

Utilisation des médicaments chez les personnes âgées dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada, 2002 à 2008

Système national d'information sur
l'utilisation des médicaments prescrits



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

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

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

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

Téléphone : 613-241-7860

Télécopieur : 613-241-8120

www.icis.ca

ISBN 978-1-55465-713-1 (PDF)

© 2010 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada, 2002 à 2008*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2010.

Cette publication est aussi disponible en anglais sous le titre *Drug Use Among Seniors on Public Drug Programs in Canada, 2002 to 2008*.

ISBN 978-1-55465-711-7 (PDF)

Utilisation des médicaments chez les personnes âgées dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada, 2002 à 2008

Table des matières

Remerciements.....	iii
À propos de l'ICIS	iii
Sommaire	v
Quel montant les régimes publics d'assurance-médicaments consacrent-ils aux personnes âgées?	vi
Quels médicaments représentent la plus grande part des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées?.....	vi
Quels médicaments affichent le plus de changements en matière de dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées?	vii
Comment les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées sont-elles réparties?	vii
Combien de médicaments les personnes âgées utilisent-elles?	viii
Quels sont les médicaments utilisés par les personnes âgées et les personnes très âgées?	viii
Introduction	1
Couverture des régimes publics d'assurance-médicaments offerte aux personnes âgées....	3
Aperçu de la structure des régimes d'assurance-médicaments	3
Sommaires provinciaux de l'assurance-médicaments offerte aux personnes âgées.....	4
Alberta.....	5
Saskatchewan.....	6
Manitoba	7
Nouveau-Brunswick	8
Nouvelle-Écosse	9
Île-du-Prince-Édouard.....	10
Aperçu des formulaires.....	13
Analyse de l'utilisation des médicaments et des dépenses en médicaments	15
Quelle est la taille de la population de demandeurs âgés dans chaque province?.....	15
Quel montant les régimes publics d'assurance-médicaments consacrent-ils aux personnes âgées?	18
Quels médicaments représentent la plus grande part des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées?.....	20
Quels médicaments affichent le plus de changements en matière de dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées?	24

Comment les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées sont-elles réparties?	28
Quels médicaments sont à l'origine des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées dont les coûts étaient peu, moyennement et très élevés?	30
Combien de médicaments les personnes âgées utilisent-elles?	36
Quels sont les médicaments utilisés par les personnes âgées et les personnes très âgées?	42
Annexe A : Glossaire	47
Annexe B : Programmes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments	51
Annexe C : Systèmes de classification des médicaments	53
Annexe D : Notes méthodologiques	55
Annexe E : Facteurs pouvant influencer sur l'utilisation des médicaments et les dépenses en médicaments au Canada	61
Annexe F : Répartition de la population âgée et des demandeurs âgés auprès des régimes publics d'assurance-médicaments, selon le sexe et le groupe d'âge, provinces sélectionnées et Canada, 2008	63
Références	65

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) remercie les groupes suivants pour leur contribution au rapport *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada, 2002 à 2008* :

- Alberta Pharmaceuticals and Life Sciences Branch, Ministry of Health and Wellness
- Groupe des politiques sur la gestion des médicaments, ministère de la Santé du Manitoba
- Saskatchewan Drug Plan and Extended Benefits Branch, Ministry of Health
- Plan de médicaments sur ordonnance, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
- Pharmaceutical Services, Nova Scotia Department of Health
- Prince Edward Island Drug Programs, Department of Social Services and Seniors

L'ICIS adresse également ses remerciements à l'expert suivant pour ses précieux conseils tout au long de la préparation du rapport *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada, 2002 à 2008* :

- Steve Morgan, professeur agrégé, School of Population and Public Health; directeur associé, Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

Veillez noter que les analyses et les conclusions figurant dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes ou des organismes mentionnés ci-dessus.

À propos de l'ICIS

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

La réalisation de cette analyse est rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada, ou des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Sommaire

Au Canada, les dépenses totales en médicaments prescrits devraient atteindre 25,4 milliards de dollars en 2009; les dépenses du secteur public devraient représenter près de la moitié de ce montant, soit 11,4 milliards. Bien que la part des dépenses en médicaments remboursées par les régimes publics canadiens d'assurance-médicaments ne soit pas connue pour les personnes âgées, elle représente néanmoins une importante proportion des dépenses des régimes d'assurance-médicaments. En 2007, les dépenses par habitant en médicaments prescrits engagées par les personnes âgées (65 ans et plus) étaient trois fois plus élevées que la moyenne canadienne, représentant environ 40 % de toutes les dépenses pour l'achat de médicaments prescrits au détail.

De 2001 à 2006, la population âgée canadienne a augmenté pour atteindre près de 14 % de la population totale. Cette croissance devant se maintenir, elle engendrera un besoin accru de données sur l'utilisation des médicaments et les dépenses en médicaments chez les personnes âgées visant à faciliter la gestion des régimes publics d'assurance-médicaments.

Le présent rapport s'appuie sur les données soumises par les régimes d'assurance-médicaments de six provinces (Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard) au Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP). Il examine des questions importantes de l'utilisation des médicaments et des dépenses en médicaments chez les personnes âgées, notamment :

- Quel montant les régimes publics d'assurance-médicaments consacrent-ils aux personnes âgées?
- Quels médicaments représentent la plus grande part des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées?
- Quels médicaments affichent le plus de changements en matière de dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées?
- Comment les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées sont-elles réparties?
- Combien de médicaments les personnes âgées utilisent-elles?
- Quels sont les médicaments utilisés par les personnes âgées et les personnes très âgées?

Quel montant les régimes publics d'assurance-médicaments consacrent-ils aux personnes âgées?

- En 2008, les régimes publics d'assurance-médicaments des six provinces ont consacré un peu plus d'un milliard de dollars aux demandes de remboursement provenant des personnes âgées, ce qui représente une hausse annuelle moyenne de 8,6 % (par rapport à 603,5 millions de dollars en 2002)ⁱ.
- En 2008, les dépenses moyennes par personne âgée bénéficiaire des régimes d'assurance-médicaments des six provinces allaient de 875 \$ à l'Île-du-Prince-Édouard à 1 632 \$ au Manitoba.
- En 2008, les dépenses moyennes par personne âgée de 65 à 74 ans, de 75 à 84 ans et de 85 ans et plus bénéficiaire des régimes d'assurance-médicaments étaient de 1 279 \$, 1 485 \$ et 1 403 \$ respectivement.

Quels médicaments représentent la plus grande part des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées?

- En 2008, les 10 principales catégories de médicaments (d'après les dépenses des régimes d'assurance-médicaments) représentaient presque la moitié (48,3 %, soit 486,1 millions de dollars) des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées dans les six provinces. De ces 10 catégories, 5 ont été utilisées pour des maladies cardiovasculaires.
- Les inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (ou statines) — une catégorie de médicaments servant à réduire le taux de cholestérol — représentaient la plus grande part des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées en 2002 et 2008. Les dépenses liées à cette catégorie de médicaments ont plus que doublé de 2002 à 2008, augmentant jusqu'à 13,8 % des dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées en 2008.
- Les inhibiteurs de la cholinestérase (traitement de la maladie d'Alzheimer), les inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (traitement de la polyarthrite rhumatoïde et de la maladie de Crohn), les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II combinés à des diurétiques (traitement de l'hypertension artérielle) ainsi que les adrénérgiques par inhalation et autres médicaments utilisés dans le traitement des maladies obstructives des voies aériennes (traitement de l'asthme, de l'emphysème et de la bronchite chronique) constituent 4 nouvelles catégories sur la liste des 10 principales catégories en 2008.

i. Les dépenses des régimes d'assurance-médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard ont été exclues du calcul du taux de croissance puisque ces données n'étaient pas disponibles avant 2004.

Quels médicaments affichent le plus de changements en matière de dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées?

- La catégorie des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (médicaments anti-TNF), utilisés notamment dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et de la maladie de Crohn, a affiché le taux de croissance le plus rapide en matière de dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments entre 2002 et 2008. En effet, les dépenses liées à cette catégorie ont connu une hausse annuelle moyenne de 58,4 % de 2002 à 2008. Cette augmentation rapide est largement attribuable à la forte utilisation de produits chimiques relativement nouveaux au début de la période d'étude ou non offerts au Canada avant le début de la période d'étude.
- Sept des dix catégories de médicaments affichant le plus fort taux de croissance entre 2002 et 2008 figurent également sur la liste des dix principales catégories en matière de dépenses totales des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées en 2008. De ce nombre, quatre sont utilisées pour le traitement de maladies cardiovasculaires.
- La catégorie des coxibs, utilisés pour la gestion de la douleur, notamment chez les personnes souffrant d'arthrite, a enregistré la baisse la plus rapide en matière de dépenses des régimes d'assurance-médicaments. De nouveaux renseignements sur la sécurité de certains produits de cette catégorie sont responsables d'une importante baisse de l'utilisation.
- Plusieurs facteurs peuvent avoir influé sur les dépenses liées aux catégories de médicaments, comme l'arrivée de nouveaux médicaments, l'approbation de nouvelles indications pour des médicaments existants, la parution de nouvelles données sur la sécurité, ainsi que des changements quant aux habitudes de prescription, à la couverture des formulaires et à l'état de santé de la population.

Comment les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées sont-elles réparties?

- En 2008, près de la moitié (45,5 %) des dépenses totales des régimes d'assurance-médicaments dans les six provinces étaient consacrées à un petit groupe de personnes âgées (14,7 %) pour lesquelles les régimes ont remboursé 2 500 \$ ou plus des coûts annuels de médicaments.
- En 2008, 5,0 % des dépenses des régimes d'assurance-médicaments dans les six provinces étaient consacrées à près d'un tiers (31,2 %) des personnes âgées, pour lesquelles les régimes ont remboursé moins de 500 \$ des coûts annuels de médicaments.
- La répartition des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées était semblable dans les six provinces.

Combien de médicaments les personnes âgées utilisent-elles?

- En 2008, les personnes âgées ont présenté à leur régime public d'assurance-médicaments des demandes de remboursement pour une moyenne de 6,5 catégories de médicaments et de 6,7 produits chimiques.
- En 2008, 62,0 % des personnes âgées ont présenté à leur régime public d'assurance-médicaments des demandes de remboursement pour 5 catégories de médicaments ou plus (une légère hausse par rapport à 57,7 % en 2002), 21,4 % ont présenté des demandes de remboursement pour 10 catégories ou plus et 5,5 %, pour 15 catégories ou plus.
- On a constaté des écarts importants dans l'utilisation de certaines des 10 principales catégories de médicaments les plus couramment utilisées par les trois groupes (c'est-à-dire ceux ayant présenté des demandes pour moins de 5 catégories, 5 à 14 catégories et 15 catégories ou plus). Par exemple, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), une catégorie habituellement utilisée pour le traitement du reflux gastro-œsophagien, n'ont été utilisés que par 8,3 % des personnes âgées ayant présenté des demandes de remboursement pour moins de 5 catégories, comparativement à 60,8 % pour celles ayant présenté des demandes pour 15 catégories ou plus.
- Le nombre de catégories de médicaments utilisées par les personnes âgées a augmenté avec l'âge : 28,6 % des 85 ans et plus ont présenté des demandes de remboursement pour 10 catégories ou plus, comparativement à 16,8 % pour les 65 à 74 ans.

Quels sont les médicaments utilisés par les personnes âgées et les personnes très âgées?

- Sept des dix principales catégories de médicaments étaient couramment utilisées par tous les groupes de personnes âgées.
- Les statines constituent la catégorie de médicaments la plus courante parmi les demandeurs âgés de 65 à 74 ans et de 75 à 84 ans, avec un taux d'utilisation de 39,7 % pour les deux groupes. Bien que les statines soient courantes chez les 85 ans et plus, leur taux d'utilisation est de 24,3 % pour ce groupe de demandeurs.
- L'utilisation de sulfamides diurétiques simples, utilisés dans le traitement de l'insuffisance cardiaque et de l'hypertension artérielle, était nettement plus élevée chez les personnes très âgées.

Introduction

Les produits pharmaceutiques occupent une place de plus en plus importante au sein du système de soins de santé canadien. Les dépenses en médicaments ont augmenté plus rapidement que les dépenses totales en santé, se classant au deuxième rang après les dépenses hospitalières^{1, 2}. Au Canada, les dépenses totales en médicaments sont passées de 3,8 milliards de dollars en 1985 à des dépenses prévues de 30 milliards de dollars en 2009². Les dépenses en médicaments prescrits, qui représentent la majeure partie des dépenses totales en médicaments, devraient atteindre 25,4 milliards de dollars en 2009². Ces dépenses sont assumées par les gouvernements, les assureurs privés et les particuliers.

Les dépenses en médicaments prescrits du secteur public devraient se chiffrer à 11,4 milliards de dollars en 2009². Les régimes provinciaux, territoriaux et fédéraux d'assurance-médicaments ainsi que les caisses de sécurité sociale (comme les commissions des accidents du travail) comptent au nombre des payeurs du secteur public. Bien que la part des dépenses en médicaments remboursées par les régimes canadiens d'assurance-médicaments ne soit pas connue pour les personnes âgées, on s'attend à ce qu'elle représente une proportion considérable de ces dépenses. En 2007, les dépenses par habitant en médicaments prescrits engagées par les personnes âgées (65 ans et plus) au Canada étaient trois fois plus élevées que la moyenne canadienne, représentant environ 40 % de toutes les dépenses pour l'achat de médicaments prescrits au détail³.

La population âgée canadienne a augmenté de 12 % de 2001 à 2006, pour atteindre près de 14 % de la population totale⁴. Cette croissance devant se maintenir, elle engendrera un besoin accru de données sur l'utilisation des médicaments et les dépenses en médicaments chez les personnes âgées visant à faciliter la gestion des régimes publics d'assurance-médicaments.

Si l'utilisation des médicaments et les dépenses en médicaments au Canada ont fait l'objet de plusieurs rapports, peu s'intéressent aux personnes âgées^{2, 3, 5}. En conséquence, plusieurs questions sur l'utilisation des médicaments et les dépenses en médicaments chez ce groupe demeurent sans réponse, notamment :

- Quel montant les régimes publics d'assurance-médicaments consacrent-ils aux personnes âgées?
- Comment les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments sont-elles réparties parmi la population des personnes âgées?
- Quels types de médicaments sont remboursés par les régimes publics d'assurance-médicaments pour les personnes âgées?
- Combien de médicaments les personnes âgées utilisent-elles?
- Comment les modèles d'utilisation des médicaments évoluent-ils à mesure que les personnes âgées vieillissent?

Le rapport *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada, 2002 à 2008* explore ces questions plus en profondeur. Il s'appuie sur les données des formulaires et des demandes de remboursement soumises au SNIUMP par les régimes publics d'assurance-médicaments de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard pour brosser un portrait détaillé de l'utilisation des médicaments et des dépenses en médicaments chez les personnes âgées.

Le présent rapport comporte trois sections. La première porte sur la couverture des régimes d'assurance-médicaments offerte aux personnes âgées dans chacune des six provinces à l'étude, incluant les principales différences structurelles qui influent sur la couverture, l'utilisation des médicaments et les dépenses en médicaments. La deuxième examine les similitudes entre les formulaires des six provinces à des fins de comparaison de la couverture. Ces deux sections fournissent les renseignements nécessaires à l'interprétation des données sur l'utilisation des médicaments et les dépenses en médicaments qui est abordée dans la troisième section du présent rapport. Cette dernière s'intéresse à la répartition des dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments parmi la population des personnes âgées ainsi qu'aux médicaments qui représentent la plus grande part des dépenses et affichent la croissance la plus marquée en matière de dépenses. La troisième section examine également les combinaisons et la quantité de médicaments qu'utilisent les personnes âgées et compare les tendances d'utilisation selon les groupes de personnes âgées.

Couverture des régimes publics d'assurance-médicaments offerte aux personnes âgées

La présente section examine les différences structurelles des régimes publics d'assurance-médicaments susceptibles d'influer sur la couverture offerte aux personnes âgées dans les six provinces. Elle présente également un résumé de la couverture à laquelle les personnes âgées de ces provinces ont accès. Ces renseignements facilitent l'interprétation des données sur l'utilisation des médicaments et les dépenses en médicaments présentée plus loin dans le présent rapport. Un glossaire des principaux termes utilisés dans le présent rapport est fourni à l'annexe A.

Aperçu de la structure des régimes d'assurance-médicaments

Bien que des régimes publics d'assurance-médicaments soient offerts aux personnes âgées (65 ans et plus) dans les six provinces étudiées, la structure de ces régimes varie d'une province à l'autre. Une des principales différences réside dans le fait que les personnes âgées en Alberta, en Saskatchewan, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard sont couvertes par des régimes d'assurance-médicaments conçus spécialement pour elles, tandis que celles au Manitoba bénéficient d'un régime universel offert aux résidents de tous âges. Avant le 1^{er} juillet 2007, les personnes âgées en Saskatchewan étaient également couvertes par un régime universel. Les mécanismes de partage des coûts appliqués par les régimes d'assurance-médicaments constituent une autre différence importante. Ces mécanismes, incluant les primes, franchises et quotes-parts, influent sur le montant que les personnes âgées doivent payer pour leurs médicaments.

Les différences structurelles peuvent avoir un effet sur l'utilisation des médicaments dans le cadre des régimes d'assurance-médicaments et, par le fait même, sur les demandes de remboursement soumises au SNIUMP. Le fait, par exemple, que moins de personnes âgées se prévalent du régime public d'assurance-médicaments dans les provinces où des primes sont exigées peut contribuer à réduire le pourcentage de personnes âgées dont les demandes de remboursement sont acceptées et réglées par le régime d'assurance-médicaments. Les personnes âgées peuvent choisir une assurance-médicaments privée (si accessible), surtout si celle-ci est plus abordable. Elles peuvent également choisir de payer directement leurs médicaments si elles s'attendent à ce que leur coût soit peu élevé. Les primes se distinguent des franchises et des quotes-parts en cela qu'elles doivent être payées peu importe si des dépenses en médicaments sont engagées.

Les franchises et les quotes-parts (ou une combinaison des deux) servent également au partage des coûts entre les personnes âgées et les régimes publics d'assurance-médicaments. La franchise correspond au montant que le bénéficiaire doit payer pour les médicaments admissibles avant que le régime d'assurance-médicaments ne rembourse toute portion du coût des médicaments. Les coûts de médicaments encourus qui dépassent la franchise peuvent être payés en totalité par le régime d'assurance-médicaments ou partagés entre le bénéficiaire et le régime sous forme de quote-part. Le principe de la quote-part permet d'échelonner les coûts sur une période de temps et limite le montant qu'une personne âgée doit payer directement pour une ordonnance. Certains régimes d'assurance-médicaments fixent une contribution maximale, définissant ainsi le montant

de la quote-part qu'un bénéficiaire peut payer sur une période donnée. Le nombre de personnes âgées dont les demandes de remboursement ont été réglées devrait être moins élevé dans le cas des régimes d'assurance-médicaments qui exigent une franchise que dans celui des régimes qui paient une partie de chaque demande.

Outre les différences structurelles, d'autres facteurs peuvent également engendrer des écarts dans l'utilisation des médicaments et les dépenses en médicaments chez les personnes âgées au fil du temps et entre les provinces. Ces facteurs comprennent la santé, l'âge et le sexe, les tendances en matière de prescription, le contenu des formulaires et l'accès à des traitements non médicamenteux.

Dans l'ensemble des six provinces, les personnes âgées couvertes par une commission provinciale des accidents du travail ou un régime fédéral d'assurance-médicaments ne sont pas admissibles à l'assurance-médicaments provinciale. Les régimes fédéraux d'assurance-médicaments comprennent ceux gérés par :

- les Forces canadiennes;
- le Service correctionnel du Canada;
- la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits;
- la Gendarmerie royale du Canada;
- Anciens Combattants Canada.

Pour de plus amples renseignements sur les régimes publics d'assurance-médicaments au Canada, veuillez consulter le document *Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits — document d'information sur les régimes* à l'adresse www.icis.ca ou les sites Web des régimes publics d'assurance-médicaments (annexe B).

Sommaires provinciaux de l'assurance-médicaments offerte aux personnes âgées

Les sommaires qui suivent fournissent un aperçu global de la couverture des régimes d'assurance-médicaments offerte aux personnes âgées dans chacune des six provinces à l'étude au 31 décembre 2008, soit la fin de la période d'étude. Certains des régimes décrits sont accessibles aux personnes de tous âges, et pas seulement aux personnes âgées. Pour en savoir davantage sur les critères d'admissibilité aux régimes, veuillez consulter le document *Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits — document d'information sur les régimes*.

À moins d'indication contraire, la couverture offerte aux personnes âgées et la structure des régimes (admissibilité, mécanismes de partage des coûts, etc.) n'ont subi aucun changement majeur entre 2002 et 2008.

Il importe de noter que les personnes âgées qui ne sont pas couvertes par un régime public d'assurance-médicaments adhèrent peut-être à un régime privé ou paient les médicaments de leur poche.

À moins d'indication contraire, les données sur les demandes de remboursement des personnes âgées couvertes par les régimes présentés ci-dessous proviennent du SNIUMP.

Alberta

En Alberta, les personnes âgées bénéficient de deux régimes publics d'assurance-médicaments : le Alberta Blue Cross Coverage for Seniors et le Palliative Care Drug Coverage. L'Alberta Blue Cross Coverage for Seniors s'adresse aux Albertains de 65 ans et plus et à leurs personnes à charge ainsi qu'à tous les bénéficiaires de la pension de veuf ou veuve de l'Albertaⁱⁱ et à leurs personnes à charge. Pour être admissibles, les personnes âgées doivent résider en Alberta et être inscrites au régime provincial d'assurance-maladie.

Le Palliative Care Drug Coverage est offert aux personnes qui reçoivent des soins palliatifs à domicile. Pour être admissibles, les bénéficiaires doivent résider en Alberta, être inscrits au régime provincial d'assurance-maladie, avoir eu un diagnostic d'une maladie nécessitant des soins palliatifs et recevoir leur traitement à domicile.

Les personnes âgées bénéficiant de l'un ou l'autre de ces régimes doivent payer 30 % du coût des médicaments, jusqu'à concurrence de 25 \$ par médicament prescrit. Aux termes du régime Palliative Care Drug Coverage, les personnes âgées paient une quote-part pouvant atteindre un maximum à vie de 1 000 \$ seulement. Le montant maximal couvert par l'un ou l'autre de ces régimes pour une année donnée est de 25 000 \$ⁱⁱⁱ.

Les régions sanitaires de l'Alberta fournissent sans frais tous les médicaments nécessaires aux personnes âgées qui vivent dans des établissements de soins de longue durée, incluant les centres de soins infirmiers. L'Alberta Cancer Board couvre les frais de certains médicaments nécessaires au traitement du cancer, conformément aux dispositions du programme Outpatient Cancer Drug Benefit de l'Alberta Cancer Board. Les médicaments prescrits servant à traiter les infections transmissibles sexuellement ou la tuberculose sont fournis sans frais. Les services provinciaux offrent une couverture pour les médicaments onéreux servant au traitement de maladies comme le VIH ou la fibrose kystique. Les demandes de remboursement payées en vertu de ces programmes ne sont pas incluses dans le SNIUMP.

Formulaires des régimes d'assurance-médicaments

Les personnes âgées de l'Alberta sont admissibles aux médicaments figurant sur la liste des médicaments du ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta, sous réserve des critères énoncés dans cette liste. Les personnes âgées bénéficiant du régime Palliative Care Drug Coverage sont également admissibles aux médicaments couverts par le programme Palliative Care Drug Benefit Supplement.

-
- ii. La pension de veuf ou veuve a été créée pour fournir une aide aux résidents à faible revenu de l'Alberta qui ont perdu leur conjoint ou conjointe, qui ont de 55 à 65 ans et qui n'ont pas l'âge requis pour profiter de l'aide fédérale.
 - iii. Le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta peut modifier ce montant par voie d'exception.

Saskatchewan

La plupart des personnes âgées de la Saskatchewan sont couvertes par le Seniors' Drug Plan ou le Special Support Program, offerts aux résidents de tous âges. Les personnes âgées sont aussi admissibles aux régimes Palliative Care Drug Plan, Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL) ou Plan Three Supplementary Health, également tous offerts aux résidents de tous âges.

Le Seniors' Drug Plan a été lancé le 1^{er} juillet 2007 et toutes les personnes âgées ont automatiquement été inscrites à ce régime entre le 1^{er} juillet 2007 et le 1^{er} juillet 2008. Depuis le 1^{er} juillet 2008 cependant, elles doivent fournir des renseignements sur leur revenu avant d'y être inscrites. Une personne peut demander que son assurance-médicaments soit automatiquement renouvelée ou choisir de se réinscrire annuellement. Les personnes âgées dont le revenu est inférieur à un seuil défini (à savoir, les personnes âgées admissibles au crédit fédéral en raison de l'âge) ont droit à la couverture au titre de ce régime. Les personnes âgées paient une quote-part maximale de 15 \$ pour chaque ordonnance admissible (les politiques de la solution la moins coûteuse s'appliquent). Les personnes qui reçoivent des suppléments de revenu provinciaux ou fédéraux sont admissibles à une couverture, moyennant une faible quote-part, à partir du moment où leurs dépenses directes ont atteint un certain montant^{iv}.

Les personnes âgées dont les coûts de médicaments sont susceptibles de dépasser 3,4 % de leur revenu familial peuvent également s'inscrire au Special Support Program. Les prestations dépendent du coût des médicaments et du revenu. La couverture peut entraîner une réduction de la quote-part pour les personnes âgées bénéficiant du Seniors' Drug Plan ou constituer une source de prestations pour celles qui ne sont pas admissibles à ce régime.

Les médicaments prescrits admissibles sont remboursés sans frais pour les personnes âgées inscrites aux régimes Palliative Care Drug Plan, SAIL (qui offre des prestations aux personnes souffrant de certaines maladies ou invalidités à long terme) ou Plan Three Supplementary Health (offert aux personnes âgées bénéficiant du régime d'assurance-revenu de la Saskatchewan et résidant dans un foyer de soins spéciaux). Les demandes de remboursement des personnes âgées couvertes par les régimes SAIL ou Plan Three ne sont intégrées au SNIUMP que si les médicaments visés figurent sur le formulaire du Saskatchewan Health Drug Plan.

Les médicaments prescrits couverts par la Saskatchewan Cancer Agency sont offerts sans frais aux patients atteints de cancer qui y sont inscrits. Ces demandes de remboursement ne sont pas intégrées au SNIUMP.

iv. Pour de plus amples renseignements sur la méthode de calcul des quotes-parts et sur le régime d'assurance-médicaments de la Saskatchewan, consultez le document *Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits – document d'information sur les régimes*.

Formulaires des régimes d'assurance-médicaments

Les personnes âgées de la Saskatchewan peuvent recevoir les médicaments inscrits au formulaire du Saskatchewan Health Drug Plan, sous réserve des critères énoncés dans ce dernier. Les régimes utilisent tous le même formulaire, d'autres prestations étant toutefois offertes en vertu des régimes SAIL, Plan Three et Palliative Care.

Manitoba

Les personnes âgées du Manitoba sont admissibles à l'assurance-médicaments en vertu de quatre régimes : le Régime d'assurance-médicaments, le Programme d'aide à l'emploi et au revenu, le Programme de soins à domicile et de soins infirmiers et le Programme d'accès gratuit aux médicaments pour soins palliatifs.

Le Régime d'assurance-médicaments offre une assurance-médicaments à la majorité des personnes âgées au Manitoba, même s'il est censé couvrir les résidents de tous âges. Pour être admissibles à l'assurance-médicaments, les personnes âgées doivent fournir des renseignements sur leur revenu, qui serviront à calculer la franchise applicable^v. Une personne peut choisir de s'inscrire indéfiniment ou de se réinscrire chaque année. À la différence des régimes assortis de règles d'admissibilité fondées sur l'âge, le Régime d'assurance-médicaments du Manitoba impose les mêmes critères d'admissibilité, peu importe l'âge des bénéficiaires. Une fois le montant de la franchise atteint, le coût des médicaments figurant sur le formulaire est remboursé.

La totalité (100 %) du coût des médicaments indiqués sur le formulaire du régime d'assurance-médicaments approprié est remboursée sans franchise à toutes les personnes âgées qui adhèrent au Programme d'aide à l'emploi et au revenu, vivent dans un foyer de soins personnels, suivent un traitement du cancer à domicile nécessitant des médicaments ou reçoivent des soins palliatifs à domicile.

Formulaires des régimes d'assurance-médicaments

Les personnes âgées couvertes par des régimes publics d'assurance-médicaments peuvent recevoir les médicaments figurant sur le formulaire des régimes, sous réserve des critères énoncés dans ce dernier. Les mêmes médicaments de base figurent dans les formulaires des quatre régimes. Cependant, d'autres médicaments apparaissent sur celui du Programme d'aide à l'emploi et au revenu, du Programme de soins à domicile et de soins infirmiers et du Programme d'accès gratuit aux médicaments pour soins palliatifs.

v. Pour de plus amples renseignements sur la méthode de calcul de la franchise et sur le régime d'assurance-médicaments du Manitoba, consultez le document *Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits — document d'information sur les régimes*.

Nouveau-Brunswick

Au Nouveau-Brunswick, l'assurance-médicaments est offerte à toutes les personnes âgées admissibles par l'intermédiaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB). Ce régime procure une assurance-médicaments à tous les résidents de la province âgés de plus de 65 ans qui touchent le supplément de revenu garanti du fédéral ou qui sont admissibles selon leur revenu^{vi}. Pour être admissibles, les personnes âgées doivent s'inscrire à l'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick.

Les personnes âgées qui ne sont pas admissibles au PMONB peuvent se prémunir d'une protection équivalente en adhérant au Programme de médicaments sur ordonnance pour les aînés de Croix Bleue Medavie. Pour bénéficier d'une assurance-médicaments en vertu de ce programme, elles doivent soumettre une demande dans les 60 jours suivant leur anniversaire de 65 ans ou dans les 60 jours suivant la résiliation d'une autre assurance-médicaments après leur anniversaire de 65 ans. L'admissibilité des personnes ayant soumis leur demande après le délai de 60 jours dépend de leurs antécédents médicaux. Les personnes âgées qui désirent adhérer au Programme de médicaments sur ordonnance pour les aînés de Croix Bleue Medavie doivent payer une prime mensuelle de 89 \$^{vii}. Par contre, aucune prime n'est exigée pour le PMONB.

Une fois inscrites à l'un ou l'autre de ces régimes, les personnes âgées doivent payer une partie de chaque ordonnance. Celles qui bénéficient du supplément de revenu garanti doivent payer un maximum de 9,05 \$ par ordonnance, jusqu'à concurrence de 250 \$ par année. Les personnes âgées qui sont admissibles au PMONB en fonction de leur revenu annuel ou qui sont inscrites au Programme de médicaments sur ordonnance pour les aînés de Croix Bleue Medavie doivent verser jusqu'à 15 \$ par ordonnance, sans plafond annuel.

Toutes les personnes âgées du Nouveau-Brunswick qui résident dans des établissements résidentiels autorisés pour adultes ou dans des centres de soins infirmiers sont également admissibles au remboursement des médicaments prescrits grâce au PMONB. Les résidents d'établissements pour adultes doivent verser 4 \$ par ordonnance, jusqu'à concurrence de 250 \$ par année, alors que les résidents des centres de soins infirmiers n'ont ni quote-part, ni frais à payer. Les personnes âgées atteintes de fibrose kystique ou du VIH ainsi que les receveurs d'une greffe d'organe doivent verser une quote-part de 20 %, jusqu'à concurrence de 20 \$ par ordonnance. La quote-part maximale exigée par exercice financier est de 500 \$ par famille.

Les personnes âgées souffrant de sclérose en plaques doivent payer des frais annuels d'inscription ainsi qu'une quote-part fondée sur le revenu allant de 0 à 100 % du coût du médicament prescrit. Les deux régimes, le PMONB et la Croix Bleue Medavie, offrent aux personnes âgées admissibles une assurance-médicaments pour un groupe défini de médicaments servant au traitement du cancer et de ses symptômes.

vi. Pour de plus amples renseignements sur les exigences en matière de revenu et sur le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick, consultez le document *Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits — document d'information sur les régimes*.

vii. Au 1^{er} août 2009, la prime mensuelle était de 105 \$.

Formulaires des régimes d'assurance-médicaments

Les personnes âgées qui adhèrent au PMONB et au Programme de médicaments sur ordonnance pour les aînés de Croix Bleue Medavie sont admissibles au remboursement des médicaments figurant sur le formulaire de PMONB, sous réserve des critères énoncés dans ce dernier. Les personnes âgées qui bénéficient d'un des régimes complémentaires sont admissibles au remboursement d'autres médicaments couverts par les régimes en question.

Nouvelle-Écosse

Les personnes âgées de la Nouvelle-Écosse sont admissibles à l'assurance-médicaments en vertu de trois régimes : le Seniors' Pharmacare, le Family Pharmacare et le Drug Assistance for Cancer Patients.

Pour être admissibles à ces régimes, elles doivent fournir des renseignements sur leur revenu aux fins de calcul des primes ou franchises appropriées. Les bénéficiaires doivent renouveler leur inscription annuellement.

Les personnes âgées doivent payer une prime pour adhérer au régime Seniors' Pharmacare. Celle-ci est calculée en fonction du revenu et peut être entièrement annulée si le revenu est inférieur à un seuil défini. Une fois inscrites au régime, les personnes âgées doivent payer 33 % de chaque demande de remboursement, jusqu'à concurrence de 382 \$ par année^{viii}. À partir du moment où ce maximum est atteint, le régime d'assurance-médicaments rembourse 100 % du coût des médicaments admissibles.

Depuis le 1^{er} mars 2008, les personnes âgées peuvent choisir d'être couvertes par le régime Family Pharmacare. Ce régime n'exige aucune prime, mais comprend des franchises et des quotes-parts. Les personnes âgées doivent payer le coût total des médicaments prescrits admissibles jusqu'à ce qu'ils aient atteint le montant de la franchise. La majeure partie (80 %) du coût de chaque médicament prescrit va au paiement de la franchise définie en fonction du revenu et le reste (20 %) est payé sous forme de quote-part. Une fois le montant de la franchise atteint, une quote-part de 20 % s'applique jusqu'à concurrence du paiement direct maximum. La contribution maximale dépend également du revenu. Le régime d'assurance-médicaments rembourse la totalité (100 %) du coût des médicaments admissibles qui dépasse la contribution maximale. Les personnes âgées peuvent adhérer à la fois au régime Drug Assistance for Cancer Patients et au régime Family Pharmacare.

Le régime Drug Assistance for Cancer Patients offre une assurance-médicaments aux personnes âgées dont le revenu familial est inférieur à un seuil défini. Le régime rembourse la totalité (100 %) du coût d'un groupe défini de médicaments servant au traitement du cancer et de ses symptômes. Ces médicaments sont également remboursés en vertu du régime Seniors' Pharmacare, tout comme les médicaments prescrits des personnes âgées qui vivent dans un établissement de soins de longue durée.

viii. Avant le 1^{er} avril 2008, une quote-part maximale de 30 \$ s'appliquait par ordonnance. Depuis le 1^{er} avril 2009, la quote-part a été réduite à 30 %.

Formulaires des régimes d'assurance-médicaments

Les personnes âgées couvertes par les régimes publics d'assurance-médicaments peuvent recevoir les médicaments figurant sur le formulaire des régimes, sous réserve des critères énoncés dans ce dernier. Les régimes Seniors' Pharmacare et Family Pharmacare utilisent le même formulaire. Le régime Drug Assistance for Cancer Patients offre une assurance-médicaments pour un groupe défini de médicaments servant au traitement du cancer et de ses symptômes.

Île-du-Prince-Édouard

Les personnes âgées admissibles de l'Île-du-Prince-Édouard bénéficient d'une assurance-médicaments en vertu des régimes provinciaux d'assurance-médicaments. Les personnes âgées sont admissibles aux régimes suivants : le Seniors' Drug Cost Assistance Program (DCAP), le Diabetes Control Program, le Financial Assistance Program, le Family Health Benefits Program, le High Cost Drugs Program (qui couvre les médicaments nécessaires au traitement du cancer, de la sclérose en plaques, de la polyarthrite rhumatoïde grave et de la maladie de Crohn grave), le Nursing Home Program, le Sexually Transmitted Diseases Program et le Quit Smoking Program.

Les résidents de l'Île-du-Prince-Édouard de 65 ans et plus qui sont admissibles à l'assurance-maladie de cette province sont automatiquement inscrits au DCAP.

Les personnes âgées couvertes par le DCAP doivent payer une quote-part de 11 \$ par ordonnance, plus le coût des honoraires professionnels, sans contribution maximale. Les personnes âgées admissibles aux régimes Financial Assistance et Nursing Home (c'est-à-dire les personnes âgées admissibles conformément à la *Welfare Assistance Act*) ne sont pas tenues de payer une quote-part ou des honoraires pour les ordonnances admissibles.

Les personnes âgées qui répondent à certains critères en matière de revenu et qui ont des enfants de moins de 18 ans (ou de moins de 25 ans s'ils étudient à temps plein) vivant à la maison ne paient que les honoraires professionnels pour chaque ordonnance admissible.

Les personnes âgées sont également admissibles à une assurance-médicaments complémentaire si elles ont besoin de médicaments pour traiter certaines affections. Les personnes admissibles au Diabetes Control Program doivent verser une quote-part fixe, dont le montant dépend du médicament ou de l'approvisionnement, plus les honoraires professionnels, sans contribution maximale. Les personnes âgées admissibles au High Cost Drugs Program doivent verser une quote-part fondée sur le revenu, plus les honoraires professionnels. Les personnes âgées qui adhèrent au Sexually Transmitted Disease Program ne paient ni quote-part, ni honoraires. Le régime Quit Smoking rembourse les premiers 75 \$ du coût des médicaments admissibles, et les personnes âgées doivent payer le reste. Les personnes âgées admissibles peuvent également bénéficier sans frais des médicaments particuliers à certaines affections^{ix}. La couverture additionnelle fournie par ces régimes complémentaires ne s'applique qu'aux médicaments prescrits servant à traiter

ix. Pour de plus amples renseignements sur les critères d'admissibilité à ces régimes et sur les régimes d'assurance-médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard, consultez le document *Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits — document d'information sur les régimes*.

les affections précisées par chaque régime. Les autres médicaments utilisés par les personnes âgées adhérant à un régime complémentaire doivent être payés conformément aux dispositions du DCAP.

Les demandes de remboursement des personnes âgées adhérant au Multiple Sclerosis Program, qui fait partie du High Cost Drugs Program, ou à tout autre régime complémentaire non mentionné ci-dessus ne sont pas incluses dans le SNIUMP. Par ailleurs, les demandes de remboursement des personnes âgées qui résident dans des établissements gouvernementaux (c'est-à-dire des centres publics de soins infirmiers) ne sont également pas incluses dans le SNIUMP.

Formulaires des régimes d'assurance-médicaments

Les personnes âgées couvertes par le Seniors' Drug Cost Assistance Program peuvent bénéficier de médicaments, sous réserve des critères énumérés dans le formulaire des régimes d'assurance-médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard. De plus, les personnes âgées qui adhèrent à un des régimes complémentaires peuvent également bénéficier des médicaments remboursés par ces régimes, conformément aux formulaires.

Aperçu des formulaires

La différence entre le nombre et le type de médicaments couverts par les formulaires provinciaux est l'un des nombreux facteurs pouvant entraîner des différences dans l'utilisation des médicaments et les dépenses en médicaments. La santé, l'âge, le sexe, les tendances en matière de prescription et l'accès à des traitements non médicamenteux sont autant d'autres facteurs.

La présente section examine les similitudes entre les formulaires pharmaceutiques publics des six provinces au 31 décembre 2008 (c'est-à-dire à quel point ces formulaires sont semblables). Cette section a pour principal objectif de déterminer si les différences quant à la couverture des formulaires ont une incidence marquée sur la comparabilité des données relatives à l'utilisation des médicaments et aux dépenses en médicaments dans les six provinces. Les conclusions fourniront des renseignements contextuels utiles pour l'interprétation des analyses présentées dans des sections ultérieures du rapport. Cette section a également pour but d'examiner les similitudes entre les formulaires eux-mêmes.

Il importe de noter que l'analyse dont il est question dans la présente section n'aborde pas tous les aspects de la liste des médicaments remboursés, mais donne un aperçu des similitudes entre les formulaires. L'analyse ne tient pas compte du niveau de restriction ou d'ouverture de chaque liste de médicaments, qui peut varier d'une province à l'autre. Les médicaments figurant dans les formulaires peuvent être remboursés à tout bénéficiaire d'un régime d'assurance-médicaments à qui les médicaments sont prescrits ou limités aux personnes bénéficiant de régimes particuliers (p. ex. pour les soins palliatifs ou les soins contre le cancer). Les formulaires peuvent également comprendre des exigences qui les rendent limitatifs, comme un processus d'approbation et d'évaluation des demandes en fonction d'un ensemble prédéfini de critères. En outre, certains médicaments, comme ceux pour le traitement du cancer, peuvent être remboursés par une agence gouvernementale non rattachée au régime d'assurance-médicaments et ne pas figurer sur le formulaire, même s'ils sont remboursés.

Aux fins de la présente analyse, les médicaments ont été groupés à l'aide de la classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui divise les médicaments en groupe selon l'organe ou l'appareil sur lequel ils agissent, ainsi que leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques (annexe C). Le système ATC comprend cinq niveaux, allant des grands groupes anatomiques (niveau 1) à des sous-groupes pharmacologiques et thérapeutiques (niveaux 2, 3 et 4) et aux substances chimiques (niveau 5). La majorité des analyses incluses dans le présent rapport se situent à l'échelle du sous-groupe chimique (niveau 4). À ce niveau, les sous-groupes sont théoriquement considérés comme des groupes de produits chimiques distincts qui agissent de la même façon dans le traitement des troubles médicaux semblables. Le sous-groupe chimique des bisphosphonates, par exemple, comprend des produits chimiques comme l'étidronate, l'alendronate et le risédronate. Dans le présent document, les sous-groupes chimiques créés par l'OMS au quatrième niveau du système ATC sont désignés sous le terme « catégorie de médicaments ».

Comparaison des formulaires

Les formulaires des régimes d'assurance-médicaments présentaient le plus grand nombre de similitudes lorsque les catégories de médicaments listées étaient pondérées en fonction de leur contribution aux dépenses totales du régime. Les catégories de médicaments figurant dans les formulaires des six provinces représentaient 88,3 % des dépenses totales des régimes publics d'assurance-médicaments et celles figurant dans les formulaires d'au moins cinq provinces, 97,0 % de toutes les dépenses. Ces résultats concordent avec ceux d'une récente étude qui s'intéressait aux similitudes entre les formulaires des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada⁶. Même si le paiement des médicaments ne figurant sur aucun formulaire était négligeable, il peut arriver que des régimes remboursent de tels médicaments. En ce qui a trait aux dépenses associées exclusivement aux personnes âgées, les similitudes sont encore plus élevées. En effet, les catégories de médicaments figurant dans les formulaires des six provinces représentaient 91,9 % de toutes les dépenses consacrées aux personnes âgées des régimes d'assurance-médicaments.

Comme une si large proportion des dépenses sont attribuables aux catégories de médicaments figurant dans les formulaires des six provinces, les différences de couverture ne devraient pas avoir une grande incidence sur les écarts en matière de dépenses totales entre les provinces. Par contre, les différences de couverture peuvent influencer grandement sur l'utilisation de médicaments ou de catégories de médicaments en particulier d'une province à l'autre. Ainsi, il importe de tenir compte des différences entre les listes de médicaments au moment de l'interprétation des différences provinciales en matière d'utilisation ou de dépenses pour des médicaments ou catégories de médicaments en particulier.

Les similitudes étaient moindres lorsque les catégories de médicaments n'étaient pas pondérées en fonction de leur contribution aux dépenses totales des régimes d'assurance-médicaments. Au total, 43,7 % des catégories de médicaments qui figuraient dans le formulaire d'un régime public d'assurance-médicaments dans au moins une province faisaient également partie des formulaires des six provinces. Des études antérieures ont également observé des différences entre les formulaires publics au Canada⁷⁻¹⁰. Une étude comparant les listes de 6 provinces canadiennes et une autre comparant les listes de 10 provinces ont constaté des similitudes entre toutes les provinces pour 40,7 et 41,5 % des catégories de médicaments respectivement^{8, 9}. Ici encore, il est important de noter que ce type de comparaison ne tient pas compte des niveaux de restriction ou d'ouverture de chaque liste de médicaments, qui peut varier d'une province à l'autre.

Analyse de l'utilisation des médicaments et des dépenses en médicaments

L'analyse de la présente section porte sur les questions suivantes :

- Quelle est la taille de la population de demandeurs âgés dans chaque province?
- Quel montant les régimes publics d'assurance-médicaments consacrent-ils aux personnes âgées?
- Quels médicaments représentent la plus grande part des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées?
- Quels médicaments affichent le plus de changements en matière de dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées?
- Comment les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées sont-elles réparties?
- Quels médicaments sont à l'origine des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées dont les coûts étaient peu, moyennement et très élevés?
- Combien de médicaments les personnes âgées utilisent-elles?
- Quels sont les médicaments utilisés par les personnes âgées et les personnes très âgées?

Les renseignements généraux sur les demandes de remboursement acceptées et réglées par les régimes publics d'assurance-médicaments donnent une idée de la taille de la population de demandeurs âgés dans chaque province. Dans le présent document, les sous-groupes chimiques créés par l'OMS au quatrième niveau du système ATC sont désignés sous le terme « catégorie de médicaments ». Les utilisations communes des catégories de médicaments n'incluent pas toujours l'ensemble des indications approuvées au Canada. Les méthodes de calcul utilisées dans la présente section sont résumées à l'annexe D.

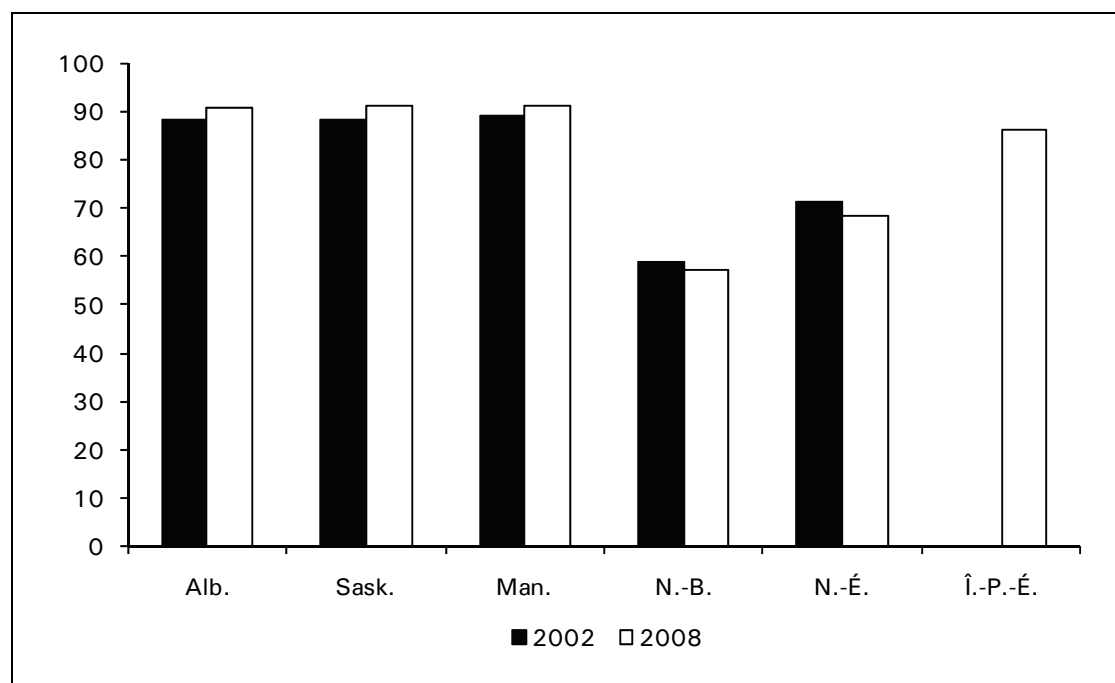
Quelle est la taille de la population de demandeurs âgés dans chaque province?

En 2008, l'Alberta comptait 374 248 personnes âgées (65 ans et plus), alors que la Saskatchewan en comptait 151 566, le Manitoba 166 455, le Nouveau-Brunswick 113 599, la Nouvelle-Écosse 144 446 et l'Île-du-Prince-Édouard 21 130¹¹.

La répartition selon l'âge de la population des demandeurs âgés variait dans les six provinces. C'est en Saskatchewan que l'on trouve la plus grande proportion de demandeurs de plus de 85 ans (16,3 %) et en Alberta que l'on trouve la plus faible proportion (12,7 %) (annexe F).

Dans les six provinces, la proportion de personnes âgées dont les demandes de remboursement ont été acceptées par les régimes publics d'assurance-médicaments allait de 57,0 % au Nouveau-Brunswick à 91,1 % au Manitoba en 2008 (figure 1)^x. Les pourcentages moins élevés du Nouveau-Brunswick (57,0 %) et de la Nouvelle-Écosse (68,5 %) étaient probablement attribuables à la structure des régimes (voir la section Couverture des régimes publics d'assurance-médicaments offerte aux personnes âgées). La proportion de personnes âgées dont les demandes de remboursement ont été acceptées par les régimes publics d'assurance-médicaments est demeurée relativement stable dans toutes les provinces entre 2002 et 2008.

Figure 1 Pourcentage des personnes âgées adhérant à des régimes publics d'assurance-médicaments dont les demandes de remboursement ont été acceptées, provinces sélectionnées*, 2002 et 2008



Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009 sont l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard. Les données de l'Île-du-Prince-Édouard sont incluses dans les chiffres de 2008, mais pas dans ceux de 2002, puisque ces données n'étaient pas disponibles avant 2004.

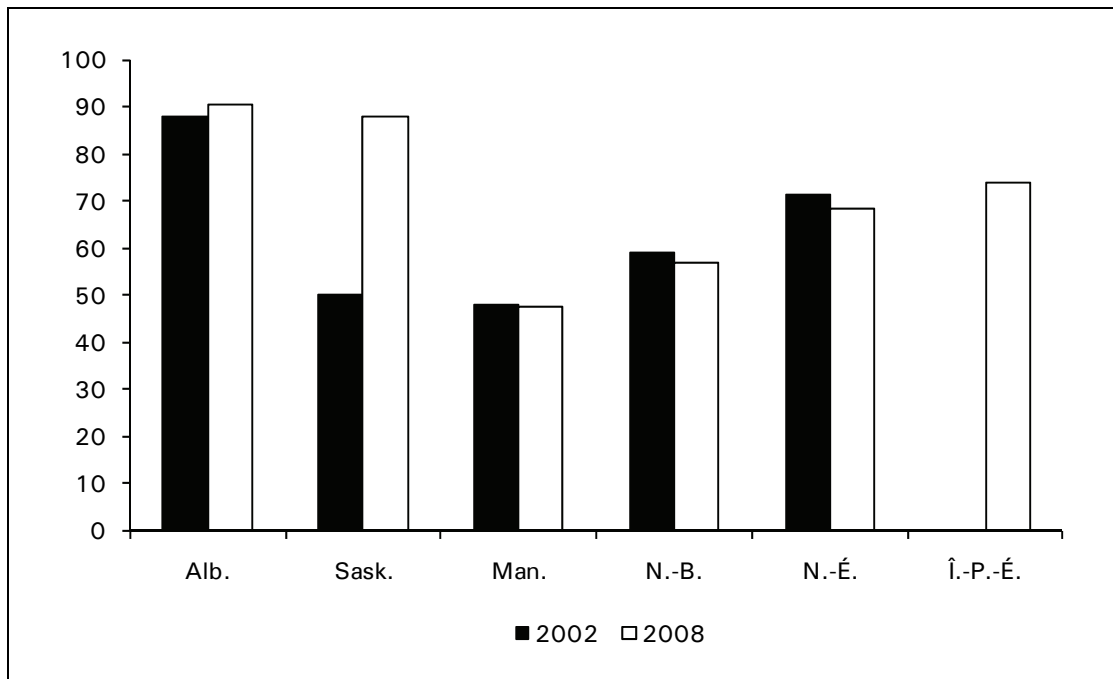
Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Population, Statistique Canada.

x. Les données démographiques sont tirées du *Compendium des estimations démographiques 2009* de Statistique Canada. Les estimations démographiques pour 2002 sont considérées comme définitives, tandis que des estimations provisoires ont été utilisées pour 2008.

En 2008, la proportion de personnes âgées dont les demandes de remboursement ont été réglées par des régimes publics d'assurance-médicaments dans les six provinces allait de 47,6 % au Manitoba à 90,6 % en Alberta (figure 2). Le nombre de personnes âgées dont les demandes de remboursement ont été réglées correspond au nombre de personnes âgées dont les demandes ont été acceptées dans les provinces où le régime public d'assurance-médicaments paie une partie de chaque demande (Alberta et Nouveau-Brunswick). Dans les provinces où les quotes-parts ou les franchises sont fixes, le nombre de personnes âgées dont les demandes de remboursement ont été réglées est inférieur à celui dont les demandes ont été acceptées. La différence est la plus marquée au Manitoba, où une franchise est imposée à une large portion de bénéficiaires. Par définition, une demande de remboursement doit être acceptée avant d'être réglée, ce qui signifie que le nombre de personnes âgées dont les demandes ont été réglées ne peut être supérieur à celles dont les demandes ont été acceptées. La proportion de personnes âgées dont les demandes de remboursement ont été réglées par des régimes publics d'assurance-médicaments est demeurée relativement stable entre 2002 et 2008 dans toutes les provinces, exception faite de la Saskatchewan, qui a connu une hausse considérable après l'introduction d'une quote-part maximale pour une vaste majorité des personnes âgées le 1^{er} juillet 2007.

Figure 2 Pourcentage des personnes âgées adhérant à des régimes publics d'assurance-médicaments dont les demandes de remboursement ont été réglées, provinces sélectionnées*, 2002 à 2008



Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009 sont l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard. Les données de l'Île-du-Prince-Édouard sont incluses dans les chiffres de 2008, mais pas dans ceux de 2002, puisque ces données n'étaient pas disponibles avant 2004.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Population, Statistique Canada.

Il importe de noter que les dénominateurs utilisés aux fins des calculs dans les figures 1 et 2 comprennent les personnes âgées qui ne sont pas admissibles à l'assurance-médicaments provinciale parce qu'elles bénéficient d'une autre assurance (p. ex. en vertu de régimes fédéraux ou privés d'assurance-médicaments) ou qui sont admissibles au régime public, mais qui n'ont présenté aucune demande de calcul de leurs franchises. Les pourcentages de personnes dont les demandes de remboursement ont été acceptées et réglées ne peuvent être plus élevés que si la population admissible et inscrite est prise en considération. Il importe également de noter que le pourcentage pourrait dépasser 100 % parce que le numérateur correspond au nombre cumulatif de demandeurs pendant toute l'année et que le dénominateur est calculé à un moment précis (soit le 1^{er} juillet de chaque année).

Quel montant les régimes publics d'assurance-médicaments consacrent-ils aux personnes âgées?

Le montant consacré par les régimes publics d'assurance-médicaments aux personnes âgées se rapporte uniquement à la portion du coût des médicaments prescrits remboursée par le régime. Toute portion du coût qui est déboursée par la personne âgée ou un assureur privé n'est pas prise en compte dans ce montant. Les coûts pris en compte sont le prix du médicament (coût d'achat du médicament) ainsi que les honoraires professionnels facturés par la pharmacie ou la marge admissible de la pharmacie, s'il y a lieu. Par souci de simplicité, le coût des médicaments prescrits est rendu par « coût des médicaments » dans le présent document, bien que d'autres coûts associés à l'ordonnance puissent également être inclus.

En 2008, les régimes d'assurance-médicaments des six provinces ont consacré un peu plus de 1 milliard de dollars aux demandes de remboursement provenant des personnes âgées, ce qui représente une hausse annuelle moyenne de 8,6 %, par rapport à 603,5 millions en 2002 (tableau 1)^{xi}. Comme prévu, étant donné la taille relative de la population, l'Alberta affiche la proportion la plus élevée des dépenses totales consacrées aux personnes âgées dans les six provinces avec 45,6 %, et l'Île-du-Prince-Édouard, la proportion la moins élevée avec 1,5 %. Les tendances qui ressortent de la présente analyse sont influencées par celles de l'Alberta, puisque c'est la province qui représente la part la plus importante. Cependant, les tendances en matière de dépenses en médicaments et d'utilisation des médicaments sont généralement similaires dans l'ensemble des provinces.

En 2008, les dépenses moyennes par personne âgée bénéficiaire des régimes d'assurance-médicaments des six provinces allaient de 875 \$ à l'Île-du-Prince-Édouard à 1 632 \$ au Manitoba (tableau 1). Le montant par bénéficiaire dépend de divers facteurs, dont les quantités et les combinaisons de médicaments faisant l'objet de la demande de remboursement, la variation des prix des médicaments, les règlements sur l'admissibilité et les mécanismes de partage des coûts en place dans chaque province. Les dépenses des régimes d'assurance-médicaments par personne âgée bénéficiaire ont augmenté dans chaque province entre 2002 et 2008. Le montant moins élevé à l'Île-du-Prince-Édouard peut s'expliquer en partie par le système de participation aux coûts, qui oblige les personnes âgées à payer entièrement bon nombre de médicaments prescrits peu coûteux.

xi. Les dépenses des régimes d'assurance-médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard ont été exclues du calcul du taux de croissance puisque ces données n'étaient pas disponibles avant 2004.

Tableau 1 Dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées, provinces sélectionnées*, 2008

Province	Dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées (millions de dollars)	Dépenses des régimes d'assurance-médicaments par personne âgée bénéficiaire (dollars)
Alb.	458,5	1 352
Sask.	151,2	1 136
Man.	129,2	1 632
N.-B.	102,0	1 574
N.-É.	149,5	1 515
Î.-P.-É.	15,5	875
Total	1 005,9	1 373

Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009 sont l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Dans l'ensemble des six provinces en 2008, les dépenses moyennes des régimes d'assurance-médicaments par personne âgée de 65 à 74 ans, de 75 à 84 ans et de 85 ans et plus s'élevaient à 1 279 \$, 1 485 \$ et 1 403 \$ respectivement (tableau 2). Les dépenses moyennes les plus élevées par personne âgée bénéficiaire se situaient dans le groupe des 75 à 84 ans dans toutes les provinces sauf au Manitoba, où elles se trouvaient chez les 65 à 74 ans (quoique le montant moyen consacré aux 75 à 84 ans soit similaire). Dans les six provinces, les dépenses moyennes par personne âgée de 85 ans et plus étaient inférieures à celles consacrées aux personnes de 75 à 84 ans.

Tableau 2 Dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées selon le groupe d'âge, provinces sélectionnées*, 2008

Groupe d'âge	Dépenses des régimes d'assurance-médicaments (millions de dollars)	Proportion des dépenses totales des régimes d'assurance-médicaments (%)	Proportion de l'ensemble de la population de demandeurs âgés (%)	Dépenses des régimes d'assurance-médicaments par bénéficiaire (dollars)
65 à 74 ans	452,1	44,9	49,1	1 279
75 à 84 ans	392,2	39,0	35,6	1 485
85 ans et plus	161,6	16,1	15,3	1 403
Total	1 005,9	100,0	100,0	1 373

Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009 sont l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Quels médicaments représentent la plus grande part des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées?

Comme il a été mentionné précédemment, les dépenses totales des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées dans les six provinces s'élevaient à un peu plus d'un milliard de dollars en 2008. Les dépenses étaient réparties dans 440 catégories de médicaments. Les 10 principales catégories en ce qui a trait aux dépenses des régimes d'assurance-médicaments en 2002 et 2008 sont présentées aux tableaux 3 et 4. Entre ces deux années, les dépenses consacrées aux 10 principales catégories de médicaments ont grimpé de 65,8 %, passant de 287,7 millions de dollars en 2002 à 486,1 millions de dollars en 2008^{xii}. En 2002 comme en 2008, ces catégories de médicaments représentaient près de la moitié des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées.

Six des dix principales catégories de 2008 figuraient également sur la liste de 2002. De ces six catégories, cinq étaient liées aux maladies cardiovasculaires, la catégorie restante étant les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), généralement utilisés pour le traitement du reflux gastro-œsophagien. En 2002 comme en 2008, la première catégorie de médicaments en importance était les inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase, couramment appelés statines, utilisés pour réduire le taux de cholestérol. Les dépenses liées à cette catégorie de médicaments ont plus que doublé de 2002 à 2008, passant de 10,6 % de l'ensemble des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées en 2002 à 13,8 % en 2008. Les IPP arrivaient au deuxième rang des dépenses des

xii. Les dépenses des régimes d'assurance-médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard ont été exclues du calcul du taux de croissance puisque ces données n'étaient pas disponibles avant 2004.

régimes d'assurance-médicaments en 2008 (avec 6,9 %), alors qu'ils se classaient au troisième rang en 2002. Les 5 catégories de médicaments cardiovasculaires parmi les 10 principales catégories représentaient 31,6 % des dépenses en 2008.

Quatre des dix principales catégories de médicaments en 2008 ne figuraient pas sur la liste de 2002, soit les inhibiteurs de la cholinestérase, les inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (médicaments anti-TNF), les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II combinés à des diurétiques ainsi que les adrénérgiques par inhalation et autres médicaments de traitement des maladies obstructives des voies aériennes. Les quatre catégories de médicaments qui figuraient sur la liste de 2002, mais pas sur celle de 2008 sont les coxibs, les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS), les bêta-bloquants et les glucocorticoïdes par inhalation. Les changements survenus entre 2002 et 2008 s'expliquent en partie par la hausse ou la baisse marquée des dépenses consacrées à certaines catégories de médicaments. Ils sont examinés de plus près dans la prochaine section du présent rapport.

Bien que les données sur les demandes de remboursement de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et du Québec ne soient pas actuellement soumises au SNIUMP, chacune de ces provinces produit un rapport sur les 10 principales catégories de médicaments selon les dépenses des régimes d'assurance-médicaments¹²⁻¹⁴. Il importe de souligner que la comparabilité de ces listes et de la liste des 10 principales catégories incluse dans le présent rapport (tableau 3) est limitée, car la Colombie-Britannique et l'Ontario tiennent également compte des demandes de remboursement des bénéficiaires autres que les personnes âgées et utilisent des périodes de temps légèrement différentes. De plus, les trois provinces s'appuient sur des systèmes différents pour le classement des médicaments. À la lumière de ces mises en garde, voici les similitudes entre les listes. Les médicaments appartenant aux 4 principales catégories des provinces qui soumettent des données au SNIUMP figurent également sur les listes des 10 principales catégories de médicaments des trois provinces qui ne soumettent pas de données, et les statines (ou une en particulier) se trouvent en tête de toutes les listes¹²⁻¹⁴. En Ontario (où les personnes âgées représentent environ 70 % des bénéficiaires du régime d'assurance-médicaments), 8 des 10 principaux médicaments sont issus de catégories figurant sur les listes des 10 principales catégories des provinces qui soumettent des données au SNIUMP.

Tableau 3 Dix principales catégories de médicaments selon les dépenses totales des régimes publics d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées, provinces sélectionnées*, 2008

Catégorie de médicaments	Utilisations courantes	Dépenses totales des régimes (millions de dollars)	Proportion des dépenses totales des régimes (%)
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Taux élevé de cholestérol	138,7	13,8
Inhibiteurs de la pompe à protons	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	69,0	6,9
Inhibiteurs calciques dihydropyridines	Hypertension artérielle	65,9	6,5
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, simples	Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle	51,3	5,1
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, simples	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	40,6	4,0
Inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire (sauf l'héparine)	Prévention des crises cardiaques et des AVC	29,0	2,9
Adrénérgiques et autres médicaments de traitement des maladies obstructives des voies aériennes, par inhalation	Asthme, emphyseme, bronchite chronique	28,2	2,8
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II et diurétiques	Hypertension artérielle	21,7	2,2
Inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (médicaments anti-TNF)	Polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn	21,2	2,1
Inhibiteurs de la cholinestérase	Maladie d'Alzheimer	20,5	2,0
Total		486,1	48,3

Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009 sont l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 4 Dix principales catégories de médicaments selon les dépenses totales des régimes publics d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées, provinces sélectionnées*, 2002

Catégorie de médicaments	Utilisations courantes	Dépenses totales des régimes (millions de dollars)	Proportion des dépenses totales des régimes (%)
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Taux élevé de cholestérol	64,1	10,6
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, simples	Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle	51,3	8,5
Inhibiteurs de la pompe à protons	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	47,9	7,9
Inhibiteurs calciques dihydropyridines	Hypertension artérielle	33,6	5,6
Coxibs	Gestion de la douleur causée par la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose, gestion de la douleur aiguë chez l'adulte	26,1	4,3
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, simples	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	16,3	2,7
Inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine	Dépression	15,1	2,5
Inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire (sauf l'héparine)	Prévention des crises cardiaques et des AVC	11,6	1,9
Bêta-bloquants, sélectifs	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, angine (douleur à la poitrine)	10,9	1,8
Glucocorticoïdes, par inhalation	Prévention des crises d'asthme	10,9	1,8
Total		287,7	47,7

Remarque

* Cinq provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009, soit l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Quels médicaments affichent le plus de changements en matière de dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées?

La section précédente a fait le survol des types de catégories de médicaments qui représentaient la plus grande part des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées en 2002 et 2008. La présente section portera plus précisément sur les différences entre ces deux années. Les tableaux 5 et 6 présentent les 10 catégories de médicaments ayant affiché les hausses et les baisses les plus marquées en matière de croissance annuelle moyenne des dépenses des régimes entre 2002 et 2008. Comme il a été mentionné précédemment, les dépenses totales des régimes consacrées aux personnes âgées dans les cinq provinces ont augmenté à un taux annuel moyen de 8,6 % durant cette période. (Il est à noter que les données de l'Île-du-Prince-Édouard ont été exclues du total de 2008 pour le calcul des taux de croissance aux fins de comparaison à celles de 2002, année pour laquelle les données de cette province n'étaient pas disponibles.)

Catégories de médicaments affichant le taux de croissance le plus rapide

La catégorie des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (médicaments anti-TNF), utilisés dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et de la maladie de Crohn, a affiché le taux de croissance le plus rapide entre 2002 et 2008 (tableau 5). Les dépenses des régimes d'assurance-médicaments pour ces médicaments ont augmenté de 58,4 % par année en moyenne pendant la période à l'étude et représentaient 2,1 % des dépenses totales des régimes consacrées aux personnes âgées en 2008. Par ailleurs, 7 des 10 catégories de médicaments affichant la croissance la plus rapide figuraient également dans les 10 principales catégories en ce qui a trait aux dépenses totales des régimes en 2008. Quatre des dix catégories affichant la croissance la plus rapide servaient à traiter des maladies cardiovasculaires, et deux, des troubles pulmonaires.

Tableau 5 Dix catégories de médicaments affichant la croissance la plus rapide, selon le taux de croissance annuel moyen (TCAM) des dépenses totales des régimes publics d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées (DTR), provinces sélectionnées*, 2002 à 2008

Catégorie de médicaments	Utilisations courantes	TCAM (%) des DTR	Proportion des DTR en 2008 (%)
Inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (médicaments anti-TNF)	Polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn	58,4	2,1
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II et diurétiques	Hypertension artérielle	30,6	2,2
Anticholinergiques, par inhalation	Emphysème, bronchite chronique	24,2	1,6
Inhibiteurs de la cholinestérase	Maladie d'Alzheimer	19,6	2,0
Adrénergiques et autres médicaments de traitement des maladies obstructives des voies aériennes, par inhalation	Asthme, emphysème, bronchite chronique	18,5	2,8
Thiazolidinédiones	Diabète	18,0	1,4
Inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire (sauf l'héparine)	Prévention des crises cardiaques et des AVC	16,2	2,9
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, simples	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	15,9	4,0
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Taux élevé de cholestérol	13,3	13,7
Bisphosphonates	Ostéoporose	13,1	2,0
Total		8,6	100,0

Remarque

* Cinq provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009, soit l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Plusieurs facteurs peuvent entraîner l'augmentation des dépenses en médicaments, comme l'arrivée de nouveaux médicaments, l'approbation de nouvelles indications pour des médicaments existants, des changements quant aux habitudes de prescription, des changements à la couverture des formulaires ou des changements dans l'état de santé de la population (une liste exhaustive se trouve à l'annexe E).

La hausse des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux médicaments anti-TNF s'explique en grande partie par le fait que cette catégorie de médicaments était relativement nouvelle au début de la période visée. L'éтанercept et

l'infliximab ont été commercialisés au Canada en 2001 et tous deux ont été largement utilisés pendant cette période. Le troisième produit chimique, l'adalimumab, qui n'a pas été commercialisé avant 2004, représentait le quart (25,0 %) des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux médicaments anti-TNF en 2008.

Les dépenses consacrées aux antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, seuls et combinés aux diurétiques thiazidiques, ont augmenté à un taux annuel moyen de 15,9 % et 30,6 % respectivement entre 2002 et 2008. Ces hausses sont similaires à celles révélées par une étude antérieure sur les tendances à long terme relatives à l'utilisation des médicaments cardiovasculaires au Canada et aux dépenses qui y sont consacrées¹⁵. Selon cette étude, deux facteurs d'importance influent sur l'accroissement de l'utilisation de ces médicaments et d'autres antihypertenseurs : l'augmentation de la prévalence de l'hypertension au Canada (de 8,2 % en 1994 à 14,6 % en 2005) et la modification des lignes directrices en matière de traitement de l'hypertension. Ces lignes directrices incluent désormais de nouvelles catégories de médicaments, dont les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, comme traitement de première ligne¹⁵.

La hausse des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux produits mixtes qui contiennent des adrénérgiques par inhalation et d'autres médicaments pour le traitement des maladies obstructives des voies aériennes semble s'expliquer en partie par le remplacement de produits plus anciens contenant un seul composant. Parmi les patients qui utilisaient un adrénérgique par inhalation à un seul composant en 2002 et qui utilisaient encore un adrénérgique en 2008 (sous forme de produit à un seul composant ou de produit mixte), 38,8 % ont fini par opter pour un produit mixte en 2008. La transition aux produits mixtes a également contribué à la baisse des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux glucocorticoïdes par inhalation à un seul composant, une catégorie de médicaments souvent combinée à des adrénérgiques dans les produits mixtes.

Il est à noter que les dépenses consacrées aux thiazolidinédiones, une nouvelle catégorie de médicaments utilisés dans le traitement du diabète, ont connu une forte hausse pendant la période visée par l'étude, mais qu'elles ont chuté (28,3 %) de 2007 à 2008, sans doute à cause de nouvelles données sur la sécurité des produits de cette catégorie¹⁶.

Catégories de médicaments affichant le taux de décroissance le plus rapide

La catégorie des coxibs, des médicaments utilisés pour la gestion de la douleur notamment chez les personnes souffrant d'arthrite, a présenté la baisse la plus rapide en matière de dépenses des régimes d'assurance-médicaments (tableau 6). En effet, les dépenses associées aux coxibs ont diminué de 17,2 % par année en moyenne pendant la période visée par l'étude et représentaient 0,8 % des dépenses totales des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées en 2008.

Tableau 6 Dix catégories de médicaments affichant la baisse la plus rapide, selon le taux de croissance annuel moyen (TCAM) des dépenses totales des régimes publics d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées (DTR), provinces sélectionnées*, 2002 à 2008

Catégorie de médicaments	Utilisations courantes	TCAM (%) des DTR	Proportion des DTR en 2008 (%)
Coxibs	Gestion de la douleur causée par la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose et de la douleur aiguë chez l'adulte	-17,2	0,8
Antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine (anti-H2)	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	-7,4	0,6
Inhibiteurs calciques phénylalkylamines	Anomalie du rythme cardiaque, hypertension artérielle, angine (douleur à la poitrine)	-5,7	0,3
Bisphosphonates (produits mixtes)	Ostéoporose	-4,4	0,3
Glucocorticoïdes, par inhalation	Prévention des crises d'asthme	-2,3	1,0
Œstrogènes naturels et semisynthétiques, simples	Symptômes de la ménopause, prévention de l'ostéoporose	-2,1	0,3
Autres antipsychotiques (p. ex. le rispéridone)	Schizophrénie, trouble bipolaire	-1,8	0,3
Bêta-bloquants, non sélectifs	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, angine (douleur à la poitrine)	-1,7	0,3
Nitrates organiques	Prévention et traitement de l'angine (douleur à la poitrine)	-1,4	0,8
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, simples	Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle	-0,4	5,1
Total		8,6	100,0

Remarque

* Cinq provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009, soit l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Plusieurs facteurs peuvent entraîner la baisse de l'utilisation d'un médicament ou d'une catégorie de médicaments, comme l'arrivée de nouveaux médicaments, la parution de nouvelles données sur la sécurité, des changements quant aux habitudes de prescription ou des changements à la couverture des formulaires (une liste exhaustive se trouve à l'annexe E). Dans l'exemple des coxibs, la parution de nouvelles données sur la sécurité de certains produits de cette catégorie est responsable de la baisse¹⁷. Des préoccupations similaires ont également joué un rôle dans la baisse de la consommation d'œstrogènes¹⁸.

En ce qui a trait aux produits mixtes contenant des bisphosphonates, la forte utilisation de produits à un seul composant plus récents qui appartiennent à une autre catégorie de médicaments a entraîné l'abandon de produits plus anciens¹⁹. La baisse des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine (anti-H2) semble également s'expliquer en partie par des modifications apportées aux traitements. Selon une étude menée par l'ICIS, parmi les utilisateurs d'antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine (anti-H2) en 2002-2003 qui utilisaient encore un médicament prescrit pour traiter une affection liée à l'acidité en 2007-2008, 51,8 % ont changé de médicament pour un inhibiteur de la pompe à protons (IPP). Une proportion moindre d'utilisateurs d'IPP (8,3 %) sont passés à un antagoniste des récepteurs H2 au cours de la même période²⁰. Comme il a été mentionné précédemment, les IPP formaient la deuxième catégorie en importance en matière de dépenses totales des régimes d'assurance-médicaments en 2008 (tableau 3).

Comment les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées sont-elles réparties?

La présente section traite de la répartition des dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées en fonction de la portion des coûts annuels de médicaments remboursés. Comme il a été mentionné précédemment, aux fins du présent rapport, le coût des médicaments comprend tous les coûts associés à une ordonnance.

De façon générale, un nombre relativement faible de bénéficiaires affichant des coûts élevés sont responsables de la majeure partie des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées. En 2008, les six régimes d'assurance-médicaments ont remboursé au moins 2 500 \$ du coût des médicaments de 14,7 % des personnes âgées comptant au moins une demande de remboursement réglée; ces bénéficiaires représentaient toutefois 45,5 % des dépenses totales des régimes. Par opposition, les six régimes ont déboursé moins de 500 \$ pour environ le tiers des bénéficiaires âgés (31,2 %), ce qui représente seulement 5,0 % des dépenses totales consacrées aux personnes âgées.

Le tableau 7 indique le pourcentage de bénéficiaires ayant reçu un remboursement et le pourcentage du montant total déboursé par les régimes publics d'assurance-médicaments par tranche de dépenses payées aux bénéficiaires dans les six provinces. De façon générale, la répartition des coûts est similaire dans l'ensemble des provinces. La proportion de personnes âgées dont le remboursement s'est élevé à moins de 500 \$ variait de 26,3 % au Nouveau-Brunswick à 44,0 % à l'Île-du-Prince-Édouard. Le pourcentage plus élevé à

l'Île-du-Prince-Édouard peut s'expliquer en partie par son système de participation aux coûts qui oblige les personnes âgées à payer entièrement bon nombre de médicaments prescrits peu coûteux. Bien que le Nouveau-Brunswick compte la proportion la moins élevée de bénéficiaires pour qui le régime a déboursé moins de 500 \$, son taux est similaire à celui de l'Alberta, du Manitoba et de la Nouvelle-Écosse. La proportion de personnes âgées pour lesquelles leur régime a dépensé au moins 5 000 \$ variait de 1,0 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 4,5 % au Manitoba.

La proportion des coûts des régimes d'assurance-médicaments liés aux personnes âgées dont la couverture était inférieure à 500 \$ variait de 3,7 % au Nouveau-Brunswick à 10,4 % à l'Île-du-Prince-Édouard. Une fois de plus, le pourcentage élevé à l'Île-du-Prince-Édouard peut s'expliquer par son système de participation aux coûts. La proportion des coûts attribuables aux personnes âgées dont la couverture était d'au moins 5 000 \$ variait de 9,1 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 24,3 % au Manitoba.

Tableau 7 Pourcentage de personnes âgées bénéficiaires (PB) et pourcentage des dépenses totales des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées (DTR), selon les dépenses par bénéficiaire, provinces sélectionnées*, 2008

Dépenses des régimes	Alb.		Sask.		Man.		N.-B.		N.-É.		Î.-P.-É.		Total	
	% PB	% DTR	% PB	% DTR	% PB	% DTR	% PB	% DTR	% PB	% DTR	% PB	% DTR	% PB	% DTR
Moins de 500 \$	29,9	4,7	38,6	7,0	29,2	4,3	26,3	3,7	28,6	4,6	44,0	10,4	31,2	5,0
500 \$ à 1 499 \$	37,3	26,3	36,3	29,6	34,3	19,7	36,0	21,8	36,7	22,1	39,7	41,2	36,7	25,1
1 500 \$ à 2 499 \$	18,6	26,6	14,5	24,6	17,2	20,4	19,3	23,8	16,6	21,3	11,1	24,0	17,3	24,4
2 500 \$ à 4 999 \$	12,2	29,8	8,8	26,0	14,9	31,3	14,9	31,8	14,5	32,8	4,2	15,4	12,2	29,9
5 000 \$ à 9 999 \$	1,7	7,7	1,4	8,0	3,7	14,7	3,0	12,4	3,2	13,4	0,9	6,3	2,1	9,9
10 000 \$ et plus	0,4	4,7	0,3	4,8	0,8	9,6	0,6	6,5	0,4	5,8	0,1	2,8	0,4	5,7

Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009 sont l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Quels médicaments sont à l'origine des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées dont les coûts étaient peu, moyennement et très élevés?

La section précédente traitait de la répartition globale des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux demandeurs âgés. La présente section examine les dépenses par catégorie de médicaments en fonction de différents niveaux de dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux demandeurs âgés. Ces renseignements peuvent donner des indications sur les types de médicaments utilisés par les personnes âgées et sur les types d'affections traitées chez les personnes âgées présentant des niveaux de coûts différents. Pour mieux illustrer les écarts possibles, qui peuvent apparaître graduellement à mesure que les coûts des médicaments changent, la présente section s'attarde aux personnes âgées dont les coûts remboursés par les régimes publics d'assurance-médicaments se situaient dans l'un des trois niveaux suivants : coûts peu élevés (soit moins de 500 \$), coûts moyennement élevés (de 2 500 \$ à 4 999 \$) et coûts très élevés (plus de 10 000 \$). Il est important de noter que ces catégories ne couvrent pas toutes les personnes âgées : celles dont les coûts se situaient entre 500 \$ et 2 499 \$ ainsi qu'entre 5 000 \$ et 9 999 \$ ne font pas partie de l'analyse.

Les tableaux 8, 9 et 10 montrent les 10 principales catégories de médicaments (qui formaient le pourcentage le plus élevé des dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments en 2008) parmi les personnes âgées qui présentaient des coûts peu élevés, moyennement élevés et très élevés. Tous les chiffres présentés se rapportent aux dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées à une catégorie de médicaments au sein de chaque groupe de personnes âgées, et non aux dépenses totales pour une même catégorie.

Comme c'est le cas lorsqu'il est question de l'ensemble des personnes âgées, les 10 principales catégories de médicaments représentaient environ la moitié des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées dont les coûts étaient peu élevés (49,7 %) et moyennement élevés (50,5 %). Dans le cas des personnes âgées qui présentaient des coûts très élevés, la situation était quelque peu différente. En effet, les 10 principales catégories représentaient plutôt 72,0 % des dépenses totales des régimes d'assurance-médicaments, et les deux principales catégories formaient à elles seules près de la moitié (46,7 %) des dépenses totales.

Dans de nombreux cas, la majeure partie des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées qui affichaient des coûts peu élevés et à celles qui affichaient des coûts moyennement élevés étaient attribuables aux mêmes médicaments, puisque 5 des 10 principales catégories étaient identiques pour les deux groupes. Les inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines) représentaient la proportion la plus élevée des dépenses totales des régimes dans les deux groupes, soit 10,2 % chez les personnes âgées qui affichaient des coûts peu élevés et 12,0 % chez celles qui affichaient des coûts moyennement élevés.

La variation dans les dépenses des régimes d'assurance-médicaments entre les deux groupes peut s'expliquer en partie par les différences dans les listes des 10 principales catégories de ces deux groupes. Certaines catégories qui représentaient des proportions plus élevées des dépenses au sein du groupe affichant des coûts moyennement élevés étaient constituées de médicaments qui n'ont pas de pendant générique, comme c'est le cas des inhibiteurs de la cholinestérase utilisés dans le traitement de la maladie d'Alzheimer. Le contraire s'est produit au sein du groupe qui présentait des coûts peu élevés : certaines des catégories qui représentaient une proportion plus élevée des dépenses étaient constituées de médicaments pour lesquels il existe un ou plusieurs pendants génériques, comme les bêta-bloquants, couramment utilisés pour le traitement de diverses maladies cardiovasculaires.

Les catégories de médicaments qui représentaient la majorité des dépenses des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées dont les coûts étaient très élevés différaient de celles des deux groupes précédents. En effet, la catégorie des inhibiteurs de la pompe à protons était la seule des 10 principales catégories de médicaments qui se trouvait également parmi les 10 principales catégories chez les personnes âgées dont les coûts étaient peu ou moyennement élevés. Les catégories qui représentaient des proportions élevées des dépenses consacrées aux personnes âgées affichant des coûts très élevés sont généralement utilisées dans le cadre de traitements de maladies comme le cancer, l'insuffisance rénale chronique, la sclérose en plaques, la neutropénie, la polyarthrite rhumatoïde et la maladie de Crohn.

Chez les personnes âgées présentant des coûts très élevés, la proportion la plus importante des dépenses (35,5 %) était attribuable aux inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (médicaments anti-TNF), une catégorie de médicaments utilisés notamment dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et de la maladie de Crohn. Les préparations antianémiques, utilisées pour traiter l'anémie dans les cas d'insuffisance rénale, arrivaient au deuxième rang (11,2 %).

Il importe de souligner l'incidence du prix d'un médicament et du coût du traitement sur les tendances observées. Une catégorie de médicaments peut en effet figurer parmi les dix catégories qui présentent les proportions les plus élevées des dépenses des régimes d'assurance-médicaments même si elle n'est pas couramment utilisée; cela est particulièrement le cas chez les personnes âgées affichant des coûts très élevés. Par exemple, les inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (médicaments anti-TNF), une catégorie associée à des coûts élevés de traitement, représentaient une partie importante des dépenses des régimes d'assurance-médicaments, même si son taux d'utilisation était beaucoup moins élevé que celui des statines, qui ne figuraient pourtant pas parmi les 10 principales catégories de médicaments chez les personnes âgées dont les coûts étaient très élevés.

La source des données utilisées pour la présente analyse peut également avoir une incidence sur les résultats. Comme il a été mentionné précédemment, les données relatives aux médicaments assurés par des organismes publics autres que les régimes publics d'assurance-médicaments et celles relatives aux médicaments administrés dans les hôpitaux ne sont pas soumises au SNIUMP. Pour cette raison, les données sur l'utilisation de médicaments coûteux (comme ceux utilisés dans le traitement du cancer) ne sont pas toutes disponibles.

Tableau 8 Dix principales catégories de médicaments, selon les dépenses totales des régimes publics d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées dont les coûts remboursés par les régimes sont inférieurs à 500 \$ (coûts peu élevés), provinces sélectionnées*, 2008

Catégorie de médicaments	Utilisations courantes	Dépenses totales des régimes pour le groupe de bénéficiaires (millions de dollars)	Dépenses totales des régimes consacrées aux personnes âgées dont les coûts sont peu élevés (%)
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Taux élevé de cholestérol	5,1	10,2
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, simples	Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle	4,7	9,3
Inhibiteurs de la pompe à protons	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	2,9	5,8
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, simples	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	2,5	5,0
Bisphosphonates	Ostéoporose	2,2	4,4
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II et diurétiques	Hypertension artérielle	2,2	4,3
Inhibiteurs calciques dihydropyridines	Hypertension artérielle	2,1	4,1
Bêta-bloquants, sélectifs	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, angine (douleur à la poitrine)	1,3	2,7
Antagonistes des récepteurs alpha-adrénergiques	Hyperplasie bénigne de la prostate	1,0	2,0
Inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine	Dépression, anxiété, trouble panique	1,0	2,0
Total		24,9	49,7

Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009 sont l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 9 Dix principales catégories de médicaments, selon les dépenses totales des régimes publics d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées dont les coûts remboursés par les régimes se situent entre 2 500 \$ et 5 000 \$ (coûts moyennement élevés), provinces sélectionnées*, 2008

Catégorie de médicaments	Utilisations courantes	Dépenses totales des régimes pour le groupe de bénéficiaires (millions de dollars)	Dépenses totales des régimes consacrées aux personnes âgées dont les coûts sont moyennement élevés (%)
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Taux élevé de cholestérol	35,9	12,0
Inhibiteurs de la pompe à protons	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	22,1	7,4
Inhibiteurs calciques dihydropyridines	Hypertension artérielle	19,0	6,3
Inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire (sauf l'héparine)	Prévention des crises cardiaques et des AVC	13,3	4,4
Adrénérgiques et autres médicaments de traitement des maladies obstructives des voies aériennes, par inhalation	Asthme, emphysème, bronchite chronique	13,0	4,3
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, simples	Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle	12,6	4,2
Inhibiteurs de la cholinestérase	Maladie d'Alzheimer	10,7	3,5
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, simples	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	10,6	3,5
Anticholinergiques, par inhalation	Emphysème, bronchite chronique	7,3	2,4
Thiazolidinédiones	Diabète	7,3	2,4
Total		151,8	50,5

Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009 sont l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 10 Dix principales catégories de médicaments, selon les dépenses totales des régimes publics d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées dont les coûts remboursés par les régimes sont égaux ou supérieurs à 10 000 \$ (coûts très élevés), provinces sélectionnées*, 2008

Catégorie de médicaments	Utilisations courantes	Dépenses totales des régimes pour le groupe de bénéficiaires (millions de dollars)	Dépenses totales des régimes consacrées aux personnes âgées dont les coûts sont très élevés (%)
Inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (médicaments anti-TNF)	Polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn	20,3	35,5
Autres préparations antianémiques (p. ex. l'érythropoïétine)	Anémie de l'insuffisance rénale chronique	6,4	11,2
Inhibiteurs de la protéine kinase (p. ex. l'imatinib)	Certains types de cancer	3,3	5,8
Inhibiteurs de l'hormone de croissance (p. ex. octréotide)	Acromégalie	2,7	4,7
Facteurs stimulant les colonies de granulocytes (p. ex. le filgrastim)	Traitement et prévention de la neutropénie	2,0	3,4
Autres médicaments antihypertenseurs (p. ex. le bosentan)	Hypertension artérielle pulmonaire	1,9	3,3
Alcaloïdes naturels de l'opium	Soulagement de la douleur modérée à forte	1,5	2,6
Interférons	Sclérose en plaques, hépatite C chronique	1,3	2,2
Immunosuppresseurs sélectifs	Polyarthrite rhumatoïde, rejet d'organes transplantés	0,9	1,6
Inhibiteurs de la pompe à protons	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodénal	0,9	1,6
Total		41,1	72,0

Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009 sont l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Comme on pouvait s'y attendre, le montant consacré par un régime au remboursement des coûts des médicaments d'un bénéficiaire dépendait en partie du nombre de catégories de médicaments visées par les demandes de remboursement (tableau 11). Les personnes âgées dont les demandes de remboursement visaient un nombre peu élevé de catégories de médicaments se voyaient rembourser en moyenne un montant moindre que celles dont les demandes visaient un nombre élevé de catégories. Une étude portant sur les utilisateurs de produits pharmaceutiques affichant des coûts élevés au Manitoba a obtenu des résultats similaires, soit que les demandeurs affichant des coûts élevés étaient plus susceptibles d'utiliser un grand nombre de médicaments que ceux dont les coûts étaient peu élevés²¹.

Chez les bénéficiaires âgés dont les demandes de remboursement visaient moins de cinq catégories de médicaments, le régime d'assurance-médicaments a déboursé moins de 500 \$ dans 70,6 % des cas et plus de 2 500 \$ dans moins de 1 % des cas (tableau 11). À l'opposé, chez les bénéficiaires âgés dont les demandes de remboursement visaient au moins 15 catégories de médicaments, le régime d'assurance-médicaments a déboursé moins de 500 \$ dans seulement 1,6 % des cas et plus de 2 500 \$ dans 67,3 % des cas. Il est à noter que les personnes dont les coûts des médicaments n'ont aucunement été remboursés par leur régime d'assurance-médicaments, mais dont les demandes de remboursement acceptées étaient couvertes par la franchise ont été incluses dans la catégorie des moins de 500 \$.

Tableau 11 Pourcentage des personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments, selon le nombre de catégories de médicaments ayant fait l'objet de demandes de remboursement et le montant des dépenses des régimes, provinces sélectionnées*, 2008

Nombre de catégories de médicaments visées par une demande de remboursement	Moins de 500 \$	500 \$ à 2 499 \$	2 500 \$ à 4 999 \$	5 000 \$ et plus
Moins de 5	70,6	28,7	0,5	0,1
5 à 9	24,5	66,4	8,3	0,9
10 à 14	6,4	57,8	30,9	4,9
15 et plus	1,6	31,1	46,8	20,5

Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009 sont l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Combien de médicaments les personnes âgées utilisent-elles?

La présente section laisse de côté les dépenses consacrées aux médicaments pour examiner les tendances en matière d'utilisation de médicaments chez les personnes âgées. L'analyse porte sur le nombre de catégories de médicaments faisant l'objet de demandes de remboursement par les personnes âgées, les combinaisons de médicaments utilisées par les personnes âgées ainsi que l'évolution du nombre et des combinaisons de médicaments en fonction de l'âge.

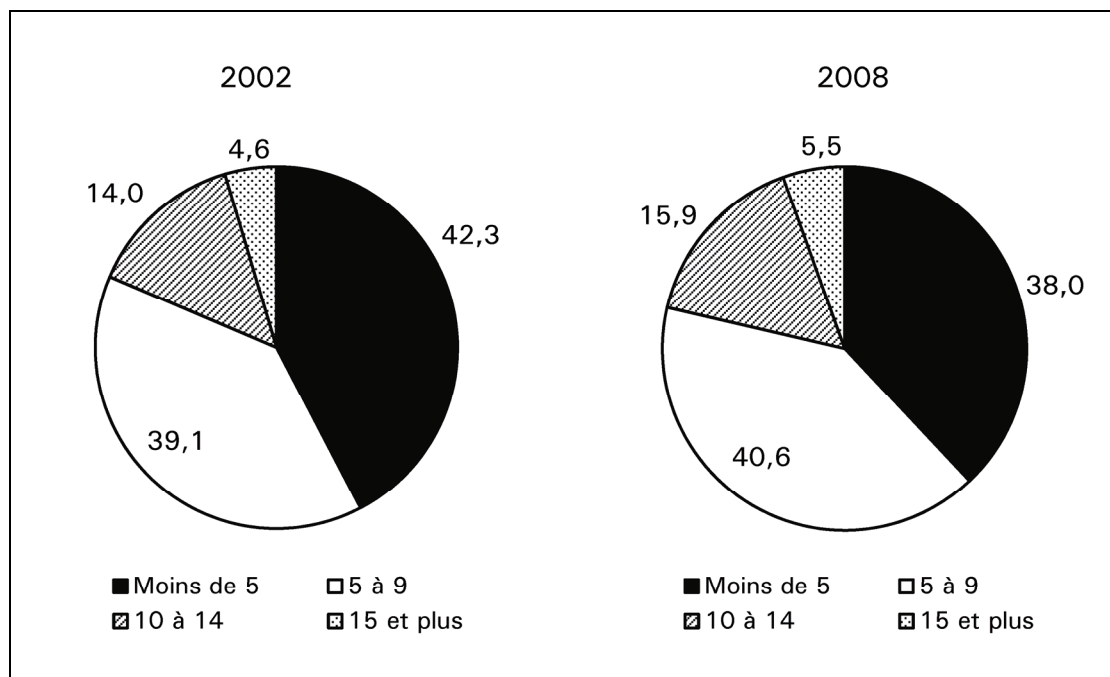
Des études antérieures ont montré que le recours à plusieurs médicaments peut accroître le risque d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses et de non-observance du traitement, autant de problèmes qui peuvent entraîner des résultats peu optimaux pour la santé. Bien que la prise de médicaments multiples soit parfois appropriée, les risques additionnels doivent être pris en considération dans le suivi du traitement médicamenteux d'un patient.

La figure 3 compare le nombre de catégories de médicaments ayant fait l'objet de demandes de remboursement en 2008 et en 2002. En 2008, 62,0 % des personnes âgées adhérant à des régimes publics d'assurance-médicaments ont présenté des demandes visant au moins 5 catégories de médicaments, tandis que 21,4 % ont produit des demandes visant au moins 10 catégories et 5,5 %, au moins 15 catégories. En 2002, 57,7 % des demandeurs âgés utilisaient des médicaments issus d'au moins 5 catégories, 18,6 % utilisaient des médicaments issus d'au moins 10 catégories et 4,6 %, d'au moins 15 catégories. Ces changements laissent croire que les personnes âgées utilisaient en moyenne davantage de médicaments en 2008 qu'en 2002^{xiii}.

Le nombre de catégories auxquelles appartiennent les médicaments consommés par une personne âgée au cours d'une année n'est pas nécessairement un indicateur du nombre de médicaments pris à un moment précis. Certains médicaments sont utilisés de façon chronique (c'est-à-dire de façon régulière pendant plusieurs mois ou sur une plus longue période), tandis que d'autres, comme les anti-infectieux, sont généralement utilisés pendant une courte période (p. ex. sept jours). De plus, cette mesure n'indique pas si le patient a utilisé un médicament de chaque catégorie dès le début de l'année ou s'il a commencé à consommer un médicament au cours de l'année. Par ailleurs, en prenant en considération le nombre de catégories de médicaments plutôt que le nombre de contrôles de médicaments pour le changement de médicaments au sein d'une même catégorie, on peut sous-estimer le nombre de médicaments consommés par une personne âgée si celle-ci utilise simultanément plus d'un médicament appartenant à une même catégorie. Dans l'ensemble, toutefois, l'incidence de ces facteurs sur les résultats de l'analyse ne semble toutefois pas considérable, puisque le nombre moyen de catégories de médicaments visées par une demande de remboursement ainsi que le nombre moyen de produits chimiques visés étaient similaires pour tous les groupes d'âge. En 2008, les personnes âgées adhérant à des régimes publics d'assurance-médicaments ont présenté des demandes de remboursement pour une moyenne de 6,5 catégories de médicaments et de 6,7 produits chimiques.

xiii. Les données de l'Île-du-Prince-Édouard sont incluses dans les chiffres de 2008, mais pas dans ceux de 2002, puisque ces données n'étaient pas disponibles avant 2004. Malgré de légères différences dans les chiffres de 2008, l'incidence globale est peu importante, puisque le nombre moyen de produits chimiques visés par des demandes de remboursement en 2008 demeure 6,7 même une fois les données de l'Île-du-Prince-Édouard exclues.

Figure 3 Pourcentage de personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments, selon le nombre de catégories de médicaments ayant fait l'objet de demandes de remboursement, provinces sélectionnées*, 2002 et 2008



Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009 sont l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard. Les données de l'Île-du-Prince-Édouard sont incluses dans les taux de 2008, mais pas dans ceux de 2002, puisque ces données n'étaient pas disponibles avant 2004.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Les combinaisons de médicaments utilisés par les personnes âgées varient également en fonction du nombre de catégories. Les tableaux 12, 13 et 14 indiquent les catégories de médicaments les plus couramment utilisées par trois groupes de personnes âgées, soit celles dont les demandes de remboursement visaient moins de 5 catégories en 2008, celles dont les demandes visaient de 5 à 14 catégories et celles dont les demandes visaient au moins 15 catégories. Aux fins de la présente l'analyse, ces trois groupes sont appelés ainsi : personnes âgées à faible utilisation, à utilisation moyenne et à utilisation élevée. Il importe de souligner que tous les chiffres présentés se rapportent aux taux d'utilisation parmi les bénéficiaires d'un même groupe et non aux taux d'utilisation de l'ensemble des bénéficiaires.

Les médicaments cardiovasculaires étaient couramment utilisés par les personnes âgées, puisque quatre catégories — statines, inhibiteurs de l'enzyme convertissant l'angiotensine à un seul composant, bêta-bloquants sélectifs et inhibiteurs calciques dihydropyridines — figurent parmi les 10 principales catégories dans les trois groupes de personnes âgées. Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) forment la seule autre catégorie commune aux trois groupes.

Comme les types de médicaments utilisés par les personnes âgées à faible utilisation variaient grandement, peu de produits chimiques présentaient un taux d'utilisation élevée au sein de ce groupe. Les statines formaient la catégorie la plus couramment utilisée chez ce même groupe, avec 21,3 % des personnes âgées ayant présenté au moins une demande de remboursement visant cette catégorie (tableau 12). Il s'agit d'un taux d'utilisation relativement faible comparativement à ceux des personnes âgées à utilisation moyenne et à utilisation élevée, qui se chiffraient à 44,5 % et à 56,9 % respectivement. Sept des dix catégories de médicaments les plus couramment utilisées par les personnes âgées à faible utilisation ont servi à traiter des maladies cardiovasculaires, dont l'hypertension artérielle dans le cas de six catégories.

Chez les personnes âgées à utilisation moyenne, les statines formaient la catégorie de médicaments la plus couramment utilisée (tableau 13). Par ailleurs, 8 des 10 catégories les plus couramment utilisées par ce groupe figuraient également parmi les 10 principales catégories de médicaments des personnes âgées à faible utilisation. Les deux catégories restantes chez les personnes à utilisation moyenne sont les alcaloïdes d'opium, utilisés pour le soulagement de la douleur, et les biguanides, utilisés dans le traitement du diabète.

Les IPP forment la catégorie de médicaments la plus couramment utilisée chez les personnes âgées à utilisation élevée (tableau 14). Le recours aux IPP augmentait substantiellement avec le nombre de catégories de médicaments consommés. Seuls 8,3 % des personnes âgées à faible utilisation ont soumis au moins une demande de remboursement visant un IPP, contre 60,8 % des personnes âgées à utilisation élevée. Les statines arrivaient au deuxième rang avec 56,9 % des personnes âgées à utilisation élevée qui ont soumis au moins une demande de remboursement visant cette catégorie de médicaments.

Plusieurs autres catégories de médicaments étaient beaucoup plus couramment utilisées par les personnes âgées à utilisation élevée que par celles à faible utilisation. L'une des principales catégories est celle des sulfamides diurétiques simples, qui servent au traitement de l'insuffisance cardiaque et de l'hypertension artérielle; ces médicaments sont consommés par seulement 1,9 % des personnes âgées à faible utilisation, mais par 53,6 % de celles à utilisation élevée.

Un grand nombre de facteurs contribuent aux différences observées dans les combinaisons de médicaments utilisés par les trois groupes de personnes âgées, notamment l'état de santé et l'âge. Chez les personnes âgées à utilisation élevée, il peut également y avoir une prévalence plus élevée de certaines affections qui peuvent nécessiter le recours à de multiples médicaments. Par ailleurs, les personnes âgées à utilisation élevée souffrent peut-être de multiples maladies chroniques, comme le diabète, l'hypertension artérielle, la polyarthrite rhumatoïde et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), des maladies dont le traitement repose souvent sur plusieurs médicaments. Il est toutefois difficile de tirer des conclusions sur les types d'affections traitées chez les personnes âgées appartenant aux trois groupes sans pousser plus loin l'analyse.

Tableau 12 Dix principales catégories de médicaments selon les taux d'utilisation chez les personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments, dont les demandes de remboursement visaient moins de cinq catégories de médicaments (personnes âgées à faible utilisation), provinces sélectionnées*, 2008

Catégorie de médicaments	Utilisations courantes	Taux d'utilisation chez les personnes âgées à faible utilisation (%)
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Taux élevé de cholestérol	21,3
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, simples	Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle	15,1
Hormones thyroïdiennes	Hypothyroïdie	11,8
Bêta-bloquants, sélectifs	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, angine (douleur à la poitrine)	9,7
Diurétiques thiazidiques, simples	Hypertension artérielle	9,4
Inhibiteurs calciques dihydropyridines	Hypertension artérielle	8,9
Inhibiteurs de la pompe à protons	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodénal	8,3
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, simples	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	7,3
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II et diurétiques	Hypertension artérielle	6,6
Bisphosphonates	Ostéoporose	5,9

Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009 sont l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 13 Dix principales catégories de médicaments selon les taux d'utilisation chez les personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments, dont les demandes de remboursement visaient de cinq à quatorze catégories de médicaments (personnes âgées à utilisation moyenne), provinces sélectionnées*, 2008

Catégorie de médicaments	Utilisations courantes	Taux d'utilisation chez les personnes âgées à utilisation moyenne (%)
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Taux élevé de cholestérol	44,5
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, simples	Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle	35,4
Bêta-bloquants, sélectifs	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, angine (douleur à la poitrine)	29,9
Inhibiteurs de la pompe à protons	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	27,1
Inhibiteurs calciques dihydropyridines	Hypertension artérielle	23,8
Hormones thyroïdiennes	Hypothyroïdie	21,5
Diurétiques thiazidiques, simples	Hypertension artérielle	18,8
Alcaloïdes naturels de l'opium	Soulagement de la douleur modérée à forte	17,7
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, simples	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	17,4
Biguanides	Diabète	16,1

Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009 sont l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 14 Dix principales catégories de médicaments selon les taux d'utilisation chez les personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments, dont les demandes de remboursement visaient au moins quinze catégories de médicaments (personnes âgées à utilisation élevée), provinces sélectionnées*, 2008

Catégorie de médicaments	Utilisations courantes	Taux d'utilisation chez les personnes âgées à utilisation élevée (%)
Inhibiteurs de la pompe à protons	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	60,8
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Taux élevé de cholestérol	56,9
Sulfamides diurétiques, simples	Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle	53,6
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, simples	Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle	49,1
Bêta-bloquants, sélectifs	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, angine (douleur à la poitrine)	46,7
Alcaloïdes naturels de l'opium	Soulagement de la douleur modérée à forte	44,8
Fluoroquinolones	Infections bactériennes	42,8
Agonistes sélectifs des récepteurs bêta-2-adrénérgiques	Prévention des crises d'asthme aiguës, emphysème, bronchite chronique	39,6
Dérivés de la benzodiazépine	Troubles anxieux	36,1
Inhibiteurs calciques dihydropyridines	Hypertension artérielle	35,9

Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009 sont l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Le tableau 15 indique que le nombre de catégories de médicaments utilisées par les personnes âgées augmentait avec l'âge. En 2008, 44,9 % des personnes âgées de 65 à 74 ans ont présenté des demandes de remboursement visant moins de 5 catégories de médicaments et 16,8 % ont produit des demandes pour au moins 10 catégories. Parmi les personnes âgées de 85 ans et plus, seuls 27,6 % ont présenté des demandes visant moins de 5 catégories de médicaments, alors que 28,6 % d'entre elles ont produit des demandes qui visaient au moins 10 catégories et 7,5 %, 15 catégories ou plus.

Tableau 15 Pourcentage des personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments, selon le nombre de catégories de médicaments ayant fait l'objet de demandes de remboursement et le groupe d'âge, provinces sélectionnées*, 2008

Nombre de catégories de médicaments visées par une demande de remboursement	Groupe d'âge		
	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
Moins de 5	44,9	32,8	27,6
5 à 9	38,3	42,6	43,8
10 à 14	12,6	18,2	21,1
15 et plus	4,2	6,4	7,5

Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009 sont l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Quels sont les médicaments utilisés par les personnes âgées et les personnes très âgées?

Les tableaux 16, 17 et 18 indiquent les catégories de médicaments les plus couramment utilisées par les personnes âgées selon leur groupe d'âge. Il importe de souligner que tous les chiffres présentés se rapportent aux taux d'utilisation parmi les bénéficiaires d'un même groupe et non aux taux d'utilisation de l'ensemble des bénéficiaires.

Les catégories de médicaments à utilisation élevée étaient plutôt semblables entre les différents groupes d'âge : 7 catégories de médicaments sur les 10 principales se trouvaient chez les trois groupes d'âge. Les inhibiteurs de la pompe à protons (généralement utilisés pour le traitement du reflux gastro-œsophagien), les statines, les inhibiteurs de l'enzyme convertissant l'angiotensine à un seul composant et les bêta-bloquants sélectifs (tous utilisés dans le traitement de maladies cardiovasculaires) faisaient partie des cinq catégories de médicaments les plus couramment utilisées par les personnes âgées de tous les groupes d'âge.

Des écarts marqués ont été observés entre les 10 principales catégories de médicaments pour tous les groupes d'âge. Les statines constituaient la catégorie de médicaments la plus couramment utilisée par les 65 à 74 ans et les 75 à 84 ans, avec un taux d'utilisation de 39,7 % pour les deux groupes. Bien que les statines étaient courantes chez les 85 ans et plus, leur taux d'utilisation était de 24,3 % pour ce groupe de demandeurs. L'utilisation de biguanides, pour le traitement du diabète, diminuait également en fonction de l'âge. Parmi les demandeurs de 65 à 74 ans, 14,0 % ont présenté des demandes de remboursement pour des biguanides, comparativement à 8,2 % chez les 85 ans et plus. Ce fait pourrait être lié à la prévalence du diabète, dont on a rapporté la diminution chez les personnes âgées de 85 ans et plus²².

L'utilisation de sulfamides diurétiques simples était nettement plus élevée chez les personnes très âgées. Cette catégorie de médicaments, utilisée dans le traitement de l'insuffisance cardiaque et de l'hypertension artérielle, était utilisée par 1,8 % des personnes âgées de 65 à 74 ans, comparativement à 27,6 % des personnes âgées de 85 ans et plus. Les fluoroquinolones, une catégorie de médicaments utilisée pour le traitement des infections bactériennes, figuraient parmi les 10 catégories les plus couramment utilisées par les personnes âgées de 85 ans et plus, même si l'augmentation de l'utilisation entre les groupes d'âge était nettement moindre.

Tableau 16 Dix principales catégories de médicaments selon leurs taux d'utilisation chez les personnes âgées de 65 à 74 ans adhérant à un régime public d'assurance-médicaments, provinces sélectionnées*, 2008

Catégorie de médicaments	Utilisations courantes	Taux d'utilisation chez les personnes âgées de 65 à 74 ans (%)
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Taux élevé de cholestérol	39,7
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, simples	Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle	27,0
Inhibiteurs de la pompe à protons	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	20,9
Bêta-bloquants, sélectifs	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, angine (douleur à la poitrine)	20,7
Hormones thyroïdiennes	Hypothyroïdie	16,4
Inhibiteurs calciques dihydropyridines	Hypertension artérielle	16,1
Alcaloïdes naturels de l'opium	Soulagement de la douleur modérée à forte	15,2
Diurétiques thiazidiques, simples	Hypertension artérielle	14,6
Biguanides	Diabète	14,0
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, simples	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	13,8

Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009 sont l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 17 Dix principales catégories de médicaments selon leurs taux d'utilisation chez les personnes âgées de 75 à 84 ans adhérant à un régime public d'assurance-médicaments, provinces sélectionnées*, 2008

Catégorie de médicaments	Utilisations courantes	Taux d'utilisation chez les personnes âgées de 75 à 84 ans (%)
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Taux élevé de cholestérol	39,7
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, simples	Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle	31,6
Bêta-bloquants, sélectifs	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, angine (douleur à la poitrine)	26,8
Inhibiteurs de la pompe à protons	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	24,1
Inhibiteurs calciques dihydropyridines	Hypertension artérielle	21,9
Hormones thyroïdiennes	Hypothyroïdie	20,4
Diurétiques thiazidiques, simples	Hypertension artérielle	16,9
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, simples	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	16,0
Alcaloïdes naturels de l'opium	Soulagement de la douleur modérée à forte	15,3
Sulfamides diurétiques, simples	Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle	14,9

Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009 sont l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 18 Dix principales catégories de médicaments selon leurs taux d'utilisation chez les personnes âgées de 85 ans et plus adhérant à un régime public d'assurance-médicaments, provinces sélectionnées*, 2008

Catégorie de médicaments	Utilisations courantes	Taux d'utilisation chez les personnes âgées de 85 ans et plus (%)
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, simples	Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle	31,7
Sulfamides diurétiques, simples	Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle	27,6
Bêta-bloquants, sélectifs	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, angine (douleur à la poitrine)	27,6
Inhibiteurs de la pompe à protons	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	25,7
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Taux élevé de cholestérol	24,3
Hormones thyroïdiennes	Hypothyroïdie	24,3
Inhibiteurs calciques dihydropyridines	Hypertension artérielle	24,2
Diurétiques thiazidiques, simples	Hypertension artérielle	16,5
Fluoroquinolones	Infections bactériennes	16,0
Nitrates organiques	Prévention et traitement de l'angine (douleur à la poitrine)	15,3

Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009 sont l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe A : Glossaire

Veillez prendre note que la définition de certains termes figurant dans ce glossaire peut varier selon la source. Les présentes définitions servent seulement à illustrer comment les termes sont utilisés dans le cadre du rapport et ne sont pas nécessairement les seules applicables.

bénéficiaire : Demandeur âgé dont une partie d'au moins une demande a été payée par un régime d'assurance-médicaments sous la forme d'une prestation.

catégorie de médicaments : Sous-groupes chimiques créés par l'Organisation mondiale de la Santé au quatrième niveau du système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC). À ce niveau, les sous-groupes sont théoriquement considérés comme des groupes de produits chimiques distincts qui agissent de la même façon dans le traitement de troubles médicaux semblables (p. ex. le sous-groupe chimique des bisphosphonates comprend des produits chimiques comme l'étidronate, l'alendronate et le risédronate).

classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) : Système de classification qui divise les médicaments en groupes selon l'organe ou l'appareil sur lequel ils agissent, ainsi que leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques.

contribution maximale : Montant maximal des dépenses en médicaments qu'un patient doit payer au cours d'une année donnée (ou d'une autre période déterminée). À partir du moment où ce maximum est atteint, le régime d'assurance-médicaments rembourse à 100 % le coût des médicaments admissibles pour le reste de l'année.

couverture publique des médicaments : Couverture des médicaments offerte aux personnes âgées (65 ans et plus) par le régime provincial, territorial ou fédéral.

demande de remboursement : Une ou plusieurs transactions, le résultat final indiquant qu'une ordonnance a été exécutée et délivrée contre paiement.

demande de remboursement acceptée : Demande de remboursement pour laquelle le régime d'assurance-médicaments accepte au moins une partie du montant, que ce soit pour remboursement ou pour l'application d'une franchise.

demande de remboursement réglée : Demande de remboursement pour laquelle le régime d'assurance-médicaments a remboursé au moins une partie du montant.

demandeur : Personne âgée (65 ans et plus) dont au moins une demande a été acceptée par un régime public d'assurance-médicaments, que ce soit pour remboursement ou pour l'application d'une franchise. Au Manitoba et en Saskatchewan, cela comprend les personnes âgées qui ont des demandes de remboursement acceptées et qui sont admissibles à un régime provincial d'assurance-médicaments, mais qui n'ont pas soumis une demande de couverture et qui, par conséquent, n'ont pas de franchise définie.

dépenses des régimes d'assurance-médicaments : Portion du coût des médicaments prescrits d'une personne âgée remboursée par un régime d'assurance-médicaments. Toute portion du coût qui est déboursée par la personne âgée ou un assureur privé n'est pas prise en compte dans ce montant, y compris le coût du médicament, les honoraires professionnels facturés par la pharmacie ou la marge de la pharmacie. (Voir l'annexe D pour plus de détails.)

dépenses totales des régimes d'assurance-médicaments : Voir *dépenses des régimes d'assurance-médicaments*.

formulaire de régime d'assurance-médicaments : Liste officielle des avantages admissibles à un remboursement en vertu d'un régime d'assurance-médicaments précis et des conditions de la couverture offerte. Dans le cadre du SNIUMP, un « avantage » signifie un médicament, un produit, des fournitures médicales, une pièce d'équipement ou un service couvert par un régime d'assurance-médicaments.

franchise : Montant total des dépenses en médicaments qu'un patient doit déboursier au cours d'une année donnée (ou d'une autre période déterminée) avant que le régime d'assurance-médicaments ne rembourse toute portion du coût des médicaments. Une franchise peut prendre la forme d'un montant fixe ou d'un pourcentage du revenu (franchise définie en fonction du revenu).

indication : Raison d'utiliser un médicament pour traiter une maladie en particulier. Par exemple, le reflux gastro-œsophagien est une indication des inhibiteurs de la pompe à protons.

interaction médicamenteuse : Modification de l'effet d'un médicament en particulier lorsqu'il est administré avec un autre médicament.

mécanismes de partage des coûts : Façons selon lesquelles les coûts d'ordonnance peuvent être partagés entre les régimes d'assurance-médicaments et leurs bénéficiaires (p. ex. quotes-parts, franchises et primes).

montant payé par bénéficiaire : Montant moyen déboursé par le régime par personne, pour laquelle le régime public a payé au moins une partie d'une demande de remboursement.

partage des coûts : Montant du coût total de l'ordonnance accepté par le régime, qui n'est pas déboursé par celui-ci (c'est-à-dire le montant du coût total de l'ordonnance accepté et payé par le bénéficiaire ou par l'intermédiaire d'un autre régime ou assureur).

patients en soins palliatifs : Patients ayant été diagnostiqués par un médecin ou une infirmière praticienne comme étant en phase terminale d'une maladie, qui connaissent leur diagnostic, qui ont pris une décision libre et éclairée à propos de leur réanimation et qui suivent un traitement axé sur des soins palliatifs et non un traitement visant la guérison.

prime : Montant que doit déboursier un patient pour adhérer à un régime d'assurance-médicaments.

province ou territoire : Autorité provinciale ou territoriale responsable du formulaire du régime d'assurance-médicaments et du financement du montant payé des demandes de remboursement acceptées.

quote-part : Portion du coût de la demande de remboursement que les patients doivent payer chaque fois. Ce peut être un montant fixe ou un pourcentage du coût total de la demande de remboursement. Lorsqu'elle est calculée selon un pourcentage du coût total, elle est également appelée « coassurance ».

quote-part maximale : Montant maximal qu'un patient doit payer par demande de remboursement.

réaction indésirable aux médicaments : Réaction nocive et non désirée à un médicament, qui se produit avec des doses normalement utilisées ou testées pour diagnostiquer, traiter ou prévenir une maladie ou pour modifier une fonction organique.

régime d'assurance-médicaments : Régime offrant à une population donnée une couverture pour les médicaments. Les régimes sont dotés de règles précises au sujet de l'admissibilité, du paiement, etc.

taux de croissance annuel moyen : Taux annuel constant auquel une valeur au début d'une période doit augmenter pour atteindre une valeur à la fin de la période compte tenu du nombre d'années composant la période en cause. (Voir l'annexe D pour plus de détails.)

Annexe B : Programmes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les régimes publics d'assurance-médicaments, consultez les sites ci-dessous.

PharmaCare de la Colombie-Britannique

www.health.gov.bc.ca/pharmacare/

Prescription Drug Program de l'Alberta

www.health.alberta.ca/AHCIP/prescription-program.html

Drug Plan de la Saskatchewan

www.health.gov.sk.ca/drug-plan-benefits

Régime d'assurance-médicaments du Manitoba

www.gov.mb.ca/health/pharmacare/index.fr.html

Régime d'assurance-médicaments de l'Ontario

www.health.gov.on.ca/english/public/program/drugs/funded_drug/funded_drug.html

Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM)

www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemedicaments/index.shtml

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

www.gnb.ca/0212/intro-f.asp

Pharmacare de la Nouvelle-Écosse

www.gov.ns.ca/health/pharmacare/

Pharmacy Services de l'Île-du-Prince-Édouard

www.gov.pe.ca/infopei/index.php3?number=1019960&lang=E

Prescription Drug Program de Terre-Neuve-et-Labrador

www.health.gov.nl.ca/health/nlpdp/newoverview.htm

Régime d'assurance-médicaments du Yukon

www.hss.gov.yk.ca/pharmacare.php

Territoires du Nord-Ouest

www.hlthss.gov.nt.ca/english/services/health_care_plan/default.htm

Nunavut

www.drugcoverage.ca/p_benefit_nu.asp

Annexe C : Systèmes de classification des médicaments

Les médicaments peuvent être analysés à l'aide de nombreux systèmes de classification. Les systèmes suivants ont été utilisés aux fins de la présente analyse :

- Le numéro d'identification du médicament (DIN) attribué par Santé Canada. À chaque DIN correspond un fabricant, une marque de commerce, un ou des ingrédients actifs, la puissance de chaque ingrédient actif et une forme dosifiée. Dans la présente analyse, les références aux médicaments ne s'appliquent qu'à la concentration propre au DIN.
- Le pseudo-numéro d'identification du médicament (PDIN) attribué par un régime d'assurance-médicaments, dans les cas où Santé Canada n'a pas attribué un DIN à un avantage. Cette situation peut avoir lieu lorsqu'un avantage n'est pas un médicament (p. ex. une bande réactive pour glycémie) ou lorsqu'il s'agit d'un composé de plusieurs médicaments, chacun ayant son propre DIN.
- Le système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la Santé, tiré de la Base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada^{xiv}.
 - Dans ce système de classification, les médicaments sont divisés en groupes selon l'organe ou l'appareil sur lequel ils agissent, ainsi que leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques.
 - Ce système ne fait pas de distinction entre la puissance, la dose, la voie d'administration ou la forme du médicament, sauf lorsque le nom l'indique (p. ex. corticostéroïde par aérosol).
 - Les médicaments sont classés en groupes répartis sur cinq différents niveaux :
 - Ils sont divisés en 14 groupes principaux (niveau 1), assortis d'un sous-groupe pharmacologique ou thérapeutique (niveau 2).
 - Les niveaux 3 et 4 sont des sous-groupes chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques.
 - Les niveaux 2, 3 et 4 sont souvent utilisés pour identifier les sous-groupes pharmacologiques lorsque ceux-ci sont plus appropriés que les sous-groupes thérapeutiques ou chimiques.
 - Le niveau 5 correspond à la substance chimique.
 - Les médicaments auxquels Santé Canada a attribué un DIN, mais qui ne sont pas associés à un code ATC, sont automatiquement classés sous le groupe ATC « non attribué ».
 - Les avantages ayant un PDIN sont automatiquement classés sous le groupe ATC « sans objet ».
 - Le cas échéant, l'ICIS peut attribuer un DIN ou un PDIN à d'autres codes ATC.

xiv. Même si, en général, Santé Canada attribue un code ATC de niveau 5 aux médicaments, il peut dans certains cas leur attribuer un code de niveau 4, voire de niveau 3.

Les dépenses des régimes d'assurance-médicaments pour les produits avec DIN et PDIN pour lesquels un code ATC n'a pas été attribué sont incluses dans les sommes totales, mais les catégories de médicaments par défaut « non attribué » et « sans objet » ne sont pas considérées comme des catégories de médicaments. Ces conditions s'appliquent à tout dénombrement de catégories de médicaments et à toute liste des 10 principales catégories (c'est-à-dire qu'elles ne sont pas incluses dans ce type de liste, même si leur utilisation ou les dépenses associées le justifient).

Annexe D : Notes méthodologiques

Sources de données

Base de données du SNIUMP

Les données sur les formulaires et les demandes de remboursement de médicaments utilisées dans la présente analyse sont tirées du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) à partir des renseignements soumis par les régimes publics d'assurance-médicaments de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard. Le SNIUMP contient des données pancanadiennes liées aux formulaires utilisés par les régimes publics, aux demandes de remboursement de médicaments et aux politiques des régimes, ainsi que des statistiques démographiques. Il est conçu de façon à fournir des données qui appuient des analyses comparatives exactes et pertinentes en vue de l'élaboration de politiques pharmaceutiques éclairées et de la gestion efficace des régimes publics d'assurance-médicaments du Canada.

Le SNIUMP comprend les demandes acceptées par les régimes publics d'assurance-médicaments, que ce soit pour remboursement ou pour l'application d'une franchise^{xv}. Les demandes de remboursement sont versées dans la base de données, que le patient ait utilisé ou non le médicament.

Le SNIUMP ne comprend pas les renseignements sur les éléments suivants :

- les ordonnances qui ont été délivrées, mais jamais exécutées;
- les ordonnances qui ont été exécutées, mais pour lesquelles les coûts des médicaments n'ont fait l'objet d'aucune demande de remboursement ou qui ont été rejetées par les régimes publics;
- le diagnostic ou l'affection à l'origine de l'ordonnance.

Les données sur les demandes de remboursement provenant de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse étaient disponibles pour les années 2002 à 2008; pour l'Île-du-Prince-Édouard, elles l'étaient de 2005 à 2008. Par conséquent, les analyses qui incluent les données sur les demandes de remboursement antérieures à 2005 excluent celles de l'Île-du-Prince-Édouard.

xv. Au Manitoba et en Saskatchewan, cela comprend les demandes de remboursement acceptées dans le cas des personnes qui sont admissibles à un régime provincial d'assurance-médicaments, mais qui n'ont pas soumis une demande de couverture et qui, par conséquent, n'ont pas de franchise définie.

Sources des données sur les demandes de remboursement soumises aux régimes publics d'assurance-médicaments des six provinces

Province ou territoire	Régime
Alberta	Blue Cross Coverage for Seniors
	Palliative Care Drug Coverage
Saskatchewan	Seniors' Drug Plan
	Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL)
	Palliative Care Drug Plan
	Special Support Program
	Plan Three Supplementary Health
Manitoba	Programme d'aide à l'emploi et au revenu
	Programme d'accès gratuit aux médicaments pour soins palliatifs
	Régime d'assurance-médicaments
	Programme de soins à domicile et de soins infirmiers
Nouveau-Brunswick	Personnes âgées
	Personnes résidant dans un établissement résidentiel autorisé
	Services familiaux et communautaires
	Personnes atteintes de sclérose en plaques
	Receveurs d'une greffe d'organe
	Personnes atteintes du VIH
	Personnes résidant dans un foyer de soins infirmiers
	Hôpital extra-mural
Nouvelle-Écosse	Drug Assistance for Cancer Patients
	Family Pharmacare
	Seniors' Pharmacare
Île-du-Prince-Édouard	Diabetes Control Program
	Family Health Benefits Program
	High Cost Drugs Program
	Nursing Home Program
	Seniors' Drug Cost Assistance Program
	Financial Assistance Program
	Quit Smoking Program

Remarques par province

Alberta

Les demandes de remboursement payées par les régimes Income Support, Alberta Adult Health Benefit, Assured Income for the Severely Handicapped et Alberta Child Health Benefit ne sont pas *soumises*. De plus, les demandes de remboursement pour les résidents d'établissements de soins de longue durée ne sont pas soumises au SNIUMP.

Saskatchewan

Les demandes de remboursement pour les DIN non publiés (c'est-à-dire les DIN qui ne figurent pas sur le formulaire du Saskatchewan Health Drug Plan) et celles payées par des programmes spéciaux, comme celles remboursées par la Saskatchewan Cancer Agency, ne sont pas soumises au SNIUMP.

Les demandes de remboursement payées par les régimes SAIL et Supplementary Health ne sont incluses dans le SNIUMP que si les DIN apparaissent sur le formulaire du Saskatchewan Health Drug Plan.

Manitoba

Les renseignements sur les produits inscrits à la partie III du formulaire du Manitoba ne sont pas soumis au SNIUMP.

Île-du-Prince-Édouard

Les demandes de remboursement payées par les régimes Child in Care, Financial Assistance, Seniors Drug Cost Assistance, Diabetes Control, Family Health Benefits, High Cost Drugs, Nursing Home, Quit Smoking et Sexually Transmitted Diseases sont soumises au SNIUMP. Les demandes de remboursement de tous les autres régimes ne sont pas soumises^{xvi}.

Méthodes de calcul

Taux de croissance annuel moyen

Le taux de croissance annuel moyen est le taux annuel constant auquel une valeur au début d'une période doit augmenter pour atteindre une valeur à la fin de la période compte tenu du nombre d'années composant la période en cause. La formule utilisée pour calculer le taux de croissance annuel moyen est la suivante :

$$(e^{(\ln(\text{valeur à la fin de la période}) - \ln(\text{valeur au début de la période})) / (T - 1)} - 1)$$

Où la constante « e » équivaut à 2,718, ce qui constitue la base du logarithme naturel, et « T » représente le nombre d'années au cours de la période.

xvi. Pour connaître la liste de tous les régimes d'assurance-médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard, consultez le document *Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits – document d'information sur les régimes*, accessible à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=GR_1302_F.

Montant moyen payé par demandeur âgé

Montant total payé par le régime d'assurance-médicaments pour les demandes de remboursement des personnes âgées au cours d'une année donnée, divisé par le nombre de personnes âgées dont les demandes ont été réglées la même année.

Dépenses des régimes d'assurance-médicaments

Le montant consacré par les régimes d'assurance-médicaments aux demandes de remboursement des personnes âgées se rapporte uniquement à la portion du coût des médicaments prescrits remboursée par le régime. Toute portion du coût qui est déboursée par la personne âgée ou par un assureur privé n'est pas prise en compte dans ce montant. Les coûts pris en compte sont le prix du médicament (coût d'achat du médicament) ainsi que les honoraires professionnels facturés par la pharmacie et la marge admissible de la pharmacie, s'il y a lieu. Les politiques déterminant les honoraires et les marges que les pharmacies peuvent facturer varient selon la province ou le territoire. Même si ces différences ont un effet sur les comparaisons des coûts entre les provinces et territoires, tous les coûts sont inclus afin de refléter le coût total des demandes de remboursement soumises par des personnes âgées aux régimes publics d'assurance-médicaments. Pour obtenir plus de renseignements sur les politiques en matière de régimes d'assurance-médicaments, y compris celles portant sur les honoraires professionnels et les marges, veuillez consulter le document *Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits — document d'information sur les régimes*.

Pourcentage de personnes âgées dont les demandes de remboursement ont été acceptées et réglées

Le *pourcentage de personnes âgées dont les demandes de remboursement ont été acceptées* s'obtient par la division du nombre de demandeurs âgés d'une année donnée par la population de personnes âgées de la province au 1^{er} juillet de la même année.

Le *pourcentage de personnes âgées dont les demandes de remboursement ont été réglées* s'obtient par la division du nombre de personnes âgées dont les demandes de remboursement ont été réglées au cours d'une année donnée par la population de personnes âgées de la province au 1^{er} juillet de la même année.

Il importe de noter que les dénominateurs utilisés aux fins des deux calculs ci-dessus comprennent les personnes âgées qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance-médicaments provincial parce qu'elles bénéficient d'une autre source d'assurance-médicaments (p. ex. en vertu de régimes fédéraux ou privés) ou parce qu'elles étaient admissibles au régime public, mais n'ont présenté aucune demande de calcul de leur franchise. Les pourcentages de personnes dont les demandes de remboursement ont été acceptées et réglées seraient plus élevés si seulement la population admissible et inscrite était prise en considération. Il importe également de souligner que le pourcentage pourrait dépasser 100 % parce que le numérateur correspond au nombre cumulatif de demandeurs pendant toute l'année et que le dénominateur est calculé à un moment précis.

Les 10 principales catégories de médicaments affichant les hausses et les baisses les plus marquées

Des dépenses totales minimales des régimes d'assurance-médicaments consacrées aux personnes âgées ont été établies pour les médicaments lors de l'élaboration de ces listes. Afin qu'une catégorie de médicaments soit considérée parmi les 10 catégories de médicaments affichant la croissance la plus rapide (tableau 5), elle devait représenter au moins 1,0 % des dépenses totales des régimes d'assurance-médicaments en 2008. Pour qu'une catégorie de médicaments soit considérée parmi les 10 catégories de médicaments affichant la baisse la plus rapide (tableau 6), elle devait représenter au moins 0,2 % des dépenses totales des régimes d'assurance-médicaments en 2008.

Restrictions

Étant donné que le SNIUMP ne contient pas de renseignements sur le diagnostic ou l'affection à l'origine de l'ordonnance, les conditions contribuant aux dépenses des régimes d'assurance-médicaments ne peuvent être déterminées avec certitude. Cependant, la détermination des indications les plus courantes pour les catégories de médicaments représentant la majorité des dépenses permet d'avoir une idée des conditions composant les principaux facteurs.

Les données pancanadiennes sur les demandes de remboursement des personnes de moins de 65 ans n'étaient pas disponibles aux fins de la présente étude; l'analyse se concentre donc sur les personnes âgées. Selon les données du SNIUMP provenant de la Saskatchewan et du Manitoba, les personnes âgées représenteraient environ 20 % de tous les demandeurs et 40 % des coûts totaux acceptés, ce qui inclut les dépenses des régimes d'assurance-médicaments et tout partage des coûts.

Annexe E : Facteurs pouvant influencer sur l'utilisation des médicaments et les dépenses en médicaments au Canada

Prix

- Changements du prix unitaire des médicaments (brevetés et non brevetés)
- Changements des marges bénéficiaires des détaillants et des grossistes et des honoraires professionnels
- Disponibilité de médicaments génériques
- Prix internationaux
- Inflation

Arrivée de nouveaux médicaments

Volume d'utilisation des médicaments

- Facteurs liés à la population
 - Changement de la taille de la population
 - Changement de la structure ou de la répartition de la population
 - Âge, sexe et origine ethnique
 - Changement de l'état de santé d'une population
 - Apparition de nouvelles maladies
 - Épidémies
 - Prévalence et gravité de la maladie
- Facteurs liés au système
 - Changements et transition associés à la réforme du système de santé
 - Possibilité de souscrire à une assurance-médicaments auprès d'un tiers
 - Changement dans les politiques et les programmes
 - Étendue des listes des médicaments assurés
 - Admissibilité et quotes-parts
- Facteurs liés à la recherche et à la technologie
 - Nouvelles méthodes de traitement
 - Médicaments remplaçant la chirurgie
 - Traitement médicamenteux contre des maladies auparavant impossibles à traiter ou sous-traitées
 - Disponibilité de technologies diagnostiques plus nombreuses ou améliorées
 - Recherche sur les résultats, stratégies de prévention ou de traitement basées sur des faits en matière de diagnostic ou de traitement
 - Utilisation de programmes et de technologies pour surveiller les patients

Facteurs pouvant influencer sur l'utilisation des médicaments et les dépenses en médicaments au Canada (suite)

- Industrie pharmaceutique
 - Mise au point de nouveaux produits pharmaceutiques (p. ex. nouveaux dosages, nouvelles formulations et présentations)
 - Promotion de médicaments auprès des médecins
 - Échantillonnage des médicaments
 - Publicité directe au consommateur
- Facteurs liés à la pratique et aux personnes (dispensateurs et consommateurs de soins de santé)
 - Changements dans les pratiques de prescription et de délivrance des médicaments
 - Nombre et combinaison de prescripteurs (spécialistes, omnipraticiens, infirmières praticiennes et autres)
 - Visites à plusieurs médecins
 - Attentes et comportements des consommateurs
 - Observance du traitement

Annexe F : Répartition de la population âgée^{xvii} et des demandeurs âgés auprès des régimes publics d'assurance-médicaments, selon le sexe et le groupe d'âge, provinces sélectionnées et Canada^{xviii}, 2008

Alberta

Sexe ou groupe d'âge	Population âgée (n = 374 248)	Demandeurs âgés (n = 339 306)
Hommes	45,0 %	44,5 %
Femmes	55,0 %	55,5 %
65 à 74 ans	53,3 %	52,2 %
75 à 84 ans	33,9 %	35,2 %
85 ans et plus	12,7 %	12,6 %

Saskatchewan

Sexe ou groupe d'âge	Population âgée (n = 151 566)	Demandeurs âgés (n = 137 909)
Hommes	43,8 %	42,5 %
Femmes	56,2 %	57,5 %
65 à 74 ans	47,7 %	45,2 %
75 à 84 ans	36,0 %	36,7 %
85 ans et plus	16,3 %	18,1 %

Manitoba

Sexe ou groupe d'âge	Population âgée (n = 166 455)	Demandeurs âgés (n = 151 641)
Hommes	43,1 %	42,0 %
Femmes	56,9 %	58,0 %
65 à 74 ans	49,1 %	47,2 %
75 à 84 ans	35,2 %	35,7 %
85 ans et plus	15,7 %	17,1 %

xvii. Les données démographiques sont tirées de Statistique Canada, Division de la démographie, totalisation spéciale, juin 2009.

xviii. Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en mars 2009.

Nouveau-Brunswick

Sexe ou groupe d'âge	Population âgée (n = 113 599)	Demandeurs âgés (n = 64 793)
Hommes	43,8 %	38,6 %
Femmes	56,2 %	61,4 %
65 à 74 ans	53,2 %	46,0 %
75 à 84 ans	33,1 %	36,2 %
85 ans et plus	13,8 %	17,8 %

Nouvelle-Écosse

Sexe ou groupe d'âge	Population âgée (n = 144 446)	Demandeurs âgés (n = 98 923)
Hommes	43,6 %	38,9 %
Femmes	56,4 %	61,1 %
65 à 74 ans	53,6 %	48,8 %
75 à 84 ans	32,6 %	34,9 %
85 ans et plus	13,8 %	16,4 %

Île-du-Prince-Édouard

Sexe ou groupe d'âge	Population âgée (n = 21 130)	Demandeurs âgés (n = 18 206)
Hommes	44,0 %	42,5 %
Femmes	56,0 %	57,5 %
65 à 74 ans	53,8 %	51,4 %
75 à 84 ans	32,5 %	34,8 %
85 ans et plus	13,7 %	13,9 %

Canada

Sexe ou groupe d'âge	Population âgée (n = 4 563 119)	Demandeurs âgés (s.o.)
Hommes	44,0 %	s.o.
Femmes	56,0 %	s.o.
65 à 74 ans	52,7 %	s.o.
75 à 84 ans	34,4 %	s.o.
85 ans et plus	12,8 %	s.o.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Care in Canada 2008 [Les soins de santé au Canada 2008]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.
2. Institut canadien d'information sur la santé, *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2009 [Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2008]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.
3. S. Morgan et coll., *The Canadian Rx Atlas, 2nd Edition*, Vancouver (C.-B.), Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique, 2008.
4. Statistique Canada, « Census Snapshot of Canada—Population, Age and Sex », *Canadian Social Trends*, n° 84 (2007), p. 37-38.
5. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, *Pharmaceutical Trends Overview Report [Rapport sommaire sur les tendances des prix des médicaments (traduction en cours)]*, Ottawa (Ont.), CEPMB, 2006.
6. S. Morgan et coll., « Breadth, Depth and Agreement Among Provincial Formularies in Canada », *Health Care Policy*, vol. 4, n° 4 (2009): p. e162-e184.
7. A. H. Anis et coll., « A Dog's Breakfast: Prescription Drug Coverage Varies Widely Across Canada », *Medical Care*, vol. 39, n° 4 (2001): p. 315-326.
8. J.-P. Grégoire et coll., « Inter-Provincial Variation in Government Drug Formularies », *Canadian Journal of Public Health [Revue canadienne de santé publique]*, vol. 92, n° 4 (2001), p. 307-312.
9. K. MacDonald et K. Potvin, « Inter-Provincial Variation in Access to Publicly Funded Pharmaceuticals: A Review Based on the WHO Anatomical Therapeutic Classification System », *Canadian Pharmacists Journal*, vol. 137, n° 7 (2004), p. 29-34.
10. Institut canadien d'information sur la santé, *How Common Are the Provincial/Territorial Public Drug Formularies? National Prescription Drug Utilization Information System (NPDUIS) Formulary Bulletin*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2005.
11. Statistique Canada, Division de la démographie, tableaux spéciaux (2009).
12. British Columbia Pharmaceutical Service Division, *Annual Performance Report 2006*, Victoria (C.-B.), BCPSD, 2007.
13. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, *2007/2008 Interim Report Card for the Ontario Drug Benefit Program*, Toronto (Ont.), MSSLD, 2009.

14. Régie de l'assurance maladie du Québec, *St@TRAMQ—Tableau AM.10, 2008*, dernière modification en 2008. Consulté le 17 septembre 2009. Internet : <https://www.prod.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/CDF_DifsnInfoStats/CDF1_CnsullInfoStatsCNC_iut/RappPDF.aspx?TypeImpression=pdf&NomPdf=CCB4R01A_AM10_2008_0_0.PDF>.
15. C. Jackevicius et coll., « Long Term Trends in Use of and Expenditure for Cardiovascular Medications in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 181, n° 1-2 (2009), p. E19-E28.
16. Santé Canada, *New Restrictions on the Use of Rosiglitazone Products Due to Cardiac Safety Concerns (Avandia, Avandamet, Avandaryl) [Nouvelles restrictions concernant l'emploi des produits contenant de la rosiglitazone en raison de préoccupations en matière d'innocuité cardiaque (Avandia, Avandamet et Avandaryl)]*, dernière modification le 6 novembre 2007. Consulté le 5 novembre 2009. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/prof/_2007/avandia_hpc-cps_5-eng.php>.
17. Santé Canada, *Merck Sharp & Dohme (MSD) Announces Voluntary Worldwide Withdrawal of VIOXX® (Rofecoxib)—Merck Frosst Canada Ltd [Merck Sharp & Dohme (MSD) annonce le retrait volontaire de VIOXX® (rofécoxib) à l'échelle mondiale — Merck Frosst Canada Ltd]*, dernière modification le 10 août 2009. Consulté le 5 novembre 2009. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/prof/_2004/vioxx_2_ltp-lp-eng.php>.
18. Institut canadien d'information sur la santé, *Hormone Replacement Therapy: An Analysis Focusing on Drug Claims by Female Seniors, 2000 to 2007 [Traitement hormonal substitutif : analyse des demandes de remboursement présentées par les femmes âgées, 2000 à 2007]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.
19. Institut canadien d'information sur la santé, *Bisphosphonates in Osteoporosis: An Analysis Focusing on Drug Claims by Seniors, 2001 to 2007 [Les bisphosphonates et l'ostéoporose : une analyse des demandes de remboursements des médicaments par les personnes âgées, 2001 à 2007]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.
20. Institut canadien d'information sur la santé, *Proton Pump Inhibitors: An Analysis Focusing on Drug Claims by Seniors, 2001 to 2008 [Utilisation de l'inhibiteur de la pompe à protons par les personnes âgées : une analyse des demandes de remboursement de médicaments, 2001 à 2008]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.
21. A. Kozyrskyj et coll., *High Cost Users of Pharmaceuticals: Who Are They?*, Winnipeg (Man.), Manitoba Centre for Health Policy, Université du Manitoba, 2005.
22. Agence de la santé publique du Canada, *Diabetes in Canada: Highlights From the National Diabetes Surveillance System, 2004–2005 [Le diabète au Canada : faits saillants du Système national de surveillance du diabète 2004-2005]*, dernière modification le 23 avril 2008. Consulté le 5 novembre 2009. Internet : <<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/dicndss-dacsnsd-04-05/index-eng.php>>.

