

---

## **Les Canadiens et l'accès à une assurance-médicaments de prescription**

### **Sommaire**

**Soumis à :** Santé Canada

**Par :** Applied Management  
en association avec  
Fraser Group  
Tristat Resources

**Date :** Mars 2000

---

## SOMMAIRE

### MANDAT

La plupart des Canadiens ont une assurance ou une autre qui couvre leurs médicaments de prescription. Ils bénéficient d'assurances-médicaments prévues dans les programmes gouvernementaux, de régimes privés offerts par leurs employeurs ou encore de régimes individuels. La conception des régimes provinciaux, territoriaux, fédéraux et privés, leurs règles d'admissibilité et les frais à la charge des assurés varient beaucoup.

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) de Santé Canada a financé cette étude de l'accès à une assurance-médicaments au Canada et l'analyse de la non-assurance et de la sous-assurance.

Le rapport d'étude comprend deux volumes. Le premier volume décrit les caractéristiques de conception des régimes d'assurance-médicaments publics et privés, y compris des questions liées aux règles d'admissibilité, aux accords financiers, aux quotes-parts et aux franchises. Il décrit également les prestations, les critères d'admissibilité et les coûts des divers types d'assurances et traite de la situation particulière des personnes et des familles suivant leur province de résidence, leur situation socio-économique et leurs besoins en médicaments.

Le deuxième volume évalue la proportion de Canadiens assurés en 1998 pour l'achat de médicaments de prescription et la qualité de leurs assurances en déterminant combien de personnes étaient mal assurées ou pas assurées du tout.

### MÉTHODOLOGIE ET SOURCES DE DONNÉES

Nous avons adopté une méthodologie qui combinait des données tirées d'enquêtes de Statistique Canada telles que l'« Enquête sur les horaires et les conditions de travail » et des données administratives tirées de régimes d'assurance-médicaments gouvernementaux et privés afin de créer une base de données de projet qui fournit un modèle de la population canadienne et les détails de ses régimes d'assurance-médicaments pour l'année 1998.

Les sources de données incluent également les suivantes :

- Une enquête sur tous les régimes et programmes publics fédéraux, provinciaux et territoriaux offrant une assurance ou d'autres formes de couverture pour des médicaments de prescription;
- Une base de données, établie à partir des régimes, sur 40 850 employeurs ayant moins de 1 000 employés et représentant au total 1,1 million de personnes;
- Une base de données exclusive, tenue à jour par Applied Management, sur 295 gros employeurs représentant 2 millions de personnes;

## Sommaire

- Des entrevues auprès d'organisations nationales représentant des personnes atteintes d'une maladie grave ou dont l'état de santé entraînent souvent des dépenses de médicaments élevées.

## GAMME ET ÉTENDUE DES ASSURANCES

Il existe différentes façons d'accéder à une assurance-médicaments de prescription, y compris par le biais de régimes collectifs privés souscrits par l'employeur et de programmes gouvernementaux.

Régimes privés	Régimes gouvernementaux
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régimes de prestations aux employés</li> <li>• Polices d'assurance individuelles</li> <li>• Régimes collectifs reposant sur un lien (par ex., étudiants d'université, associations professionnelles)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indiens inscrits et Inuits et Innus admissibles</li> <li>• Anciens combattants</li> <li>• Aînés</li> <li>• Bénéficiaires d'aide sociale</li> <li>• Populations en établissement (de santé ou correctionnel)</li> <li>• Programmes universels offerts à tous les résidents</li> </ul>

La Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Manitoba assurent tous leurs résidents.

Au Québec, la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) assure tous les résidents québécois dont l'employeur n'offre pas de régime d'assurance-médicaments.

Le Programme de médicaments Trillium de l'Ontario est un programme de prestations fondées sur un examen du revenu qui couvre tous les résidents de la province dont les dépenses de médicaments sont élevées par rapport à leur revenu.

Même s'il n'existe pas de programme universel comme tel en Alberta, les résidents de cette province qui ne sont pas assurés du tout peuvent souscrire une assurance dans le cadre d'un programme spécial du gouvernement. Même si cette assurance est facultative, le fait qu'elle soit offerte sur demande indépendamment de l'état de santé antérieur de la personne (sous réserve d'une période d'attente de trois mois) fournit aux résidents de l'Alberta une certaine protection universelle.

Les provinces de l'Atlantique assurent la plupart de leurs aînés et de leurs bénéficiaires d'aide sociale.

Toutes les provinces offrent des programmes aux personnes atteintes de certaines maladies entraînant des dépenses de médicaments élevées.

La plupart des employés bénéficient d'un régime d'assurance-médicaments de l'employeur pour eux-mêmes et pour leurs personnes à charge.

Les Indiens inscrits et les Inuits et les Innus admissibles bénéficient d'une assurance grâce au programme fédéral des Services de santé non assurés (SSNA), destiné à répondre à leurs besoins en médicaments non couverts par un régime gouvernemental provincial ou territorial.

Les anciens combattants admissibles bénéficient d'un régime du ministère des Anciens Combattants qui comprend des prestations pharmaceutiques pour une affection ouvrant droit à pension. En ce qui concerne les autres traitements, les anciens combattants doivent s'adresser aux programmes provinciaux qui leur sont offerts.

## CONCEPTION DES RÉGIMES

Même si les primes sont le principal moyen de financer les régimes privés, seules deux provinces, le Québec et la Nouvelle-Écosse, font payer des primes d'assurance à leurs résidents. L'Alberta et le Nouveau-Brunswick ont pris des dispositions pour que les personnes non admissibles au régime provincial puissent être couvertes par un régime privé. Ces primes varient de moins de 200 \$ à près de 700 \$ par an.

Près de la moitié des régimes privés (45 p. 100) privés n'exigent aucune contribution des employés, tandis que les autres obligent les employés à en payer une partie des frais.

On appelle franchise la somme que l'assuré doit payer avant d'avoir droit à un remboursement. En Colombie-Britannique, en Saskatchewan, au Manitoba et en Ontario, les franchises annuelles prévues par les régimes gouvernementaux sont élevées pour la plupart des résidents. Les provinces abaissent généralement leur montant pour les aînés et des bénéficiaires d'aide sociale ou les calculent en fonction du revenu.

Environ 80 p. 100 des régimes privés prévoient une franchise de moins de 50 \$ et plus de la moitié (52 p. 100) n'en exigent aucune.

La quote-part ou la coassurance est la proportion du coût total d'une ordonnance payée par la personne assurée une fois la franchise dépassée. La plupart des régimes des gouvernements provinciaux imposent une quote-part, sauf dans certains cas, notamment dans celui des ordonnances délivrées pour des enfants bénéficiant d'une aide sociale. Aucun des programmes fédéraux ne comporte de quote-part.

Environ 29 p. 100 des régimes privés ne prévoient aucune quote-part. Dans le cas des régimes où il existe une quote-part, elle est le plus souvent de 20 p. 100 pour l'employé et 80 p. 100 pour le régime.

La plupart des gouvernements provinciaux ont pris des dispositions afin de limiter le montant total de la quote-part et de la franchise à la charge des assurés. Ce n'est pas aussi fréquent dans les régimes privés, sauf au Québec, où la législation plafonne pour le montant des frais à la charge de l'assuré.

Les régimes gouvernementaux fournissent généralement à leurs bénéficiaires une carte d'assurance-médicaments qui leur permet d'obtenir leurs médicaments à la pharmacie en ne payant que le montant de la quote-part ou de la franchise.

La plupart des régimes privés adoptent le système des cartes d'assurance-médicaments. En 1998, ils étaient un peu moins de 40 p. 100 à fournir ce type de carte à leurs assurés.

La transférabilité des prestations est limitée. Les personnes couvertes par un régime provincial ou territorial perdent généralement leur assurance si elles changent de province (ou de territoire) et elles doivent attendre trois mois avant d'être admissibles au régime de leur nouvelle province ou de leur nouveau territoire. Les adhérents à un régime privé perdent généralement leur assurance lorsque leur emploi prend fin et ils peuvent être tenus de respecter une période d'attente chez leur nouvel employeur avant d'être admissibles à son régime ou encore être privés de prestations s'ils deviennent chômeurs.

## **CONCEPTION DES FORMULAIRES ET DÉFINITION DES PRESTATIONS**

Une fois que le Programme des produits thérapeutiques (PPT) de Santé Canada en a approuvé la vente au Canada, un médicament peut être prescrit par les médecins et délivrés par les pharmaciens. Les régimes d'assurance-médicaments provinciaux, territoriaux et fédéraux peuvent décider de payer le médicament, de le payer sous certaines conditions ou de ne pas le payer du tout. Chaque palier a élaboré des critères pour l'établissement de sa liste de médicaments, et les médicaments qui seront payés varieront énormément d'une province ou d'un territoire à un autre.

Même si la plupart des régimes privés n'ont pas établi de liste bien précise de médicaments qu'ils paieront, de plus en plus d'employeurs adoptent un « formulaire géré » et ne paient que les produits inscrits sur une liste bien définie.

Un peu moins de 20 p. 100 des régimes privés ont adopté cette approche.

## **FRAIS À LA CHARGE DES ASSURÉS/BÉNÉFICIAIRES**

Le rapport analyse la situation de divers groupes socio-économiques et le montant que leurs membres déboursent personnellement pour un panier bien défini de médicaments.

Il existe d'énormes différences entre les régions quant au montant du remboursement qu'une personne reçoit d'un régime provincial ou territorial, suivant son lieu de résidence et sa situation socio-économique. Un couple âgé ne bénéficiant pas de prestations de soutien du revenu et dont les dépenses de

médicaments s'élèvent à environ 2 000 \$ par an peut, par exemple, n'être aucunement remboursé ou être remboursé en partie ou intégralement, suivant l'endroit où il vit.

## **INCIDENCES FINANCIÈRES POUR LES PERSONNES DONT LES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS SONT ÉLEVÉES**

Les Canadiens qui souffrent de certaines maladies, comme le diabète, les maladies rénales en phase terminale, la sclérose en plaques ou la schizophrénie, par exemple, font face à des dépenses de médicaments élevées. D'après les entretiens réalisés avec des associations représentant plusieurs groupes de personnes atteintes de certaines maladies et une analyse de leurs dépenses et de leur assurance, il est évident que les personnes les plus susceptibles d'être couvertes par une assurance suffisante incluent :

- Les jeunes adultes, de sexe féminin surtout;
- Les gens atteints d'une maladie ayant des répercussions négatives sur leur employabilité;
- Les gens atteints d'une maladie qui entraîne une invalidité;
- Les gens atteints d'une maladie pour laquelle les options en matière de traitement ont toujours été limitées, mais pour lesquels il existe depuis peu de nouvelles pharmacothérapies, parfois coûteuses.

Des gouvernements provinciaux ont mis sur pied des programmes bien précis afin de répondre aux situations particulières que créent bon nombre de ces maladies. Cependant, les règles d'admissibilité et les prestations offertes varient d'une province à l'autre.

Que ces personnes bénéficient d'un régime d'assurance-médicaments privé ou qu'elle aient droit à une aide gouvernementale, les quotes-parts et les franchises dans la plupart des provinces peuvent être élevées. De même, lorsque les régimes privés prévoient des garanties maximales annuelles ou à vie, les assurés peuvent retarder le début d'un traitement pour ne pas dépasser les limites fixées.

## **ÉVALUATION DE LA SOUS-ASSURANCE**

Nous utilisons trois méthodes pour définir une situation de « sous-assurance » ou d'assurance insuffisante.

### **Indice de l'assurance à partir du premier dollar**

Cette méthode permet d'évaluer le montant qui serait remboursé à une personne pour des dépenses de médicaments s'élevant à 1 000 \$ (frais de délivrance compris) survenant au cours d'une année civile. Comme nous exprimons ce montant sous forme de pourcentage, 100 p. 100 équivalent à un remboursement intégral. Nous définissons la sous-assurance comme étant toute valeur se situant entre 1 et 64 p. 100 inclusivement.

## Indice de l'assurance jusqu'au dernier dollar

La deuxième méthode est celle de l'indice de l'assurance jusqu'au dernier dollar, qui mesure le degré de protection des assurés en cas de dépenses catastrophiques. Cette méthode permet d'évaluer le montant qui serait remboursé à une personne sur les derniers 1 000 \$ pour 50 000 \$ de dépenses de médicaments survenues au cours d'une année civile. Tout comme dans le cas de l'indice de l'assurance à partir du premier dollar, cet indice est exprimé en pourcentage, 100 p. 100 équivalant à un remboursement intégral du coût différentiel. Pour cet indice, une situation de sous-assurance est toute valeur inférieure à 100 p. 100.

## Indice de la capacité de payer

Enfin, nous utilisons une mesure appelée indice de la capacité de payer. Il s'agit du pourcentage du revenu familial brut qu'une personne devrait payer de sa poche pour des dépenses de médicaments atteignant 1 000 \$ au cours d'une année civile. Les personnes qui paient plus de 2,5 p. 100 de leur revenu brut pour des médicaments sont considérées comme étant sous-assurées, et plus de 4,5 p. 100, comme non assurées.

## Résumé des échelles de mesure

	Dépenses courantes	Dépenses catastrophiques	Capacité de payer
Outil de mesure	Indice du premier dollar	Indice du dernier dollar	Indice de la capacité de payer
Définition	Proportion des 1 000 premiers dollars de dépenses de médicaments annuelles couverte par le régime	Proportion des 1 000 \$ situés entre 49 000 \$ et 50 000 \$ de dépenses de médicaments annuelles couverte par le régime	Montant déboursé personnellement pour 1 000 \$ de dépenses de médicaments assurés par le régime divisé par le revenu familial brut
Intégralement assurés =	100 p. 100	100 p. 100	0 p. 100
Sous-assurés =	64 p. 100 ou moins	99 p. 100 ou moins	2,5 p. 100, mais moins de 4,5 p. 100
Non assurés =	0	0	4,5 p. 100 ou plus

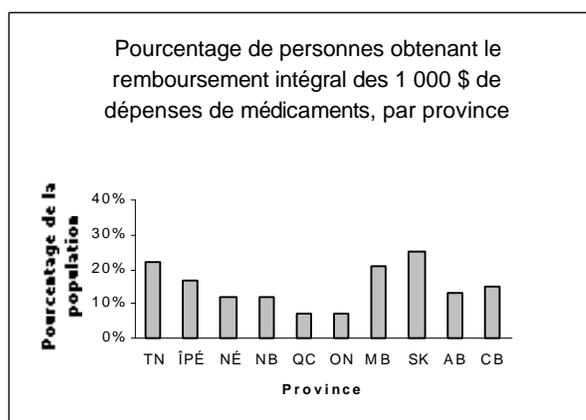
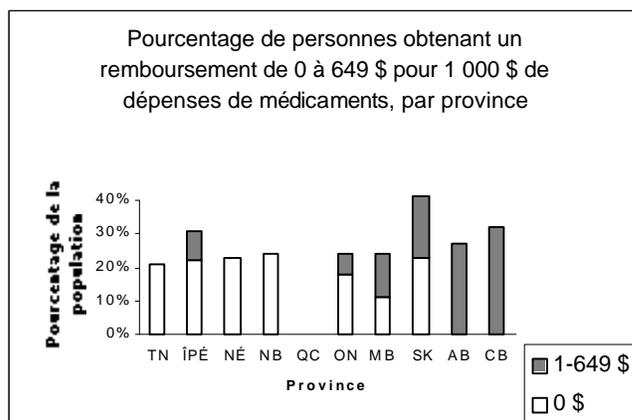
## INDICE DE L'ASSURANCE À PARTIR DU PREMIER DOLLAR (DÉPENSES COURANTES)

En tout, 90 p. 100 de la population est assurée pour les dépenses de médicaments courantes. Dans 11 p. 100 des cas, l'assurance prévoit un remboursement intégral et dans 69 p. 100 des cas, elle comporte

des quotes-parts modérées. Enfin, 10 p. 100 des Canadiens (3 millions) sont sous-assurés (débourse personnellement 35 p. 100 ou plus du coût de leurs dépenses de médicaments) et 10 p. 100 (3 millions) ne sont pas assurés. Ces pourcentages varient sensiblement suivant les caractéristiques démographiques.

### Province de résidence

- Il n'y a pas de Québécois non assuré ou sous-assuré (autrement dit, à qui l'on rembourse moins de 650 \$ pour 1 000 \$ de dépenses de médicaments). C'est cependant au Québec, ainsi qu'en Ontario, que la proportion de personnes ayant une assurance prévoyant un remboursement intégral est la moins élevée (7 p. 100).
- En Alberta et en Colombie-Britannique, il n'y a pas de résident non assuré, mais 27 et 32 p. 100 respectivement des résidents sont sous-assurés. Globalement, 41 p. 100 des résidents de la Saskatchewan sont sous-assurés, mais c'est aussi dans cette province que la proportion de personnes ayant une assurance prévoyant un remboursement intégral est la plus élevée du pays (25 p. 100). Au Manitoba, la proportion de personnes ayant une assurance prévoyant un remboursement intégral est similaire (21 p. 100), mais celle des résidents sous-assurés et non assurés est inférieure (24 p. 100).
- Dans les provinces de l'Atlantique, la proportion de gens ayant une assurance prévoyant un remboursement intégral varie de 12 à 22 p. 100.



### Âge

- La couverture selon l'âge est assez constante. Les variations les plus notables se produisent dans les catégories plus âgées, à l'intérieur desquelles la sous-assurance et la non-assurance sont les plus fréquentes dans le groupe des 55 à 64 ans (27 p. 100), mais retombent à 4 p. 100 dans le groupe des 65 ans et plus, car les régimes provinciaux et territoriaux couvrent ce dernier.

Parallèlement, toutefois, comme les personnes de plus de 65 ans ont normalement quitté le marché du travail, l'assurance à partir du premier dollar fondée sur l'emploi est moins fréquente chez elles. C'est donc dans leur groupe que la proportion de personnes ayant une assurance prévoyant un remboursement intégral est la moins élevée (5 p. 100).

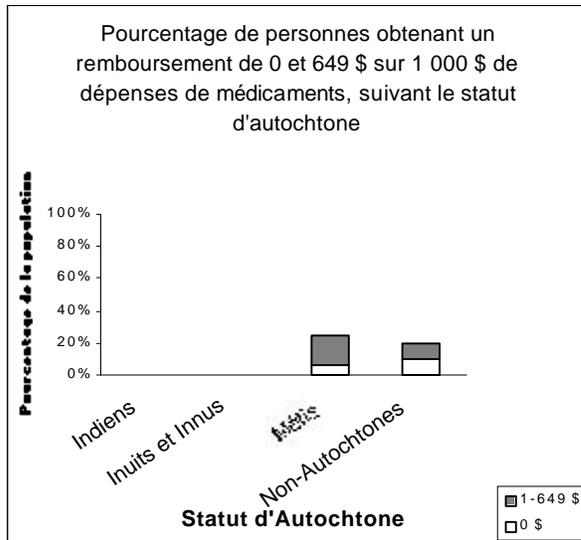
- C'est chez les 18 à 24 ans que le niveau de sous-assurance est le plus élevé (14 p. 100). La proportion combinée de membres non assurés et sous-assurés dans ce groupe (25 p. 100) n'est inférieure qu'à celle des membres du groupe des 55 à 64 ans (27 p. 100).

### **Situation par rapport au marché du travail**

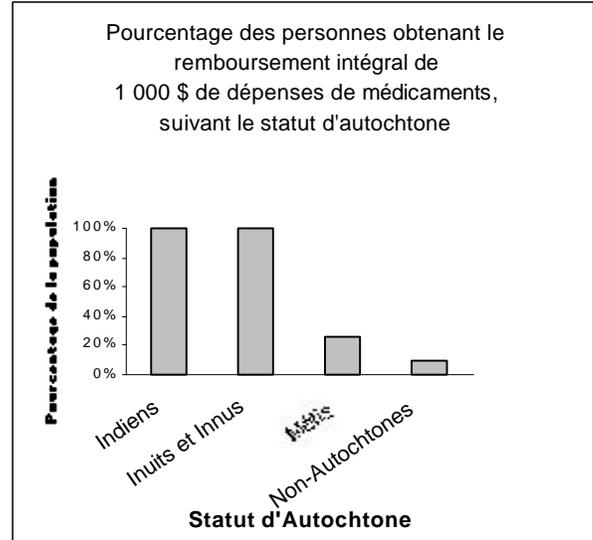
- Même si la proportion de personnes non assurées diffère peu entre les employés à plein temps et les employés à temps partiel (11 p. 100 c. 12 p. 100), la proportion de celles recevant un remboursement limité (de 1 à 649 \$) est un peu supérieure chez celles qui travaillent à temps partiel (13 p. 100 c. 9 p. 100).
- C'est chez les personnes qui n'appartiennent pas à la population active que la proportion de sous-assurées et de non-assurées est la moins élevée (14 p. 100), en raison de la proportion élevée d'aînés et de bénéficiaires d'aide sociale que l'on trouve dans ce groupe.
- La proportion de personnes intégralement remboursées diffère cependant peu d'une province à l'autre. Les estimations varient de 8 p. 100 parmi les personnes ne travaillant pas à 12 p. 100 parmi celles qui sont employées à plein temps.

### **Statut d'autochtone**

- Les Indiens inscrits et les Inuits et les Innus admissibles sont assurés à 100 p. 100 pour toutes leurs dépenses de médicaments, comparé à 26 p. 100 des Métis et des Indiens non inscrits et 9 p. 100 des non-autochtones.
- Vingt-cinq pour cent (25 p. 100) des Métis et des Indiens non inscrits ne sont pas assurés ou sont sous-assurés (6 p. 100 ne reçoivent aucun remboursement pour 1 000 \$ de dépenses de médicaments et 19 p. 100 reçoivent de 1 à 649 \$ pour des dépenses de médicaments comparables), tandis que 10 p. 100 des non-autochtones ne sont pas assurés et 10 p. 100 sont sous-assurés.



Nota : Les Métis incluent les Métis et les Indiens non inscrits.



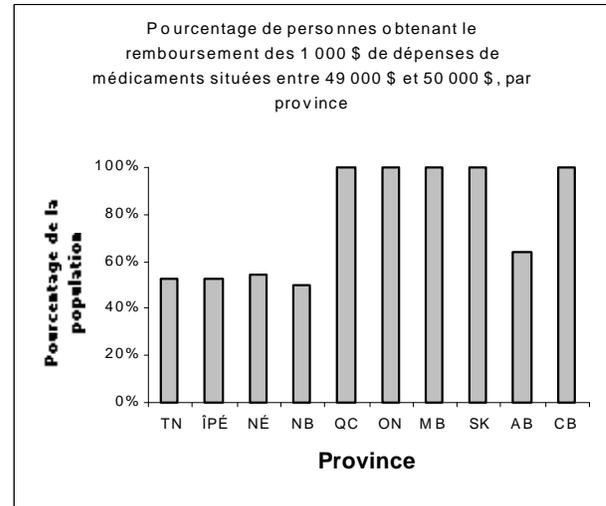
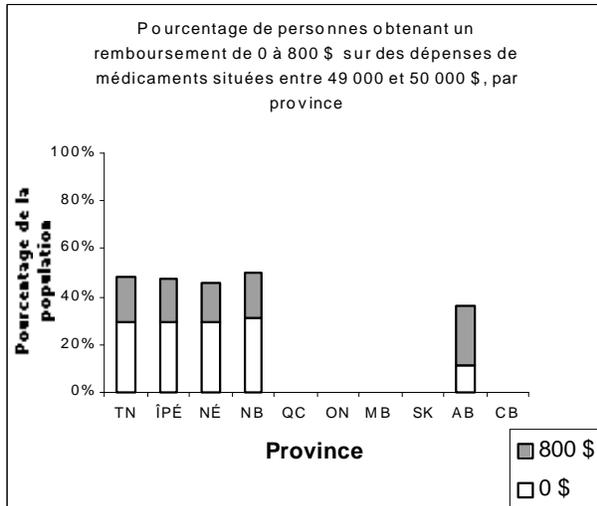
Nota : Les Métis incluent les Métis et les Indiens non inscrits.

## INDICE DE L'ASSURANCE JUSQU'AU DERNIER DOLLAR (DÉPENSES CATASTROPHIQUES)

Par opposition à l'indice de l'assurance à partir du premier dollar, les niveaux de remboursement pour l'indice de l'assurance jusqu'au dernier dollar se résument à relativement peu de valeurs. Le niveau d'assurance le plus courant est un remboursement de 100 p. 100 offert à environ 93 p. 100 des Canadiens. À peu près 4 p. 100 des Canadiens bénéficient d'un régime qui prévoit une quote-part de l'assuré de 20 p. 100 généralement. Par ailleurs, 3 p. 100 des Canadiens ne sont pas assurés pour des dépenses de médicament très élevées.

### Province

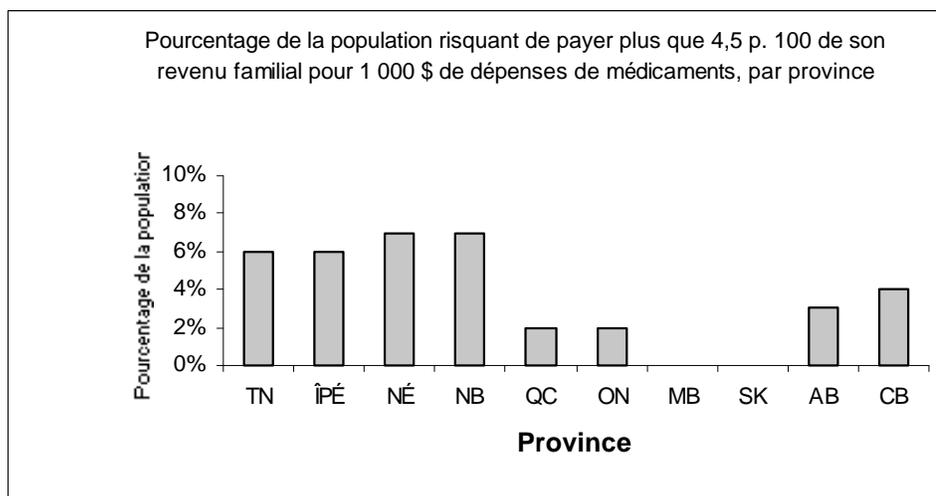
La province de résidence est le principal facteur influant sur la couverture qu'on mesure à l'aide de l'indice de l'assurance jusqu'au dernier dollar. Les autres facteurs socio-démographiques ont peu d'incidences.



- Les résidents du Québec, de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique ont tous droit au remboursement intégral des dépenses de médicaments très élevées. Dans les autres provinces, 50 à 64 p. 100 de la population est sous-assurée ou n'est pas assurée pour des dépenses de médicaments catastrophiques.
- Dans les provinces de l'Atlantique, environ 30 p. 100 de la population n'est pas assurée pour des dépenses de médicaments élevés.

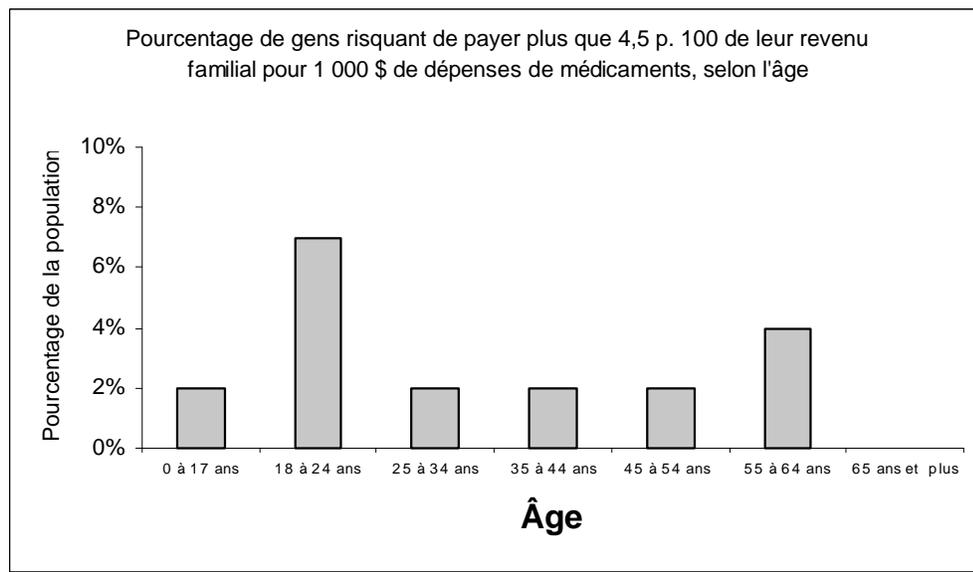
## INDICE DE LA CAPACITÉ DE PAYER

Dans l'ensemble, 2 p. 100 des Canadiens devraient payer plus de 4,5 p. 100 de leur revenu familial brut s'ils avaient besoin de 1 000 \$ de médicaments.



- L'indice de la capacité de payer diffère d'une province à une autre. Dans les quatre provinces de l'Atlantique, 6 à 7 p. 100 des résidents pourraient avoir à payer plus que 4,5 p. 100 de leur revenu familial s'ils avaient besoin de 1 000 \$ de médicaments. Les programmes de prestations fondés sur un examen du revenu en place au Manitoba, en Saskatchewan et en Ontario garantissent généralement qu'aucun de leurs résidents ne paiera plus que 4,5 p. 100 de son revenu familial pour des dépenses de médicaments de 1 000 \$. (Aucun résident du Manitoba dont le revenu est inférieur à 15 000 \$ ne paie plus de 2 p. 100, tandis que les autres résidents ne paient pas plus de 3 p. 100. Aucun résident de la Saskatchewan ne paie plus que 3,4 p. 100.)

Les groupe des 18 à 24 ans est le groupe d'âge dont les membres risquent le plus (7 p. 100) de payer de leur poche l'achat de médicaments, et ils sont suivis le groupe des 55 à 64 ans (4 p. 100). Moins de 1 p. 100 des aînés seraient exposés à des répercussions de ce niveau.



## RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

- Un grand nombre de programmes offrent aux Canadiens une assurance-médicaments. Les programmes gouvernementaux visent généralement des segments de population qui en ont davantage besoin en raison de leur âge, de leur revenu ou de leur état de santé. Les régimes des employeurs offrent des indemnisations concurrentielles.
- Les régimes privés fournissent généralement une assurance qui s'accompagne de franchises et de quotes-parts inférieures à celles des régimes gouvernementaux.
- Les régimes gouvernementaux sont plus susceptibles que les régimes privés de limiter le montant total des quotes-parts et de protéger ainsi davantage financièrement les assurés dont les dépenses de médicaments sont élevées.
- On relève des différences régionales importantes quant à l'admissibilité à un régime d'assurance-médicaments gouvernemental. Ainsi, les habitants du Canada atlantique sont relativement moins nombreux que ceux des autres régions à être admissibles à l'assurance fournie par un tel régime.
- Des familles au revenu et aux besoins médicaux similaires bénéficient de prestations de régime gouvernemental dont les niveaux varient beaucoup selon la province où elles résident.
- Les régimes gouvernementaux ont investi beaucoup d'efforts dans des mécanismes de contrôle des coûts tels que la négociation des prix, la mise au point de systèmes de paiement par voie électronique et les formulaires gérés. Les régimes privés adoptent de plus en plus beaucoup de ces stratégies.
- Il existe quelques mécanismes destinés à garantir la continuité d'une assurance lorsque des changements dans la situation des assurés influent sur leur admissibilité à un régime, surtout dans le cas des personnes qui dépendent d'un régime de l'employeur et qui déménagent d'une province à une autre.
- Bien des personnes dont les dépenses de médicaments sont élevées, les aînés en particulier, sont couvertes par les régimes d'assurance-médicaments gouvernementaux en cas de perte financière catastrophique. Dans les provinces et les territoires où il n'existe pas de programme gouvernemental universel, les personnes autres que les aînés doivent supporter un lourd fardeau financier, à moins de bénéficier d'une assurance par le biais de leur emploi. Cependant, il est souvent difficile de garder un emploi lorsque l'on est gravement malade.
- Les Canadiens bénéficiant d'assurances-médicaments d'une multitude de régimes publics et privés qui se chevauchent, il n'y a pas de déterminant simple de la sous-assurance et de la non-assurance.

**Sommaire**

---

- La province de résidence est ce qui permet de déterminer le plus sûrement si une personne bénéficie d'une assurance suffisante pour couvrir des dépenses de médicaments catastrophiques.
- Le fait d'être couvert par un régime collectif offert par l'employeur (directement ou en tant que membre de la famille) ou d'être un aîné, un bénéficiaire d'aide sociale ou un Inuit/Innu/Indien inscrit sont les principaux facteurs permettant de déterminer si une personne est suffisamment assurée pour ses dépenses courantes de médicaments.
- Même si la taille de la population non assurée ou sous-assurée varie selon ce que l'on estime être une assurance suffisante, plusieurs groupes paraissent moins susceptibles d'être suffisamment assurés :
  - Les résidents des provinces de l'Atlantique autres que ceux inscrits à des programmes gouvernementaux ciblés (les aînés et les bénéficiaires d'aide sociale) et à des régimes collectifs offerts par les employeurs ne sont aucunement protégés contre des dépenses de médicaments catastrophiques.
  - Dans toutes les provinces, sauf au Québec, les personnes qui travaillent à temps partiel ou qui exercent un métier ou une profession faiblement rémunérée risquent davantage de ne pas être assurés ou d'être sous-assurés, comparé à l'ensemble de la population de moins de 65 ans, pour les dépenses courantes de médicaments en raison des taux de couverture inférieurs que prévoient pour eux les régimes collectifs des employeurs.
  - Dans la plupart des provinces, le nombre de personnes de 55 à 64 ans qui sont assurées est, de toute évidence, réduit puisque ces adultes commencent à se retirer de la population active, sont moins susceptibles de bénéficier d'un régime collectif de l'employeur et ne remplissent pas encore les conditions pour être admissibles à un programme pour aînés.
- Dans l'ensemble, environ 90 p. 100 des Canadiens sont assurés d'une manière ou d'une autre pour leurs dépenses de médicaments.
  - Onze pour cent (11 p. 100) des Canadiens peuvent obtenir des médicaments de prescription courants sans rien payer de leur poche. Les programmes d'aide sociale ou les régimes collectifs des employeurs comprennent normalement une assurance prévoyant un remboursement intégral.
  - Par ailleurs, 69 p. 100 des Canadiens bénéficient d'un régime d'assurance-médicaments dont les franchises et les quotes-parts sont relativement modérées.

**Sommaire**

---

- Dix pour cent sont assurés mais pourraient être considérés comme sous-assurés parce que leur régime leur rembourserait moins de 35 p. 100 des dépenses sur 1 000 \$ qu'ils dépenseraient pour acheter des médicaments au cours d'une année civile.
- Environ 10 p. 100, ou 3 millions, sont considérés comme des Canadiens non assurés pour les dépenses courantes de médicaments parce qu'ils ne bénéficient d'aucun régime d'assurance ou bénéficient d'un régime qui n'assurerait que des dépenses annuelles de médicaments supérieures à 1 000 \$.
- S'ils ont besoin de médicaments anormalement coûteux, 93 p. 100 des Canadiens peuvent bénéficier d'une combinaison de régimes d'assurance-médicaments publics et privés qui leur garantirait une protection suffisante pour éviter de graves difficultés financières. Environ 4 p. 100 de la population serait considérée sous-assurée, car leur assurance ne rembourserait qu'une partie de leurs factures de médicaments. Les 3 p. 100 restants ne sont pas assurés.
- Cinq provinces (le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique) n'ont ni politique ni programme public qui garantisse à tous leurs résidents le remboursement intégral de leurs dépenses de médicaments catastrophiques si ces dépenses dépassent un certain seuil bien défini. Les programmes gouvernementaux de l'Alberta offrent aux résidents de cette province une protection importante, et les résidents albertains qui choisissent de ne pas s'inscrire à ces programmes peuvent cependant bénéficier d'une protection réduite. Plus de 25 p. 100 des résidents des provinces de l'Atlantique n'ont aucune assurance contre des dépenses de médicaments catastrophiques et, par ailleurs, 25 p. 100 des résidents de ces provinces pourraient être considérés comme sous-assurés.
- Parmi les personnes à faible revenu, ce sont les bénéficiaires d'aide sociale qui sont bien assurés pour leurs dépenses courantes de médicaments, tandis que les « petits salariés » risquent davantage dans toutes les provinces, sauf au Québec, d'être sous-assurés ou de ne pas être assurés sur ce plan.
- C'est chez les aînés que les niveaux de non-assurance et de sous-assurance sont les moins élevés, en raison de l'existence dans chaque province de programmes provinciaux ciblés. Étant donné, cependant, que ces programmes s'accompagnent de quotes-parts, dans la plupart des provinces, c'est également chez les aînés que la couverture prévoyant un remboursement intégral est la moins élevée.
- Les autochtones qui sont des Indiens inscrits ou des Inuits et des Innus admissibles bénéficient d'une très bonne assurance par le biais du programme fédéral des SSNA. Les Métis et les Indiens non inscrits risquent davantage que la population non autochtone d'être sous-assurés ou de ne pas être assurés.