

N° 41-20-0002 au catalogue
ISBN 978-0-660-72323-5

Accès à l'assurance-médicaments et consommation de médicaments pendant la pandémie de COVID-19 chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit dans les provinces

par Andrew Canning, Lydia Clarke-Rehman, Iman Dar, Nazih Nasrallah et Mohan B. Kumar

Date de diffusion : le 15 octobre 2024



Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de l'Industrie, 2024

L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Remerciements

En collaboration avec le [Congrès des peuples autochtones](#) (CPA), cette étude a été réalisée dans le cadre de l'initiative Approches transformatrices des données autochtones (ATDA) pour faire progresser la capacité des données des Autochtones et d'améliorer la visibilité des populations autochtones dans les statistiques nationales du Canada.

Accès à l'assurance-médicaments et consommation de médicaments pendant la pandémie de COVID-19 chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit vivant dans les provinces

par Andrew Canning, Lydia Clarke-Rehman, Iman Dar, Nazih Nasrallah et Mohan B. Kumar

Faits saillants

Le manque d'accès à l'assurance-médicaments peut avoir des effets néfastes sur la santé, en particulier pour les populations marginalisées, comme les Autochtones, dont le fardeau est plus lourd lorsqu'il est question des problèmes de santé préexistants et d'un accès inadéquat aux soins de santé. La couverture d'assurance-médicaments au Canada comprend actuellement un ensemble de régimes privés (parrainés par un employeur et autofinancés) et de régimes publics, qui varient selon la province. Le gouvernement fédéral offre également une couverture à certains groupes, comme les membres inscrits des Premières Nations et les Inuit dans le cadre du programme fédéral des services de santé non assurés (SSNA). Dans les études antérieures, l'accès à l'assurance-médicaments et la consommation de médicaments ont été examinés dans les provinces pour la population canadienne en général et au sein des sous-populations racisées et immigrantes, mais pas au sein des groupes autochtones.

Afin de combler ces lacunes statistiques, la présente étude fait appel aux données de l'Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie (EASSPPP) de 2021. Elle porte sur l'accès à l'assurance-médicaments et la consommation des médicaments au cours des 12 mois précédents chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit vivant dans les provinces. Voici les principales conclusions de l'étude :

- Près des trois quarts des membres des Premières Nations vivant hors réserve (74 %) ont déclaré avoir une couverture d'assurance-médicaments pour toute l'année. Il s'agit d'une proportion d'environ 10 points de pourcentage supérieure à celle observée chez les Métis (63 %), les Inuit (65 %) et les non-Autochtones (64 %).
- Les membres non inscrits des Premières Nations (23 %) étaient presque deux fois plus susceptibles de déclarer ne pas avoir de couverture d'assurance-médicaments comparativement aux membres inscrits (12 %).
- Environ les deux tiers des membres des Premières Nations vivant hors réserve et des non-Autochtones (67 %) ont eu besoin de médicaments au cours des 12 derniers mois. Comparativement aux non-Autochtones, les Métis (70 %) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins en matière de médicaments, tandis que les Inuit (56 %) étaient moins susceptibles d'en avoir.
- Les médicaments pour les problèmes cardiovasculaires (cardiopathie, taux de cholestérol élevé et hypertension artérielle) étaient le type de médicaments sur ordonnance le plus souvent déclaré chez les groupes autochtones et non autochtones. Le pourcentage de personnes ayant besoin de médicaments pour traiter ces problèmes allait de 24 %^E pour les Inuit à 33 % pour les non-Autochtones. Dans tous les groupes autochtones, plus de 1 personne sur 4 utilisait des médicaments pour traiter un problème de santé mentale (soit 27 % des membres des Premières Nations, 27 % des Métis et 26 %^E des Inuit), une proportion de près de 10 points de pourcentage supérieure à celle observée chez les non-Autochtones (18 %).
- Parmi les personnes ayant des besoins en matière de médicaments, les membres des Premières Nations vivant hors réserve (24 %) étaient moins susceptibles que les non-Autochtones (33 %) de ne pas avoir une couverture d'assurance-médicaments pour toute l'année. Cependant, des disparités importantes ont été observées entre les membres inscrits (18 %) et les membres non inscrits (44 %) des Premières Nations.
- Dans l'ensemble, le pourcentage de personnes ayant déclaré avoir engagé des dépenses personnelles pour des médicaments était plus faible chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve (38 %) et les Inuit (24 %^E) que chez les Métis (68 %) et les non-Autochtones (70 %). Les membres non inscrits des Premières Nations (69 %) étaient plus susceptibles de déclarer avoir engagé des dépenses personnelles

^E à utiliser avec prudence

pour des médicaments sur ordonnance que les membres inscrits (29 %). Plus précisément, les membres non inscrits des Premières Nations (39 %) étaient près de deux fois plus susceptibles de dépenser jusqu'à 250 \$ en médicaments sur ordonnance que les membres inscrits (21 %), et près de quatre fois plus susceptibles de dépenser 250 \$ ou plus (29 % par rapport à 8 %).

- Parmi les membres des Premières Nations vivant hors réserve, ceux qui avaient une couverture d'assurance-médicaments pour moins d'une année entière étaient presque trois fois plus susceptibles de ne pas respecter leurs ordonnances de médicaments en raison des coûts (22 %) par rapport à ceux qui avaient une couverture pour toute l'année (8 %^E). Cette tendance persistait lorsqu'on prenait en compte d'autres facteurs, les probabilités de non-respect chez les personnes qui n'avaient pas de couverture pour toute l'année demeurant trois fois plus élevées que chez leurs homologues qui avaient une couverture pour toute l'année.
- Parmi les Métis, ceux qui avaient une couverture d'assurance-médicaments pour moins d'une année entière étaient plus de deux fois plus susceptibles de ne pas respecter leurs ordonnances de médicaments en raison des coûts (20 %) par rapport à ceux qui avaient une couverture pour toute l'année (8 %). Cette tendance persistait lorsqu'on prenait en compte d'autres facteurs; les probabilités de non-respect chez les personnes qui n'avaient pas de couverture pour toute l'année demeuraient plus de deux fois plus élevées que chez leurs homologues qui avaient une couverture pour toute l'année.

Introduction

Malgré les séquelles durables du colonialisme, et faisant l'objet d'exclusion systémique, de marginalisation et de discrimination dans le système de soins de santé et plus généralement, les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuit ont fait preuve de résilience et d'ingéniosité. En s'appuyant sur des systèmes communautaires traditionnels, ils ont mis au point des moyens novateurs de combler les lacunes en matière de soutien financier et politique (Allan et Smylie, 2015). Néanmoins, ils continuent de faire face à des obstacles et à du racisme dans le système de soins de santé, y compris en ce qui concerne l'accès aux médicaments (Moscou et coll., 2023).

L'accès à des produits pharmaceutiques abordables est essentiel pour combler les besoins de la population en matière de soins de santé. De nombreuses personnes au Canada, y compris les Autochtones, comptent sur l'assurance-médicaments pour répondre à leurs besoins en matière de médicaments (Santé Canada, 2020). La couverture d'assurance au Canada a été décrite comme une « mosaïque » complexe de régimes publics et privés dont les politiques varient selon le secteur de compétence en ce qui concerne les critères d'admissibilité et les régimes de paiement (p. ex. franchises, coassurance, copaiements) (Brandt et coll., 2018). Les plans provinciaux et territoriaux couvrent généralement certaines populations, comme les personnes âgées, les enfants, les personnes à faible revenu ou les personnes ayant de graves problèmes de santé (Gouvernement du Canada, 2019). En outre, toutes les provinces offrent une couverture dans l'éventualité d'une catastrophe financière qui pourrait découler de coûts de médicaments excessivement élevés.

Des études ont montré que près des deux tiers des Canadiens déclarent avoir une couverture de médicaments fournie par l'employeur (Barnes et Anderson, 2015; Bolatova et Law, 2019), et la prévalence augmente à mesure que les revenus progressent (Bolatova et Law, 2019). En 2016, environ 1 Canadien sur 5 a déclaré ne pas avoir d'assurance pour couvrir les coûts des médicaments sur ordonnance (Law et coll., 2018). Pendant la pandémie de COVID-19, environ 4 Canadiens sur 5 vivant dans les provinces ont déclaré avoir une assurance-médicaments pour couvrir au moins une partie des coûts des médicaments sur ordonnance pour la totalité ou une partie de l'année précédente (Cortes et Smith, 2022). Ces chiffres sont semblables à ceux rapportés avant la pandémie (Yang et Gupta, 2024). Le gouvernement fédéral fournit une assurance-médicaments pour certaines populations, y compris certaines populations autochtones. Les membres des Premières Nations qui sont inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens* (c.-à-d. les Indiens inscrits ou les Indiens des traités) et les Inuit qui sont reconnus par un organisme régi par un accord sur les revendications territoriales des Inuit sont couverts par le programme fédéral des services de santé non assurés (SSNA). Selon la politique, le programme des SSNA est considéré comme payeur de dernier recours et ne couvre que les coûts des médicaments dans l'éventualité où un demandeur admissible n'a pas de couverture dans le cadre d'un programme social, d'un régime provincial ou territorial ou d'un régime privé parrainé par un employeur (Services aux Autochtones Canada, 2023). D'autres groupes autochtones, comme les membres non inscrits des Premières Nations et les Métis, s'appuient sur une combinaison de régimes publics et privés semblables à celle des non-Autochtones.

Bien qu'il existe des renseignements sur la couverture d'assurance-médicaments chez les populations autochtones, des lacunes statistiques subsistent, en particulier pendant la pandémie de COVID-19. Selon un rapport annuel du gouvernement pour l'exercice 2020-2021, il y avait au total 898 839 personnes admissibles au programme des SSNA; 848 247 (94,4 %) étaient des membres des Premières Nations, et 50 592 (5,6 %) étaient des Inuit (Services aux Autochtones Canada, 2022).

Certaines questions ont été soulevées dans les recherches sur l'admissibilité au programme des SSNA. Par exemple, Allan et Smylie (2015) ont souligné que les Métis et les membres non inscrits des Premières Nations n'ont pas accès aux services et aux ressources du programme des SSNA, même s'ils doivent faire face à des déterminants sociaux de la santé semblables à ceux des membres inscrits des Premières Nations et des Inuit. Wale et Lavoie (2015) ont cerné d'autres limites du programme des SSNA, comme les écarts entre la politique et la pratique.

Les lacunes dans la couverture d'assurance-médicaments peuvent faire en sorte que des personnes ne prennent pas leurs médicaments comme prescrit, ce qui peut avoir de graves répercussions. Il existe de nombreuses études au Canada et aux États-Unis sur les effets comportementaux et les risques pour la santé liés aux médicaments sur ordonnance inabordable (Briesacher et coll., 2007; Cortes et Smith, 2022; Gouvernement du Canada, 2019; Hennessey et coll., 2016; Holbrook et coll., 2021; Kennedy et Morgan, 2009; Law et coll., 2012; Law et coll., 2018; Lopert et coll., 2018). Un examen systématique récent du non-respect d'une ordonnance de médicaments en raison des coûts (ci-après appelée non-respect d'une ordonnance de médicaments¹) au Canada a révélé que la prévalence du non-respect d'une ordonnance de médicaments allait de 5,1 % à 10,2 % (Holbrook et coll., 2021). Des estimations récentes de Statistique Canada ont également montré que le non-respect d'une ordonnance de médicaments était beaucoup plus élevé chez les personnes sans assurance-médicaments (Cortes et Smith, 2022; Yang et Gupta, 2024).

Une gamme de facteurs ont été relevés comme étant associés à une prévalence plus élevée de non-respect, y compris les dépenses personnelles élevées pour obtenir des médicaments, un plus faible revenu du ménage ou une moins grande souplesse financière, l'absence d'assurance-médicaments, le groupe d'âge plus jeune, la mauvaise santé autodéclarée et la province de résidence (Holbrook et coll., 2021). Par exemple, une étude comparant les modèles d'assurance-médicaments au Canada et aux États-Unis a révélé que les modèles obligatoires financés par l'État (c.-à-d. le modèle québécois) présentaient la prévalence la plus faible de non-respect après avoir tenu compte de facteurs précis (Kennedy et Morgan, 2009).

Au sein de la population autochtone du Canada, on a noté une prévalence plus élevée du non-respect (Kemp et coll., 2010; Law et coll., 2018). Law et coll. (2018) ont constaté que près de 11 % des Autochtones ne respectaient pas leur ordonnance, présentant des probabilités presque deux fois plus élevées que celles rapportées par les populations non racisées et non autochtones. Étant donné que les populations autochtones connaissent des taux plus élevés de pauvreté (Arriagada et coll., 2020) et de problèmes de santé chroniques (Hahmann et Kumar, 2022), on peut s'attendre à ce que les importantes dépenses personnelles pour les médicaments présentent un risque important pour la santé.

La présente étude examine la prévalence de la couverture d'assurance-médicaments, l'incidence de la pandémie sur la couverture d'assurance, la consommation de médicaments, l'incidence des interruptions de rendez-vous pour obtenir de nouvelles ordonnances, les dépenses personnelles consacrées aux médicaments et le non-respect d'une ordonnance de médicaments en raison des coûts parmi les Autochtones pendant la pandémie de COVID-19.

Ces constatations pourraient éclairer les politiques et les programmes relatifs à l'accès aux produits pharmaceutiques pour les populations autochtones.

1. Le non-respect d'une ordonnance de médicaments en raison des coûts se réfère à la population ayant retardé ou n'ayant pas exécuté une ordonnance, ou ayant réduit ou sauté des doses de médicament en raison des coûts durant l'année précédente. Pour une définition plus détaillée, voir la section sur les concepts et mesures.

Résultats

Population à l'étude

La population autochtone visée par l'enquête comprend les adultes (âgés de 18 ans et plus) qui vivent dans les provinces et en dehors des réserves des Premières Nations. En 2021, environ 40 % des membres inscrits des Premières Nations vivaient dans les réserves (Statistique Canada, 2021) et la plupart des Inuit du Canada vivent dans l'Inuit Nunangat, qui comprend la région des Inuvialuit (nord du Yukon et nord-ouest des Territoires du Nord-Ouest), le territoire du Nunavut, le Nunavik (nord du Québec) et le Nunatsiavut (nord du Labrador). Il est important de prendre en considération l'exclusion des territoires et de la population vivant dans les réserves lors de l'interprétation des résultats, compte tenu de l'exclusion d'une proportion importante de la population inuite et de la population des Premières Nations.

L'âge médian était le moins élevé chez les Inuit (37 ans), suivi des membres des Premières Nations (40 ans) et des Métis (43 ans). Chez les non-Autochtones, l'âge médian était de 47 ans. Les hommes (49 %) et les femmes (51 %) étaient représentés de façon égale parmi les membres des Premières Nations et les non-Autochtones. Chez les Métis et les Inuit, les hommes représentaient 58 % et 41 % des répondants, respectivement. Environ les trois quarts des membres des Premières Nations (75 %) et des Métis (74 %) vivaient en milieu urbain dans les provinces. Parmi les membres des Premières Nations, ceux qui n'ont pas le statut d'Indien étaient plus susceptibles de vivre en milieu urbain (80 %) que ceux qui ont le statut d'Indien (73 %). Comparativement aux membres des Premières Nations et aux Métis, les non-Autochtones étaient plus susceptibles de vivre en milieu urbain (88 %), tandis que les Inuit étaient beaucoup moins susceptibles (34 %^E) d'y vivre.

Chez les Métis, les Inuit et les membres des Premières Nations non inscrits vivant hors réserve, plus de 1 personne sur 5 n'a aucune couverture d'assurance-médicaments

Dans le cadre de l'EASSPPP, on a posé des questions aux répondants sur la durée de leur couverture d'assurance-médicaments au cours des 12 derniers mois. Les répondants pouvaient indiquer qu'ils avaient une couverture pour chacun des 12 mois précédents (couverture pour toute l'année), une partie des 12 mois précédents (couverture pour une partie de l'année) ou qu'ils n'avaient pas de couverture (aucune couverture).

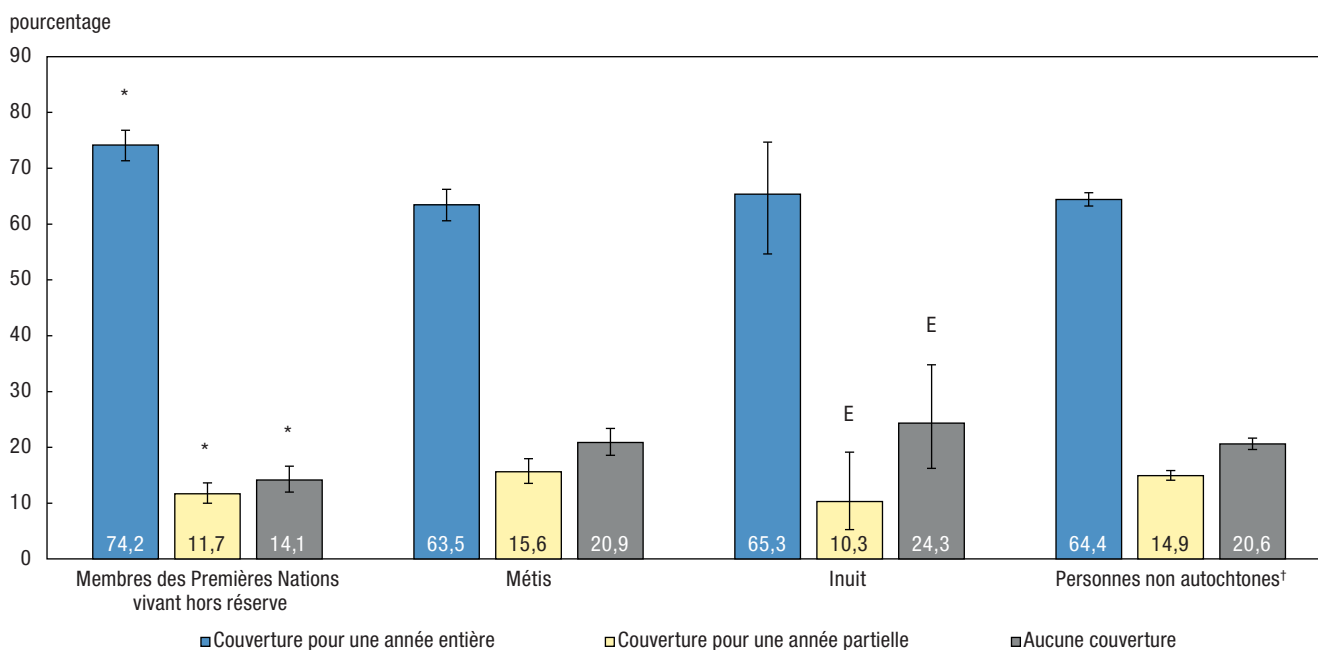
Près des trois quarts des membres des Premières Nations vivant hors réserve (74 %) ont déclaré avoir une couverture pour toute l'année, soit environ 10 points de pourcentage de plus que les Métis (63 %), les Inuit (65 %) et les non-Autochtones (64 %). La couverture pour une partie de l'année allait de 10 %^E pour les Inuit à près de 16 % pour les Métis (graphique 1).

Environ 1 membre des Premières Nations vivant hors réserve sur 7 (14 %) a déclaré ne pas avoir de couverture, ce qui était nettement inférieur à la prévalence observée chez les non-Autochtones (21 %). Par ailleurs, 1 Métis sur 5 (21 %) et 1 Inuit sur 4 (24 %^E) ont indiqué ne pas avoir de couverture, ce qui est semblable à la prévalence pour les non-Autochtones.

Au sein de la population des Premières Nations, les membres des Premières Nations non inscrits (23 %) étaient presque deux fois plus susceptibles de déclarer n'avoir aucune couverture que les membres inscrits (12 %). Les personnes non inscrites ont également signalé une prévalence plus élevée de la couverture pour une partie de l'année et une prévalence plus faible de la couverture pour toute l'année comparativement aux personnes inscrites (graphique 2).

En ce qui concerne la comparaison entre les genres, la prévalence de la couverture d'assurance-médicaments n'était pas significativement différente entre les hommes et les femmes dans chaque groupe autochtone, à une exception près. Les hommes métis (23 %) étaient beaucoup plus susceptibles de déclarer n'avoir aucune couverture comparativement aux femmes métisses (17 %).

Graphique 1
Prévalence d'une couverture par régime d'assurance-médicaments au cours des 12 derniers mois, selon le groupe d'identité et la durée de la couverture, Canada (provinces seulement), 2021



^E à utiliser avec prudence

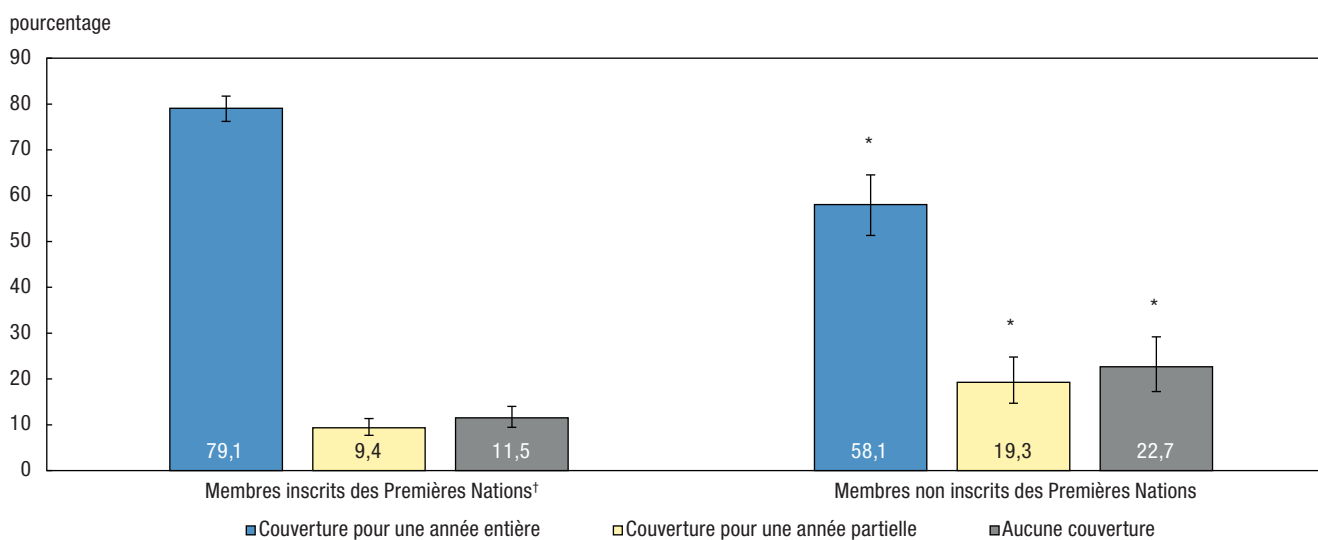
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

† catégorie de référence

Note : Les barres d'erreur représentent un intervalle de confiance de 95 %.

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

Graphique 2
Prévalence d'une couverture par régime d'assurance-médicaments au cours des 12 derniers mois chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, selon le statut et la durée de la couverture, Canada (provinces seulement), 2021



* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

† catégorie de référence

Note : Les barres d'erreur représentent un intervalle de confiance de 95 %.

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

La pandémie de COVID-19 a eu une incidence semblable sur la couverture d'assurance-médicaments des groupes autochtones et non autochtones

La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions sur l'emploi, entraînant des fermetures d'entreprises et des interruptions de travail. Les personnes qui avaient une couverture d'assurance-médicaments dans le cadre d'un régime d'assurance-médicaments parrainé par l'employeur étaient donc exposées à un risque de perte de protection en cas de mise à pied ou de congé.

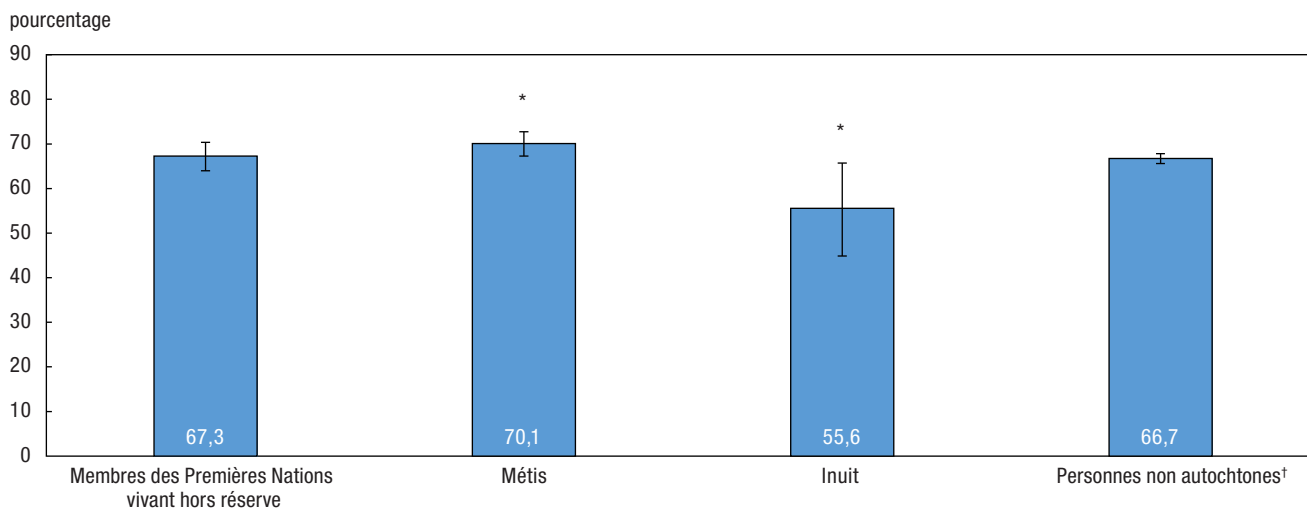
Dans le cadre de l'EASSPPP, on a demandé aux répondants qui avaient une couverture pour une partie de l'année au cours des 12 derniers mois et à ceux qui n'avaient pas de couverture au cours des 12 derniers mois, mais qui avaient une couverture antérieure si la pandémie de COVID-19 avait eu une incidence sur leur couverture (p. ex. perte d'emploi ou d'avantages sociaux).

Parmi les personnes qui avaient une couverture pour une partie de l'année ou une couverture antérieure, la couverture de 1 membre des Premières Nations vivant hors réserve sur 6 (16 %^F), d'environ 1 Métis sur 5 (22 %) et d'environ 1 non-Autochtone sur 5 (19 %) a été touchée par la pandémie de COVID-19 (p. ex. perte d'emploi ou d'avantages sociaux). Il n'y avait pas de différences significatives entre les Autochtones et les non-Autochtones quant aux répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la couverture ni de différences significatives entre les genres dans chaque groupe d'identité. Au sein de la population des Premières Nations, il n'y avait aucune différence significative entre les membres des Premières Nations non inscrits (18 %^F) et inscrits (15 %^F) en ce qui concerne les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la couverture, bien qu'elle fût quasi significative ($p=0,07$). Les estimations n'ont pas pu être publiées pour les Inuit en raison de la petite taille de l'échantillon.

Comparativement aux non-Autochtones, les Métis étaient plus susceptibles d'avoir des besoins en matière de médicaments au cours des 12 derniers mois, tandis que les Inuit étaient moins susceptibles d'en avoir

Le pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir un besoin en matière de médicaments sur ordonnance, ce qui comprend celles qui ont pris ou à qui on avait prescrit des médicaments sur ordonnance au cours des 12 derniers mois, variait selon le groupe autochtone, allant de plus de la moitié des Inuit (56 %) à 70 % pour les Métis (graphique 3). Les besoins en matière de médicaments de ces deux groupes étaient fortement différents de ceux de la population non autochtone (67 %), les Métis ayant déclaré avoir un besoin plus élevé et les Inuit, un besoin moins élevé. Toutefois, il y a eu une variance considérable associée à l'estimation de la population inuite, ce qui reflète peut-être la plus petite taille de l'échantillon pour ce groupe. Les résultats pour les Inuit doivent donc être utilisés avec prudence. Malgré cela, les constatations pour les Inuit concordent avec les recherches antérieures couvrant la même période. Ces résultats ont révélé une prévalence plus faible des problèmes de santé chroniques, ce qui peut refléter la taille réduite de l'échantillon, la distribution plus jeune de la population ou les obstacles possibles aux services de santé, y compris les services de diagnostic (Hahmann et Kumar, 2022). Les deux tiers des membres des Premières Nations (67 %) ont déclaré des besoins en matière de médicaments, ce qui représente à peu près le même pourcentage que les non-Autochtones. Au sein de la population des Premières Nations, il n'y avait pas de différence significative entre les personnes inscrites et non inscrites (68 % par rapport à 65 %) en ce qui concerne les besoins en matière de médicaments.

Graphique 3
Pourcentage de personnes nécessitant des médicaments au cours des 12 derniers mois, selon le groupe d'identité, Canada (provinces seulement), 2021



* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

† catégorie de référence

Note : Les barres d'erreur représentent un intervalle de confiance de 95 %.

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

Dans chaque groupe d'identité, sauf les Inuit, les femmes étaient beaucoup plus susceptibles que les hommes de déclarer avoir des besoins en matière de médicaments. Il y avait une différence d'environ 12 points de pourcentage dans la prévalence entre les hommes et les femmes au sein des populations des Premières Nations et des populations non autochtones. La différence entre les genres était plus grande chez les Métis (17 points de pourcentage) (tableau 1). On a également observé une tendance constante qui montrait l'augmentation des besoins en matière de médicaments au fur et à mesure que l'âge augmentait dans chaque groupe d'identité (tableau 1).

Tableau 1
Pourcentage de personnes ayant eu besoin de médicaments au cours des 12 derniers mois, selon le groupe d'identité, le genre et le groupe d'âge, Canada (provinces seulement), 2021

	Membres des Premières Nations vivant hors réserve		Métis		Inuit		Personnes non autochtones	
	pourcentage	IC de 95 %	pourcentage	IC de 95 %	pourcentage	IC de 95 %	pourcentage	IC de 95 %
Genre								
Hommes†	60,6	(55,7 à 65,3)	62,9	(58,8 à 66,9)	50,4 ^F	(35,9 à 64,9)	60,1	(58,4 à 61,8)
Femmes	73,0*	(68,7 à 76,8)	79,6*	(76,2 à 82,6)	58,9	(44,3 à 72,1)	73,2*	(71,8 à 74,6)
Groupe d'âge								
18 à 24 ans	55,1*	(44,6 à 65,1)	54,9*	(44,0 à 65,3)	39,4 ^{E*}	(17,3 à 66,8)	46,2*	(40,9 à 51,6)
25 à 34 ans	56,6*	(49,2 à 63,7)	63,3*	(55,8 à 70,1)	45,8 ^{E*}	(25,3 à 67,9)	55,1*	(51,8 à 58,3)
35 à 54 ans	66,6*	(61,3 à 71,5)	68,0*	(63,5 à 72,2)	58,6	(42,6 à 73,0)	62,1*	(60,1 à 64,0)
55 à 64 ans	80,2	(73,9 à 85,2)	79,3*	(74,6 à 83,3)	77,7 ^E	(47,7 à 93,0)	73,8*	(71,6 à 75,9)
65 ans et plus†	87,1	(82,1 à 90,8)	86,2	(81,7 à 89,7)	79,2	(52,1 à 93,0)	85,9	(84,5 à 87,2)

^E à utiliser avec prudence

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

† catégorie de référence

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

Il n'y avait pas de différence significative entre les besoins en matière de médicaments des hommes des Premières Nations, des Métis et des non-Autochtones. En revanche, les femmes métisses (80 %) avaient des besoins beaucoup plus élevés en matière de médicaments et les femmes inuites (59 %) avaient des besoins beaucoup moins élevés en matière de médicaments que les femmes non autochtones (73 %).

La comparaison des groupes autochtones et de la population non autochtone, selon le groupe d'âge, n'a révélé aucune différence dans les besoins en matière de médicaments chez les groupes d'âge les plus jeunes (de 18 à 24 ans) et les plus âgés (65 ans et plus). Toutefois, des différences considérables ont été observées pour d'autres groupes d'âge. En particulier, la prévalence des besoins en matière de médicaments chez les Métis était beaucoup plus élevée pour les trois groupes d'âge de 25 à 64 ans, comparativement aux non-Autochtones. Par ailleurs, les membres des Premières Nations ont seulement enregistré une prévalence des besoins en matière de médicaments nettement plus élevée pour le groupe d'âge de 55 à 64 ans, par rapport aux non-Autochtones (voir le tableau 1).

Une prévalence plus élevée des besoins en matière de médicaments a été observée chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve et les Métis pour traiter plusieurs problèmes de santé, comme les problèmes de santé mentale et de douleur chronique

Lorsqu'on examine l'ensemble des types de médicaments, un pourcentage plus élevé de personnes ont déclaré avoir besoin de médicaments ou avoir pris des médicaments pour des problèmes cardiovasculaires (cardiopathie, taux de cholestérol élevé et hypertension artérielle) et des problèmes de santé mentale que pour d'autres problèmes de santé. Cela concorde avec les résultats antérieurs qui ont permis de constater une prévalence plus élevée de ces problèmes de santé par rapport à d'autres problèmes de santé au cours de la même période (Hahmann et Kumar, 2022). La proportion de personnes ayant besoin de ces médicaments dépassait 1 personne sur 4 dans chacun des groupes autochtones. Toutefois, la proportion de personnes ayant besoin de médicaments pour traiter des problèmes cardiovasculaires était beaucoup plus faible chez les groupes autochtones (allant de 24 %^E à 30 %) que chez les personnes non autochtones (33 %), ce qui pourrait être lié aux différences dans la répartition par âge. Pour la plupart des autres problèmes de santé, c'était plutôt l'inverse. Le besoin en matière de médicaments pour traiter plusieurs problèmes de santé, comme les problèmes de santé mentale et la douleur chronique, était plus élevé chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve et les Métis que chez les non-Autochtones. Ces observations concordent également avec les résultats antérieurs concernant la prévalence plus élevée de ces problèmes de santé chez les membres des Premières Nations et les Métis. Les estimations pour les Inuit n'ont pas pu être produites pour plusieurs médicaments en raison de la petite taille des échantillons. La différence la plus importante entre les Autochtones et les non-Autochtones concernait les médicaments utilisés pour traiter les problèmes de santé mentale, où la proportion de personnes ayant besoin de ces médicaments était de près de 10 points de pourcentage plus élevée chez les Autochtones (membres des Premières Nations : 27 %, Métis : 27 %, Inuit : 26 %^E) que chez les non-Autochtones (18 %). Consultez le tableau 2 pour voir des estimations sur chaque type de médicament.

Tableau 2
Pourcentage de personnes ayant eu besoin de médicaments au cours des 12 derniers mois, selon le groupe d'identité et le type de médicament, Canada (provinces seulement), 2021

Médicaments pour traiter	Membres des Premières Nations vivant hors réserve		Métis		Inuit		Personnes non autochtones [†]	
	pourcentage	IC de 95 %	pourcentage	IC de 95 %	pourcentage	IC de 95 %	pourcentage	IC de 95 %
Maladie cardiaque, hypercholestérolémie ou hypertension artérielle	26,8*	(24,2 à 29,6)	30,3*	(27,7 à 33,0)	24,5 ^E	(15,4 à 36,5)	33,2	(32,0 à 34,4)
Problème de santé mentale	26,7*	(23,4 à 30,2)	27,4*	(24,6 à 30,4)	25,7 ^E	(14,4 à 41,6)	17,7	(16,6 à 18,8)
Diabète	16,1*	(13,8 à 18,8)	13,1	(11,2 à 15,2)	F	F	11,2	(10,4 à 12,1)
Infection	14,8	(12,4 à 17,6)	13,5	(11,4 à 16,0)	14,8 ^E	(7,4 à 27,4)	12,5	(11,6 à 13,4)
Douleur chronique	14,8*	(12,5 à 17,4)	15,2*	(13,1 à 17,5)	F	F	8,9	(8,2 à 9,6)
Problèmes intestinaux	13,5	(11,0 à 16,6)	13,3	(11,4 à 15,4)	F	F	11,8	(10,9 à 12,7)
Asthme	12,1*	(9,8 à 14,8)	9,8	(7,9 à 12,0)	F	F	7,7	(7,0 à 8,5)
Contraceptif	8,5	(6,7 à 10,7)	6,8	(5,4 à 8,5)	F	F	7,3	(6,6 à 8,0)
Arthrite	8,2	(6,6 à 10,2)	9,2*	(7,7 à 11,0)	3,9 ^{F*}	(2,0 à 7,5)	6,7	(6,1 à 7,3)
Problème de santé buccodentaire	6,0*	(4,7 à 7,8)	5,3	(4,1 à 6,9)	F	F	4,2	(3,7 à 4,8)
BPCO	3,0 ^E	(2,1 à 4,3)	3,0 ^E	(2,1 à 4,2)	F	F	2,4	(2,1 à 2,7)
Cancer	1,8 ^E	(1,1 à 2,9)	1,5 ^E	(1,0 à 2,3)	F	F	1,7	(1,4 à 2,1)
Autre problème de santé	35,3	(31,9 à 39,0)	34,6*	(31,6 à 37,7)	27,6 ^E	(18,0 à 39,9)	38,6	(37,2 à 39,9)

^E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

[†] catégorie de référence

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

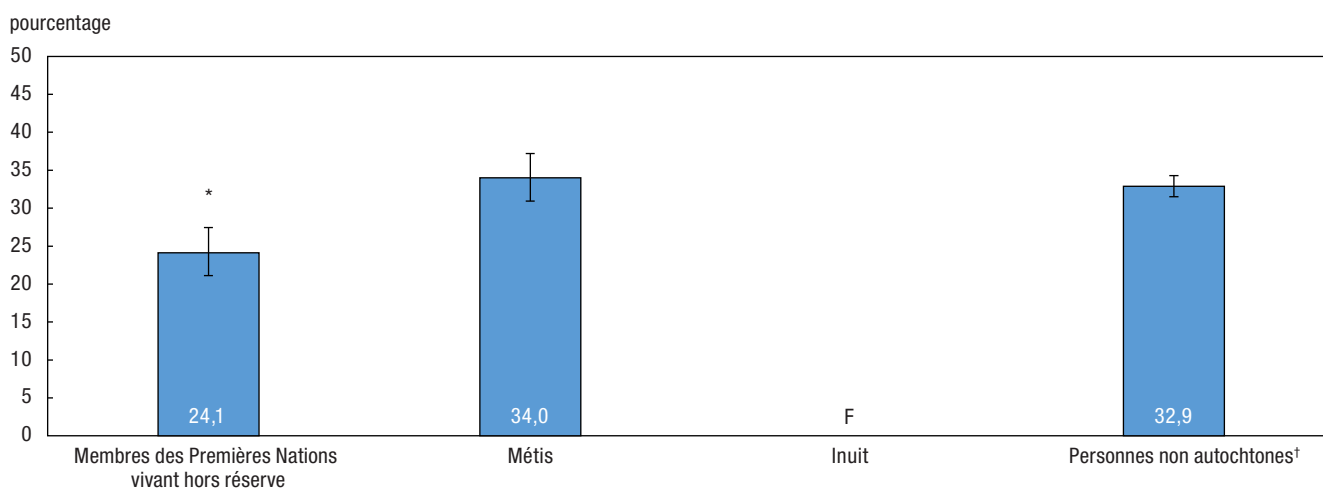
Parmi les personnes ayant besoin de médicaments, les membres des Premières Nations étaient plus susceptibles d'avoir une couverture d'assurance-médicaments pour toute l'année que les non-Autochtones, bien qu'il existe de grandes disparités entre les membres inscrits et les membres non inscrits des Premières Nations

Étant donné que les personnes qui ont besoin de médicaments courent un plus grand risque de subir des effets négatifs sur la santé si elles n'obtiennent pas les médicaments sur ordonnance nécessaires, il est important de comprendre la prévalence de la couverture d'assurance dans ce sous-groupe.

Parmi les personnes qui avaient besoin de médicaments, la proportion d'entre elles qui n'avaient pas de couverture pour toute l'année était semblable chez les Métis (34 %) et les non-Autochtones (33 %). Les membres des Premières Nations étaient les moins susceptibles de ne pas bénéficier d'une couverture pour toute l'année, environ le quart des personnes n'ayant pas de couverture pour toute l'année (24 %), ce qui est nettement inférieur à la proportion observée chez les non-Autochtones (33 %) (graphique 4). Au sein de la population des Premières Nations, les personnes non inscrites (44 %) étaient près de 2,5 fois plus susceptibles de ne pas bénéficier d'une couverture pour toute l'année que les personnes inscrites (18 %).

Graphique 4

Pourcentage de personnes sans couverture de l'assurance-médicaments pour une année complète parmi les répondants ayant déclaré avoir des besoins en médicaments au cours des 12 derniers mois, selon le groupe d'identité, Canada (provinces seulement), 2021



F trop peu fiable pour être publié

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

[†] catégorie de référence

Note : Les barres d'erreur représentent un intervalle de confiance de 95 %.

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

Une proportion significativement plus élevée de femmes des Premières Nations ayant des besoins en matière de médicaments n'avaient pas de couverture pour toute l'année (27 %) comparativement aux hommes des Premières Nations (21 %). Il n'y avait pas de différences significatives entre les genres dans la prévalence au sein des groupes métis et non autochtones. Pour ce qui est des comparaisons des groupes d'âge, elles ont montré que chez les Métis, les personnes de 65 ans et plus (41 %) étaient beaucoup plus susceptibles de ne pas bénéficier d'une couverture pour toute l'année que celles de 35 à 54 ans (31 %). Chez les membres des Premières Nations, il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes d'âge. Chez les non-Autochtones, les groupes d'âge plus jeunes et plus âgés étaient beaucoup plus susceptibles de ne pas bénéficier d'une couverture pour toute l'année comparativement aux personnes de 35 à 54 ans (tableau 3).

Tableau 3

Pourcentage de personnes sans couverture de l'assurance-médicaments pour une année complète parmi les répondants ayant déclaré avoir eu besoin de médicaments au cours des 12 derniers mois, selon le groupe d'identité, le genre et le groupe d'âge, Canada (provinces seulement), 2021

	Membres des Premières Nations vivant hors réserve		Métis		Personnes non autochtones	
	pourcentage	IC de 95 %	pourcentage	IC de 95 %	pourcentage	IC de 95 %
Genre						
Hommes [†]	20,7	(16,8 à 25,2)	35,0	(30,3 à 40,0)	33,3	(31,2 à 35,5)
Femmes	27,1*	(22,9 à 31,8)	32,9	(29,2 à 36,8)	32,4	(30,8 à 34,1)
Groupe d'âge						
18 à 24 ans	32,3 ^E	(20,8 à 46,4)	35,7 ^E	(24,2 à 49,1)	36,2*	(29,3 à 43,8)
25 à 34 ans	27,6 ^E	(20,1 à 36,6)	36,9	(28,2 à 46,5)	36,3*	(32,0 à 40,8)
35 à 54 ans [†]	18,6	(14,5 à 23,7)	31,2	(26,6 à 36,3)	25,8	(23,5 à 28,2)
55 à 64 ans	23,8	(17,8 à 31,1)	28,2	(23,1 à 33,9)	32,2*	(29,5 à 35,0)
65 ans et plus	24,8	(19,1 à 31,5)	40,6*	(34,8 à 46,6)	38,1*	(36,1 à 40,2)

^E à utiliser avec prudence

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

[†] catégorie de référence

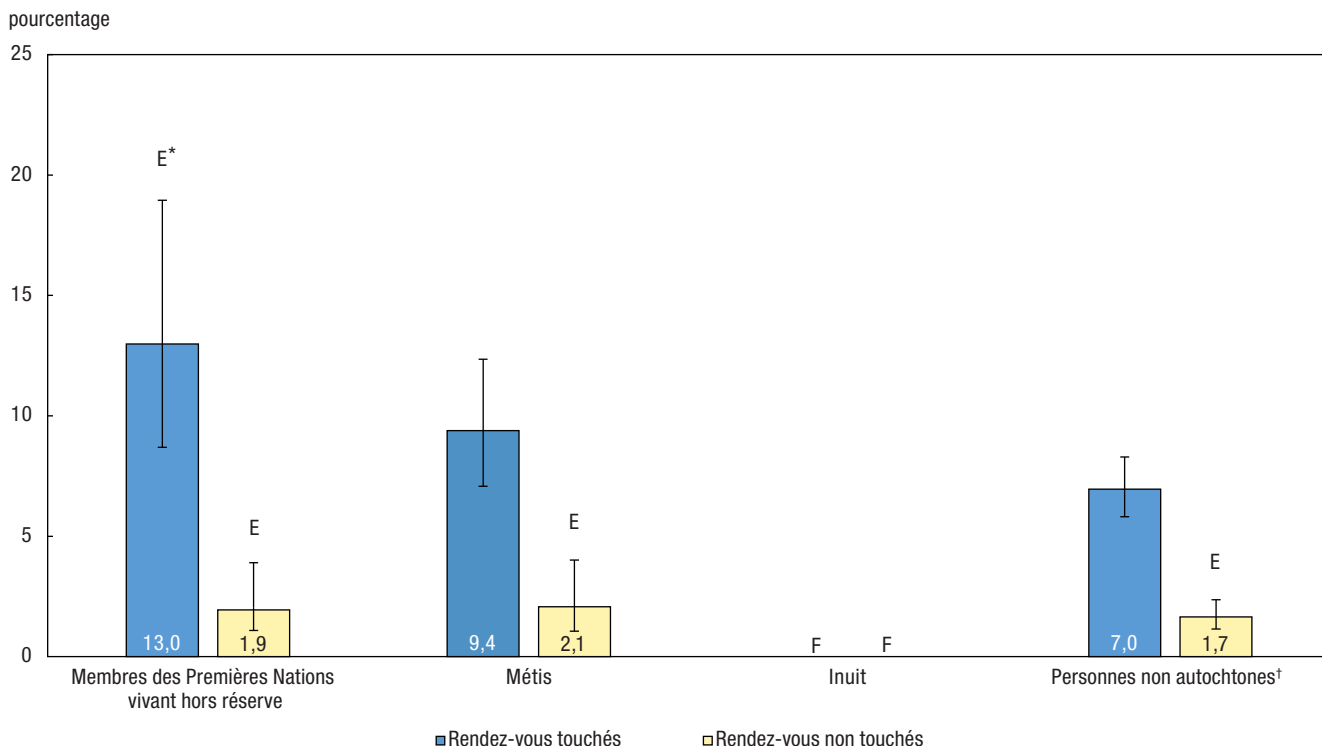
Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

Les membres des Premières Nations étaient plus susceptibles de rencontrer des difficultés à obtenir de nouvelles ordonnances auprès des fournisseurs de soins de santé pendant la pandémie de COVID-19 que les non-Autochtones

La pandémie a entraîné l'annulation et le report des rendez-vous de soins de santé, ce qui peut avoir une incidence sur l'accès aux soins de santé pour de nombreuses personnes (Hahmann et Kumar, 2022). On s'attend à ce que cela ait créé des obstacles pour les personnes qui ont besoin de nouvelles ordonnances. Pour évaluer cette situation, on a examiné la relation entre les problèmes liés à la planification des rendez-vous et l'incapacité d'obtenir de nouvelles ordonnances auprès d'un fournisseur de soins de santé.

Dans tous les groupes d'identité, les personnes qui ont eu de la difficulté à obtenir un rendez-vous médical au cours de la dernière année étaient environ quatre à sept fois plus susceptibles d'être incapables d'obtenir une nouvelle ordonnance par rapport à leurs homologues qui n'ont pas connu de tels problèmes. L'incapacité d'obtenir une nouvelle ordonnance chez les personnes qui ont eu de la difficulté à obtenir un rendez-vous était deux fois plus élevée chez les membres des Premières Nations (13 %^E) que chez les non-Autochtones (7 %). La différence de prévalence entre les Métis (9 %) et les non-Autochtones n'était pas significative. La prévalence de ce résultat n'a pas pu être déclarée pour les Inuit en raison de la petite taille de l'échantillon.

Graphique 5
Pourcentage de personnes nécessitant des médicaments qui n'ont pas été en mesure d'obtenir une nouvelle ordonnance au cours des 12 derniers mois, selon le groupe d'identité et l'état des rendez-vous, Canada (provinces seulement), 2021



^E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p < 0,05)

† catégorie de référence

Notes : Les barres d'erreur représentent un intervalle de confiance de 95 %.

Le sous-échantillon pour cette analyse était limité aux personnes nécessitant un accès aux soins de santé et ayant des besoins en médicaments au cours des 12 derniers mois.

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

Parmi les personnes ayant des besoins en matière de médicaments, les dépenses personnelles engagées pour des médicaments sur ordonnance sont les plus faibles chez les membres inscrits des Premières Nations et les Inuit

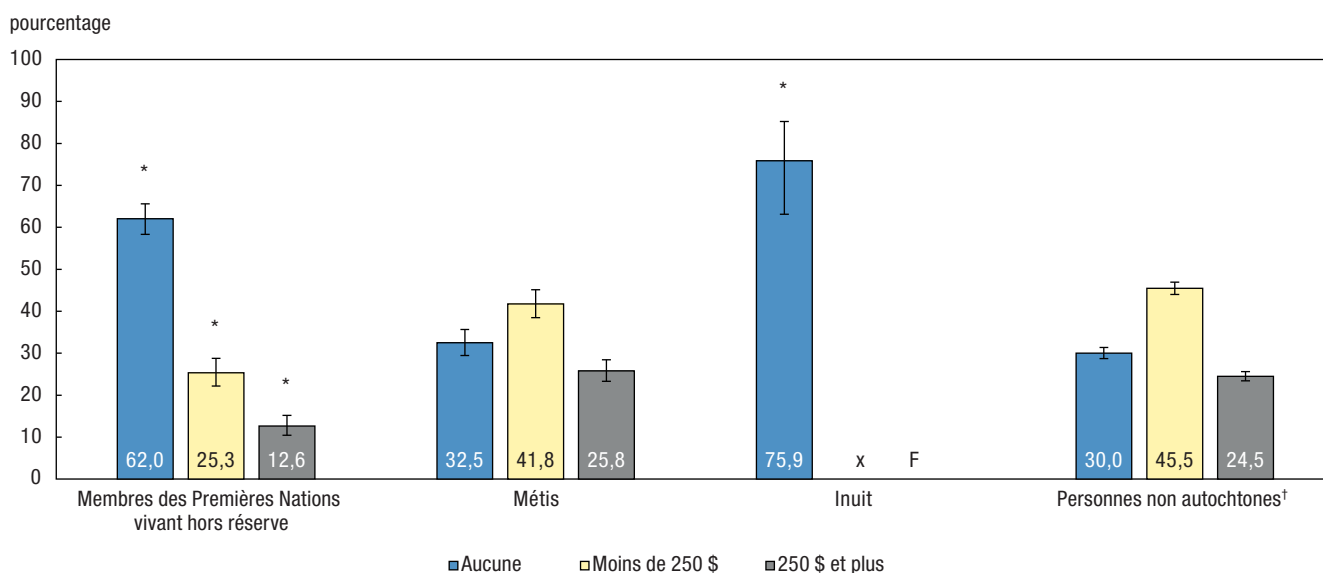
En plus des difficultés liées à l'accès aux soins de santé et à l'obtention de nouvelles ordonnances, les dépenses liées aux médicaments engagées par les patients constituent un obstacle important à l'accès aux médicaments sur ordonnance (Tang et coll., 2014). Il a également été démontré que les dépenses personnelles en médicaments sont associées à la prise de décisions sur la consommation des médicaments sur ordonnance. En fait, Law et coll. (2018) ont constaté que les personnes ayant de plus grandes dépenses personnelles en médicaments étaient moins susceptibles de respecter leurs ordonnances en raison des coûts.

Les membres des Premières Nations et les Inuit étaient beaucoup moins susceptibles de devoir verser des dépenses personnelles en médicaments sur ordonnance que les non-Autochtones. Près des deux tiers des membres des Premières Nations (62 %) et un peu plus des trois quarts des Inuit (76 %) ont déclaré ne pas avoir de dépenses personnelles, comparativement à un peu moins du tiers des non-Autochtones (30 %). En revanche, les dépenses personnelles en médicaments chez les Métis ne différaient pas de façon significative de celles des non-Autochtones dans toutes les catégories de dépenses (voir le graphique 6 pour obtenir plus de renseignements).

Au sein de la population des Premières Nations, les personnes non inscrites étaient beaucoup plus susceptibles de devoir verser des dépenses personnelles en médicaments que les personnes inscrites. Par exemple, les membres non inscrits des Premières Nations étaient presque deux fois plus susceptibles de dépenser moins de 250 \$ en médicaments sur ordonnance (39 %) que les membres inscrits (21 %), et presque quatre fois plus susceptibles de dépenser plus de 250 \$ (29 % par rapport à 8 %) (graphique 7).

La comparaison entre les genres au sein de chaque groupe d'identité a révélé deux cas où il y avait des différences significatives. Chez les Métis, les hommes étaient beaucoup plus susceptibles de déclarer ne pas avoir de dépenses personnelles en médicaments (36 %) comparativement aux femmes (29 %). Parmi la population non autochtone, les hommes étaient beaucoup plus susceptibles de déclarer des dépenses de 250 \$ ou plus (26 %) que les femmes (23 %).

Graphique 6
Prévalence des dépenses non remboursées en médicaments sur ordonnance chez les personnes nécessitant des médicaments au cours des 12 derniers mois, selon le groupe d'identité et la catégorie des dépenses non remboursées, Canada (provinces seulement), 2021



x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*

F trop peu fiable pour être publié

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

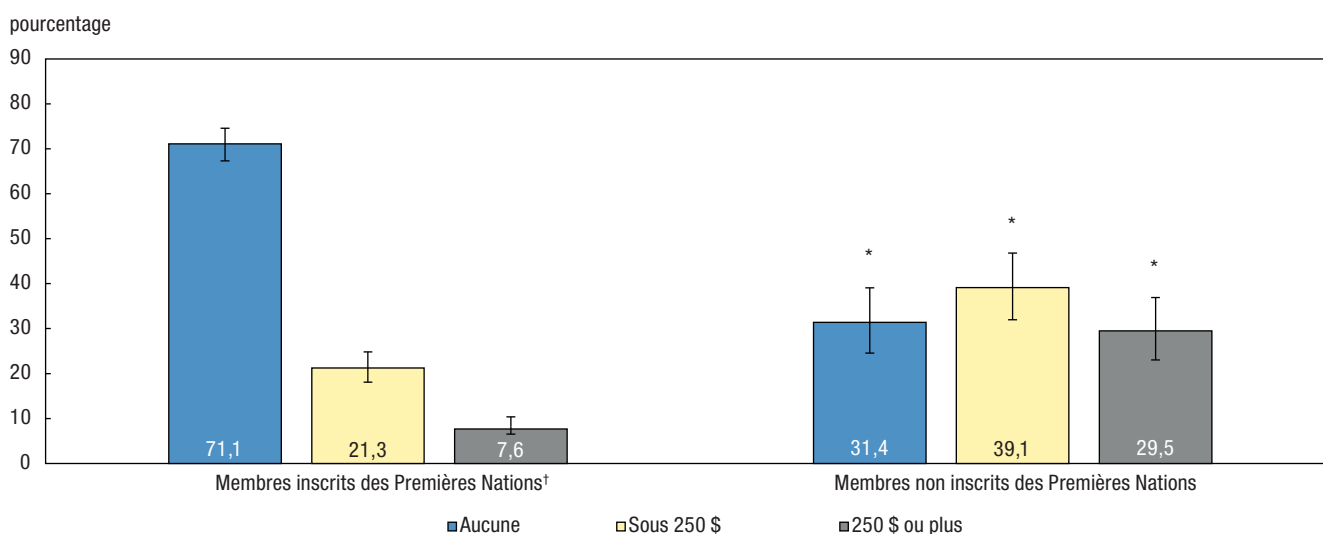
† catégorie de référence

Note : Les barres d'erreur représentent un intervalle de confiance de 95 %.

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

Graphique 7

Prévalence des dépenses non remboursées en médicaments sur ordonnance chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve et ayant eu besoin de médicaments au cours des 12 derniers mois, selon le statut et la catégorie des dépenses non remboursées, Canada (provinces seulement), 2021



* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

† catégorie de référence

Note : Les barres d'erreur représentent un intervalle de confiance de 95 %.

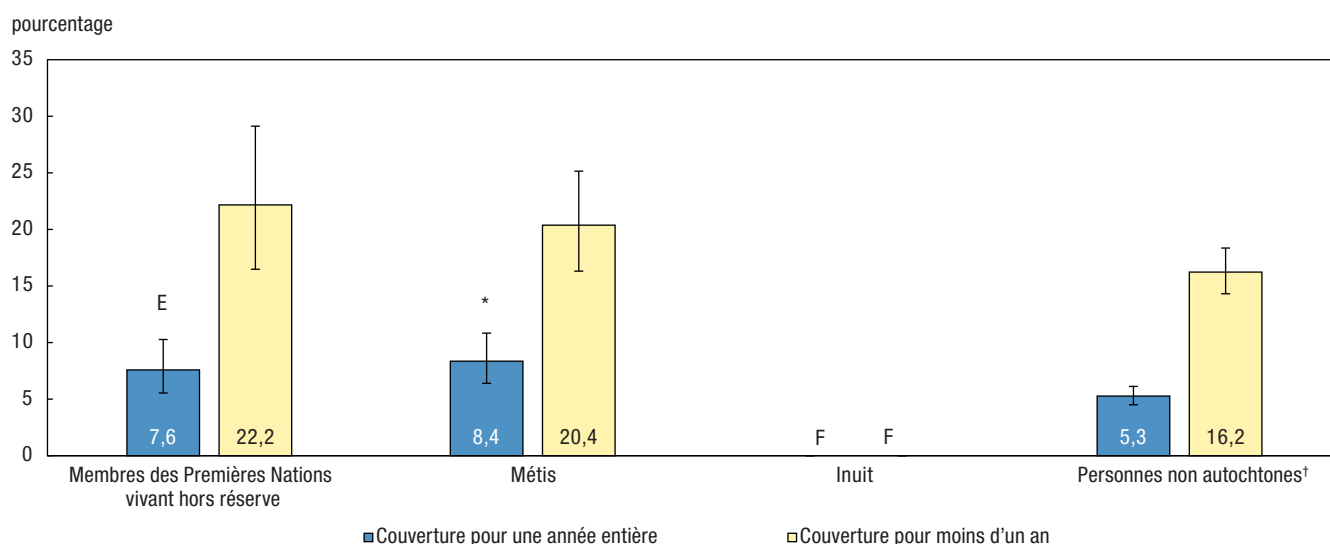
Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

Parmi les Métis et les membres des Premières Nations qui n'ont pas de couverture d'assurance-médicaments pour toute l'année, 1 personne sur 5 ne respecte pas ses ordonnances en raison des coûts

Le non-respect d'une ordonnance de médicaments en raison des coûts (ci-après désigné par l'expression non-respect), ce qui peut comprendre le rationnement ou le report du remplissage des ordonnances en raison des coûts, est considéré comme un problème clinique qui pose des conséquences négatives pour la santé des patients et des difficultés économiques pour les systèmes de soins de santé (Kennedy et Morgan, 2009).

La prévalence globale du non-respect chez les personnes ayant des besoins en matière de médicaments, quel que soit le niveau de couverture, s'est chiffrée à 11 % pour les membres des Premières Nations, 12 % pour les Métis, 23 %^E pour les Inuit et 9 % pour les non-Autochtones. Dans toutes les populations où des comparaisons étaient possibles, celles qui avaient une couverture pour une partie de l'année étaient deux à trois fois plus susceptibles de ne pas respecter leur ordonnance que leurs homologues qui avaient une couverture pour toute l'année. Même parmi les personnes qui avaient une couverture annuelle complète, certaines disparités entre les Autochtones et les non-Autochtones ont été observées. En particulier, les Métis (8 %) étaient plus susceptibles de ne pas respecter une ordonnance de médicaments que les non-Autochtones (5 %). Des différences significatives n'ont pas été relevées dans les groupes autochtones et non autochtones chez les personnes dont la couverture n'était pas pour toute l'année, bien que les différences se soient rapprochées du niveau de la signification statistique (graphique 8).

Graphique 8
Pourcentage de personnes ne respectant pas leur ordonnance en raison des coûts parmi les personnes qui avaient besoin de médicaments au cours des 12 derniers mois, selon le groupe d'identité et la durée de la couverture, Canada (provinces seulement), 2021



^E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

† catégorie de référence

Note : Les barres d'erreur représentent un intervalle de confiance de 95 %.

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

Les membres des Premières Nations vivant hors réserve qui n'avaient pas de couverture d'assurance-médicaments pour toute l'année étaient trois fois plus susceptibles de ne pas respecter une ordonnance en raison des coûts que ceux qui avaient une couverture pour toute l'année, après la prise en compte d'autres facteurs

Il a été démontré par le passé que le non-respect d'une ordonnance de médicaments au sein de la population générale était lié à plusieurs facteurs, comme le revenu, la couverture des médicaments, le nombre de problèmes de santé chroniques et les dépenses personnelles en médicaments (Law et coll., 2018). Toutefois, ces associations n'ont pas été examinées au sein de la population autochtone. Pour remédier à cette situation, on a examiné le non-respect d'une ordonnance de médicaments avant et après la prise en compte de certains facteurs mentionnés ci-dessus en utilisant une analyse à deux variables et multivariée séparément pour les membres des Premières Nations et les Métis.

Parmi les caractéristiques comprises dans l'analyse à deux variables pour la population des Premières Nations vivant hors réserve, la couverture d'assurance-médicaments, le revenu du ménage, le statut d'Indien inscrit, le nombre de maladies chroniques, le nombre d'ordonnances nécessaires et les dépenses personnelles pour des médicaments étaient tous associés de façon significative au non-respect. Ce n'était pas le cas pour le genre, l'âge, la province ou la région et le niveau de scolarité (voir l'annexe A.1).

Bien que les analyses à deux variables aient permis d'examiner les corrélations entre le résultat (non-respect) et chaque variable indépendante, il est important d'examiner les associations lors du contrôle de toutes les autres variables. À cette fin, une analyse multivariée a été entreprise, dont les résultats sont présentés au tableau 4. Toutefois, l'accent a été mis sur l'association entre le non-respect et la couverture d'assurance-médicaments après ajustement pour d'autres éventuels facteurs confusionnels.

Premièrement, une analyse de régression univariée a été effectuée (modèle 1 du tableau 4) afin de déterminer la relation entre la couverture d'assurance-médicaments et le résultat (non-respect d'une ordonnance de médicaments) sans tenir compte d'autres facteurs. Les résultats de l'analyse de régression logistique univariée ont montré que les personnes qui n'avaient pas de couverture pour toute l'année étaient presque 3,5 fois plus susceptibles (rapport de cotes [RC]=3,47) de ne pas respecter une ordonnance par rapport à celles qui avaient une couverture pour toute l'année.

Après avoir pris en compte certaines caractéristiques dans le modèle multivarié (modèle 2), les chances de non-respect chez les personnes n'ayant pas une couverture pour toute l'année ont diminué, se chiffrant à un peu moins de trois (RC=2,98). Néanmoins, une association importante entre la couverture d'assurance-médicaments et le non-respect persistait.

Parmi les caractéristiques choisies qui ont été utilisées comme variables de contrôle, plusieurs d'entre elles ont été associées de façon significative au non-respect tout en prenant compte du reste des variables. Celles-ci comprenaient l'âge, le revenu du ménage, le nombre d'ordonnances requises et les dépenses personnelles pour des médicaments. Par exemple, les personnes de 65 ans et plus (RC=0,21) avaient des chances de non-respect 80 % moins élevées que les personnes de 35 à 54 ans. Tous les autres groupes d'âge n'étaient pas significativement différents du groupe d'âge des 35 à 54 ans.

En ce qui concerne le revenu, les personnes vivant dans les ménages du 20^e centile le plus bas avaient plus de deux fois plus de chances (RC=2,30) de non-respect que celles qui se trouvaient au-dessus du 20^e centile. Les probabilités de non-respect étaient également considérablement plus élevées chez les personnes qui prenaient deux ordonnances (RC=2,67) que chez celles qui n'étaient tenues de prendre qu'une seule ordonnance. Toutefois, cette tendance ne s'est pas maintenue pour le groupe nécessitant trois ordonnances ou plus. Ce groupe de personnes n'était pas significativement différent du groupe qui devait prendre une seule ordonnance. Il y avait aussi une tendance nette entre le non-respect d'une ordonnance de médicaments et les dépenses personnelles, les probabilités de non-respect augmentant au même rythme que les dépenses. Plus précisément, les personnes qui dépensaient moins de 250 \$ en dépenses personnelles avaient presque quatre fois plus de chances (RC=3,88) de non-respect, et celles qui dépensaient 250 \$ ou plus avaient plus de quatre fois plus de chances (RC=4,34) de non-respect comparativement à celles qui n'avaient pas à engager des dépenses personnelles pour obtenir des médicaments. Les femmes étaient aussi presque deux fois moins susceptibles (RC=0,58) de ne pas respecter une ordonnance de médicaments que les hommes ($p=0,09$).

Il convient également de noter que, même si l'on observe une différence marquée en ce qui concerne le non-respect entre les membres inscrits et non inscrits des Premières Nations dans l'analyse à deux variables (9 % par rapport à 19 %^E; voir l'annexe A.1), aucune association entre le statut d'Indien et le non-respect n'a été observée lorsque toutes les autres variables étaient prises en compte.

L'accès à un fournisseur de soins de santé a également été inclus comme prédicteur dans les modèles préliminaires qui n'ont pas été utilisés dans l'analyse finale. Cette covariable n'était pas significativement associée au non-respect d'une ordonnance de médicaments après la prise en compte d'autres facteurs (RC=1,81; $p=0,13$).

Tableau 4
Rapports de cotes corrigés du non-respect d'ordonnances de médicaments en raison des coûts chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, selon certaines caractéristiques, Canada (provinces seulement), 2021

Caractéristiques	Modèle 1 (univarié)			Modèle 2 (multivarié)		
	rapport de cotes	limite inférieure de l'IC de 95 %	limite supérieure de l'IC de 95 %	rapport de cotes	limite inférieure de l'IC de 95 %	limite supérieure de l'IC de 95 %
Ordonnée à l'origine	0,08*	0,06	0,12	0,02	0,01	0,09
Durée de la couverture de l'assurance-médicaments						
Couverture pour une année entière [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Couverture pour moins d'un an	3,47*	2,11	5,71	2,98*	1,47	6,04
Statut d'Indien inscrit						
Statut [†]	1,00	1,00	1,00
Non inscrits	...	...	...	0,75	0,39	1,45
Genre						
Hommes [†]	1,00	1,00	1,00
Femmes	...	...	...	0,58	0,31	1,10
Groupe d'âge, années						
18 à 24 ans	...	...	...	1,02	0,32	3,27
25 à 34 ans	...	...	...	1,62	0,75	3,52
35 à 54 ans [†]	1,00	1,00	1,00
55 à 64 ans	...	...	...	0,50	0,21	1,21
65 ans et plus	...	...	...	0,21*	0,07	0,57
Province ou région						
Provinces de l'Atlantique	...	...	...	1,05	0,39	2,82
Québec [†]	1,00	1,00	1,00
Ontario	...	...	...	0,97	0,34	2,77
Prairies	...	...	...	1,03	0,36	2,91
Colombie-Britannique	...	...	...	1,35	0,46	3,93
Revenu total du ménage						
Revenu en dessous du 20 ^e centile	...	...	...	2,30*	1,28	4,16
Revenu au-dessus du 20 ^e centile [†]	1,00	1,00	1,00
Niveau de scolarité						
Sans diplôme d'études secondaires [†]	1,00	1,00	1,00
Diplôme d'études secondaires ou équivalent	...	...	...	0,98	0,41	2,31
Certificat ou diplôme d'un collège, d'une école de métiers, d'un cégep ou autre de niveau inférieur au baccalauréat	...	...	...	1,02	0,45	2,33
Baccalauréat ou diplôme supérieur	...	...	...	0,75	0,25	2,21
Problèmes de santé chroniques (nombre)						
0 [†]	1,00	1,00	1,00
1	...	...	...	1,25	0,54	2,93
2 ou plus	...	...	...	1,58	0,55	4,55
Médicaments sur ordonnance (nombre)						
1 [†]	1,00	1,00	1,00
2	...	...	...	2,67*	1,07	6,69
3 ou plus	...	...	...	2,04	0,77	5,36
Dépenses non remboursées en médicaments sur ordonnance (\$)						
0 [†]	1,00	1,00	1,00
Moins de 250 \$	...	...	...	3,88*	1,81	8,32
250 \$ ou plus	...	...	...	4,34*	1,73	10,87

... n'ayant pas lieu de figurer

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

[†] catégorie de référence

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

Les Métis qui n'avaient pas de couverture d'assurance-médicaments pour toute l'année étaient plus de deux fois plus susceptibles de ne pas respecter leurs ordonnances en raison des coûts que ceux qui avaient une couverture pour toute l'année, après la prise en compte d'autres facteurs

Parmi les caractéristiques choisies dans le cadre de l'analyse à deux variables pour la population métisse, la couverture de l'ordonnance par une assurance-médicaments, le genre, l'âge, le revenu du ménage, le niveau de scolarité, le nombre de maladies chroniques, le nombre d'ordonnances nécessaires et les dépenses personnelles pour des médicaments étaient tous associés de façon significative au non-respect. Par ailleurs, la province ou la

région n'était pas associée de façon significative au non-respect, même si les Prairies et la Colombie-Britannique se rapprochaient du niveau de la signification statistique par rapport au Québec (catégorie de référence).

L'analyse de régression univariée pour les Métis (modèle 1 du tableau 5), qui a évalué la relation entre la couverture d'assurance-médicaments et le non-respect sans tenir compte d'autres variables, a montré que les personnes sans couverture pour toute l'année avaient presque trois fois plus de chances ($RC=2,80$) de non-respect d'une ordonnance de médicaments en raison des coûts comparativement à celles qui avaient une couverture pour toute l'année.

Après avoir tenu compte des caractéristiques choisies dans le modèle multivarié (modèle 2), les chances de non-respect ont diminué, se chiffrant à un peu plus de deux ($RC=2,14$). Toutefois, il subsistait un lien important entre la couverture de l'assurance-médicaments et le non-respect. La variation dans les probabilités pour les groupes de couverture de l'assurance-médicaments lors de la comparaison des résultats univariés et multivariés révèle l'effet possiblement confusionnel d'autres caractéristiques sur l'association entre la couverture d'assurance-médicaments et le non-respect.

Parmi les caractéristiques choisies pour servir de variables de contrôle, l'âge, le revenu, le niveau de scolarité, le nombre d'ordonnances prises et les dépenses personnelles pour des médicaments ont été associés de façon significative au non-respect tout en tenant compte du reste des variables. Ce sont les mêmes caractéristiques qui étaient significatives dans le modèle pour les membres des Premières Nations, sauf que le niveau de scolarité était également significatif chez les Métis.

Les Métis âgés de 65 ans et plus ($RC=0,28$) avaient presque 70 % moins de chances de ne pas respecter leur ordonnance par rapport à leurs homologues âgés de 35 à 54 ans. Tous les autres groupes d'âge n'étaient pas significativement différents du groupe d'âge des 35 à 54 ans.

Les Métis des ménages dont le revenu se situait au 20^e centile le plus bas étaient plus de deux fois plus susceptibles ($RC=2,40$) de ne pas respecter une ordonnance comparativement à ceux qui se situaient au-dessus du 20^e centile. En ce qui a trait au niveau de scolarité, les Métis dans le groupe le plus scolarisé, titulaires d'un baccalauréat ou d'un grade supérieur ($RC=2,70$), étaient plus de 2,5 fois plus susceptibles de ne pas respecter une ordonnance comparativement à ceux qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires. Cette estimation était associée à une variance élevée et doit être interprétée avec prudence. Les raisons de l'association entre l'éducation et le non-respect chez les Métis ne sont pas claires et nécessiteraient des recherches plus approfondies.

En ce qui concerne le nombre d'ordonnances prises, les personnes ayant pris deux ordonnances ($RC=2,01$) étaient deux fois plus susceptibles de ne pas respecter ces ordonnances par rapport aux personnes qui avaient une seule ordonnance. Toutefois, cette différence n'a pas été observée au sein du groupe des personnes qui ont pris trois ordonnances ou plus ($RC=1,64$). Ce groupe n'était pas significativement différent des personnes qui avaient besoin d'une seule ordonnance lorsqu'on prenait en compte d'autres variables de contrôle.

Comme on l'a constaté pour la population des Premières Nations, il y avait une tendance nette entre le non-respect et les dépenses personnelles pour des médicaments, les probabilités de non-respect augmentant en même temps que les dépenses. Les personnes dépensant 250 \$ ou plus étaient six fois plus susceptibles ($RC=5,99$) de ne pas respecter leur ordonnance que celles qui n'avaient pas versé de dépenses personnelles pour des médicaments (voir le tableau 5). Les personnes dont les dépenses étaient inférieures à 250 \$ ($RC=2,24$) étaient plus de deux fois plus susceptibles de ne pas respecter une ordonnance de médicaments que les personnes n'ayant pas de dépenses personnelles, ce qui représente une différence quasi significative ($p = 0,05$).

L'accès à un fournisseur de soins de santé a également été inclus comme prédicteur dans les modèles préliminaires qui n'ont pas été utilisés dans l'analyse finale. Cette covariable n'était pas associée de façon significative au non-respect d'une ordonnance de médicaments après avoir pris en compte d'autres facteurs ($RC=1,26$; $p=0,57$).

Tableau 5
Rapports de cotes corrigés du non-respect d'ordonnances de médicaments en raison des coûts parmi les Métis, selon certaines caractéristiques, Canada (provinces seulement), 2021

Caractéristiques	Modèle 1 (univarié)			Modèle 2 (multivarié)		
	rapport de cotes	limite inférieure de l'IC de 95 %	limite supérieure de l'IC de 95 %	rapport de cotes	limite inférieure de l'IC de 95 %	limite supérieure de l'IC de 95 %
Ordonnée à l'origine	0,09*	0,07	0,12	0,01	0,00	0,03
Durée de la couverture pour médicaments d'ordonnance						
Couverture pour une année entière [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Couverture pour moins d'un an	2,80*	1,89	4,15	2,14*	1,27	3,61
Genre						
Hommes [†]	1,00	1,00	1,00
Femmes	...	...	...	1,15	0,65	2,06
Groupe d'âge, années						
18 à 24 ans	...	...	...	1,55	0,43	5,66
25 à 34 ans	...	...	...	1,42	0,69	2,94
35 à 54 ans [†]	1,00	1,00	1,00
55 à 64 ans	...	...	...	0,88	0,48	1,61
65 ans et plus	...	...	...	0,28*	0,14	0,58
Province ou région						
Provinces de l'Atlantique	...	...	...	1,28	0,59	2,75
Québec [†]	1,00	1,00	1,00
Ontario	...	...	...	1,69	0,58	4,92
Prairies	...	...	...	1,30	0,63	2,67
Colombie-Britannique	...	...	...	2,03	0,80	5,12
Revenu total du ménage						
En dessous du 20 ^e centile	...	...	...	2,40*	1,38	4,17
Au-dessus du 20 ^e centile [†]	1,00	1,00	1,00
Niveau de scolarité						
Sans diplôme d'études secondaires [†]	1,00	1,00	1,00
Diplôme d'études secondaires ou équivalent	...	...	...	1,22	0,50	2,97
Certificat ou diplôme d'un collège, d'une école de métiers, d'un cégep ou autre de niveau inférieur au baccalauréat	...	...	...	2,14	0,97	4,71
Baccalauréat ou diplôme supérieur	...	...	...	2,70*	1,02	7,14
Problèmes de santé chroniques (nombre)						
0 [†]	1,00	1,00	1,00
1	...	...	...	1,15	0,53	2,48
2 ou plus	...	...	...	1,23	0,55	2,72
Médicaments sur ordonnance (nombre)						
1 [†]	1,00	1,00	1,00
2	...	...	...	2,01*	1,11	3,61
3 ou plus	...	...	...	1,64	0,75	3,61
Dépenses non remboursées en médicaments sur ordonnance (\$)						
0 [†]	1,00	1,00	1,00
Moins de 250 \$	...	...	...	2,24	1,00	5,02
250 \$ ou plus	...	...	...	5,99*	2,57	13,94

... n'ayant pas lieu de figurer

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p < 0,05)

[†] catégorie de référence

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

Discussion

La pandémie de COVID-19 a eu de graves répercussions négatives sur la santé, la société et l'économie du Canada, dont certaines étaient disproportionnellement plus élevées parmi les populations marginalisées, y compris les populations autochtones, en raison des disparités sanitaires et socioéconomiques observées avant la pandémie (Kopp et coll., 2024; Mashford-Pringle et coll., 2021; Agence de la santé publique du Canada, 2020). La pandémie a accentué ces difficultés, entraînant la réduction des services de santé et le report des rendez-vous médicaux, la diminution de l'accès aux professionnels de la santé (Zeitouny et coll., 2023) et les répercussions sur l'assurance-maladie parrainée par l'employeur à cause de la perte d'emploi (Nguyen et coll., 2022), entre autres.

Une étude antérieure a examiné l'accès à l'assurance-médicaments pendant la pandémie dans la population canadienne en général, chez les personnes racisées et les immigrants, mais pas chez les Autochtones (Cortes et Smith, 2022). La présente étude comble cette lacune en examinant la prévalence de l'assurance-médicaments et

de la consommation de médicaments pendant la pandémie chez les Autochtones. Les résultats de l'analyse ont montré qu'il y avait des différences considérables entre certaines populations autochtones et la population non autochtone en ce qui concerne la couverture d'assurance-médicaments, les types de médicaments utilisés, les dépenses personnelles pour les médicaments et le non-respect d'une ordonnance de médicaments en raison des coûts. L'étude n'a pas permis d'examiner les résultats chez les personnes bispirituelles et de diverses identités de genre parmi les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuit en raison de la petite taille de l'échantillon. Les populations autochtones ont dû faire face à des difficultés concernant l'accès aux soins de santé pendant la pandémie, y compris des difficultés liées à la disponibilité et à l'accessibilité de soins de santé culturellement sécuritaires, aux temps d'attente, aux processus de prise de rendez-vous et au transport en commun, ainsi qu'à la discrimination et au racisme (Jones et coll., 2024).

Le pourcentage de personnes qui ont déclaré ne pas avoir d'assurance-médicaments au cours de la dernière année s'est chiffré à 14 % chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve et à 24 %^E chez les Inuit. En outre, 1 Métis et sur 5 et 1 non-Autochtone sur 5 ont déclaré ne pas avoir de couverture. Ces résultats concordent en grande partie avec ceux des études antérieures qui ont précédé la pandémie (Law et coll., 2018), ainsi qu'avec ceux des études qui ont eu lieu pendant la pandémie (Cortes et Smith, 2022), où la prévalence de ne pas avoir de couverture pour la population générale était respectivement de 19 % et de 21 %. La prévalence de la couverture d'assurance dans la présente étude diffère quelque peu de celle rapportée par Yang et Gupta (2024). Par contre, ces différences découlent probablement des différences dans la façon dont la couverture a été mesurée (la présente étude mesure la durée de la couverture au cours des 12 derniers mois) et des différences dans la population étudiée (p. ex. 18 ans et plus dans la présente étude par rapport à 12 ans et plus dans l'autre étude). Les différences entre les genres dans la couverture d'assurance-médicaments n'ont été observées que chez les Métis; au sein de ce groupe de population, les hommes étaient plus susceptibles de déclarer ne pas avoir d'assurance-médicaments.

Les membres inscrits des Premières Nations étaient presque deux fois moins susceptibles de déclarer ne pas avoir de couverture d'assurance-médicaments (12 %) que les membres non inscrits des Premières Nations (23 %). La constatation d'une prévalence plus élevée de la couverture pour toute l'année chez les membres inscrits des Premières Nations pourrait être le résultat de leur admissibilité à la couverture en vertu du programme des services de santé non assurés (SSNA). Ce programme offre une assurance-médicaments aux membres des Premières Nations qui sont inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens* (c.-à-d. Indiens inscrits ou Indiens des traités) et aux Inuit qui sont reconnus par un organisme régi par un accord sur les revendications territoriales des Inuit (Services aux Autochtones Canada, 2023). La proportion de membres inscrits des Premières Nations qui ont déclaré n'avoir aucune couverture était quelque peu inattendue, étant donné que les membres inscrits des Premières Nations sont admissibles à la couverture dans le cadre du programme des SSNA. Cependant, l'EASSPPP n'a pas permis d'évaluer directement cette situation, car les répondants n'ont pas été interrogés au sujet des programmes d'assurance auxquels ils étaient inscrits. En outre, plus de 1 Inuit sur 4 (28 %) dans la population à l'étude a déclaré ne pas être affilié à une revendication territoriale, et les Inuit vivant dans les territoires n'ont pas été inclus dans l'enquête. Cela peut expliquer en partie la prévalence un peu plus élevée de l'absence de couverture chez les Inuit. Par ailleurs, comme l'échantillon des Inuit dans l'enquête était de petite taille, les résultats doivent être interprétés avec prudence.

L'incidence de la pandémie sur l'assurance-médicaments n'a pas pu être pleinement évaluée, car la question qui portait sur ce sujet n'a été posée qu'aux personnes dans l'échantillon qui avaient une couverture pendant une partie des 12 mois précédents et à celles qui n'avaient pas de couverture au cours des 12 derniers mois, mais qui en avaient une il y a plus de 12 mois (voir la section Méthodes statistiques pour obtenir plus de renseignements). Parmi les personnes interrogées, environ 1 membre des Premières Nations sur 6 et 1 Métis sur 5 a indiqué que la pandémie avait eu une incidence sur sa couverture, ce qui n'était pas significativement différent de la réponse déclarée par les non-Autochtones. Les groupes autochtones ont connu une augmentation du chômage au début de la pandémie et étaient surreprésentés dans les professions qui ont connu des baisses plus importantes de l'emploi, comme les métiers, le transport et la machinerie ainsi que dans le secteur de la vente et des services (Bleakney et coll., 2020), ce qui peut indiquer une prévalence plus élevée de l'incidence de la pandémie sur leur couverture. Toutefois, il y a plusieurs raisons qui peuvent expliquer pourquoi la prévalence était semblable parmi les groupes. Par exemple, les membres inscrits des Premières Nations et les Inuit inscrits en vertu d'un accord reconnu sur les revendications territoriales auraient continué de recevoir une couverture dans le cadre du programme des SSNA. De plus, de nombreux travailleurs ont pu se tourner vers le travail en ligne (Statistique

Canada, 2020) et n'auraient donc pas subi d'interruption d'emploi ou de couverture. Les personnes employées dans les services essentiels ont également continué à travailler et auraient ainsi maintenu leur couverture.

Des différences se sont manifestées lorsqu'on a comparé les types de médicaments nécessaires pour les Autochtones et les non-Autochtones. Une proportion plus faible d'Autochtones avaient besoin de médicaments pour traiter des maladies cardiovasculaires comparativement aux non-Autochtones, ce qui peut être lié à la distribution plus jeune des groupes autochtones. Toutefois, une plus grande proportion d'Autochtones avaient besoin de médicaments pour traiter plusieurs problèmes de santé, comme les problèmes de santé mentale et la douleur chronique. La prévalence plus élevée de ces types de médicaments correspond aux recherches antérieures qui ont indiqué des taux plus élevés de ces problèmes de santé chroniques chez les Autochtones (Hahmann et Kumar, 2022). La différence la plus importante entre les Autochtones et les non-Autochtones concernait les médicaments utilisés pour traiter les problèmes de santé mentale. D'importantes recherches ont mis en lumière les répercussions des politiques coloniales, y compris la fréquentation des pensionnats et les traumatismes intergénérationnels qui en résultent, la perte des terres, de la culture et des structures et des traditions communautaires, ainsi que les lacunes persistantes dans les services de santé, l'éducation et les possibilités sur le marché du travail comme des facteurs clés qui sous-tendent l'appauvrissement de la santé mentale et des conditions socioéconomiques parmi les groupes autochtones (p. ex. Loppie et Wien, 2022; Kim, 2019). La présente étude n'a pas examiné si les différences dans la prévalence de la consommation de médicaments entre les groupes autochtones et non autochtones pendant la pandémie ressemblaient aux niveaux observés avant la pandémie ou différaient de ceux-ci.

La pandémie a eu une incidence considérable sur l'accès aux soins de santé, car les services médicaux et la disponibilité des médecins en personne ont été grandement réduits (Glazier et coll., 2021; Zeitouny et coll., 2023). Pour répondre aux besoins en matière de santé, une transition rapide vers les soins virtuels a été mise en œuvre (Glazier et coll., 2021; Mashford-Pringle et coll., 2021). Malgré cela, la pandémie peut avoir eu une incidence sur la capacité des patients à se procurer une ordonnance de médicaments. Les résultats de la présente étude ont montré que les problèmes liés à la planification de rendez-vous ont entraîné des difficultés en ce qui concerne l'obtention d'une nouvelle ordonnance, ce qui était particulièrement courant chez les membres des Premières Nations, qui étaient deux fois plus susceptibles de se heurter à ce problème que les non-Autochtones. Cette constatation mérite d'être étudiée de façon plus approfondie, même si la disparité peut être liée à des obstacles à l'accès, comme une plus grande représentation des Autochtones dans les zones rurales dans la population cible de l'enquête, le biais du fournisseur (Moscou et coll., 2023) et la fracture numérique (Santé Canada, 2021), entre autres.

En ce qui a trait au non-respect d'une ordonnance de médicaments en raison des coûts, des recherches antérieures ont révélé que la prévalence au sein de la population canadienne se situait de 5 % à 10 % (Holbrook et coll., 2021). Dans la présente étude, la prévalence parmi tous les groupes autochtones était un peu plus élevée, dépassant le seuil de 10 %. Le non-respect était fortement corrélé avec l'assurance-médicaments pour tous les groupes, la prévalence étant plus élevée chez ceux qui ne bénéficiaient pas d'une couverture pour toute l'année, une tendance qui persistait après avoir pris en compte d'autres facteurs. Les membres des Premières Nations et les Métis dont la couverture n'englobait pas toute l'année avaient des chances de non-respect environ trois ou deux fois plus élevées, respectivement, que les personnes qui avaient une couverture pour toute l'année, après avoir pris compte de facteurs tels que les dépenses personnelles, le nombre de médicaments sur ordonnance utilisés, le revenu, le niveau de scolarité, l'âge et le genre. D'autres études ont fait état d'observations semblables. Par exemple, Law et coll. (2018) ont constaté que les Canadiens sans assurance-médicaments avaient trois fois plus de chances de ne pas respecter une ordonnance que ceux qui avaient une couverture provenant du régime d'un employeur après avoir pris compte du revenu du ménage, du nombre de problèmes de santé chroniques, de l'état de santé, de la province et du niveau de scolarité, entre autres facteurs.

Une importante constatation de la présente étude a été que la prévalence du non-respect était beaucoup plus élevée chez les membres non inscrits des Premières Nations que chez les membres inscrits des Premières Nations (voir l'annexe A.1). Cependant, cette différence n'était plus observable après avoir tenu compte d'autres facteurs comme le revenu, le niveau de scolarité et le nombre de problèmes de santé chroniques, entre autres. Cette constatation indique que la disparité entre les membres inscrits des Premières Nations et les membres non inscrits des Premières Nations peut s'expliquer par d'autres facteurs. Les membres inscrits présentaient également une prévalence plus élevée de la couverture pour toute l'année. Cela pourrait être lié à leur admissibilité à la couverture dans le cadre du programme des SSNA. Par conséquent, la disparité dans la couverture d'assurance-médicaments

entre les deux groupes peut expliquer, au moins en partie, les différences dans la prévalence du non-respect d'une ordonnance de médicaments.

Chez les membres des Premières Nations et les Métis, il y avait de plus grandes chances de non-respect chez les personnes qui présentaient les caractéristiques suivantes : un revenu inférieur au 20^e centile, la prise de deux médicaments et le fait d'avoir engagé des dépenses personnelles pour des médicaments. Selon la présente étude, le niveau de scolarité n'était pas un facteur prédictif du non-respect d'une ordonnance de médicaments chez les membres des Premières Nations. Toutefois, chez les Métis, le non-respect a augmenté avec le niveau de scolarité, les titulaires d'un baccalauréat ayant des chances de non-respect presque trois fois plus élevées que ceux qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires. Cette estimation était associée à une variance élevée et doit être interprétée avec prudence. Les facteurs sous-jacents de l'association entre l'éducation et le non-respect d'une ordonnance de médicaments chez les Métis ne sont pas claires et nécessiteraient des recherches plus approfondies. En outre, la conclusion selon laquelle les probabilités de non-respect d'une ordonnance de médicaments n'étaient pas significativement différentes entre les personnes qui prenaient un seul médicament et celles qui prenaient trois médicaments ou plus était inattendue, d'autant plus que celles qui prenaient deux médicaments étaient beaucoup plus susceptibles de ne pas respecter leur ordonnance que celles qui ne prenaient qu'un seul médicament. Cette constatation mérite un examen plus approfondi. Toutefois, il convient de noter que Law et coll. (2018) n'ont constaté aucune différence significative dans le non-respect d'une ordonnance de médicaments chez les personnes qui prennent un ou deux médicaments comparativement à celles qui en prennent trois ou plus après la prise en compte d'autres facteurs. Bien que les catégories de regroupement comparées diffèrent d'une étude à l'autre, les résultats concordent quelque peu dans le sens qu'il n'y a aucune tendance claire indiquant que le non-respect d'une ordonnance de médicaments augmente avec le nombre d'ordonnances nécessaires.

Dans l'ensemble, les résultats de la présente étude concordent en partie avec les recherches antérieures sur les facteurs associés au non-respect d'une ordonnance de médicaments, comme l'assurance-médicaments, l'âge, le revenu et les dépenses personnelles (Kemp et coll., 2010; Law et coll., 2018). Une étude antérieure comparant divers régimes d'assurance-médicaments aux États-Unis et dans les provinces canadiennes a révélé que le non-respect était le plus faible au Québec, où l'assurance-médicaments est obligatoire, après avoir tenu compte d'autres facteurs (Kennedy et Morgan, 2009). Les résultats de la présente étude fournissent d'autres preuves que l'assurance-médicaments peut être un facteur de protection pour atténuer le comportement de non-respect.

Enfin, des recherches antérieures ont mis en évidence le rôle du médecin en tant que médiateur dans la prise de décisions du patient concernant le non-respect d'une ordonnance de médicaments en raison des coûts (Briesacher et coll., 2007; Piette et coll., 2006). Par exemple, Kemp et coll. (2010) ont constaté qu'un manque de participation des patients aux décisions relatives au traitement était associé à une augmentation du non-respect au Canada et à l'étranger. D'autres recherches pourraient donc examiner la qualité des relations entre les médecins et leurs patients. Cela est particulièrement pertinent dans le contexte de la santé autochtone, compte tenu des expériences négatives des populations autochtones dans le système de soins de santé, qui a engendré de la méfiance à l'égard des autorités de la santé et des établissements des soins de santé (Mashford-Pringle, 2021). Des appels ont été lancés en faveur d'une amélioration des soins de santé pour les populations autochtones, soulignant la nécessité d'une pratique culturellement sécuritaire par des fournisseurs adaptés sur le plan culturel (Mashford-Pringle et coll., 2021). Il pourrait également être utile d'explorer d'autres facteurs culturels, comme les opinions et les préférences concernant les pratiques de guérison et les médicaments traditionnels par rapport à ceux qui font partie du modèle biomédical (Kyoon Achan et coll., 2021). L'exploration de ces domaines pourrait fournir plus de renseignements sur d'autres facteurs qui pourraient être liés au non-respect d'une ordonnance de médicaments parmi les groupes autochtones.

Données et méthodologie

Source de données

L'Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie (EASSPPP) a été conçue pour mieux comprendre comment les perturbations des services de santé ont influé sur la population canadienne pendant la pandémie de COVID-19. La population cible de l'enquête était les personnes âgées de 18 ans et plus vivant dans des logements privés dans les 10 provinces et situés à l'extérieur des réserves et

autres établissements autochtones. Les données ont été recueillies du 8 mars au 15 mai 2021, soit au moyen d'un questionnaire électronique, soit par interview téléphonique assistée par ordinateur. La période de référence de l'enquête était constituée des 12 mois précédents. L'échantillon principal comprenait les personnes sélectionnées auprès de 40 000 ménages choisis à partir d'une liste de logements. Un suréchantillon de 15 000 Autochtones a été attribué dans le but de produire des estimations de qualité équivalente de la sous-population autochtone pour les provinces. La base de sondage pour cette dernière était constituée de personnes qui s'étaient déclarées Autochtones dans le cadre du Recensement de la population de 2016. Le taux de réponse global a été de 46,2 %. L'échantillon final comprenait 25 268 participants âgés de 18 ans et plus, dont 4 907 étaient des Autochtones, soit des membres des Premières Nations (2 159), des Métis (2 504) et des Inuit (198).

L'EASSPPP a été menée auprès des personnes vivant dans les logements privés; elle excluait donc les personnes vivant dans les logements collectifs comme les hôpitaux, les prisons, les refuges et les foyers collectifs. Étant donné que le cadre utilisé pour suréchantillonner les Autochtones était composé de personnes qui s'étaient déclarées Autochtones dans le cadre du Recensement de 2016, les personnes qui n'ont pas été dénombrées dans ce cycle n'ont pas été incluses dans la population comprise dans le champ de l'enquête.

Concepts et mesures

Membres inscrits des Premières Nations et membres non inscrits des Premières Nations : Les membres inscrits des Premières Nations désignent les membres des Premières Nations qui ont répondu « Oui, Indien avec statut (Indien inscrit ou des traités) » à la question suivante : « Êtes-vous un Indien avec statut (Indien inscrit ou des traités aux termes de la *Loi sur les Indiens* du Canada) ? » Les membres non inscrits des Premières Nations désignent les membres des Premières Nations qui ont répondu « Non » à cette question.

Prévalence de l'assurance-médicaments : L'EASSPPP comprenait la question suivante pour déterminer dans quelle mesure la population avait une assurance pour couvrir les coûts des médicaments d'ordonnance :

- Au cours des 12 derniers mois, aviez-vous une assurance qui couvrait au moins une partie du coût des médicaments sur ordonnance ?
 - 1 : Oui, avais une assurance pour l'ensemble des 12 derniers mois
 - 2 : Oui, avais une assurance pour une partie des 12 derniers mois
 - 3 : Non

Tout au long du document, les trois durées de couverture d'assurance-médicaments sont abrégées et correspondent aux choix de réponse ci-dessus. Elles sont désignées comme suit : 1) couverture pour toute l'année, 2) couverture pour une partie de l'année et 3) aucune couverture. Dans les dernières sections du document, les catégories 2 et 3 sont combinées et correspondent aux personnes qui n'ont pas de couverture pour toute l'année.

Mesurer l'incidence de la pandémie sur la couverture : Dans le cadre de l'EASSPPP, on a demandé aux répondants s'ils avaient une assurance-médicaments au cours de la dernière année, et pour ceux qui ont dit non, on leur a demandé s'ils avaient déjà été couverts avant les 12 derniers mois. D'après la conception de l'enquête et les enchaînements des questions, quatre groupes peuvent être isolés en ce qui a trait à la couverture d'assurance-médicaments :

1. les personnes qui avaient une assurance-médicaments pour **chacun** des 12 derniers mois;
2. les personnes qui avaient une assurance-médicaments pour **une partie** des 12 derniers mois;
3. les personnes qui n'avaient pas de couverture au cours des 12 derniers mois, mais qui ont déjà été couvertes avant cette période;
4. les personnes qui n'avaient pas de couverture pendant les deux périodes, il y a 12 mois et avant.

Dans le cadre de l'enquête, on n'a pas demandé à tous les répondants si leur couverture avait été touchée par la pandémie. Cette question n'a été posée qu'aux groupes 2 et 3 énumérés ci-dessus. Par conséquent, il faut faire preuve de prudence lorsqu'on interprète les estimations de l'incidence de la pandémie sur la couverture, notamment en raison de la possibilité que certaines personnes qui n'ont jamais été interrogées puissent avoir été touchées. Par exemple, les personnes qui ont une couverture pour toute l'année (groupe 1) peuvent avoir été

touchées, mais peuvent avoir rapidement obtenu une autre couverture (p. ex. par l'entremise d'un autre employeur ou au moyen d'un régime autofinancé) et ont donc pu maintenir une couverture pour toute l'année.

Besoins en matière de médicaments : Ce terme abrégé est utilisé dans l'ensemble du document pour désigner les personnes qui ont déclaré avoir pris ou s'être fait prescrire un médicament sur ordonnance au cours des 12 derniers mois.

Les personnes qui ont déclaré avoir pris ou s'être fait prescrire un médicament sur ordonnance au cours des 12 mois précédents ont ensuite répondu à la question « Quels problèmes de santé ces ordonnances étaient-elles censées traiter ? » Les répondants pouvaient choisir l'une ou plusieurs des options suivantes, qui ont été utilisées pour déterminer le pourcentage de personnes nécessitant des types de médicaments précis : (1) maladie cardiaque, taux élevé de cholestérol ou hypertension, (2) asthme, (3) MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique), (4) condition de santé mentale (p. ex. dépression, anxiété), (5) diabète, (6) problèmes intestinaux (p. ex. ulcère, brûlures d'estomac, maladie intestinale), (7) arthrite, (8) douleur chronique, (9) une infection (p. ex. bactérienne, fongique ou virale), (10) un type de cancer, (11) problème buccodentaire (p. ex. médicament pour la douleur ou pour une infection), (12) contraceptif et (13) autre condition médicale.

Proportion de personnes incapables d'obtenir une nouvelle ordonnance auprès d'un fournisseur de soins de santé selon l'état de rendez-vous :

L'EASSPPP comprenait une question demandant aux répondants s'ils avaient rencontré des difficultés à obtenir des ordonnances pendant la pandémie. Une partie distincte du questionnaire demandait aux répondants s'ils avaient eu des problèmes liés à la planification de rendez-vous pendant la pandémie pour une gamme de services de soins de santé (p. ex. consulter un médecin de famille ou un spécialiste, ou effectuer des tests de diagnostic). Cette analyse visait à déterminer s'il y avait une corrélation entre les personnes qui ont rencontré des difficultés à obtenir une ordonnance auprès d'un fournisseur de soins de santé et celles qui ont rencontré des difficultés à fixer un rendez-vous pour un service de soins de santé. Par conséquent, il est important de noter que l'enquête n'a pas explicitement demandé aux répondants s'ils avaient eu du mal à obtenir une nouvelle ordonnance auprès d'un fournisseur de soins de santé à cause de problèmes de planification de rendez-vous. Ainsi, l'analyse évalue s'il existe une relation entre ces deux variables. Pour plus de précision, les deux questions qui ont été utilisées pour créer les totalisations croisées afin de déterminer s'il y avait une relation sont présentées ci-dessous :

- Avez-vous éprouvé l'un des problèmes suivants par rapport à vos rendez-vous ?
 - ▶ Les problèmes comprenaient les rendez-vous annulés, reportés, retardés ou qui n'avaient pas encore été fixés en raison de la pandémie de COVID-19 ou pour d'autres raisons.
- Au cours des 12 derniers mois, l'un ou l'autre des problèmes suivants a-t-il fait en sorte que vous n'avez pas pu vous procurer des médicaments sur ordonnance lorsque vous en aviez besoin ?
 - ▶ Le résultat d'intérêt se limitait à l'option de réponse concernant l'incapacité d'obtenir une nouvelle ordonnance de la part d'un professionnel de la santé.

Non-respect d'une ordonnance de médicaments en raison des coûts : Le questionnaire de L'EASSPPP comportait la question suivante pour déterminer dans quelle mesure les répondants n'avaient pas respecté des ordonnances de médicaments en raison des coûts :

- Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de faire une ou plusieurs des actions suivantes à cause des coûts de vos ordonnances ?

Avez-vous :

1. Décidé de ne pas faire remplir ou d'aller chercher une ordonnance;
2. Sauté des doses de votre médicament;
3. Réduit une dose de votre médicament;
4. Attendu avant de faire remplir une ordonnance;
5. Aucune de ces réponses.

Aux fins de l'analyse, les personnes qui ont pris des médicaments sur ordonnance au cours de la dernière année ou en avaient besoin et qui ont adopté un ou plusieurs des quatre premiers comportements ont été considérées

comme s'adonnant au non-respect d'une ordonnance de médicaments en raison des coûts. Tout au long du document, ce concept est abrégé à l'aide de l'expression « non-respect ».

Analyse de régression : L'analyse de régression avait pour but de déterminer s'il y avait une association entre l'assurance-médicaments et le non-respect d'une ordonnance de médicaments en raison des coûts après avoir tenu compte d'autres facteurs pour les populations des Premières Nations et des Métis séparément. Un modèle conceptuel sur le non-respect d'une ordonnance de médicaments en raison des coûts (Briesacher et coll., 2007; Piette et coll., 2006), un examen des variables utilisées dans des recherches semblables (Law et coll., 2018) et des analyses bidimensionnelles ont permis de déterminer les caractéristiques utilisées dans les modèles de régression. Les caractéristiques qui n'étaient pas associées au non-respect dans les analyses bivariées, y compris l'âge, le genre, le niveau de scolarité et la province ou la région, ont été conservées dans les modèles de régression en raison de leur importance conceptuelle. Par exemple, les régimes d'assurance-médicaments publics diffèrent en fonction de la province, ce qui pourrait avoir une incidence sur le comportement de non-respect une fois que d'autres facteurs sont pris en compte. Par conséquent, la province ou la région a été retenue en tant que prédicteur. Le Québec a été utilisé comme catégorie de référence parce que cette province possède un modèle obligatoire, qui accorde une couverture plus complète aux résidents par rapport aux autres provinces et en raison de son utilisation comme groupe de référence dans les recherches antérieures (p. ex. Law et coll., 2018). La littératie en matière de santé a également été un facteur important relevé lors d'études antérieures (Briesacher et coll., 2007). Comme ce facteur n'a pas été mesuré directement dans l'EASSPPP, le niveau de scolarité a été conservé comme prédicteur pour servir de substitut à la littératie en matière de santé. L'inclusion d'une variable « inscrit/non inscrit » était également une variable importante, qui a été ajoutée au modèle pour les membres des Premières Nations afin de permettre des comparaisons entre les membres inscrits et non inscrits des Premières Nations. Cela est particulièrement pertinent parce que les personnes non inscrites ne sont pas couvertes par le programme des SSNA.

Méthodes statistiques

L'approche méthodologique de ce projet comprenait à la fois des statistiques descriptives et des modèles de régression logistique multivariés. L'analyse descriptive comprenait la création de totalisations croisées pour produire des estimations des résultats clés selon certaines caractéristiques. Les résultats comprenaient :

- la prévalence de la couverture de l'assurance-médicaments;
- le pourcentage de personnes dont la couverture d'assurance a été touchée par la pandémie;
- le pourcentage de personnes qui ont pris des ordonnances au cours de l'année écoulée ou qui en avaient besoin, et parmi elles, le pourcentage sans couverture;
- le pourcentage de personnes incapables d'obtenir une nouvelle ordonnance auprès d'un fournisseur de soins de santé selon l'état de rendez-vous;
- le pourcentage de personnes devant verser des dépenses personnelles en médicaments sur ordonnance;
- la prévalence du non-respect d'une ordonnance de médicaments en raison des coûts.

Des tests d'hypothèse (tests t) ont été effectués pour déterminer s'il y avait une différence entre les groupes autochtones et la population non autochtone. Des tests d'hypothèse ont également été effectués pour comparer les populations des membres inscrits et des membres non inscrits des Premières Nations afin de déterminer s'il y avait des différences, d'autant plus que le deuxième groupe n'est pas couvert par le programme des SSNA. Dans la mesure du possible, d'autres analyses de sous-groupes ont été effectuées selon le genre et l'âge.

Les proportions présentées dans l'article excluaient les valeurs manquantes du dénominateur pour toutes les variables. Les estimations dont le coefficient de variation (CV) se situe de 15 % à 35 % sont accompagnées d'un « E » et doivent être utilisées avec prudence. Les estimations comportant des CV supérieurs à 35 % ne sont pas déclarées. La variance et les intervalles de confiance de 95 % ont été calculés en utilisant 1 000 poids bootstrap. La vérification de la signification statistique à $p < 0,05$ a été utilisée pour déterminer quelles différences dans les estimations sont statistiquement significatives.

Des modèles de régression logistique multivariée ont été utilisés pour déterminer s'il existe un lien entre l'assurance-médicaments et le non-respect d'une ordonnance de médicaments en raison des coûts (résultat), tout en tenant

compte de certaines caractéristiques socioéconomiques et démographiques (p. ex. âge, revenu, nombre de médicaments sur ordonnance requis et statut d'Indien inscrit).

$$(Y=\beta_0 + \beta_1 X_1 \dots + \beta_P X_P + \text{résiduel})$$

Les modèles ajustés font aussi en sorte qu'il soit possible pour toutes les variables indépendantes d'être exécutées simultanément pour voir si chaque variable indépendante primaire est associée au non-respect quand l'on tient compte de toutes les variables restantes. L'article présente des rapports de cotes (RC) du non-respect pour chaque variable indépendante.

La sélection des variables indépendantes a été éclairée par les recherches antérieures. Le modèle conceptuel a été élaboré par Piette et coll. (2006) et a été adapté par Briesacher et coll. (2007). Les analyses de régression comprenaient des modèles distincts pour la population des Premières Nations vivant hors réserve et les Métis. Il n'a pas été possible d'élaborer un modèle distinct pour la population inuite en utilisant les données provenant de l'EASSPPP à cause de la petite taille de l'échantillon.

Limites

Cette étude comportait quelques limites importantes. La couverture de l'enquête excluait la population des membres des Premières Nations vivant dans les réserves, ainsi que les territoires, dont certaines parties forment l'Inuit Nunangat. Par conséquent, les estimations présentées ici peuvent ne pas être représentatives des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et des Inuit vivant dans les territoires. La taille de l'échantillon des Inuit des provinces était petite. Ainsi, certaines estimations ont été jugées trop peu fiables pour être diffusées et d'autres présentent de grandes variances. Ces résultats doivent donc être interprétés avec prudence. Malgré ces limites, nos constatations correspondent largement à celles des recherches antérieures.

L'enquête a été menée par téléphone et en ligne. Par conséquent, les personnes qui n'ont pas accès au téléphone ou à Internet ont également été exclues de l'enquête. On ne sait donc pas dans quelle mesure nos résultats sont biaisés en raison de l'exclusion de ce groupe. Il est concevable que les gens qui n'ont pas accès au téléphone ou à Internet rencontrent des obstacles structurels supplémentaires. Donc, la prévalence de la couverture d'assurance-médicaments et du non-respect chez ce groupe pourrait différer considérablement par rapport à la population échantillonnée. Toutes les réponses à l'enquête étaient également fondées sur des autodéclarations, qui peuvent faire l'objet de biais (p. ex. biais de rappel).

Une autre limite de l'étude était que le questionnaire de l'EASSPPP ne comprenait pas de questions sur le type de couverture d'ordonnance (c'est-à-dire parrainée par l'employeur, parrainée par le gouvernement [p. ex. le programme des SSNA] ou une assurance privée autofinancée), ce qui aurait permis d'examiner si le type de couverture était associé aux dépenses personnelles en médicaments et au non-respect d'une ordonnance de médicaments en raison des coûts. L'inclusion du type de couverture aurait également permis d'accroître la précision de la mesure de la couverture de l'assurance-médicaments.

Auteurs

Andrew Canning et Mohan B. Kumar travaillent au Centre de la statistique et des partenariats autochtones, à la Direction des perspectives, de l'intégration et de l'innovation en données sociales de Statistique Canada. Lydia Clarke-Rehman, Iman Dar et Nazih Nasrallah travaillent au Congrès des peuples autochtones.

Annexe A.1 Non-respect d'une ordonnance de médicaments en raison des coûts – analyses à deux variables (population des membres des Premières Nations)

Tableau A.1

Pourcentage des membres des Premières Nations vivant hors réserve ayant déclaré ne pas respecter leur ordonnance en raison des coûts parmi les répondants ayant eu besoin de médicaments au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques, Canada (provinces seulement), 2021

Caractéristiques	Pourcentage	Limite inférieure de l'IC de 95 %	Limite supérieure de l'IC de 95 %
Durée de la couverture de l'assurance-médicaments			
Couverture pour une année entière [†]	7,6 ^E	5,6	10,3
Couverture pour une année partielle	23,8 ^{E*}	16,6	32,9
Aucune couverture dans la dernière année	20,2 ^{E*}	11,7	32,5
Statut d'Indien inscrit			
Statut [†]	8,9	6,8	11,6
Non inscrits	18,6 ^{E*}	13,1	25,7
Genre			
Hommes [†]	12,2 ^E	9,0	16,4
Femmes	9,2 ^E	6,7	12,5
Groupe d'âge			
18 à 24 ans	14,0 ^E	7,4	24,9
25 à 34 ans	18,1 ^E	11,8	26,9
35 à 54 ans [†]	10,1 ^E	7,1	14,1
55 à 64 ans	7,9 ^E	4,7	12,9
65 ans et plus	6,2 ^E	3,7	10,1
Province ou région			
Provinces de l'Atlantique	10,0 ^E	7,2	13,7
Québec [†]	14,4 ^E	8,6	23,2
Ontario	9,6 ^E	5,9	15,3
Prairies	9,8 ^E	6,7	14,0
Colombie-Britannique	14,5 ^E	9,2	22,0
Revenu total du ménage			
En dessous du 20 ^e centile	18,7 ^{E*}	13,6	25,0
Au-dessus du 20 ^e centile [†]	8,8 ^{E*}	6,3	12,1
Niveau de scolarité			
Sans diplôme d'études secondaires [†]	9,6 ^E	6,0	15,0
Diplôme d'études secondaires ou équivalent	14,6 ^E	9,8	21,2
Certificat ou diplôme d'un collège, d'une école de métiers, d'un cégep ou autre de niveau inférieur au baccalauréat	10,2 ^E	7,6	14,8
Baccalauréat ou diplôme supérieur	8,3 ^E	4,8	14,0
Problèmes de santé chroniques (nombre)			
0 [†]	6,7 ^E	4,1	10,8
1	11,9 ^E	8,0	17,2
2 ou plus	13,5 ^{E*}	9,8	18,1
Médicaments sur ordonnance (nombre)			
1 [†]	7,4 ^E	5,1	10,6
2	15,3 ^{E*}	10,3	22,1
3 ou plus	14,6 ^{E*}	10,5	20,0
Dépenses non remboursées en médicaments sur ordonnance (\$)			
0 [†]	5,3 ^E	3,5	7,9
Moins de 250 \$	18,2 ^{E*}	12,8	25,2
250 \$ et plus	25,5 ^{E*}	18,3	34,3

^E à utiliser avec prudence

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p < 0,05)

[†] catégorie de référence

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

Annexe A.2 Non-respect d'une ordonnance de médicaments en raison des coûts – analyses à deux variables (population métisse)

Tableau A.2

Pourcentage des Métis ayant déclaré ne pas respecter leur ordonnance en raison des coûts parmi les répondants ayant eu besoin de médicaments au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques, Canada (provinces seulement), 2021

Caractéristiques	Pourcentage	Limite inférieure de l'IC de 95 %	Limite supérieure de l'IC de 95 %
Durée de la couverture pour médicaments d'ordonnance			
Couverture pour une année entière [†]	8,4	6,4	10,8
Couverture pour une année partielle	17,9 ^{E*}	12,5	25,0
Aucune couverture dans la dernière année	22,7 [*]	17,1	29,6
Genre			
Hommes [†]	9,9 ^E	7,3	13,4
Femmes	14,8 [*]	12,0	18,0
Groupe d'âge			
18 à 24 ans	14,3 ^E	8,0	24,4
25 à 34 ans	15,0 ^E	9,8	22,4
35 à 54 ans [†]	13,8	10,4	18,1
55 à 64 ans	12,8 ^E	9,1	17,8
65 ans et plus	6,1 ^{E*}	4,1	9,2
Province ou région			
Provinces de l'Atlantique	12,0	9,1	15,6
Québec [†]	8,4 ^E	5,1	13,5
Ontario	11,1 ^E	6,1	19,3
Prairies	13,3	10,5	16,5
Colombie-Britannique	14,8 ^E	9,7	21,9
Revenu total du ménage			
En dessous du 20 ^e centile	19,9 [*]	15,4	25,3
Au-dessus du 20 ^e centile [†]	10,7	8,3	13,6
Niveau de scolarité			
Sans diplôme d'études secondaires [†]	7,7 ^E	5,0	11,8
Diplôme d'études secondaires ou équivalent	11,3 ^E	8,0	15,8
Certificat ou diplôme d'un collège, d'une école de métiers, d'un cégep ou autre de niveau inférieur au baccalauréat	14,1 [*]	10,9	18,1
Baccalauréat ou diplôme supérieur	14,4 ^E	9,0	22,2
Problèmes de santé chroniques (nombre)			
0 [†]	9,3 ^E	5,7	14,8
1	11,5 ^E	8,4	15,5
2 ou plus	15,8 [*]	12,5	19,6
Médicaments sur ordonnance (nombre)			
1 [†]	7,9 ^E	5,6	11,0
2	16,8 [*]	12,7	21,8
3 ou plus	18,8 [*]	14,2	24,4
Dépenses non remboursées en médicaments sur ordonnance (\$)			
0 [†]	4,5 ^E	2,7	7,5
Moins de 250 \$	9,9 ^{E*}	7,0	13,7
250 \$ et plus	26,7 [*]	21,8	32,3

^E à utiliser avec prudence

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p < 0,05)

[†] catégorie de référence

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

Références

- Allan, B. et Smylie, J. (2015). *First peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Toronto, ON : Disponible à l'adresse : <https://www.wellesleyinstitute.com/publications/first-peoples-second-class-treatment/>
- Arriagada, P., Hahmann, T. et O'Donnell, V. (2020). *Les Autochtones vivant en milieu urbain : Vulnérabilités aux répercussions socioéconomiques de la COVID-19*. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00023-fra.htm>
- Barnes, S. et Anderson, L. (2015). *Low earnings, unfilled prescriptions: Employer-provided health benefit coverage in Canada*. Toronto, Canada: Disponible à l'adresse : <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/07/Low-Earnings-Unfilled-Prescriptions-2015.pdf>
- Bleakney, A., Masoud, H. et Robertson, H. (2020). *Les répercussions de la COVID-19 sur le marché du travail des Autochtones : mars à août 2020*. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00085-fra.htm>
- Bolatova, T. et Law, M.R. (2019). Income-related disparities in private prescription drug coverage in Canada. *CMAJ Open*, 7(4), E618-E623. doi :10.9778/cmajo.20190085
- Brandt, J., Shearer, B. et Morgan, S.G. (2018). Prescription drug coverage in Canada: A review of the economic, policy and political considerations for universal pharmacare. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 11(1), 28. doi :10.1186/s40545-018-0154-x
- Briesacher, B.A., Gurwitz, J.H. et Soumerai, S.B. (2007). Patients at-risk for cost-related medication nonadherence: A review of the literature. *Journal of General Internal Medicine: JGIM*, 22(6), 864-871. doi :10.1007/s11606-007-0180-x
- Cortes, K. et Smith, L. (2022). *Accès et recours aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie*. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2022001/article/00011-fra.htm>
- Glazier, R.H., Green, M.E., Wu, F.C. et coll. (2021). Shifts in office and virtual primary care during the early COVID-19 pandemic in Ontario, Canada. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 193(6), E200-E210. doi :10.1503/cmaj.202303
- Gouvernement du Canada. (2019). *Une ordonnance pour le Canada : l'assurance-médicaments pour tous. Rapport final du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments*. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/mise-en-oeuvre-regime-assurance-medicaments/rapport-final.html>
- Hahmann, T. et Kumar, M.B. (2022). *Les besoins en soins de santé insatisfaits pendant la pandémie et leurs répercussions sur les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits*. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2022001/article/00008-fra.htm>
- Santé Canada. (2021). *Améliorer l'accès équitable aux soins virtuels au Canada : Recommandations fondées sur des principes en matière d'équité*. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/transparency/health-agreements/bilateral-agreement-pan-canadian-virtual-care-priorities-covid-19/enhancing-access-principle-based-recommendations-equity/fondees-principes-equite-fr.pdf>
- Hennessey, D., Sanmartin, C., Ronksley, P. et coll. (2016). *Dépenses non remboursées en médicaments et produits pharmaceutiques et non-respect des prescriptions lié aux coûts chez les Canadiens ayant une maladie chronique*. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2016006/article/14634-fra.htm>
- Holbrook, A.M., Wang, M., Lee, M. et coll. (2021). Cost-related medication nonadherence in Canada: A systematic review of prevalence, predictors, and clinical impact. *Systematic Reviews*, 10(1), 11-13. doi :10.1186/s13643-020-01558-5
- Services aux Autochtones Canada. (2022). *Programme des services de santé non assurés : Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits : rapport annuel 2020 à 2021*. Indigenous Services Canada. Disponible à l'adresse : <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1645718409378/1645718500555>
- Services aux Autochtones Canada. (2023). *À propos du programme des services de santé non assurés*. Disponible à l'adresse : <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1576790320164/1576790364553>

- Kemp, A., Roughead, E., Preen, D. et coll. (2010). Determinants of self-reported medicine underuse due to cost: A comparison of seven countries. *Journal of Health Services Research & Policy*, 15(2), 106. doi :10.1258/jhsrp.2009.009059
- Kennedy, J. et Morgan, S. (2009). Cost-related prescription nonadherence in the United States and Canada: A system-level comparison using the 2007 International Health Policy Survey in seven countries. *Clinical Therapeutics*, 31(1), 213. doi :10.1016/j.clinthera.2009.01.006
- Kim, P. (2019). Social Determinants of Health Inequities in Indigenous Canadians Through a Life Course Approach to Colonialism and the Residential School System. *Health Equity*, 3(1), 378–381. doi : 10.1089/heap.2019.0041
- Kopp, A., Kumar, M.B et Aitken, N. (2024). [Mortalité attribuable à la COVID-19 chez les Premières Nations et les Métis vivant dans un logement privé au Canada : une analyse des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en matière de santé](https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2024001/article/00001-fra.htm). Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2024001/article/00001-fra.htm>
- Kyoon Achan, G., Eni, R., Kinew, K.A. et coll. (2021). The two great healing traditions: Issues, opportunities, and recommendations for an integrated First Nations healthcare system in Canada. *Health Systems & Reform*, 7(1), 1-10. doi :10.1080/23288604.2021.1943814
- Law, M.R., Cheng, L., Dhalla, I.A. et coll. (2012). The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 184(3), 297-302. doi :10.1503/cmaj.111270
- Law, M.R., Cheng, L., Kolhatkar, A. et coll. (2018). The consequences of patient charges for prescription drugs in Canada: A cross-sectional survey. *CMAJ Open*, 6(1), E63-E70. doi :10.9778/cmajo.20180008
- Lopert, R., Docteur, E. et Morgan, S. (2018). [Comptons les corps : le coût humain des obstacles financiers aux médicaments prescrits](https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2018/04/2018.04-Body-Count-Summary_FR-FINAL-web.pdf). Ottawa, ON: La fédération Canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. Disponible à l'adresse : https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2018/04/2018.04-Body-Count-Summary_FR-FINAL-web.pdf
- Loppie, C. et Wien, F. (2022). [Comprendre les inégalités en santé vécues par les peuples autochtones à la lumière d'un modèle de déterminants sociaux](https://www.ccsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10373/RPT-Health_Inequalities_FR-web.pdf). Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. https://www.ccsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10373/RPT-Health_Inequalities_FR-web.pdf
- Mashford-Pringle, A., Skura, C., Stutz, S. et coll. (2021). Ce que nous avons entendu : peuples autochtones et la COVID-19 : Rapport complémentaire au rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada. Gouvernement du Canada. Ottawa, Ontario.
- Moscou, K., Bhagaloo, A., Onilude, Y. et coll. (2024). Broken promises: Racism and access to medicines in Canada. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 11(3), 1182. doi :10.1007/s40615-023-01598-2
- Nguyen, A., Guttentag, A., Li, D. et coll. (2022). The impact of job and insurance loss on prescription drug use: a panel data approach to quantifying the health consequences of unemployment during the COVID-19 pandemic. *Int J Health Serv.*, 54(3), 312–322. doi : 10.1177/00207314221078749
- Piette, J.D., Heisler, M., Horne, R. et coll. (2006). [A conceptually based approach to understanding chronically ill patients' responses to medication cost pressures](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16095789/). *Soc Sci Med*, 62, 846–57. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16095789/>
- Agence de la santé publique du Canada. (2020). [Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19.html). Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19.html>
- Statistique Canada. (2020). [Enquête sur la population active, décembre 2020](https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210108/dq210108a-fra.htm). Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210108/dq210108a-fra.htm>
- Statistique Canada. (2021). [Recensement de la population, 2021](https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220921/mc-a001-fra.htm). Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220921/mc-a001-fra.htm>
- Tang, K., Ghali, W. et Manns, B. (2014). Addressing cost-related barriers to prescription use in Canada. *CMAJ*, 186(4), 276-280.
- Wale, E. et Lavoie, J. (2015). Defined by 0.11%: Policies Delimiting Access to Prescription Drugs for First Nations People in British Columbia. *International Journal of Indigenous Health*, 10(2), 151-165.

Yang, F. et Gupta, S. (2024). *Explorer les lacunes en termes de couverture de médicaments sur ordonnance chez les hommes et les femmes au Canada selon une optique intersectionnelle*. Regards sur la société canadienne. Produit no 75-006-X au catalogue de Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2024001/article/00001-fra.htm>

Zeitouny, S., Cheung, D.C., Bremner, K.E. et coll. (2023). The impact of the early COVID-19 pandemic on healthcare system resource use and costs in two provinces in Canada: An interrupted time series analysis. *PLoS One*, 18(9), e0290646. doi :10.1371/journal.pone.0290646