



Santé Health
Canada Canada

FEMC

Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Pour obtenir des exemplaires additionnels :

Publications
Santé Canada
I.A. 0900C2
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
Canada
K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366
info@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication sur disquette, en gros caractères,
sur bande sonore ou en braille.

Le présent rapport est accessible sur le site Web de Santé Canada à l'adresse suivante :
<http://www.hc-sc.gc.ca>
Renseignements généraux : (613) 957-2991

Toute demande de renseignements concernant la méthodologie et les résultats devrait
être acheminée à la Division de la recherche sur les politiques : **EBIC-FEMC@hc-sc.gc.ca**

This document is also available in English under the title:
Economic Burden of Illness in Canada, 1998

La reproduction à des fins non commerciales est autorisée à condition que la source
soit clairement indiquée.

© Sa Majesté du chef du Canada, représentée par le ministre de Travaux publics et Services
gouvernementaux Canada, 2002
N de cat. H21-136/1998F
ISBN 0-662-88050-1

Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998

*Division de la recherche sur les politiques
Direction de la politique stratégique
Direction générale de la santé de la
population et de la santé publique
Santé Canada*

Table des matières

Remerciements	v
Glossaire des abréviations	vii
Introduction	1
Sommaire des résultats	5
Fardeau de la maladie par composante de coût	5
Fardeau de la maladie par catégorie de diagnostics et composante de coût.	5
Catégories de diagnostics ayant les coûts directs les plus élevés	6
Catégories de diagnostics ayant les coûts indirects les plus élevés	6
Catégories de diagnostics ayant le coût total le plus élevé	6
Fardeau de la maladie par sexe et composante de coût	9
Fardeau de la maladie par groupe d'âge et composante de coût	10
Fardeau de la maladie par province/territoire	12
Fardeau de la maladie par composante de coûts	13
Coûts directs	13
Coût des soins hospitaliers	13
Coût des médicaments	23
Coût des soins médicaux	29
Coût des soins dispensés dans d'autres établissements	34
Autres coûts directs relatifs à la santé	37
Coûts indirects	41
Coût de la mortalité	41
Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée	48
Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée	55
Discussion	61
Références (par chapitre)	66
Annexes	
Annexe 1 : Classification des maladies	71
Annexe 2 : Conventions et définitions	73
Annexe 3 : Population estimative dans des établissements de soins prolongés par cause de restriction des activités (en termes de catégories et sous- catégories de diagnostics), âge et sexe	80
Annexe 4 : Coût de la mortalité : valeur actualisée de la production future perdue	82
Annexe 5 : Coût de la morbidité : pondération de la production perdue	83
Annexe 6 : Figures supplémentaires	85

Figures

Figure 1 :	Fardeau de la maladie par sexe et composante de coût au Canada, 1998	9
Figure 2 :	Composantes de coûts directs par groupe d'âge au Canada, 1998	10
Figure 3 :	Composantes de coûts indirects par groupe d'âge au Canada, 1998	11
Figure 4 :	Coût des soins hospitaliers par catégorie de diagnostics et sexe au Canada, 1998	20
Figure 5 :	Coût des soins hospitaliers pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés, par groupe d'âge, au Canada, 1998	21
Figure 6 :	Coût des médicaments par catégorie de diagnostics et sexe au Canada, 1998	26
Figure 7 :	Coût des médicaments de prescription pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés, par groupe d'âge, au Canada, 1998	27
Figure 8 :	Coût des soins médicaux par catégorie de diagnostics et sexe au Canada, 1998	31
Figure 9 :	Coût des soins médicaux pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés, par groupe d'âge, au Canada, 1998	32
Figure 10 :	Coût de la mortalité pour certaines catégories de diagnostics, par sexe, au Canada, 1998	44
Figure 11 :	Coût de la mortalité pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés, par groupe d'âge, au Canada, 1998	45
Figure 12 :	Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée par catégorie de diagnostics et sexe au Canada, 1998	52
Figure 13 :	Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés, par groupe d'âge, au Canada, 1998	53
Figure 14 :	Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée par catégorie de diagnostics et sexe au Canada, 1998	58
Figure 15 :	Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés, par groupe d'âge, au Canada, 1998	59
Figure 16 :	Fardeau économique de la maladie au Canada en 1986, 1993 et 1998	63

Tableaux

Tableau 1 : Fardeau économique de la maladie par composante de coût au Canada, 1998	5
Tableau 2 : Résumé : Fardeau économique de la maladie par catégorie de diagnostics au Canada, 1998	7/8
Tableau 3 : Coût des soins hospitaliers par catégorie de diagnostics au Canada, 1998 .	18
Tableau 4 : Coût des soins hospitaliers pour certaines catégories/sous-catégories de diagnostics au Canada, 1998	19
Tableau 5 : Coût des médicaments par catégorie de diagnostics au Canada, 1998 . . .	25
Tableau 6 : Coût des médicaments pour certaines catégories/sous-catégories de diagnostics au Canada, 1998	25/26
Tableau 7 : Coût des soins médicaux par catégorie de diagnostics au Canada, 1998 . .	30/31
Tableau 8 : Coût des établissements de soins pour bénéficiaires internes offrant des soins de niveau II ou plus selon la caractéristique principale de la clientèle première, Canada, 1997-1998	36
Tableau 9 : Autres coûts directs relatifs à la santé non classés par catégorie de diagnostics au Canada, 1998	38
Tableau 10 : Dépenses de recherche en santé pour certaines catégories de diagnostics au Canada, 1998	39
Tableau 11 : Coût de la mortalité par catégorie de diagnostics au Canada, 1998	42
Tableau 12 : Coût de la mortalité pour certaines catégories/sous-catégories de diagnostics au Canada, 1998	43
Tableau 13 : Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée par catégorie de diagnostics au Canada, 1998.	50
Tableau 14 : Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée pour certaines catégories/sous-catégories de diagnostics au Canada, 1998. . . .	51
Tableau 15 : Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée par catégorie de diagnostics au Canada, 1998.	57
Tableau 16 : Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée pour certaines catégories/sous-catégories de diagnostics au Canada, 1998	57
Tableau 17 : Fardeau économique de la maladie pour certaines catégories de diagnostics par composante de coût au Canada, 1986, 1993, 1998 (en millions de dollars de 1998)	62

Cartes

Carte 1 : Fardeau économique de la maladie par province/territoire au Canada, 1998	12
Carte 2 : Coût des soins hospitaliers par province/territoire au Canada, 1998	22
Carte 3 : Coût des médicaments par province/territoire au Canada, 1998	28
Carte 4 : Coût des soins médicaux rémunérés à l'acte et en vertu d'autres régimes de rémunération par province/territoire au Canada, 1998	33
Carte 5 : Coût des établissements de soins pour bénéficiaires internes offrant des soins de niveau II ou plus par province/territoire au Canada, 1998	35
Carte 6 : Autres coûts directs relatifs à la santé par province/territoire au Canada, 1998	40
Carte 7 : Coût de la mortalité par province/territoire au Canada, 1998.	45
Carte 8 : Coût de la morbidité attribuable à l'invalidité de longue durée par province/territoire au Canada, 1998	53
Carte 9 : Coût de la morbidité attribuable à l'invalidité de courte durée par province/territoire au Canada, 1998	59

Remerciements

Les études sur *Le Fardeau économique de la maladie au Canada* (FEMC) ont débuté dans les anciens Bureau de l'épidémiologie des maladies chroniques et Bureau du cancer du Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM). Une bonne part des activités de collecte et d'analyse des données pour le FEMC de 1998 ont été entreprises dans l'ancien Bureau des opérations, de la planification et des politiques, LLCM. D'autres travaux ont été ultérieurement effectués dans le contexte du remaniement de Santé Canada en juillet 2000, date à laquelle l'équipe de projet s'est jointe à la Division de la recherche sur les politiques (DRP) (anciennement la Division de l'analyse quantitative et de la recherche), Direction de la politique stratégique (DPS) de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP).

Afin de mieux intégrer le FEMC 1998 dans les projets connexes entrepris par Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, Santé Canada a accepté de participer au projet de démonstration de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, le projet 5. Ce projet a réuni les données et les connaissances techniques en recherche de Santé Canada, de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé, ce qui a contribué significativement à l'évolution des études sur le FEMC à Santé Canada et à la qualité du rapport final.

Coordination générale/Chercheure principale

Rachel (Moore) Lane (1999-2001)
Sylvie Desjardins (2001 à nos jours)

Équipe de projet de Santé Canada

L'équipe de projet de Santé Canada responsable de la rédaction du présent rapport est formée des personnes suivantes : Jennifer (White) Beaulac, Edie Clark, Brigitte D'Aoust, Jacques Duciaume, Stephanie Jackson, Robert Lauzon, Suzanne Paré, Jungwee Park, Hélène Roberge, Jean-François Savard, Julie Stokes, Serge Tanguay, Eva Tsakonas, Mark Vanderkloot et Kathy White. Nous tenons à remercier particulièrement Eva Tsakonas pour son travail sur les sections du rapport portant sur les coûts indirects.

Bien que l'équipe de projet de Santé Canada assume l'entière responsabilité du contenu de ce rapport, elle tient à souligner la contribution de toutes les personnes qui ont participé à la préparation de ce rapport et aux personnes suivantes qui ont bien voulu lui faire profiter de leur expertise et de leurs commentaires.

L'équipe de projet aimerait également remercier Kerry Rhoades qui a révisé la version anglaise du manuscrit, le Bureau de traduction à Montréal pour leur excellente traduction et la Section des publications scientifiques et services multimédias,

Direction de l'intégration opérationnelle et des services d'information, pour l'édition et la préparation du manuscrit à l'impression.

Comité directeur du projet 5

Jennifer Zelmer, Christine Fitzgerald (1999-2000)
Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Sylvain Paradis, Anil Gupta, Frank Fedyk
Santé Canada

Michael Wolfson
Statistique Canada

Groupe de travail du projet 5

Terry Campbell, Geoff Ballinger
Institut canadien d'information sur la santé

André Grenon
Santé Canada

Phyllis Will
Statistique Canada

Commentaires généraux sur la méthodologie

Murray Brown
Health Economics Consulting Associates

Don Wigle, Yang Mao, Gregory Taylor, Rick Fry,
Paul De Civita, Marie-France Giguère,
Maks Rahman
Santé Canada

Philip Jacobs, Konrad Fassbender
Institute of Health Economics

Jean-Marie Berthelot, Stéphane Tremblay,
Christel LePetit
Statistique Canada

Peter Coyte
Peter C. Coyte Consulting

Bernie O'Brien
McMaster University/St. Joseph's Hospital

Coût des médicaments

Hany Helmy
IMS Health, Canada

Coût des soins médicaux

David Onyschuk
Alberta Health - Physician Services

Robert (Bob) Hart
British Columbia Ministry of Health et
Minister Responsible for Seniors

Ken Lancour
Department of Health and Social Services,
Government of Northwest Territories

Sherri Wright
Government of Yukon Insured Health Services

Vern Hicks
Health Economics Consulting Services,
Nouvelle-Écosse

Marlene White
Ministère de la Santé du Manitoba

Barry Stanley
Newfoundland Medical Care Commission

Michael Joyce
Nova Scotia Department of Health

Doug Ramsay, Paul Brochu
Ministère de la Santé de l'Ontario

Chris Mooney
Prince Edward Island Health and Social Services

Jacques Barry
Régie de l'assurance-maladie du Québec

Carmelle Mondor
Saskatchewan Health - Medical Services Plan

Coût des soins hospitaliers et des soins dispensés dans d'autres établissements

Lora Cameron, Kimberley MacKenzie, Shannon Roden, Corrine Truman
Alberta Ambulatory Care Classification System Database, Alberta Health and Wellness

Warren Skea, Daniel Benoit, Michael Cohen, Ian Button, Christine Prioretti, Lynne Ashworth, Sharon Tracy
Institut canadien d'information sur la santé

Richard Trudeau
Statistique Canada

Autres coûts directs relatifs à la santé

Geoff Ballinger
Institut canadien d'information sur la santé

Chantal Macdonald
Conseil de recherches médicales du Canada

David Jones
Université d'Ottawa

Coût de la mortalité

Steve Lugtigheid
Le Conference Board du Canada

Robert Semenciw, Richard Lemay
Santé Canada

Catherine Bertrand, Joseph Mariasingham, Don Dubreuil
Statistique Canada

Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte et de longue durée

Russell Wilkins, Gary MacDonald, Catherine Bertrand, Joseph Mariasingham, Don Dubreuil
Statistique Canada

Natalie Audet, Carole Daveluy
Institut de la Statistique du Québec

Glossaire des abréviations

ACCS	(Alberta) Ambulatory Care Classification Data Set	IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ACIVM	Accidents de la circulation impliquant des véhicules à moteur	LLCM	Laboratoire de lutte contre la maladie (Santé Canada)
ARR	Autre régime de rémunération	MCEREV	Maladie cérébrovasculaire
BDCP	Base de données sur les congés des patients (ICIS)	MCV	Maladies cardio-vasculaires (maladies de l'appareil circulatoire) : comprennent les CI, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque globale, l'anévrisme de l'aorte, etc. Nota : Le terme maladie <i>cérébrovasculaire</i> (MCEREV), qui désigne une des maladies cardio-vasculaires, est parfois utilisé de façon interchangeable avec « accident vasculaire cérébral » mais renvoie à une entité plus large.
BDDNS	Base de données sur les dépenses nationales de santé (ICIS)	MPOC	Maladies pulmonaires obstructives chroniques et affections connexes : comprennent la bronchite chronique, l'emphysème et l'asthme
CDH	Vérification des achats des hôpitaux et des pharmacies du Canada (<i>IMS Health</i>)	MVL	Médicaments en vente libre
CI	Cardiopathie ischémique : comprend l'angine de poitrine, l'infarctus aigu du myocarde (« crise cardiaque »), les cardiopathies ischémiques chroniques et la mort subite	NIH	National Institutes of Health (US Department of Health and Human Services)
CIM	Classification internationale des maladies (Organisation mondiale de la santé)	OMS	Organisation mondiale de la santé
CIMMS	Cancer Incidence, Morbidity and Mortality System (Santé Canada)	RA	Rémunération à l'acte
CS	Vérification de CompuScript Canada (<i>IMS Health</i>)	RAES	Rapport annuel des établissements de santé (données recueillies par l'ICIS)
EAH	Enquête nationale sur les hôpitaux	RIW^{MC}	Pondération du volume des ressources (ICIS)
ENSP	Enquête nationale sur la santé de la population	RRC	Régime de rentes du Canada
ESBI	Établissements de soins pour bénéficiaires internes	RRQ	Régime de rentes du Québec
ESSQ	Enquête sociale et de santé du Québec	SAIRS	Système automatisé d'information sur la recherche en santé (IRSC)
FEMC	Le fardeau économique de la maladie au Canada (Santé Canada)	TCP	Taux de croissance de la productivité
IAM	Infarctus aigu du myocarde		
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé		
ICMT	Index canadien des maladies et traitements (<i>IMS Health</i>)		
IMS	<i>IMS Health</i>		

Introduction

Santé Canada a publié le document *Le fardeau économique de la maladie au Canada* (FEMC) pour la première fois en 1991, puis de nouveau en 1997. Devant le formidable accueil réservé à ces rapports originaux et les demandes constantes de renseignements plus détaillés sur le coût de la maladie, il fut nécessaire de procéder à une révision et de présenter des renseignements encore plus détaillés que dans les deux premiers rapports.

Le but principal du présent document est de fournir de l'information objective et comparable sur l'ampleur du fardeau économique, soit le coût de la maladie et des blessures au Canada, selon des unités de mesure et des méthodes uniformisées. Ces estimations, de concert avec d'autres indicateurs de la santé, constituent une pièce au dossier importante pour l'élaboration des politiques et de la planification dans le domaine de la santé.

Le rapport *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998* (FEMC 1998), ainsi qu'une application Web complémentaire (FEMC en ligne), présentent un aperçu global de la répartition des principaux coûts directs et indirects de la maladie au Canada. Les méthodes utilisées dans le présent rapport permettent de déterminer le « coût de renonciation »¹ que la maladie ou les blessures imposent à la société, en traduisant la maladie, les blessures et la mortalité prématurée en termes de coûts directs et indirects⁽¹⁻³⁾. En d'autres termes, ces estimations sont une approximation de ce que gagnerait la société si les maladies et les blessures qui engendrent ces coûts étaient éliminées.

Les coûts directs sont définis comme étant la valeur des biens et des services pour lesquels des sommes ont été payées et des ressources utilisées en vue du traitement, des soins et de la réadaptation liés à la maladie ou aux blessures^(1,4-6). Dans le présent rapport, les coûts directs sont organisés et mesurés en cinq composantes : le coût des soins hospitaliers; le coût des médicaments; le coût des soins médicaux; le coût des soins dispensés dans d'autres

établissements; et les autres coûts directs relatifs à la santé (y compris les autres professionnels, les immobilisations, la santé publique, l'administration d'assurance, la recherche en santé, etc.). Les autres coûts directs assumés par les patients ou d'autres intervenants (par ex. frais de déplacement pour consulter un professionnel de la santé, diètes spéciales et vêtements adaptés) ne sont pas inclus.

Les coûts indirects sont définis comme étant la valeur de la production économique perdue en raison de maladies, de blessures rendant inapte au travail ou de décès prématurés^(1,3,4,6). Les trois composantes de coûts indirects utilisées dans le présent rapport sont mesurées par la valeur des années de vie perdues en raison de la mortalité prématurée (coût de la mortalité), et de la valeur des jours d'activité perdus pour cause d'incapacité de courte et de longue durée (coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue et de courte durée). Les autres coûts indirects, y compris la valeur du temps de travail ou de loisirs perdu par les membres de la famille ou les amis qui prennent soin du patient, ne sont pas inclus dans le présent rapport.

Sauf pour le coût de la mortalité, une approche fondée sur la prévalence⁽¹⁾ a été utilisée pour estimer tous les coûts directs et indirects attribuables aux cas existants (ou prévalents) de maladie, de blessures ou d'incapacité en 1998^(1,4,5,7,8). Cette approche utilise de façon optimale les données d'enquête et administratives disponibles pour le calcul des coûts directs et indirects de base, et pour la répartition subséquente de ces coûts entre les principales catégories de diagnostics. Une limite de cette approche est que les données ne permettent pas toujours d'évaluer les répercussions des maladies concomitantes.

Pour le coût de la mortalité, une approche de capital humain fondée sur l'incidence a été utilisée, approche qui est très courante dans les études sur le coût de la maladie^(4,9). Les estimations du coût de la

1 Pour les fins du présent rapport, le coût de renonciation est la valeur des occasions perdues en raison d'une intervention, d'une action ou d'un état de santé (c.-à-d. les coûts directs et indirects de la maladie ou des blessures).

mortalité se fondent sur la valeur actualisée des coûts actuels et futurs des décès prématurés survenant en 1998, plutôt que sur une approche fondée sur la prévalence, en vertu de laquelle les estimations seraient basées sur la valeur, en dollars de 1998, des décès prématurés survenus avant 1998. Il aurait certes été préférable d'utiliser une approche fondée sur la prévalence pour toutes les composantes de coût, mais l'approche retenue s'est imposée pour plusieurs raisons : disponibilité de statistiques fiables, relative simplicité des calculs en comparaison d'autres méthodes et uniformité entre les études utilisant la même approche^(5,10,11). Les limites de cette approche, notamment la possibilité qu'on surestime le coût de la mortalité et qu'on sous-estime les conséquences psychosociales^(1,5,12), sont examinées plus loin dans le chapitre « Coût de la mortalité », ainsi que dans le rapport FEMC 1993⁽¹³⁾.

Comme il est indiqué ci-dessus, les coûts directs et indirects sont répartis entre les principales catégories de diagnostics, par sexe et par groupe d'âge. Les catégories de diagnostics incluses dans le présent rapport sont les suivantes : anomalies congénitales; maladies du sang; cancer; maladies cardio-vasculaires; maladies de l'appareil digestif; maladies endocriniennes et connexes; maladies génito-urinaires; états morbides mal définis; maladies infectieuses et parasitaires; blessures; troubles mentaux; maladies musculo-squelettiques; maladies du système nerveux et des organes des sens; anomalies périnatales; grossesse; maladies respiratoires; maladies de la peau et maladies connexes; et soins aux bien-portants (voir l'annexe 1 pour plus de détails). Les coûts sont également répartis par sexe et selon les quatre groupes d'âge suivants : enfants (0 à 14 ans), personnes de 15 à 34 ans, personnes de 35 à 64 ans et personnes âgées (65 ans et plus).

Le rapport *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998* reprend de façon générale la présentation des rapports FEMC précédents. Il présente d'abord un sommaire des résultats, notamment les totaux, les coûts directs et indirects par composante de coût, catégorie de diagnostics, sexe, groupe d'âge et province/territoire. Viennent

ensuite des chapitres détaillés portant sur chacune des huit composantes de coûts directs et indirects. Les chapitres relatifs aux diverses composantes de coût décrivent les méthodes utilisées et expliquent comment les données, les hypothèses et les limites méthodologiques influent sur l'interprétation des résultats². Tous les chapitres présentent le coût total de la maladie par composante de coût, et la plupart (à l'exception du chapitre « Coût des soins dispensés dans d'autres établissements » et de la plus grande partie du chapitre « Autres coûts directs relatifs à la santé ») présentent le coût total par catégorie de diagnostics, sexe, groupe d'âge et province/territoire (y compris une partie des dépenses de recherche en santé). Plusieurs chapitres (soins hospitaliers, médicaments, mortalité, morbidité de courte et de longue durée) présentent également les coûts totaux par sous-catégorie de diagnostics, sexe et groupe d'âge.

À la suite des chapitres portant sur les composantes de coût, le document présente une section intitulée « Discussion » qui examine les points saillants de l'étude et les défis à relever, les variations du fardeau économique au fil du temps et entre les provinces/territoires, ainsi que les possibilités de travaux futurs dans ce domaine. Enfin, une liste complète de références et des annexes fournissant des détails méthodologiques additionnels ainsi que des figures se retrouvent à la fin du document.

L'étude FEMC 1998, s'appuyant sur l'expérience acquise dans la réalisation des deux éditions précédentes (FEMC 1993 et FEMC 1986)^(9,13), offre les nouveautés suivantes : ajout de nombreuses sous-catégories de diagnostics; information additionnelle par âge, sexe et province/territoire/région; inclusion des coûts par catégorie de diagnostics pour les soins dispensés en consultation externe dans les hôpitaux; meilleures données provinciales/territoriales sur le coût des soins médicaux; meilleure compréhension des autres régimes de rémunération pour les médecins; et données et méthodes plus raffinées pour le calcul du coût de la mortalité et du coût de l'incapacité de courte et de longue durée (par exemple, données plus récentes et plus détaillées sur les coûts; prise en compte, dans les estimations de la production

2 D'autres renseignements méthodologiques relatifs aux conventions, définitions et sources de données, ainsi qu'aux différences entre la présente version de l'étude FEMC et celle de 1993 sont fournis à l'annexe 2.

perdue, de la proportion du travail non rémunéré attribuable aussi bien aux personnes ne faisant pas partie de la population active qu'aux personnes actives; et calcul et attribution de facteurs de pondération de l'incapacité par catégorie de diagnostics plutôt que par âge).

Comme dans les versions précédentes de ce rapport, toutefois, des données nationales systématiques et complètes sur le coût de la maladie ne sont pas toujours immédiatement disponibles. Pour les sous-catégories de diagnostics, en particulier, les différences entre les méthodes de codage empêchent de présenter des données uniformisées et complètes. Dans ce document, les données sont présentées telles qu'elles sont obtenues et le cas échéant, les mises en garde qui s'imposent sont faites. Lorsque des données ne sont pas disponibles et qu'il apparaît raisonnable de procéder à une imputation, cette méthode est utilisée et dûment signalée. De plus, il importe de reconnaître que malgré l'utilisation de données plus détaillées sur les coûts pour le calcul des coûts indirects, ces estimations se fondent sur un certain nombre d'hypothèses qui influent sur les valeurs obtenues. Afin d'évaluer les effets de ces hypothèses certaines

analyses de sensibilité ont été effectuées, ce qui a permis d'illustrer la gamme possible des estimations des coûts indirects.

Un second objectif du présent rapport est de déterminer les lacunes de l'information existante. Les défis que posent la désagrégation et la synthèse de données provenant de multiples sources et de 12 juridictions provinciales/territoriales mettent en évidence la nécessité d'un effort conjoint pour repérer les déficiences et les incohérences dans les données, et pour améliorer la collecte et l'analyse de l'information au Canada.

Les estimations du coût de la maladie au Canada doivent être interprétées dans le contexte des limites décrites ci-dessus ainsi que dans les chapitres portant sur une composante de coût et dans la section « Discussion ». L'étude FEMC 1998 est comparée aux deux éditions précédentes (1986 et 1993) en ce qui a trait aux coûts directs, indirects et totaux (voir la section « Discussion »). En général, il faut interpréter ces comparaisons avec prudence, car les différences peuvent refléter l'amélioration des sources de données et le perfectionnement des méthodes plutôt que de véritables changements dans la répartition et les coûts de la maladie.

Références

1. Rice DP, Hodgson TA, Kopstein AN (1985). The economic costs of illness: a replication and update. *Care Finance Rev*, 7:61-80.
2. Rice DP, Kelman S, Miller LS et al (1990). *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness*. Contract 283-87-0007 for US Department of Health and Human Services, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, Institute for Health and Aging. San Francisco: University of California.
3. Kirschstein R (2000). *Disease-specific estimates of direct and indirect costs of illness and NIH support: fiscal year 2000 update*. Department of Health and Human Services, National Institute of Health, Office of the Director.
4. Hodgson TA, Meiners M (1982). Cost-of-illness methodology: a guide to current practices and procedures. *Milbank Q*, 60(3):429-62.
5. Hodgson TA (1983). The state of the art of cost-of-illness estimates. *Advanced Health Economic Health Service Res*, 4:29-64.
6. Institut canadien d'information sur la santé (2000). Tendances des dépenses nationales de santé (NHEX), 1975-2000.
7. Rice DP (1999). The economic impact of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(Suppl 1):4-6.

8. Hu T, Sandifer FH (1981). *Synthesis of Cost of Illness Methodology*. National Center for Health Services Research Contract No 233-79-3010. Washington: Public Services Laboratory, Georgetown University.
9. Wigle DT, Mao Y, Wong T, Lane R (1991). Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1986. *Maladies chroniques au Canada*, 12(Suppl 3).
10. Behrens C, Henke K-D (1987). Cost of illness studies: no aid to decision making? *Health Policy*, 10:137-41.
11. Evans RG (1984). *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*. Toronto: Butterworths.
12. Chan B, Coyte P, Heick D (1996). Economic impact of cardiovascular disease in Canada. *Canadian J Cardiol*, 12(10):1000-6.
13. Moore R, Mao Y, Zhang J, Clarke K (1997). Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993. Ottawa : Association canadienne de santé publique.

Sommaire des résultats

Le coût total³ de la maladie au Canada en 1998 est estimé à 159,4 milliards de dollars : 83,9 milliards (52,7 %) en coûts directs et 75,5 milliards (47,3 %) en coûts indirects.

Fardeau de la maladie par composante de coût

L'importance relative des principales composantes de coût se retrouve dans le tableau 1. Les coûts des soins hospitaliers engendrent le coût direct de loin le plus important : 27,6 milliards, soit 17,3 % du total des coûts. Viennent ensuite le coût des médicaments (12,4 milliards, 7,8 %), le coût des soins médicaux (11,7 milliards, 7,3 %), le coût des soins dispensés dans d'autres établissements (8,0 milliards, 5,0 %) et les autres coûts directs relatifs à la santé (24,2 milliards, 15,2 %).

Tableau 1
Fardeau économique de la maladie par composante de coût au Canada, 1998

Composante de coût	Coût en 1998 (milliards)	% du Total
Coûts directs		
Coût des soins hospitaliers	27 638,4	17,3
Coût des médicaments	12 385,2	7,8
Coût des soins médicaux	11 686,9	7,3
Coût des soins dispensés dans d'autres établissements	8 045,1	5,0
Autres coûts directs relatifs à la santé	24 199,3	15,2
Total partiel	83 954,9	52,7
Coûts indirects		
Coût de la mortalité	33 481,5	21,0
Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée	32 178,7	20,2
Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée	9 819,4	6,2
Total partiel	75 479,6	47,3
Coût total de la maladie	159 434,5	100,0

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les dépenses nationales de santé, 1997-1998

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

En ce qui touche les principales composantes de coûts indirects estimées pour 1998, la plus importante est la valeur de la production perdue attribuable à la mortalité prématurée, qui est estimée à 33,5 milliards (21,0 % du total des coûts). Viennent ensuite la valeur de la production perdue attribuable à l'incapacité de longue durée, estimée à 32,2 milliards (20,2 % du total des coûts), et la valeur de la production perdue attribuable à l'incapacité de courte durée, estimée à 9,8 milliards (6,2 % du total).

Fardeau de la maladie par catégorie de diagnostics et composante de coût

Une ventilation de 74 % du coût total de la maladie (c.-à-d. 117 des 159,4 milliards) par catégorie de diagnostics a été faite, soit 42,5 milliards en coûts directs et 74,7 milliards en coûts indirects⁴. Le tableau 2 présente la répartition détaillée des coûts par catégorie de diagnostics et composante de coût.

Les maladies cardio-vasculaires sont la catégorie de diagnostics la plus onéreuse et représentent 11,6 % (18,5 milliards) du coût total de la maladie pouvant être attribué aux différentes catégories de diagnostics (6,8 milliards en coûts directs et 11,7 milliards en coûts indirects). Les maladies musculo-squelettiques et le cancer viennent au deuxième et au troisième rang, leurs coûts totaux s'élevant à 16,4 milliards et à 14,2 milliards respectivement. Les coûts directs sont plus modestes (2,6 milliards et 2,5 milliards) que les coûts indirects (13,7 milliards et 11,8 milliards) pour ces deux catégories. Au quatrième rang figurent les blessures, avec un coût total de 12,7 milliards (3,2 milliards en coûts directs et 9,5 milliards en coûts indirects). Ces quatre catégories représentent ensemble plus de 50 % du coût de la maladie pouvant être réparti par catégorie de diagnostics.

³ Les catégories de diagnostics, ainsi que les conventions et définitions utilisées dans le présent rapport, sont décrites aux annexes 1 et 2.

⁴ Les 42,2 milliards qui n'ont pu être répartis par catégorie de diagnostics tombent dans les catégories « autres » et « non-attribuables », comme il est expliqué au tableau 2.

Catégories de diagnostics ayant les coûts directs les plus élevés

L'ampleur relative de chaque composante de coût varie sensiblement selon le type de maladie. Les six catégories de diagnostics ayant le coût direct le plus élevé sont les maladies cardio-vasculaires, les troubles mentaux, les maladies de l'appareil digestif, les maladies respiratoires, les blessures et les maladies du système nerveux et des organes des sens, tel que démontrés au tableau 2. Ces catégories représentent plus de la moitié des coûts directs ayant été classés par catégorie de diagnostics.

Le coût des soins hospitaliers engendrent plus de la moitié du total des coûts directs des maladies cardio-vasculaires, des troubles mentaux, des maladies de l'appareil digestif et des blessures. Le coût des médicaments représentent plus de 30 % des coûts directs associés aux maladies respiratoires, comparativement à environ 7 % pour les blessures. Le coût des soins médicaux représente plus du quart des coûts directs associés aux maladies du système nerveux.

Catégories de diagnostics ayant les coûts indirects les plus élevés

Les coûts indirects les plus élevés sont ceux des maladies musculo-squelettiques, du cancer, des maladies cardio-vasculaires et des blessures. Ces quatre catégories de diagnostics représentent plus de 60 % du total des coûts indirects de la maladie en 1998. Comme l'indique le tableau 2, environ 90 % des coûts indirects du cancer reflètent le coût de la mortalité (c'est-à-dire la valeur actualisée de la production perdue attribuable à la mortalité prématurée en 1998). Le coût de la mortalité représente aussi une part considérable des coûts indirects associés aux maladies cardio-vasculaires (70,8 %) et aux blessures (62,3 %). Par contre, 91,7 % et 75,9 %, respectivement, des coûts indirects liés aux maladies musculo-squelettiques et aux maladies du système nerveux sont attribuables à la morbidité liée à l'incapacité de longue durée. L'incapacité de courte durée est la cause d'une part

importante des coûts indirects associés aux maladies respiratoires (48,1 %).

Catégories de diagnostics ayant le coût total le plus élevé

Les six catégories de diagnostics ayant le coût total le plus élevé sont les maladies cardio-vasculaires, les maladies musculo-squelettiques, le cancer, les blessures, les maladies respiratoires et les maladies du système nerveux et des organes des sens, tel que démontrés au tableau 2. Ces catégories de diagnostics représentent plus des deux tiers du coût total de la maladie répartie par catégorie de diagnostics.

La proportion relative des coûts directs varie considérablement selon les catégories de diagnostics. Les coûts directs représentent plus de 35 % du coût total des maladies cardio-vasculaires (catégorie de diagnostics la plus onéreuse), mais à peine plus de 15 % dans le cas des maladies musculo-squelettiques et du cancer (deuxième et troisième catégories les plus onéreuses). Les coûts directs représentent plus du tiers du coût total des maladies respiratoires (40,6 %) et des maladies du système nerveux (34,0 %), catégories occupant les cinquième et sixième rangs en ce qui a trait de coût total. Ainsi, l'éventuelle réduction des coûts de traitement découlant d'une diminution de la maladie ou des blessures serait plus importante pour certaines catégories de diagnostics.

Pour les six catégories de diagnostics ayant le coût total le plus élevé, toutefois, les coûts indirects surpassent les coûts directs et témoignent de l'importance des coûts indirects de la maladie pour la société et les personnes touchées.

Les catégories pour lesquelles les coûts directs sont plus élevés que les coûts indirects comprennent les maladies de la peau et maladies connexes, les complications de la grossesse et les maladies des organes génito-urinaires. Globalement, toutefois, ces catégories représentent moins de 5 % du total des coûts (tableau 2).

Tableau 2
Résumé : Fardeau économique de la maladie par catégorie de diagnostics au Canada, 1998

Catégorie de diagnostics	COÛTS DIRECTS										COÛT TOTAL		
	Soins hospitaliers		Médicaments		Soins médicaux		Autres établissements		Autres coûts directs		Total des coûts directs		Rang
	Coût (millions)	% du total	Coût (millions)	% du total	% du total	% du total	Coût (millions)	% du total	Coût (millions)	% du total	Coût (millions)	% du total	
Anomalies congénitales	130,5	0,5	10,4	0,1	31,4	0,3	0	0,0	3,5	0,0	175,8	0,2	19
Maladies du sang	110,9	0,4	48,4	0,4	48,2	0,4	0	0,0	5,9	0,0	213,4	0,3	20
Cancer	1 838,7	6,7	210,2	1,7	333,1	2,9	0	0,0	80,4	0,3	2 462,4	2,9	12
Maladies cardio-vasculaires	4 161,8	15,1	1 772,8	14,3	822,3	7,0	0	0,0	61,2	0,3	6 818,1	8,1	2
Maladies de l'appareil digestif	2 366,3	8,6	752,2	6,1	410,0	3,5	0	0,0	11,5	0,0	3 540,0	4,2	4
Maladies endocriniennes et connexes	477,0	1,7	818,2	6,6	255,6	2,2	0	0,0	33,8	0,2	1 584,6	1,9	14
Maladies génito-urinaires	1 765,8	6,4	322,5	2,6	499,9	4,3	0	0,0	9,1	0,0	2 597,3	3,1	10
États morbides mal définis	674,9	2,4	482,3	3,9	600,0	5,1	0	0,0	3,1	0,0	1 760,3	2,1	13
Maladies infectieuses et parasitaires	284,8	1,0	417,3	3,4	184,6	1,6	0	0,0	22,3	0,1	909,0	1,1	17
Blessures ¹	2 477,4	9,0	234,1	1,9	506,0	4,3	0	0,0	7,3	0,0	3 224,8	3,8	6
Troubles mentaux	2 682,7	9,7	1 092,9	8,8	884,6	7,6	0	0,0	20,6	0,1	4 680,8	5,6	3
Maladies musculo-squelettiques	1 441,6	5,2	614,3	5,0	578,2	4,9	0	0,0	14,3	0,1	2 648,4	3,2	9
Maladies du système nerveux et des organes des sens	1 425,6	5,2	536,4	4,3	824,8	7,1	0	0,0	35,7	0,2	2 822,5	3,4	8
Affections périnatales	262,6	1,0	4,8	0,0	33,2	0,3	0	0,0	5,2	0,0	305,8	0,4	18
Grossesse	1 079,3	3,9	23,1	0,2	191,2	1,6	0	0,0	3,5	0,0	1 297,1	1,5	16
Maladies respiratoires	1 560,6	5,6	1 109,7	8,9	776,7	6,6	0	0,0	14,4	0,1	3 461,4	4,1	5
Maladies de la peau et maladies connexes	723,5	2,6	469,4	3,8	280,9	2,4	0	0,0	0,5	0,0	1 474,3	1,8	15
Soins aux bien-portants ²	1 662,9	6,0	399,3	3,2	558,0	4,8	0	0,0	3,1	0,0	2 623,3	3,1	11
Autres ³	1 158,1	4,1	0	0	1 973,5	16,9	0	0,0	89,9	0,4	3 221,5	3,8	7
Non attribuable ⁴	1 353,4	4,9	3 066,9	24,8	1 894,7	16,2	8 045,1	100,0	23 774,0	98,2	38 134,1	45,4	1
TOTAL	27 638,4	100,0	12 385,2	100,0	11 686,9	100,0	8 045,1	100,0	24 199,3	100,0	83 954,9	100,0	

Tableau 2 (suite)

Résumé : Fardeau économique de la maladie par catégorie de diagnostics au Canada, 1998

Catégorie de diagnostics	COÛTS INDIRECTS									COÛT TOTAL		
	Mortalité		Incapacité de longue durée		Incapacité de courte durée		Total des coûts indirects			Total des coûts directs		
	Coût (millions)	% du total	Coût (millions)	% du total	Coût (millions)	% du total	Coût (millions)	% du total	Rang	Coût (millions)	% du total	Rang
Anomalies congénitales	357,8	1,1	172,4	0,5	0	0,0	530,2	0,7	15	706,0	0,4	18
Maladies du sang	93,1	0,3	103,2	0,3	48,8	0,5	245,1	0,3	18	458,5	0,3	20
Cancer	10 622,1	31,7	962,3	3,0	173,6	1,8	11 758,0	15,6	2	14 220,4	8,9	4
Maladies cardio-vasculaires	8 250,0	24,6	3 151,5	9,8	253,3	2,6	11 654,8	15,4	3	18 472,9	11,6	2
Maladies de l'appareil digestif	1 134,3	3,4	487,5	1,5	692,4	7,0	2 314,2	3,1	10	5 854,2	3,7	9
Maladies endocriniennes et connexes	1 012,3	3,0	815,7	2,5	51,7	0,5	1 879,7	2,5	11	3 464,3	2,2	13
Maladies génito-urinaires	319,7	0,9	166,3	0,5	430,5	4,4	916,5	1,2	13	3 513,8	2,2	14
États morbides mal définis	1 595,7	4,8	1 485,2	4,6	836,1	8,5	3 917,0	5,2	7	5 677,3	3,6	10
Maladies infectieuses et parasitaires	755,2	2,3	268,8	0,8	188,3	1,9	1 212,3	1,6	12	2 121,3	1,3	15
Blessures ¹	5 925,6	17,7	1 833,7	5,7	1 753,0	17,9	9 512,3	12,6	4	12 737,1	8,0	5
Troubles mentaux	479,9	1,4	2 246,8	7,0	463,9	4,7	3 190,7	4,2	8	7 871,5	4,9	8
Maladies musculo-squelettiques	125,7	0,4	12 597,0	39,2	1 010,2	10,3	13 732,8	18,2	1	16 381,2	10,3	3
Maladies du système nerveux et des organes des sens	833,9	2,5	4 155,3	12,9	489,0	5,0	5 478,2	7,3	5	8 300,7	5,2	7
Affections périnatales	298,4	0,9	0	0,0	0	0,0	298,4	0,4	17	604,2	0,4	19
Grossesse	12,3	0,0	0	0,0	378,5	3,9	390,8	0,5	16	1 687,9	1,1	16
Maladies respiratoires	1 646,8	4,9	985,1	3,1	2 437,8	24,8	5 069,7	6,7	6	8 531,1	5,4	6
Maladies de la peau et maladies connexes	18,7	0,1	122,2	0,4	47,4	0,5	188,3	0,3	19	1 662,6	1,0	17
Soins aux bien-portants ²	0	0,0	1 821,9	5,7	553,0	5,6	2 374,9	3,1	9	4 998,2	3,1	12
Autres ³	0	0,0	683,8	2,1	0	0,0	683,8	0,9	14	3 905,3	2,4	11
Non attribuable ⁴	0	0,0	120,0	0,4	11,9	0,1	131,9	0,2	20	38 266,0	24,0	1
TOTAL	33 481,5	100,0	32 178,7	100,0	9 819,4	100,0	75 479,6	100,0		159 434,5	100,0	

1 Comprend un montant estimatif de 41,7 millions de dollars en dépenses des hôpitaux psychiatriques non attribuées aux troubles mentaux (voir Limites dans Coût des soins hospitaliers).

2 Dans la colonne Soins hospitaliers, comprend les services d'hématologie et la catégorie examens/autres de la base ACCS (Ambulatory Care Classification Data Set) (voir Limites dans Coût des soins hospitaliers). Dans la colonne Incapacité de longue durée, comprend les observations pour lesquelles la période d'incapacité n'a pu être attribuée à une maladie ou à un traumatisme particulier, par exemple une période d'incapacité liée à l'utilisation de services de santé (avoir des visites à domicile en période de convalescence) ou à un facteur influant sur l'état de santé général (alcoolisme/toxicomanie).

3 Comprend des données pour lesquelles aucun code diagnostique n'était fourni, ou des données groupées en raison de faibles nombres, plus précisément 1,2 milliard en coûts des soins hospitaliers (groupes cliniques de l'ACCS tels que « patients admis », « patients transférés », « réadaptation », « contact téléphonique », « non groupable », « décédé » ou « code manquant »); 2,0 milliards en coûts des soins médicaux rémunérés à l'acte des provinces/territoires; 89,9 millions en dépenses de recherche en santé (données des IRSC groupées en raison de faibles nombres, p. ex. recherche de base, services de santé, prestation de soins de santé et recherche sur la santé de la population); et 683,8 millions en coûts de l'incapacité de longue durée (comprend des faibles nombres liés aux catégories complications de la grossesse et affections périnatales).

4 Comprend des données qui ne pouvaient être réparties par code CIM-9, soit, plus précisément, 1,4 milliard en coûts des soins hospitaliers (inclut la recherche en sciences de la santé réalisée dans les hôpitaux de soins actifs pour malades hospitalisés); 3,1 milliards en coûts des médicaments (médicaments en vente libre et articles d'hygiène personnelle achetés dans des pharmacies de détail); 1,9 milliard en coûts des soins médicaux (soit la différence entre le coût total de 11,7 milliards selon le rapport TDNS et le coût de la rémunération à l'acte de 9,8 milliards déclaré par les provinces/territoires, qu'on considère comme le coût des régimes de rémunération non traditionnels); 8,0 milliards en coûts des soins dispensés dans d'autres établissements, p. ex. établissements pour bénéficiaires internes (personnes âgées), établissements pour bénéficiaires internes (alcoolisme/toxicomanie); 23,8 milliards en autres coûts directs relatifs à la santé (p. ex. 6,4 milliards pour les services dentaires, 2,3 milliards pour les soins de la vue, 1,5 milliard pour les soins à domicile et 33,2 millions pour la recherche en santé des IRSC); 120 millions en coûts de l'incapacité de longue durée (observations pour lesquelles l'incapacité n'était pas indiquée, plus précisément pour la population vivant en établissement); et 11,9 millions en coûts de l'incapacité de courte durée (observations pour lesquelles le type d'incapacité n'était pas précisé).

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Fardeau de la maladie par sexe et composante de coût⁵

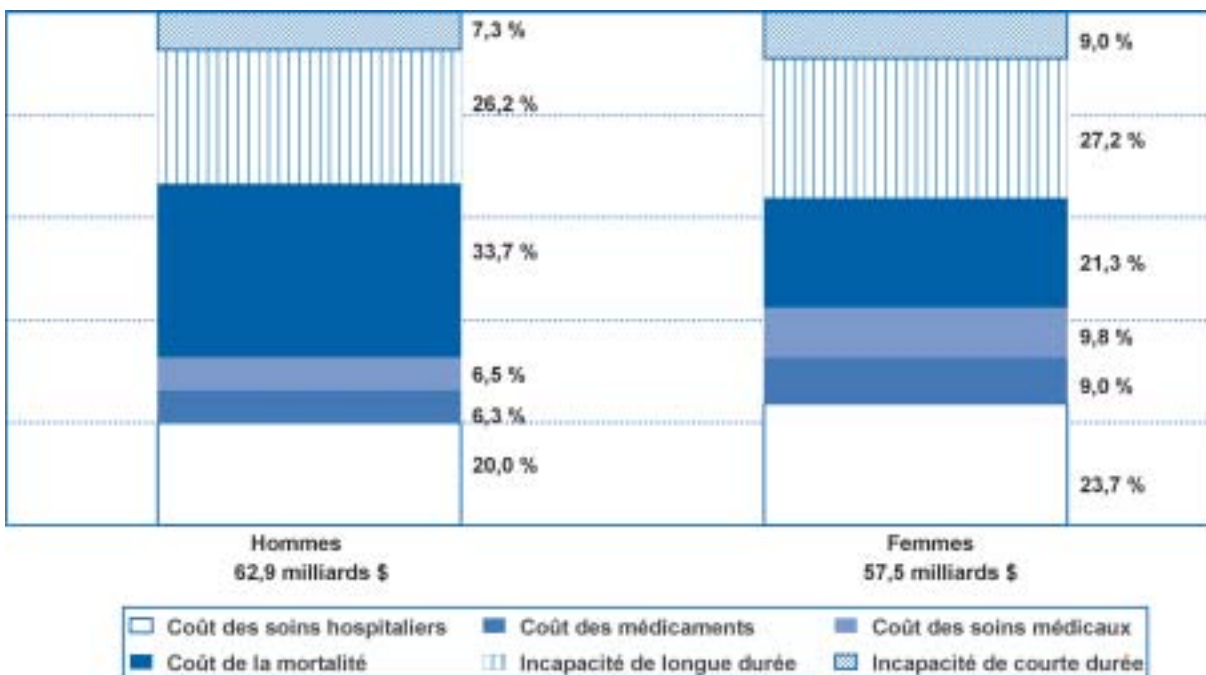
Soixante-quinze pour cent du coût total de la maladie (c.-à-d. 120 des 159,4 milliards) est distribué par sexe et composante de coût. La figure 1 présente la répartition des coûts directs et indirects selon le sexe et les diverses composantes de coût. Les coûts se répartissent assez également entre les hommes et les femmes (62,9 milliards et 57,5 milliards de dollars).

Par contre, la répartition hommes-femmes varie considérablement d'une composante de coût à l'autre. Selon les chiffres de la figure 1, les femmes représentent un peu moins de la moitié des coûts directs qui sont ventilés par sexe.

Le coût de la mortalité est près de deux fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes – 21,1 milliards contre 12,3 milliards.

Les taux plus élevés d'incapacité (aussi bien de longue durée que de courte durée) observés chez les femmes sont largement contrebalancés par les niveaux moins élevés, chez les femmes, des taux d'activité, du revenu et de la valeur du travail non rémunéré. Il en résulte que les coûts de l'incapacité de courte et de longue durée sont assez également répartis entre les hommes et les femmes⁶. Les coûts de l'incapacité de longue durée sont de 16,4 milliards pour les hommes et de 15,6 milliards pour les femmes, tandis que pour l'incapacité de courte durée, ils sont de 4,6 milliards pour les hommes et de 5,2 milliards pour les femmes.

Figure 1 : Fardeau de la maladie par sexe et composante de coût au Canada, 1998



Note : Le coût des soins dispensés dans d'autres établissements et les autres coûts directs ne sont pas inclus car ils ne sont pas disponibles par âge et/ou par sexe. Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

5 Les résultats pourraient être influencés par la structure par âge ou par sexe de la population.

6 Pour plus d'information, référer à la section Méthodes dans « Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée » et dans « Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée ».

Fardeau de la maladie par groupe d'âge et composante de coût

Soixante-dix-sept pour cent du coût total de la maladie (c.-à-d. 123 des 159,4 milliards) est distribué par groupe d'âge et composante de coût. Environ 71 % du fardeau de la maladie ventilé par groupe d'âge est imputable aux personnes de moins de 65 ans. Dans ce groupe, les personnes de 35 à 64 ans, qui formaient 39,2 % de la population en 1998, engendrent près de la moitié (59,1 milliards) de ce fardeau. Les personnes âgées (groupe des 65 ans et plus), qui formaient 12,7 % de la population en 1998, sont responsables d'environ 30 % (36,3 milliards) du fardeau classé par groupe d'âge.

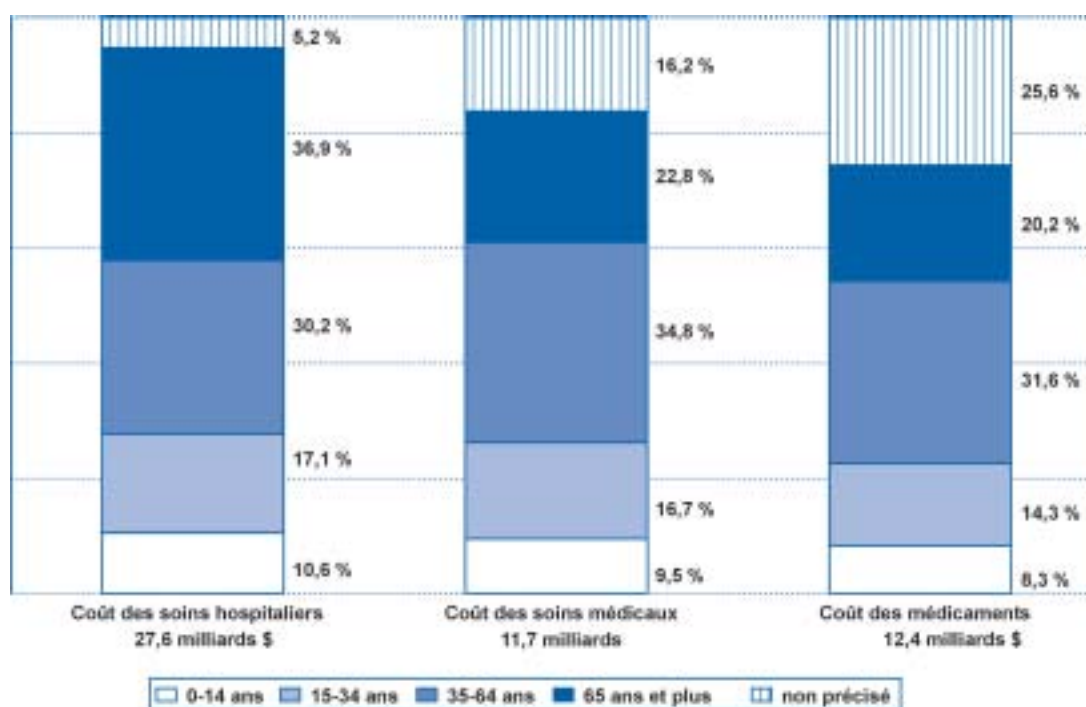
La figure 2 donne un aperçu des coûts directs par groupe d'âge. Le coût des soins hospitaliers est le plus élevé pour les personnes âgées de 65 ans et plus (10,2 milliards, 36,9 %). Le coût des médicaments et le coût des soins médicaux sont les plus élevés pour le groupe des 35 à 64 ans. Ce groupe engendre quelque 35 % du coût des soins médicaux et 32 % du coût des médicaments. Un peu plus de 20 % de

ces coûts directs sont imputables aux personnes âgées. Ce sont les enfants (de 0 à 14 ans) qui coûtent le moins cher au système de santé; en effet, environ 10 % (2,9 milliards pour les soins hospitaliers, 1 milliard pour les médicaments et 1,1 milliard pour les soins médicaux) des coûts directs qui ont été répartis par groupe d'âge leur ont été consacrés.

La figure 3 donne un aperçu des coûts indirects par groupe d'âge. La moitié (16,9 milliards) du coût de la mortalité prématurée est imputable au groupe des 35 à 64 ans. Les personnes âgées engendrent environ le tiers (11 milliards) du coût de la mortalité.

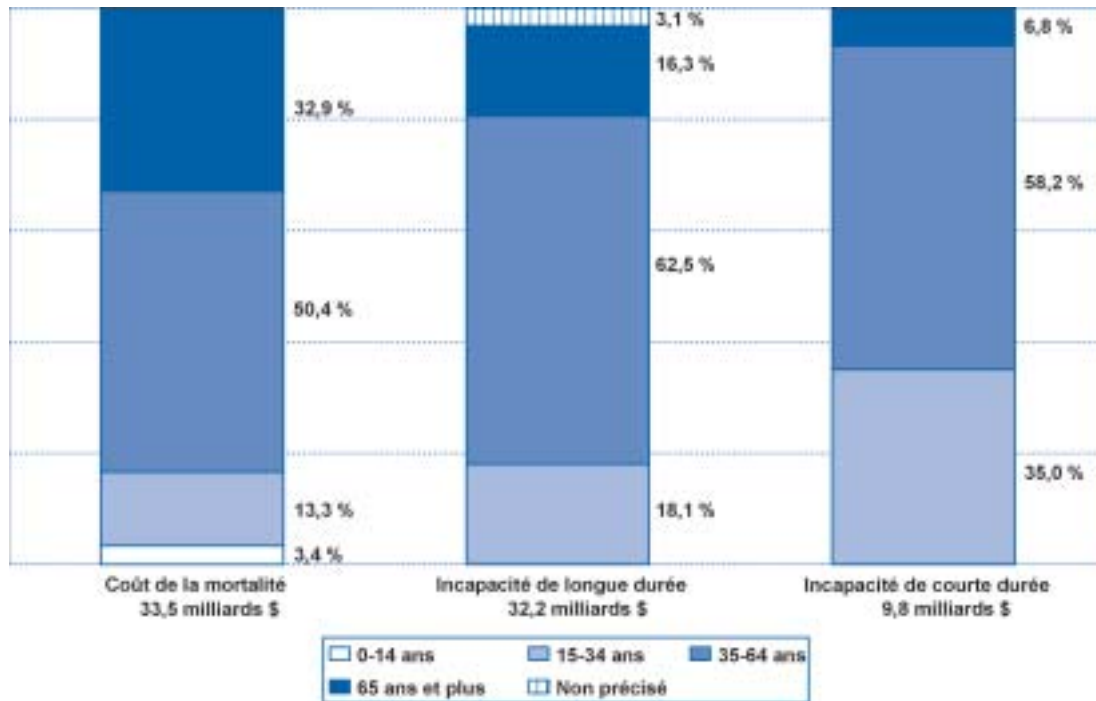
C'est le groupe des 35 à 64 ans qui occasionne les coûts les plus importants au titre de l'incapacité de longue durée (62,5 % ou 20,1 milliards), suivi des 15 à 34 ans (environ 18 % ou 5,8 milliards). Ces mêmes groupes d'âge sont aussi à l'origine des coûts les plus élevés au titre de l'incapacité de courte durée : environ 59 % (ou 5,7 milliards) et 35 % (ou 3,4 milliards) respectivement. Les personnes âgées

Figure 2 : Composantes de coûts directs par groupe d'âge au Canada, 1998



Note : Le coût des soins dispensés dans d'autres établissements et les autres coûts directs ne sont pas inclus car ils ne sont pas disponibles par âge et/ou par sexe. Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Figure 3 : Composantes de coûts indirects par groupe d'âge au Canada, 1998



Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

engendrent environ 16 % (5,2 milliards) des coûts de l'incapacité de longue durée, probablement en raison du nombre élevé de personnes âgées atteintes d'affections chroniques. Environ 7 % (666 millions) du coût de l'incapacité de courte durée est imputable à ce groupe, peut-être parce que beaucoup de personnes âgées déclarent des incapacités de longue durée et sont donc exclues des calculs du coût de l'incapacité de courte durée pour éviter un double compte.

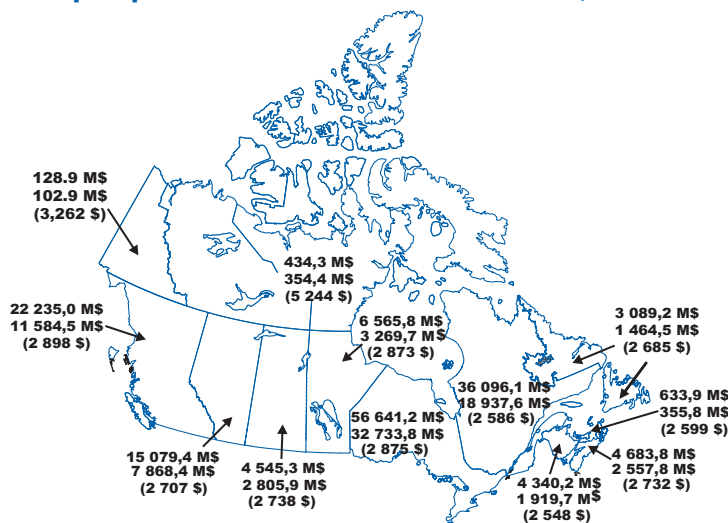
Même si des estimations de la prévalence de l'incapacité de courte et de longue durée chez les enfants sont fournies dans l'Enquête nationale sur la santé de la population, il n'a pas été possible d'attribuer des pertes de production à ce groupe d'âge en raison de l'absence d'estimations du travail et de la valeur de la production.

Fardeau de la maladie par province/territoire⁷

La carte 1 présente la répartition du fardeau économique de la maladie selon les provinces et territoires. L'Ontario (56,6 milliards), le Québec (36,1 milliards) et la Colombie-Britannique (22,2 milliards) engendrent environ 70 % du fardeau économique de la maladie au Canada en 1998. Les coûts directs par habitant, toutefois, sont assez uniformes dans l'ensemble des provinces et territoires, variant d'environ 2 500 \$ au Nouveau-Brunswick à 3 200 \$ au Yukon. Seuls les Territoires du Nord-Ouest se distinguent, avec des coûts directs par habitant de 5 244 \$.

Si l'on excepte les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon, où les coûts directs représentent une plus forte proportion du coût total que les coûts indirects, le coût de la maladie se répartit de façon relativement égale entre les coûts directs et les coûts indirects.

Carte 1 – Fardeau économique de la maladie par province/territoire au Canada, 1998



*Légende : Fardeau économique total de la maladie (M désigne millions de dollars)
Total des coûts directs (M désigne millions de dollars)
(Coût total par habitant)*

⁷ Les résultats du présent rapport se fondent sur les données de 1998, moment où le territoire du Nunavut n'avait pas encore été créé; la région Territoires du Nord-Ouest présentée ici inclut donc les deux territoires.

sous-catégorie de diagnostics, sexe, groupe d'âge et province/territoire.

- La répartition des durées de séjour selon la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier 1997-1998 de l'ICIS⁽⁶⁾ (profil sur un an des jours passés en hôpital psychiatrique pour les patients ayant reçu leur congé en 1997-1998) a été utilisée pour répartir les estimations pour 1998 du coût des soins dans les hôpitaux de soins psychiatriques par catégorie et sous-catégorie de diagnostics, sexe, groupe d'âge et province/territoire.
- La méthodologie de la pondération de la consommation des ressources (somme des cas pondérés totaux¹⁰) a été appliquée à l'échelle régionale aux estimations provinciales/territoriales tirées des données de l'EAH 1997-1998 et du rapport TDNS^(1,2).

Ces bases de données classent Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick en tant que région de l'Atlantique, et la Colombie-Britannique, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest en tant que région C.-B/Territoires. Des répartitions par catégorie de diagnostics et région tirées de ces bases de données⁽³⁻⁶⁾ ont été utilisées pour répartir les estimations provinciales/territoriales du coût des soins hospitaliers (selon les données de l'EAH et du rapport TDNS) pour chaque catégorie de services hospitaliers par catégorie de diagnostics et province/territoire. Il n'a pas été possible de faire une répartition par province/territoire des estimations du coût des soins dans les hôpitaux de soins actifs en salle d'urgence/autres soins en consultation externe, qui sont fondées sur des données de l'Alberta.

Hypothèses

EAH 1997-1998

- Les lits non déclarés ont les mêmes profils d'utilisation que les lits déclarés.
- Les coûts par lit dans les hôpitaux publics répondants reflètent les coûts dans les hôpitaux qui n'ont pas fourni une information financière complète.
- Les coûts par lit dans les hôpitaux publics répondants reflètent les coûts dans les hôpitaux privés à but lucratif et les hôpitaux fédéraux.
- Le rapport entre les lits déclarés et le nombre total de lits, qui représente principalement les lits de soins aux malades hospitalisés, peut servir à l'estimation du coût moyen par lit dans les établissements de soins d'urgence et d'autres soins en consultation externe.

Hôpitaux de soins actifs (malades hospitalisés)

- Les caractéristiques des hôpitaux de soins actifs tirées de l'EAH sont les mêmes que celles utilisées dans le calcul de la somme des cas pondérés totaux; on suppose que la majorité des coûts de fonctionnement des « hôpitaux généraux avec unités de soins de longue durée » et des « hôpitaux d'enseignement » sont consacrés aux soins actifs. Les répartitions par catégorie de diagnostics, groupe d'âge et sexe pour les soins de longue durée dans ces hôpitaux sont semblables à celles relatives aux soins actifs.

10 Méthodologie de l'ICIS d'attribution des ressources, en vue d'estimer les coûts spécifiques aux patients hospitalisés pour des soins de courte durée et des interventions d'un jour.

Hôpitaux de soins actifs (salle d'urgence/autres soins en consultation externe)

- Au moment où le présent travail a été amorcé, l'ACCS de l'Alberta était la seule source de données disponible permettant de déterminer la répartition du coût de la maladie et des blessures traités dans des services de soins ambulatoires; on a supposé que cette répartition représentait la répartition des soins ambulatoires dans le reste du Canada.
- La définition de l'ACCS des services de soins ambulatoires (salle d'urgence, chirurgie d'un jour, cliniques et contacts téléphoniques) correspond à la définition de l'EAH des soins en salle d'urgence/autres soins en consultation externe.
- Les regroupements de diagnostics de l'ACCS correspondent aux catégories de diagnostics décrites à l'annexe 1.

Hôpitaux pour malades chroniques/soins de réadaptation

- Les coûts des hôpitaux de ce type ne comprennent pas ceux des unités de soins de longue durée intégrées à d'autres établissements hospitaliers.
- La Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS indique les hospitalisations dans les hôpitaux généraux et spécialisés. Le profil sur un an des sorties dans les hôpitaux de soins actifs en 1997-1998 pour les séjours de 100 jours ou plus reflète la répartition des patients admis dans des hôpitaux pour malades chroniques/soins de réadaptation¹¹. Le profil des sorties dans les hôpitaux reflète la répartition des coûts.
- Le coût quotidien moyen dans les hôpitaux pour malades chroniques et de soins de réadaptation est semblable pour toutes les catégories de diagnostics et pour les soins

d'urgence/en consultation externe inclus dans les coûts de ces hôpitaux.

- Le profil de l'hospitalisation dans les hôpitaux publics (sur lesquels les statistiques de la morbidité hospitalière se fondent) reflète celui des hôpitaux privés à but lucratif et des hôpitaux fédéraux¹².

Hôpitaux psychiatriques

- Le profil sur un an de 1997-1998 des jours passés en hôpital psychiatrique pour les patients ayant reçu leur congé en 1997-1998 reflète la répartition des patients dans les hôpitaux psychiatriques. Environ 20 % des lits psychiatriques se trouvaient dans des hôpitaux spécialisés de soins psychiatriques de courte durée. Le profil sur un an du nombre de jours passés à l'hôpital selon la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier reflète la répartition des patients dans ces hôpitaux.
- Le profil des sorties dans les hôpitaux reflète la répartition des coûts.
- Le coût quotidien moyen par lit dans les hôpitaux psychiatriques est semblable pour toutes les catégories de diagnostics.

Limites

Généralité

- Le coût des soins hospitaliers est réparti entre les grandes catégories de diagnostics seulement. Les catégories de diagnostics secondaires ou d'autres catégories ayant pu contribuer à l'utilisation des hôpitaux ne sont pas incluses.

EAH 1997-1998

- L'EAH fournit périodiquement des statistiques sur l'ensemble des hôpitaux publics, fédéraux et privés à but lucratif en activité au Canada. L'EAH 1997-1998 de l'ICIS comprend de l'information financière

11 Cent jours est le critère pour le co-paiement d'assurance dans certaines provinces, et correspond à la durée de séjour moyenne dans les hôpitaux de soins de longue durée.

12 Moins de 10 % des lits des hôpitaux pour malades chroniques ou soins de réadaptation se trouvent dans des établissements fédéraux ou privés à but lucratif et la définition de « soins de longue durée », dans ce cas, n'est pas claire.

uniquement en provenance des hôpitaux publics répondants. Les hôpitaux privés à but lucratif et fédéraux, qui représentent 1,2 % des lits approuvés, déclarent diverses données relatives aux hôpitaux, mais ne sont pas tenus de fournir de l'information financière. Il existe par ailleurs une sous-déclaration de l'information financière dans le cas des hôpitaux publics; 89,6 % des lits approuvés dans les hôpitaux publics ont fait l'objet d'une déclaration.

- Aucun hôpital pour malades chroniques/soins de réadaptation n'a fait l'objet d'une déclaration pour Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest. Aucun hôpital psychiatrique n'a fait l'objet d'une déclaration pour l'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest.
- Aucune donnée sur les lits approuvés ou information financière n'a été déclarée en Saskatchewan pour les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux pour malades chroniques/soins de réadaptation, ni en Colombie-Britannique pour les hôpitaux psychiatriques.
- Le Québec n'a pas fourni d'information financière sur les médecins hospitaliers.

Hôpitaux de soins actifs (malades hospitalisés)

- La somme des cas pondérés totaux est obtenue de la Base de données sur les congés des patients 1997-1998 de l'ICIS (couverture globale d'environ 80 % – couverture de 100 % pour toutes les provinces/territoires sauf le Manitoba et le Québec) et de la Base de données sur la morbidité hospitalière (pour le Manitoba et le Québec seulement).
- Les catégories de services hospitaliers ne recouvrent pas toujours une gamme homogène de soins (par ex. les hôpitaux n'offrant pas d'enseignement et dotés d'unités de soins de longue durée fournissent à la fois des soins actifs et des soins de longue durée). Ainsi, il est possible que les hôpitaux servant

de base au calcul de la somme des cas pondérés totaux diffèrent de ceux qui sont compris dans la catégorie des hôpitaux de soins actifs (malades hospitalisés).

- Certains lits dans les hôpitaux de soins actifs peuvent être attribués aux soins de longue durée, mais la somme des cas pondérés totaux reflète seulement les soins actifs dispensés dans ces hôpitaux.
- La somme des cas pondérés n'est pas rajustée en fonction des variations provinciales du coût des traitements particuliers.
- Les lignes directrices sur la confidentialité et la protection des renseignements personnels visant la Base de données sur la morbidité hospitalière et la Base de données sur les congés des patients, notamment pour les provinces de l'Atlantique et les territoires, ont pour effet de limiter l'utilisation de ces données à l'échelle provinciale/territoriale.

Hôpitaux de soins actifs (salle d'urgence/ autres soins en consultation externe)

- En Alberta, les données de l'ACCS sont limitées aux hôpitaux de soins actifs et à un centre de réadaptation et, par conséquent, excluent les organisations provinciales du Mental Health Board et du Cancer Board qui ne soumettent pas de données pour l'ACCS, ainsi que les cliniques privées situées à l'extérieur d'établissements de soins actifs (c.-à-d. celles offrant des services de réadaptation ou de diagnostic).
- Les regroupements de diagnostics de l'ACCS ne correspondent pas toujours aux catégories de diagnostics de la CIM-9. Par exemple, les services d'hématologie, qui ont été attribués aux soins aux bien-portants, devraient idéalement être attribués à des catégories de diagnostics particulières. Les services neurologiques associés aux maladies du système nerveux et des organes des sens, peuvent être destinés au traitement de tumeurs cérébrales, d'accidents vasculaires cérébraux ou d'autres maladies. Voir l'annexe 2 pour plus d'information sur l'ACCS.

- L'ACCS n'inclut pas la partie des services correspondant à la rémunération des médecins, qu'ils soient rémunérés à l'acte ou salariés. Les médecins représentent environ 2,5 % du coût total des hôpitaux de soins actifs en salle d'urgence/autres soins en consultation externe.
- Un établissement de réadaptation est inclus dans les totaux de l'Alberta relatifs au coût des soins actifs en consultation externe. Cela pourrait introduire un biais dans les estimations.

Hôpitaux pour malades chroniques/soins de réadaptation

- Le profil sur un an des sorties dans les hôpitaux de soins actifs en 1997-1998 pour les patients qui restent 100 jours ou plus dans ces hôpitaux a été utilisé comme profil dans le cas des patients des hôpitaux pour malades chroniques/soins de réadaptation. On ne dispose pas d'information sur la répartition de la maladie et des blessures pour cette catégorie de soins hospitaliers.
- La répartition des patients dans les données sur les sorties, qui représente le nombre de décès et de congés durant l'année de déclaration, peut ne pas représenter fidèlement les répartitions des coûts pour les patients traités dans ces établissements durant l'année.

Hôpitaux psychiatriques

- La répartition des patients dans les données sur les sorties peut ne pas représenter fidèlement la répartition des coûts pour les patients traités dans ces établissements durant l'année.
- La Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier précise des codes de diagnostics pour les troubles mentaux seulement; tous les autres diagnostics reçoivent le code 999, « Complications dues à des soins médicaux, non classées ailleurs ».

Par conséquent, 41,7 millions de dollars (3,8 % du coût des soins hospitaliers psychiatriques) sont attribués par défaut à la catégorie Lésions traumatiques et empoisonnements (CIM-9 800-999).

- Les lignes directrices sur la confidentialité et la protection des renseignements personnels visant la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, notamment pour les provinces de l'Atlantique et les territoires, ont pour effet de limiter l'utilisation de ces données à l'échelle provinciale.

Résultats

Selon le rapport TDNS⁽¹⁾, 27,6 milliards de dollars ont été consacrés aux soins hospitaliers à l'échelle nationale en 1998. Selon les estimations, environ 25,4 milliards (92,0 %), 1,1 milliard (4,0 %) et 1,1 milliard (4,0 %) ont été dépensés dans les hôpitaux de soins actifs, les hôpitaux pour malades chroniques/soins de réadaptation et les hôpitaux psychiatriques, respectivement. Dans le cas des hôpitaux de soins actifs, les soins aux malades hospitalisés et les soins en consultation externe engendrent des coûts de 17,1 milliards et de 8,3 milliards, respectivement. Les médicaments et les soins médicaux dispensés en hôpital accaparent 983 millions et 722 millions du coût total des soins hospitaliers.

Répartition par catégorie/sous-catégorie de diagnostics

Un montant de 25,1 milliards de dollars du coût total des soins hospitaliers de 27,6 milliards a été ventilé par catégorie de diagnostics. Comme il est indiqué au tableau 3, les 2,5 milliards qui restent au titre des autres coûts des soins hospitaliers, par exemple les coûts de la recherche en sciences de la santé réalisée dans des hôpitaux ou de certains groupements de données (patients admis, patients transférés, réadaptation, etc.) n'ont pas pu être répartis par catégorie de diagnostics.

Tableau 3
**Coût des soins hospitaliers par catégorie de
diagnostics au Canada, 1998**

Catégorie de diagnostics	Coût en 1998 (millions)	% du Total
Anomalies congénitales	130,5	0,5
Maladies du sang	110,9	0,4
Cancer	1 838,7	6,7
Maladies cardio-vasculaires	4 161,8	15,1
Maladies de l'appareil digestif	2 366,3	8,6
Maladies endocriniennes et connexes	477,0	1,7
Maladies génito-urinaires	1 765,8	6,4
États morbides mal définis	674,9	2,4
Maladies infectieuses et parasitaires	284,8	1,0
Blessures ¹	2 477,4	9,0
Troubles mentaux	2 682,7	9,7
Maladies musculo-squelettiques	1 441,6	5,2
Maladies du système nerveux et des organes des sens	1 425,6	5,2
Affections périnatales	262,6	1,0
Grossesse	1 079,3	3,9
Maladies respiratoires	1 560,6	5,6
Maladies de la peau et maladies connexes	723,5	2,6
Soins aux bien-portants ²	1 662,9	6,0
Autres ³	1 158,1	4,1
Non attribuable ⁴	1 353,4	4,9
Total	27 638,4	100,0

1 Comprend un montant estimatif de 41,7 millions de dollars (3,8 %) des dépenses des hôpitaux psychiatriques non attribuées aux troubles mentaux (voir Limites).

2 Comprend les services d'hématologie et la catégorie examens/autres de la base ACCS (voir Limites).

3 Comprend des données pour lesquelles aucun code diagnostique n'était fourni, ou des données groupées en raison de faibles nombres. Plus précisément, cela comprend les groupes cliniques suivants de l'ACCS : « patients admis », « patients transférés », « réadaptation », « contact téléphonique », « non groupable », « décédé » et « code manquant ».

4 Comprend des données qui ne pouvaient être réparties par code CIM-9. Plus précisément, cela comprend la recherche en sciences de la santé réalisée dans les hôpitaux de soins actifs pour malades hospitalisés.

Note : *Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.*

Le tableau 3 présente la répartition du coût des soins hospitaliers par catégorie de diagnostics. Les trois premières catégories de diagnostics – maladies cardio-vasculaires (4,2 milliards), troubles mentaux (2,7 milliards) et blessures¹³ (2,5 milliards) – représentent environ le tiers du coût total des soins hospitaliers.

Tous les coûts des soins hospitaliers, sauf ceux des soins dispensés en consultation externe dans les hôpitaux de soins actifs peuvent être attribués aux sous-catégories de diagnostics (19,3 millions, 70 %). Le tableau 4 présente la contribution de certaines maladies aux six catégories de diagnostics affichant les coûts les plus élevés. Les cardiopathies ischémiques (1,3 milliard) et les accidents vasculaires cérébraux (714 millions) représentent près de la moitié du coût des soins hospitaliers attribuable aux maladies cardio-vasculaires. La schizophrénie (656 millions) représente environ le quart du coût attribuable aux troubles mentaux. Le cancer du poumon (228 millions, 13,1 %) et le cancer colorectal (216 millions) représentent le quart du coût des soins hospitaliers attribuable au cancer. La pneumonie et la grippe (386 millions) et les MPOC excluant l'asthme (345 millions) engendrent plus de 45 % du coût des maladies respiratoires. L'arthrite (458 millions) représente environ un tiers du coût des soins hospitaliers attribuable aux maladies musculo-squelettiques, alors que le diabète (\$204 million) représente plus de 40 % du coût associé aux maladies endocriniennes et connexes.

13 Les blessures demeureraient globalement la troisième catégorie en importance de coût des hôpitaux (2,4 milliards) même si les 41,1 millions attribués aux blessures/autres coûts par les hôpitaux psychiatriques étaient soustraits du coût total des blessures.

Tableau 4

Coût des soins hospitaliers pour certaines catégories/sous-catégories de diagnostics au Canada, 1998

Catégorie/sous-catégorie de diagnostics	Coût en 1998 (millions)	% du total de la catégorie	% du total
Anomalies congénitales			
Anomalies cardio-vasculaires congénitales	48,5	37,2	0,2
Autres sous-catégories ¹	82,0	62,8	0,3
Non attribuable (soins actifs en consultation externe) ²	0,0	0,0	0,0
Total de la catégorie	130,5	100,0	
Cancer			
Cancer du sein	84,8	4,6	0,3
Cancer colorectal	216,3	11,8	0,8
Cancer du poumon	227,5	12,4	0,8
Cancer de la prostate	77,4	4,2	0,3
Autres sous-catégories ¹	1 124,4	61,1	4,1
Non attribuable (soins actifs en consultation externe) ²	108,3	5,9	0,4
Total de la catégorie	1 838,7	100,0	
Maladies cardio-vasculaires			
Anévrisme de l'aorte	103,2	2,5	0,4
Maladies vasculaires cérébrales (sauf accidents vasculaires cérébraux)	158,8	3,8	0,6
Cardiopathies ischémiques	1 274,8	30,6	4,6
Accidents vasculaires cérébraux	714,4	17,2	2,6
Autres sous-catégories ¹	1 306,8	31,4	4,7
Non attribuable (soins actifs en consultation externe) ²	603,8	14,5	2,2
Total de la catégorie	4 161,8	100,0	
Maladies endocriniennes et connexes			
Diabète	203,5	42,7	0,7
Autres sous-catégories ¹	153,3	32,1	0,6
Non attribuable (soins actifs en consultation externe) ²	120,2	25,2	0,4
Total de la catégorie	477,0	100,0	
Blessures			
Empoisonnement	57,7	2,3	0,2
Autres sous-catégories ¹	1 681,6	67,9	6,1
Non attribuable (soins actifs en consultation externe) ²	738,1	29,8	2,7
Total de la catégorie	2 477,4	100,0	
Troubles mentaux			
Troubles dépressifs	96,9	3,6	0,4
Schizophrénie	656,3	24,5	2,4
Autres sous-catégories ¹	1 740,0	64,9	6,3

Catégorie/sous-catégorie de diagnostics	Coût en 1998 (millions)	% du total de la catégorie	% du total
Non attribuable (soins actifs en consultation externe) ²	189,5	7,1	0,7
Total de la catégorie	2 682,7	100,0	
Maladies musculo-squelettiques			
Arthrite	457,5	31,7	1,7
Autres sous-catégories ¹	459,0	31,9	1,7
Non attribuable (soins actifs en consultation externe) ²	525,1	36,4	1,9
Total de la catégorie	1 441,6	100,0	
Maladies du système nerveux et des organes des sens			
Maladie d'Alzheimer	68,3	4,8	0,2
Autres sous-catégories ¹	386,0	27,1	1,4
Non attribuable (soins actifs en consultation externe) ²	971,3	68,1	3,5
Total de la catégorie	1 425,6	100,0	
Affections périnatales			
Croissance foetale retardée/malnutrition du fœtus	162,4	61,8	0,6
Autres sous-catégories ¹	100,2	38,2	0,4
Non attribuable (soins actifs en consultation externe) ²	0,0	0,0	0,0
Total de la catégorie	262,6	100,0	
Maladies respiratoires			
Infections aiguës des voies respiratoires	83,4	5,3	0,3
Asthme	101,8	6,5	0,4
MPOC (autres que l'asthme)	344,5	22,1	1,2
Pneumonie et grippe	386,1	24,7	1,4
Autres sous-catégories ¹	273,7	17,5	1,0
Non attribuable (soins actifs en consultation externe) ²	371,1	23,8	1,3
Total de la catégorie	1 560,6	100,0	
Toutes les autres catégories de diagnostics	8 668,4	31,4	
Autres	1 158,1	4,2	
Non attribuable	1 353,4	4,9	
Total	27 638,4	100,0	

¹ Toutes les autres sous-catégories de diagnostics.

² Le coût des soins hospitaliers pour les soins en consultation externe dans les hôpitaux de soins actifs n'a pas été réparti par sous-catégorie diagnostique. Le reste du coût des soins hospitaliers (soins aux malades hospitalisés dans les hôpitaux de soins actifs, hôpitaux psychiatriques et hôpitaux de soins prolongés) a été réparti par catégorie diagnostique (19,3 milliards de dollars, 70,0% du coût total).

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Répartition par sexe

La totalité du coût des soins hospitaliers a été répartie par sexe. Les femmes accaparent presque la moitié (\$13,7 milliards) du coût total des soins hospitaliers. Les maladies cardio-vasculaires, les troubles mentaux, les blessures et les maladies de l'appareil digestif étaient les quatre catégories de diagnostics les plus onéreuses pour les deux sexes combinés. La répartition du coût des soins hospitaliers entre les deux sexes dans les diverses catégories (figure 4) et sous-catégories de diagnostics varie considérablement. Par exemple, plus de 55 % (\$2,3 milliards) du coût des maladies cardio-vasculaires est imputable aux hommes; 60 % (\$1,1 milliards) du coût des maladies génito-urinaires est attribuable aux femmes; 65 % du coût des cardiopathies ischémiques (820 millions) et approximativement 60 % du coût de la schizophrénie (392 millions) sont imputables aux

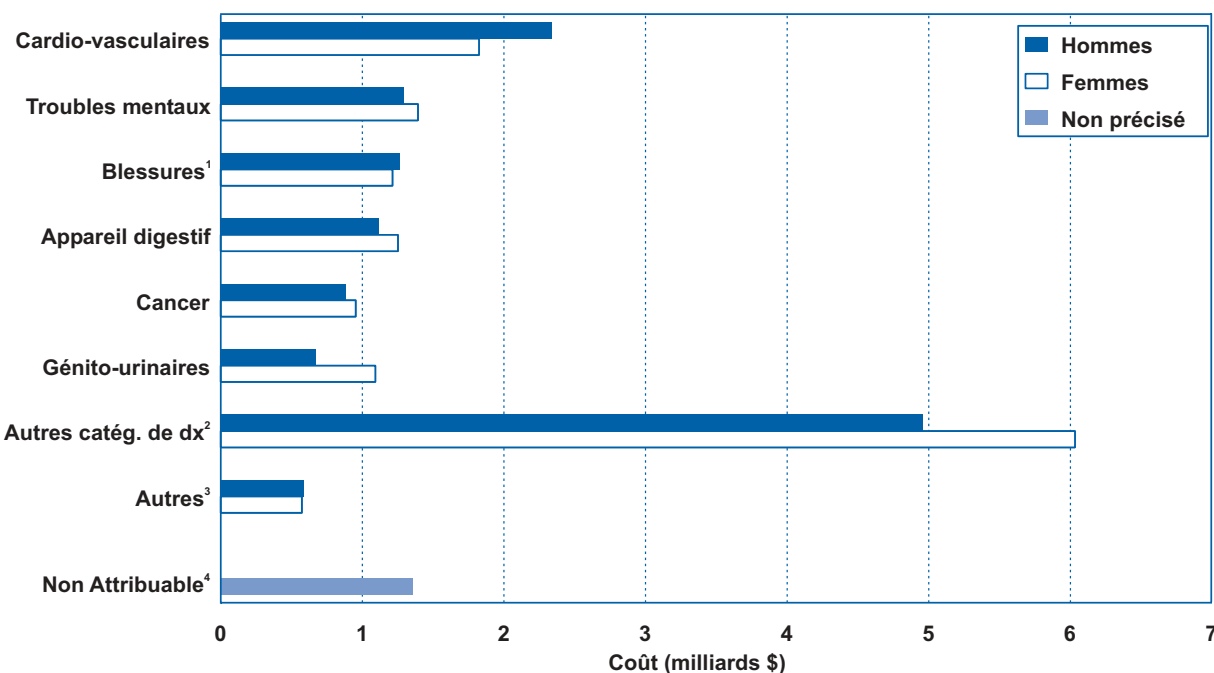
hommes; les femmes sont à l'origine d'environ 61 % du coût de l'arthrite (278 millions).

Répartition par groupe d'âge

La quasi-totalité du coût des soins hospitaliers a été répartie par groupe d'âge. Les personnes âgées (65 ans et plus) et le groupe des 35 à 64 ans sont à l'origine de plus de 70 % du coût des soins hospitaliers. Les parts respectives de ces groupes sont de 10,2 milliards et de 8,3 milliards. Le groupe d'âge n'était pas précisé pour 5 % (1,4 milliard) du coût des soins hospitaliers.

Les soins aux bien-portants (448 millions) et les maladies du système nerveux (348 millions) sont les principales catégories contribuant au coût des soins hospitaliers pour les enfants (0 à 14 ans); la grossesse (882 millions) et les troubles mentaux (744 millions) sont les catégories les plus onéreuses pour le groupe des 15 à 34 ans; pour le groupe des

Figure 4 : Coût des soins hospitaliers par catégorie de diagnostics et sexe au Canada*, 1998



* Basé sur un coût total des soins hospitaliers de 27,6 milliards de dollars.

1 La catégorie "Blessures" comprend un montant estimatif de 41,7 millions en dépenses des hôpitaux psychiatriques non attribuées aux troubles mentaux (voir Limites).

2 Désigne l'ensemble des autres catégories de diagnostics.

3 Comprend des données pour lesquelles aucun code de diagnostics n'était fourni, ou des données groupées en raison de faibles nombres. Pour plus de détails, voir la troisième note du tableau 2.

4 Comprend des données qui ne peut être réparties par code CIM-9. Pour plus de détails, voir la quatrième note, du tableau 2.

adultes de 35 à 64 ans, les maladies cardio-vasculaires (1,3 milliard) et les troubles mentaux (1,1 milliard) sont les principales catégories; et pour les personnes âgées (65 ans et plus), les maladies cardio-vasculaires (2,7 milliards) et le cancer (971 millions) viennent en tête du classement.

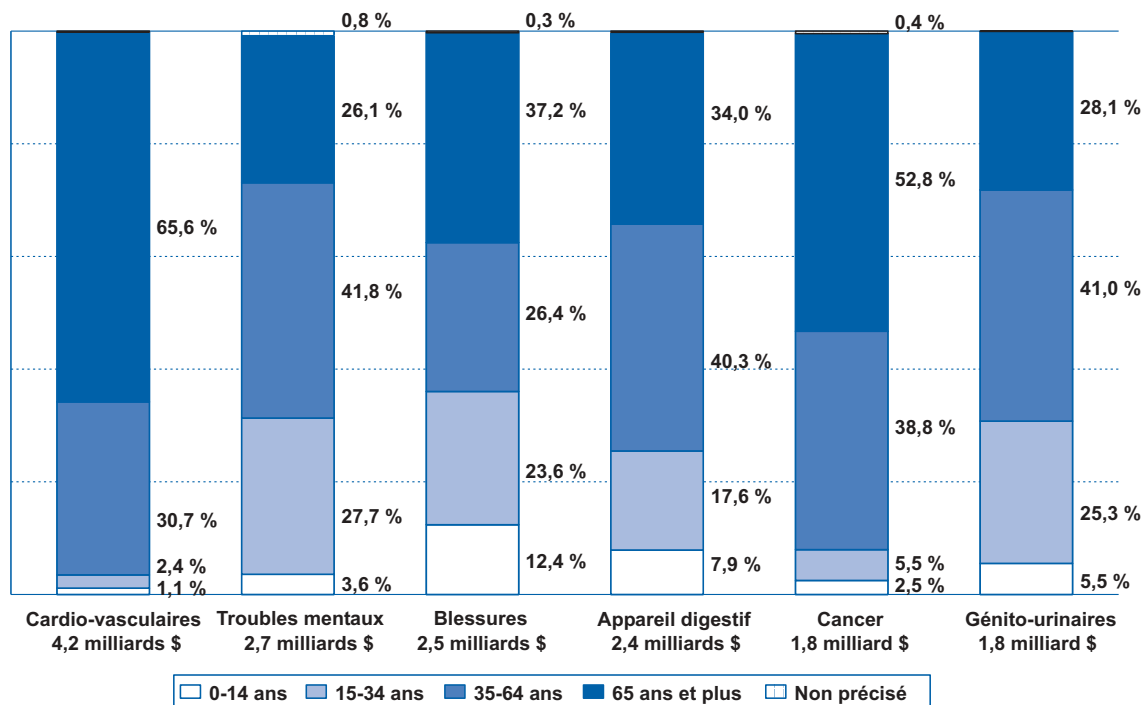
Les six catégories et sous-catégories de diagnostics les plus onéreuses, pour les adultes de 35 à 64 ans sont à l'origine de plus de 40 % du coût des soins hospitaliers dans le cas des troubles mentaux (1,1 milliard), des maladies de l'appareil digestif (967 millions) et des maladies génito-urinaires (738 millions), tandis que les deux tiers du coût attribuable aux maladies cardio-vasculaires (2,8 milliards) et la moitié du coût attribuable au cancer (950 millions) sont imputables aux personnes âgées (figure 5). De même, les personnes âgées accaparent une proportion considérable du coût des soins hospitaliers attribuable aux cardiopathies ischémiques (739 millions, 58,0 %),

aux accidents vasculaires cérébraux (573 millions, 80,3 %), aux MPOC excluant l'asthme (201 millions, 81,7 %), à la pneumonie et à la grippe (265 millions, 68,6 %) et à l'arthrite (320 millions, 70,2 %). Le coût des soins hospitaliers attribuable à la schizophrénie (346 millions, 52,8 %) est le plus élevé pour le groupe des adultes de 35 à 64 ans.

Répartition par province/territoire

La carte 2 présente la répartition du coût des soins hospitaliers selon les provinces et territoires. La répartition inclut les soins actifs dispensés aux malades hospitalisés, les soins pour malades chroniques/soins de réadaptation et les soins psychiatriques. L'Ontario (10,1 milliards, 36,5 %), le Québec (7,3 milliards, 26,3 %) et la Colombie-Britannique (3,6 milliards, 12,9 %) accaparent 76 % du coût total des soins hospitaliers. À l'exception des Territoires du Nord-Ouest, cependant, le coût par habitant est assez semblable

Figure 5 : Coût des soins hospitaliers pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés, par groupe d'âge, au Canada, 1998



Note : Les groupes d'âge responsables de moins de 0,3 % du coût dans une catégorie de diagnostics ne sont pas indiqués. Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

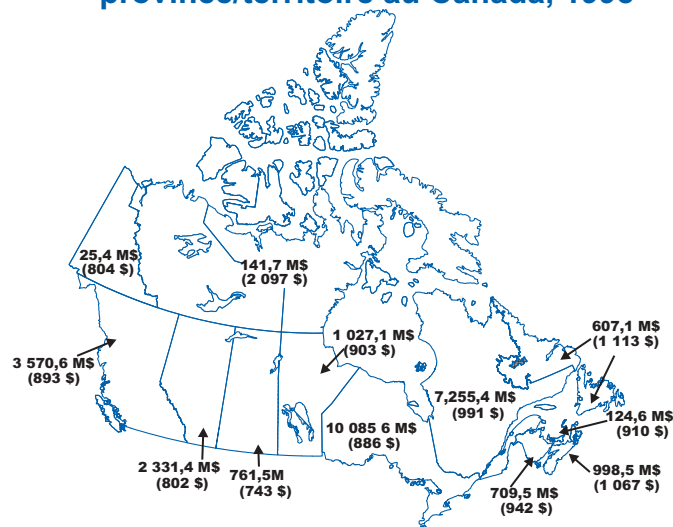
entre les provinces/territoires (variant de 743 \$ à 1 113 \$), la moyenne étant de 935 \$ pour l'ensemble des provinces/territoires.

Points à souligner

Les comparaisons directes entre les répartitions de 1993 et de 1998 du coût des soins hospitaliers par catégorie et sous-catégorie de diagnostics, âge, sexe et province/territoire ne sont pas conseillées. En 1993, la répartition par catégorie de diagnostics du coût des soins actifs dispensés en consultation externe (qui n'était pas disponible) était semblable à celle des soins aux malades hospitalisés. Dans le rapport de 1993, le coût des médicaments dispensés à l'hôpital a été exclu. Dans le rapport de 1998, la base de données ACCS de l'Alberta pour répartir le coût des soins actifs dispensés en consultation externe entre les catégories de diagnostics a été utilisée et le coût des médicaments distribués à l'hôpital y est inclus.

Les tentatives en vue d'utiliser la base de données sur les maladies chroniques de l'Ontario pour améliorer les estimations du coût des soins dans les hôpitaux pour malades chroniques selon les diverses catégories de maladies et de blessures ont été infructueuses en raison de la difficulté de déterminer le diagnostic primaire dans les cas de co-morbidité.

Carte 2 – Coût des soins hospitaliers par province/territoire au Canada, 1998



Légende : Coût total (M désigne millions de dollars)
(Coût par habitant)

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé (2000). *Tendances des dépenses nationales de santé (NHEX), 1975-2000*.
2. Institut canadien d'information sur la santé. *Rapport annuel des établissements de santé, 1997/98* [tableaux non-publiés]
3. Institut canadien d'information sur la santé (1997/98). *Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)* [tableaux non-publiés]
4. Institut canadien d'information sur la santé (1997/98). *Base de données sur les congés des patients (DAD)* [tableaux non-publiés]
5. Alberta Health and Wellness (1997/98). *Ambulatory Care Classification System Database, ACCS* [tableaux non-publiés]
6. Institut canadien d'information sur la santé (1997/98). *Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH)* [tableaux non-publiés]

Coût des médicaments

Méthodes

Le coût total des médicaments à l'échelle nationale pour 1998 est tiré du rapport *Tendances des dépenses nationales de santé (TDNS) 1975-2000* de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)⁽¹⁾. Sont incluses les dépenses publiques et privées en médicaments de prescription et produits non prescrits. Les médicaments dispensés dans les hôpitaux et autres établissements sont inclus dans les chapitres traitant du coût des soins hospitaliers et du coût des soins dispensés dans d'autres établissements¹⁴ (voir l'annexe 2 pour des détails additionnels sur les éléments inclus dans ce total).

Le coût des médicaments de prescription ont été ventilés par catégorie et sous-catégorie de diagnostics, sexe, groupe d'âge et province/territoire. Il a été impossible, cependant, de répartir le coût des médicaments non prescrits entre les catégories de diagnostics, car de nombreux médicaments en vente libre et articles d'hygiène personnelle peuvent facilement être attribués à plus d'une catégorie¹⁵.

Les répartitions fournies par IMS Health ont permis de répartir le coût total des médicaments de prescription pour 1998 par catégorie et sous-catégorie de diagnostics, sexe, groupe d'âge et province/territoire. Ces répartitions d'IMS Health se fondent sur les sources suivantes : Vérification des achats des hôpitaux et des pharmacies du Canada (CDH)⁽²⁾, Index canadien des maladies et des traitements (ICMT)⁽³⁾ et Vérification de CompuScript Canada (CS)⁽⁴⁾.

Les données CDH permettent d'estimer la valeur, en dollars, des produits pharmaceutiques et de diagnostics achetés par les pharmacies de détail

selon la catégorie thérapeutique, tandis que les données de l'ICMT fournissent de l'information sur les traitements, obtenue auprès des médecins canadiens exerçant en cabinet, classée par type de pharmacothérapie (dans les deux cas, une répartition est faite par catégorie et sous-catégorie de diagnostics, sexe et groupe d'âge). Les données CS de IMS Health font le suivi des produits de prescription à mesure qu'ils sont délivrés par les pharmaciens aux consommateurs par le biais des pharmacies de détail (pharmacies indépendantes ou succursales) dotées de systèmes informatisés¹⁶.

Les répartitions provinciales/territoriales par catégorie de diagnostics ont été déduites des répartitions régionales fournies par IMS Health (C.-B., Prairies, Ontario, Québec et Atlantique). Comme aucune information n'était disponible pour les territoires, la répartition de la Colombie-Britannique a été utilisée pour le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest. Les répartitions par catégorie de diagnostics ainsi établies ont ensuite été appliquées aux estimations provinciales/territoriales du coût des médicaments de prescription fournies dans le rapport TDNS.

Hypothèses

- Le coût des médicaments à l'échelle nationale en 1998 inclut tous les médicaments vendus dans les pharmacies de détail.
- La répartition du coût des médicaments par catégorie et sous-catégorie de diagnostics, groupe d'âge, sexe et région d'après les vérifications d'IMS Health reflète la répartition du coût des médicaments au Canada.

14 Ces coûts pourraient, toutefois, être extraits et ajoutés aux totaux du présent chapitre – voir la section « Résultats » pour plus de détails.

15 Les médicaments non prescrits comprennent les médicaments en vente libre et les articles d'hygiène personnelle achetés dans des pharmacies de détail (voir la liste à l'annexe 3).

16 En général, les vérifications d'IMS Health incluent les médicaments de prescription utilisés dans les hôpitaux ou achetés dans des pharmacies de détail indépendantes ou succursales de chaînes effectuant un suivi informatisé des ventes (le paiement peut provenir de régimes provinciaux, d'un autre tiers-payant ou directement du patient), et certains médicaments vendus sans ordonnance s'ils ont été prescrits par un médecin et si l'ordonnance a été exécutée par un pharmacien dans une pharmacie de détail. Sont exclus les produits vendus sans ordonnance dans les magasins de détail autres que des pharmacies; les médicaments de prescription fournis par des médecins qui délivrent des médicaments; les médicaments prescrits par des centres ou des cliniques spécialisées (par ex. de traitement du cancer, de planification familiale) à l'extérieur de l'hôpital; les médicaments prescrits dans d'autres établissements (ils sont inclus dans la section « Coût des soins dispensés dans d'autres établissements »).

- La répartition du coût des médicaments en Colombie-Britannique est supposée être représentative des populations des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon.
- Pour chaque catégorie de diagnostics, la répartition des médicaments appartenant à la même classe thérapeutique est semblable à la répartition globale des médicaments prescrits par les médecins exerçant en cabinet, sur laquelle se fondent les répartitions de l'ICMT⁽³⁾. Bien que les médicaments puissent varier, les classes thérapeutiques de médicaments sont assez vastes.

Limites

- Le coût des médicaments de prescription est réparti entre les grandes catégories de diagnostics seulement. Les catégories de diagnostics secondaires ou d'autres catégories ayant pu contribuer à la prescription de médicaments ne sont pas incluses dans les résultats.
- Les données d'IMS Health estiment la consommation globale de médicaments en projetant sur la population canadienne l'utilisation observée à partir de données d'échantillonnage recueillies auprès de panels prédéfinis. Aussi, le coût des médicaments dans certaines catégories ou sous-catégories peut être sous-estimé et les répartitions peuvent ne pas refléter fidèlement les profils de consommation à la base des estimations du rapport TDNS.
- Les données de l'ICMT⁽³⁾, obtenues au cours de consultations médicales, n'indiquent pas si oui ou non l'ordonnance est réellement exécutée. Les données CDH⁽²⁾ reflètent les prix réellement payés par les pharmacies, peu importe si les achats ont été faits directement auprès des fabricants ou par l'entremise de grossistes. Ces prix pourraient subir l'effet de majorations appliquées aux volumes qui transitent par les grossistes, ou de rabais pour règlement rapide offerts par les grossistes ou les fabricants. Les données CS⁽⁴⁾, qui estiment les coûts directs pour le consommateur, se limitent aux médicaments de prescription et aux produits vendus sans ordonnance prescrits par un médecin et dispensés par un pharmacien.
- Les données CDH⁽²⁾ ne relèvent pas tous les achats de médicaments. Par exemple, les médicaments achetés dans des épiceries et des cliniques spécialisées (par ex. centres de planification familiale et centres anti-cancéreux) ou par le biais de comptes des Forces armées ne seront pas inclus. Il se pourrait, par conséquent, que le coût soit sous-estimé pour certaines catégories et sous-catégories de diagnostics importantes (par ex. cancer, traitement du sida). Les données du rapport TDNS, toutefois, incluent ces coûts.
- La répartition du coût des médicaments en Colombie-Britannique a servi à imputer les valeurs pour les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon. Cela pourrait introduire un biais dans les résultats, car les chiffres de la Colombie-Britannique ne sont peut-être pas représentatifs de la population des T.N.-O. et du Yukon.

Résultats

Les données du rapport TDNS indiquent que 12,4 milliards de dollars ont été dépensés en médicaments au Canada en 1998, soit 9,3 milliards pour des médicaments de prescription et 3,1 milliards pour des médicaments non prescrits délivrés dans des pharmacies de détail (voir l'annexe 3)⁽¹⁾. Ces chiffres ne comprennent pas le coût des médicaments dispensés à l'hôpital (tranche de 983 millions de dollars du coût total des soins hospitaliers). Ce coût est traité dans le chapitre Coût des soins hospitaliers du présent rapport.

Répartition par catégorie/sous-catégorie de diagnostics

Seul le coût des médicaments de prescription (9,3 milliards) a été réparti entre les catégories et les sous-catégories de diagnostics. Le tableau 5 présente la répartition par catégorie de diagnostics. Les trois catégories de diagnostics les plus coûteuses – maladies cardio-vasculaires (1,8 milliard, 19,0 %), maladies respiratoires (1,1 milliard, 11,9 %) et

troubles mentaux (1,1 milliard, 11,7 %) – représentent plus de 40 % du coût total des médicaments de prescription.

Tableau 5
Coût des médicaments par catégorie de diagnostics au Canada, 1998

Catégorie de diagnostics	Coût en 1998 (millions)	% du Total	% du total partiel
Anomalies congénitales	10.4	0.1	0.1
Maladies du sang	48.4	0.4	0.5
Cancer	210.2	1.7	2.3
Maladies cardio-vasculaires	1,772.8	14.3	19.0
Maladies de l'appareil digestif	752.2	6.1	8.1
Maladies endocriniennes et connexes	818.2	6.6	8.8
Maladies génito-urinaires	322.5	2.6	3.5
États morbides mal définis	482.3	3.9	5.2
Maladies infectieuses et parasitaires	417.3	3.4	4.5
Blessures	234.1	1.9	2.5
Troubles mentaux	1,092.9	8.8	11.7
Maladies musculo-squelettiques	614.3	5.0	6.6
Maladies du système nerveux et des organes des sens	536.4	4.3	5.8
Affections périnatales	4.8	0.0	0.1
Grossesse	23.1	0.2	0.2
Maladies respiratoires	1,109.7	8.9	11.9
Maladies de la peau et maladies connexes	469.4	3.8	5.0
Soins aux bien-portants	399.3	3.2	4.3
Total partiel (médicaments de prescription)	9,318.3	75.2	100.0
Non attribuable ¹	3,066.9	24.8	
Total	12,385.2	100.0	100.0

¹ Comprend des données qui n'ont pu être réparties par code CIM-9, soit 3,1 milliards de dollars en coûts de médicaments non prescrits (médicaments en vente libre et articles d'hygiène personnelle achetés dans des pharmacies de détail).

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Le tableau 6 montre la répartition de certaines sous-catégories de diagnostics pour les six catégories de diagnostics affichant le coût des médicaments de prescription le plus élevé. L'hypertension (880 millions) et les cardiopathies ischémiques (513 millions) représentent ensemble plus de 75 % du coût des médicaments de prescription pour les maladies cardio-vasculaires. Les médicaments servant au traitement des infections aiguës des voies

respiratoires (440 millions) et de l'asthme (301 millions) représentent les deux tiers du coût des médicaments de prescription destinés aux maladies respiratoires. Les troubles dépressifs (253 millions) représentent près du quart du coût des médicaments de prescription dans la catégorie des troubles mentaux. L'arthrite (263 millions) représente plus de 40 % du coût des médicaments de prescription consacrés aux maladies musculo-squelettiques. Les médicaments prescrits aux diabétiques ont coûté 181 millions, soit près du quart du coût des médicaments servant à traiter les maladies endocriniennes et connexes.

Tableau 6
Coût des médicaments pour certaines catégories/sous-catégories de diagnostics au Canada, 1998

Catégorie/sous-catégorie de diagnostics	Coût en 1998 (millions)	% du total de la catégorie	% du total
Cancer			
Cancer du sein	34,8	16,6	0,3
Cancer de la prostate	25,7	12,2	0,2
Autres sous-catégories*	149,7	71,2	1,2
Total de la catégorie	210,2	100,0	
Maladies cardio-vasculaires			
Infarctus cérébral	29,1	1,7	0,2
Hypertension	880,0	49,6	7,1
Cardiopathies ischémiques	512,7	28,9	4,1
Autres sous-catégories*	351,0	19,8	2,8
Total de la catégorie	1 772,8	100,0	
Maladies endocriniennes et connexes			
Diabète	181,0	22,1	1,5
Autres sous-catégories*	637,2	77,9	5,1
Total de la catégorie	818,2	100,0	
Maladies infectieuses et parasitaires			
Maladies transmises sexuellement	97,0	23,2	0,8
Autres sous-catégories*	320,3	76,8	2,6
Total de la catégorie	417,3	100,0	
Troubles mentaux			
États anxieux	108,3	9,9	0,9
Troubles dépressifs	252,7	23,1	2,0
Schizophrénie	108,4	9,9	0,9
Autres sous-catégories*	623,5	57,1	5,0
Total de la catégorie	1 092,9	100,0	
Maladies musculo-squelettiques			
Arthrite	262,7	42,8	2,1
Ostéoporose	60,3	9,8	0,5
Autres sous-catégories*	291,3	47,4	2,4

Fardeau de la maladie par composante de coûts

Catégorie/sous-catégorie de diagnostics	Coût en 1998 (millions)	% du total de la catégorie	% du total
Total de la catégorie	614,3	100,0	
Maladies du système nerveux et des organes des sens			
Affections de la conjonctive	88,5	16,5	0,7
Infections de l'oreille	92,7	17,3	0,8
Glaucome	54,7	10,2	0,4
Maladie de Parkinson	24,1	4,5	0,2
Autres sous-catégories*	276,4	51,5	2,2
Total de la catégorie	536,4	100,0	
Maladies respiratoires			
Infections aiguës des voies respiratoires	439,7	39,6	3,6
Asthme	300,8	27,1	2,4
MPOC (excluant l'asthme)	122,9	11,1	1,0
Pneumonie et grippe	52,5	4,7	0,4
Autres sous-catégories*	193,8	17,5	1,6
Total de la catégorie	1 109,7	100,0	
Toutes les autres catégories diagnostiques			
Non attribuable (médicaments vendus sans ordonnance)	3 066,9	24,8	
Total	12 385,2		100,0

* Toutes les autres sous-catégories diagnostiques.

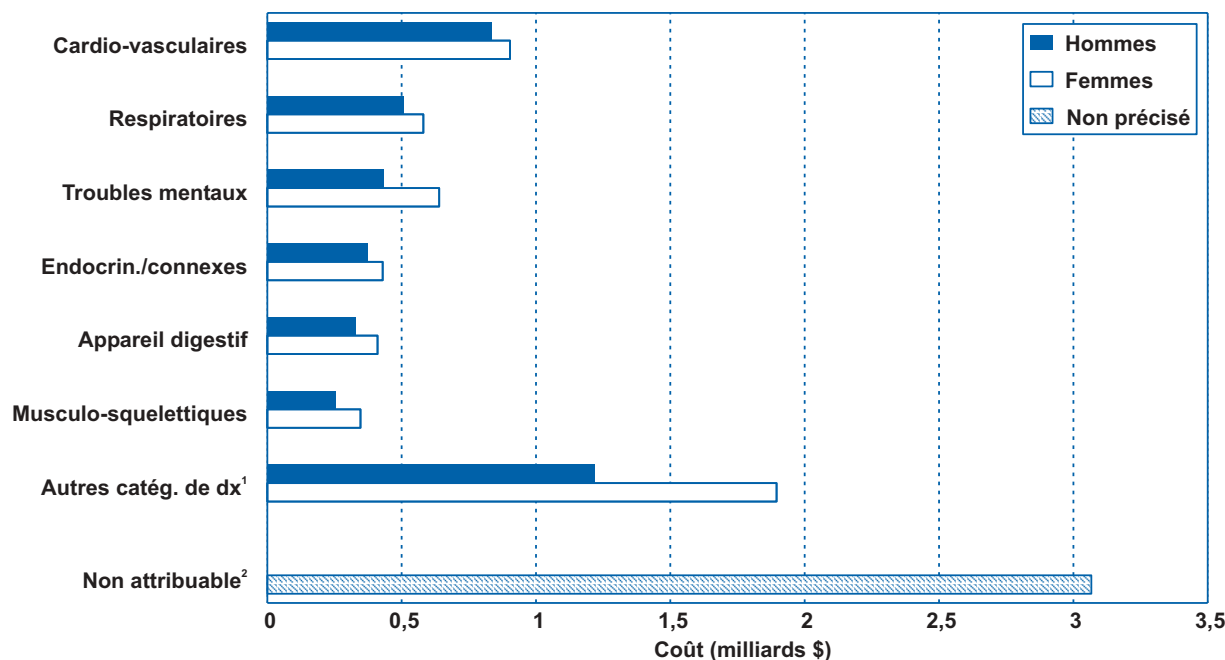
Note : Déû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Répartition par sexe

Des 9,3 milliards de dollars dépensés en médicaments de prescription, plus de 55 % (5,2 milliards) sont imputables aux femmes et plus de 40 % (4,0 milliards) aux hommes. Le sexe n'était pas précisé, pour environ 2 % (154 millions) du coût de ces médicaments.

Pour les catégories et sous-catégories de diagnostics les plus onéreuses, les femmes accaparent presque 60 % (640 millions) du coût des médicaments de prescription destinés au traitement des troubles mentaux, plus de 55 % (347 millions) du coût des médicaments de prescription visant les maladies musculo-squelettiques (figure 6) et plus de 75 % (301 millions) du coût des soins aux bien-portants. En outre, le coût des médicaments de prescription attribuable aux femmes est de 490 millions (plus de 55 %) dans le cas de l'hypertension, de 162 millions (plus de 61 %) dans le cas de l'arthrite et de 168 millions (plus de 65 %) dans le cas des troubles dépressifs. Les hommes accaparent plus de 60 % (315 millions) du coût des médicaments de

Figure 6 : Coût des médicaments par catégorie de diagnostics et sexe au Canada*, 1998



* Basé sur les 9,3 milliards de dollars dépensés en médicaments de prescription.

1 Désigne l'ensemble des autres catégories de diagnostics.

2 Comprend des données qui ne peut être réparties par code CIM-9.

prescription destinés aux cardiopathies ischémiques.

Répartition par groupe d'âge

Le groupe des adultes âgés de 35 à 64 ans est à l'origine de plus de 40 % (3,9 milliards) du coût total de 9,3 milliards consacré aux médicaments de prescription. La part des personnes âgées (65 ans et plus) est de 25 % (2,5 milliards). Environ un pour cent (100 millions) du coût des médicaments de prescription n'est pas répartie par groupe d'âge.

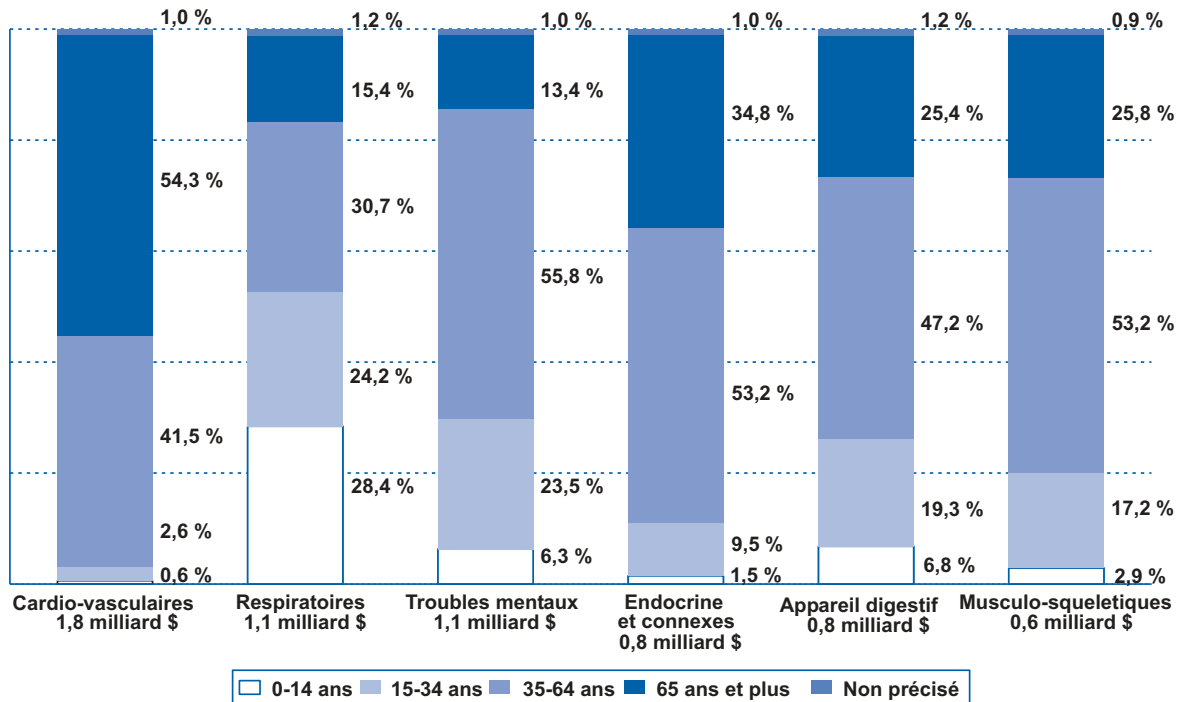
Les maladies respiratoires (315 millions, 30,7 %) et les maladies du système nerveux et des organes des sens (149 millions, 14,5 %) entraînent le plus de dépenses en médicaments de prescription pour les enfants de 0 à 14 ans. Les maladies respiratoires (269 millions, 15,2 %) et les troubles mentaux (257 millions, 14,5 %) sont les catégories les plus onéreuses pour le groupe des 15 à 34 ans. Les maladies cardio-vasculaires (735 millions, 18,8 %) et les troubles mentaux (610 millions, 15,6 %) entraînent le plus de dépenses en médicaments chez les adultes de 35 à 64 ans. Dans le cas des personnes

âgées, les catégories les plus onéreuses sont les maladies cardio-vasculaires (963 millions, 38,6 %) et les maladies endocriniennes et connexes (285 millions, 11,4 %).

La figure 7 montre la répartition par âge du coût des médicaments de prescription pour les six catégories et sous-catégories de diagnostics les plus importantes. Les personnes âgées accaparent plus de la moitié (963 millions) du coût des médicaments de prescription dans le cas des maladies cardio-vasculaires, tandis que le groupe des adultes de 35 à 64 ans est à l'origine de plus de la moitié du coût des médicaments de prescription pour les troubles mentaux (610 millions), les maladies endocriniennes et connexes (435 millions) et les maladies musculo-squelettiques (327 millions).

Du côté des sous-catégories, est imputable aux personnes âgées environ la moitié du coût des médicaments de prescription pour l'hypertension (413 millions), l'arthrite (129 millions) et presque le deux-tiers des coûts pour les cardiopathies ischémiques (331 millions). De même, environ la

Figure 7 : Coût des médicaments de prescription pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés, par groupe d'âge, au Canada, 1998



Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

moitié du coût des médicaments de prescription pour l'hypertension (442 millions), l'arthrite (123 millions) et au-delà de 60 % des coûts pour les troubles dépressifs (159 millions) est attribuable aux adultes de 35 à 64 ans. Les enfants sont à l'origine du tiers du coût des médicaments de prescription pour les infections respiratoires aiguës (153 millions).

Répartition par province/territoire

La carte 3 présente la répartition du coût des médicaments selon les provinces et territoires. L'Ontario (4,0 milliards), le Québec (2,2 milliards) et la Colombie-Britannique (1,0 milliard) engendrent près de 80 % du coût total des médicaments de prescription. Cependant, le coût par habitant est assez semblable entre les provinces/territoires (variant de 231 \$ dans les Territoires du Nord-Ouest à 356 \$ en Ontario), la moyenne étant de 264 \$.

Points à souligner

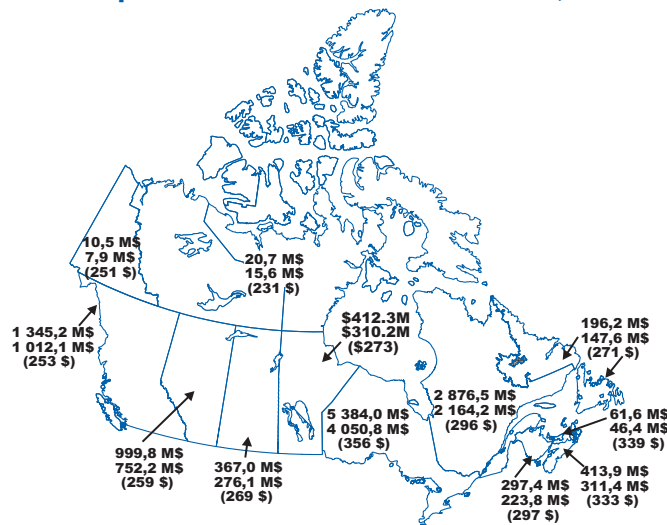
Contrairement aux rapports FEMC précédents, le coût des médicaments dispensés dans les hôpitaux (983 millions) est inclus dans le coût des soins hospitaliers plutôt que dans le coût des médicaments. Cette approche est en accord avec d'autres sources de données.

La base de données TDNS fournit un total national pour les médicaments non prescrits (médicaments en vente libre et articles d'hygiène personnelle) vendus au Canada dans des magasins de détail (3,1 milliards). Ces coûts ne sont pas inclus dans les répartitions par catégorie de diagnostics, groupe d'âge, sexe ou région (voir l'annexe 3 pour une liste des médicaments non prescrits).

L'information des bases de données provinciales sur l'administration des médicaments n'était pas

disponible ou était trop coûteuse à obtenir pour le présent rapport. De plus, les données provinciales sur l'administration des médicaments pour 1998 se limitent aux personnes âgées et aux assistés sociaux.

Carte 3 – Coût des médicaments par province/territoire au Canada, 1998



Légende : Coût total des médicaments (M désigne millions de dollars).
Coût total des médicaments de prescription (M désigne millions de dollars).
(Coût total des médicaments de prescription par habitant)

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé (2000). *Tendances des dépenses nationales de santé (NHEX), 1975-2000*.
2. IMS HEALTH. Vérification des achats des pharmacies et des hôpitaux au Canada (CDH) 1997, 1998.
3. IMS HEALTH. Index canadien des maladies et traitements (CDTI), 1997, 1998.
4. IMS HEALTH. Canadian CompuScript Audit (CS), 1997, 1998.

Coût des soins médicaux

Méthodes

Le coût total des soins médicaux pour 1998 est tiré du rapport *Tendances des dépenses nationales de santé (TDNS) 1975-2000* ⁽¹⁾. Ce coût comprend les paiements faits par les régimes d'assurance-maladie des provinces/territoires aux médecins rémunérés à l'acte exerçant en pratique privée¹⁷, ainsi que les paiements faits en vertu de régimes de rémunération non traditionnels (c.-à-d. d'autres formes de revenus professionnels comme les salaires, la rémunération par séance et la capitation). Le coût relatif aux professionnels des médecines douces et autres professionnels de la santé n'est pas inclus; ce coût est plutôt intégré à la catégorie « Autres coûts directs relatifs à la santé » (voir l'annexe 2 pour des détails additionnels sur les éléments inclus dans ce total).

Le coût des soins médicaux ont été ventilés par catégorie de diagnostics pour les services rémunérés à l'acte seulement. Bien que d'autres régimes de rémunération sont de plus en plus acceptés au sein du corps médical¹⁸, il n'a pas été possible de répartir le coût connexe par catégorie de diagnostics ¹⁹.

Neuf provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Québec, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve) et deux territoires (Yukon, Territoires du Nord-Ouest) ont fourni des données sur la rémunération à l'acte réparties selon les catégories de diagnostics (définies selon la CIM-9), le sexe et l'âge. La répartition du coût des soins médicaux par catégorie de diagnostics, sexe et groupe d'âge pour le Nouveau-Brunswick est présumée équivalente à la moyenne du reste du Canada.

Compte tenu du coût de la rémunération à l'acte déclaré par les provinces et territoires (total de 9,8 milliards de dollars) et du coût total des soins

médicaux selon le rapport TDNS (11,7 milliards)⁽¹⁾, il a été supposé que la différence de 1,9 milliard était attribuable aux paiements en vertu de régimes de rémunération non traditionnels. Puisque le profil des services rémunérés en vertu d'autres régimes est vraisemblablement différent de celui de la rémunération à l'acte, la répartition par catégorie de diagnostics du coût des services rémunérés à l'acte n'est pas appliquée au coût de 1,9 milliard attribuable aux autres régimes.

Hypothèses

- La répartition du coût des soins médicaux par catégorie de diagnostics, sexe et groupe d'âge pour le Nouveau-Brunswick est présumée la même que la moyenne combinée du reste du Canada.
- La partie du coût des soins médicaux qui ne correspond pas aux services rémunérés à l'acte (coût total des soins médicaux selon le rapport TDNS moins coût des services rémunérés à l'acte selon les bases de données des provinces/territoires) représente le coût de la rémunération en vertu d'autres régimes.

Limites

- Le coût des services de médecins rémunérés à l'acte est réparti entre les grandes catégories de diagnostics seulement. Les catégories de diagnostics secondaires ou d'autres catégories ayant pu contribuer à des consultations médicales ne sont pas incluses dans les résultats.
- L'étendue et la qualité de l'attribution des codes CIM-9 variaient entre les provinces/territoires. Certaines administrations ont fourni seulement des données agrégées pour des sous-catégories, ce qui a été la cause de

17 La rémunération à l'acte pour les services rendus dans les hôpitaux est incluse si elle est versée directement aux médecins par les régimes.

18 En 2001, 35 % des médecins ont indiqué qu'un régime fondé uniquement sur la rémunération à l'acte était leur mode de paiement préféré (comparativement à 50 % en 1995)⁽²⁾.

19 Certaines provinces tentent de faire un suivi des autres régimes en utilisant la « facturation pro forma ». Essentiellement, cette approche consiste à documenter les actes des médecins qui sont remboursés par d'autres régimes. Toutefois, le montant de facturation pro forma inclus dans les bases de données provinciales de 1998 se limite à un intervalle de 2,7 % à 5,9 % du total du coût des soins médicaux des provinces/territoires (calculé d'après les bases de données sur le coût des soins médicaux rémunérés à l'acte de la Saskatchewan et de la Nouvelle-Écosse), une proportion inadéquate pour l'imputation d'un coût par catégorie de diagnostics pour les autres régimes.

valeurs manquantes. D'autres – Nouvelle-Écosse, Colombie-Britannique, Île-du-Prince-Édouard et Territoires du Nord-Ouest – n'ont pu fournir l'information que pour des codes à trois chiffres plutôt qu'à quatre chiffres (niveau des sous-catégories). Par conséquent, une répartition du coût des soins médicaux par sous-catégorie de diagnostics n'a pas été faite.

- Des variations ont aussi été notées dans la catégorie « autres ». La mention « autres » regroupe généralement des données n'ayant pas de code (code non attribué ou erroné) ou des données amalgamées en raison de faibles nombres. Aucun rajustement n'a été fait pour corriger cette lacune des données; autrement dit, la catégorie « autres » n'a été ni exclue ni redistribuée.
- Il se peut que la répartition ait favorisé exagérément des catégories englobant des états à définition imprécise (c.-à-d. états morbides mal définis et soins aux bien-portants).
- L'information sur le coût des soins médicaux des services rémunérés à l'acte n'était pas disponible pour le Nouveau-Brunswick. Des valeurs ont été imputées au Nouveau-Brunswick en fonction de la moyenne des autres provinces et territoires. Cela pourrait introduire un biais dans les résultats, car la moyenne des autres provinces/territoires n'est peut-être pas représentative de la population du Nouveau-Brunswick.
- Le coût relatif aux médecins exerçant dans le privé et non rémunérés par des régimes de remboursement publics n'est pas inclus dans cette composante de coût.
- Les résultats de la présente section ne sont pas directement comparables aux données du rapport FEMC 1993, car la méthodologie est sensiblement différente. Par exemple, le rapport FEMC 1993 utilisait la répartition du coût des services médicaux du ministère de la Santé du Manitoba pour ventiler le coût national des soins médicaux par catégorie de diagnostics, tandis que dans la présente édition, les données fournies par 11 des 13 provinces et territoires ont été utilisées.

Résultats

Selon le rapport TDNS⁽¹⁾, 11,7 milliards de dollars ont été consacrés aux soins médicaux au Canada en 1998. Ce chiffre ne comprend pas le coût de soins dispensés par les médecins hospitaliers (722 millions), qui est inclus dans le chapitre Coût des soins hospitaliers du présent rapport.

Répartition par catégorie de diagnostics

Près de 84 % de ce montant est réparti entre les différentes catégories de diagnostics, selon l'information des bases de données provinciales/territoriales sur le coût des services rémunérés à l'acte. À l'échelle nationale, les troubles mentaux représentent presque 8 % du coût des soins médicaux. Viennent ensuite les maladies du système nerveux (7,1 %), les maladies cardio-vasculaires (7,0 %) et les maladies respiratoires (6,6 %) (voir le tableau 7). Comme il est indiqué dans la section Limites, le coût des soins médicaux n'a pas été réparti par sous-catégorie de diagnostics.

Tableau 7
Coût des soins médicaux par catégorie de diagnostics au Canada, 1998

Catégorie de diagnostics	Coût en 1998 (millions)	% du total
Anomalies congénitales	31,4	0,3
Maladies du sang	48,2	0,4
Cancer	333,1	2,9
Maladies cardio-vasculaires	822,3	7,0
Maladies de l'appareil digestif	410,0	3,5
Maladies endocriniennes et connexes	255,6	2,2
Maladies génito-urinaires	499,9	4,3
États morbides mal définis	600,0	5,1
Maladies infectieuses et parasitaires	184,6	1,6
Blessures	506,0	4,3
Troubles mentaux	884,6	7,6
Maladies musculo-squelettiques	578,2	4,9
Maladies du système nerveux et des organes des sens	824,8	7,1
Autres ¹	1 973,5	16,9
Affections périnatales	33,2	0,3
Grossesse	191,2	1,6

Catégorie de diagnostics	Coût en 1998 (millions)	% du total
Maladies respiratoires	776,7	6,6
Maladies de la peau et maladies connexes	280,9	2,4
Non attribuable ²	1 894,7	16,2
Soins aux bien-portants	558,0	4,8
Total	11 686,9	100,0

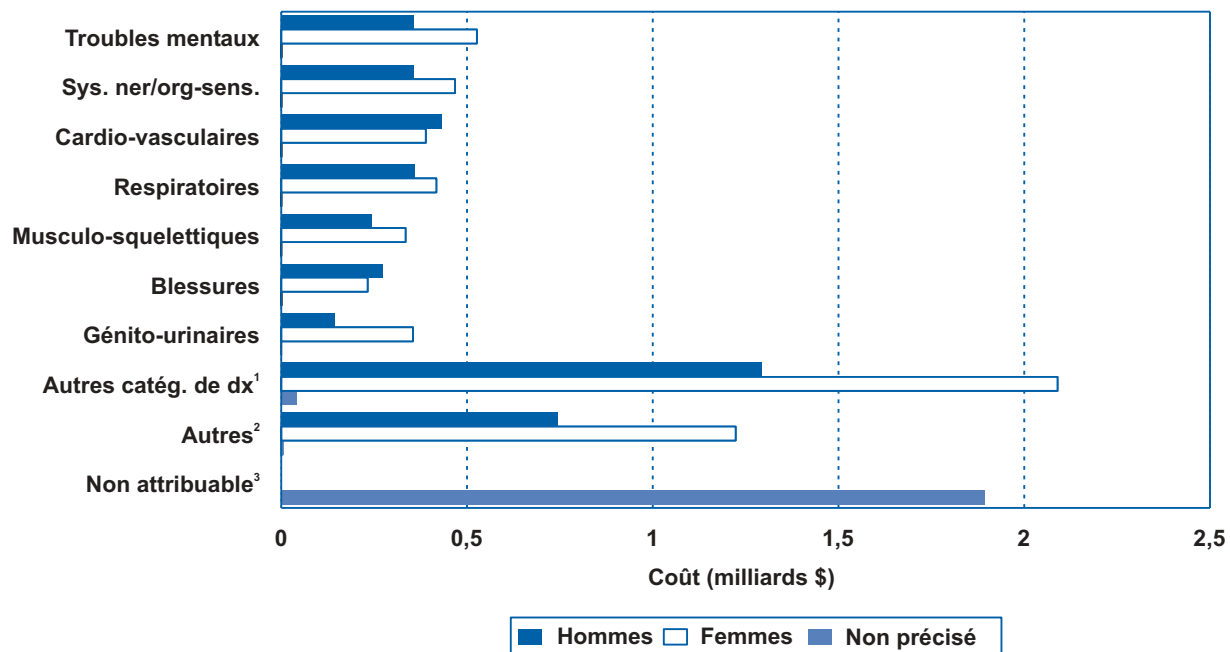
- 1 Comprend le coût provincial/territorial des soins médicaux rémunérés à l'acte pour lesquels aucun code de diagnostics n'était fourni (pour les catégories de diagnostics), ou des données groupées en raison de faibles nombres.
- 2 Comprend des données qui ne pouvaient être réparties par code, qu'on considère comme le coût des régimes de rémunération non traditionnels – estimé sous forme de la différence entre le coût total des soins médicaux selon le rapport TDNS (11,7 milliards de dollars) et le coût de la rémunération à l'acte déclaré par les provinces/territoires (9,8 milliards).

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Répartition par sexe

Les quatre premières catégories de diagnostics mentionnées ci-dessus sont les mêmes pour les hommes et les femmes, mais il y a de nettes différences pour d'autres catégories. Les lésions traumatiques et empoisonnements viennent au cinquième rang pour les hommes et au neuvième rang pour les femmes, tandis que le coût des soins médicaux attribuable aux maladies génito-urinaires pour les femmes représente plus du double du coût correspondant pour les hommes (cinquième rang pour les femmes et onzième rang pour les hommes) (voir la figure 8).

Figure 8 : Coût des soins médicaux par catégorie de diagnostics et sexe au Canada*, 1998



* Basé sur un coût total des soins médicaux de 11,7 milliards de dollars.

- 1 Désigne l'ensemble des autres catégories de diagnostics.
- 2 Comprend des données pour lesquelles aucun code diagnostique n'était fourni, ou des données groupées en raison de faibles nombres. Elle comprend 2,0 milliards de dollars en coûts des soins médicaux rémunérés à l'acte des provinces/territoires.
- 3 Comprend des données qui ne peut être réparties par code CIM-9. Elle comprend 1,9 milliards en coûts des soins médicaux qui représentent la différence entre le coût total des soins médicaux selon le rapport TDNS (11,7 milliards) et le coût de la rémunération à l'acte déclaré par les provinces/territoires (9,8 milliards), qu'on considère comme le coût des régimes de rémunération non traditionnels.

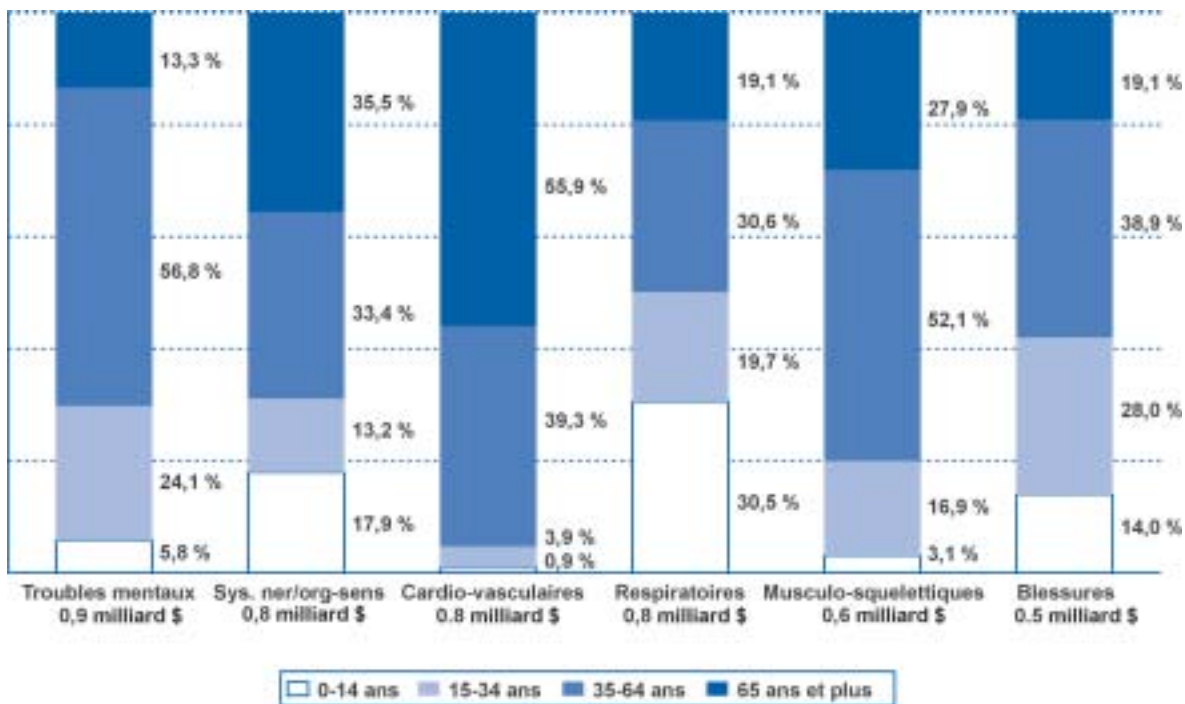
Répartition par groupe d'âge

La proportion du coût lié aux diverses maladies varie d'une cohorte d'âge à une autre. Plus de 40 % du coût des soins médicaux rémunérés à l'acte est attribuable au groupe des 35 à 64 ans, puis viennent le groupe des 65 ans et plus (27,2 %), le groupe des 15 à 34 ans (20,0 %) et le groupe des 0 à 14 ans (11,3 %). Les maladies respiratoires se classent en tête dans le groupe des 0 à 14 ans, mais chutent au treizième rang dans le groupe des 15 à 34 ans, puis remontent au cinquième rang dans le groupe des 65 ans et plus. Les troubles mentaux se situent au premier rang à la fois dans le groupe des 15 à 34 ans et dans celui des 35 à 64 ans. Les maladies cardio-vasculaires sont en première place dans le

groupe des personnes âgées, suivies des maladies du système nerveux.

La figure 9 présente la répartition par âge du coût des soins médicaux pour les six principales catégories de diagnostics. Les personnes âgées sont à l'origine de plus de 55 % du coût des soins médicaux dans le cas des maladies cardio-vasculaires, tandis que le groupe des adultes de 35 à 64 ans accaparent plus de la moitié du coût de ces soins pour les troubles mentaux et les maladies musculo-squelettiques. Un peu moins du tiers du coût des soins médicaux attribuable aux maladies respiratoires sont imputables aux enfants de 0 à 14 ans.

Figure 9 : Coût des soins médicaux pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés, par groupe d'âge, au Canada, 1998



Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Répartition par province/ territoire

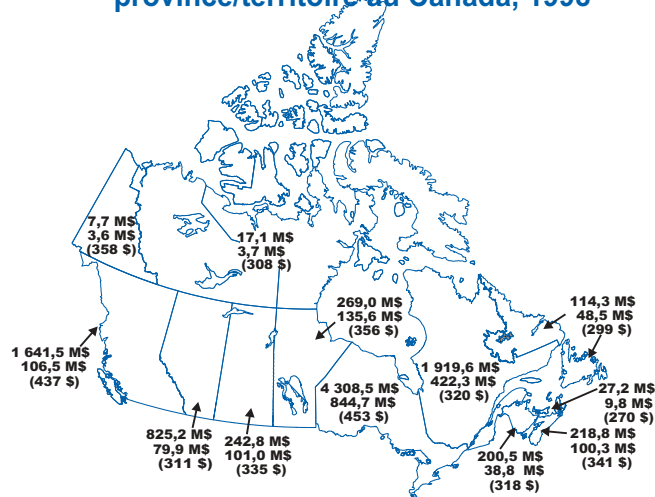
La carte 4 présente la répartition du coût des soins médicaux (rémunération à l'acte, autres régimes et total) selon les provinces et territoires. Le coût des soins médicaux rémunérés à l'acte est le plus élevé en Ontario (4,3 milliards), au Québec (2,0 milliards) et en Colombie-Britannique (1,6 milliard); ces provinces représentent environ 80 % du coût total des soins médicaux rémunérés à l'acte au Canada en 1998. Le coût de la rémunération en vertu d'autres régimes est le plus élevé en Ontario (0,8 milliard), au Québec (0,4 milliard) et au Manitoba (0,1 milliard); ces provinces représentent ensemble environ les trois quarts du coût relatif aux autres régimes. Le rapport entre le coût de la rémunération à l'acte et le coût total des soins médicaux est le plus élevé en Colombie-Britannique, en Alberta et en Nouvelle-Écosse, tandis que le rapport entre le coût de la rémunération en vertu d'autres régimes et le coût total des soins médicaux est le plus élevé en Saskatchewan, au Manitoba et au Yukon. Le coût total des soins médicaux par habitant est assez semblable à travers les provinces et territoires, de 270 \$ à l'Île-du-Prince-Édouard à 453 \$ en Ontario (avec une moyenne de 342 \$).

Points à souligner

Les données du Nouveau-Brunswick seront probablement disponibles pour les futures études du fardeau économique de la maladie au Canada.

Les études futures devraient examiner la disponibilité de données sur le coût des soins

Carte 4 – Coût des soins médicaux rémunérés à l'acte et en vertu d'autres régimes de rémunération par province/territoire au Canada, 1998



Légende : Coût total – rémunération à l'acte (M désigne millions de dollars)
Coût total – autres régimes (M désigne millions de dollars)
(Coût total par habitant rémun. à l'acte + autres régimes)

médicaux dispensés en vertu d'autres régimes de rémunération (par ex. suivi et quantification de la facturation pro forma), notamment parce que l'acceptation de tels régimes semble s'accroître.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé (2000). *Tendances des dépenses nationales de santé (NHEX), 1975-2000.*
2. Martin S (2001). Interest in alternative forms of payment on the rise: CMA Survey. *JMAC*, 165(5):626.

Coût des soins dispensés dans d'autres établissements

Méthodes

Le coût total des soins dispensés dans d'autres établissements à l'échelle nationale en 1998 provient du rapport *Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2000* (TDNS)⁽¹⁾. Le rapport TDNS définit les « autres établissements » comme des établissements de soins pour bénéficiaires internes destinés à des malades chroniques ou à des personnes handicapées qui résident dans l'établissement plus ou moins en permanence. Ils comprennent les résidences pour personnes âgées (y compris les maisons de repos); les centres pour personnes souffrant d'un handicap physique, d'un retard de développement, de troubles psychiques ou de problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie; et les établissements pour enfants souffrant de troubles émotifs (voir l'annexe 2 pour des détails additionnels sur les éléments inclus dans ce total).

Bien que le coût par catégorie et sous-catégorie de diagnostics n'a pu être réparti, une analyse supplémentaire des données de l'enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes (ESBI) 1997-1998⁽²⁾ et du volet sur les personnes en établissement de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) 1996-1997⁽³⁾ a été effectuée. Cette analyse vise à permettre au lecteur de mieux comprendre la répartition de ce coût par type de soins/bénéficiaires de ces établissements et d'en savoir davantage sur les maladies qui, à long terme, mènent à l'institutionnalisation des personnes.

L'enquête ESBI est un recensement annuel qui recueille de l'information auprès des établissements de soins pour bénéficiaires internes qui comptent quatre lits ou plus et qui sont subventionnés, agréés ou titulaires d'un permis délivré par les ministères provinciaux ou territoriaux de la Santé ou des Services sociaux (les établissements de moins de quatre lits et les établissements du Québec ne sont pas inclus). La définition d'« autres établissements » de l'enquête ESBI diffère de celle du rapport TDNS, car elle inclut les centres pour personnes itinérantes, jeunes contrevenants et autres.

L'enquête vise en partie à recueillir des données administratives sur les coûts. La répartition des données de l'enquête ESBI 1997-1998 a été utilisée

pour ventiler le coût total du rapport TDNS sur les soins dispensés dans d'autres établissements selon la principale caractéristique de leur clientèle première. La répartition résultante du coût est basée sur les 3 872 établissements (ou 78 % des établissements définis comme ci-dessus) qui ont répondu à l'enquête en 1997-1998.

L'ENSP a pour but de recueillir de l'information relative à la santé des Canadiens. Le « volet sur les personnes vivant en établissement » de l'ENSP recueille des données sur les pensionnaires dont le séjour prévu dans un établissement de soins de quatre lits ou plus est de plus de six mois. Cela comprend à la fois les hôpitaux et les établissements de soins pour bénéficiaires internes. L'ENSP recueille des renseignements au niveau des individus, et les habitants du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest en sont exclus⁽³⁾.

Le volet de l'ENSP concernant les personnes en établissement fournit des données sur le nombre de personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée au Canada selon l'âge, le sexe et la cause de restriction des activités. Les données de l'édition 1996-1997 de cette enquête ont été analysées pour déterminer les restrictions des activités, tant physiques que mentales, qui sont attribuables à certaines grandes catégories et sous-catégories de diagnostics, et qui sont d'importants déterminants du recours à des soins en établissement, principalement par des personnes âgées. Ces données se fondent sur les 85 % de la population estimative de 220 000 personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée qui ont fait état d'une restriction des activités pour diverses causes en 1996-1997.

Hypothèses

- La répartition du coût total en 1997-1998 des soins dispensés dans les ESBI répondants (qui offrent principalement des soins de niveau II et plus, voir la note de bas 31 à l'annexe 2) est conforme à la répartition de 1998, selon le rapport TDNS, du coût des soins dispensés dans d'autres établissements.

- La répartition, au Québec, des ESBI selon le principal type de soins et la principale caractéristique de la clientèle est semblable à celle observée dans l'enquête ESBI.

Limites

- Le coût en 1998 des soins dispensés dans d'autres établissements n'a pas pu être réparti entre les catégories et sous-catégories de diagnostics.
- Le questionnaire de l'enquête ESBI 1997-1998 a été rempli par 78 % des établissements (3 872 sur 4 975). Cela n'inclut pas les établissements de moins de quatre lits et les établissements du Québec, de sorte que les coûts imputés sont approximatifs et qu'il faut interpréter le tableau 8 avec prudence.
- L'ENSP fournit de l'information unique seulement sur un nombre limité de catégories et de sous-catégories de maladies.
- La population visée par le rapport TDNS et l'enquête ESBI se limite aux personnes recevant des soins de niveau II ou plus.

Résultats

Les données du rapport TDNS⁽¹⁾ indiquent que 8,0 milliards de dollars ont été consacrés aux soins dispensés dans d'autres établissements au Canada en 1998. Cela représente près de 10 % du coût total direct relatif à la santé au Canada en 1998. Les soins aux personnes âgées représentent plus de 90 % du coût des soins dispensés dans d'autres établissements, et 70 % de ce coût est attribuable aux femmes.

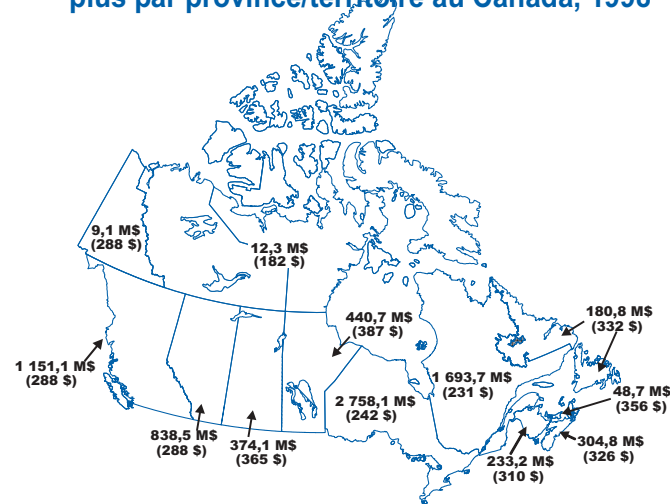
La répartition géographique du coût des ESBI offrant des soins de niveau II ou plus est la suivante : provinces de l'Atlantique 10 %; Québec 21 %; Ontario 34 %; provinces des Prairies 21 %; et Colombie-Britannique 14 %. La carte 5

présente la répartition de ce coût selon les provinces et territoires. L'Ontario (2,8 milliards), le Québec (1,7 milliard) et la Colombie-Britannique (1,2 milliard) représentent environ 70 % de ce coût au Canada. Le coût total par habitant est assez semblable à travers les provinces et territoires variant de 182 \$ dans les Territoires du Nord-Ouest à 387 \$ au Manitoba (avec une moyenne de 300 \$).

Résultats de l'enquête ESBI 1997-1998

Les données de l'enquête ESBI laissent croire qu'environ 95 % du coût est attribuable à des établissements où la caractéristique principale de la clientèle première est l'âge avancé des personnes (tableau 8)⁽²⁾. Selon l'enquête ESBI, les établissements de soins pour bénéficiaires internes accueillant des personnes souffrant d'un retard de développement représentent une fraction relativement faible du coût, soit 3 %.

Carte 5 – Coût des établissements de soins pour bénéficiaires internes offrant des soins de niveau II* ou plus par province/territoire au Canada, 1998



Légende : Coût total (M désigne millions de dollars)
(Coût par habitant)

* Désigne patients requérant, dans une journée de 24 heures, un total de 1,5 à 2,5 heures de supervision par du personnel médical et infirmier professionnel et de soutien pour répondre aux besoins psycho-sociaux.

Tableau 8
Coût des établissements de soins pour bénéficiaires internes offrant des soins de niveau II* ou plus selon la caractéristique principale de la clientèle première, Canada, 1997-1998

Caractéristique principale	Coût en 1998 (millions)	% du total
Personnes âgées	7 618,0	94,7
Alcoolisme/toxicomanie	7,4	0,1
Retard de développement	238,0	3,0
Enfants souffrant de troubles émotifs	2,1	0,0
Handicap physique	58,0	0,7
Troubles psychiques	121,6	1,5
Total	8 045,1	100,0

Source : Totalisations personnalisées établies par la Section des dépenses nationales de santé de l'ICIS.

* Désigne patients requérant, dans une journée de 24 heures, un total de 1,5 à 2,5 heures de supervision par du personnel médical et infirmier professionnel et de soutien pour répondre aux besoins psycho-sociaux.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Résultats de l'ENSP 1996-1997 - volet sur les personnes en établissement

Les données du volet sur les personnes en établissement de l'ENSP 1996-1997⁽³⁾ montrent que 85 % de la population estimative d'un peu plus de 200 000 personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée ont fait état d'une restriction des activités pour diverses causes. Les trois principales catégories de maladies causant des restrictions des activités sont les maladies du système nerveux, les troubles mentaux et les maladies de l'appareil circulatoire (voir l'annexe 3, tableaux 1 et 2).

Plus de 20 % de la population estimative a attribué sa restriction des activités à des maladies du système nerveux, et 14,5 % et 10,2 % respectivement ont signalé les troubles mentaux et les maladies de l'appareil circulatoire (voir l'annexe 3, tableau 1). Le classement des maladies signalées comme cause d'une restriction des activités demeurerait constant peu importe le sexe. Pour chacune des trois catégories de maladies, toutefois, la proportion des femmes touchées était supérieure, variant de 56,8 % pour les troubles mentaux à 67,9 % pour les

maladies du système nerveux²⁰. Les trois catégories montrent aussi de fortes augmentations quand on passe du groupe des 65 à 74 ans au groupe des 75 à 84 ans, la hausse la plus marquée (140 %) étant enregistrée pour les maladies du système nerveux.

La maladie d'Alzheimer est la principale sous-catégorie des maladies du système nerveux (54 %), et affecte plus de femmes que d'hommes (voir l'annexe 3, tableau 2). La schizophrénie représente 13,1 % des troubles mentaux contribuant à la restriction des activités. Près de 72 % des maladies de l'appareil circulatoire contribuant aux restrictions des activités sont les maladies vasculaires cérébrales; les accidents vasculaires cérébraux (AVC) représentent 84 % de celles-ci.

Points à souligner

Le coût attribuable aux établissements de soins de longue durée devrait sans doute retenir de plus en plus l'attention à mesure que la population canadienne vieillit. On s'attend à ce que d'ici 2031, un Canadien sur quatre aura dépassé l'âge de 65 ans. Les projets futurs traitant du coût des soins dispensés dans d'autres établissements en relation avec les catégories et sous-catégories de maladies exigeront une attention accrue et des données plus pertinentes.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé (2000). *Tendances des dépenses nationales de santé (NHEX), 1975-2000*.
2. Statistique Canada (1999). Enquête des établissements de soins pour bénéficiaires internes (1997-98). Totalisations personnalisées de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
3. Statistique Canada (1996). Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) (1994-95) [totalisations personnalisées]
4. Statistique Canada. *Directives et définitions*. Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes, 1999-2000.

20 Rappelons toutefois que dans la population visée, le ratio femmes-hommes était de 2,1 contre 1.

Autres coûts directs relatifs à la santé

Méthodes

Le total pour 1998 des autres coûts directs relatifs à la santé provient du rapport *Tendances des dépenses nationales de santé (TDNS) 1975-2000* ⁽¹⁾. Les trois principales catégories de dépenses constituant les autres coûts directs relatifs à la santé sont les autres professionnels (par ex. dentistes et physiothérapeutes), les autres dépenses de santé (par ex. santé publique et recherche en santé) et les dépenses en immobilisations (par ex. construction et équipements) (voir l'annexe 2 pour plus de détails sur les éléments inclus dans ces catégories de coûts)²¹.

Les autres coûts directs relatifs à la santé n'ont pu être répartis entre les composantes de coût (hôpitaux, médicaments, soins médicaux et autres établissements) et, à l'exception d'une partie des coûts de recherche en santé, il n'a pas été possible non plus de les répartir par catégorie ou sous-catégorie de diagnostics.

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) produisent une base de données détaillée²² sur les projets de recherche canadiens⁽²⁾. Pour 1997-1998, cette base de données indique qu'un total de 459 millions de dollars, ou 43 % du total du rapport TDNS, a été consacré à la recherche en santé. L'information de cette base de données a été utilisée pour répartir 73 % de ces dépenses entre les domaines de recherche pertinents, en attribuant les projets aux catégories de diagnostics appropriées d'après leur titre.

Limites

- En général, les données disponibles ne permettaient pas une répartition par catégorie ou sous-catégorie de diagnostics.
- Les données des IRSC ont permis de répartir une partie des montants de recherche par catégorie de maladie. Cela représente moins de la moitié des dépenses de recherche en santé indiquées dans le rapport TDNS.
- Les coûts attribuables aux « autres professionnels » n'ont pas été répartis par catégorie de diagnostics en raison de l'absence d'information relative à la répartition de ces coûts. Par exemple, il est difficile de déterminer quelle proportion des dépenses en services dentaires pourrait être liée aux maladies de l'appareil digestif.

Résultats

Selon le rapport TDNS, les autres coûts directs relatifs à la santé se sont élevés à 24,2 milliards de dollars au Canada en 1998. Neuf pour cent de ces coûts représentent des dépenses en immobilisations (voir le tableau 9). Le reste est divisé entre les autres professionnels de la santé (42,3 %) et les autres dépenses de santé (48,7 %).

Autres professionnels de la santé

Le tableau 9 montre que près de 85 % des coûts relatifs aux autres professionnels de la santé sont représentés par les services dentaires (62,0 %) et les soins de la vue (22,6 %). Les physiothérapeutes, chiropraticiens et autres représentent environ 15 % de la catégorie des autres professionnels²³.

21 Ce rapport examine l'incidence de la maladie et des blessures d'un point de vue sociétal. Les prestations d'incapacité comme celles versées dans le cadre du Régime de pensions du Canada sont considérées comme un coût pour le gouvernement, mais ne sont pas incluses dans les calculs car, d'un point de vue social, ce sont des transferts de pouvoir d'achat vers l'individu par la société (c.-à-d. les contribuables) pour compenser la perte de production. Si on incluait les paiements de transfert dans le coût de la maladie, on se trouverait à compter deux fois les mêmes coûts, en calculant d'abord la perte de production de l'individu, puis la redistribution des ressources de la société, opérée pour indemniser l'individu pour cette perte. Les paiements de transfert ont été exclus pour éviter de comptabiliser deux fois certains coûts indirects. Les frais d'administration de ces paiements de transfert, toutefois, sont inclus dans la catégorie des autres coûts directs.

22 Les subventions d'organisations américaines dépensées au Canada ne sont pas incluses.

23 Ces dépenses sont extérieures au secteur hospitalier; cependant, les dépenses au titre des « autres professionnels » travaillant en milieu hospitalier sont comptabilisées dans le chapitre Coûts des soins hospitaliers du présent document.

Autres dépenses de santé

Les autres dépenses de santé représentent 11,8 milliards de dollars en dépenses directes additionnelles de santé. Le tableau 9 montre que les dépenses en santé publique constituent plus de 40 % de ces dépenses et comprennent le coût des mesures visant la prévention de la propagation des maladies transmissibles, la sécurité des aliments et des médicaments, les inspections sanitaires, les activités de promotion de la santé, les programmes communautaires de santé mentale, les services infirmiers de santé publique et tous les coûts rattachés à l'infrastructure des ministères de la Santé (voir l'annexe 2). L'administration d'assurance, définie comme les dépenses d'administration des programmes d'assurance-maladie offerts par le gouvernement ou les compagnies privées, représente un peu plus de 13 % des autres dépenses de santé (voir l'annexe 2).

Tableau 9
Autres coûts directs relatifs à la santé non classés
par catégorie de diagnostics au Canada, 1998

Catégorie de dépenses	Coût en 1998 (millions)	% des autres coûts directs	% du total partiel
Autres professionnels de la santé			
Chiropraticiens	202,0	0,8	2,0
Services dentaires	6 350,2	26,2	62,0
Physiothérapeutes	251,5	1,0	2,5
Soins de la vue	2 310,6	9,6	22,6
Tous les autres professionnels de la santé	1 125,3	4,7	11,0
Total partiel	10 239,6	42,3	100,0
Autres dépenses de santé			
Services ambulanciers	1 017,0	4,2	8,6
Recherche en santé	1 069,7	4,4	9,1
Soins à domicile	1 488,5	6,2	12,6
Administration d'assurance	1 570,6	6,5	13,3
Santé publique	4 882,9	20,2	41,5
Toutes les autres dépenses de santé	1 744,8	7,2	14,8
Total partiel	11 773,5	48,7	100,0
Immobilisations	2 186,2	9,0	100,0
Total	24 199,3		100,0

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les dépenses nationales de santé, 1997-1998.

Note : Déjà à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Les services de soins à domicile représentent presque 13 %, ou 1,5 milliard, des autres dépenses de santé. La définition de soins à domicile actuellement utilisée dans le rapport TDNS est basée sur celle de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Elle précise que seule la composante « professionnels de la santé » des soins à domicile peut être incluse. La partie restante des soins à domicile, généralement appelée « maintien à domicile » est considérée comme un coût de service social plutôt que comme un coût relatif à la santé et, par conséquent, n'est pas incluse (voir l'annexe 2). Le coût des services ambulanciers représente près de 9 % du total des autres dépenses de santé.

Les dépenses de recherche en santé constituent un peu plus de 9 % (1,1 milliard) des autres dépenses de santé. Cela ne comprend pas la recherche réalisée par les hôpitaux ou les sociétés pharmaceutiques. Toutefois, la recherche réalisée dans des hôpitaux est incluse dans le coût des soins hospitaliers, et parce qu'une partie des dépenses en recherche des sociétés pharmaceutiques est recouvrée dans le prix des médicaments et autres produits de santé qui résultent de ces dépenses, ces dernières sont partiellement mesurées dans la composante « coût des médicaments » du présent rapport (voir l'annexe 2).

Recherche en santé selon les données de la base SAIRS des IRSC 1997-1998

La base SAIRS des IRSC⁽²⁾ indique qu'un total de 1,1 milliard (voir le tableau 9) a été consacré à la recherche en santé et seulement 43 % de ces dépenses de recherche ont pu être réparties par catégorie de diagnostics. Cette information fut tirée de la base SAIRS des IRSC 1997-1998⁽²⁾. Le tableau 10 montre comment ces dépenses de recherche ont été réparties par catégorie de diagnostic. Près d'un tiers (335 millions sur 1.1 milliard) ont été réparties par catégorie de diagnostics.

Tableau 10
Dépenses de recherche en santé pour certaines
catégories de diagnostics au Canada, 1998

Catégorie de diagnostics	Coût en 1998 (millions)	% du total
Anomalies congénitales	3,5	0,3
Maladies du sang	5,9	0,6
Cancer	80,4	7,5
Maladies cardio-vasculaires	61,2	5,7
Maladies de l'appareil digestif	11,5	1,1
Maladies endocriniennes et connexes	33,8	3,2
Maladies génito-urinaires	9,1	0,9
États morbides mal définis	3,1	0,3
Maladies infectieuses et parasitaires	22,3	2,1
Blessures	7,3	0,7
Troubles mentaux	20,6	1,9
Maladies musculo-squelettiques	14,3	1,3
Maladies du système nerveux et des organes des sens	35,7	3,3
Affections périnatales	5,2	0,5
Grossesse	3,5	0,3
Maladies respiratoires	14,4	1,3
Maladies de la peau et maladies connexes	0,5	0,1
Soins aux bien-portants	3,1	0,73
Autres ¹	89,9	8,4
Non attribuable ²	644,4	60,2
Total	1 069,7	100,0

1 Comprend des données qui sont groupées en raison de faibles nombres, p. ex. services de santé de base, prestation des soins de santé et recherche sur la santé de la population.

2 Comprend les montants de recherche qui n'ont pu être répartis par code CIM-9.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

D'après cette répartition des dépenses en recherche, les cinq catégories de diagnostics les plus importantes sont, dans l'ordre, le cancer, les maladies cardio-vasculaires, les maladies du système nerveux et des organes des sens, les maladies endocriniennes et connexes, et les maladies infectieuses et parasitaires.

Répartition par province/territoire

La répartition des autres coûts directs relatifs à la santé par province/territoire est présentée à la carte 6. L'Ontario (9,4 milliards), le Québec (4,8 milliards) et la Colombie-Britannique (3,8 milliards) représentent près des trois quarts du total des autres coûts directs relatifs à la santé au Canada. Le coût par habitant varie d'un minimum de 557 \$ en Nouvelle-Écosse à un maximum de 2 351 \$ dans les Territoires du Nord-Ouest.

Points à souligner

Les analyses ultérieures des autres coûts directs relatifs à la santé devraient prendre en considération les tendances et leurs liens possibles avec la politique sur la santé, notamment du point de vue des changements qui surviennent dans la prestation des services de santé (par ex. secteurs comme les hôpitaux et les services de soins à domicile).

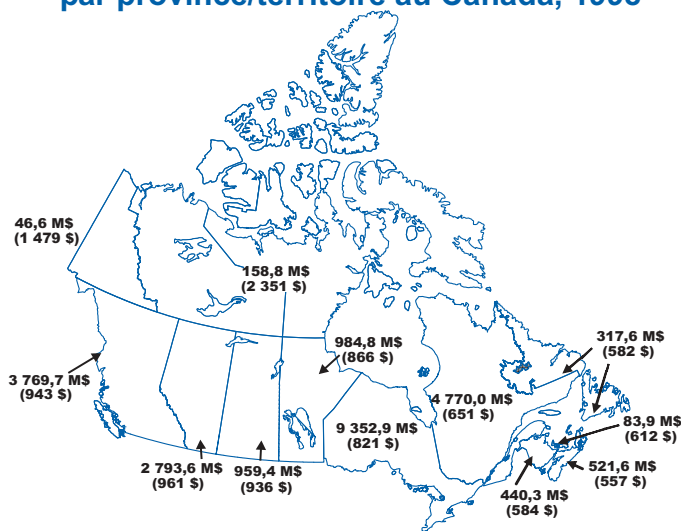
Une étude plus approfondie des dépenses, relativement faibles, au titre des services de psychologues professionnels aiderait les décideurs dans le domaine de la prestation des services de santé mentale. Outre la signification personnelle et clinique des troubles mentaux, leurs incidences économiques pourraient être examinées plus à fond.

Les projets futurs sur la recherche en santé devraient inclure un relevé national des organisations non incluses dans les données des IRSC.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé (2000). *Tendances des dépenses nationales de santé (NHEX), 1975-2000*.
2. Instituts de recherche en santé du Canada. SAIRS: système automatisé d'information sur la recherche en santé. Version 4.0, 1997/98.

Carte 6 – Autres coûts directs relatifs à la santé par province/territoire au Canada, 1998



Légende : Coût total (M désigne millions de dollars)
(Coût par habitant)

Coûts indirects

Coût de la mortalité

Méthodes

L'approche du capital humain est utilisée pour estimer le coût de la mortalité en valeur actualisée de la perte de production future attribuable à la mortalité prématurée. La production future est actualisée car la valeur future du capital est inférieure à sa valeur présente⁽¹⁾. Bien que le choix du taux d'actualisation convenable (s'il en existe un) fasse l'objet de débats, le taux de 5 % a été couramment utilisé dans les publications⁽²⁻⁴⁾. Les évaluations ont été faites à l'aide d'un taux d'actualisation de 5 %, tout en effectuant une analyse de sensibilité avec des taux d'actualisation variant de 0 % à 7 %.

Les pertes de production liées à la mortalité ont été estimées en multipliant le nombre de décès par la valeur actualisée de la perte de production potentielle pour la durée de vie attribuable à ces décès. Le nombre de décès a été stratifié par catégorie de diagnostics, sexe, groupe d'âge de cinq ans et province/territoire⁽⁵⁾. La valeur actualisée de la perte de production potentielle sur toute la durée de vie a été calculée pour chaque groupe d'âge de cinq ans et par sexe (voir l'annexe 4). Cette équation fait la somme de la production perdue pour l'année du décès (1998) et toutes les années que la personne pouvait s'attendre à vivre. La méthode tient compte des taux d'espérance de vie par âge et par sexe⁽⁶⁾, du revenu annuel moyen⁽⁷⁾, des taux d'activité sur le marché du travail⁽⁷⁾ et de la valeur du travail non rémunéré, ainsi que de la croissance de la productivité du travail⁽⁸⁾ et de l'actualisation de la production future⁽¹⁾.

La valeur moyenne du travail non rémunéré en 1998 a été calculée selon la méthode des estimations générales du coût de remplacement. Les calculs ont été faits par âge, sexe et province/territoire. Ces valeurs moyennes ont été calculées à l'aide de données sur les taux d'activité et l'utilisation du temps de l'Enquête sociale générale de 1998 de Statistique Canada⁽⁹⁾, d'après un taux de

salaires moyen. Le taux de salaire a été estimé à partir des données du recensement de 1996⁽¹⁰⁾, la valeur pour 1998 étant une projection fondée sur un indice des coûts de main-d'oeuvre⁽¹¹⁾.

Le taux national moyen de revenu supplémentaire du travail pour 1998⁽¹²⁾ a été ajouté à la valeur du travail rémunéré pour tenir compte des compléments de salaire (RPC/RRQ, indemnisation des accidentés du travail, assurance-chômage). Un taux de croissance annuel de la productivité du travail de 1,1 % a été choisi, car cette valeur reflète la performance canadienne des dix dernières années⁽⁸⁾. Une analyse de sensibilité dans laquelle la croissance de la productivité du travail variait entre 0,0 % à 1,3 % a été effectuée.

Le calcul résultant donne la valeur actualisée de la production perdue (combinant le revenu et la valeur du travail non rémunéré) par âge, sexe, catégorie de diagnostics et province/territoire.

Hypothèses

- Le profil de survie de 1997 est représentatif de la survie en 1998 et est donc utilisé pour calculer l'espérance de vie en 1998⁽⁶⁾.
- Le revenu annuel moyen en 1998 de tous les bénéficiaires d'un revenu d'emploi est représentatif du revenu futur.
- La mortalité était uniformément distribuée tout au long de 1998 et, par conséquent, les estimations des coûts indirects subis en 1998 en raison de la mortalité prématurée en 1998 ont été calculés en divisant par deux le revenu annuel prévu.
- Dans les années postérieures à 1998, les gens auraient travaillé et produit pendant leur durée prévue de vie conformément aux profils actuels pour leur groupe d'âge et leur sexe⁽¹⁾. Aucune distinction entre les personnes actives et les personnes inactives au moment de leur décès a été faite. Les estimations des

coûts indirects subis dans les années postérieures à 1998 en raison de la mortalité prématurée en 1998 sont donc calculés en utilisant le total des revenus annuels prévus sur toutes les années de la durée prévue de vie.

- Aucun revenu n'est gagné entre l'âge de 0 et 14 ans.
- Aucune valeur du travail ménager n'est comptabilisée entre l'âge de 0 et 14 ans.
- Le profil du revenu futur pour un sujet moyen est conforme au profil présenté dans l'Enquête sur les finances des consommateurs de 1997 de Statistique Canada⁽⁷⁾.

Limites

- Le coût de la mortalité est réparti entre les grandes catégories de diagnostics seulement. Les catégories de diagnostics secondaires ou d'autres catégories ayant pu contribuer à la mortalité ne sont pas incluses dans ces résultats.
- Pour les probabilités de survie, des moyennes sur des périodes de cinq ans ont été établies.
- Le revenu d'emploi et la valeur du travail non rémunéré chez les enfants de moins de 15 ans ne sont pas disponibles et, par conséquent, ne sont pas inclus dans les estimations finales.
- Le revenu moyen et la valeur du travail non rémunéré sont estimés pour des groupes d'âge de cinq ans jusqu'à l'âge de 85 ans.
- Le revenu d'emploi et la valeur du travail non rémunéré chez les personnes de 85 ans et plus ne sont pas désagrégés en raison de la petite taille des échantillons.
- Des distributions âge-revenus contemporaines ajustées en fonction de la production sont utilisées comme substituts de distributions âge-revenus pour chaque cohorte d'âge.

Résultats

Avec un taux d'actualisation de 5 %, la valeur actualisée de la production future perdue attribuable à la mortalité prématurée en 1998 est estimée à 33,5 milliards de dollars (voir le

tableau 11), l'intervalle allant de 32,1 milliards à 33,8 milliards pour des taux de croissance de la productivité du travail variant de 0,0 % à 1,3 %. Une analyse de sensibilité, utilisant des taux d'actualisation de 0 % à 7 % et produisant un intervalle de 62,9 milliards à 28,3 milliards, est présentée à l'annexe 4.

Répartition par catégorie/sous-catégorie de diagnostics

Les trois catégories de diagnostics les plus onéreuses du point de vue du coût de la mortalité sont le cancer, les maladies cardio-vasculaires et les blessures, qui représentent près des trois quarts du coût total de la mortalité (voir le tableau 11).

Tableau 11
Coût de la mortalité par catégorie de diagnostics au Canada*, 1998

Catégorie de diagnostics	Coût en 1998 (millions)	% du coût de la mortalité
Anomalies congénitales	357,8	1,1
Maladies du sang	93,1	0,3
Cancer	10 622,1	31,7
Maladies cardio-vasculaires	8 250,0	24,6
Maladies de l'appareil digestif	1 134,3	3,4
Maladies endocriniennes et connexes	1 012,3	3,0
Maladies génito-urinaires	319,7	0,9
États morbides mal définis	1 595,7	4,8
Maladies infectieuses et parasitaires	755,2	2,3
Blessures	5 925,6	17,7
Troubles mentaux	479,9	1,4
Maladies musculo-squelettiques	125,7	0,4
Maladies du système nerveux et des organes des sens	833,9	2,5
Affections périnatales	298,4	0,9
Grossesse	12,3	0,0
Maladies respiratoires	1 646,8	4,9
Maladies de la peau et maladies connexes	18,7	0,1
Total	33 481,5	100,0

* Valeur actualisée de la production future perdue attribuable à la mortalité prématurée selon un taux d'actualisation de 5 %.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Fardeau de la maladie par composante de coûts

1998

Le tableau 12 montre que le cancer du poumon est responsable de plus du quart du coût de la mortalité dû au cancer. La valeur de la production perdue attribuable à la mortalité prématurée dans le cas des maladies cardio-vasculaires provient surtout des infarctus aigus du myocarde (33,5 %) et des cardiopathies ischémiques (25,2 %).

En ce qui touche les blessures, le coût de la mortalité est principalement attribuable au suicide (36,6 %) et aux accidents de la circulation impliquant des véhicules (26,3 %).

Tableau 12
**Coût de la mortalité pour certaines catégories/
sous-catégories de diagnostics au Canada*, 1998**

Catégorie/sous-catégorie de diagnostics	Coût en 1998 (millions)	% du total de la catégorie	% du total
Anomalies congénitales			
Anomalies cardio-vasculaires congénitales	168,3	47,0	0,5
Autres sous-catégories**	189,5	53,0	0,6%
Total de la catégorie	357,8	100,0	
Cancer			
Cancer du sein	1 062,8	10,0	3,2
Cancer du col de l'utérus	129,8	1,2	0,4
Cancer colorectal	963,4	9,1	2,9
Cancer du poumon	2 767,8	26,1	8,3
Cancer de la prostate	305,3	2,9	0,9
Autres sous-catégories**	5 393,0	50,8	16,1
Total de la catégorie	10 622,1	100,0	
Maladies cardio-vasculaires			
Infarctus aigu du myocarde (IAM)	2 764,3	33,5	8,3
Anévrisme de l'aorte	236,9	2,9	0,7
Cardiopathies ischémiques (autre que l'IAM)	2 081,5	25,2	6,2
Accidents vasculaires cérébraux ¹	1 255,4	15,2	3,7
Autres sous-catégories**	1 911,1	23,2	5,7
Total de la catégorie	8 250,0	100,0	

Catégorie/sous-catégorie de diagnostics	Coût en 1998 (millions)	% du total de la catégorie	% du total
Maladies endocriniennes et connexes			
Diabète	732,8	72,4	2,2
Autres sous-catégories**	279,5	27,6	0,8
Total de la catégorie	1 012,3	100,0	
Maladies infectieuses et parasitaires			
VIH/Sida	425,9	56,4	1,3
Autres sous-catégories**	329,3	43,6	1,0
Total de la catégorie	755,2	100,0	
Blessures			
Chutes	211,2	3,6	0,6
Accidents de la circulation impliquant des véhicules à moteur	1 556,1	26,3	4,6
Empoisonnements auto-infligés et indéterminés ²	639,5	10,8	1,9
Suicide	2 167,9	36,6	6,5
Intoxication non intentionnelle	446,0	7,5	1,3
Autres sous-catégories**	2 183,9	36,9	6,5
Total de la catégorie	5 925,6	100,0	
Maladies du système nerveux et des organes des sens			
Maladie d'Alzheimer	131,9	15,8	0,4
Autres sous-catégories**	702,0	84,2	2,1
Total de la catégorie	833,9	100,0	
Maladies Respiratoires			
MPOC (autres que l'asthme) ³	770,7	46,8	2,3
Pneumonie et grippe	538,5	32,7	1,6
Autres sous-catégories**	337,6	20,5	1,0
Total de la catégorie	1 646,8	100,0	
Toutes les autres catégories diagnostiques	4 077,8		12,2
Total	33 481,5		100,0

* Valeur actualisée de la production future perdue attribuable à la mortalité prématurée selon un taux d'actualisation de 5 %.

** Toutes les autres sous-catégories de diagnostics.

1 Les accidents vasculaires cérébraux représentent 99,6 % du coût des maladies vasculaires cérébrales (99,6 % de 1 399 087 \$). Le reste, soit 1,4 milliard de dollars (0,4 %), est imputable aux maladies vasculaires cérébrales autres que les accidents vasculaires cérébraux.

2 Il y a chevauchement entre ce groupe (E950-E952, E980-E982) et le suicide (E950-E959).

3 Le coût total des MPOC est de 840 millions de dollars, ce qui inclut 69,6 millions pour l'asthme.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Les maladies respiratoires, au quatrième rang des coûts de mortalité en 1998, représentent près de 5 % du coût total (voir le tableau 11). Le tableau démontre que ce coût est attribuable pour la plus grande part aux maladies pulmonaires obstructives chroniques et affections connexes (46,8 %), ainsi qu'à la pneumonie et à la grippe (proportion combinée de 32,7 %). Le diabète représente plus de 70 % du coût de la mortalité associé aux maladies endocriniennes et connexes (tableau 12).

Répartition par sexe

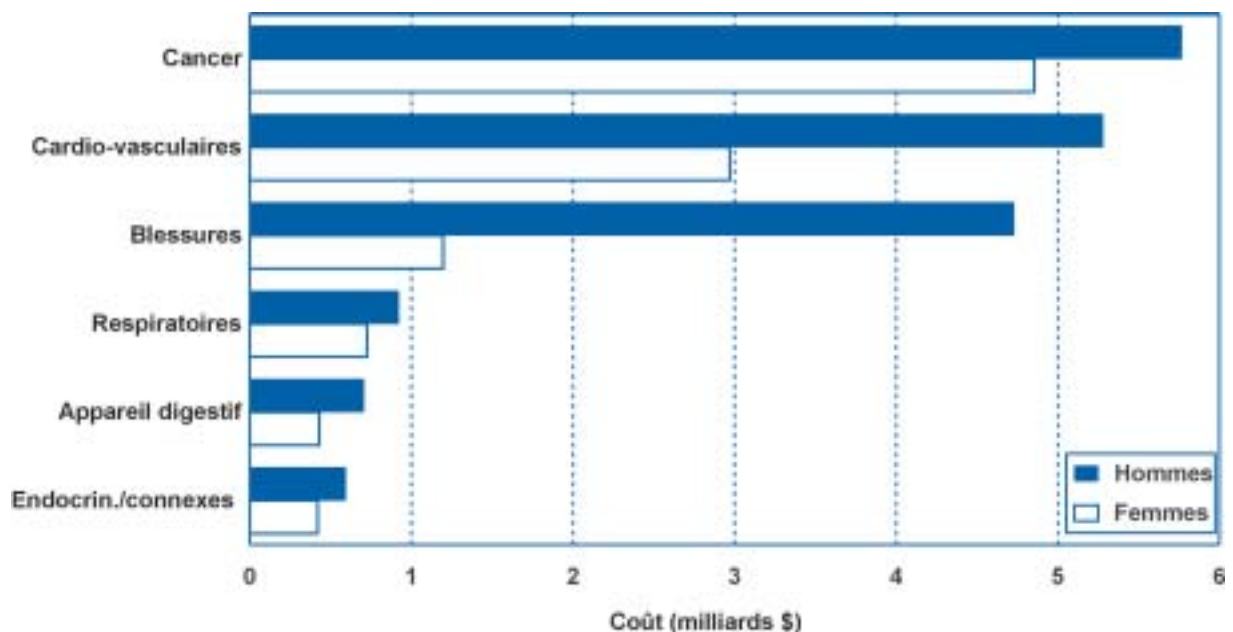
Plus de 60 % de la valeur totale de la production perdue à cause de la mortalité prématurée est imputable aux hommes. La figure 10 démontre que le cancer est la principale cause de la production perdue aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Pour les deux sexes, les maladies cardio-vasculaires et les blessures viennent au deuxième et au troisième rangs.

Répartition par groupe d'âge

Les personnes décédées entre l'âge de 35 et 64 ans engendrent environ la moitié du coût total de la mortalité. Les principales causes de la production perdue attribuable à la mortalité prématurée dans quatre grandes catégories d'âge sont les affections périnatales (0 à 14 ans), les lésions traumatiques et empoisonnements (15 à 34 ans), les tumeurs (35 à 64 ans) et les maladies respiratoires (65 ans et plus).

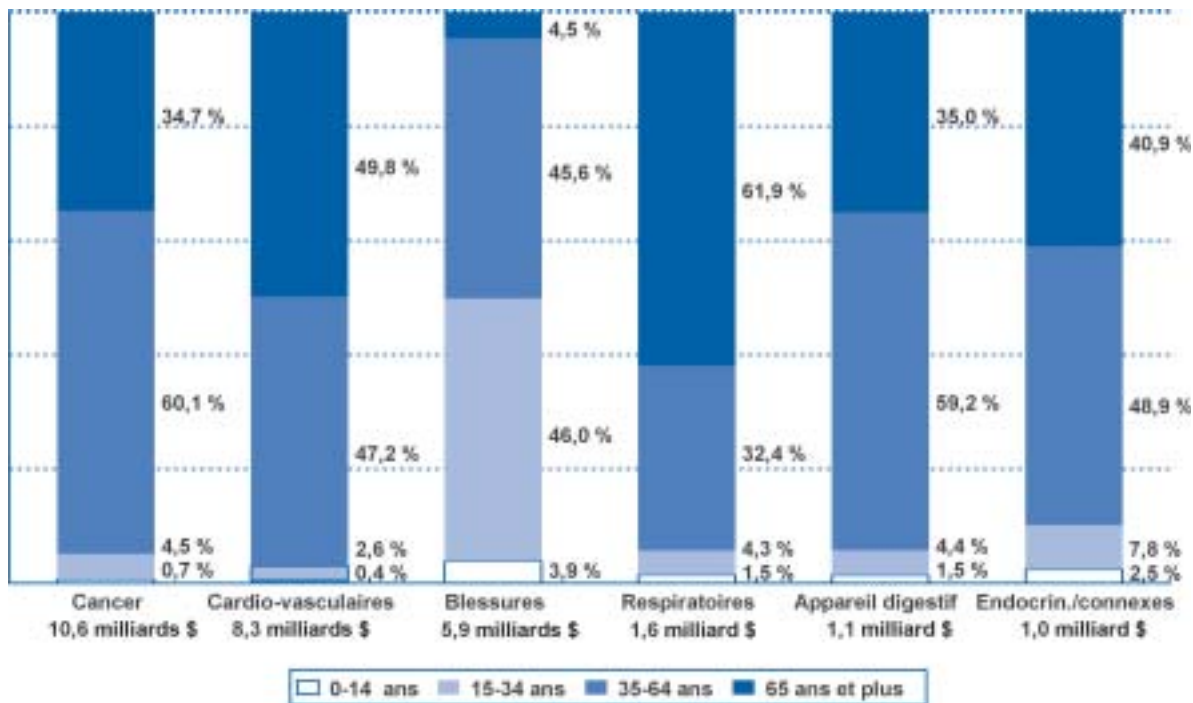
La figure 11 présente la répartition par âge du coût de la mortalité pour les six principales catégories de diagnostics. Près de la moitié du coût de la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires et plus de la moitié du coût de la mortalité associée aux maladies respiratoires sont imputables aux personnes âgées. Le groupe des adultes de 35 à 64 ans engendre approximativement 60 % du coût de la mortalité associée au cancer et aux maladies de l'appareil digestif, et environ la moitié du coût de la mortalité associée aux maladies endocriniennes et connexes. Les groupes des 15 à 34 ans et des 34 à 64 ans engendrent plus de 90 % du coût de la mortalité attribuable aux blessures.

Figure 10 : Coût de la mortalité pour certaines catégories de diagnostics, par sexe, au Canada*, 1998



* Basé sur un coût total de la mortalité de 33,5 milliards de dollars, correspondant à la valeur actualisée de la production future perdue attribuable à la mortalité prématurée, selon un taux d'actualisation de 5 %.

Figure 11 : Coût de la mortalité pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés, par groupe d'âge, au Canada, 1998

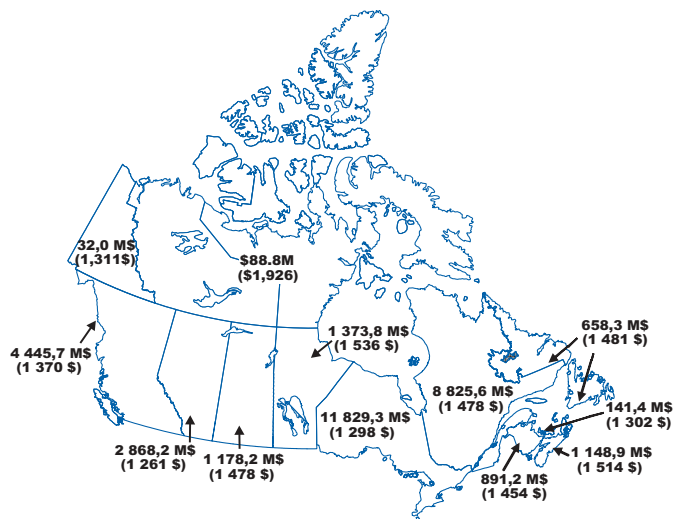


Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Répartition par province/territoire

La répartition géographique du coût total de la mortalité est la suivante : provinces de l'Atlantique 9 %; Québec 26 %; Ontario 35 %; provinces des Prairies 16 %; Colombie-Britannique 13 %; et Territoires du Nord-Ouest et Yukon 1 %. La carte 7 présente la répartition du coût de la mortalité selon les provinces/territoires. L'Ontario (11,8 milliards), le Québec (8,8 milliards) et la Colombie-Britannique (4,4 milliards) accaparent environ 75 % du coût total de la mortalité. À l'exception des T.N.-O., le coût par habitant (pour la population âgée de plus de 15 ans en 1998) est toutefois assez uniforme (variant de 1 261 \$ en Alberta à 1 536 \$ au Manitoba, la moyenne étant de 1 451 \$).

Carte 7 - Coût de la mortalité par province/territoire au Canada, 1998



Légende : Coût total (M désigne millions de dollars)
(Coût par habitant – basé sur la population âgée de 15+, 1998)

Points à souligner

La valeur actualisée en 1998 de la production perdue attribuable à la mortalité prématurée est de 33,5 milliards de dollars. De ces 33,5 milliards, 13,5 milliards sont attribuables au travail rémunéré et 20,1 milliards représentent notre estimation du travail non rémunéré aussi bien pour les personnes actives que pour les personnes ne faisant pas partie de la population active (i.e. la valeur du marché imputée au travail ménager). Il importe de souligner que même si des données et des méthodes plus raffinées ont été utilisées par rapport aux versions précédentes pour le calcul du coût de la mortalité, ces estimations sont hautement sensibles aux hypothèses énoncées dans le présent chapitre.

La diminution apparente du coût de la mortalité entre 1993 et 1998 pourrait indiquer des variations des taux de mortalité et de la répartition de la population, mais les différences méthodologiques exposées ci-après compliquent les comparaisons entre les deux estimations.

Tout comme en 1993⁽¹³⁾, le manque à gagner sur le marché du travail et la perte au titre du travail non rémunéré ont tous deux été estimés pour calculer le coût de la mortalité prématurée. Pour 1998, le calcul du reste de la production sur toute la durée de vie a été raffiné pour tenir compte du travail non rémunéré aussi bien des personnes actives que de celles qui ne sont pas sur le marché du travail.

L'estimation de la valeur de la production perdue en 1998 est également influencée par des modifications des paramètres utilisés pour l'estimation. Les estimations de 1998 utilisent des évaluations plus récentes des probabilités de survie, du revenu et du travail non rémunéré. De plus, un taux d'actualisation de 5 % a été utilisé plutôt que le taux de 6 % employé dans l'étude FEMC 1993⁽¹³⁾, et ce taux inférieur a pour effet d'accroître quelque peu les estimations en comparaison de celles de 1993. Les estimations de 1998 utilisent également un taux de revenu supplémentaire plus élevé. De plus, le revenu supplémentaire n'était pas actualisé dans l'étude FEMC 1993, de sorte que l'estimation obtenue est un peu moins élevée que celle produite par les méthodes de 1993.

Les estimations de la mortalité incluent la valeur actualisée des pertes de production futures ainsi que celles subies l'année du décès. Il s'agit d'une approche classique pour mesurer la production perdue attribuable à la mortalité prématurée; toutefois, cette approche a été contestée ces dernières années et devrait faire l'objet d'un examen plus approfondi⁽¹⁴⁾.

Un taux annuel moyen de croissance de la productivité du travail (TCPT) de 1,1 % a été utilisé. Fondé sur les plus récentes estimations historiques de Statistique Canada de la croissance annuelle de la productivité du travail (moyenne de 1,1 % pour les dix dernières années⁽⁷⁾), ce taux est prudent en comparaison de l'augmentation annuelle moyenne de 1,3 % prévue par Le Conference Board du Canada pour les cinq prochaines années⁽¹⁵⁾.

Références

1. Rce DP, Kelman S, Miller LS, Dunmeyer S (1990). *The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness*. Contract 283-87-0007 for US Department of Health and Human Services, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration. San Francisco: Institute for Health and Aging, University of California.
2. Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC (1996). *Cost effectiveness in health and medicine*. Oxford University Press, 230-3.
3. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW (1997). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, 2nd edition. Oxford University Press, 72-3.
4. Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS) (1997). *Lignes directrices pour l'évaluation économique des produits pharmaceutiques*. Canada, 2e éd.
5. Santé Canada (1997). *Cancer Incidence Morbidity and Mortality (CIMM) Database*. Cause de décès par âge, sexe et province selon les principales catégories et sous-catégories de diagnostics 1997. [totalisations personnalisées]

6. Santé Canada. *Cancer Incidence Morbidity and Mortality (CIMM) Database. Tables de mortalités abrégées selon l'âge, le sexe et la province: 1997* [totalisations personnalisées]
7. Statistique Canada, Division de la statistique du revenu (1997). *1997 Enquête sur les finances des consommateurs*. Nombre et revenu moyen des travailleurs selon le sexe, groupe d'âge et type de travail [totalisations personnalisées].
8. Statistique Canada. Taux de croissance de la productivité du travail: taux moyen annuel sur 10 ans. *The Daily*, June 30, 1999 and May 1st, 2000, Statistics Canada. (Estimation du taux de croissance de la productivité du travail 2000-2004, Le Conference Board du Canada).
9. Statistique Canada (1998). *Enquête sociale générale 1996*.
10. Statistique Canada (1996). *1996 Recensement*.
11. Statistique Canada, Division de comptes des revenus et de dépenses. [totalisations personnalisées]
12. Statistique Canada, Comptes de revenus et dépenses nationales (CNRD) (1999). Estimations du revenu du travail, estimations mensuelles. Taux de revenu du travail non désaisonnalisé. (N au catalogue 13F0016XPB)
13. Moore R, Mao Y, Zhang J, Clarke K (1997). *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993*. Ottawa : Association canadienne de santé publique.
14. Brown MG (1999). *Economic consequences of chronic illness: accounting do's, don'ts, and maybe's*. Paper presented at the 8th Annual Canadian Health Economics Research Association Conference, Edmonton.
15. Le Conference Board du Canada (2000). Estimations non-publiées sur des données de production privée et non-agricole provenant de la *Medium-term Canadian Forecast Database*.

Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée

Méthodes

La valeur de la production perdue attribuable à l'incapacité de longue durée en 1998 a été calculée aussi bien pour les personnes vivant dans les ménages que pour celles vivant en établissement.

Le volet sur les ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997 fournit le nombre de personnes qui ont fait état d'une incapacité de longue durée pour chaque catégorie de diagnostics, ainsi que par âge, sexe et province/territoire⁽¹⁾. L'incapacité de longue durée est définie comme une restriction des activités qui a duré ou devrait durer au moins six mois. Pour le calcul de la perte de production, des facteurs de pondération reflétant divers niveaux d'incapacité ont été attribués aux chiffres de l'ENSP, en fonction des pertes d'autonomie propres à chaque diagnostic, d'après les données de l'Enquête sociale et de santé du Québec de 1992-1993 (ESSQ)⁽²⁾²⁴. Un facteur de pondération de 0,8 a été attribué pour les cas d'incapacité de longue durée classés comme très graves, de 0,5 pour les cas assez graves, de 0,3 pour les cas assez importants et de 0,0 pour les cas mineurs (voir l'annexe 5). Les chiffres ont également été ajustés en fonction de la durée annuelle moyenne d'incapacité propre à chaque diagnostic, également obtenue de l'ESSQ⁽³⁾.

Le volet de l'ENSP concernant les personnes en établissement fournit des données sur le nombre de personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée au Canada selon l'âge, le sexe et la cause de restriction des activités^(4,5). Les facteurs de pondération relatifs à la perte de production ont été attribués en fonction de la restriction des activités, telle qu'elle figure dans le volet sur les personnes en établissement de l'ENSP⁽⁴⁾. Un facteur de pondération de 0,8 a été attribué pour les cas d'incapacité de longue durée classés comme très graves et de 0,3 pour les cas qui ont été considérés comme mineurs (voir l'annexe 5). Puisque le facteur de pondération relatif à la perte de production est attribué de façon arbitraire, des

analyses de sensibilité ont été faites pour évaluer l'effet de variations de cette pondération.

Les estimations rajustées de l'incapacité de longue durée pour les personnes vivant dans les ménages et celles vivant en établissement ont alors été multipliées par des valeurs moyennes par âge et par sexe du travail rémunéré et non rémunéré^(6,7). Ces valeurs du travail par âge et par sexe découlent du revenu annuel moyen⁽⁶⁾, du taux moyen de revenu supplémentaire⁽⁷⁾ et d'une estimation calculée de la valeur moyenne du travail non rémunéré en 1998 (voir la section Méthodes du chapitre « Coût de la mortalité » pour plus de détails), toutes ces valeurs étant rajustées pour tenir compte de la répartition des taux de participation au marché du travail et au travail non rémunéré⁽⁶⁾. La somme des produits résultants a ensuite été faite pour obtenir la valeur de la production perdue attribuable à l'incapacité de longue durée par âge, sexe, diagnostic et province/territoire.

Les estimations du coût de l'incapacité de longue durée reflètent seulement les pertes survenant en 1998, et non celles des années futures.

Hypothèses

- La perte de production attribuable à l'incapacité de longue durée est déterminée d'après le principal problème de santé (code de la CIM-9) causant la restriction des activités, tel qu'indiqué dans l'ENSP.
- La répartition par catégorie de diagnostics de la perte d'autonomie et de la durée moyenne annuelle de l'incapacité qui est tirée de l'ESSQ de 1992-1993 est représentative de la population des ménages canadiens en 1998.
- L'estimation de la durée moyenne annuelle de séjour en établissement tirée des données transversales de l'ENSP de 1996-1997 est représentative de la population canadienne des personnes vivant en établissement pour 1998.

24 L'ESSQ définit l'incapacité de longue durée comme la présence d'une restriction des activités dont la durée ne devrait pas dépasser 100 jours.

- Les personnes ayant une incapacité et vivant en établissement ont le même potentiel de production économique annuelle moyenne que les membres des ménages.
- Le revenu annuel moyen en 1998 de tous les bénéficiaires d'un revenu d'emploi offre une estimation raisonnable du revenu perdu.
- Les revenus provenant du travail ont été ajustés pour tenir compte des compléments de salaire. Le taux de revenu supplémentaire du travail pour 1998 (14,05 % ± 1,9 % selon la province ou le territoire) est supposé être le même pour tous les groupes (âge, sexe et répartition géographique).

Limites

- Le coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée est basé sur les principales catégories de diagnostics, et les données ne permettent pas d'évaluer les répercussions des maladies concomitantes.
- Les facteurs de pondération relatifs à la perte de production ont été attribués de façon arbitraire et les estimations sont sensibles à des variations de la pondération.
- On ne dispose pas de données récentes pour estimer les pertes de production liées à l'incapacité selon les principales catégories de diagnostics.
- On ne dispose pas d'estimations de la valeur de la production pour les enfants de moins de 15 ans, de sorte que les estimations finales n'incluent pas un coût de l'incapacité de longue durée pour ce groupe d'âge.
- Le revenu moyen et la valeur du travail non rémunéré sont estimés pour des groupes d'âge de cinq ans allant jusqu'à 85 ans.
- Le revenu d'emploi et la valeur du travail non rémunéré chez les personnes de 85 ans et plus ne sont pas désagrégés en raison de la petite taille des échantillons.
- Le fait d'appliquer la répartition de l'incapacité de longue durée par catégorie de diagnostics telle que présentée dans l'ESSQ aux répartitions de l'ENSP de l'incapacité de longue durée peut introduire un biais dans les estimations. Les données de l'ESSQ de 1992-1993 peuvent ne pas être représentatives de la population canadienne en 1998.
- Bien que la définition d'incapacité de longue durée diffère légèrement entre l'ESSQ et l'ENSP (3 mois contre 6 mois), la durée moyenne effective de l'incapacité pour l'ensemble des catégories de maladie de l'ESSQ était très longue (environ 11 mois).
- Les catégories de diagnostics « complications de la grossesse » et « maladies périnatales » ne sont pas présentées séparément et sont incluses dans la catégorie « autres », parce que les faibles nombres dans les résultats de l'ENSP ne permettent pas la présentation des données.
- Il n'y a pas eu de totalisations par province/territoire pour le volet des personnes en établissement de l'ENSP.
- Le système de codage utilisé pour les maladies musculo-squelettiques dans l'ENSP ne permet pas de différencier suffisamment les affections pouvant être dues principalement à des blessures et non à un état arthritique.
- Tandis que le temps perdu relié au marché du travail est reflété dans les coûts indirects des différentes maladies, le temps perdu en scolarité n'est pas pris en considération dans la présente étude. Les occasions de revenus futures liées aux cas de maladie entraînant un temps perdu en scolarité ne sont pas non plus prises en compte.

Résultats

La valeur estimative de la production perdue attribuable à l'incapacité de longue durée en 1998 est de 32,2 milliards de dollars. De ce total, 1,9 milliard de dollars sont attribuables à la population vivant en établissement.

Si des estimations médianes avaient été employées pour les facteurs de pondération relatifs à la perte de production comme dans l'étude FEMC 1993⁽⁸⁾, la perte de production estimative attribuable à l'incapacité de longue durée aurait été de 37,6 milliards; si les facteurs de pondération relatifs à la perte de production les plus élevés pour un niveau donné de gravité avaient été utilisés, l'estimation totale aurait été de 42,9 milliards.

Répartition par catégorie/sous-catégorie de diagnostics

Les maladies musculo-squelettiques sont la principale cause de l'incapacité, représentant environ 39 % du coût de l'incapacité de longue durée (12,6 milliards), suivies des maladies du système nerveux (12,9 %, 4,2 milliards), des maladies cardio-vasculaires (9,8 %, 3,2 milliards), des troubles mentaux (7,0 %, 2,3 milliards), des blessures (5,7 %, 1,8 milliard) et des maladies respiratoires (3,1 %, 1,0 milliard) (voir le tableau 13).

Parmi les maladies musculo-squelettiques, l'arthrite représente plus du quart du coût de l'incapacité de longue durée. Les troubles de l'ouïe et de la vue représentent plus de 30 % des maladies du système nerveux. Environ 13 % du coût de l'incapacité de longue durée lié aux maladies cardio-vasculaires est attribuable aux accidents vasculaires cérébraux. Aussi, 19 % du coût lié aux troubles mentaux est attribuable aux troubles dépressifs, 69 % du coût lié aux maladies respiratoires est attribuable à l'asthme et 65 % du coût lié aux maladies endocriniennes est attribuable au diabète (voir le tableau 14).

Tableau 13
Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée par catégorie de diagnostics au Canada, 1998

Catégorie de diagnostics	Coût en 1998 (millions)	% du total
Anomalies congénitales	172,4	0,5
Maladies du sang	103,2	0,3
Cancer	962,3	3,0
Maladies cardio-vasculaires	3 151,5	9,8
Maladies de l'appareil digestif	487,5	1,5
Maladies endocriniennes et connexes	815,7	2,5
Maladies génito-urinaires	166,3	0,5
États morbides mal définis	1 485,2	4,6
Maladies infectieuses et parasitaires	268,8	0,8
Blessures	1 833,7	5,7
Troubles mentaux	2 246,8	7,0
Maladies musculo-squelettiques	12 597,0	39,1
Maladies du système nerveux et des organes des sens	4 155,3	12,9
Maladies respiratoires	985,1	3,1
Maladies de la peau et maladies connexes	122,2	0,4
Soins aux bien-portants ¹	1 821,9	5,7
Autres ²	683,8	2,1
Non attribuable ³	120,0	0,4
Total	32 178,7	100,0

1 Comprend les observations pour lesquelles la période d'Incapacité n'a pu être attribuée à une maladie ou à un traumatisme particulier, par exemple une période d'Incapacité liée à l'utilisation de services de santé (avoir des visites à domicile en période de convalescence) ou à un facteur influant sur l'état de santé général (alcoolisme/toxicomanie).

2 Comprend les catégories diagnostiques pour lesquelles les nombres étaient trop faibles pour être présentés, notamment les complications de la grossesse et les affections périnatales.

3 Comprend les observations pour lesquelles l'Incapacité n'était pas précisée.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Tableau 14
**Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de
longue durée pour certaines catégories/
sous-catégories de diagnostics au Canada*, 1998**

Catégorie/sous-catégorie diagnostique	Coût en 1998 (millions)	% du total de la catégorie	% du total
Maladies cardio-vasculaires			
Infarctus aigu du myocarde (IAM)	221.3	7.0	0.7
Maladies vasculaires cérébrales (autres que les accidents vasculaires cérébraux)	71.8	2.3	0.2
Cardiopathies ischémiques autres que l'IAM	346.6	11.0	1.1
Accidents vasculaires cérébraux	415.7	13.2	1.3
Autres sous-catégories	2,096.0	66.5	6.5
Total de la catégorie	3,151.5	100.0	
Maladies endocriniennes et connexes			
Diabète	529.1	64.9	1.6
Autres sous-catégories	286.6	35.1	0.9
Total de la catégorie	815.7	100.0	
Troubles mentaux			
Troubles dépressifs	425.2	18.9	1.3
Autres sous-catégories	1,821.6	81.1	5.6
Total de la catégorie	2,246.8	100.0	
Maladies musculo-squelettiques			
Arthrite	3,375.5	26.8	10.5
Dos et colonne vertébrale	4,722.8	37.5	14.7
Hanches	173.8	1.4	0.5
Membres inférieurs	1,411.0	11.2	4.4
Membres supérieurs	857.2	6.8	2.7
Autres sous-catégories	2,056.7	16.3	6.4
Total de la catégorie	12,597.0	100.0	
Maladies du système nerveux et des organes des sens			
Maladie d'Alzheimer ¹	178.2	4.3	0.5
Troubles de l'ouïe	685.0	16.5	2.1
Troubles de la vue	633.2	15.2	2.0
Autres sous-catégories	2,658.9	64.0	8.3
Total de la catégorie	4,155.3	100.0	
Maladies respiratoires			
Asthme	679.3	69.0	2.1
MPOC (autres que l'asthme)	160.8	16.3	0.5
Autres sous-catégories	145.0	14.7	0.4
Total de la catégorie	985.1	100.0	

Catégorie/sous-catégorie diagnostique	Coût en 1998 (millions)	% du total de la catégorie	% du total
Toutes les autres catégories de diagnostics	7,468.6	23.2	
Autres	120.0	0.4	
Non attribuable	683.8	2.1	
Total	32,178.7		100.0

* Seules les catégories pour lesquelles les nombres étaient suffisants (ENSP) ont pu être estimées.

¹ Les données sur la maladie d'Alzheimer n'ont pu être estimées pour le volet sur les ménages de l'ENSP, et la présente estimation représente la population vivant en établissement seulement.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

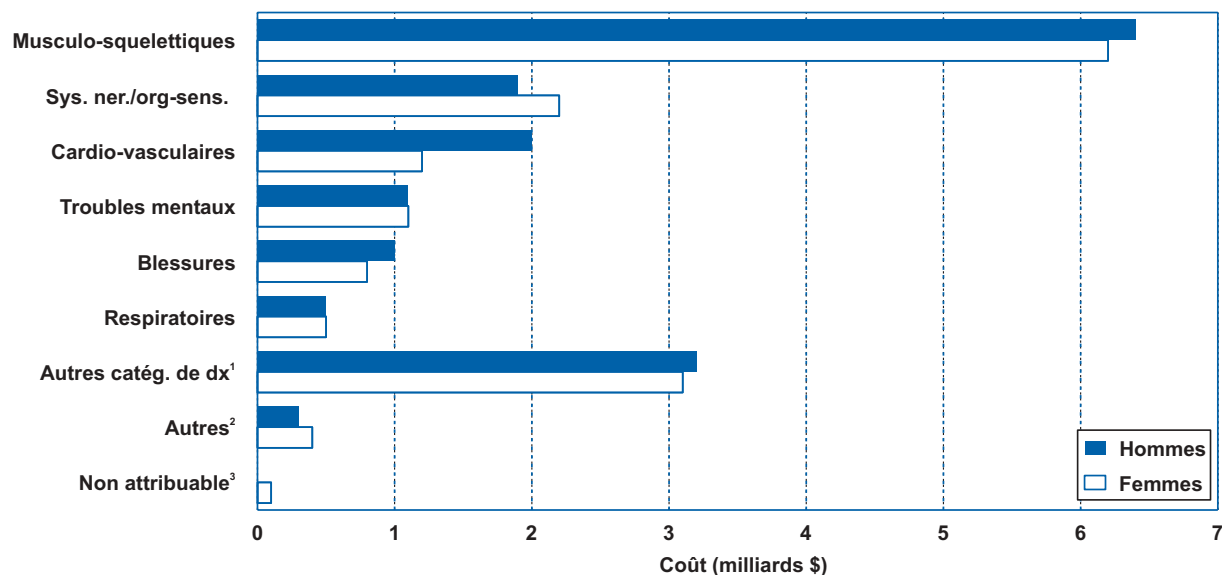
Répartition par sexe

La figure 12 démontre que les maladies musculo-squelettiques, les maladies du système nerveux et les maladies cardio-vasculaires sont les trois principales causes d'incapacité de longue durée aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Le coût de l'incapacité lié aux maladies musculo-squelettiques, cardio-vasculaires et blessures est plus élevé chez les hommes, alors que le coût lié aux maladies du système nerveux est plus élevé chez les femmes. Le coût de l'incapacité lié aux troubles mentaux et aux maladies respiratoires est approximativement le même pour les hommes et les femmes; toutefois, le coût lié aux blessures est plus élevé chez les hommes.

Répartition par groupe d'âge

Près des deux tiers du coût de l'incapacité de longue durée est attribuable au groupe des 35 à 64 ans. Les maladies musculo-squelettiques sont la principale cause du coût de l'incapacité de longue durée pour tous les groupes d'âge combinés. Dans le groupe des 35 à 64 ans, les maladies du système nerveux, les maladies cardio-vasculaires et les blessures sont les causes qui viennent aux rangs suivants. Dans le groupe des 15 à 34 ans, les causes qui viennent ensuite sont les maladies du système nerveux, les troubles mentaux et les blessures. Enfin, les maladies cardio-vasculaires, les maladies du système nerveux et les blessures viennent après les maladies musculo-squelettiques comme causes principales du coût de l'incapacité de longue durée chez les personnes âgées.

Figure 12 : Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée par catégorie de diagnostics et sexe au Canada*, 1998



* Basé sur un coût total de l'incapacité de longue durée de 32,2 milliards de dollars.

1 Désigne l'ensemble des autres catégories de diagnostics.

2 Comprend des données pour lesquelles aucun code de diagnostics n'était fourni, ou des données groupées en raison de faibles nombres. Pour plus de détails, voir la troisième note du tableau 2.

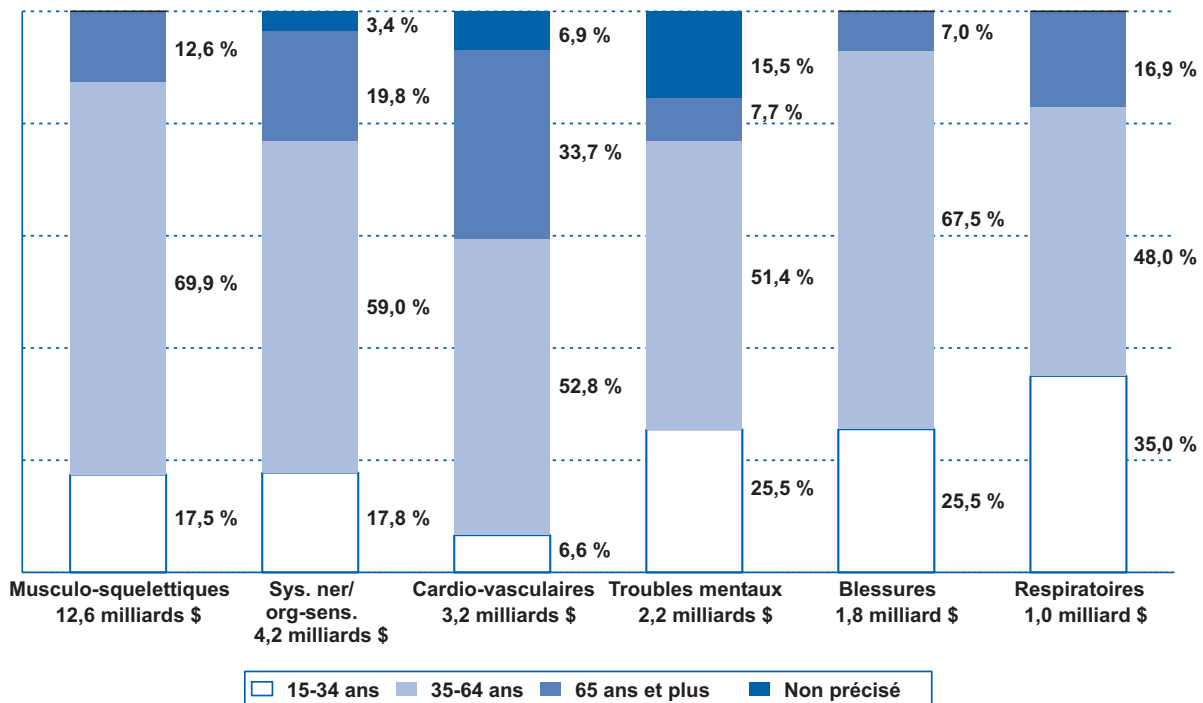
3 Comprend des données qui ne peut être réparties par code CIM-9. Pour plus de détails, voir la quatrième note du tableau 2.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

La figure 13 présente la répartition par âge du coût de l'incapacité de longue durée pour les six principales catégories de diagnostics. Dans le cas des maladies cardio-vasculaires, les personnes âgées sont à l'origine de plus du tiers du coût de l'incapacité de longue durée. Le groupe des 35 à 64 ans engendre plus de la moitié du coût de l'incapacité de longue durée dans chacune des cinq principales catégories de diagnostics (maladies musculo-squelettiques, maladies du système

nerveux, maladies cardio-vasculaires, troubles mentaux et blessures) et près de la moitié du coût de l'incapacité de longue durée pour les maladies respiratoires. Plus du quart du coût de l'incapacité de longue durée associée à des troubles mentaux, à des blessures et à des maladies respiratoires est imputable aux adultes de 15 à 34 ans.

Figure 13 : Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés, par groupe d'âge, au Canada, 1998

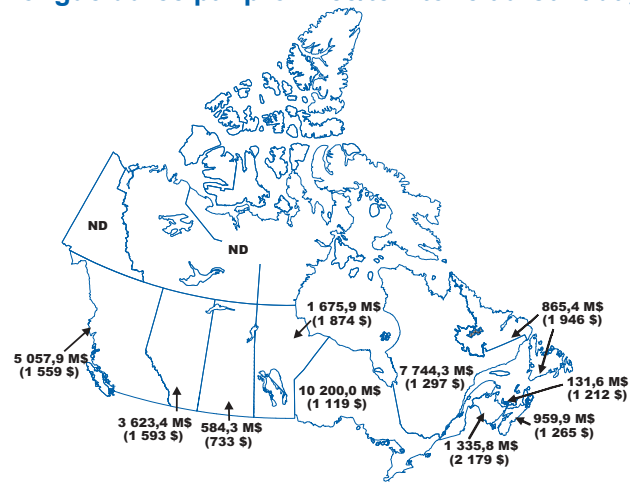


Note: Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Répartition par province/ territoire

La répartition géographique du coût de l'incapacité de longue durée (pour la population des ménages seulement) est la suivante : provinces de l'Atlantique 10 %; Québec 24 %; Ontario 32 %; provinces des Prairies 18 %; Colombie-Britannique 16 %. La carte 8 présente la répartition du coût de l'incapacité de longue durée par province (les données ne sont pas disponibles pour les territoires). L'Ontario (10,2 milliards), le Québec (7,7 milliards) et la Colombie-Britannique (5,1 milliards) sont à l'origine d'environ 70 % du coût total de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée. À l'exception de la Saskatchewan, de Terre-Neuve et du Nouveau-Brunswick, le coût par habitant (pour la population âgée de plus de 15 ans en

Carte 8 – Coût de la morbidité attribuable à l'invalidité de longue durée par province/territoire au Canada, 1998



Légende : Coût total (M désigne millions de dollars)
(Coût par habitant – basé sur la population âgée de 15+, 1998)

1998) est assez uniforme, variant de 1 119 \$ en Ontario à 1 874 \$ au Manitoba (la moyenne étant de 1 417 \$).

Points à souligner

Les différences entre les estimations présentées dans l'étude FEMC 1993⁽⁸⁾ et FEMC 1998 s'expliquent en partie par les données sur la prévalence de la restriction des activités incluses dans l'ENSP, qui varient entre les versions et les cycles.

Par rapport à l'étude FEMC 1993⁽⁸⁾, les estimations de l'incapacité de longue durée en 1998 diffèrent également pour les raisons suivantes :

- les facteurs de pondération relatifs à la perte de production utilisés;
- les estimations des revenus;
- une distinction est faite entre les personnes actives et celles qui ne sont pas sur le marché du travail dans l'estimation du travail non rémunéré; et
- les facteurs de pondération relatifs à la perte de production calculés et attribués par catégorie de diagnostics plutôt que par âge.

Références

1. Statistique Canada, Division de la statistique sur la santé (1998). *Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), Composante des ménages, 1996-97* Nombre pondéré d'individus ayant déclaré une restriction d'activité prolongée selon l'âge, le sexe, la province/territoire et la cause principale. [totalisations personnalisées]
2. Santé Québec. Enquête sociale et de santé 1992-1993 Répartition de l'incapacité de longue durée selon la cause d'incapacité et le niveau de perte d'autonomie. [totalisations personnalisées]
3. Santé Québec. Enquête sociale et de santé 1992-1993. Durée annuelle moyenne de l'incapacité de longue durée: les ménages [totalisations personnalisées]
4. Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) 1996-97, La composante des établissements (1998). Nombre estimé de personnes vivant dans des établissements de soins prolongés selon l'âge, le sexe et la cause principale de la restriction d'activité prolongée [totalisations personnalisées]
5. Statistique Canada, Recensement de 1996. Répartition des personnes en milieu hospitalier et autres établissements connexes selon l'âge, le sexe, et la province/territoire [totalisations personnalisées]
6. Statistique Canada, Division de la statistique du revenu. *Enquête sur les finances des consommateurs (EFC) 1993-1997*. Nombre de soutiens économiques et leur revenu moyen selon le sexe, le groupe d'âge et l'emploi, 1997 [totalisations personnalisées]
7. Statistique Canada, Comptes de revenus et dépenses nationales (CNRD) (1999). Estimations du revenu du travail, estimations mensuelles. Taux de revenu du travail non désaisonnalisé. (N au catalogue 13F0016XPB)
8. Moore R, Mao Y, Zhang J, Clarke K (1997). *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993*. Ottawa : Association canadienne de santé publique.

Limites

- Le coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée est basé sur le diagnostic primaire et les données ne permettent pas d'évaluer l'impact des maladies concomitantes.
- On ne dispose pas d'estimations de la valeur de la production pour les enfants (groupe des moins de 15 ans). Une grande proportion des cas relevés d'incapacité de courte durée sont des enfants de moins de 15 ans; toutefois, aucune perte de production ne peut être comptabilisée pour ce groupe d'âge en raison de l'absence d'estimations de la valeur du travail.
- Le revenu moyen et la valeur du travail non rémunéré sont estimés pour des groupes d'âge de cinq ans allant jusqu'à 85 ans.
- Le revenu d'emploi et la valeur du travail non rémunéré chez les personnes de 85 ans et plus ne sont pas désagrégés en raison de la petite taille des échantillons.
- Le fait d'appliquer la répartition de l'incapacité de courte durée par catégorie de diagnostics telle que présentée dans l'ESSQ aux répartitions de l'ENSP de l'incapacité de courte durée peut introduire un biais dans les estimations. Les données de l'ESSQ de 1992-1993 peuvent ne pas être représentatives de la population canadienne en 1998.
- L'incapacité d'une durée de deux semaines à six mois n'est pas mesurée dans l'ENSP compte tenu que cette information n'était pas disponible au moment de l'étude. Ceci pourrait résulter en une sous-estimation du coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée.
- Les tendances par province/territoire du coût de l'incapacité de courte durée ne peuvent être analysées, car toutes les répartitions par catégorie de diagnostics sont présumées conformes à celle du Québec.
- L'effet de l'incapacité de courte durée pourrait être sous-estimé, car toutes les personnes déclarant une incapacité de longue durée dans l'ENSP et l'ESSQ sont exclues de l'analyse.
- Les facteurs de pondération relatifs à la perte de production ont été attribués de façon arbitraire et les estimations sont sensibles à des variations de la pondération.
- Alors que le temps perdu relié au marché du travail est reflété dans les coûts indirects des différentes maladies, le temps perdu en scolarité n'est pas pris en considération dans la présente étude. Les occasions de revenus futurs liées aux cas de maladie entraînant un temps perdu en scolarité ne sont pas non plus prises en compte.
- Les coûts liés à la diminution de production durant les heures de travail en raison d'un problème de santé (le « présentéisme ») ne sont pas mesurés.

Résultats

La perte totale de production attribuable à l'incapacité de courte durée est estimée à 9,8 milliards de dollars en 1998. Une analyse de sensibilité, dans laquelle on a fait varier la pondération de la production perdue pour les jours passés au lit, a donné une estimation de 10,3 milliards pour un facteur de pondération de 0,9, et de 10,7 milliards pour un facteur de pondération de 1,0.

Répartition par catégorie et sous-catégorie de diagnostics

Le tableau 15 démontre que les trois principales causes d'incapacité sont les maladies respiratoires (2,4 milliards, 24,8 %), les blessures (1,8 milliard, 17,9 %) et les maladies musculo-squelettiques (1,0 milliard, 10,3 %). Ces trois catégories représentent ensemble plus de la moitié du coût total de l'incapacité de courte durée en 1998.

Tableau 15
Coût de la morbidité attribuable à
l'incapacité de courte durée par catégorie
de diagnostics au Canada*, 1998

Catégorie de diagnostics	Coût en 1998 (millions)	% du coût de la morbidité de courte durée
Maladies du sang	48,8	0,5
Cancer	173,6	1,8
Maladies cardio-vasculaires	253,3	2,6
Maladies de l'appareil digestif	692,4	7,0
Maladies endocriniennes et connexes	51,7	0,5
Maladies génito-urinaires	430,5	4,4
États morbides mal définis	836,1	8,5
Maladies infectieuses et parasitaires	188,3	1,9
Blessures	1 753,0	17,9
Troubles mentaux	463,9	4,7
Maladies musculo-squelettiques	1 010,2	10,3
Maladies du système nerveux et des organes des sens	489,0	5,0
Affections périnatales	0	0,0
Grossesse	378,5	3,9
Maladies respiratoires	2 437,8	24,8
Maladies de la peau et maladies connexes	47,4	0,5
Soins aux bien-portants	553,0	5,6
Non attribuable ¹	11,9	0,1
Total	9 819,4	100,0

* Valeur annuelle de la productivité perdue.

1 Comprend les observations pour lesquelles l'Incapacité n'était pas précisée.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Le tableau 16 démontre que plus de 70 % du coût de l'incapacité de courte durée liée aux maladies respiratoires est attribuable à la pneumonie et à la grippe combinées (1,8 milliard). Les troubles

dépressifs représentent environ le quart des troubles mentaux (0,12 milliard), tandis que l'arthrite représente environ 10 % des maladies musculo-squelettiques (0,11 milliard).

Tableau 16
Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de
courte durée pour certaines catégories/
sous-catégories de diagnostics au Canada*, 1998

Catégorie/sous-catégorie de diagnostics	Coût en 1998 (millions)	% du total de la catégorie	% du total
Troubles mentaux			
Troubles dépressifs	118,0	25,4	1,2
Autres sous-catégories	345,9	74,6	3,5
Total de la catégorie	463,9	100,0	
Maladies musculo-squelettiques			
Arthrite	105,3	10,4	1,1
Autres sous-catégories	904,9	89,6	9,2
Total de la catégorie	1 010,2	100,0	
Maladies respiratoires			
Infections aiguës des voies respiratoires	243,2	10,0	2,5
MPOC	271,7	11,1	2,8
Pneumonie et grippe	1 763,3	72,3	18,0
Autres sous-catégories	159,6	6,5	1,6
Total de la catégorie	2 437,8	100,0	
Toutes les autres catégories de diagnostics			
Autres	0,0	0,0	
Non attribuable	11,9	0,1	
Total	9 819,4		100,0

* Seules les catégories pour lesquelles les nombres étaient suffisants (ENSP) ont pu être estimées.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

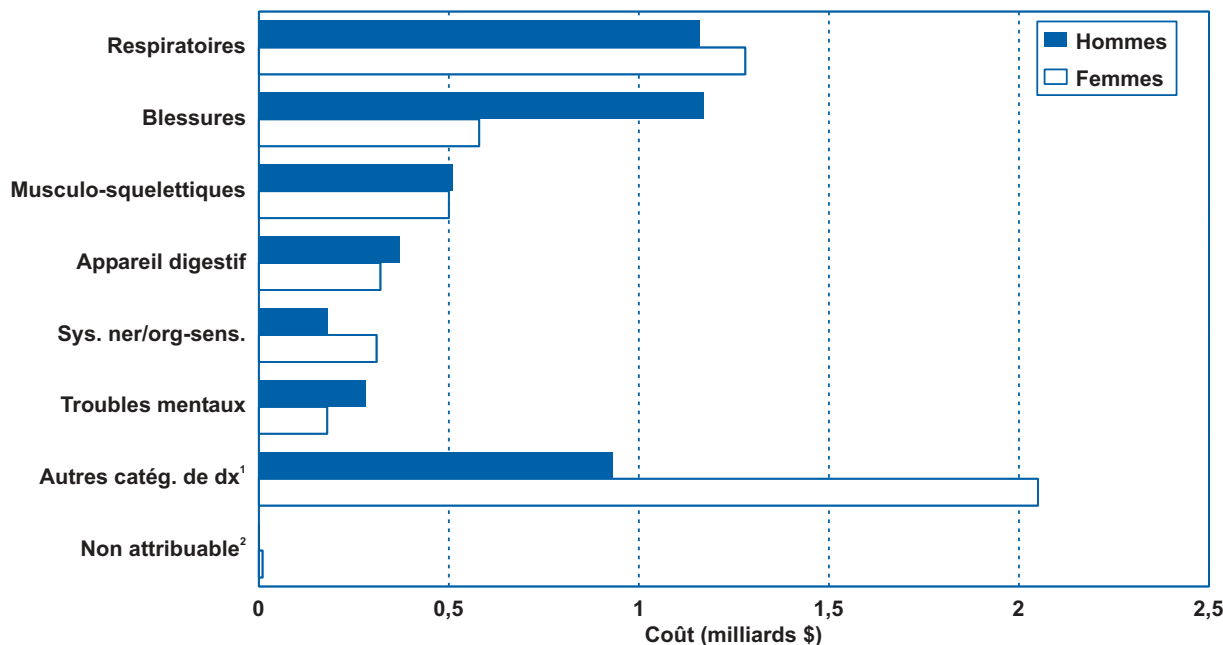
Répartition par sexe

Pour les six premières causes de l'incapacité de courte durée, les coûts sont plus élevés chez les femmes dans le cas des maladies respiratoires et des maladies du système nerveux. Le coût de l'incapacité de courte durée attribuable aux blessures est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (voir la figure 14).

Répartition par groupe d'âge

Tel qu'illustré dans la figure 15, dans chacune des six premières catégories de diagnostics, au moins la moitié du coût total de l'incapacité de courte durée est attribuable au groupe des 35 à 64 ans.

Figure 14 : Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée par catégorie de diagnostics et sexe au Canada*, 1998



* Basé sur un coût total de l'incapacité de courte durée de 9,8 milliards de dollars.

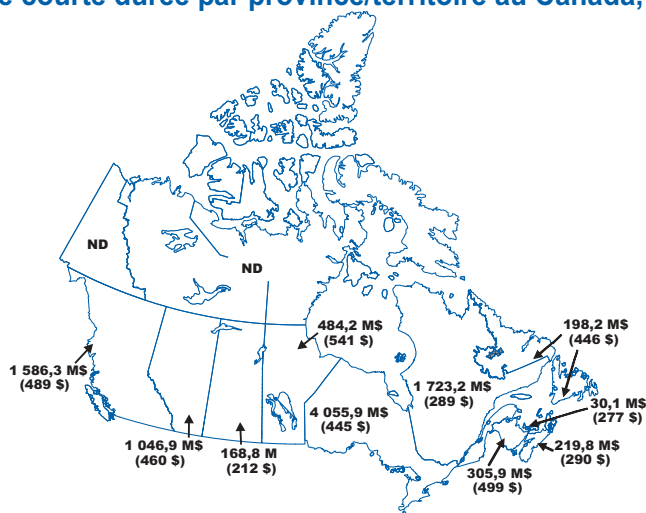
1 Désigne l'ensemble des autres catégories de diagnostics.

2 Comprend des données qui ne peut être réparties par code CIM-9. Pour plus de détails, voir la quatrième note du tableau 2.

Répartition par province/territoire

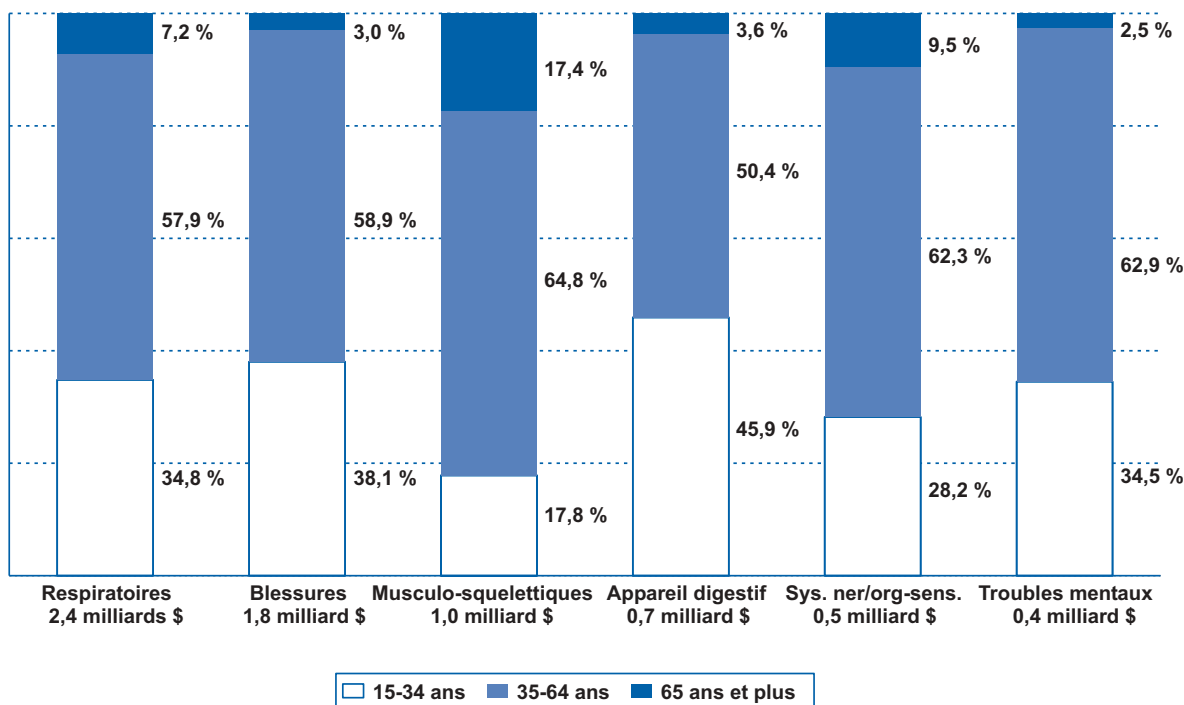
La carte 9 présente la répartition du coût de l'incapacité de courte durée par province (les données ne sont pas disponibles pour les territoires). L'Ontario (4,1 milliards), le Québec (1,7 milliard) et la Colombie-Britannique (1,6 milliard) engendrent les trois quarts environ du coût total de l'incapacité de courte durée au Canada. Le coût par habitant (pour la population âgée de plus de 15 ans en 1998), est cependant assez uniforme, variant d'un minimum de 212 \$ en Saskatchewan à un maximum de 541 \$ au Manitoba (la moyenne étant de 395 \$).

Carte 9 – Coût de la morbidité attribuable à l'invalidité de courte durée par province/territoire au Canada, 1998



Légende : Coût total (M désigne millions de dollars)
(Coût par habitant – basé sur la population âgée de 15+, 1998)

Figure 15 : Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés, par groupe d'âge, au Canada, 1998



Note : Du à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Points à souligner

L'étude FEMC 1993⁽⁵⁾ estimait à 17,5 milliards de dollars la valeur de la production perdue attribuable à l'incapacité de courte durée. Une comparaison des deux analyses permet de croire que les écarts entre les estimations s'expliquent principalement par les méthodes utilisées, et par un double compte possible des « jours de réduction d'une activité principale » dans l'étude antérieure.

Références

1. Statistique Canada, Division de la statistique sur la santé (2000). *Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), Composante ménages, 1996-97* [tableaux non-publiés]
2. Santé Québec (1993). *Enquête sociale et de santé du Québec (1992-1993)* [tableaux non-publiés]
3. Statistique Canada, Division de la statistique du revenu (1997). *Enquête sur les finances des consommateurs (EFC) 1993-1997*. Nombre de soutiens économiques et leur revenu moyen selon le sexe, le groupe d'âge et l'emploi, 1997 [totalisations personnalisées]
4. Statistique Canada, Comptes de revenus et dépenses nationales (CNRD) (1999). *Estimations du revenu du travail, estimations mensuelles. Taux de revenu du travail non désaisonnalisé*. (N au catalogue 13F0016XPB)
5. Moore R, Mao Y, Zhang J, Clarke K (1997). *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993*. Ottawa : Association canadienne de santé publique.

Discussion

Le rapport *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998* (FEMC 1998) présente une vue d'ensemble des méthodes et des résultats d'une analyse nationale sur le coût de la maladie, qui vise à estimer le fardeau de la maladie et des blessures pour la société canadienne.

Sauf pour le coût de la mortalité, une approche fondée sur la prévalence a été utilisée pour estimer tous les coûts directs et indirects attribuables aux cas existants (prévalence) de maladie, de blessures ou d'incapacité en 1998. Pour le coût de la mortalité, une approche du capital humain fondée sur l'incidence a été utilisée, qui est d'utilisation très courante dans les études sur le coût de la maladie. Ces approches utilisent de façon optimale les données d'enquête et les données administratives disponibles pour le calcul des coûts directs et indirects de base, et pour la répartition subséquente de ces coûts entre les principales catégories de diagnostics. Tandis que les catégories de diagnostics sont clairement définies et mutuellement exclusives (conformément aux chapitres de la CIM-9), les sous-catégories ont été regroupées de façon à refléter les maladies qui présentent un intérêt pour les programmes de Santé Canada ou les organismes non gouvernementaux. Cela rend difficile la présentation des données selon des groupes logiquement constitués et mutuellement exclusifs, un facteur à prendre en considération au moment d'interpréter les résultats.

L'étude FEMC 1998, s'appuyant sur l'expérience acquise dans la réalisation des deux éditions précédentes (FEMC 1993 et FEMC 1986), offre les nouveautés suivantes : ajout de nombreuses sous-catégories de diagnostics; information additionnelle selon l'âge, le sexe, la province, le territoire ou la région; données d'utilisation des soins de santé uniformisées, validées et plus complètes pour les coûts directs; et données et méthodes plus raffinées pour le calcul des coûts indirects (pour des exemples, voir les sections Points à souligner dans les chapitres traitant des

coûts indirects). Même si des méthodes plus raffinées pour le calcul des coûts indirects ont été utilisées, il faut garder à l'esprit que ces estimations s'appuient sur un certain nombre d'hypothèses qui influent sur les chiffres résultants. Afin d'évaluer les effets de ces hypothèses, certaines analyses de sensibilité ont été utilisées, ce qui a permis d'illustrer la gamme possible des estimations des coûts indirects.

Évolution dans le temps du fardeau économique de la maladie au Canada

Dans la présente étude, le coût total de la maladie au Canada en 1998 est estimé à 159,4 milliards de dollars : 84,0 milliards en coûts directs et 75,5 milliards en coûts indirects.

Selon les résultats FEMC de 1986, 1993 et 1998, le fardeau de la maladie au Canada (en dollars constants de 1998) semble s'être accru de 32 milliards (23,8 %) entre 1986 et 1993, puis avoir diminué de 7,9 milliards (4,7 %) entre 1993 et 1998. La baisse du coût total entre 1993 et 1998 est attribuable principalement aux changements apportés à la façon de calculer les coûts de l'incapacité de courte durée et de longue durée (voir le tableau 17 et la figure 16).

Les coûts directs en dollars constants ont progressé d'environ 6,7 milliards (9,6 %) entre 1986 et 1993, puis de 7,4 milliards (9,7 %) entre 1993 et 1998. Les coûts indirects ont augmenté de façon importante entre 1986 et 1993 (25,5 milliards, 39,0 %), puis ont diminué de 15,3 milliards (16,9 %) entre 1993 et 1998. L'augmentation des coûts directs et la diminution des coûts indirects entre 1993 et 1998 s'expliquent principalement par une hausse des coûts directs relatifs à la santé, notamment pour les médicaments de prescription et les soins médicaux, et par une baisse des coûts indirects due à la méthode modifiée de calcul des coûts de l'incapacité de courte et de longue durée.

Tableau 17
Fardeau économique de la maladie pour certaines catégories de diagnostics par composante
de coût au Canada, 1986, 1993, 1998* (en millions de dollars de 1998) **

Catégorie diagnostique	Coût en 1986**			Coût en 1993**			Coût en 1998**		
	Direct	Indirect	Total	Direct	Indirect	Total	Direct	Indirect	Total
Anomalies congénitales	260,0	493,6	753,6	325,7	356,4	682,1	175,8	530,2	706,0
Maladies du sang	262,8	272,5	535,3	292,4	184,6	477,0	213,4	245,1	458,5
Cancer	2 779,9	9 936,7	12 716,4	3 436,9	10 502,8	13 939,7	2 462,4	11 758,0	14 220,4
Maladies cardio-vasculaires	7 243,2	16 181,5	23 424,7	7 845,5	13 193,7	21 039,2	6 818,1	11 654,8	18 472,9
Maladies de l'appareil digestif	3 000,8	2 144,2	5 145,0	3 548,4	3 116,1	6 664,4	3 540,0	2 314,2	5 854,2
Maladies endocriniennes et connexes	1 136,1	1 507,3	2 643,4	1 422,7	2 225,2	3 647,9	1 584,6	1 879,7	3 464,3
Maladies génito-urinaires	2 048,2	321,2	2 369,4	2 398,1	838,3	3 236,4	2 597,3	916,5	3 513,8
États morbides mal définis ¹	1 902,2	7 425,4	9 327,6	1 974,3	2 685,0	4 659,3	1 760,3	3 917,0	5 677,3
Maladies infectieuses et parasitaires	610,4	216,9	827,3	839,2	1 980,7	2 819,9	909,0	1 212,3	121,3
Blessures	6 428,4	8 884,1	15 312,5	3 330,1	11 971,3	15 301,4	3 224,8	9 512,3	12 737,1
Troubles mentaux	3 709,9	1 823,0	5 532,9	5 388,9	2 973,4	8 362,2	4 680,8	3 190,7	7 871,5
Maladies musculo-squelettiques	2 526,6	8 935,5	11 462,1	\$2 624,1	16 352,3	18 976,4	2 648,4	13 732,8	16 381,2
Maladies du système nerveux et des organes de sens	2 993,8	2 052,4	5 046,2	\$2 402,0	7 810,3	10 212,3	2 822,5	5 478,2	8 300,7
Affections périnatales	190,5	407,4	597,9	\$588,1	354,0	942,1	305,8	298,4	604,2
Grossesse	2 388,9	4,2	2 393,1	2 159,9	736,3	2 896,2	1 297,1	390,8	1 687,9
Maladies respiratoires	3 388,7	4 541,5	7 930,2	4 040,4	8 954,0	12 944,5	3 461,4	5 069,7	8 531,1
Maladies de la peau et maladies connexes	1 015,1	169,6	1 184,7	951,4	130,5	1 081,9	1 474,3	188,3	1 662,6
Soins aux bien-portants	2 326,3	0,0	2 326,3	2 924,0	0,0	2 924,0	2 623,3	2 374,9	4 998,2
Total partiel	44 211,6	65 317,0	109 528,6	46 492,1	84 364,9	130 857,0	42 599,3	74 663,9	117 263,2
Autres ²	426,9	N/A	426,9	585,5	6 443,7	7 029,2	3 221,5	683,8	3 905,3
Non attribuable ³	25 152,4	N/A	25 152,4	29 443,6	N/A	29 443,6	38 134,1	131,9	38 266,0
Total	69 790,9	65 317,0	135 107,9	76 521,2	90 808,6	167 329,8	83 954,9	75 479,6	159 434,5

* Les comparaisons des résultats entre les différentes années (c.-à-d. 1986, 1993, 1998) doivent être faites avec prudence en raison des variations de la méthodologie ayant servi à établir ces résultats.

** Les dollars de 1986 et de 1993 sont corrigés pour tenir compte de l'inflation (ils sont convertis en dollars de 1998) au moyen des valeurs de l'indice des prix à la consommation (IPC) pour 1986 (78,1), 1993 (101,8) et 1998 (108,6) fournies par Statistique Canada.

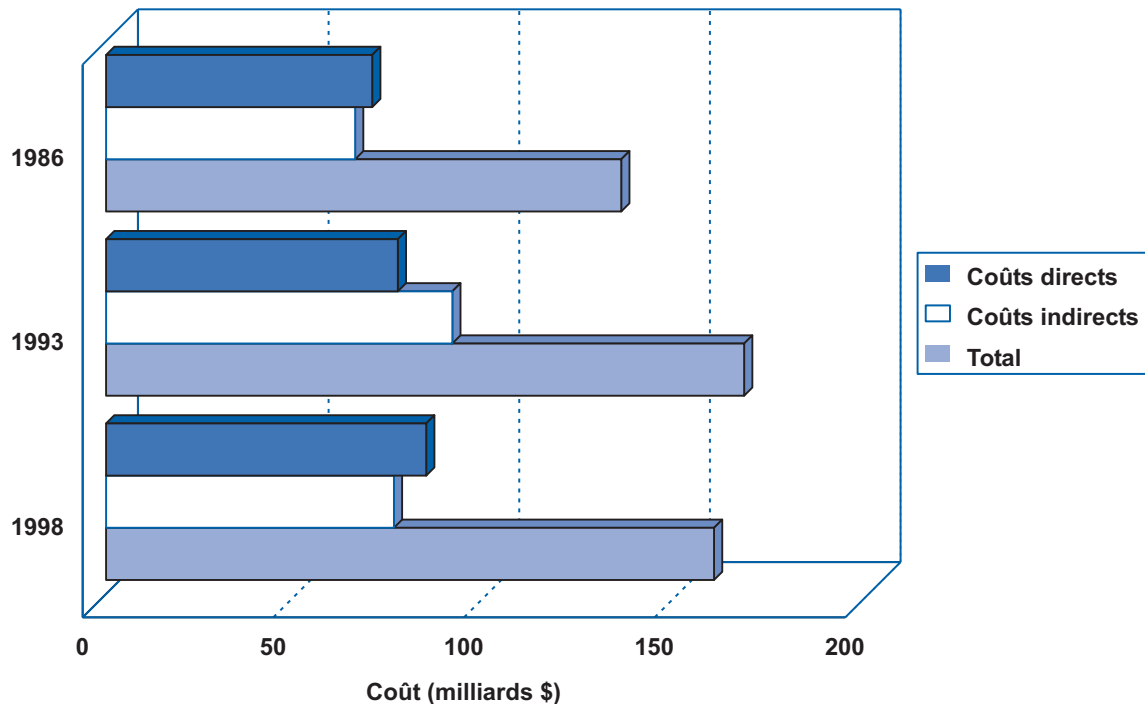
1 Comprend « autres » dans le cas des coûts indirects pour 1986 (c.-à-d. problèmes de santé trop peu importants pour être classés comme des problèmes de santé indépendants particuliers).

2 Comprend des données pour lesquelles aucun code diagnostique n'était fourni, ou des données groupées en raison de faibles nombres.

3 Comprend des données qui ne pouvaient être réparties par code CIM-9.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Figure 16 : Fardeau économique de la maladie au Canada en 1986, 1993 et 1998
(en dollars de 1998)*



* Les dollars de 1986 et 1993 sont corrigés en fonction de l'inflation au moyen des valeurs de l'indice des prix à la consommation (IPC) pour 1986 (78,1), 1993 (101,8) et 1998 (108,6) fournies par Statistique Canada.

Ces analyses comparatives doivent être interprétées avec prudence, en raison des changements et des améliorations apportés aux données et aux méthodes, d'une version à l'autre de l'étude FEMC, notamment en ce qui touche le coût des médicaments et le coût de la morbidité due à l'incapacité de courte et de longue durée (des détails additionnels sont fournis dans les chapitres respectifs du présent document). Il importe de souligner, toutefois, que même avec ces changements, le coût relatif de la maladie et des blessures est demeuré stable au fil du temps. Ainsi, à l'échelle nationale, quatre catégories de diagnostics imposent systématiquement le fardeau le plus lourd au chapitre des maladies et des blessures. Ces catégories sont les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les maladies musculo-squelettiques et les blessures. Les maladies cardio-vasculaires sont toujours celles qui contribuent le plus au fardeau de la maladie, quelle que soit la version de l'étude FEMC. Les maladies respiratoires se classaient dans

les cinq catégories les plus onéreuses dans la version de 1993 tout comme dans celle de 1998.

Fardeau économique de la maladie dans les provinces/territoires

Les études FEMC 1986 et 1993 ne fournissaient aucune donnée sur le coût de la maladie par province/territoire. Il est donc impossible de faire des comparaisons des données provinciales/territoriales sur le fardeau de la maladie. Les résultats pour 1998 montrent que l'Ontario, le Québec et la Colombie-Britannique contribuent ensemble à près de 75 % du fardeau de la maladie au Canada (voir la carte 1). Les coûts directs par habitant, toutefois, sont assez semblables, variant de 2 548 \$ au Nouveau-Brunswick à 3 262 \$ au Yukon. Les Territoires du Nord-Ouest, cependant, font exception, avec des coûts directs par habitant s'élevant à plus du double de la moyenne du reste des provinces/territoires (5 244 \$). L'explication de l'écart semble résider dans le coût plus élevé des

soins hospitaliers par habitant dans les Territoires du Nord-Ouest.

Politique de Santé Canada et résultats FEMC

Les estimations du présent rapport se fondent sur une documentation complète, uniformisée et des données validées, permettant de comparer de manière appropriée et efficace le coût des maladies et les états de santé au Canada. Les méthodes utilisées permettent de déterminer le « coût de renoncement »²⁶ que la maladie ou les blessures imposent à la société, en transposant les statistiques sur la maladie, les blessures et la mortalité prématurée en termes de coûts directs et indirects. Autrement dit, ces estimations sont une approximation du gain dont profiterait la société si les maladies et les blessures qui engendrent ces coûts au Canada seraient éliminées.

Ces estimations, utilisées de façon prudente et à la lumière d'indicateurs plus généraux du domaine de la santé, peuvent aider à analyser plus rigoureusement le fardeau relatif des principales maladies et blessures au Canada, ainsi que les répercussions de différentes interventions en matière de santé. Une information fiable sur ces paramètres fournit les pièces requises au dossier pour l'établissement des priorités, la planification des programmes, l'élaboration des politiques et la répartition efficace des ressources en santé.

Il importe de souligner que ces estimations portent sur le fardeau *économique* de la maladie et devraient idéalement être utilisées de concert avec d'autres indicateurs de la santé. Par exemple, des indicateurs comme l'incidence et la prévalence de la maladie et les taux de mortalité et de morbidité (ou des substituts comme les hospitalisations, les demandes de remboursement des médecins, l'utilisation des médicaments) sont couramment disponibles pour certaines maladies, mais pas toutes. De plus, des indicateurs plus généraux comme l'espérance de vie ajustée selon l'état de santé et les années de vie ajustées pour l'incapacité regroupent dans une même mesure des dimensions additionnelles touchant la qualité de vie, la durée de vie et les

préférences des patients. Une gamme plus vaste d'indicateurs, ayant trait notamment au fonctionnement quotidien et à d'autres aspects de la qualité de vie liée à la santé, permettrait d'élargir l'évaluation de la maladie et des blessures à d'autres dimensions du fardeau de la maladie.

Possibilités de travaux futurs

Pour accroître l'utilité de l'étude FEMC comme outil d'élaboration de politiques et disposer d'un tableau plus vaste et plus précis du coût de la maladie et des blessures au Canada, les options qui permettront de surmonter les limites et les défis que posent les données et la méthodologie actuelles doivent être explorées. D'abord, des initiatives devraient être développées afin de travailler en partenariat avec les provinces/territoires pour rendre plus accessibles et mieux comprendre les données sur la consommation des soins de santé associées à chaque maladie (en particulier le nombre de cas) et, ainsi, mieux tenir compte des coûts des différentes catégories et sous-catégories de maladies. Une telle information permettrait d'établir un coût par cas et de faire des comparaisons dans le temps entre les provinces et territoires, ce qui n'est pas possible actuellement. De plus, des données plus complètes sur les dépenses des programmes de santé provinciaux, territoriaux et fédéraux sont nécessaires afin d'en savoir davantage sur la répartition des dépenses de santé entre les programmes axés sur la santé de la population/la santé publique et les services de santé.

Deuxièmement, les coûts des maladies et des blessures devraient idéalement comprendre les coûts liés 1) aux complications chroniques du problème de santé; 2) à des états non reliés pour lesquels les personnes atteintes seraient plus susceptibles de recourir aux services de santé; et 3) aux effets du problème de santé en présence d'un autre état morbide qui accroissent le coût des soins médicaux⁽⁸⁾. L'étude FEMC 1998 attribue les coûts à une seule catégorie de diagnostic et, ainsi, sous-estime la possibilité que certaines maladies ou états puissent contribuer à d'autres maladies ou états (par ex. relation entre le diabète, l'hypertension et les coronaropathies). D'autres

26 Pour les fins du présent rapport, le coût de renoncement est la valeur des occasions perdues en raison d'une intervention, d'une action ou d'un état de santé (c.-à-d. les coûts directs et indirects de la maladie ou des blessures).

études utilisant des fractions attribuables pour l'affectation des coûts à des diagnostics connexes ou secondaires, avec rajustements pour éviter les comptabilisations en double (par ex. l'inclusion du coût du diabète dans le coût des maladies cardio-vasculaires), pourraient fournir une estimation plus réaliste de l'impact de la maladie.

Troisièmement, les coûts présentés dans l'étude FEMC 1998 se limitent aux grandes catégories de coûts directs et indirects. Le rapport n'a pas tenté d'inclure tous les coûts directs des particuliers, la valeur de la perte de production et de temps de loisirs des soignants ou la valeur de la production perdue au travail, et encore moins les coûts psychosociaux pour les patients ou les soignants. Les méthodes de mesure de ces coûts devraient être examinées de plus près et intégrées à de futures versions de l'étude FEMC.

Quatrièmement, le fait que les résultats soient publiés avec un certain décalage inévitable nuit à l'utilité du présent rapport. La présentation de données à des intervalles de cinq ans crée un vide important dans la disponibilité de l'information. Une application Web interactive est lancée dans le cadre de l'étude FEMC 1998, ce qui devrait favoriser un renouvellement plus fréquent des données.

Enfin, bien que des études sur le coût de la maladie portant sur d'importants facteurs de risque (par ex. usage du tabac, obésité, sédentarité) aient été publiées, il reste encore à les intégrer dans un cadre rigoureux et exhaustif comme celui utilisé dans l'étude FEMC. Une analyse complète des maladies basée sur les fractions attribuables à divers facteurs de risque constituerait une suite utile au présent rapport.

Références

1. Wiseman V, Mooney G (1998). Global burden of illness estimates for priority setting: a debate revisited. *Health Policy*, 43(3):243-51.
2. Mooney G, Irwig L, Leeder S (1997). Priority setting in health care: unburdening from the burden of disease. *Aust N Z J Public Health*, 21(7):680-1.
3. Mooney G, Wiseman V (2000). Burden of disease and priority setting. *Health Econ*, 9(1):69-82.
4. Rice DP (2000). Cost of illness studies: what is good about them? *Injury Prevention*, 6(3): 177-9.
5. Koopmanschapp MA (1998). Cost-of-illness studies: useful for health policy? *Pharmacoeconomics*. 14(2):143-8.
6. Shiell A, Gerard K, and Donaldson C (1987). Cost of illness studies: an aid to decision making? *Health Policy*, 8:317-23.
7. Hodgson TA (1989). Cost of illness studies: no aid to decision making? Comments on the second opinion by Shiell et al. (*Health Policy*, 8(1987) 317-323). *Health Policy* 11(1):57-60.
8. Scitovsky AA (1982). Estimating the direct cost of illness. *Milbank Q*, 60(3):463-491.
9. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW (1997). *Methods for Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 2nd ed. Oxford University Press.

Références (par chapitre)

Introduction

1. Rice DP, Hodgson TA, Kopstein AN (1985). The economic costs of illness: a replication and update. *Care Finance Rev*, 7:61-80.
2. Rice DP, Kelman S, Miller LS et al (1990). *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness*. Contract 283-87-0007 for US Department of Health and Human Services, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, Institute for Health and Aging. San Francisco: University of California.
3. Kirschstein R (2000). *Disease-specific estimates of direct and indirect costs of illness and NIH support: fiscal year 2000 update*. Department of Health and Human Services, National Institute of Health, Office of the Director.
4. Hodgson TA, Meiners M (1982). Cost-of-illness methodology: a guide to current practices and procedures. *Milbank Q*, 60(3):429-62.
5. Hodgson TA (1983). The state of the art of cost-of-illness estimates. *Advanced Health Economic Health Service Res*, 4:29-64.
6. Institut canadien d'information sur la santé (2000). *Tendances des dépenses nationales de santé (NHEX), 1975-2000*.
7. Rice DP (1999). The economic impact of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(Suppl 1):4-6.
8. Hu T, Sandifer FH (1981). *Synthesis of Cost of Illness Methodology*. National Center for Health Services Research Contract No 233-79-3010. Washington: Public Services Laboratory, Georgetown University.
9. Wigle DT, Mao Y, Wong T, Lane R (1991). Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1986. *Maladies chroniques au Canada*, 12(Suppl 3).
10. Behrens C, Henke K (1987). Cost of illness studies: no aid to decision making: Reply to Shiell et al. (*Health Policy*, 8 (1987) 317-323). *Health Policy*, 10:137-41.
11. Evans RG (1984). *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*. Toronto: Butterworths.
12. Chan B, Coyte P, Heick D (1996). Economic impact of cardiovascular disease in Canada. *Canadian J Cardiol*, 12(10):1000-6.
13. Moore R, Mao Y, Zhang J, Clarke K (1997). Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993. Ottawa : Association canadienne de santé publique.

Coût des soins hospitaliers

1. Institut canadien d'information sur la santé (2000). *Tendances des dépenses nationales de santé (NHEX), 1975-2000*.
2. Institut canadien d'information sur la santé. *Rapport annuel des établissements de santé, 1997/98* [tableaux non-publiés]
3. Institut canadien d'information sur la santé (1997/98). *Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)* [tableaux non-publiés]
4. Institut canadien d'information sur la santé (1997/98). *Base de données sur les congés des patients (DAD)* [tableaux non-publiés]

5. Alberta Health and Wellness (1997/98). *Ambulatory Care Classification System Database, ACCS* [tableaux non-publiés]
6. Institut canadien d'information sur la santé (1997/98). *Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH)* [tableaux non-publiés]

Coût des médicaments

1. Institut canadien d'information sur la santé (2000). *Tendances des dépenses nationales de santé (NHEX), 1975-2000.*
2. IMS HEALTH. Vérification des achats des pharmacies et des hôpitaux au Canada (CDH) 1997, 1998.
3. IMS HEALTH. Index canadien des maladies et traitements (CDTI), 1997, 1998.
4. IMS HEALTH. Canadian CompuScript Audit, 1997, 1998.

Coût des soins médicaux

1. Institut canadien d'information sur la santé (2000). *Tendances des dépenses nationales de santé (NHEX), 1975-2000.*
2. Martin S (2001). Interest in alternative forms of payment on the rise: CMA Survey. *JMAC*, 165(5):626.

Coût des soins dispensés dans d'autres établissements

1. Institut canadien d'information sur la santé (2000). *Tendances des dépenses nationales de santé (NHEX), 1975-2000.*
2. Statistique Canada (1999). Enquête des établissements de soins pour bénéficiaires internes (1997-98). Totalisations personnalisées de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
3. Statistique Canada (1996). Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) (1994-95) [totalisations personnalisées]
4. Statistique Canada. *Directives et définitions.* Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes, 1999-2000.

Autres coûts directs relatifs à la santé

1. Institut canadien d'information sur la santé (2000). *Tendances des dépenses nationales de santé (NHEX), 1975-2000.*
2. Instituts de recherche en santé du Canada. SAIRS: système automatisé d'information sur la recherche en santé. Version 4.0, 1997/98.

Coût de la mortalité

1. Rce DP, Kelman S, Miller LS, Dunmeyer S (1990). *The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness*. Contract 283-87-0007 for US Department of Health and Human Services, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration. San Francisco: Institute for Health and Aging, University of California.
2. Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC (1996). *Cost effectiveness in health and medicine*. Oxford University Press, 230-3.
3. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW (1997). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, 2nd edition. Oxford University Press, 72-3.
4. Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS) (1997). *Lignes directrices pour l'évaluation économique des produits pharmaceutiques*. Canada, 2e éd.
5. Santé Canada (1997). *Cancer Incidence Morbidity and Mortality (CIMM) Database*. Cause de décès par âge, sexe et province selon les principales catégories et sous-catégories de diagnostics [totalisations personnalisées]
6. Santé Canada. *Cancer Incidence Morbidity and Mortality (CIMM) Database*. *Tables de mortalités abrégées selon l'âge, le sexe et la province: 1997* [totalisations personnalisées]
7. Statistique Canada, Division de la statistique du revenu (1997). *1997 Enquête sur les finances des consommateurs*. Nombre et revenu moyen des travailleurs selon le sexe, groupe d'âge et type de travail [totalisations personnalisées]
8. Statistique Canada. Taux de croissance de la productivité du travail: taux moyen annuel sur 10 ans. *The Daily*, June 30, 1999 and May 1st, 2000, Statistics Canada. (Estimation du taux de croissance de la productivité du travail 2000-2004, Le Conference Board du Canada)
9. Statistique Canada (1998). *Enquête sociale générale 1996*.
10. Statistique Canada (1996). *1996 Recensement*.
11. Statistique Canada, Division de comptes des revenus et de dépenses. [totalisations personnalisées]
12. Statistique Canada, Comptes de revenus et dépenses nationales (CNRD) (1999). *Estimations du revenu du travail, estimations mensuelles. Taux de revenu du travail non désaisonnalisé*. (N au catalogue 13F0016XPB)
13. Moore R, Mao Y, Zhang J, Clarke K (1997). *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993*. Ottawa : Association canadienne de santé publique.
14. Brown MG (1999). *Economic consequences of chronic illness: accounting do's, don'ts, and maybe's*. Paper presented at the 8th Annual Canadian Health Economics Research Association Conference, Edmonton.
15. Le Conference Board du Canada (2000). *Estimations non-publiées sur des données de production privée et non-agricole provenant de la Medium-term Canadian Forecast Database*.

Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée

1. Statistique Canada, Division de la statistique sur la santé (1998). *Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), Composante des ménages, 1996-97* Nombre pondéré d'individus ayant déclaré une restriction d'activité prolongée selon l'âge, le sexe, la province/territoire et la cause principale. [totalisations personnalisées].
2. Santé Québec. Enquête sociale et de santé 1992-1993 Répartition de l'incapacité de longue durée selon la cause d'incapacité et le niveau de perte d'autonomie. [totalisations personnalisées].
3. Santé Québec. Enquête sociale et de santé 1992-1993. Durée annuelle moyenne de l'incapacité de longue durée: les ménages [totalisations personnalisées].
4. Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) 1996-97, La composante des établissements (1998). Nombre estimé de personnes vivant dans des établissements de soins prolongés selon l'âge, le sexe et la cause principale de la restriction d'activité prolongée [totalisations personnalisées].
5. Statistique Canada, Recensement de 1996. Répartition des personnes en milieu hospitalier et autres établissements connexes selon l'âge, le sexe, et la province/territoire [totalisations personnalisées].
6. Statistique Canada, Division de la statistique du revenu. *Enquête sur les finances des consommateurs (EFC) 1993-1997*. Nombre de soutiens économiques et leur revenu moyen selon le sexe, le groupe d'âge et l'emploi, 1997 [totalisations personnalisées].
7. Statistique Canada, Comptes de revenus et dépenses nationales (CNRD) (1999). Estimations du revenu du travail, estimations mensuelles. Taux de revenu du travail non désaisonnalisé. (N au catalogue 13F0016XPB)
8. Moore R, Mao Y, Zhang J, Clarke K (1997). Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993. Ottawa : Association canadienne de santé publique.

Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée

1. Statistique Canada, Division de la statistique sur la santé (2000). *Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), Composante ménages, 1996-97* [tableaux non-publiés].
2. Santé Québec (1993). Enquête sociale et de santé du Québec (1992-1993) [tableaux non-publiés].
3. Statistique Canada, Division de la statistique du revenu (1997). *Enquête sur les finances des consommateurs (EFC) 1993-1997*. Nombre de soutiens économiques et leur revenu moyen selon le sexe, le groupe d'âge et l'emploi, 1997 [totalisations personnalisées].
4. Statistique Canada, Comptes de revenus et dépenses nationales (CNRD) (1999). Estimations du revenu du travail, estimations mensuelles. Taux de revenu du travail non désaisonnalisé. (N au catalogue 13F0016XPB)
5. Moore R, Mao Y, Zhang J, Clarke K (1997). Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993. Ottawa : Association canadienne de santé publique.

Discussion

1. Wiseman V, Mooney G (1998). Global burden of illness estimates for priority setting: a debate revisited. *Health Policy*, 43(3):243-51.
2. Mooney G, Irwig L, Leeder S (1997). Priority setting in health care: unburdening from the burden of disease. *Aust N Z J Public Health*, 21(7):680-1.
3. Mooney G, Wiseman V (2000). Burden of disease and priority setting. *Health Econ*, 9(1):69-82.
4. Rice DP (2000). Cost of illness studies: what is good about them? *Injury Prevention*, 6(3): 177-9.
5. Koopmanschapp MA (1998). Cost-of-illness studies: useful for health policy? *Pharmacoeconomics*. 14(2):143-8.
6. Shiell A, Gerard K, and Donaldson C (1987). Cost of illness studies: an aid to decision making? *Health Policy*, 8:317-23.
7. Hodgson TA (1989). Cost of illness studies: no aid to decision making? Comments on the second opinion by Shiell et al. (*Health Policy*, 8(1987) 317-323). *Health Policy* 11(1):57-60.
8. Scitovsky AA (1982). Estimating the direct cost of illness. *Milbank Q*, 60(3):463-491.
9. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW (1997). *Methods for Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 2nd ed. Oxford University Press.

Annexe 1

Classification des maladies

Catégorie de diagnostics - Termes utilisés dans le rapport - (code CIM-9)	Sous-catégorie - Termes utilisés dans le rapport - (code CIM-9)* †
Maladies infectieuses et parasitaires (001-139)	VIH/Sida (042-044) Maladies transmises sexuellement (054.1, 076-078, 090-099, 132.2, 133.0, 616.0, 616.1)
Cancer (tumeurs) (140-239)	Cancer colorectal (152, 154) Cancer du poumon (162, 163) Cancer du sein (femmes) (174) Cancer du col de l'utérus (180) Cancer de la prostate (185)
Maladies endocriniennes et connexes (240-279)	Diabète sucré (250)
Maladies du sang (280-289)	
Troubles mentaux (290-319)	Schizophrénie (psychoses schizophréniques) (295) États anxieux (300.0) Troubles dépressifs (non classés ailleurs) (311)**
Maladies du système nerveux et des organes des sens (320-389)	Maladie d'Alzheimer (331.0) Maladie de Parkinson (332) Glaucome (365) Affections de la conjonctive (372) Infections de l'oreille (Otitite moyenne suppurée et sans précision) (382)
Maladies cardio-vasculaires (390-459)	Hypertension essentielle (401) Cardiopathies ischémiques (410-414)‡ Infarctus aigu du myocarde (410)‡ Infarctus cérébral (434.9) Maladies vasculaires cérébrales (430-438)‡ Accidents vasculaires cérébraux (430-432, 434, 436)‡§ Anévrisme de l'aorte (441)
Maladies respiratoires (460-519)	Infections aiguës des voies respiratoires (460-466) Pneumonie et grippe (480-487) MPOC et affections connexes (490-496)‡ Asthme (493)‡
Maladies de l'appareil digestif (520-579)	
Maladies génito-urinaires (580-629)	
Grossesse (630-676)	
Maladies de la peau et maladies connexes (680-709)	

Catégorie de diagnostics - Termes utilisés dans le rapport - (code CIM-9)	Sous-catégorie - Termes utilisés dans le rapport - (code CIM-9)* †
Maladies musculo-squelettiques (710-739)	Arthrite (714-716, 721) Ostéoporose (733.0)
Anomalies congénitales (740-759)	Anomalies cardio-vasculaires congénitales (745-747)
Affections périnatales (760-779)	Croissance foetale retardée et malnutrition du fœtus (et troubles reliés à la courte durée de gestation et à l'insuffisance pondérale à la naissance, sans précision) (764-765)
États morbides mal définis (780-799)	
Blessures (800-899)	Empoisonnement (960-989) Accidents de la circulation impliquant des véhicules à moteur (E810-E819) Intoxication non intentionnelle (accidentelle) (E850-E869) Chutes (accidentelles) (E880-E886, E888) Suicide et blessure auto-infligée (E950-E959)‡ Empoisonnements, auto-infligés et indéterminés¶ (E950-E952, E980-E982)‡
Soins aux bien-portants (V01-V82)	

*Les tableaux et diagrammes de ce document utilisent les termes courants indiqués. À titre de référence, les correspondances avec la CIM-9 sont indiquées entre parenthèses.

† Il existe des différences de codage entre les provinces et territoires, par ex. les codes utilisés au Québec pour les blessures sont différents de ceux utilisés ici.

**Les troubles dépressifs (non classés ailleurs) n'incluent PAS la dépression névrotique (causée par les événements de la vie), les réactions dépressives brèves ou d'adaptation, les états réactionnels aigus dus à une situation très éprouvante, les psychoses affectives, la maniaque-dépression, etc.

‡ Certaines sous-catégories se recoupent. Pour permettre une ventilation plus détaillée, les sous-catégories sont présentées, dans les tableaux et figures, d'une façon mutuellement exclusive. Par exemple, le coût total pour les MPOC sera la somme du coût relatif à l'« asthme » et du coût relatif aux « MPOC (autres que l'asthme) », sauf indication contraire.

§ Les accidents vasculaires cérébraux comprennent les hémorragies sous-arachnoïdiennes, cérébrales, intracrâniennes autres et sans précision, les occlusions des artères cérébrales et les maladies cérébro-vasculaires aiguës mais mal définies.

¶ Quant à leur caractère accidentel ou intentionnel.

Annexe 2

Conventions et définitions

Conventions

Les conventions suivantes sont utilisées dans le présent document :

- Tous les coûts directs et indirects sont désignés comme des « coûts ». Les termes « coûts directs » et « dépenses » sont employés de façon interchangeable.
- Tous les coûts sont exprimés en dollars canadiens de 1998, sauf indication contraire.
- Dans la mesure du possible, les coûts directs et indirects totaux sont répartis par catégorie de diagnostics conformément aux chapitres de la Classification internationale des maladies Version 9 (CIM-9). Des termes courants sont utilisés pour chaque catégorie de diagnostic, comme il est indiqué à l'annexe 1.
- Dans la mesure du possible, les coûts sont répartis entre les sous-catégories de diagnostics les plus courantes (jusqu'à un maximum de 20) pour chaque composante de coût. Une liste des sous-catégories de diagnostics correspondante est présentée à l'annexe 1.
- Pour éviter que soient mal interprétés les coûts relatifs à des sous-catégories qui se recourent, les coûts sont présentés de la façon suivante :
 1. MPOC excluant l'asthme : comprend la bronchite chronique, l'emphysème et les autres maladies pulmonaires obstructives chroniques, mais non l'asthme.
 2. CI autre que l'IAM : comprend l'angine de poitrine, les cardiopathies ischémiques chroniques et les autres cardiopathies ischémiques, mais non l'infarctus aigu du myocarde.
- Les chiffres étant arrondis, la somme des pourcentages peut ne pas égaler 100 %.
- La mention « autres » regroupe généralement des données auxquelles aucun code (catégorie de diagnostics) n'était associé et/ou des données amalgamées en raison de faibles nombres.
- La mention « non attribuable » désigne des données qui n'ont pu être associées à un code CIM-9 (catégorie de diagnostics). Ces données comprennent certains coûts de soins hospitaliers, notamment la recherche en sciences de la santé réalisée dans des hôpitaux de soins actifs (malades hospitalisés); le coût des médicaments vendus sans ordonnance; le coût des soins médicaux non rémunérés à l'acte (qu'on suppose être des paiements en vertu de régimes différents de rémunération des médecins); le coût des soins dispensés dans d'autres établissements; les autres coûts directs relatifs à la santé (excluant une partie de la recherche en santé); et une partie de la valeur du temps perdu attribuable à l'incapacité de longue et de courte durée, lorsque le type d'incapacité était inconnu ou non précisé.
- La mention « non précisé » désigne des données qui n'ont pas été réparties selon le sexe et l'âge.
- Les groupes d'âge examinés sont les suivants : enfants (de 0 à 14 ans), adultes de 15 à 34 ans, adultes de 35 à 64 ans et personnes âgées (65 ans et plus).

Définitions et sources de données

Les tableaux, figures et cartes contenus dans ce rapport présentent, dans tous les cas possibles, une répartition du fardeau de la maladie au Canada par type de coût, composante de coût, catégorie ou sous-catégorie de diagnostics principale, sexe et groupe d'âge. La définition de chaque type de coût et composante de coût, ainsi que les sources de données correspondantes, sont présentées

ci-dessous. De plus, un diagramme de Venn est présenté (p. 79) pour illustrer les principales différences, au niveau de certaines composantes des coûts directs entre cette version de l'étude FEMC et celle de 1993.

Type de coût – Dans le présent rapport, le fardeau de la maladie est estimé selon deux types de coûts : les coûts directs et les coûts indirects.

Coûts directs – Les coûts directs désignent les dépenses en soins de santé ayant comme principal objectif d'améliorer l'état de santé et d'en prévenir la détérioration. Les coûts directs totaux, dans ce rapport, sont présentés selon cinq composantes de coût principales, et le total des dépenses dans chacune de ces composantes est tiré du rapport Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2000 (TDNS), publié par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Les cinq composantes de coûts directs utilisées dans le présent rapport et dans le rapport TDNS sont le coût des soins hospitaliers, le coût des médicaments, le coût des soins médicaux, le coût des soins dispensés dans d'autres établissements et les autres coûts directs relatifs à la santé.

Les totaux du rapport TDNS comprennent les dépenses en santé aussi bien pour le secteur public que pour le secteur privé. Dans le secteur public, il y a quatre principales catégories de dépenses de santé : les dépenses directes de santé engagées par le gouvernement fédéral (par ex. services de santé pour les membres des Premières nations vivant dans des réserves); les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux (financées par les transferts fédéraux aux provinces/territoires et par l'apport des gouvernements provinciaux/territoriaux); les dépenses de santé des administrations municipales (financées par les transferts fédéraux et provinciaux ainsi que par l'apport des administrations municipales); et les dépenses de santé des commissions des accidents du travail.

Les dépenses de santé du secteur privé sont composées de trois principaux types de dépenses : les dépenses des régimes d'assurance-maladie (commerciaux et sans but lucratif), les dépenses

directes des particuliers et les recettes des établissements de soins de santé provenant des services aux patients et d'autres services.

Pour plus de détails sur les sources de données et les méthodes, se reporter au rapport Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2000 (TDNS) de l'ICIS.

Coûts indirects – Les coûts indirects représentent la valeur, en dollars, de la production perdue attribuable à la maladie, aux blessures, à l'incapacité ou à la mortalité prématurée. Les coûts indirects de la maladie au Canada ont trait seulement aux pertes de production attribuables au temps de travail rémunéré ou au temps de travail ménager non rémunéré perdu en raison des périodes de morbidité ou de la mortalité prématurée. Les coûts indirects totaux, dans ce rapport, sont présentés selon trois composantes de coût principales : coût de la mortalité, coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée et coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée. Une importante distinction doit être faite entre le coût de la morbidité et le coût de la mortalité, c'est-à-dire que le coût de la morbidité est déterminé par les pertes de production associées à une incapacité partielle ou permanente plutôt que par un décès.

Ces coûts ont été estimés selon l'approche du capital humain (c.-à-d. en estimant la valeur de la production perdue attribuable à la maladie, à l'incapacité et à la mortalité prématurée). La principale préoccupation au sujet de l'approche du capital humain est « qu'elle exclut les impondérables, ne compte que les revenus et les revenus imputés, et sous-évalue certains groupes par rapport à d'autres, car les revenus ne peuvent refléter exactement la capacité de production d'une personne » (traduction)²⁷. Plus longtemps les gens sont empêchés par la maladie d'accomplir ces activités importantes, plus grande est la perte de production. Plus précisément, les coûts indirects sont estimés en calculant les revenus perdus par âge et sexe et la valeur imputée du travail ménager non accompli.

Coût de renonciation – Les méthodes utilisées dans le présent rapport permettent de déterminer le

27 National Centre for Health Statistics, 1981:6

« coût de renonciation » que la maladie ou les blessures imposent à la société, en traduisant la maladie, les blessures et la mortalité prématurée en termes de coûts directs et indirects. Pour les fins du présent rapport, le coût de renonciation est la valeur des occasions perdues en raison d'une intervention, d'une action ou d'un état de santé.

Composantes de coût – Les composantes de coût sont reliées, dans la présente étude, à la catégorie de soins, au type de service, au produit utilisé ou à la valeur des jours de vie/d'activité perdus. Comme il est indiqué ci-dessus, le présent rapport comprend cinq composantes de coûts directs et trois composantes de coûts indirects : coût des soins hospitaliers, coût des médicaments, coût des soins médicaux, coût des soins dispensés dans d'autres établissements, autres coûts directs relatifs à la santé, coût de la mortalité, coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée, et coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée.

Les définitions et sources de données pour chaque composante de coût sont indiquées ci-dessous. Les définitions des composantes de coûts directs sont extraites du rapport TDNS, avec un complément d'information tiré du document « Dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1994 », publié par Santé Canada en 1996. Les définitions des composantes de coûts indirects indiquent généralement comment les totaux des composantes ont été estimés. Des détails additionnels sur ces estimations sont fournis dans la section « Méthodes » de chacun des chapitres du présent rapport.

Coût des soins hospitaliers

Le total des dépenses nationales en soins hospitaliers du rapport TDNS pour 1998 inclut le coût de fonctionnement et d'entretien des hôpitaux de soins actifs, des hôpitaux dispensant des soins en salle d'urgence/autres soins en consultation externe²⁸, des hôpitaux pour malades chroniques/

soins de réadaptation²⁹ et des hôpitaux psychiatriques³⁰. Entrent dans ce calcul la rémunération brute, y compris la rémunération de tout le personnel hospitalier, les avantages sociaux, les fournitures et autres dépenses.

Le coût des soins hospitaliers comprend par exemple les salaires des infirmières, des techniciens, des étudiants en médecine et de certains médecins inscrits à la feuille de paie des hôpitaux; le coût des techniques de laboratoire, de radiologie et autres actes de diagnostics; le coût des médicaments, préparations biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital; le coût de fonctionnement et d'entretien des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, de radiothérapie et de physiothérapie (y compris l'équipement et les fournitures médicaux et chirurgicaux nécessaires); et le coût d'hébergement régulier ou en salle commune, ou encore en chambre privée ou semi-privée sur prescription d'un médecin, ainsi que des repas.

Coût des médicaments

Le total des dépenses nationales en médicaments du rapport TDNS pour 1998 inclut le coût des médicaments de prescription, des médicaments non prescrits (médicaments en vente libre et articles d'hygiène personnelle) vendus dans les magasins de détail. Il exclut les médicaments prescrits dans les hôpitaux et les autres établissements. Ces derniers sont inclus dans le coût des soins hospitaliers et le coût des soins dispensés dans d'autres établissements. Les estimations de coûts du rapport TDNS pour les médicaments prescrits sont tirées des données du gouvernement fédéral, des provinces/territoires, des commissions des accidents du travail, des assureurs privés et de l'Enquête sur les dépenses des familles de Statistique Canada.

Le coût des médicaments de prescription comprend uniquement les dépenses relatives à des substances

28 On entend par **hôpitaux de soins actifs** les hôpitaux généraux n'offrant pas de programme d'enseignement et comptant ou non des unités de soins de longue durée, les hôpitaux pédiatriques, les hôpitaux généraux d'enseignement (à l'exclusion des hôpitaux pédiatriques), les postes infirmiers, les postes en régions éloignées, les autres hôpitaux (hôpitaux pour cancéreux, hôpitaux ou instituts de cardiologie, maternités, instituts de neurologie, hôpitaux spécialisés en orthopédie, etc.)

29 Les **hôpitaux pour malades chroniques/soins de réadaptation** comprennent les hôpitaux de soins de longue durée (y compris les hôpitaux pour malades chroniques) et les hôpitaux de réadaptation (y compris les hôpitaux pour convalescents).

30 Les **hôpitaux psychiatriques** comprennent ceux qui dispensent des soins de courte durée, notamment de désintoxication, et ceux qui dispensent des soins de longue durée.

considérées comme des médicaments en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*, qui sont vendues pour consommation humaine par suite d'une prescription d'un professionnel de la santé dans des points de vente au détail sur ordonnance expresse d'un praticien autorisé.

Les médicaments en vente libre sont des substances considérées comme des médicaments en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*, qui sont vendues pour consommation humaine sans ordonnance. Les catégories de produits suivantes, qui sont considérées comme des médicaments ou des instruments en vertu de la Loi, sont exclues et sont considérées comme des articles d'hygiène personnelle : produits hygiéniques, instruments de diagnostic, articles divers et bandages.

Les articles d'hygiène personnelle sont des instruments médicaux ou des articles divers qui sont utilisés essentiellement pour préserver ou améliorer la santé ou le fonctionnement normal du corps humain et qui ne sont pas inclus dans la définition d'un médicament aux fins de l'estimation des dépenses de santé.

Coût des soins médicaux

Le total des dépenses nationales en soins médicaux du rapport TDNS pour 1998 comprend le coût des services professionnels de santé dispensés par les médecins. La plus grande partie correspond aux honoraires professionnels, principalement ceux versés par les régimes provinciaux/territoriaux d'assurance-maladie en vertu des demandes de remboursement soumises par les praticiens autorisés rémunérés à l'acte. Les salaires et autres formes de revenus professionnels à contrat versés en vertu de régimes de rémunération non traditionnels, le versement d'honoraires par les commissions des accidents du travail, les paiements directs par des organismes fédéraux et les paiements du secteur privé pour les services de médecins, s'ils ne sont pas couverts par les régimes des provinces ou des territoires, sont également inclus dans ce total.

La rémunération des médecins inscrits à la feuille de paie d'hôpitaux, d'organismes de santé publique et d'établissements semblables est exclue du présent

total, mais comptée dans la catégorie concernée (par ex., la rémunération des médecins inscrits à la feuille de paie d'un hôpital est incluse dans le coût des soins hospitaliers). Les paiements aux médecins pour des services administratifs ne sont pas inclus dans le coût des soins médicaux aux fins du calcul des dépenses nationales de santé.

Coût des soins dispensés dans d'autres établissements

Le total des dépenses nationales en soins dispensés dans d'autres établissements du rapport TDNS pour 1998 inclut les coûts de fonctionnement et d'entretien des établissements publics et privés de soins pour bénéficiaires internes qui sont agréés, subventionnés ou titulaires d'un permis délivré par les ministères provinciaux ou territoriaux de la santé ou des services sociaux. Ces coûts incluent la rémunération brute, y compris la rémunération de tout le personnel médical, les avantages sociaux, les fournitures et autres dépenses. Les médicaments prescrits dans ces établissements sont également inclus dans les coûts de cette catégorie.

Ces établissements hébergent le plus souvent des malades chroniques ou des personnes handicapées qui y résident plus ou moins en permanence, contrairement, par exemple, aux hôpitaux, où les patients sont hébergés en fonction de besoins médicaux et reçoivent des soins continus et des services diagnostics et thérapeutiques connexes. Les autres établissements comprennent les résidences pour personnes âgées (y compris les maisons de repos), ainsi que les résidences pour personnes souffrant d'un handicap physique ou d'une déficience intellectuelle ou pour personnes ayant un retard de développement ou souffrant de troubles psychiques.

Les établissements pour bénéficiaires internes comprennent également les centres pour alcooliques et toxicomanes, et pour les enfants ayant des troubles émotifs (les coûts autres que les dépenses de santé dans ces établissements sont exclus dans la mesure du possible).

Les estimations n'incluent pas les coûts autres que les dépenses de santé dans ces établissements, ou

dans les établissements n'offrant que des services de garde ou de pension (c.-à-d. soins de niveau I ou moins³¹).

Autres coûts directs relatifs à la santé

Le total des autres coûts directs relatifs à la santé du rapport TDNS pour 1998 comprend le coût des soins dispensés par d'autres professionnels; les autres dépenses de santé (p. ex., les coûts au titre de la santé publique et les dépenses de recherche en santé); et les dépenses en immobilisations.

Autres professionnels

Les dépenses au titre des autres professionnels comprennent les « dépenses liées aux services en exercice privé de dentistes, de denturologistes, de chiropraticiens, de massothérapeutes, d'orthopédistes, d'optométristes, d'ostéopathes, de physiothérapeutes, de podiatres, de psychologues, d'infirmiers (d'infirmières) en service privé et de naturopathes » (ICIS, TDNS 1975-2000, 2000, p. 47).

Autres dépenses de santé

Les dépenses en santé publique comprennent « les dépenses liées à des éléments tels que les mesures de prévention de la propagation des maladies transmissibles, la sécurité des aliments et des médicaments, les inspections sanitaires, les activités de promotion de la santé, les programmes communautaires de santé mentale, les services infirmiers de santé publique et tous les coûts rattachés à l'infrastructure d'exploitation des ministères de la santé » (ICIS, TDNS 1975-2000, 2000, p. 48).

L'administration d'assurance est définie comme les « dépenses d'administration des programmes d'assurance-maladie offerts par le gouvernement ou les compagnies privées » (ICIS, TDNS 1975-2000, 2000, p. 49).

Les dépenses des soins à domicile comprennent « seulement la composante Professionnels de la santé... L'élément qu'on appelle communément maintien à domicile est considéré comme une dépense liée aux services sociaux plutôt qu'une dépense de santé. » (ICIS, TDNS 1975-2000, 2000, p. 49). Lorsque les soins à domicile sont fournis par un hôpital, ils sont inclus dans le coût des soins hospitaliers.

Les dépenses de recherche en santé comprennent « les dépenses liées aux activités de recherche conçues pour approfondir la connaissance des déterminants de la santé, de l'état de santé ou des méthodes de prestation des soins de santé ou de l'exécution des programmes de santé. Cette catégorie ne comprend pas la recherche effectuée par les hôpitaux ou les compagnies pharmaceutiques dans le cadre de la mise au point d'un produit » (ICIS, TDNS 1975-2000, 2000, p. 49).

Toutes les autres dépenses (ou « autres ») comprennent « les dépenses liées à des éléments tels que ... le transport des malades (ambulances), les prothèses auditives, les autres appareils, la formation des travailleurs, les associations bénévoles oeuvrant dans le domaine de la santé et les mesures visant à promouvoir et à améliorer la santé et la sécurité en milieu de travail » (ICIS, TDNS 1975-2000, 2000, p. 49).

Dépenses en immobilisations

Les dépenses en immobilisations comprennent « les dépenses liées à la construction, au matériel et à l'équipement des hôpitaux, des cliniques, des postes de premiers secours et des établissements de soins pour bénéficiaires internes » (ICIS, TDNS 1975-2000, 2000, p. 48).

Coût de la mortalité

Le coût de la mortalité est lié aux décès imprévus ou prématurés causés par diverses catégories de maladies et de blessures. Pour les fins de la présente

31 Il y a trois types ou niveaux de soins dans les établissements pour bénéficiaires internes. **Clientèle autonome** : la personne n'a besoin que d'une légère supervision. **Soins de niveau I** : patients requérant, dans une journée de 24 heures, moins de 90 minutes de supervision ou d'aide pour l'exécution d'activités de la vie quotidienne et de soutien pour répondre aux besoins psycho-sociaux. **Soins de niveau II** : Patients requérant, dans une journée de 24 heures, un total de 1,5 à 2,5 heures de supervision par du personnel médical et infirmier professionnel et de soutien pour répondre aux besoins psycho-sociaux. (Niveau de soins requis par une personne ayant une maladie chronique ou une incapacité fonctionnelle [physique ou mentale] relativement stabilisée, qui a atteint la limite apparente de la récupération et dont l'état, par conséquent, n'est pas appelé à changer dans un avenir immédiat et qui a relativement peu besoin des services diagnostiques et thérapeutiques d'un hôpital.)

étude, ces pertes ont été calculées au moyen d'une approche du capital humain fondée sur l'incidence, c'est-à-dire en calculant la valeur actualisée de la production future perdue en raison de la mortalité prématurée.

Le coût total de la mortalité pour 1998 a été calculé sous forme du produit du nombre de décès et de la valeur actualisée de la production perdue sur toute la durée de vie restante attribuable à ces décès. La valeur actualisée de la perte de production potentielle sur toute la durée de vie a été calculée pour chaque groupe d'âge de cinq ans et par sexe, au moyen de la formule présentée à l'annexe 4. Des détails additionnels sur le calcul du coût de la mortalité sont fournis dans la section « Méthodes » du chapitre concerné.

Coût de la morbidité

Le coût de la morbidité (de courte ou de longue durée) survient lorsqu'une maladie ou des blessures entraînent une incapacité amenant une réduction du temps consacré à des activités importantes comme le travail rémunéré ou le travail ménager non rémunéré. Ce coût peut être subi pendant que la personne est hospitalisée pour un traitement et une réadaptation et/ou pendant qu'elle vit au sein de la collectivité.

Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée

Le coût total national de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée en 1998 a été estimé sous forme du produit d'estimations rajustées de l'incapacité de longue durée pour les ménages et les personnes vivant en établissement (tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 [ENSP]) et d'estimations par âge et par

sexe de la valeur moyenne quotidienne du travail rémunéré (rajustées pour tenir compte des compléments de salaire) et de la valeur moyenne quotidienne du travail non rémunéré. Les estimations de l'incapacité de longue durée par catégorie de diagnostics ont été rajustées pour tenir compte de la gravité et de la durée, en utilisant à la fois les données de l'Enquête sociale et de santé du Québec de 1992-1993 (ESSQ) et celles du volet sur les personnes en établissement de l'ENSP de 1996-1997. Des détails additionnels sur le calcul du coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée sont fournis dans la section « Méthodes » du chapitre concerné.

Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée

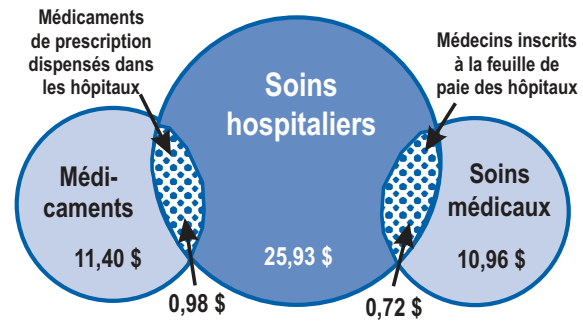
Le coût total national de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée en 1998 a été estimé sous forme du produit d'estimations rajustées de l'incapacité de courte durée pour les ménages (tirées de l'ENSP de 1996-1997) et d'estimations par âge et par sexe de la valeur moyenne quotidienne du travail rémunéré (rajustées pour tenir compte des compléments de salaire) et de la valeur moyenne quotidienne du travail non rémunéré. Ces estimations de l'incapacité de courte durée ont été réparties entre les catégories de diagnostics et rajustées en fonction de la gravité et de la durée au moyen des données de l'ESSQ de 1992-1993. Des détails additionnels sur le calcul du coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée sont fournis dans la section « Méthodes » du chapitre concerné.

Diagramme de Venn 1

Le diagramme de Venn suivant présente la répartition du coût des soins hospitaliers, du coût des médicaments et du coût des soins médicaux au Canada en 1998. Il montre que le coût des médicaments et le coût des soins médicaux dispensés en hôpital représentent 3,6 % et 2,6 %, respectivement, du coût total des soins hospitaliers.

Diagramme 1

Répartition du coût des soins hospitaliers, du coût des médicaments et du coût des soins médicaux au Canada, 1998
(milliards de dollars)



Annexe 3

Population estimative dans des établissements de soins prolongés par cause de restriction des activités (en termes de catégories et sous-catégories de diagnostics), âge et sexe.

Tableau 1 : Population estimative dans des établissements de soins prolongés par catégorie de diagnostics, âge et sexe

Catégories de diagnostics									
Âge	Population	Troubles mentaux	Système nerveux	Appareil circulatoire	Symptômes, signes, etc.	Autres	Ne sait pas	Total avec restriction des activités	N.D.
Les deux sexes									
Total	222 967	32 270	47 146	22 745	13 925	59 988	14 006	189 450	33 517
<35	11 633	3 850	~	~	~	~	~	3 850	3 168
35-54	15 240	6 239	3 256	~	~	~	~	9 495	~
55-64	10 556	~	~	~	~	~	~	~	~
65-74	28 122	4 456	6 680	3 760	~	6 568	~	21 464	4 461
75-84	64 409	7 335	16 028	7 846	~	18 302	3 888	53 399	9 330
85+	92 609	8 590	17 609	9 781	7 385	28 913	6 613	78 891	13 718
Hommes									
Total	72 254	13 953	15 152	7 584	4 074	15 819	3 588	60 169	12 087
<35	7 805	~	~	~	~	~	~	~	2 205
35-54	8 400	3 801	~	~	~	~	~	3 801	~
55-64	5 612	~	~	~	~	~	~	~	~
65-74	13 639	~	3 038	~	~	~	~	3 038	~
75-84	19 151	~	4 573	~	~	5 880	~	10 453	~
85+	17 555	~	3 501	~	~	4 450	~	7 951	3 466
Femmes									
Total	150 713	18 317	31 995	15 161	9 222	44 169	10 418	129 282	21 430
<35	3 828	~	~	~	~	~	~	~	~
35-54	6 840	~	~	~	~	~	~	~	~
55-64	4 944	~	~	~	~	~	~	~	~
65-74	14 483	~	3 642	~	~	4 050	~	7 692	~
75-84	45 258	5 129	11 455	5 086	~	12 422	~	34 122	6 902
85+	75 054	6 687	14 109	7 561	5 592	24 463	6 031	64 803	10 252

~ Taille d'échantillon trop faible pour l'analyse

Source : ENSP 1996-1997. Enquête par sondage auprès des établissements. Tableaux personnalisés de Statistique Canada. Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) - volet sur les personnes vivant en établissement, 1996-1997.

Tableau 2 : Population estimative dans des établissements de soins de longue durée par catégorie de diagnostics choisie, âge et sexe

Sous-catégories de diagnostics choisis					
Âge	Population	Schizophrénie	Alzheimer	Maladies vasculaires cérébrales (y compris les AVC)	AVC
Les deux sexes					
Total	222 967	4 217	25 463	16 327	13 717
<35	11 633	~	~	~	~
35-54	15 241	~	~	~	~
55-64	10 555	~	~	~	~
65-74	28 122	~	3 309	~	~
75-84	64 409	~	11 472	5 514	4 699
85+	92 609	~	10 362	6 291	4 922
Âge inconnu	~	~	~	~	~
Hommes					
Total	72 254	~	6 079	5 910	4 793
<35	7 805	~	~	~	~
35-54	8 400	~	~	~	~
55-64	5 612	~	~	~	~
65-74	13 639	~	~	~	~
75-84	19 151	~	~	~	~
85+	17 555	~	~	~	~
Âge inconnu	~	~	~	~	~
Femmes					
Total	150 713	~	19 384	8 924	8 924
<35	3 828	~	~	~	~
35-54	6 840	~	~	~	~
55-64	4 944	~	~	~	~
65-74	14 483	~	~	~	~
75-84	45 258	~	8 584	~	~
85+	75 054	~	8 307	3 656	3 656
Âge inconnu	~	~	~	~	~

~ Taille d'échantillon trop faible pour l'analyse

Source : ENSP 1996-1997. Enquête par sondage auprès des établissements. Tableaux personnalisés de Statistique Canada.

Annexe 4

Coût de la mortalité : valeur actualisée de la production future perdue

La valeur actualisée de la production future perdue est calculée pour chaque groupe d'âge de cinq ans et par sexe. La valeur résultante est la production actuelle et future qu'aurait eue une personne d'un âge et d'un sexe donné si elle était restée en vie. C'est la somme de la valeur estimative du travail rémunéré pour tous les membres de la population active ($Y_{ns} W_{ns} P_{as}^n$), de la valeur estimative du travail non rémunéré pour tous les membres de la population active ($H_{nsw} W_{ns} P_{as}^n$) et de la valeur estimative du travail non rémunéré pour toutes les personnes qui ne font pas partie de la population active ($H_{nsh} K_{ns} P_{as}^n$), les deux rajustées pour tenir compte des variations de la productivité du travail (g) et actualisées (i) pour donner la valeur présente. La formule algébrique de la valeur actualisée de la production future perdue est la suivante :

$$V = \sum_{n=a}^{85+} (Y_{ns} W_{ns} P_{as}^n + H_{nsw} W_{ns} P_{as}^n) + (H_{nsh} K_{ns} P_{as}^n) \frac{(1+g)^{na}}{(1+i)^{na}}$$

où

a = âge en milieu d'année pour la cohorte donnée de personnes

s = sexe

n = âge

Y_{ns} = revenu annuel moyen pour toutes les personnes d'un sexe donné ayant un revenu et appartenant au groupe d'âge ayant n comme point milieu

H_{nsw} = valeur annuelle moyenne imputée du travail ménager pour tous les membres de la population active d'un sexe donné et dans un groupe d'âge ayant n comme point milieu

H_{nsh} = valeur annuelle moyenne imputée du travail ménager pour les personnes hors de la population active d'un sexe donné et dans un groupe d'âge ayant n comme point milieu

W_{ns} = taux de participation moyen au marché du travail d'un sexe donné dans le groupe d'âge ayant n comme point milieu

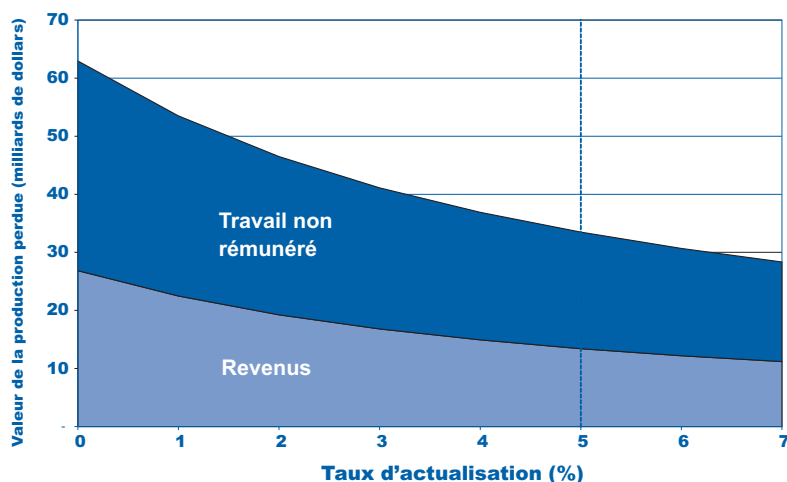
K_{ns} = taux de participation moyen au travail ménager d'un sexe donné dans le groupe d'âge ayant n comme point milieu

P_{as}^n = probabilité approximative qu'une personne d'âge a et de sexe s survivra jusqu'à l'âge n

g = taux d'accroissement de la productivité du travail

i = taux d'actualisation

Analyse de sensibilité : valeur de la production perdue attribuable à la mortalité prématurée, Canada, 1998



Annexe 5

Coût de la morbidité : pondération de la production perdue

Il existe une relation entre l'incapacité et la production; toutefois, la présence d'une incapacité ne signifie pas que la production est totalement perdue, et la perte de santé peut ne pas être liée de façon linéaire à la perte de revenu/de production (voir l'annexe 6 du rapport FEMC 1993).

Plusieurs ensembles de définitions ont été utilisés pour attribuer des facteurs de pondération à chacun des trois groupes suivants : incapacité de longue durée dans la population des ménages, incapacité de longue durée dans la population des personnes en établissement et incapacité de courte durée dans la

population des ménages. Ces facteurs de pondération ont été estimés, car il n'existe pas de pondération connue pouvant servir à cette fin.

Les définitions suivantes et les facteurs de pondération respectifs pour la production perdue liée à la gravité de l'incapacité sont utilisés pour classer l'incapacité dans le présent document. Lorsque les facteurs de pondération sont donnés sous forme d'un intervalle, la borne inférieure a été utilisée dans l'analyse effectuée pour le présent rapport.

1. Incapacité de longue durée (personnes en ménage)

Classement FEMC	Définition ESSQ	Facteurs de pondération de la production perdue - FEMC
Très grave	Dépendance pour les soins personnels (par ex., manger, se laver, s'habiller, se déplacer à l'intérieur de la maison)	0,8-1,0
Assez grave	Dépendance pour des activités importantes (par ex., gérer ses affaires personnelles, travaux ménagers, sortir de la maison)	0,5
Assez importante	Incapacité d'accomplir une activité principale (par ex., travailler, tenir maison)	0,3
Mineure	Autres restrictions des activités	0,0-0,2

Source : Enquête sociale et de santé du Québec 1992-1993, échelle de perte d'autonomie fonctionnelle

2. Incapacité de longue durée (personnes en établissement)

Classement FEMC	Définition ENSP	Facteurs de pondération de la production perdue - FEMC
Très grave	Restriction des activités (85 % des personnes en établissement en 1998)	0,8-1,0
Mineure	Pas de restriction des activités (15 % des personnes en établissement en 1998)	0,3

Source : ENSP 1996-1997 - volet sur les personnes en établissement, restriction des activités causée par un état particulier

3. Incapacité de courte durée (personnes en ménage)

Classement FEMC	Définition ENSP	Facteurs de pondération de la production perdue - FEMC
	Jours d'alitement	0,8-1,0
	Jours où la personne a dû limiter ses activités	0,5

Source : ENSP 1996-1997 - volet personnes en ménage

Annexe 6

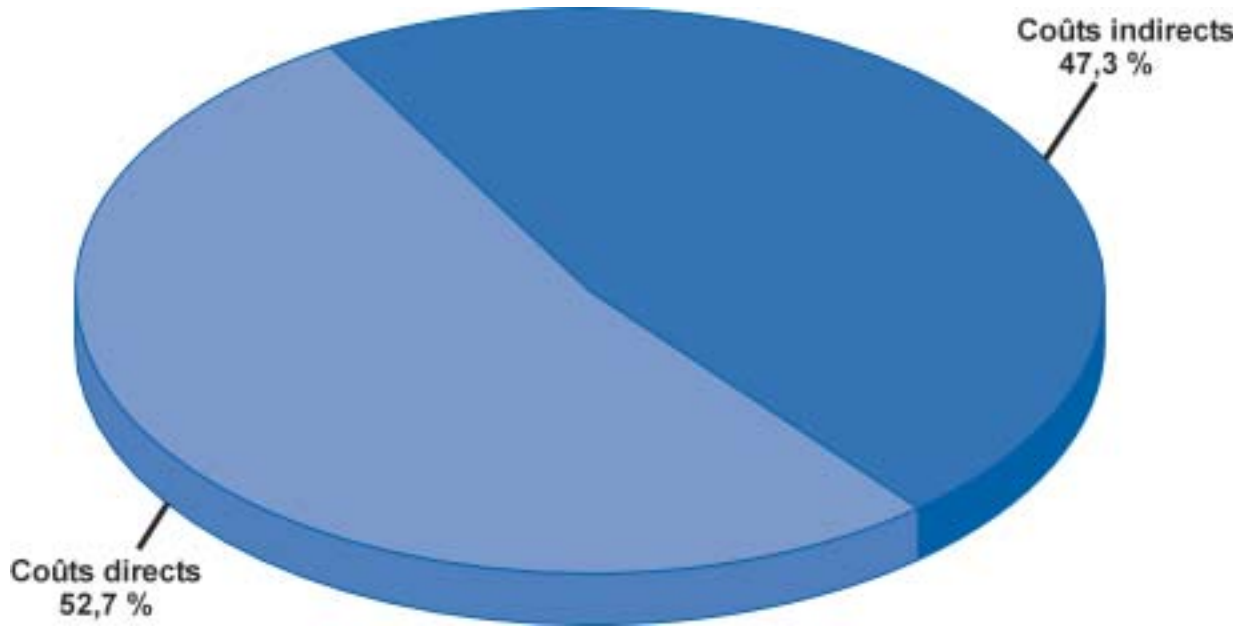
Figures supplémentaires

Table des matières

Fardeau économique de la maladie au Canada, 1998	85
Fardeau de la maladie par composante de coût au Canada, 1998.	86
Coûts directs et indirects par catégorie de diagnostics au Canada, 1998	86
Catégories de diagnostics qui engendrent les coûts directs les plus élevés au Canada, 1998	87
Catégories de diagnostics qui engendrent les coûts indirects les plus élevés au Canada, 1998	87
Catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés par composante de coût au Canada, 1998	88
Fardeau de la maladie par groupe d'âge et composante de coût au Canada, 1998	88
Coût des soins hospitaliers par catégorie de diagnostics au Canada, 1998	89
Coût des soins hospitaliers selon certaines sous-catégories de diagnostics pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés au Canada, 1998	89
Coût des soins hospitaliers pour certaines sous-catégories de diagnostics, par sexe, au Canada, 1998	90
Coût des soins hospitaliers pour les sous-catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés, par groupe d'âge, au Canada, 1998	90
Coût des médicaments par catégorie de diagnostics au Canada, 1998	91
Coût des médicaments selon certaines sous-catégories de diagnostics pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés au Canada, 1998	91
Coût des médicaments selon certaines sous-catégories de diagnostics pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés au Canada, 1998	92
Coût des médicaments de prescription pour certaines sous-catégories de diagnostics, par sexe, au Canada, 1998	92
Coût des soins médicaux par catégorie de diagnostics au Canada, 1998	93
Coût des établissements de soins pour bénéficiaires internes selon la caractéristique principale de la clientèle première, au Canada, 1997-1998	94
Autres coûts directs relatifs à la santé au Canada, 1998	94
Dépenses de recherche en santé par catégorie de diagnostics au Canada, 1998	95
Coût de la mortalité par catégorie de diagnostics au Canada, 1998	96
Coût de la mortalité par sous-catégorie de diagnostics pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés au Canada, 1998	96
Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée par catégorie de diagnostics au Canada, 1998.	97

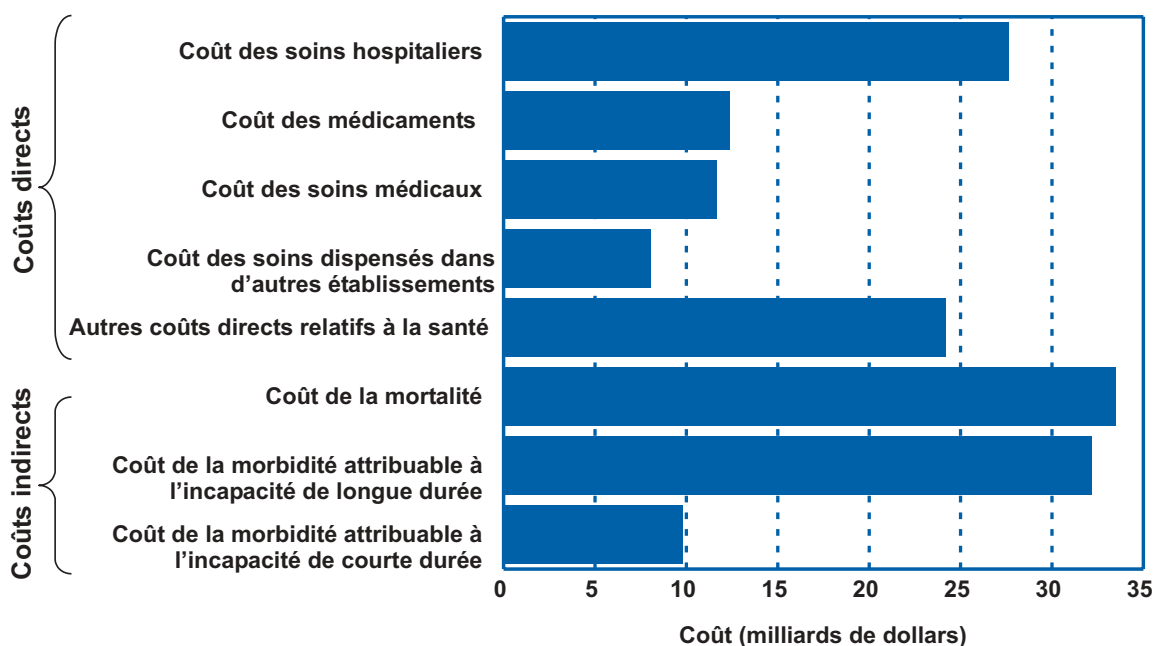
Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée selon certaines sous-catégories de diagnostics pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés au Canada, 1998.	97
Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée par catégorie de diagnostics au Canada, 1998.	98
Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée selon certaines sous-catégories de diagnostics au Canada, 1998.	98

Fardeau économique de la maladie au Canada*, 1998



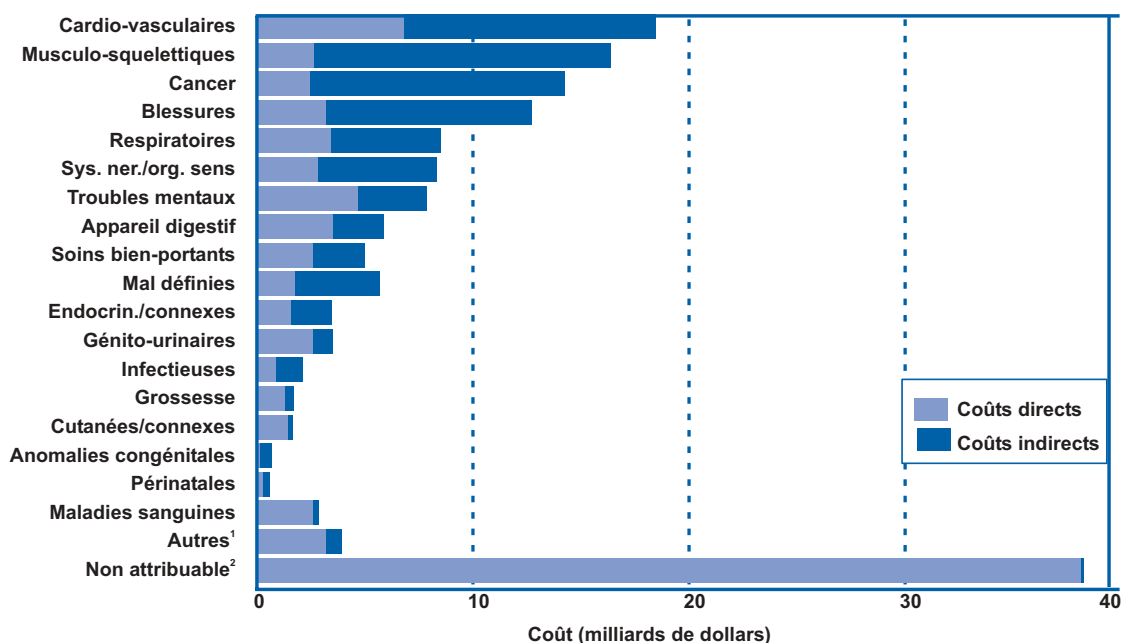
* Basé sur un coût total de la maladie de 159,4 milliards de dollars.
 Note : Du à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Fardeau de la maladie par composante de coût au Canada*, 1998



* Basé sur un coût total de la maladie de 159.4 milliards de dollars.

Coûts directs et indirects par catégorie de diagnostics au Canada*, 1998

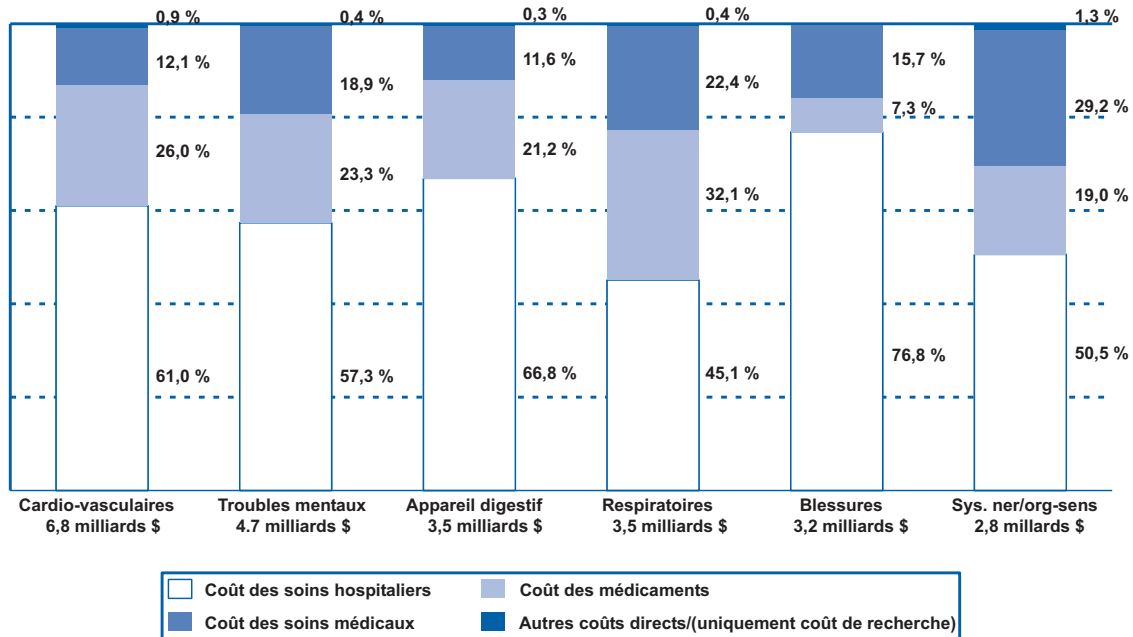


* Basé sur un coût total de la maladie de 159,4 milliards de dollars.

1 Comprend des données pour lesquelles aucun code de diagnostics n'était fourni, ou des données groupées en raison de faibles nombres. Pour plus de détails, voir la troisième note du tableau 2.

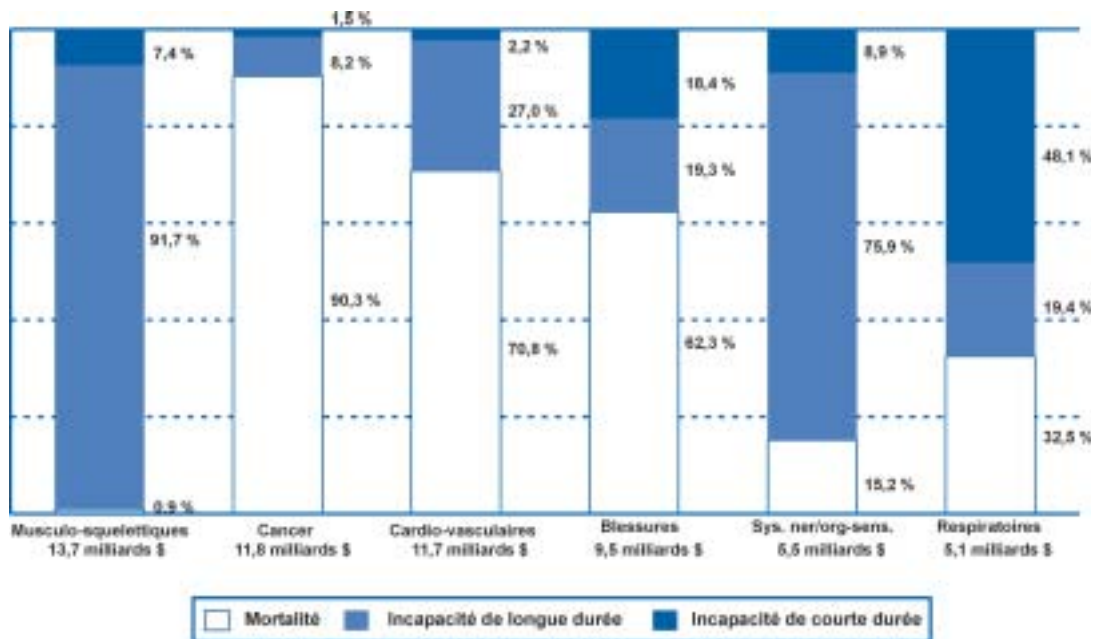
2 Comprend des données qui ne peut être réparties par code CIM-9. Pour plus de détails, voir la quatrième note du tableau 2.

Catégories de diagnostics qui engendrent les coûts directs les plus élevés au Canada, 1998



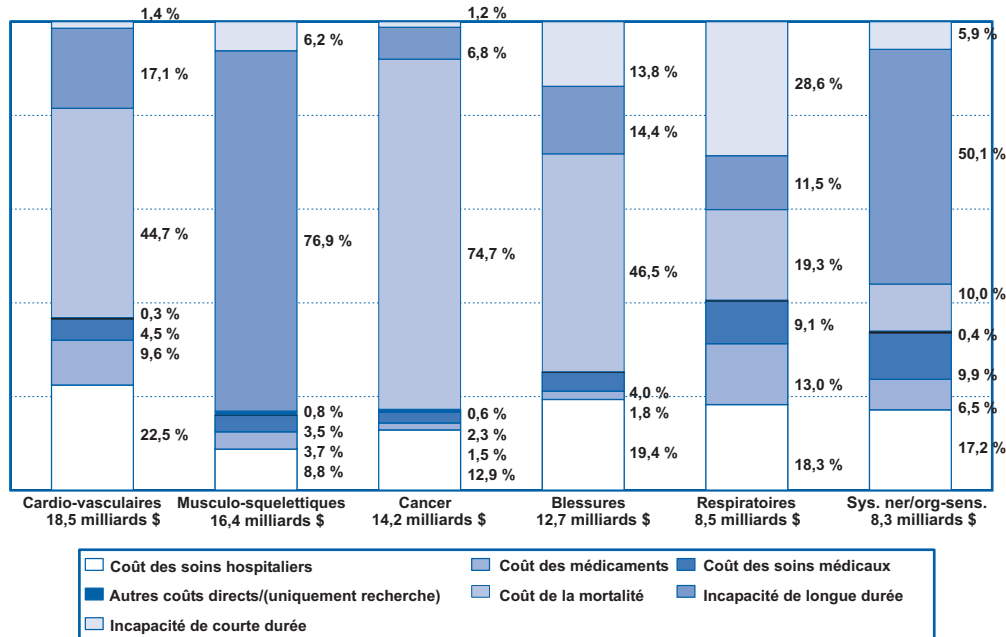
Notes : Le coût des soins dispensés dans d'autres établissements n'est pas inclus car il n'était pas réparti par catégorie de diagnostics. Les composantes de coût qui représentent moins de 0,3 % d'une catégorie de diagnostics ne sont pas indiquées. Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Catégories de diagnostics qui engendrent les coûts indirects les plus élevés au Canada, 1998



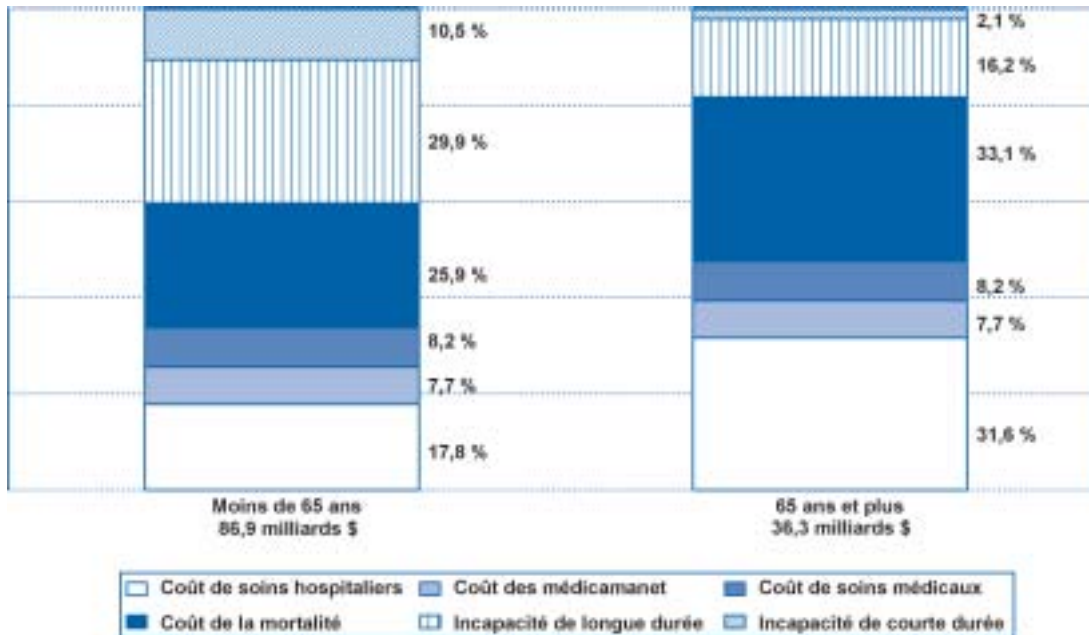
Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés par composante de coût au Canada, 1998



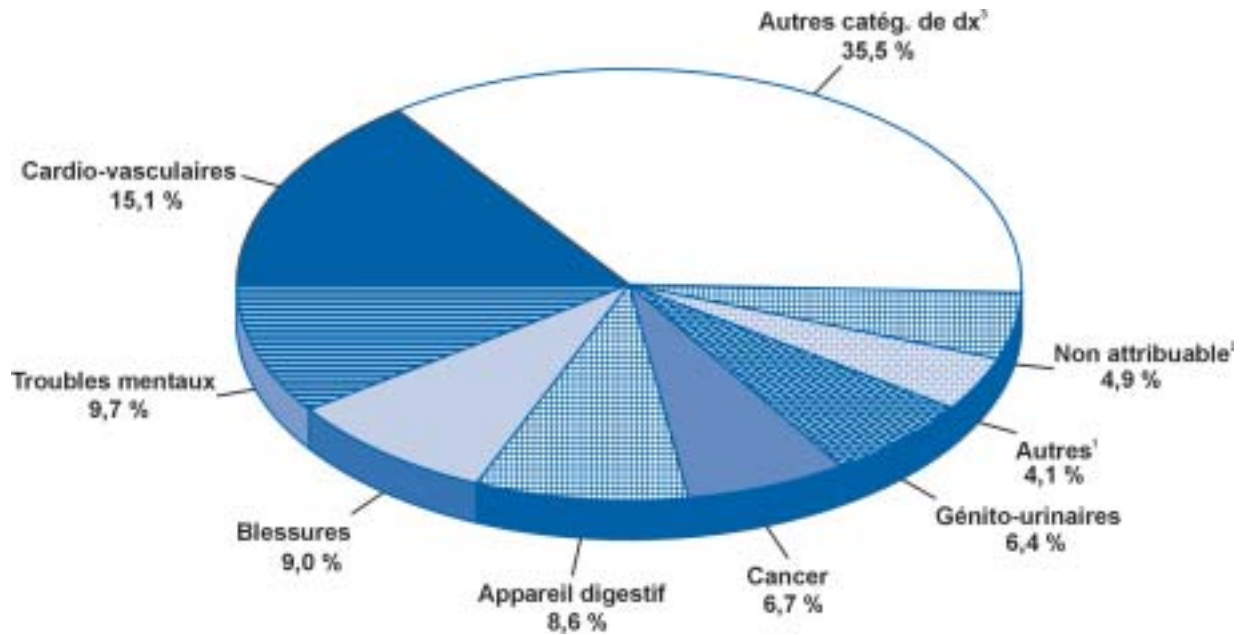
Notes : Le coût des soins dispensés dans d'autres établissements n'est pas inclus car il n'était pas réparti par catégorie de diagnostics. Les composantes de coût qui représentent moins de 0,3 % d'une catégorie de diagnostics ne sont pas indiquées. Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Fardeau de la maladie par groupe d'âge et composante de coût au Canada, 1998



Notes : Le coût des soins dispensés dans d'autres établissements et les autres coûts directs ne sont pas inclus car ils ne sont pas disponibles par âge et/ou par sexe. Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Coût des soins hospitaliers par catégorie de diagnostics au Canada*, 1998

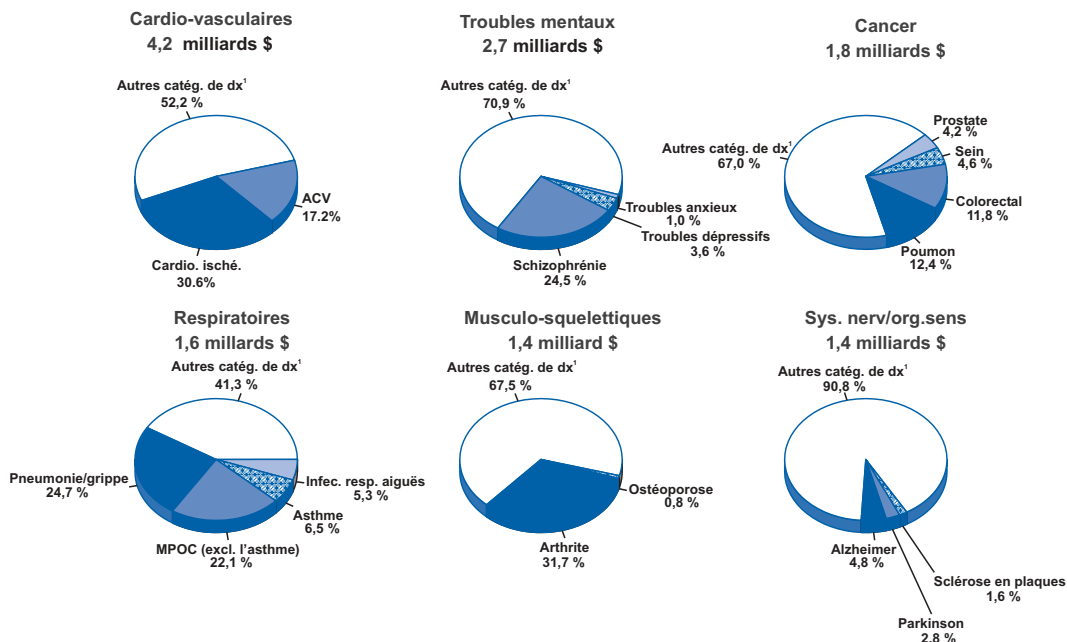


*Basé sur un coût total des soins hospitaliers de 27,6 milliards de dollars.

- 1 Comprend des données pour lesquelles aucun code de diagnostics n'était fourni, ou des données groupées en raison de faibles nombres. Pour plus de détails, voir la troisième note du tableau 2.
- 2 Comprend des données qui ne peuvent être réparties par code CIM-9. Ceci inclut 1,4 milliard en dépenses de recherche en sciences de la santé.
- 3 Désigne l'ensemble des autres catégories de diagnostics.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

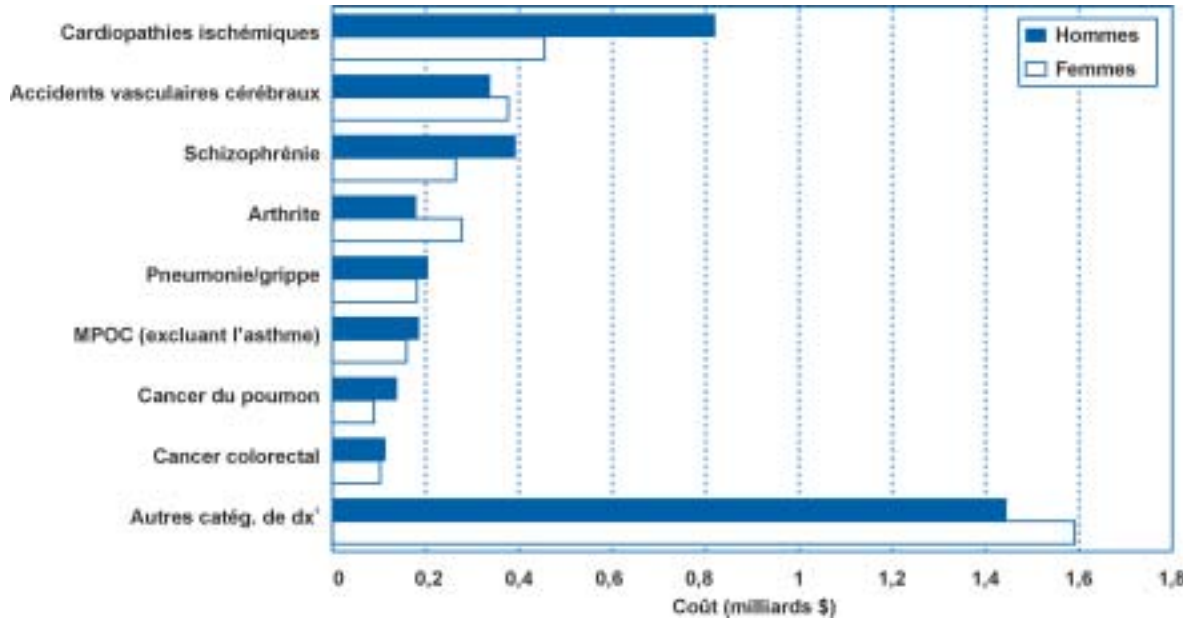
Coût des soins hospitaliers selon certaines sous-catégories de diagnostics pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés au Canada, 1998



¹ Désigne l'ensemble des autres catégories de diagnostics.

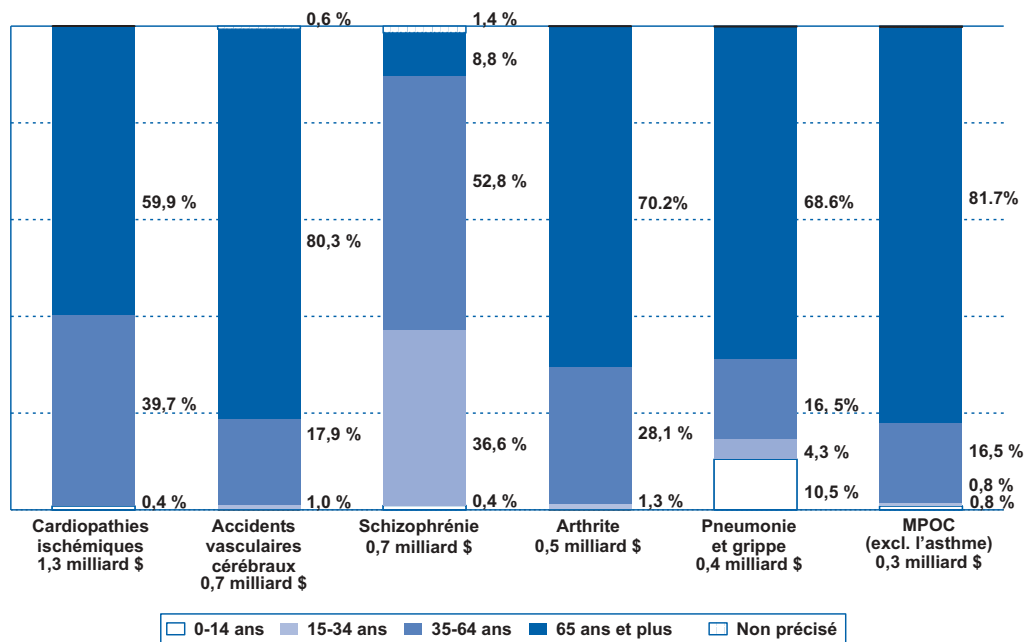
Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Coût des soins hospitaliers pour certaines sous-catégories de diagnostics, par sexe, au Canada*, 1998



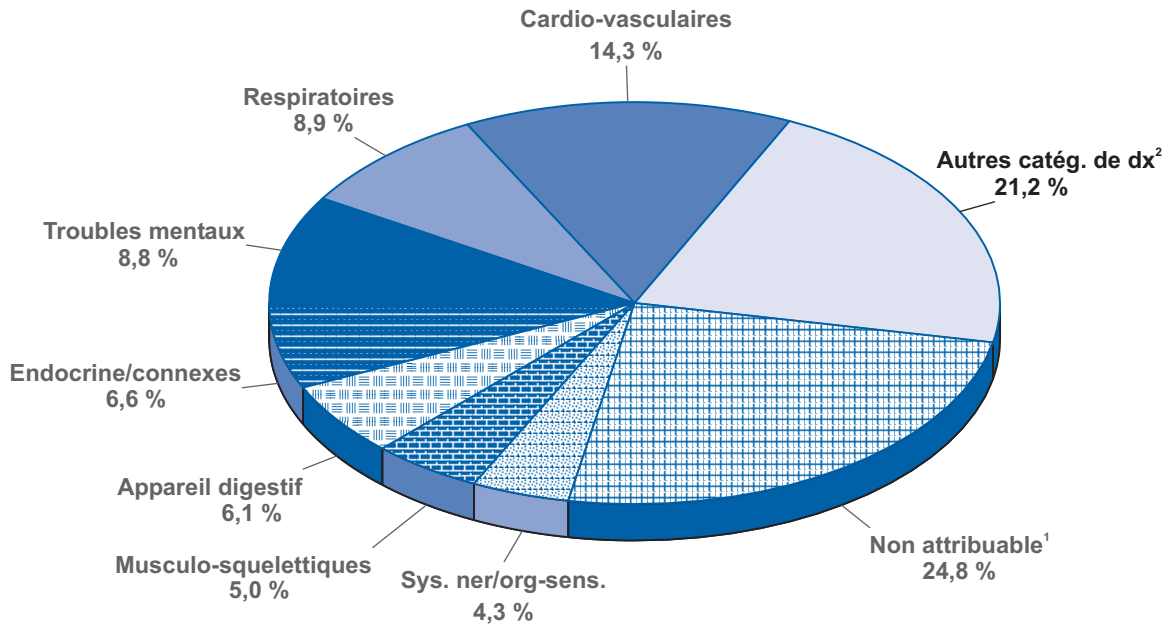
* Basé sur les 7,3 milliards de dollars en coûts des soins hospitaliers qui étaient répartis selon ces sous-catégories de diagnostics et par sexe.
1 Désigne l'ensemble des autres catégories de diagnostics.

Coût des soins hospitaliers pour les sous-catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés, par groupe d'âge, au Canada, 1998



Notes : Les groupes d'âge responsables de moins de 0,3 % du coût dans une catégorie de diagnostics ne sont pas indiqués. Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Coût des médicaments par catégorie de diagnostics au Canada*, 1998



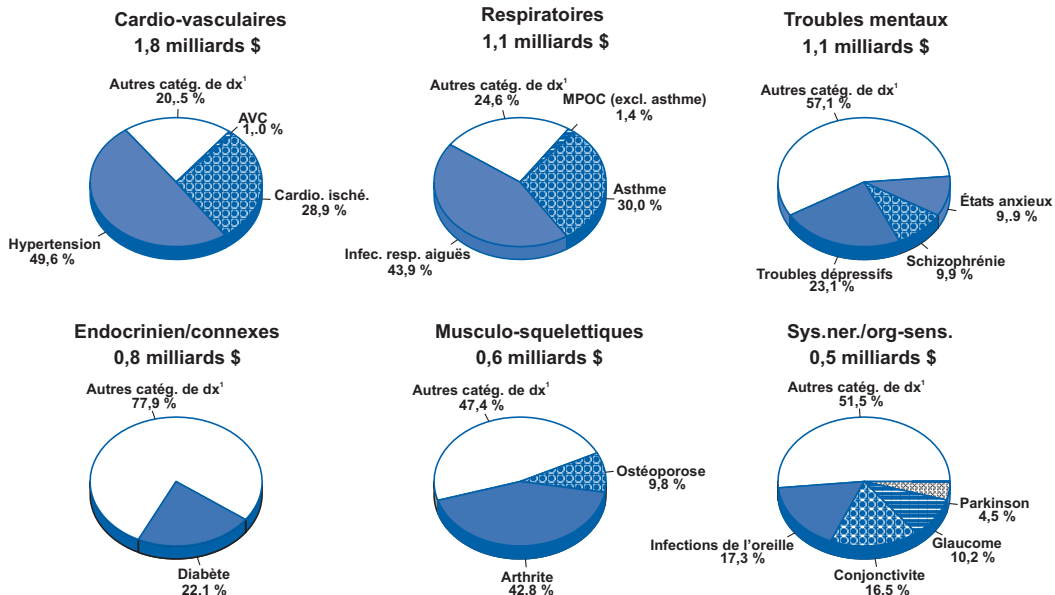
* Basé sur un coût total des médicaments de 12,4 milliards de dollars.

1 Comprend des données qui ne peut être réparties par code CIM-9. Elle comprend 3,0 milliards de dollar en coûts de médicaments vendus sans ordonnance (médicaments en vente libre et articles d'hygiène personnelle).

2 Désigne l'ensemble des autres catégories de diagnostics.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Coût des médicaments selon certaines sous-catégories de diagnostics pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés au Canada, 1998

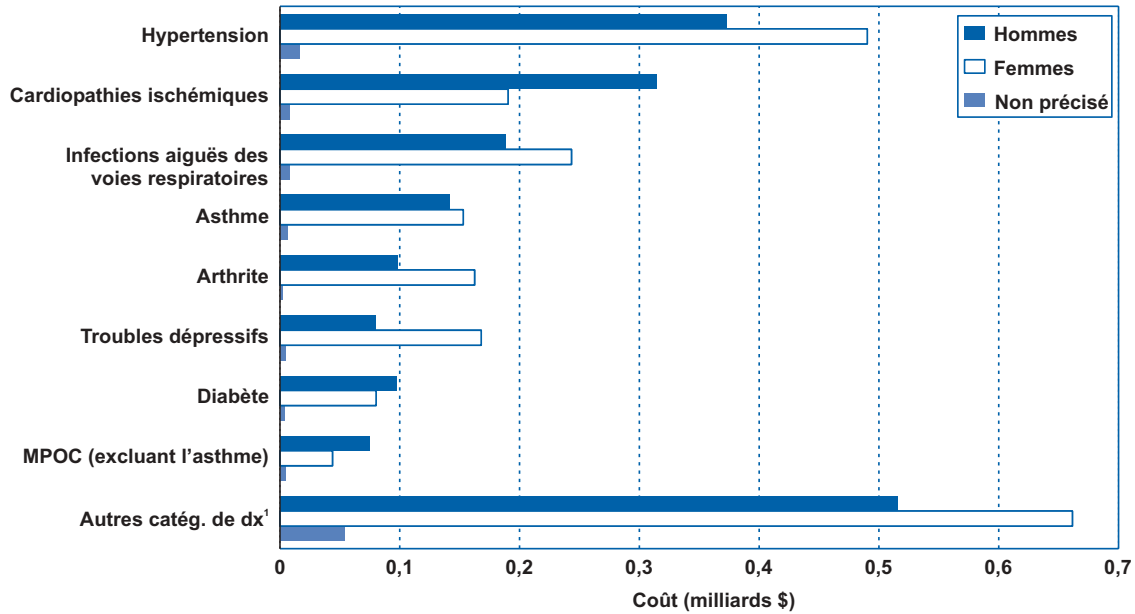


Notes : Aucune sous-catégorie n'est présentée pour les maladies de l'appareil digestif car les données n'étaient pas disponibles.

1 Désigne l'ensemble des autres catégories de diagnostics.

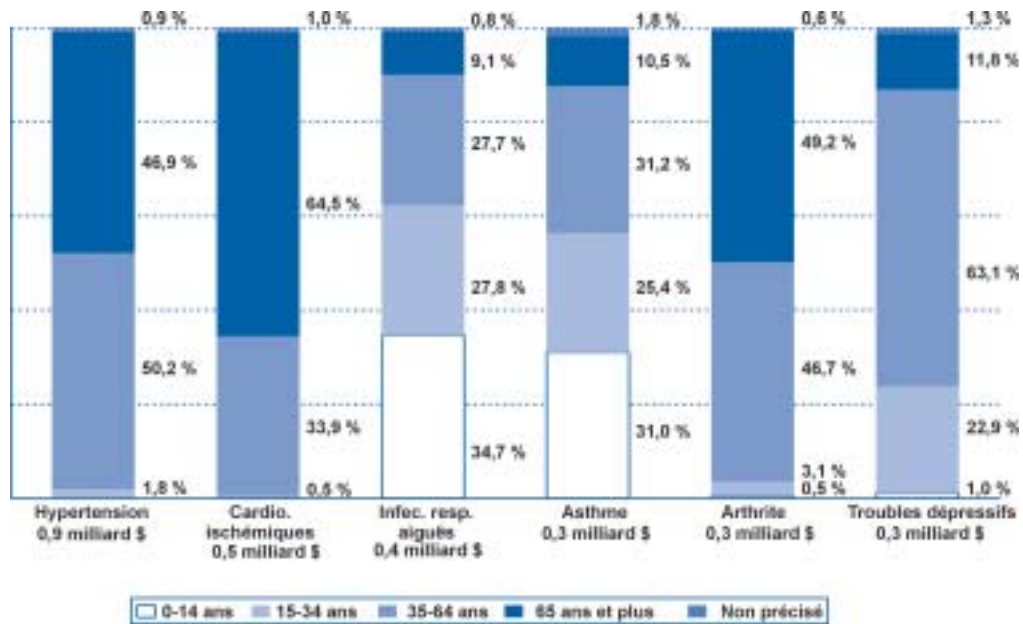
Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Coût des médicaments de prescription pour certaines sous-catégories de diagnostics, par sexe, au Canada*, 1998



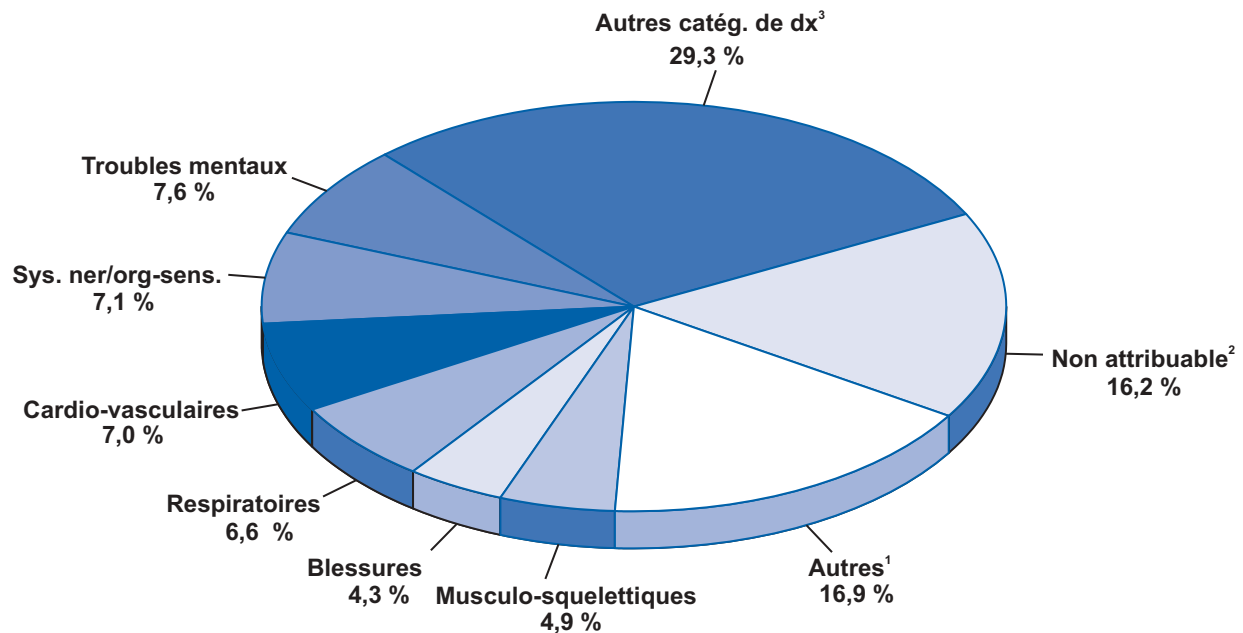
* Basé sur les 4,2 milliards de dollars en coûts des médicaments de prescription qui sont répartis selon ces sous-catégories de diagnostics et par sexe.
 1 Désigne l'ensemble des autres catégories de diagnostics.

Coût des médicaments de prescription pour certaines sous-catégories de diagnostics, par groupe d'âge, au Canada, 1998



Notes : Les groupes d'âge responsables de moins de 0,3 % du coût dans une catégorie de diagnostics ne sont pas indiqués.
 Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Coût des soins médicaux par catégorie de diagnostics au Canada*, 1998

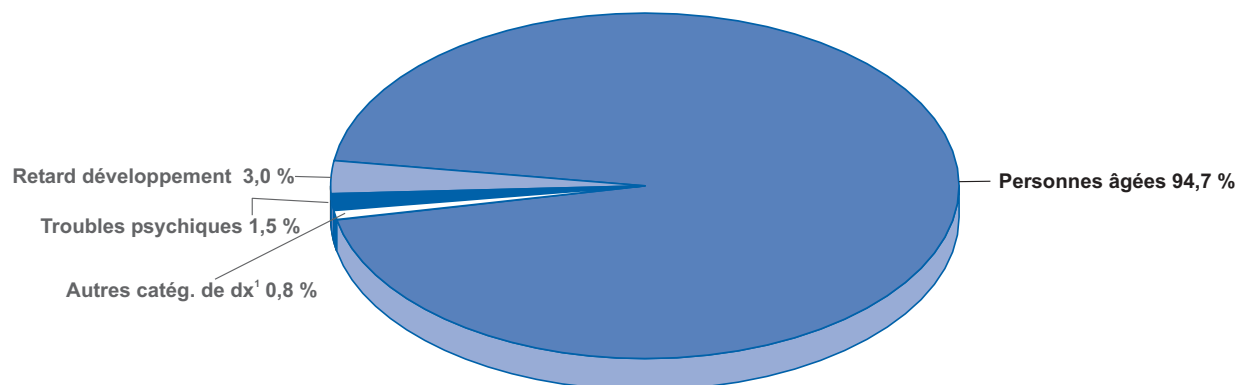


* Basé sur un coût total des soins médicaux de 11,7 milliards de dollars.

- 1 Comprend des données pour lesquelles aucun code de diagnostics n'était fourni, ou des données groupées en raison de faibles nombres. Elle comprend 2,0 milliards de dollars en coûts des soins médicaux rénumérés à l'acte des provinces/territoires.
- 2 Comprend des données qui ne peut être réparties par code CIM-9. Elle comprend 1,9 milliards en coûts des soins médicaux qui représentent la différence entre le coût total des soins médicaux selon le rapport TDNS (11,7 milliards) et le coût de la rémunération à l'acte déclaré par les provinces/territoires (9,8 milliards), qu'on considère comme le coût des autres régimes de rémunération.
- 3 Désigne l'ensemble des autres catégories de diagnostics.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Coût des établissements de soins pour bénéficiaires internes selon la caractéristique principale de la clientèle première, au Canada*, 1997-1998

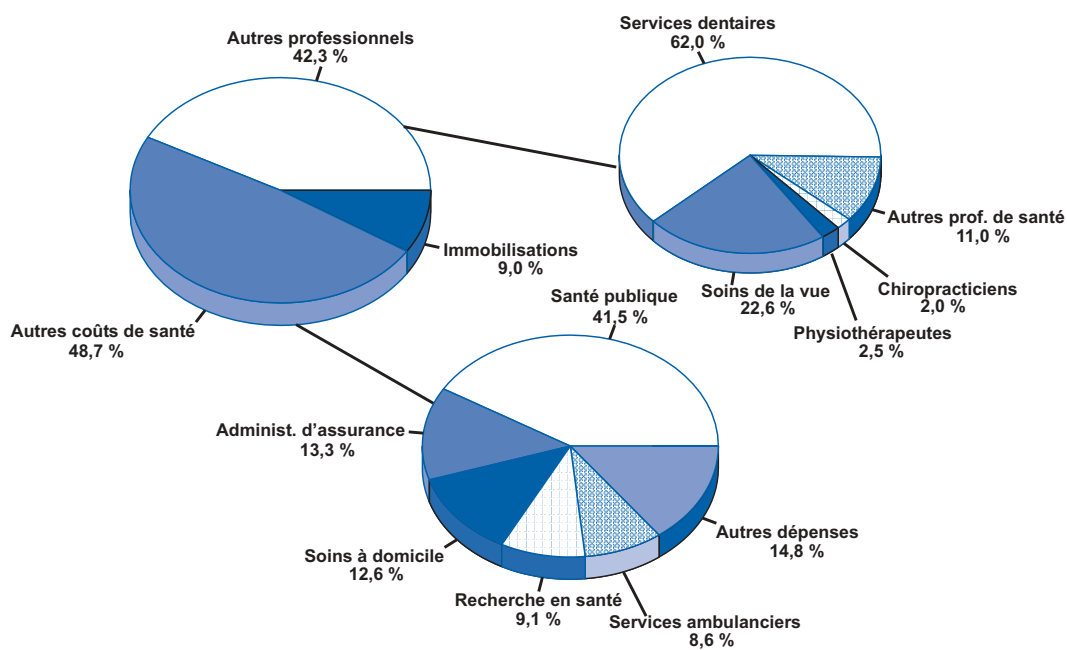


* Basé sur un coût des soins dispensés dans d'autres établissements de 8,0 milliards de dollars.

1 Désigne l'ensemble des autres catégories de diagnostics.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

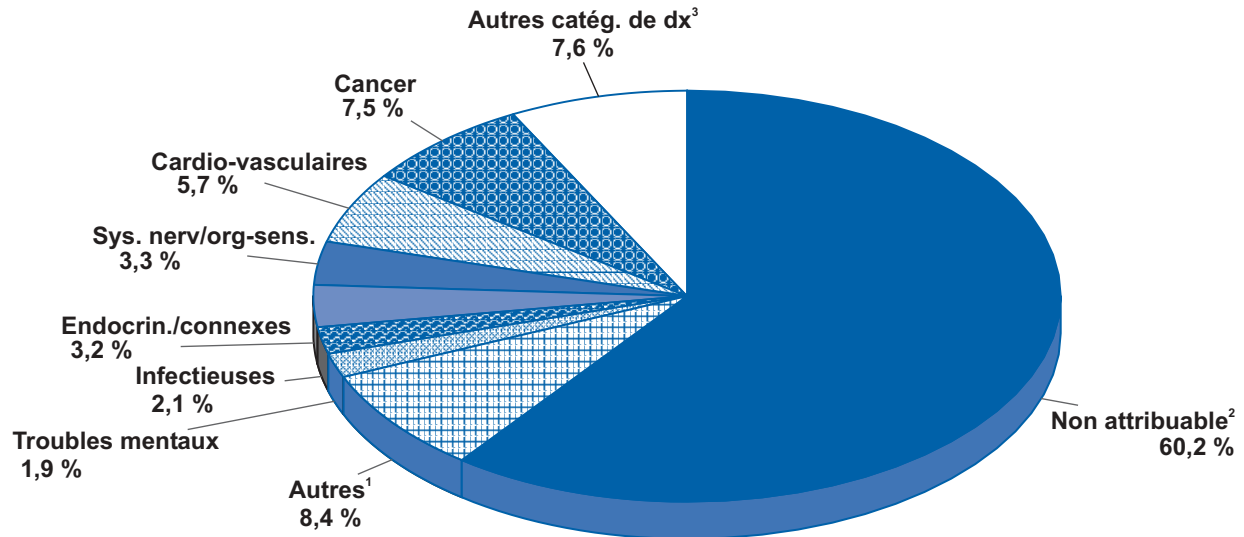
Autres coûts directs relatifs à la santé au Canada*, 1998



* Basé sur un total de 24,2 milliards de dollars d'autres coûts directs relatifs à la santé.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Dépenses de recherche en santé par catégorie de diagnostics au Canada*, 1998



* Basé sur la partie des dépenses relevées par les Instituts de recherche en santé du Canada (458,5 millions de dollars) pouvant être répartie par catégorie diagnostique (ces chiffres de dépenses proviennent de la base de données SAIRS, version 4, des IRSC).

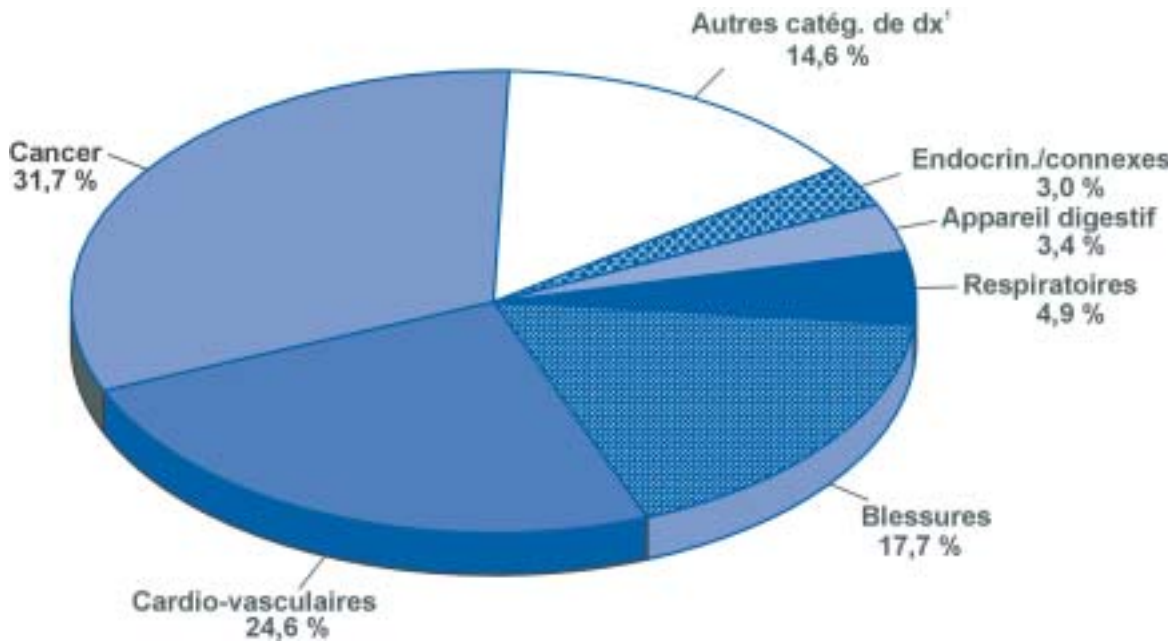
1 Comprend des données pour lesquelles aucun code de diagnostics n'était fourni, ou des données groupées en raison de faibles nombres. Pour plus de détails, voir la troisième note du tableau 2.

2 Comprend des données qui ne peut être réparties par code CIM-9.

3 Désigne l'ensemble des autres catégories de diagnostics.

Note : Dé à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Coût de la mortalité par catégorie de diagnostics au Canada*, 1998

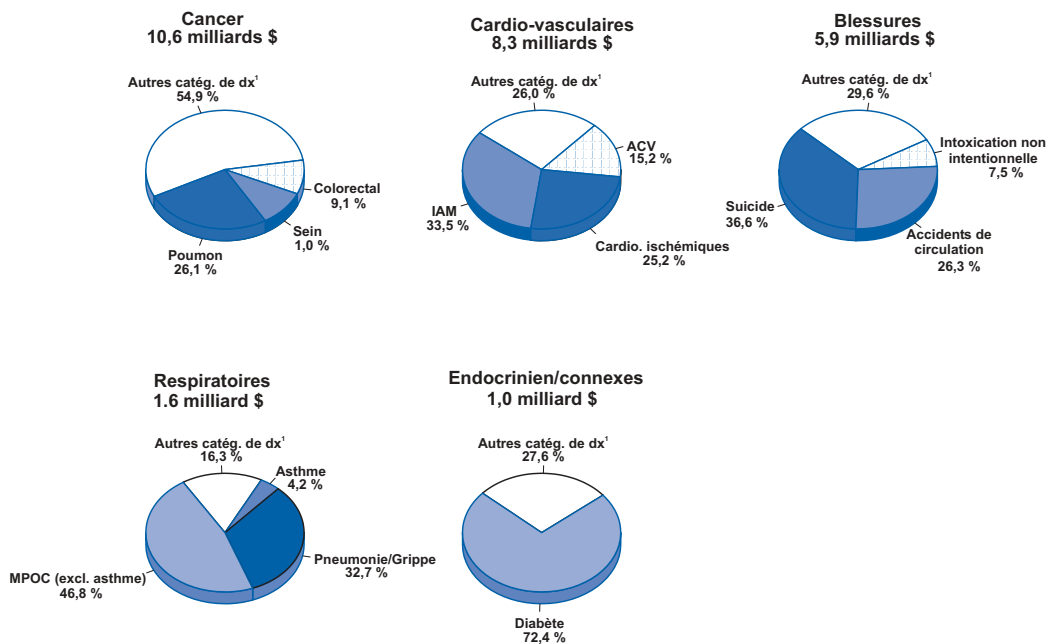


* Basé sur un coût total de la mortalité de 33,5 milliards de dollars, correspondant à la valeur actualisée de la perte de productivité future attribuable à la mortalité prématurée, selon un taux d'actualisation de 5 %.

1 Désigne l'ensemble des autres catégories de diagnostics.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

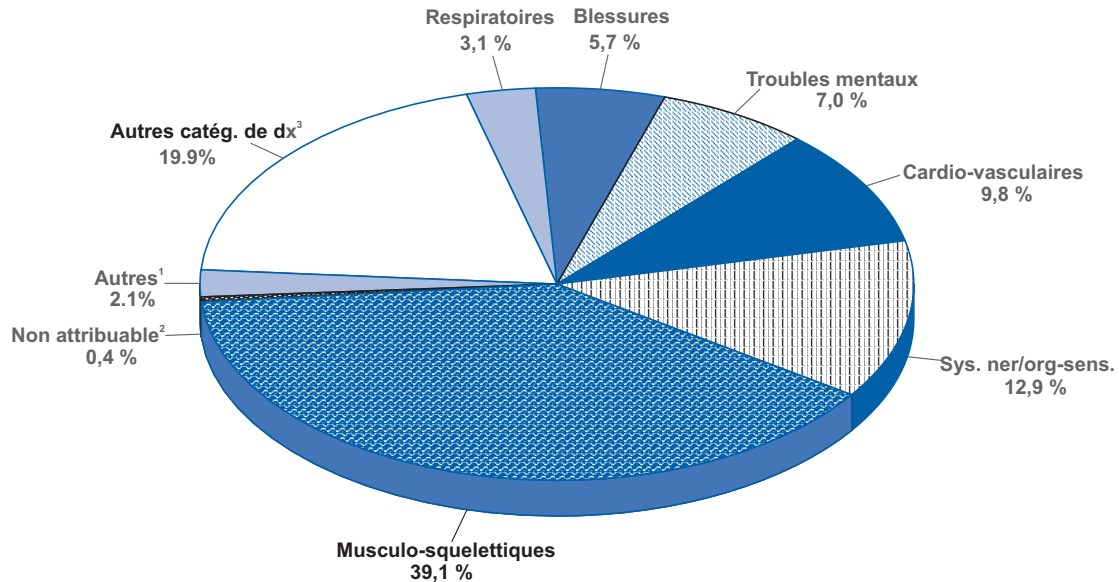
Coût de la mortalité par sous-catégorie de diagnostics pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés au Canada, 1998



1 Désigne l'ensemble des autres catégories de diagnostics.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée par catégorie de diagnostics au Canada*, 1998



* Basé sur un coût total de l'incapacité de longue durée de 32,2 milliards de dollars.

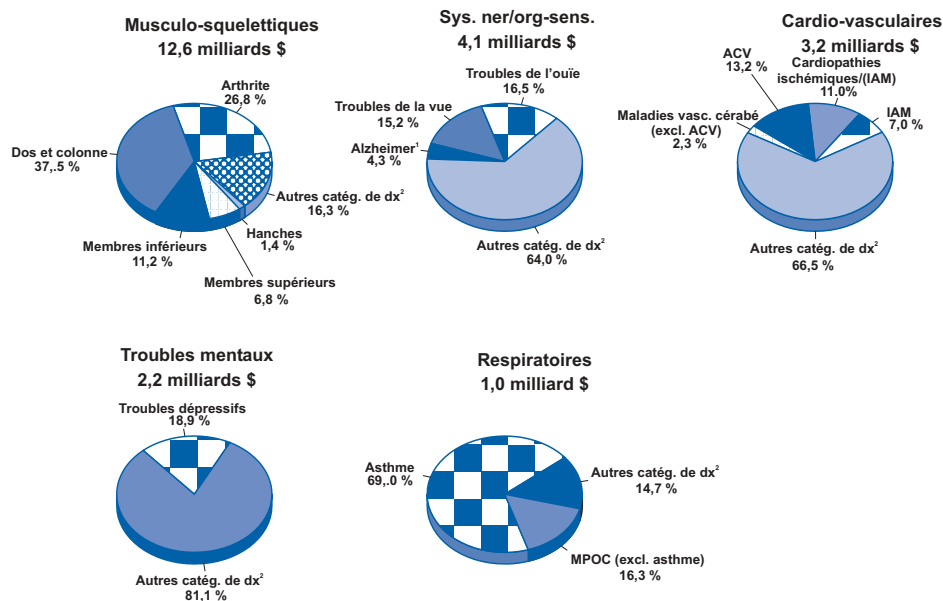
1 Comprend des données pour lesquelles aucun code de diagnostics n'était fourni, ou des données groupées en raison de faibles nombres. Pour plus de détails, voir la troisième note du tableau 2.

2 Comprend des données qui ne peut être réparties par code CIM-9. Pour plus de détails, voir la quatrième note du tableau 2.

3 Désigne l'ensemble des autres catégories de diagnostics.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de longue durée selon certaines sous-catégories de diagnostics pour les catégories de diagnostics qui engendrent les coûts les plus élevés au Canada, 1998

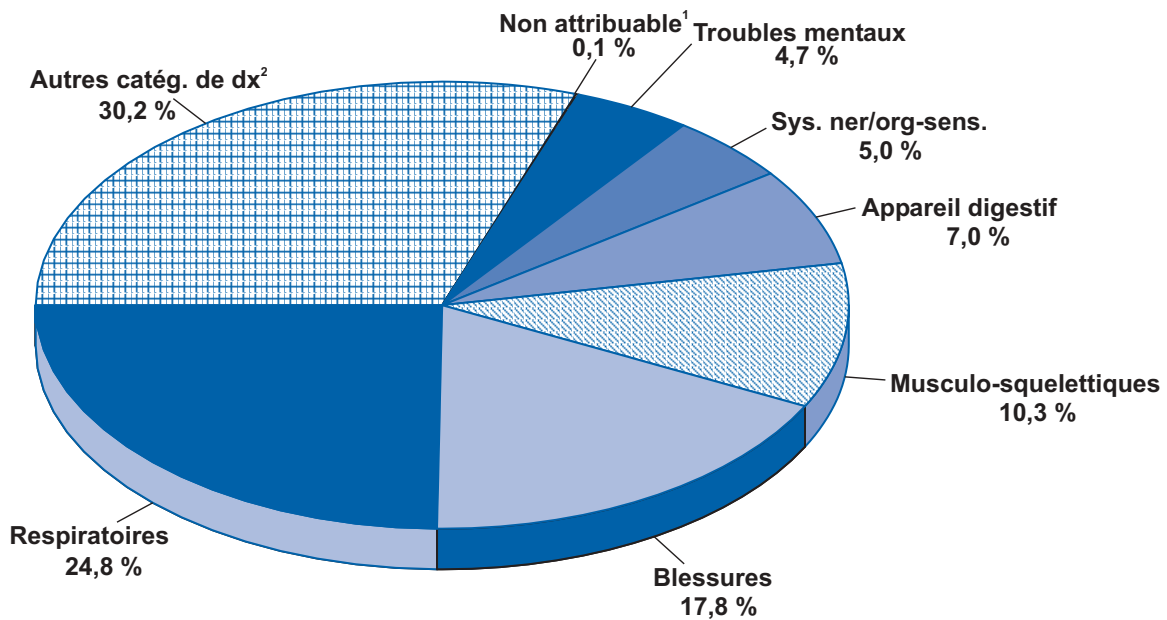


1 Les données sur la maladie d'Alzheimer n'ont pu être estimées pour le volet sur les ménages de l'ENSP, et la présente estimation représente la population vivant en établissement seulement.

2 Désigne l'ensemble des autres catégories de diagnostics.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée par catégorie de diagnostics au Canada*, 1998



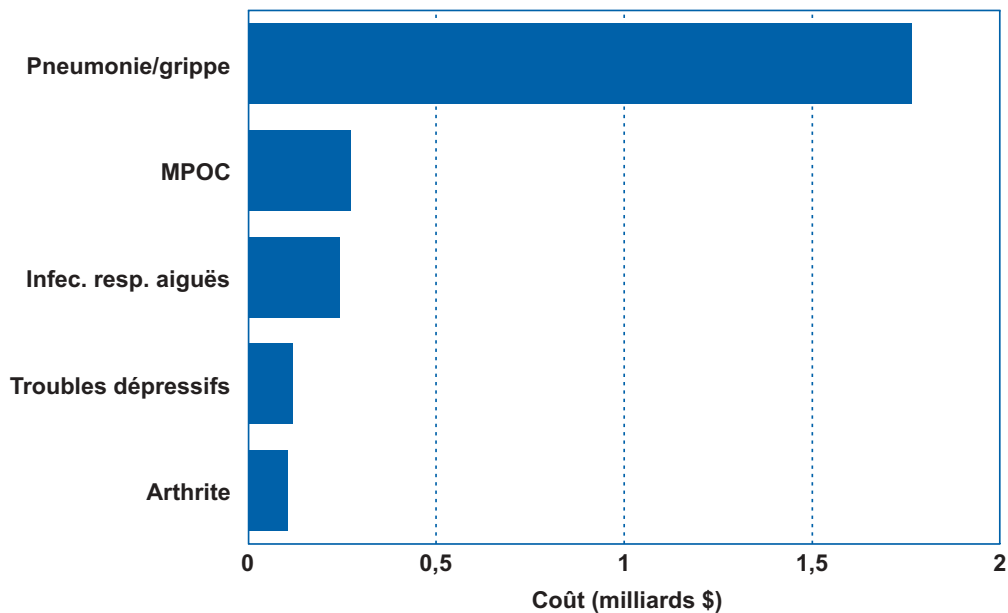
* Basé sur un coût total de l'incapacité de courte durée de 9,8 milliards de dollars.

1 Comprend des données qui ne peuvent être réparties par code CIM-9. Pour plus de détails, voir la quatrième note du tableau 2.

2 Désigne l'ensemble des autres catégories de diagnostics.

Note : Dû à l'arrondissement, il pourrait y avoir des divergences.

Coût de la morbidité attribuable à l'incapacité de courte durée selon certaines sous-catégories de diagnostics au Canada*, 1998



* Basé sur un coût total de l'incapacité de courte durée de 9,8 milliards de dollars.