments dans les résultats de santé et le bien-être des populations. Le choix de ces trois provinces s'explique par des raisons pratiques qui tiennent essentiellement à la disponibilité des données. L'analyse que nous avons menée nous permet de faire les constations que nous décrivons dans les lignes qui suivent.

Constatations

La nature des programmes

L'Ontario propose une couverture en quatre points, soit le Programme de médicaments de l'Ontario (PMO), le Programme de médicaments Trillium, le Programme de médicaments spéciaux et le Programme de financement des nouveaux médicaments contre le cancer. Quant au Nouveau-Brunswick, il a séparé sa couverture en dix catégories : les personnes âgées, les patients atteints de fibrose kystique, les personnes résidant dans un établissement résidentiel autorisé pour adultes, ceux bénéficiant de l'aide sociale, les enfants de ces derniers, les patients atteints de sclérose en plaques, les receveurs d'une greffe d'organe, les personnes avec une déficience d'hormones de croissance, les personnes atteintes du VIH/sida, et finalement les personnes résidant dans un centre de soins infirmiers. Pour sa

part, le Québec assure une couverture publique via la Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ).

Groupes bénéficiaires

Il apparaît que les provinces n'accordent pas la même protection à tous les bénéficiaires. Le PMO s'adresse aux Ontariens de 65 ans et plus, aux résidents des centres de soins longue durée, aux personnes recevant des services professionnels à domicile, ou de l'aide sociale, et aussi aux bénéficiaires du Programme de médicaments Trillium. Ce dernier programme est en place pour répondre aux besoins des citoyens ontariens qui paient des frais de médicaments élevés par rapport au revenu de leur ménage. Au Nouveau-Brunswick, la protection est divisée en dix plans, chacun couvrant une maladie spécifique. Les citoyens du Nouveau-Brunswick qui n'entrent pas dans ces catégories doivent avoir recours à une assurance privée. Au Québec, le régime public d'assurance médicaments est obligatoire pour tous ceux qui ne sont pas admissibles à un régime privé. Le régime s'adresse donc aux adultes de 18 à 64 qui n'ont pas accès à un régime privé, par eux-mêmes ou via leur conjoint, aux gens bénéficiant de l'aide sociale, aux enfants de personnes assurées par ce régime, sauf ceux qui peuvent avoir accès par eux-mêmes à un régime privé. Finalement, à 65 ans, une personne devient automatiquement inscrite au régime public, à moins de démontrer qu'elle est toujours admissible à un régime privé de couverture équivalente.

Les maladies

L'Ontario, avec son Programme de médicaments spéciaux, couvre des médicaments précis pour le traitement de maladies spécifiques (ex. fibrose kystique, VIH, etc.). Le Nouveau-Brunswick inclut dans ses divers plans une couverture similaire à l'Ontario, en sélectionnant des maladies spécifiques énoncées ci-haut pour l'admissibilité au régime. Au Québec, aucune maladie particulière n'est ciblée par le régime d'assurance-médicaments. Il couvre les médicaments délivrés sur ordonnance au Québec qui apparaissent dans la Liste des médicaments publiée par la RAMQ. Cependant, certains médicaments peuvent être remboursés de façon exceptionnelle.

Tableau 1 Caractéristiques des protections offertes aux personnes âgées de 65 ans et plus

Caractéristiques	Ontario	Nouveau-Brunswick	Québec
Programme	Personnes âgées de 65 ans et plus	Personnes âgées bénéficiant du SRG et personnes âgées de 65 ans et plus Célibataire ayant un revenu de 17 198 \$ ou moins Couples dont les deux conjoints ont 65 ans et plus et revenu annuel combiné de 26 955\$ ou moins Couples dont un des conjoints a moins de 65 ans et revenu annuel combiné de 32 390\$ et moins.	Obligatoire rendu à 65 ans, à moins de démontrer la preuve d'une conservation d'une assurance privée de couverture équivalente au régime public
Franchise	100 \$ pour - Les personnes âgées célibataires avec revenu annuel de 16 018\$ ou plus - Les couples âgés avec revenu annuel combiné de	Aucune	- Sans SRG : 16\$/mois + coassurance de 32% - SRG 1-93% : 16\$/mois + coassurance de 32% - SRG 94-100% : 0\$ + coassurance 0%
Cotisation	Aucune 65 ans et plus avec revenu 16 018\$(seul) ou 24 175 \$ (couple) et plus par année : 6,11\$/ordonnance 65 ans et plus avec revenu 16 018\$ (seul) ou 24 175 \$(couple) et moins par année : 2\$/ordonnance	Aucune SRG : 9,05\$/ordonnance Sans SRG : 15\$/ordonnance	- SRG 94-100% : aucune - Autres : 0-600\$ par adulte, en fonction du revenu

Source : Programme de médicaments de l'Ontario : http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/drugsf/drugs_mnf.html, Plan de médicaments d'ordonnance du Nouveau-Brunswick : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>, RAMQ au Québec : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemedicaments/index.shtml>

Tableau 2 Espérance de vie en bonne santé à 65 ans.

Espérance de vie en bonne santé à 65 ans. 2001		
Province	Hommes	Femmes
Québec	12,8	14,8
Ontario	12,7	13,9
Nouveau-Brunswick	12,6	14,6

Source : Statistique Canada. Tableau 102-0121 : Espérance de vie en fonction de la santé, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et le groupe de revenu, Canada et provinces, occasionnel (années), CANSIM (base de données). http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=F&CNSM-Fi=CII/CII_1-fra.htm

Tableau 3 Prévalence des maladies chroniques sélectionnées chez les personnes âgées de 65 ans et plus

<i>Prévalence des maladies chroniques sélectionnées* chez les personnes de 65 ans et plus, 2005</i>			
Province	Aucune maladie chronique sélectionnée	1 maladie chronique sélectionnée	2 maladies chroniques sélectionnées ou plus
Québec	26 %	35 %	39 %
Ontario	21 %	36 %	43 %
Nouveau-Brunswick	20 %	33 %	47 %

* Les maladies chroniques sélectionnées comprennent les maladies suivantes : arthrite, cancer, maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète, maladie du cœur, hypertension et troubles de l'humeur.

Source : Conseil canadien sur la santé (2007). Schémas de population – Maladies chroniques au Canada : Supplément de données, Importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques. ISBN 978-1-897463-13-0.

Tableau 4 Prévalence du diabète chez les 65 ans et plus

<i>Prévalence du diabète 1994 à 2005 chez les 65 ans et plus (%)</i>			
Année	Québec	Ontario	Nouveau-Brunswick
1994	10,5	12,7	7,6
1996	11,1	9,9	9,5
1998	11,7	12,0	10,6
2000	13,0	12,7	14,3
2003	13,6	13,7	15,0
2005	16,2	14,7	14,2

Source : Agence de la santé publique du Canada. Infobase des maladies chroniques. Division de la surveillance, CPCMC, ASPC. <http://204.187.39.30/surveillance/index.aspx?L=fra>

Tableau 5 Prévalence de l'hypertension diagnostiquée chez les 65 ans et plus

<i>Prévalence du diabète 1994 à 2005 chez les 65 ans et plus (%)</i>			
Année	Québec	Ontario	Nouveau-Brunswick
1994	29,9	28,4	25,1
1996	32,9	33,2	29,1
1998	37,2	38,6	37,2
2000	38,2	39,8	39,5
2003	41,8	43,5	42,5
2005	42,8	45,0	48,5

Source : Agence de la santé publique du Canada. Infobase des maladies chroniques. Division de la surveillance, CPCMC, ASPC. <http://204.187.39.30/surveillance/index.aspx?L=fra>

Cotisations

En ce qui a trait aux cotisations, c'est-à-dire le montant qu'un bénéficiaire doit payer pour s'inscrire à un régime, on observe des variations importantes d'une province à l'autre. L'Ontario n'exige aucune cotisation pour l'adhésion à son Programme de médicaments. Le Nouveau-Brunswick demande des frais d'inscription de 50\$ par année pour certains plans. Le Québec perçoit une prime dont le montant annuel varie de 0\$ à 600\$ par adulte selon le revenu familial net. Certaines personnes sont, par contre, exemptées du paiement de la prime, dont les personnes de 65 ans et plus recevant le Supplément de Revenu Garanti (SRG) au taux de 94 à 100%.

Franchise

La franchise est le montant des dépenses totales en médicament qu'un bénéficiaire doit déboursier dans une période donnée avant qu'une partie de ses dépenses en médicament ne soit couverte par le programme ou le régime d'assurance médicaments. Elle varie elle aussi en importance en fonction du régime auquel on souscrit et la catégorie de bénéficiaire dont on fait partie. Le PMO de l'Ontario exige une franchise de 100\$ pour les personnes âgées ayant un faible revenu. Les personnes admissibles au Programme de médicaments Trillium doivent verser une franchise, chaque trimestre ou au prorata de leur revenu. Aucune franchise n'est exigée par contre pour les autres personnes admissibles au Programme de médicaments de l'Ontario (PMO). Une fois leur franchise payée, les personnes âgées à faible revenu paient des honoraires de pharmacie pouvant atteindre 6,11\$ chaque fois qu'elles font exécuter une ordonnance de médicaments. Toutes les autres personnes admissibles au PMO peuvent avoir à payer 2\$ chaque fois qu'elles font exécuter une ordonnance. Le Nouveau-Brunswick n'exige aucune franchise, peu importe le plan. Les frais d'ordonnance sont de l'ordre de 9,05\$ par ordonnance pour les personnes âgées à faible revenu percevant un SRG et de 15\$ par ordonnance pour ceux qui n'en perçoivent pas. Les personnes bénéficiant de l'aide sociale paient des frais de 4\$ par ordonnance. Dans la province du Québec, la Régie de l'assurance maladie demande une franchise mensuelle de 16\$ pour les adultes de 18 à 64 ans non admissibles à un régime privé, pour les personnes de 65 ans et plus sans supplément de revenu garanti (SRG) ou ceux avec un SRG au taux de 1% à 93%. Les gens bénéficiant de l'aide sociale, les personnes âgées

de 65 ans et plus avec SRG au taux de 94% à 100% n'ont pas à payer de franchise. Une fois que la franchise réclamée est payée, la personne assume seulement un pourcentage des médicaments couverts (coassurance). Cette coassurance est au taux de 32 % pour ceux ayant payé une franchise et de 0% pour les autres.

Résultats et analyse

En matière d'assurance médicaments, on peut sans risque de se tromper parler d'une spécificité canadienne. Contrairement à plusieurs pays industrialisés, le Canada n'a pas de régime universel destiné à couvrir les médicaments délivrés sur ordonnance. La cohabitation de dix-neuf régimes publics d'assurance-médicaments auxquels s'ajoutent des milliers de régimes privés s'explique en partie par les partages de compétence en matière de santé et les contraintes induites par la Loi canadienne sur la santé. Les variations dans les régimes provinciaux et territoriaux en matière d'admissibilité, de bénéficiaires, de structures de versement, etc. engendrent des inégalités de santé. D'ailleurs, de plus en plus d'évidences suggèrent que l'accroissement des dépenses en médicaments qui sont à la charge des personnes sous-assurées ou sans assurance a une incidence négative sur les résultats de santé (Robyn, 2001).

L'exercice que nous effectuons ici est particulièrement intéressant car il nous permettrait de déterminer l'incidence des régimes d'assurance médicaments sur les résultats de santé. Autrement dit, une province avec un meilleur régime d'assurance-médicaments dispose-t-elle d'une population en meilleure santé ? Les données relatives aux impacts des programmes et politiques sur les résultats en matière de santé sont précieuses, car elles permettent de mesurer les bienfaits des interventions publiques et de faire des choix informés quant à l'établissement de priorités et à l'allocation des ressources. D'autre part, la consommation de médicaments est très répandue chez les aînés. Ceux-ci consomment, en effet, jusqu'à 40% de tous les médicaments prescrits au Canada (ICIS, 2010), et il est crucial de déterminer si l'accès ou non à un régime d'assurance-médicaments, la nature de la couverture, et la structure financière de ce régime ont des incidences sur les résultats de santé. Avant de répondre à cette question, nous présentons ci-dessous les résultats de notre analyse comparative des régimes d'assurance-médicaments des trois provinces.

L'examen du tableau ci-haut nous permet d'avancer une première constatation. Pour la strate de personnes âgées la

plus pauvre, le Québec représente la meilleure alternative, car elles ont droit à la gratuité des médicaments. Ensuite, l'Ontario vient en deuxième, avec des frais de 2\$ par ordonnance. Pour sa part, le Nouveau-Brunswick arrive dernier, en exigeant des frais de 9,05\$ par ordonnance. Les personnes âgées de 65 ans et plus ayant un bon revenu (sans SRG) paient 100\$ par année et 6,11\$ pour chaque ordonnance en Ontario. Le Nouveau-Brunswick ne leur offre aucune couverture publique. Ces personnes peuvent, par contre, se doter d'une assurance en adhérant au Programme de médicaments sur ordonnance pour les aînés de Croix Bleue Medavie, moyennant des frais mensuels de 105\$. Le Québec oblige ses résidents âgés de 65 ans et plus à s'inscrire au régime, et ils paient une cotisation allant de 0 à 600\$, en fonction du revenu, en plus d'une franchise de 16\$ par mois et d'une coassurance de 32% sur leurs achats en médicaments. On peut donc déduire pour ce groupe que le régime de l'Ontario est celui qui leur est le plus favorable, économiquement parlant.

Compte tenu que le régime d'assurance-médicaments du Québec est celui qui fonctionne plus avec la capacité de payer, et non en fonction des besoins, pour calculer les coûts des médicaments, on peut donc conclure que ce régime est le plus bénéfique aux personnes âgées. Effectivement, le régime québécois n'impose pas de prix fixes pour les médicaments, et tout est échelonné en fonction du revenu. Le Québec, en imposant une assurance publique basée sur le revenu aux personnes âgées de plus de 65 ans, leur offre la possibilité de contourner les frais onéreux du secteur privé, ce dernier ne tenant pas compte des besoins des patients, mais plutôt de leur capacité de payer.

Afin de répondre à notre question initiale, c'est-à-dire celle de savoir si une meilleure accessibilité aux médicaments se traduit en impacts concrets sur la santé, nous avons compilé un certain nombre de statistiques qui présentent un portrait global de l'état de santé des personnes âgées de 65 ans et plus à l'échelle des trois provinces.

Le tableau 2 révèle que le Québec obtient de meilleurs résultats, autant du côté des hommes que des femmes, pour ce qui est de l'espérance de vie en bonne santé. Les différences chez les hommes sont moins marquées que chez les femmes, où on observe une variation de 0,9 ans entre le Québec et l'Ontario. Quant au tableau 3, il est révélateur. En effet, les maladies chroniques peuvent être traitées, si elles sont prises en main tôt dans leur évolution, ou contrôlées par une médication appropriée. Des variations interprovinciales sont donc un indicateur plutôt probant des

inégalités au niveau de l'accès aux médicaments. Le Québec se retrouve en meilleure position, car il a le plus grand pourcentage de personnes ne présentant aucune maladie chronique sélectionnée, et le plus faible pourcentage de personnes présentant deux maladies chroniques sélectionnées. Les données présentées au tableau 4 portent à réflexion. Effectivement, peu importe la province observée, on constate une augmentation au cours des années du taux de prévalence du diabète. Est-ce que cela veut dire que la maladie est mieux diagnostiquée qu'avant ou que, vraiment, il y a une augmentation des cas dans la population âgée ? Probablement que le dépistage précoce contribue à augmenter la prévalence, mais on est porté à croire qu'il y a réellement une augmentation des cas de diabète dans la population. On pourrait peut-être y voir un lien avec le taux d'obésité croissant. De plus amples recherches sur le sujet pourraient nous en apprendre davantage. Le Québec fait ici mauvaise figure, en obtenant une prévalence de presque 2% supérieure au Nouveau-Brunswick, qui s'est établie au fil des années. Le Québec se démarque au tableau 5, en affichant les taux les plus bas d'hypertension artérielle en 2005.

Cela dit, il faut souligner que notre étude comporte des limites méthodologiques. En effet, les données obtenues sont incomplètes, et ne couvraient pas toutes une période assez longue pour permettre de tirer des conclusions rigoureuses. Les statistiques sur les 65 ans et plus dans les trois provinces sont rares, ce qui rend difficile une comparaison étoffée. En outre, les variables sélectionnées peuvent être sujettes à de multiples interprétations. Par exemple, les données sur l'hypertension diagnostiquée ne permettent pas de conclure que les chiffres sont tels quels parce qu'il y a plus de personnes malades, ou parce qu'il y en a tout simplement qui vont se faire diagnostiquer en raison d'un plus haut niveau de littératie en santé.

Conclusion

La conclusion générale qui se dégage de cette étude préliminaire, c'est que l'état de santé de la population des 65 ans et plus ne semble pas aller en s'améliorant. Les rares données longitudinales observées suggèrent que les choses vont de mal en pis. Les taux de prévalence du diabète, par exemple, sont croissants, peu importe la province étudiée. Il est donc impératif que des recherches additionnelles au niveau des services offerts aux citoyens soient effectuées afin de déterminer l'impact véritable des régimes d'assu-

rance-médicaments sur les résultats de santé pour les Canadiens. Ceci permettrait de tailler des programmes et des politiques sur mesure et mieux ciblées afin de mieux satisfaire aux besoins des collectivités. Cependant, il serait bien de mesurer si un investissement dans un tel secteur amène vraiment des améliorations significatives sur la santé des populations. Les gouvernements sont-ils prêts à de telles initiatives et d'éventuelles réformes, qui engendreraient des coûts inévitables? L'exemple du Québec semble effectivement indiquer qu'un régime adapté mène à l'obtention de meilleurs résultats en matière de santé, et qu'une restructuration des régimes en vigueur pourrait être bénéfique pour l'état de santé des personnes âgées de 65 ans et plus. Cette province obtient, selon les données récoltées, des résultats en matière de santé supérieurs au Nouveau-Brunswick et à l'Ontario. L'étude effectuée ici permet donc d'établir un lien, certes ténu, mais important, entre l'assurance-médicaments et les résultats de santé. La durabilité de ce lien reste cependant à être définie.

Notes

[1] Ces médicaments sont supposés avoir des niveaux de risque significatifs, ce qui explique leur plus grand contrôle.

[2] Ces auteurs qualifient de sous-assurées des personnes qui ne bénéficient pas d'un plafond protecteur contre les coûts des médicaments d'ordonnance.

[3] Comme nous l'avons précisé antérieurement, il s'agit des jeunes (18-34 ans), des personnes à faible revenu ou à revenu moyen, ou des personnes travaillant à temps partiel.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. Infobase des maladies chroniques. Retrieved from <http://204.187.39.30/surveillance/index.aspx?L=fra>
- Conseil canadien sur la santé. (2007). Schémas de population – Maladies chroniques au Canada : Supplément de données, Importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques. Ottawa, ON: Conseil canadien sur la santé.
- Coombes, M. E., Morgan, S. G., Barer, M. L., & Pagliccia, N. (2004). Who's the fairest of them all? Which provincial pharmacare model would best protect Canadians against catastrophic drug costs? *Longwoods Review*, 2(3), 13-26. doi: [10.12927/hcq.2004.17236](https://doi.org/10.12927/hcq.2004.17236)
- Demers, V., Melo, M., Jackevicius, C., Cox, J., Kalavrouziotis, D., Rinfret, S., ... & Pilote, L. (2008). Comparison of provincial prescription drug plans and the impact on patients' annual drug expenditures. *Canadian Medical Association Journal*, 178(4), 405-409. doi: [10.1503/cmaj.070587](https://doi.org/10.1503/cmaj.070587)
- Fraser, K., & Shillington, R. (2005). Protecting the unprotected. *Canadian Healthcare Manager*, pp. 16-17.
- Imbeau, L. M., Chenard, K., & Dudas, A. (2002). *Les conditions de la viabilité d'un système public de santé au Canada*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada Publication. Publié en ligne au <http://sbisrvntweb.uqac.ca/archivage/14806707.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2010a). Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2009. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2010b). Utilisation des médicaments chez les personnes âgées dans le cadre des régimes publics d'assurance médicaments au Canada, 2002 à 2008. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé.
- Kapur, V., & Basu, K. (2005). Drug coverage in Canada: Who is at risk? *Health Policy*, 71(2), 181-193.
- Morgan, S. (2004). Drug spending in Canada: Recent trends and causes. *Medical Care*, 42(7), 635-642. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/4640798>
- Paris, V., & Docteur, E. (2006). Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Canada. *OECD Health Working Papers*, No. 24. OECD Publishing. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1787/346071162287>
- Robyn, T. (2001). Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *Journal of American Medical Association*, 285(4), 421-429. doi: [10.1001/jama.285.4.421](https://doi.org/10.1001/jama.285.4.421)
- Romanow, R. J. (2002). Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada Publication. Publié en ligne au

<http://publications.gc.ca/site/fra/9.630832/publication.html>

Statistique Canada. Tableau 102-0121 : Espérance de vie en fonction de la santé, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et le groupe de revenu, Canada et provinces, occasionnel (années), CANSIM (base de données).

Tambay, J-L., Catlin, G. Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population. *Rapports sur la santé* 1995, 7(1), 29-38. Publié en ligne au <http://www5.statcan.gc.ca/olc-cel/olc.action?ObjId=82-003-X19950011661&ObjType=47&lang=fr>

Tamblyn, R. M. (2005). Prescription drug coverage: An essential service or a fringe benefit? *Canadian Medical Association Journal*, 173(11), 1343-1344. doi: [10.1503/cmaj.051153](https://doi.org/10.1503/cmaj.051153)

Willcox, S. M., Himmelstein, D. U., & Woolhandler, S. (1994). Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly. *Journal of the American Medical Association*, 272(4), 292-296. doi: [10.1001/jama.1994.03520040054040](https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520040054040)

Yin, R. K. (1994). *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.