



# FACTEURS ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS CHEZ LES FEMMES\*

Jennifer Payne, M.Sc., Robert Cho, Marie Desmeules, M.Sc. (Santé Canada), Ineke Neutel, Ph.D. (SCO Health Services Inc.)

## Remerciements :

Les auteurs souhaitent remercier Rose Odili, B.Pharm., de sa contribution; elle a réparti les groupes de médicaments sélectionnés qui ont été utilisés dans le cadre de l'analyse dans les catégories de médicaments sur ordonnance et de médicaments en vente libre.

## Historique

Les chercheurs ont démontré que, même si les femmes vivent habituellement plus longtemps que les hommes, [1, 2] elles semblent être malades plus souvent [1, 3-6] et avoir recours aux services de soins de santé [1, 3, 4, 7, 8] et aux médicaments [9-14] plus fréquemment que les hommes. Au Canada, l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) menée en 1996 et 1997 révèle qu'une plus grande proportion de femmes âgées de 12 ans ou plus consommaient des médicaments par rapport aux hommes du même âge, et que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de prendre un ou deux médicaments, mais ne semblaient pas susceptibles de consommer trois médicaments simultanément. [1] De même, les données provenant d'autres pays tels que les États-Unis, [15, 16] le Royaume-Uni [17] et l'Australie [18] ont démontré que les femmes consommaient plus de médicaments que les hommes et avaient plus souvent recours aux autres services de soins de santé. La raison motivant l'utilisation supérieure des services de soins de santé et des médicaments n'est pas claire, mais plusieurs hypothèses ont été avancées.

La consommation élevée de médicaments chez les femmes peut être associée à des consultations plus fréquentes chez le médecin. Les témoignages donnent à penser que les femmes consultent plus souvent le médecin que les hommes [1, 3, 7, 8] et ont plus souvent recours aux autres services diagnostiques (p. ex. tests de laboratoire, vérification de la tension artérielle, prescriptions) que les hommes. [1, 4, 8, 10] De plus, les femmes sont plus susceptibles d'avoir un médecin de famille régulier, [1, 4, 7] ce qui peut faciliter l'accès aux services de soins de santé. Certains chercheurs ont découvert que les femmes consultent vraisemblablement pour des raisons non symptomatiques (préventives). [8]

---

\* Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, de l'Institute canadien d'information sur la santé ou de Santé Canada.



Selon toute probabilité, les femmes ressortiront d'une consultation chez le médecin avec une prescription. Verbrugge et Steiner, utilisant les données du *1975 National Ambulatory Care* aux États-Unis, ont étudié la prescription de médicaments pour les femmes et les hommes qui se plaignaient des mêmes symptômes ou dont le diagnostic médical était le même. Ils ont découvert que les femmes obtenaient des prescriptions plus fréquemment que les hommes, une différence qui n'a pu être expliquée par les différences médicales de l'état de santé. [8] Certains éléments indiquent que les attentes du patient, de même que les caractéristiques du médecin, comme l'année d'obtention du diplôme et le sexe, peuvent avoir une incidence sur le fait qu'une prescription est donnée ou non. [12, 19] Mintzes et ses collègues [20] ont découvert que les patients qui demandaient une prescription étaient plus susceptibles d'en obtenir une (rapport de cote [RC] 8,7, intervalle de confiance [IC] de 95 p. 100 5,4, 14,2) que ceux qui n'en faisaient pas la demande.

Il est possible que les femmes consomment plus de médicaments parce que celles-ci présentent un taux de prévalence plus élevé de maladies chroniques, [1, 2, 13] plus particulièrement les conditions douloureuses telles que l'arthrite et les maladies squeletto-musculaires. [14] Dans le cadre de l'ENSP de 1996-1997, 18 % des femmes ont déclaré avoir des problèmes d'arthrite ou de rhumatisme, comparativement à 10 % des hommes. [1, 3, 21]

Puisque 16 % des femmes en âge de procréer prennent des anovulants et 11 % des femmes plus âgées ont recours à l'hormonothérapie, [1, 3] l'usage des hormones pourrait également expliquer la consommation plus élevée de médicaments chez les femmes.

D'autres ont fait valoir que le recours accru aux services de soins de santé chez les femmes pourrait être lié à leur rôle social, plus particulièrement les rôles de gardiennage, ce qui les rend (i) plus conscients et plus sensibles aux questions de santé ; (ii) plus disposées à rechercher une aide professionnelle ; (iii) plus appelées à suivre les conseils qui leur sont données. [4] Dans la documentation, l'emploi et le mariage (avoir un conjoint) sont associés à une meilleure santé. [22] Cependant, bien que les femmes sans partenaire qui travaillent et ont des enfants fassent état d'une moins bonne santé que leurs pairs sans enfant, le fait d'avoir des enfants semble ne pas faire de différence chez les femmes mariées ayant un employé. [4]

En général, le nombre de prescriptions et la consommation de médicaments augmentent avec l'âge. Tant la proportion de la population ayant recours à la médication que le nombre de médicaments consommés augmentent avec l'âge. [1, 3] À tout âge, à partir de 20 ans, les femmes consomment plus de médicaments que les hommes. [23] Cependant, le ratio femme-homme (F-H) décroît avec l'âge. De

**nombreux chercheurs ont démontré que le ratio F-H, pour ce qui est de la consommation de médicaments sur ordonnance, est plus élevé chez les femmes plus jeunes et diminue chez les groupes plus âgés. [4, 7]**

**Le présent chapitre traite de l'étendue du lien entre les rôles sociaux (être un parent, un conjoint, un travailleur) ainsi que les facteurs démographiques et les autres facteurs de risque d'une part, et la consommation de médicaments de l'autre, classés dans la catégorie de médicaments sur ordonnance et dans la catégorie de médicaments en vente libre chez les adultes de 20 ans ou plus. Dans le cadre des analyses principales, les hormones ont été exclues puisqu'il est établi que les femmes en consomment plus que les hommes. [1, 3]**

## Méthodes

### Données

Les données des ENSP menées en 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 ont été utilisées pour comparer la proportion de femmes et d'hommes de 20 ans et plus qui consomment « tout type de médicaments », « en vente libre » et « sur ordonnance ». Les données, dans le cadre de cette analyse, sont fondées sur la question suivante : « Au cours des deux derniers jours, combien de médicaments avez-vous consommés? » Cette question n'a été posée qu'aux personnes qui avaient répondu avoir pris des médicaments pendant le mois antérieur. Les données ont été pondérées pour tenir compte de la population canadienne et de l'âge selon les normes établies à l'égard de la population canadienne de 1991.

Cependant, les données de l'ENSP menée en 1996-1997 ont été utilisées pour la plupart des analyses, en raison de l'échantillon de 61 879<sup>†</sup> répondants, qui offre des évaluations plus précises que les autres cycles de l'ENSP. Compte tenu du ralliement des provinces au projet, le cycle de l'ENSP de 1996-1997 est plus grand que les autres cycles de l'ENSP ou que le module sur les médicaments de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), un module qu'ont choisi seulement 29 des 136 régions, ou 25 % de l'échantillon. En outre, toutes les régions ayant choisi le module sur les médicaments de l'ESCC sont en Ontario. Pour cette analyse plus détaillée, on a utilisé les données provenant du rappel à l'égard des médicaments consommés pendant les deux derniers jours de l'ENSP de 1996-1997 (voir l'annexe A pour obtenir des détails sur les méthodes de collecte des données). Dans le cadre de cette composante, les répondants fournissaient le nom des médicaments selon l'étiquette apposée sur la boîte, le tube, la bouteille ou le récipient. Selon Neutel et Walop, cette méthode assurait une meilleure précision quant aux médicaments utilisés que la méthode selon laquelle les répondants fournissent des réponses aux questions en fonction des médicaments ou des catégories de maladie. [24] Une sous-catégorie a été créée afin de classer les médicaments en vente libre et les médicaments sur ordonnance<sup>‡</sup>.

<sup>†</sup> La taille de cet échantillon représente environ 7 500 enregistrements dans lesquels les données détaillées sur les médicaments consommés dans les deux jours n'ont pas été codifiées.

<sup>‡</sup> Les médicaments fondés sur les codes du Système de classification ATC (Système de classification anatomique thérapeutique chimique pour les produits médicaux) – remèdes contre les maux d'estomac, laxatifs, analgésiques, médicaments contre la toux et le rhume, médicaments contre les allergies, médicaments contre le diabète (insuline et hypoglycémifiants oraux), médicaments pour le cœur, médicaments contre la tension artérielle (y compris les diurétiques), antibiotiques, médicaments contre les troubles thyroïdiens et médicaments contre l'asthme – ont été mis dans la catégorie de médicaments sur ordonnance ou dans la catégorie de médicaments en vente libre



### Consommation de médicaments par variable sélectionnée

On a comparé la consommation de médicaments en vente libre et sur ordonnance entre les femmes et les hommes selon les déterminants de santé potentiels choisis et on a calculé le ratio femmes-hommes. Dans cette partie de l'analyse, on a tenu compte des rôles de parent, de partenaire et de travailleur. Les rôles de parent et de gardienne d'enfant ont été considérés si la personne vivait dans une maison familiale avec des enfants de moins de six ans, et la comparaison a été faite avec ceux qui n'avaient pas d'enfants de moins de six ans. On a utilisé trois catégories de situation de famille : marié-conjoint de fait, marié antérieurement et célibataire ou jamais marié. Les deux premières catégories ont été comparées avec la dernière. En ce qui concerne la situation professionnelle, les personnes qui travaillaient au moment de l'enquête et qui avaient travaillé pendant les 12 mois antérieurs ont été comparées à celles qui n'avaient pas travaillé pendant les 12 mois antérieurs.

D'autres variables ont été prises en considération, notamment la région géographique, le lieu urbain ou rural, le niveau de scolarité (comprenant deux et quatre catégories), la suffisance du revenu (fondée sur le revenu familial, ainsi que sur le nombre de personnes dans le ménage, divisé en quatre quartiles), le statut d'immigrant, les douleurs ressenties déclarées (quatre niveaux : aucune douleur, douleurs légères, douleurs modérées et douleurs aiguës), le soutien social (échelle à cinq points), les activités physiques (régulièrement, à l'occasion, rarement), l'accès à l'assurance-médicaments, l'accession à la propriété, la perception de l'état de santé (les échelles à deux et cinq catégories ont été utilisées), la perception du stress (moins que d'habitude, comme d'habitude et plus que d'habitude), la présence de dépression, la présence de maladies chroniques (aucune, une ou deux et plus de deux) et le nombre de consultations chez le médecin (aucune ou une, de deux à quatre et cinq ou plus). Ces données ont été pondérées pour tenir compte de la population canadienne et de l'âge selon les normes établies à l'égard de la population canadienne de 1991.

On a examiné la tendance en matière de consommation de médicaments chez les personnes de plus de 20 ans selon le nombre de consultations chez le médecin (aucune ou une, de deux à quatre et cinq ou plus). L'étude a été effectuée relativement aux médicaments en vente libre, aux médicaments sur ordonnance et aux médicaments spécifiques dans ces catégories. Contrairement aux données présentées au tableau 4, les données figurant au tableau 5 n'étaient pas normalisées selon l'âge; cependant, le tableau fournit des catégories spécifiques de médicaments obtenus sur ordonnance et de médicaments en vente libre aux fins de comparaison.

### Analyse à plusieurs variables

On a procédé à une analyse à plusieurs variables pour étudier le lien entre des variables socio-démographiques sélectionnées et l'utilisation de médicaments sur ordonnance seulement, ainsi que l'utilisation combinée de médicaments sur ordonnance et en vente libre. La variable binaire des résultats a été fondée sur la consommation d'au moins un médicament sur ordonnance sélectionné au cours des deux jours antérieurs. L'analyse s'est limitée aux personnes de 20 à 54 ans puisque très peu de femmes et d'hommes de 55 ans ou plus ont des enfants de moins de six ans. Les déterminants éventuels comprenaient les rôles sociaux déjà décrits, ainsi que le niveau de scolarité, la suffisance du revenu adéquat, le nombre de maladies chroniques, le nombre de consultations chez le médecin, la douleur perçue, l'état de santé perçue (deux niveaux), l'accession à la propriété, l'assurance-médicaments et l'âge.

L'établissement des modèles a été effectué en trois étapes. Dans la première étape, le modèle intégral a été mis en application, y compris les paramètres d'interaction pour le sexe et le statut familial, l'emploi, la condition parentale et les études. Tous les paramètres de non-interaction ont été retenus dans le modèle, ainsi que tous les paramètres d'interaction importants d'un niveau  $p < 0,05$ . Les interactions entre le sexe et les études et entre la situation de famille et le travail étaient importantes. Compte tenu de l'interaction considérable sur le plan du sexe du répondant, les hommes et les femmes ont fait l'objet d'un modèle distinct au cours de la deuxième étape, dans ce cas, avec des paramètres d'interaction pour les études et la situation de famille, l'emploi et la condition parentale. Tous les paramètres de non-interaction ont été retenus dans le modèle, ainsi que tous les paramètres d'interaction importants d'un niveau  $p < 0,05$ . Puisque les paramètres d'interaction relativement aux études étaient considérables

pour les femmes et les hommes, le niveau de scolarité inférieur (n'ayant pas obtenu un diplôme d'études secondaires et de niveau secondaire) et le niveau d'études supérieur (études postsecondaires et personnes diplômées) ont fait l'objet d'un modèle distinct. Par conséquent, quatre modèles à plusieurs variables distincts ont été mis en application. Le modèle intégral a été mis en application dans chaque cas afin de faciliter la comparaison. Aucune tentative n'a été faite en vue de trouver le meilleur modèle. Les erreurs de données ont été évaluées sur la base des limites de confiance de Wald de 95 %, déterminées en utilisant la pondération de la population remise à l'échelle de la taille de l'échantillon. Bien que ce processus ne tienne pas compte de la stratification ou du groupement du plan de sondage, il assure un meilleur calcul de la variance et tient compte des probabilités inégales de sélection.

## Résultats

### Tendances en matière de consommation de médicaments

Le tableau 1 indique les proportions de femmes et d'hommes de 20 ans ou plus qui ont déclaré avoir pris des médicaments et le nombre moyen de médicaments pris, tant par ceux qui ont consommé tout médicament que par ceux qui ont consommé au moins un médicament, pendant les trois périodes de l'ENSP prises en considération. Pour chacune des trois périodes, plus de femmes que d'hommes ont consommé des médicaments. En outre, il n'y a pas eu de changements importants dans la proportion d'hommes ou de femmes ayant déclaré avoir consommé des médicaments au cours des trois périodes de 1994-1995 à 1998-1999. Une sous-section de médicaments, divisée par médicaments sur ordonnance et médicaments en vente libre, a été examinée de la même manière; ces données figurent aux tableaux 2 et 3.

On a calculé le ratio F-H du nombre moyen de « tout médicament » pris et le nombre moyen de médicaments pour ceux qui consomment « au moins un médicament ». Bien que le nombre moyen de personnes qui consomment « tout médicament » soit plus élevé chez les femmes, le ratio F-H est similaire chez ceux qui consomment « au moins un médicament ». Les ratios étaient similaires au cours des trois périodes. On a examiné les médicaments sur ordonnance et ceux en vente libre séparément, et calculé les ratios F-H.

### Déterminants sélectionnés en matière de consommation de médicaments

Le tableau 4 indique la proportion normalisée selon l'âge des femmes et des hommes et les ratios F-H relativement à la consommation déclarée de médicaments en vente libre et de médicaments sur ordonnance par une gamme de facteurs sociaux et démographiques. Pour les deux groupes de médicaments, la proportion évaluée de femmes est plus élevée que les hommes dans la plupart des catégories. Comme on peut le prévoir, la proportion de femmes et d'hommes ayant déclaré consommer des médicaments augmente avec la douleur, le nombre de maladies chroniques, la perception d'un état de santé affaibli, la baisse du revenu et la hausse du nombre de consultations chez le médecin. Les immigrants sont moins enclins à déclarer qu'ils consomment des médicaments.

On ne connaît pas clairement la relation entre la consommation de médicaments déclarée et les variables telles que la région géographique, le soutien social, l'activité physique et les études. Les données donnent aussi à penser que les modèles de consommation peuvent différer selon le groupe de médicaments. Le ratio F-H pour le groupe de médicaments sur ordonnance est habituellement plus élevé que pour le groupe de médicaments en vente libre dans la plupart des catégories. En outre, les ratios F-H sont plus élevés lorsqu'on prévoit une consommation de médicaments vraisemblablement moindre; par exemple, en l'absence de maladie chronique, chez les groupes de personnes plus jeunes, lorsque les consultations chez le médecin sont moins fréquentes et lorsque la santé est perçue comme excellente. Le ratio F-H à l'égard de la consommation de médicaments sur ordonnance parmi les personnes n'éprouvant « aucune douleur » est de 1,39, comparativement à 0,74 chez les personnes qui disent souffrir de douleurs « aiguës ». De même, pour la catégorie « santé perçue comme excellente », le ratio est de 1,62, comparativement à 1,07 pour la catégorie « santé perçue comme mauvaise ».



### Tendance de consommation de médicaments (en vente libre et sur ordonnance) par nombre de consultations chez le médecin

Le tableau 5 indique la proportion de femmes et d'hommes qui ont déclaré consommer des médicaments en vente libre ou sur ordonnance par nombre de consultations chez le médecin. Comme on pouvait le prévoir, l'utilisation de médicaments (en vente libre et sur ordonnance) croît chez les hommes et chez les femmes avec le nombre de consultations chez le médecin. Cependant, comme l'indique le tableau 4, le ratio F-H est plus élevé tandis que l'on s'attendrait à une consommation de médicaments moins élevée : le ratio est plus élevé dans la catégorie « aucune ou une consultation » et moins élevé dans les consultations supérieures à cinq. De plus, cette relation semble plus forte pour les médicaments sur ordonnance que pour les médicaments en vente libre.

### Analyse à plusieurs variables

Les tableaux 6 et 7 présentent les résultats des analyses à plusieurs variables relativement à l'association entre les deux groupes de consommation de médicaments, les médicaments sur ordonnance seulement et les médicaments sur ordonnance et en vente libre, et un groupe sélectionné de variables sociales et démographiques.

#### Mariage et famille

La probabilité de consommation déclarée de médicaments varie en fonction du sexe, de la structure familiale et de la catégorie de médicaments consommés. Dans les modèles rajustés, l'examen de la relation entre la consommation de médicaments et les variables sélectionnées, le fait d'être marié n'a aucune incidence sur la consommation de médicaments chez les femmes (qu'il s'agisse du groupe de médicaments sur ordonnance et de médicaments en vente libre ou du groupe de médicaments sur ordonnance seulement). Cependant, dans le groupe des médicaments sur ordonnance et des médicaments en vente libre, chez les femmes ayant un niveau de scolarité supérieur, celles qui ont déjà été mariées semblaient consommer plus de médicaments, RC de 1,44 (IC de 1,20, 1,75), par rapport à leurs homologues célibataires, et dans le groupe des médicaments sur ordonnance, les femmes dont le niveau de scolarité est inférieur ayant déclaré avoir déjà été mariées sont moins enclines à consommer des médicaments, RC de 0,57 (IC de 0,37, 0,88), que leurs homologues célibataires. Pour ce qui est des deux catégories de consommation de médicaments, le fait d'être marié réduit les chances de consommation de médicaments chez les hommes ayant un niveau de scolarité supérieur et les augmente chez ceux dont le niveau de scolarité est inférieur, comparativement à leurs pairs célibataires.

Le fait d'avoir un ou plusieurs enfants âgés de moins de six ans dans le ménage est associé à une probabilité réduite de consommation de médicaments chez les femmes dont le niveau de scolarité est supérieur dans les deux groupes de médicaments consommés. Les rapports de cotes sont de 0,81 (IC 0,67, 0,98) dans le groupe de médicaments sur ordonnance et de 0,67 (IC 0,58, 0,77) dans le groupe des médicaments sur ordonnance et des médicaments en vente libre. Dans les analyses de médicaments sur ordonnance et de médicaments en vente libre, les femmes et les hommes ayant un niveau de scolarité inférieur sont plus susceptibles de consommer des médicaments que leurs pairs sans enfant (RC de 1,48, IC de 1,17, 1,87, et RC de 1,34, IC de 1,06, 1,70, respectivement). Le fait d'avoir un ou plusieurs enfants âgés de moins de six ans dans le ménage n'a pas d'incidence sur les chances de consommer des médicaments chez les hommes ayant un niveau de scolarité supérieur.

#### Emploi et revenu

Dans la catégorie de consommation des médicaments sur ordonnance et des médicaments en vente libre, les analyses donnent à penser que le chômage augmente les probabilités de consommation de médicaments chez les hommes ayant un niveau de scolarité inférieur par rapport à leurs homologues occupant un emploi (RC 1,50, IC 1,12, 2,00), tandis que les probabilités de consommation de médicaments diminuent chez les femmes ayant un revenu élevé et ayant un revenu inférieur (RC 0,82, IC 0,71, 0,95, et RC 0,75, IC 0,63, 0,90 respectivement). Dans la catégorie d'utilisation de médicaments sur ordonnance seulement, le chômage est associé aux hausses marquées de probabilité de consommation de médicaments chez les hommes ayant un niveau de scolarité supérieur et inférieur

(RC 1,83, IC 1,36, 2,47, et RC 1,47, IC 1,02, 2,13, respectivement), mais n'a pas d'incidence sur les femmes. Lorsqu'on analyse séparément les groupes de personnes sans emploi et de travailleurs (les données ne sont pas montrées), il n'y a pas de lien entre le sexe et la consommation de médicaments dans le groupe des personnes sans emploi, mais dans le groupe des travailleurs, les femmes avaient beaucoup plus recours aux médicaments, RC 1,19 (IC 1,07, 1,33).

Dans le groupe des médicaments sur ordonnance, le revenu adéquat familial semble ne pas être lié à la probabilité de consommation de médicaments chez les femmes dont le niveau de scolarité est inférieur. Chez les femmes ayant un niveau de scolarité supérieur, un revenu adéquat inférieur est lié à une probabilité plus élevée de consommation de médicaments. Dans le groupe des hommes dont le niveau de scolarité est supérieur, les probabilités de consommation de médicaments baissent parallèlement au revenu adéquat, tandis que chez les hommes ayant un niveau de scolarité inférieur et un revenu adéquat inférieur, les probabilités sont plus élevées.

Dans le groupe des médicaments sur ordonnance et des médicaments en vente libre, le revenu adéquat déclaré n'est pas associé aux probabilités de consommation de médicaments chez les femmes dont le niveau de scolarité est supérieur; chez les femmes ayant un niveau de scolarité inférieur, les probabilités d'avoir recours aux médicaments augmentent à mesure que le revenu adéquat baisse. Chez les hommes de niveau de scolarité supérieur, on observe une faible baisse de la probabilité de consommer des médicaments lorsque le revenu adéquat baisse. D'un autre côté, le fait de ne pas avoir d'assurance-médicaments semble réduire de manière considérable les probabilités de consommation déclarée de médicaments chez les hommes et chez les femmes dont le niveau de scolarité est supérieur, et augmenter les chances de consommation de médicaments chez les hommes ayant un niveau de scolarité inférieur dans les deux catégories de médicaments utilisés.

### Variables liés à la santé

Le fait de croire que l'on est en bonne santé est associé à la réduction des probabilités de consommation de médicaments chez les quatre groupes d'analyse et dans les deux groupes de médicaments utilisés. Comme il y a tout lieu de croire, la consommation déclarée de médicaments augmente avec le nombre plus élevé de maladies chroniques, de consultations chez le médecin et avec l'âge dans les quatre groupes.

## Discussion

Nos données donnent à penser que la proportion de personnes ayant déclaré avoir consommé des médicaments dans chaque groupe d'âge et le nombre moyen de médicaments consommés par personne sont demeurés stables entre 1994-1995 et 1998-1999. Par conséquent, l'augmentation de la consommation de médicaments des personnes ne semble pas avoir contribué à la hausse en flèche des dépenses liées aux médicaments sur ordonnance (totalisant 12,3 milliards de dollars en 2001-2002). [26]

Plus de femmes que d'hommes dans toutes les catégories déclarent consommer des médicaments, et les résultats sont conformes à la documentation. [4, 27] Cependant, pour les personnes qui prennent un ou plusieurs médicaments, le ratio F-H est d'environ 1, ce qui laisse supposer que le nombre moyen de médicaments pour les hommes et les femmes est similaire. L'un des résultats les plus intéressants de cette étude a été le ratio F-H paradoxalement plus élevé pour les catégories à l'égard desquelles on aurait pu s'attendre à une consommation de médicaments moins élevée. Ce ratio F-H supérieur relativement à l'utilisation des services de soins de santé dans des situations dont le risque semblait faible a été énoncé ailleurs. [4] Verbrugge a noté que les différences de sexe à l'égard des mesures en matière de santé prises dans les cas de maladies qui mettent la vie en danger étaient minimes, mais, par contraste, on constatait que les états de santé non mortels et incommodants permettaient de révéler des différences entre les sexes. [4] Ce résultat donne à penser que l'abus de consommation de médicaments peut être discrétionnaire puisqu'il semble que cet état survienne moins fréquemment dans des situations où l'on est, de toute évidence, confronté à une maladie (comme lorsqu'une douleur aiguë est présente), lorsque l'état de santé est considéré mauvais ou lorsqu'au moins cinq consultations chez le médecin sont nécessaires. Dans ces données, la tendance est plus prononcée pour les médicaments sur ordonnance que pour les médicaments en vente libre. Cependant, il n'est pas clair si l'abus de consommation de



médicaments déclaré par les femmes représente des soins auto-administrés appropriés ou la mauvaise utilisation ou encore la surutilisation de médicaments. La recherche est nécessaire pour mieux comprendre le ratio F-H paradoxalement supérieur à l'égard de la probabilité de la consommation de médicaments dans les catégories qui semblent à faible risque.

### Mariage et famille

Dans ces données, la situation parentale (définie comme la présence d'enfants de moins de six ans dans le ménage) a des répercussions différentes sur la consommation de médicaments déclarée, selon le type de médicament consommé et le niveau de scolarité. Parmi les femmes dont le niveau de scolarité est supérieur qui ont des enfants, la probabilité de consommer des médicaments diminue (dans les deux groupes de médicaments utilisés), tandis que chez les femmes et les hommes ayant un niveau de scolarité inférieur, le fait d'avoir des enfants dans le ménage augmente la consommation de médicaments (le groupe de médicaments sur ordonnance et de médicaments en vente libre). La raison de ces différences n'est pas claire. D'une part, les femmes et les hommes ayant moins d'instruction sont moins sensibilisés aux questions de santé en général, mais lorsqu'il y a un jeune enfant dans la maison, le besoin de prendre soin de l'enfant et les connaissances accrues en matière de santé peuvent s'étendre et mener à une hausse des probabilités de consommer des médicaments sur ordonnance et des médicaments en vente libre. D'autre part, les femmes ayant un niveau de scolarité élevé sont déjà bien avisées sur leur santé et engagée dans l'auto-administration de soins, mais le fait de s'occuper d'un enfant leur laisse moins de temps à cet égard. Nooijer et ses collègues ont découvert qu'être une femme d'un niveau de scolarité élevé était positivement associé à l'attention portée aux symptômes de cancer. [28]

Dans les données rajustées en entier, le fait d'être marié a peu d'incidence sur la consommation de médicaments, ce qui est conforme aux résultats de Bardel. [29] Cependant, il y a une incidence chez les femmes qui ont déjà été mariées. Les probabilités d'avoir recours aux médicaments étaient réduites chez les femmes ayant un niveau de scolarité inférieur dans la catégorie de médicaments sur ordonnance et étaient plus élevées chez les femmes dont le niveau de scolarité était supérieur dans le groupe de médicaments sur ordonnance et de médicaments en vente libre. Cette tendance n'est pas attribuée à des facteurs manifestement liés à la situation de famille, comme l'accès à un régime de médicaments (contrôlé) ou l'utilisation d'hormones (celles-ci ayant été exclues de l'analyse). Ici encore, n'ayant pas d'information sur le caractère approprié de la consommation de médicaments, nous sommes dans l'impossibilité d'interpréter ces changements. Par exemple, la plus grande probabilité de consommation de médicaments chez les femmes dont le niveau de scolarité est supérieur et ayant déjà été mariée pourrait être attribuée à la sensibilisation accrue aux questions de santé, aux mesures préventives et à la plus grande liberté de temps, ou pourrait constituer une consommation inappropriée des médicaments. Il est important d'avoir cette information avant de faire des recommandations.

### Niveau d'études, emploi et revenu

Comme il a été mentionné plus tôt, le niveau d'études est la variable socio-économique qui semble avoir le plus de répercussions sur la consommation déclarée de médicaments dans ces analyses de données. Ce résultat est de nouveau conforme aux résultats de Bardel et coll., [29] qui ont également constaté que le niveau d'études était une variable explicative importante de la consommation de médicaments.

Ces résultats ne soutiennent pas l'hypothèse selon laquelle l'emploi constitue une mesure de protection contre la consommation de médicaments chez les femmes. Les femmes au niveau de scolarité supérieur et inférieur, sont plus susceptibles (dans le groupe de médicaments sur ordonnance et de médicaments en vente libre) de consommer des médicaments lorsqu'elles ont un travail (contrairement aux hommes). De plus, l'absence d'une différence de sexe dans la consommation de médicaments des gens sans emploi donne à penser que les hommes sans emploi (qui restent à la maison) peuvent présenter une tendance similaire de consommation de médicaments à celle des femmes.

Il n'y a pas de relation conséquente entre le revenu adéquat et la consommation de médicaments dans ces données. Cependant, les données donnent à penser que (selon le type de médicament consommé) les probabilités de consommer des médicaments peuvent augmenter ou rester stables à mesure que le revenu adéquat baisse chez les femmes et les hommes dont le niveau de scolarité est inférieur. D'un autre côté, elles donnent à penser que chez les hommes ayant un niveau de scolarité supérieur, à mesure que le revenu adéquat baisse, les probabilités de consommation de médicaments baissent également.

Ici encore, une recherche plus exhaustive est nécessaire pour mieux comprendre comment ces variables sont reliées.

### Lacunes

L'analyse dans le présent chapitre offre un aperçu des tendances selon le sexe de la consommation de médicaments. Cependant, on comprendrait davantage les déterminants et le caractère adéquat de la consommation de médicaments chez les femmes si l'on disposait de données sur les rôles des femmes, la qualité de leurs rôles et les raisons pour lesquelles elles consomment des médicaments. Présentement, une partie de cette information est disponible, mais elle se trouve dans différentes bases de données et il est difficile de la lier.

### Recommandations

- La collecte de données doit comprendre des renseignements sur la qualité et la durée des rôles sociaux puisque la recherche donne à penser que ceux-ci ont des incidences considérables sur la santé. [30-32] Par exemple, pour le rôle de partenaire, les données sur la situation de famille étaient disponibles, mais aucune donnée n'était disponible quant à la perception de la femme de la qualité de la relation ou sur les relations entre partenaires de même sexe ou la durée d'une relation. Pour ce qui est du rôle parental, le temps consacré aux soins des enfants ou aux travaux ménagers et une évaluation de la qualité du rôle sont des renseignements qui ne figurent pas dans les données. De même, bien que l'emploi soit généralement « sain », ses effets bénéfiques sur la santé dépendent du type de travail, [30] et cette information n'est pas disponible.
- Les données transversales de l'ENSP ont été utilisées et, par conséquent, il a été impossible de saisir les relations temporelles entre les variables associées. Les données longitudinales sont nécessaires pour étudier ces relations; bien que les données longitudinales de l'ENSP soient disponibles, des variables contextuelles importantes ne le sont pas. Tandis que le coût des médicaments est la partie des coûts de soins de santé qui connaît la plus grande hausse, [18] les données nécessaires pour un examen et une compréhension des facteurs mis en cause dans la consommation de médicaments sont importantes et devraient faire l'objet d'un contrôle.
- Il est important d'être en mesure d'évaluer le caractère approprié de la consommation des médicaments, et il serait donc utile de recueillir des données sur les raisons motivant la consommation de médicaments ainsi que sur les médicaments utilisés. En examinant le caractère approprié des prescriptions de statin (médicaments pour baisser le taux de lipides), Savoie et Kazanjian ont découvert, dans le cadre de leur étude, que 88,7 % de l'utilisation était incompatible avec les symptômes motivant l'utilisation de statin dans la documentation. [33]
- Selon l'ENSP de 1996-1997, presque les deux tiers des Canadiens de 12 ans ou plus prenaient un type ou un autre de médicament, et 30 % en tout prenaient trois médicaments distincts ou plus concurremment. [1] Dans une étude sur les médicaments effectuée en Colombie-Britannique, 48 % des personnes exposées à six médicaments différents ou plus obtenaient des prescriptions de trois médecins différents ou plus. [34] Il est important d'avoir un système en place qui puisse assurer un contrôle adéquat et fournir une rétroaction pour réduire les interactions de médicaments.



- Une recherche plus exhaustive est nécessaire sur la manière dont l'origine ethnique et les circonstances entourant les différents groupes ethniques ont des répercussions sur leur accès au système de soins de santé, y compris l'accès aux médicaments.
- Il est nécessaire de poursuivre les recherches pour mieux comprendre le risque apparent d'abus de médicaments chez les femmes dans des circonstances où l'on s'attendrait à ce que la consommation de médicaments soit moins élevée.

## Références

1. Federal Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. *Statistical report on the health of Canadians*. Ottawa: Health Canada. H39-467/1999E, 1-345, 1999.
2. Andreev K. Sex differentials in survival in the Canadian population, 1921-1997: a descriptive analysis with focus on age-specific structure. *Demographic Res* 2000;3: article 12.
3. Federal Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. *Towards a healthy future: second report on the health of Canadians*. Ottawa: Health Canada. H39-468/1999E, 1-224, 1999.
4. Verbrugge LM. Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *J Health Soc Behav* 1985;26:156-82.
5. Kaplan RM, Erickson P. Gender differences in quality-adjusted survival using a Health-Utilities Index. *Am J Prev Med* 2000;18(1):77-82.
6. Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJ, Lopez AD. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet* 2001;357(9269):1685-91.
7. Mustard CA, Kaufert P, Kozyrskyj A, Mayer T. Sex differences in the use of health care services. *N Engl J Med* 1998;338(23):1678-83.
8. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract* 2000;49(2):147-52.
9. Hohmann AA. Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. *Med Care* 1989; 27:478-90.
10. Ashton H. Psychotropic-drug prescribing for women. *Br J Psychiatry* 1991;(10 suppl):30-5.
11. Millar WJ. Multiple medication use among seniors. *Health Rep* 1998;9:11-17.
12. Svarstad BL, Cleary PD, Mechanic D, Robers PA. Gender differences in the acquisition of prescribed drugs: an epidemiologic study. *Med Care* 1987;25:1089-98.
13. Verbrugge LM, Steiner RP. Prescribing drugs to men and women. *Health Psychology* 1985;4:79-98.
14. Thomson, -W-M; Poulton, -R. Medications taken by 26-year-olds. *Intern-Med-J*. 2002 Jul; 32(7): 305-10.
15. Woodwell DA. *National Ambulatory Medical Care Survey: 1998 summary. Advance data From Vital and Health Statistics*. No. 315, July 2000. URL: <<http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad315.pdf>>.
16. Verbrugge LM, Steiner RP. Physician treatment of men and women patients: sex bias or appropriate care? *Med.Care* 1981;19:609-32.
17. Kennerfalk A, Ruigomez A, Wallander MA, Wilhelmsen L, Johansson S. Geriatric drug therapy and healthcare utilization in the United Kingdom. *Ann Pharmacother* 2002;36(5):797-803.
18. Australian Bureau of Health Statistics 4377.0 *National Health Survey, Use of Medications, Australia 1999* URL : <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/b06660592430724fca2568b5007b8619/bf60d2b59d518692ca2568a9001393d1!OpenDocument>.
19. Himmel W, Lippert-Urbanke E, Kochen MM. Are patients more satisfied when they receive a prescription? The effect of patient expectation in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1997; 15:118-22.



20. Mintzes B, Barer ML, Kravitz RL, Kazanjian A, Bassett K, Lexchin J, Evans RG, Pan R, Marion SA. Influence of direct to consumer pharmaceutical advertising and patients' requests on prescribing decisions: two site cross sectional survey. *BMJ* 2002;324(7332):278-9.
21. Badley EM, Williams JI. Executive summary and introduction. In: Williams JI, Badley EM, eds. *Patterns of health care in Ontario: arthritis and related conditions*. Toronto: Institute for Clinical Sciences, 1998: xv-xxii.
22. Walters V, Lenton R, McKeary M. *Women's health in the context of women's lives*. Ottawa: Minister of Supply and Services. Cat. No H39-234/1995E, 1995.
23. Roe C, McNamara A, Motheral B. Gender and age-related prescription drug use patterns. *Ann Pharmacother* 2002;36:30-9.
24. Neutel CI, Walop W. Comparing two different approaches to measuring drug use within the same survey. *Chron Dis Can* 2000;21:150-6.
25. Statistics Canada. *National Population Health Survey: health institutions public use microdata file – documentation*. 1998. URL: <http://www.statcan.ca/english/IPS/Data/82M0010GPE.htm>.
26. IMS Health Market Trends: the Canadian generic market – 12 months ending June 2002. URL: [http://www.cdma-acfpp.org/en/resource\\_trends.html](http://www.cdma-acfpp.org/en/resource_trends.html).
27. Eggen A. Pattern of drug use in a general population – prevalence and predicting factors: the Tromsø study. *Int J Epidemiol* 1994;23:1261-72.
28. Bardel A, Wallander MA, Svardsudd K. Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65 year old women in mid Sweden: a population based study. *J Clin Epidemiol* 2000;53:637-43.
29. Walters V, Lenton R, Mckeary M. *Women's health in the context of women's lives*. Health Canada. Cat No. H39-324/1995E, 1995.
30. McDonough P, Walters V, Strohschein L. Chronic stress and the social patterning of women's health in Canada. *Soc Sci Med* 2002;54:767-82.
31. Griffin JM, Fuhrer R, Stansfeld SA, Marmot M. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Soc Sci Med* 2002;54: 783-98.
32. Savoie I, Kazanjian A. Utilization of lipid-lowering drugs in men and women: a reflection of the research evidence? *J Clin Epidemiol* 2002;55:95-101.
33. Anderson G, Kerluke K. Distribution of prescription drug exposures in the elderly: description and implications. *J Clin Epidemiol* 1996;49(8):929-35.

**Tableau 1 : Proportion des Canadiens, de 20 ans et plus, qui consomment des médicaments et nombre moyen de médicaments consommés\***

Source	Proportion des personnes qui consomment n'importe quels médicaments			Nombre moyen de médicaments consommés : total			Nombre moyen de médicaments consommés : personnes déclarant consommer 1 ou plusieurs médicaments		
	Femmes	Hommes	rappor t F/H	Femmes	Hommes	rappor t F/H	Femmes	Hommes	rappor t F/H
	(95 % IC)	(95 % IC)		(95 % IC)	(95 % IC)		(95 % IC)	(95 % IC)	
<b>1994-1995</b>	54,13 (52,69, 55,58)	35,97 (34,53, 37,40)	1,50	1,08 (1,04, 1,12)	0,71 (0,67, 0,75)	1,52	1,89 (1,83, 1,94)	1,77 (1,71, 1,84)	1,07
<b>1996-1997</b>	52,97 (51,86, 54,07)	35,11 (34,06, 36,15)	1,51	1,02 (0,99, 1,05)	0,68 (0,65, 0,71)	1,50	1,84 (1,80, 1,88)	1,75 (1,69, 1,82)	1,05
<b>1998-1999</b>	55,18 (53,69, 56,68)	37,29 (35,83, 38,76)	1,48	1,19 (1,14, 1,23)	0,78 (0,74, 0,82)	1,53	2,03 (1,97, 2,08)	1,87 (1,78, 1,95)	1,09

\*Ces données s'appuient sur « une consommation au cours des deux derniers jours » et sont normalisées selon l'âge de la population canadienne de 1991.  
**Source :** Statistique Canada, l'ENSP, différentes années

**Tableau 2 : Proportion des Canadiens, de 20 ans et plus, qui consomment tout médicament en vente libre (EVL) et nombre moyen des différents médicaments consommés**

Source	Proportion des personnes consommant des médicaments EVL			Nombre moyen de médicaments EVL consommés : total			Nombre moyen de médicaments EVL consommés : personnes déclarant consommer 1 ou plusieurs médicaments		
	Proportion de femmes	Proportion d'hommes	rappor t F/H	Moyenne des femmes	Moyenne des hommes	rappor t F/H	Moyenne des femmes	Moyenne des hommes	rappor t F/H
<b>1994-1995</b>	15,3	13,1	1,17	0,18	0,15	1,20	1,19	1,14	1,04
<b>1996-1997</b>	14,1	12,2	1,16	0,16	0,14	1,14	1,14	1,12	1,02
<b>1998-1999</b>	18,6	15,7	1,18	0,22	0,18	1,22	1,17	1,15	1,02

**Source :** Statistique Canada, l'ENSP, différentes années

**Tableau 3 : Proportion des Canadiens, de 20 ans et plus, qui consomment tout médicament sur ordonnance et nombre moyen des différents médicaments consommés**

Source	Proportion des personnes qui consomment des médicaments sur ordonnance			Nombre moyen de médicaments sur ordonnance consommés : total			Nombre moyen de médicaments sur ordonnance consommés : personnes déclarant consommer 1 ou plusieurs médicaments		
	Proportion de femmes	Proportion d'hommes	rappor t F/H	Moyenne des femmes	Moyenne des hommes	rappor t F/H	Moyenne des femmes	Moyenne des hommes	rappor t F/H
<b>1994-1995</b>	23,0	15,9	1,45	0,35	0,25	1,40	1,53	1,58	0,97
<b>1996-1997</b>	18,8	13,1	1,44	0,29	0,20	1,45	1,52	1,50	1,01
<b>1998-1999</b>	24,8	17,5	1,42	0,40	0,28	1,43	1,61	1,62	0,99

**Source :** Statistique Canada, l'ENSP, différentes années



**Tableau 4 : Proportion des Canadiens, de 20 ans et plus, qui consomment des médicaments, par déterminants potentiels, selon le sexe et le type de médicaments (ajustée selon l'âge de la population canadienne de 1991)**

Variable	Catégorie	En vente libre			Sur ordonnance		
		Hommes	Femmes	rapport F/H	Hommes	Femmes	rapport F/H
État civil	Célibataire	11,9	13,9	1,17	16,2	20,7	1,28
	Marié	13,6	14,6	1,07	14,2	19,5	1,37
	Précédemment marié	14,1	17,6	1,25	16,1	22,3	1,39
	% manquant						
Région	Atlantique	18,1	18,6	1,03	17,7	27,1	1,53
	Québec	9,9	10,6	1,07	14,9	18,6	1,25
	Ontario	11,7	13,3	1,14	12,4	16,6	1,34
	Prairies	16,4	18,4	1,12	16,3	22,1	1,36
	Colombie-Britannique	15,90	20,80	1,31	15,3	19,8	1,29
	% manquant						
Niveau d'études	Inférieur au diplôme d'études secondaires	11,9	15,3	1,29	15,8	19,4	1,23
	Diplôme d'études secondaires	13,0	11,6	0,89	15,0	18,7	1,25
	Supérieur au diplôme d'études secondaires	14,3	17,1	1,20	14,3	20,2	1,41
	Diplôme d'études collégiales ou universitaires	14,2	14,9	1,05	14,0	19,2	1,37
	% manquant						
Revenu	Quartile inférieur	14,7	17,1	1,16	19,0	25,0	1,32
	Quartile moyen-inférieur	12,6	14,4	1,14	14,1	20,4	1,45
	Quartile moyen-supérieur	13,8	15,9	1,15	14,7	19,2	1,31
	Quartile supérieur	15,2	16,3	1,07	15,3	15,5	1,01
	% manquant						
Statut d'immigrant	Oui	9,4	13,3	1,41	12,1	16,9	1,40
	Non	14,1	15,5	1,10	15,3	20,4	1,33
	% manquant						
Urbain	Rural	14,00	15,6	1,11	14,1	21,9	1,55
	Urbain	13,0	14,9	1,15	14,6	19,2	1,32
	% manquant						
Douleur	Aucune douleur	11,5	12,5	1,09	12,7	17,7	1,39
	Faible intensité	22,7	21,1	0,93	18,2	24,4	1,34
	Intensité modérée	26,2	29,8	1,14	25,1	33,5	1,33
	Grave	23,9	34,2	1,43	43,6	32,1	0,74
	% manquant						

Variable	Catégorie	En vente libre			Sur ordonnance		
		Hommes	Femmes	rapport F/H	Hommes	Femmes	rapport F/H
Appui social	0	10,3	13,2	1,28	13,0	13,5	1,04
	1	12,3	17,6	1,43	17,6	27,4	1,56
	2	13,7	14,1	1,03	15,3	24,0	1,57
	3	11,2	14,8	1,32	12,8	21,6	1,69
	4	13,6	15,0	1,10	14,8	19,5	1,32
	% manquant						
Activité physique	Régulièrement	13,9	13,8	0,99	14,2	18,4	1,30
	Occasionnellement	13,5	16,0	1,19	14,2	20,5	1,44
	Rarement	11,5	16,9	1,47	15,7	21,9	1,39
	% manquant						
Assurance	Oui	14,3	16,0	1,12	15,9	21,1	1,33
	Non	11,5	13,8	1,20	13,1	17,2	1,31
	% manquant						
Propriétaire	Oui	13,2	15,0	1,14	14,0	19,2	1,37
	Non	13,7	15,9	1,16	16,5	20,9	1,27
	% manquant						
Mesure de l'état de santé	Excellent	8,8	8,7	0,99	6,5	10,5	1,62
	Très bonne	11,5	12,6	1,10	11,3	16,1	1,42
	Bonne	13,8	18,2	1,32	17,8	24,0	1,35
	Passable	23,6	28,0	1,19	29,3	36,4	1,24
	Médiocre	37,9	30,2	0,80	40,5	43,4	1,07
	% manquant						
Maladies chroniques	Aucune	7,4	8,7	1,18	2,6	4,0	1,54
	1 ou 2	14,9	14,1	0,95	17,3	20,1	1,16
	Moins de 2	25,1	27,3	1,09	36,5	38,8	1,06
	% missing						
Consultations médicales	0 ou 1	8,4	8,9	1,06	4,4	8,3	1,89
	De 2 à 4	14,7	14,8	1,01	15,9	19,5	1,23
	5 et plus	21,6	21,2	0,98	30,5	30,8	1,01
	% manquant						
Parents ayant des enfants de moins de 6 ans (De 20 à 54 ans)	Enfant(s) < 6 ans	10,5	8,9	0,85	7,1	11,0	1,55
	Pas d'enfant de moins de 6 ans	9,1	12,2	1,34	4,8	10,5	2,19
	% manquant						
Emploi De 20 à 64 ans)	Travaille	9,8	13,1	1,34	17,6	16,4	0,93
	Sans emploi	14,9	12,3	0,83	8,4	12,3	1,46
	% manquant						

Source : Statistique Canada, l'ENSP, 1996-1997



**Tableau 5 : Prévalence de la consommation de médicaments spécifique selon l'âge, le nombre de consultations médicales et le type de médicaments (non normalisée selon l'âge)**

Type de médicaments		Nombre de consultations médicales		
		0 ou 1	De 2 à 4	5 et plus
EVL	Femmes	8,41	13,68	19,84
	Hommes	7,22	14,12	21,45
	<b>rapport F/H</b>	1,16	0,97	0,92
Sur ordonnance	Femmes	7,42	18,29	29,88
	Hommes	3,48	15,74	32,08
	<b>rapport F/H</b>	2,13	1,16	0,93
Pour le diabète	Femmes	0,48	1,38	3,25
	Hommes	0,58	2,45	7,15
	<b>rapport F/H</b>	0,83	0,56	0,45
Pour le cœur	Femmes	0,17	1,21	2,66
	Hommes	---	1,82	4,35
	<b>rapport F/H</b>	---	0,66	0,61
Contre l'hypertension	Femmes	3,24	9,95	17,67
	Hommes	1,57	9,33	19,1
	<b>rapport F/H</b>	2,06	1,07	0,93
Contre l'asthme	Femmes	0,61	1,29	2,87
	Hommes	0,56	1,07	3,41
	<b>rapport F/H</b>	1,09	1,21	0,84
Pour la thyroïde	Femmes	2,64	5,13	7,28
	Hommes	0,37	1,56	2,05
	<b>rapport F/H</b>	7,14	3,29	3,55
Contre les allergies	Femmes	0,91	1,22	1,18
	Hommes	0,44	0,65	0,91
	<b>rapport F/H</b>	2,07	1,88	1,30
Pour l'estomac	Femmes	0,94	1,94	4,98
	Hommes	0,91	2,76	5,99
	<b>rapport F/H</b>	1,03	0,70	0,83
Laxatif	Femmes	---	0,57	1,01
	Hommes	---	---	1,08
	<b>rapport F/H</b>	---	---	0,94
Contre la toux et le rhume	Femmes	1,49	1,94	1,41
	Hommes	1,31	1,59	1,44
	<b>rapport F/H</b>	1,14	1,22	0,98

Source : Statistique Canada, l'ENSP, 1996-1997

**Tableau 6 : Lien entre la consommation de médicaments (sur ordonnance ou EVL) et différents facteurs sociaux et de santé : résultats de l'analyse de régression logistique**

Variables (base)	Valeurs	Femmes dont le niveau d'études est élevé (9 907)		Femmes dont le niveau d'études est bas (4 814)	
		Estimation du rapport de cotes	95 % IC	Estimation du rapport de cotes	95 % IC
Parent (aucun enfant de moins de 6 ans)	Aucun enfant de moins de 6 ans	1		1	
	1 ou plusieurs enfants de moins de 6 ans	0.67*	0.58-0.77	1.48*	1.17-1.87
État civil (jamais marié)	Célibataire	1		1	
	Marié	1.1	0.94-1.28	1.02	0.77-1.34
	Précédemment marié	1.44*	1.20-1.75	0.83	0.59-1.16
Emploi	Travaille	1		1	
	Sans emploi	0.82*	0.71-0.95	0.75*	0.63-0.90
Suffisance du revenu	Quartile supérieur	1		1	
	Quartile moyen-supérieur	0.88	0.77-1.01	1.43*	1.05-1.95
	Quartile moyen-inférieur	1.04	0.88-1.23	1.18	0.85-1.64
	Quartile inférieur	1.17	0.94-1.45	1.77*	1.21-2.59
Mesure de l'état de santé	Passable ou médiocre	1		1	
	Excellente, très bonne, bonne	0.44*	0.36-0.55	0.52*	0.40-0.67
Assurance-médicaments	Oui	1		1	
	Non	0.84*	0.74-0.95	0.98	0.83-1.17

Variables (base)	Valeurs	Hommes dont le niveau d'études est élevé (9 367)		Hommes dont le niveau d'études est bas (4 809)	
		Estimation du rapport de cotes	95 % IC	Estimation du rapport de cotes	95 % IC
Parent (aucun enfant de moins de 6 ans)	Aucun enfant de moins de 6 ans	1		1	
	1 ou plusieurs enfants de moins de 6 ans	1.01	0.85-1.21	1.34*	1.06-1.70
État civil (jamais marié)	Célibataire	1		1	
	Marié	0.78*	0.65-0.93	1.52*	1.15-2.02
	Précédemment marié	0.94	0.72-1.22	1.39	0.95-2.03
Emploi	Travaille	1		1	
	Sans emploi	1.06	0.84-1.36	1.50*	1.12-2.00
Suffisance du revenu	Quartile supérieur	1		1	
	Quartile moyen-supérieur	0.79*	0.69-0.92	1.35*	1.01-1.80
	Quartile moyen-inférieur	0.87	0.73-1.04	0.87	0.64-1.19
	Quartile inférieur	0.81	0.62-1.05	1.36	0.94-1.96
Mesure de l'état de santé	Passable ou médiocre	1		1	
	Excellente, très bonne, bonne	0.68*	0.54-0.87	0.58*	0.43-0.79
Assurance-médicaments	Oui	1		1	
	Non	0.80*	0.70-0.92	1.29*	1.07-1.55

Cet échantillon représente environ 7 500 enregistrements dans lesquels les données détaillées sur deux jours de consommation de médicaments n'ont pas été codifiées.

\*Les médicaments fondés sur les codes ATC, ceux pour les problèmes gastriques, les laxatifs, contre la douleur ou les analgésiques, contre la toux, le rhume et les allergies, pour le diabète (insuline et hypoglycémifiants oraux), les troubles cardiaques, l'hypertension artérielle (y compris les diurétiques), les antibiotiques, pour la thyroïde et ceux contre l'asthme ont été regroupés sous la catégorie « sur ordonnance » ou « en vente libre ».

**Source :** Données sur la santé accessibles au public, de l'ENSP de 1996 à 1997 (fondées sur les données détaillées sur deux jours – consommation de médicaments sur ordonnance et en vente libre).



**Tableau 7 : Lien entre la consommation de différents médicaments sur ordonnance et divers facteurs sociaux et de santé : résultats de l'analyse de régression logistique**

Variables (base)	Valeurs	Femmes dont le niveau d'études est élevé (9 907)		Femmes dont le niveau d'études est bas (4 814)		Hommes dont le niveau d'études est élevé (9 367)		Hommes dont le niveau d'études est bas (4 809)	
		Estimation du rapport de cotes	95 % IC	Estimation du rapport de cotes	95 % IC	Estimation du rapport de cotes	95 % IC	Estimation du rapport de cotes	95 % IC
<b>Parent (sans enfant) de moins de 6 ans</b>	Pas d'enfant de moins de 6 ans	1		1		1		1	
	1 ou plusieurs enfants de moins de 6 ans	0,81*	0,67 - 0,98	1,06	0,77 - 1,44	0,93	0,70 - 1,23	0,83	0,59 - 1,15
<b>État civil (jamais marié)</b>	Célibataire	1		1		1		1	
	Marié	0,88	0,72 - 1,08	0,99	0,70 - 1,41	0,73*	0,57 - 0,93	2,01*	1,38 - 2,94
	Précédemment marié	1,26	0,99 - 1,61	0,57*	0,37 - 0,88	0,91	0,65 - 1,29	1,22	0,73 - 2,02
<b>Emploi</b>	Sans emploi	1		1		1		1	
	Travaille	0,94	0,78 - 1,12	1,09	0,87 - 1,35	1,83*	1,36 - 2,47	1,47*	1,02 - 2,13
<b>Suffisance du revenu</b>	Quartile supérieur	1		1		1		1	
	Quartile moyen-supérieur	1,03	0,85 - 1,25	1,12	0,76 - 1,62	0,75*	0,61 - 0,92	1,41	0,95 - 2,07
	Quartile moyen-inférieur	1,37*	1,10 - 1,70	0,83	0,56 - 1,24	0,69*	0,53 - 0,89	1,07	0,70 - 1,62
	Quartile inférieur	1,32	0,99 - 1,76	1,03	0,64 - 1,64	0,46*	0,31 - 0,67	2,27*	1,40 - 3,69
<b>Mesure de l'état de santé</b>	Passable ou médiocre	1		1		1		1	
	Excellente, très bonne, bonne	0,41*	0,33 - 0,52	0,77	0,57 - 1,03	0,58*	0,43 - 0,78	0,53*	0,37 - 0,74
<b>Assurance-médicaments</b>	Oui	1		1		1		1	
	Non	0,61*	0,52 - 0,73	0,97	0,77 - 1,21	0,71*	0,58 - 0,87	1,40*	1,10 - 1,79

Cet échantillon représente environ 7 500 enregistrements dans lesquels les données détaillées sur deux jours de consommation de médicaments n'ont pas été codifiées.

\*Les médicaments fondés sur les codes ATC, ceux pour les problèmes gastriques, les laxatifs, contre la douleur ou les analgésiques, contre la toux, le rhume et les allergies, pour le diabète (insuline et hypoglycémiant oraux), les troubles cardiaques, l'hypertension artérielle (y compris les diurétiques), les antibiotiques, pour la thyroïde et ceux contre l'asthme ont été regroupés sous la catégorie « sur ordonnance » ou « en vente libre ».

**Source :** Données sur la santé accessibles au public, de l'ENSP de 1996 à 1997 (fondées sur les données détaillées sur deux jours – consommation de médicaments sur ordonnance et en vente libre).