

LE FARDEAU ÉCONOMIQUE DE LA MALADIE AU CANADA, 2005–2008



PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

**PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS,
À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.**

– Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:
Economic Burden of Illness in Canada, 2005-2008

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :
Courriel : EBIC-FEMC@phac-aspc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2014

Date de publication : mars 2014

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP50-1/2013F-PDF
ISBN : 978-0-660-21098-8
Pub. : 130149

LE FARDEAU ÉCONOMIQUE DE LA MALADIE AU CANADA, 2005–2008

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	1
INTRODUCTION	3
SOMMAIRE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE FEMC 2005–2008	6
TABLEAU 1 : Estimation des coûts selon le type de coûts et la composante de coût, Canada, 2005–2008 (en millions de dollars constants de 2010)	10
TABLEAU 2 : Estimation des coûts selon le type de coûts et la composante de coût, Canada, 2005–2008 (en millions de dollars courants)	11
TABLEAU 3 : Estimation des coûts selon la catégorie de diagnostics, le type de coûts et la composante de coût, Canada, 2008	12
FIGURE 1 : Répartition des coûts selon la composante de coûts directs pour les cinq catégories de diagnostics associées aux coûts directs les plus élevés, Canada, 2008	16
FIGURE 2 : Répartition des coûts selon la composante de coûts indirects pour les cinq catégories de diagnostics associées aux coûts indirects les plus élevés, Canada, 2008	16
FIGURE 3 : Répartition des coûts selon la composante de coût pour les cinq catégories de diagnostics associées aux coûts totaux les plus élevés, Canada, 2008	17
FIGURE 4 : Répartition des coûts directs selon le sexe, Canada, 2008	17
FIGURE 5 : Répartition des coûts indirects selon le sexe, Canada, 2008	18
FIGURE 6 : Répartition du coût total selon le sexe, Canada, 2008	18
FIGURE 7 : Répartition du coût selon le sexe et la composante de coût, Canada, 2008	19
FIGURE 8 : Répartition du coût selon la composante de coût et le sexe, Canada, 2008	19
FIGURE 9 : Répartition des coûts directs selon le groupe d'âge, Canada, 2008	20
FIGURE 10 : Répartition des coûts indirects selon le groupe d'âge, Canada, 2008	20
FIGURE 11 : Répartition du coût total selon le groupe d'âge, Canada, 2008	21
FIGURE 12 : Répartition du coût selon le groupe d'âge et la composante de coût, Canada, 2008	21
FIGURE 13 : Répartition du coût selon la composante de coût et le groupe d'âge, Canada, 2008	22
PREMIER RAPPORT : COÛT DES SOINS HOSPITALIERS SELON L'ÉTUDE FEMC, 2004–2008	23
FIGURES ET TABLEAUX	
TABLEAU 4 : Coût des soins hospitaliers selon la catégorie de diagnostics, Canada, 2004–2008	36
TABLEAU 5 : Coût des soins hospitaliers selon la catégorie de diagnostics et le sexe, Canada, 2008	37

FIGURE 14 : Coût des soins hospitaliers selon le groupe d'âge, Canada, 2008	38
FIGURE 15 : Répartition du coût des soins hospitaliers selon la catégorie de diagnostics et le groupe d'âge, Canada, 2008	38
DEUXIÈME RAPPORT : COÛT DES MÉDICAMENTS SELON L'ÉTUDE FEMC, 2005–2008	39
FIGURES ET TABLEAUX	
TABLEAU 6 : Coût des médicaments selon la catégorie de diagnostics, Canada, 2005–2008	47
TABLEAU 7 : Coût des médicaments selon la catégorie de diagnostics et le sexe, Canada, 2008.	48
FIGURE 16 : Coût des médicaments selon le groupe d'âge, Canada, 2008.	49
FIGURE 17 : Répartition du coût des médicaments selon la catégorie de diagnostics et le groupe d'âge, Canada, 2008	49
TROISIÈME RAPPORT : COÛT DES SOINS MÉDICAUX SELON L'ÉTUDE FEMC, 2005–2008	50
FIGURES ET TABLEAUX	
TABLEAU 8 : Coût des soins médicaux selon la catégorie de diagnostics, Canada 2005–2008	56
TABLEAU 9 : Coût des soins médicaux selon la catégorie de diagnostics et le sexe, Canada, 2008.	57
TABLEAU 10 : Comparaison de la répartition du coût par catégorie de diagnostics pour le Manitoba et l'Ontario (FEMC 2000)	58
TABLEAU 11 : Comparaison de la répartition du coût des soins médicaux au Manitoba en 2008 selon deux méthodes	59
FIGURE 18 : Coût des soins médicaux selon le groupe d'âge, Canada, 2008.	60
FIGURE 19 : Répartition du coût des soins médicaux selon la catégorie de diagnostics et le groupe d'âge, Canada, 2008	60
QUATRIÈME RAPPORT : VALEUR DE LA PRODUCTION PERDUE EN RAISON DE LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE SELON L'ÉTUDE FEMC, 2004–2008.	61
FIGURES ET TABLEAUX	
TABLEAU 12 : Coût de la mortalité selon la catégorie de diagnostics, Canada, 2005–2008	67
TABLEAU 13 : Coût de la mortalité selon la catégorie de diagnostic et le sexe, Canada, 2008.	68
TABLEAU 14 : Coût total de la mortalité selon l'étude FEMC, 2004–2008	69
FIGURE 20 : Coût de la mortalité selon le groupe d'âge, Canada, 2008	69
FIGURE 21 : Répartition du coût de la mortalité selon la catégorie de diagnostics et le groupe d'âge, Canada, 2008	69

CINQUIÈME RAPPORT : VALEUR DE LA PRODUCTION PERDUE EN RAISON DE LA MORBIDITÉ SELON L'ÉTUDE FEMC, 2005–2010	72
TABLEAU 15 : Valeur de la production perdue en raison de la morbidité, selon la catégorie de diagnostics et pour certains groupes démographiques, Canada, 2010	86
TABLEAU 16 : Valeur de la production perdue en raison de la morbidité, selon la catégorie de diagnostics et pour certains groupes démographiques, Canada, 2009	87
TABLEAU 17 : Valeur de la production perdue en raison de la morbidité, selon la catégorie de diagnostics et pour certains groupes démographiques, Canada, 2008	88
TABLEAU 18 : Valeur de la production perdue en raison de la morbidité, selon la catégorie de diagnostics et pour certains groupes démographiques, Canada, 2007	89
TABLEAU 19 : Valeur de la production perdue en raison de la morbidité, selon la catégorie de diagnostics et pour certains groupes démographiques, Canada, 2006	90
TABLEAU 20 : Valeur de la production perdue en raison de la morbidité, selon la catégorie de diagnostics et pour certains groupes démographiques, Canada, 2005	91
TABLEAU 21 : Valeur de la production perdue en raison de la morbidité, selon le groupe d'âge, Canada, 2005–2010	92
TABLEAU 22 : Valeur de la production perdue en raison de la morbidité, Canada, 2005–2010	92
ANNEXE A : LISTE DES ABRÉVIATIONS	95
ANNEXE B : DÉFINITIONS	96
ANNEXE C : CATÉGORIES DE DIAGNOSTICS DE L'ÉTUDE FEMC 2005–2008	
ANNEXE D : L'ÉQUIPE DE PROJET FEMC 2005–2008	106
RÉFÉRENCES	107

REMERCIEMENTS

Le rapport *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2005–2008* a été préparé par l'équipe Économie de la santé de la population de l'Agence de la santé publique du Canada.

Il n'aurait pas été possible d'obtenir les données sur le FEMC nécessaires à la production du présent rapport sans le soutien du Programme d'accès et de coordination des données de l'Agence de la santé publique du Canada.

L'institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada méritent également des remerciements pour leur contribution à la collecte et à la gestion des données sur la santé utilisées dans l'ensemble du rapport FEMC. Même si une partie du présent document se fonde sur des données et des renseignements fournis par l'Institut canadien d'information sur la santé et par Statistique Canada, les analyses, les conclusions, les opinions et les affirmations qui s'y trouvent sont celles de l'Agence de la santé publique du Canada, et ne reflètent pas nécessairement celles de l'Institut canadien d'information sur la santé ni de Statistique Canada.

INTRODUCTION

Le fardeau économique de la maladie au Canada (FEMC) est une étude globale du coût de la maladie. Elle fournit une estimation du fardeau de la maladie et des blessures en fonction du type de coûts, de la composante de coût, de la catégorie de diagnostics, du sexe, du groupe d'âge et de la province ou du territoire. L'objectif principal de l'étude FEMC consiste à fournir des renseignements objectifs et comparables sur l'ampleur du fardeau économique (ou coût) de la maladie et des blessures au Canada, selon des unités de mesure et des méthodes uniformisées. Le rapport FEMC est la seule étude globale du coût de la maladie au Canada qui fournit des renseignements comparables sur le coût de toutes les principales maladies. Ces estimations, de concert avec d'autres indicateurs de la santé, constituent des éléments importants pour l'élaboration des politiques et la planification des programmes en matière de santé publique.

Santé Canada a publié pour la première fois *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1986* (FEMC 1986) en 1991; par la suite, *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993* (FEMC 1993) a été publié en 1997, et *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998* (FEMC 1998), en 2002 (13). Une version non publiée, *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2000* (EBIC 2000), a aussi été réalisée (4). La responsabilité de la production de la série FEMC a été transférée à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) une fois l'organisme mis sur pied, en 2004. Les demandes de renseignements à jour sur le coût de la maladie et les commentaires positifs reçus sur les éditions antérieures de l'étude FEMC ont mené à la réalisation d'une nouvelle édition, *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2005–2008* (FEMC 2005–2008). Le rapport FEMC 2005–2008 et les outils en ligne complémentaires (adresse : www.phac-aspc.gc.ca/ebic-femc/index-fra.php) fournissent aux Canadiens des estimations du coût de la maladie selon les catégories de l'étude FEMC (catégorie de diagnostics, sexe, groupe d'âge et province ou territoire).

Pour l'étude FEMC 2005–2008, tous les coûts ont été estimés au moyen d'une approche fondée sur la prévalence. Cette approche consiste à estimer le coût global d'une maladie au cours d'une année donnée, sans égard à la date d'apparition de la maladie.

L'étude FEMC 2005–2008 comprend des estimations des coûts directs et indirects; elle ne tient pas compte des coûts intangibles, comme la douleur et la souffrance. Les coûts directs désignent les dépenses de santé dont l'objectif principal est d'améliorer l'état de santé ou à en prévenir la détérioration. Trois composantes de coûts directs sont estimées dans le présent rapport : le coût des soins hospitaliers, le coût des soins médicaux et le coût des médicaments. Les estimations des autres coûts directs relatifs à la santé, y compris le coût des soins dispensés dans d'autres établissements et les autres coûts directs relatifs à la santé (p. ex. les coûts liés aux autres professionnels, aux immobilisations, à la santé publique, et les autres dépenses de santé), ont été incluses dans le rapport, mais n'ont pas pu être réparties entre les catégories de l'étude FEMC. Toutes les données globales sur les composantes de coûts directs ont été tirées de la Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (5). Les données sur les coûts directs de l'étude FEMC ont été comparées à celles de la BDDNS de façon à calculer la somme des coûts qui n'ont pu être attribués à une des catégories de l'étude FEMC.

Les coûts indirects désignent la valeur économique de la perte de production causée par la maladie, les blessures ou les décès prématurés. Dans le présent rapport, seule la valeur de la perte de production attribuable à l'absence d'une personne sur le marché du travail en raison de sa « propre » maladie ou blessure, ou encore à son « propre » décès prématuré, a été prise en considération (les coûts liés au présentéisme, aux activités menées en dehors du marché du travail et à la prestation de soins à titre d'aidant naturel ne sont pas pris en considération). Les composantes de coûts indirects qui sont estimées dans le présent rapport sont la valeur de la perte de production en raison de la mortalité prématurée et la valeur de la perte de production en raison de la morbidité. Dans les éditions précédentes de l'étude FEMC, les coûts indirects (coût de la mortalité et de la morbidité) étaient estimés selon la méthode du capital humain. Dans l'étude FEMC 2005–2008, sur l'avis des experts mondiaux ayant participé aux ateliers sur le FEMC (organisés par l'ASPC) en 2009 et en 2010, la méthode des coûts de friction a été adoptée pour l'estimation des coûts indirects. Cette méthode ne suppose pas le plein emploi et ne tient compte de la perte de production que pour la période allant du moment où une personne quitte son emploi pour cause de maladie, de blessure ou de mort prématurée au moment où l'emploi vacant est comblé. Ce changement de méthode est traité plus en détail dans les rapports portant sur chacune des composantes de coûts indirects.

Les estimations de coût ont été classées en fonction du problème de santé principal, et presque toutes les estimations des composantes de coûts peuvent être classées dans un code de la Classification internationale des maladies (CIM), soit de la version 9 (CIM-9), soit de la version 10 (CIM-10), selon la source des données. La seule exception concerne la valeur de la perte de production en raison de la morbidité, pour laquelle la valeur de la perte de production au cours de la période étudiée a été évaluée selon la grande catégorie d'affections. Les estimations de l'étude FEMC pouvant être attribuées à un code CIM ont par la suite été agrégées selon 24 catégories de diagnostics et 165 sous-catégories. Les codes CIM sont agrégés selon la classification décrite à l'annexe C, qui s'inspire largement de celle du Fardeau mondial des maladies (6).

Les groupes d'âge utilisés dans l'étude FEMC 2005–2008 sont les suivants : de 0 à 14 ans, de 15 à 34 ans, de 35 à 54 ans, de 55 à 64 ans, de 65 à 74 ans et 75 ans et plus. L'étude FEMC 1998 ne tenait compte que de quatre groupes d'âge (de 0 à 14 ans, de 15 à 34 ans, de 35 à 64 ans et 65 ans et plus). L'ajout de groupes d'âge dans l'étude FEMC 2005–2008 permet une analyse plus détaillée du profil du fardeau économique de la maladie et des blessures, étant donné que les personnes de 35 à 64 ans et les personnes de 65 ans et plus présentent probablement des profils très différents pour ce qui est de la magnitude et de la répartition du coût de la maladie. En raison des hypothèses retenues concernant la participation au marché du travail, le coût de la mortalité n'a été estimé que pour les personnes de 15 à 64 ans, et le coût de la morbidité n'a été estimé que pour les personnes de 15 à 75 ans; pour de plus amples renseignements, veuillez consulter les sections pertinentes portant sur les composantes de coûts indirects.

Les estimations de l'étude FEMC 2005–2008 devraient être examinées dans le contexte des limites décrites cidessus et de celles ayant été cernées dans les rapports portant sur chacune des composantes de coût. En général, il n'est pas recommandé d'établir des comparaisons entre les résultats de l'étude FEMC 2005–2008 et ceux des éditions précédentes de l'étude. Les écarts entre les résultats pourraient s'expliquer par le recours à des sources de données nouvelles ou améliorées ou par le perfectionnement ou la modification des méthodes utilisées, plutôt que par des différences réelles dans l'importance et la répartition du fardeau économique de la maladie et des blessures. Il pourrait aussi exister des écarts mineurs entre les années de l'analyse actuelle; veuillez consulter les rapports sur chacune des composantes de coût pour de plus amples renseignements.

Le reste du rapport présente les estimations de l'étude FEMC 2005–2008 et les données se rapportant à chacune des composantes de coût. Chacun des rapports portant sur une composante de coût en particulier comprend une mise en contexte, une description des sources de données et des méthodes utilisées, une présentation des résultats généraux et une explication des hypothèses et des limites qui pourraient influencer l'interprétation des résultats. Même si les analyses ont été effectuées sur les années 2005 à 2008, certaines composantes de coût tiennent compte aussi de données d'autres années. Par exemple, les estimations du coût des soins hospitaliers et de la valeur de la perte de production en raison de décès prématurés portent sur les années 2004 à 2008, car les données pertinentes étaient disponibles. Les estimations de la valeur de la perte de production en raison de la morbidité ont été effectuées pour les années 2005 à 2010, car elles sont fondées sur le nombre de journées d'absence sur le marché du travail en 2010. Des annexes sur les abréviations, les définitions et les groupements de codes CIM utilisés dans le rapport sont présentées à la fin du document.

SOMMAIRE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE FEMC 2005–2008

FARDEAU ÉCONOMIQUE DE LA MALADIE AU CANADA SELON LE TYPE DE COÛTS ET LA COMPOSANTE DE COÛT

En 2008, on estime que le fardeau économique de la maladie et des blessures au Canada, en dollars constants de 2010, était de 192,8 G\$, comme le montre le tableau 1¹. Les coûts directs expliquaient 175,6 G\$ (91,1 %) et les coûts indirects, 17,2 G\$ (8,9 %) de ce total en 2008. En 2005, les coûts globaux estimés étaient à 169,5 G\$: 153,2 G\$ (90,4 %) en coûts directs et 16,2 G\$ (9,6 %) en coûts indirects. Par conséquent, l'estimation du fardeau économique total de la maladie et des blessures au Canada a augmenté de 13,8 % de 2005 à 2008.

Le tableau 2 présente les estimations nationales de l'étude FEMC 2005-2008 en dollars courants, selon le type de coûts et la composante de coût. Pour toutes les années analysées, les coûts directs représentaient une portion considérable du total des coûts (en moyenne 90,8 %), tandis que les coûts indirects n'en représentaient que 9,2 % en moyenne. Pour toutes les années analysées, le coût des soins hospitaliers constituait la principale composante de coûts directs (parmi les dépenses pouvant être attribuées à une catégorie), et le coût de la morbidité constituait la principale composante de coûts indirects. En 2008, le coût des soins hospitaliers a représenté 26,0 % (49,1 G\$) de l'ensemble des coûts, le coût des médicaments, 14,8 % (27,9 G\$), et le coût des soins médicaux, 12,6 % (23,8 G\$). Toujours en 2008, le coût de la morbidité a représenté 8,7 % (16,4 G\$) de l'ensemble des coûts, et le coût de la mortalité, 0,2 % (0,5 G\$).

FARDEAU ÉCONOMIQUE DE LA MALADIE AU CANADA SELON LA CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS ET LE TYPE DE COÛTS²

Le tableau 3 présente les estimations des coûts de l'étude FEMC 2008 selon la catégorie de diagnostics, le type de coûts et la composante de coût. En 2008 50,1 % (94,6 G\$ des 188,9 G\$) des coûts de la maladie et des blessures ont pu être attribués à une catégorie de diagnostics. Les coûts directs non attribuables étaient de 88,1 G\$, et les coûts indirects non attribuables, de 6,2 G\$. Plus précisément, 48,8 % (83,9 G\$) des coûts directs et 63,3 % (10,7 G\$) des coûts indirects ont pu être attribués à une catégorie de diagnostics en particulier. Sauf dans la catégorie des infections respiratoires, les coûts directs étaient plus élevés que les coûts indirects dans toutes les catégories de diagnostics.

¹ Les estimations de coût de l'étude FEMC en dollars courants ont été converties en dollars constants en fonction des valeurs de l'indice des prix à la consommation de Statistique Canada (7).

² Les catégories de diagnostics « Symptômes, signes et affections mal définies » et « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » sont présentées dans les tableaux de résultats, mais ne sont pas classées ni analysées dans le présent rapport, car ces catégories comprennent des affections mal définies ou pouvant être causées par des problèmes de santé multiples, si bien qu'il est difficile d'attribuer le coût à une affection ou à un trouble en particulier.

Catégories de diagnostics associés aux coûts directs les plus élevés

Comme le montre le tableau 3, en 2008, les cinq catégories de diagnostics associées aux coûts directs les plus élevés étaient celles des maladies cardiovasculaires (11,7 G\$, 6,8 %), des affections neuropsychiatriques (11,4 G\$, 6,6 %), des maladies musculosquelettiques (5,8 G\$, 3,4 %) des maladies digestives (5,5 G\$, 3,2 %), et des blessures (5,1 G\$, 3,0 %). Ensemble, ces cinq catégories représentaient près du quart (39,5 G\$ des 172,0 G\$, soit 23,0 %) des coûts directs totaux, et près de la moitié (39,5 G\$ des 83,9 G\$, soit 47,1 %) des coûts directs pouvant être attribués à une catégorie de diagnostics.

La figure 1 montre la répartition des coûts selon la composante de coûts directs pour les cinq premières catégories de diagnostics au chapitre des coûts directs en 2008. Les soins hospitaliers étaient source des coûts directs les plus élevés dans toutes les catégories de diagnostics, sauf dans celle des maladies musculosquelettiques. En particulier, le coût des soins hospitaliers représentait plus de la moitié des coûts directs liés aux maladies digestives (2,8 G\$, 51,6%), et plus de 65 % des coûts directs liés aux blessures (3,4 G\$, 66,7 %). Eu égard aux maladies musculosquelettiques, c'est le coût des soins médicaux qui constituait la principale composante de coûts directs (2,0 G\$, 34,6 %).

Catégories de diagnostics associées aux coûts indirects les plus élevés

En 2008, comme le montre le tableau 3, les cinq catégories de diagnostics associées aux coûts indirects les plus élevés étaient celles des blessures (3,0 G\$, 17,8 %), des infections respiratoires (2,8 G\$, 16,7 %), des maladies musculosquelettiques (1,4 G\$, 8,3 %), des affections neuropsychiatriques (1,0 G\$, 6,2 %) et de certaines maladies infectieuses et parasitaires (0,8 G\$, 5,0 %). Ensemble, ces cinq catégories de diagnostics représentaient plus de la moitié (9,0 G\$ des 16,9 G\$, 54,0 %) des coûts indirects totaux, et plus des quatre cinquièmes (9,0 G\$ des 10,7 G\$, 85,3 %) des coûts indirects ayant pu être attribués à une catégorie de diagnostics.

La figure 2 montre la répartition des coûts selon la composante de coûts indirects pour les cinq catégories de diagnostics associées aux coûts indirects les plus élevés en 2008. Le coût de la morbidité représentait plus de 97 % des coûts indirects dans chacune des cinq catégories, et près de l'entièreté des coûts indirects liés aux infections respiratoires (2,8 G\$, 99,8 %) et aux maladies musculosquelettiques (1,4 G\$, 99,8 %). Des cinq catégories de diagnostics, c'est celle des blessures pour laquelle le pourcentage associé au coût de la mortalité était le plus élevé (0,1 G\$, 2,8 %).

Catégories de diagnostics associées aux coûts totaux les plus élevés

Comme le montre le tableau 3, les cinq catégories de diagnostics associées aux coûts totaux les plus élevés en 2008 étaient celles des affections neuropsychiatriques (12,5 G\$, 6,6 %), des maladies cardiovasculaires (12,1 G\$, 6,4 %), des blessures (8,1 G\$, 4,3 %), des maladies musculosquelettiques (7,2 G\$, 3,8 %) et des maladies digestives (5,7 G\$, 3,0 %). Ensemble, ces cinq catégories de diagnostics représentaient près du quart (45,5 G\$ des 188,9 G\$, 24,1 %) de l'ensemble des coûts et près de la moitié (45,5 G\$ des 94,6 G\$, 48,1 %) des coûts totaux ayant pu être attribués à une catégorie de diagnostics.

La figure 3 montre la répartition des coûts selon la composante de coût pour les cinq catégories de diagnostics associées aux coûts totaux les plus élevés en 2008. Les soins hospitaliers étaient la principale source de coûts dans l'ensemble pour chacune des cinq catégories, exception faite de celle des maladies musculosquelettiques, pour laquelle il s'agissait de la troisième composante en importance. Les soins médicaux étaient la première source de coûts dans la catégorie des maladies musculosquelettiques (2,0 G\$, 27,9 %). Les médicaments étaient la deuxième dans les catégories des affections neuropsychiatriques (3,6 G\$, 28,5 %), des maladies cardiovasculaires (4,3 G\$, 35,4 %) et des maladies digestives (1,4 G\$, 25,2 %). Le coût de la morbidité venait au deuxième rang des composantes de coût dans le cas des blessures (2,9 G\$, 36,0 %).

FARDEAU ÉCONOMIQUE DE LA MALADIE AU CANADA SELON LE SEXE

Des coûts totaux de la maladie, 53 % (100,7 G\$ des 188,9 G\$) ont pu être répartis selon le sexe. Les autres (88,1 G\$) sont des coûts directs qui n'ont pas pu l'être³.

Fardeau économique de la maladie selon le sexe et le type de coûts

Les figures 4 à 6 montrent la répartition des coûts directs, indirects et totaux selon le sexe. Les hommes expliquaient un moins grand pourcentage des coûts directs que les femmes (45,9 % contre 54,1 %), et un plus grand pourcentage des coûts indirects (54,9 % contre 45,1 %). En ce qui concerne les coûts totaux (la somme des coûts directs et indirects), la part des hommes dans le fardeau de la maladie et des blessures était moindre que celle des femmes (47,4 % contre 52,6 %).

Fardeau économique de la maladie selon le sexe et la composante de coût

La figure 7 montre la répartition des coûts selon le sexe et la composante de coût en 2008. Les coûts totaux étaient moins élevés pour les hommes (47,8 G\$) que pour les femmes (53,0 G\$). Comparativement à ceux attribuables aux femmes, les coûts attribuables aux hommes étaient davantage associés aux soins hospitaliers (39,7 % contre 37,7 %), à la mortalité (0,7 % contre 0,2 %) et à la morbidité (18,7 % contre 14,1 %), et moins aux médicaments (20,4 % contre 21,6 %) et aux soins médicaux (20,6 % contre 26,3 %).

La figure 8 montre la répartition des coûts selon la composante de coût et le sexe en 2008. Les hommes expliquaient une plus grande portion du coût de la morbidité (8,9 G\$, 54,4 %) que les femmes. En outre, plus des deux tiers du coût de la mortalité (0,3 G\$, 74,0 %) étaient attribuables aux hommes. Les femmes comptaient pour une plus grande proportion du coût des soins hospitaliers (20,0 G\$, 51,3 %), du coût des médicaments (11,5 G\$, 54,1 %) et du coût des soins médicaux (7,9 G\$, 58,7 %) que les hommes.

³ En ce qui concerne les coûts directs, le montant des coûts non attribuables pour chaque composante de coûts directs a été calculé en soustrayant les coûts attribuables aux catégories de l'étude FEMC du total des coûts inscrits pour la composante dans la BDDNS (5).

FARDEAU ÉCONOMIQUE DE LA MALADIE AU CANADA SELON LE GROUPE D'ÂGE

Des coûts totaux de la maladie, 53 % (100,7 G\$ des 188,9 G\$) ont pu être répartis par groupe d'âge⁴. Les autres (88,1 G\$) sont des coûts directs qui n'ont pas pu l'être⁵.

Fardeau économique de la maladie selon le groupe d'âge et le type de coûts

Les figures 9 à 11 montrent la répartition des coûts directs, indirects et totaux selon le groupe d'âge. Les personnes de 35 à 54 ans (20,2 G\$, 24,1 %) et de 75 ans et plus (18,1 G\$, 21,6 %) étaient les principales sources de coûts directs. Les coûts indirects les plus élevés étaient quant à eux associés aux personnes de 35 à 54 ans (10,1 G\$, 60,2 %) et aux personnes de 15 à 34 ans (3,8 G\$, 22,5 %). Les coûts totaux (la somme des coûts directs et indirects) étaient répartis d'une façon semblable à celle des coûts directs, les personnes de 35 à 54 ans (30,4 G\$, 30,1 %) et les personnes de 75 ans et plus (18,1 G\$, 18,0 %) étant les principales sources de coûts.

Fardeau économique de la maladie selon le groupe d'âge et la composante de coût

La figure 12 montre la répartition des coûts selon le groupe d'âge et la composante de coût en 2008. Pour tous les groupes d'âge à l'exception de celui des 15 à 34 ans et des 35 à 54 ans, les soins hospitaliers représentaient la principale source de coûts. Les soins hospitaliers expliquaient la moitié des coûts générés par les personnes de 0 à 14 ans (3,2 G\$, 50,0 %) et près de la moitié des coûts générés par les personnes de 65 à 74 ans (6,4 G\$, 48,2 %); tous ces groupes sont associés à des coûts indirects très faibles, voire inexistantes. Le coût de la morbidité était la principale composante de coût chez les personnes de 35 à 54 ans (9,9 G\$, 32,7 %). Le coût de la mortalité contribuait pour la plus faible proportion au coût total dans chacun des groupes d'âge pour lesquels ce coût a été estimé.

La figure 13 montre la répartition des coûts selon la composante de coût et le groupe d'âge en 2008. Les personnes de 75 ans et plus contribuaient pour la plus grande proportion au coût des soins hospitaliers (11,5 G\$, 29,4 %). La plus forte proportion du coût des médicaments (6,4 G\$, 30,0 %), du coût des soins médicaux (6,4 G\$, 26,8 %), du coût de la mortalité (0,2 G\$, 51,8 %) et du coût de la morbidité (9,9 G\$, 60,5 %) était attribuable aux personnes de 35 à 54 ans.

⁴ Les coûts liés à la mortalité n'ont été estimés que pour les personnes de 15 à 64 ans, et les coûts liés à la morbidité, que pour les personnes de 15 à 75 ans.

⁵ En ce qui concerne les coûts directs, le montant des coûts non attribuables pour chaque composante de coûts directs a été calculé en soustrayant les coûts attribuables aux catégories de l'étude FEMC du total des coûts inscrits dans la BDDNS pour la composante.

FIGURES ET TABLEAUX

TABLEAU 1 : Estimation des coûts selon le type de coûts et la composante de coût, Canada, 2005–2008 (en millions de dollars constants de 2010)⁽⁴⁾

COMPOSANTE DE COÛT	2008	% DU TOTAL	2007	% DU TOTAL	2006	% DU TOTAL	2005	% DU TOTAL
COÛTS DIRECTS^(1, 2)								
Coût des soins hospitaliers	50 155,8	26,0	47 780,6	25,9	46 120,0	26,0	44 217,6	26,1
Coûts attribuables	39 744,9	20,6	38 224,2	20,8	35 935,7	20,2	33 831,1	20,0
Coûts non attribuables	10 410,8	5,4	9 556,4	5,2	10 184,4	5,7	10 386,5	6,1
Coût des médicaments	28 509,7	14,8	27 625,2	15,0	26 796,6	15,1	25 253,6	14,9
Coûts attribuables	21 633,3	11,2	20 952,3	11,4	19 990,9	11,3	19 296,7	11,4
Coûts non attribuables	6 876,4	3,6	6 672,8	3,6	6 805,7	3,8	5 956,9	3,5
Coût des soins médicaux	24 280,5	12,6	22 520,9	12,2	21 406,6	12,1	20 203,7	11,9
Coûts attribuables	24 280,5	12,6	22 520,9	12,2	21 406,6	12,1	20 203,7	11,9
Coûts non attribuables	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres coûts directs	72 676,8	37,7	69 503,5	37,7	66 745,7	37,6	63 548,8	37,5
Coûts attribuables	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Coûts non attribuables	72 676,8	37,7	69 503,5	37,7	66 745,7	37,6	63 548,8	37,5
Total des coûts directs	175 622,8	91,1	167 430,2	90,9	161 069,0	90,7	153 223,7	90,4
COÛTS INDIRECTS								
Coût de la mortalité	463,5	0,2	461,5	0,3	470,7	0,3	469,8	0,3
Coûts attribuables	463,5	0,2	461,5	0,3	470,7	0,3	469,8	0,3
Coûts non attribuables	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Coût de la morbidité	16 741,3	8,7	16 312,9	8,9	16 028,0	9,0	15 760,4	9,3
Coûts attribuables	10 423,1	5,4	10 117,0	5,5	9 931,4	5,6	9 766,3	5,8
Coûts non attribuables ⁽³⁾	6 318,23	3,3	6 195,9	3,4	6 096,6	3,4	5 994,1	3,5
Total des coûts indirects	17 204,8	8,9	16 774,4	9,1	16 498,7	9,3	16 230,2	9,6
Coût total de la maladie	192 827,6	100,0	184 204,5	100,0	177 567,8	100,0	169 453,9	100,0

⁽¹⁾ Le total de chacune des composantes de coûts directs est tiré du document Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2012 de l'ICIS (5).

⁽²⁾ En ce qui concerne les coûts directs, les coûts non attribuables pour chaque composante de coûts directs ont été obtenus en faisant la différence entre le coût total inscrit pour la composante dans la BDDNS et le total des coûts ayant pu être attribués à une catégorie de l'étude FEMC.

⁽³⁾ La portion non attribuable du coût de la morbidité correspond à la valeur de la perte de production qui n'a pas pu être attribuée à une catégorie de diagnostics en particulier.

⁽⁴⁾ Dans le cadre de l'étude FEMC, les estimations de coût en dollars courants ont été converties en dollars constants en fonction des valeurs de l'indice des prix à la consommation de Statistique Canada (7).

REMARQUE : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

TABLEAU 2 : Estimation des coûts selon le type de coûts et la composante de coût, Canada, 2005–2008 (en millions de dollars courants)

COMPOSANTE DE COÛT	2008	% DU TOTAL	2007	% DU TOTAL	2006	% DU TOTAL	2005	% DU TOTAL
COÛTS DIRECTS^(1,2)								
Coût des soins hospitaliers	49 122,5	26,0	45 729,9	25,9	43 190,5	26,0	40 611,9	26,1
Coûts attribuables	38 926,1	20,6	36 583,7	20,8	33 653,0	20,2	31 072,4	20,0
Coûts non attribuables	10 196,4	5,4	9 146,3	5,2	9 537,5	5,7	9 539,5	6,1
Coût des médicaments	27 922,4	14,8	26 439,5	15,0	25 094,5	15,1	23 194,3	14,9
Coûts attribuables	21 187,6	11,2	20 053,1	11,4	18 721,1	11,3	17 723,2	11,4
Coûts non attribuables	6 734,8	3,6	6 386,4	3,6	6 373,4	3,8	5 471,1	3,5
Coût des soins médicaux	23 780,3	12,6	21 554,3	12,2	20 046,9	12,1	18 556,2	11,9
Coûts attribuables	23 780,3	12,6	21 554,3	12,2	20 046,9	12,1	18 556,2	11,9
Coûts non attribuables	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres coûts directs	71 179,6	37,7	66 520,5	37,7	62 506,1	37,6	58 366,7	37,5
Coûts attribuables	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Coûts non attribuables	71 179,6	37,7	66 520,5	37,7	62 506,1	37,6	58 366,7	37,5
Total des coûts directs	172 004,8	91,1	160 244,3	90,9	150 838,0	90,7	140 729,0	90,4
COÛTS INDIRECTS								
Coût de la mortalité	454,0	0,2	441,7	0,3	440,8	0,3	431,5	0,3
Coûts attribuables	454,0	0,2	441,7	0,3	440,8	0,3	431,5	0,3
Coûts non attribuables	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Coût de la morbidité	16 396,4	8,7	15 612,7	8,9	15 010,0	9,0	14 475,2	9,3
Coûts attribuables	10 208,3	5,4	9 682,8	5,5	9 300,6	5,6	8 969,9	5,8
Coûts non attribuables ⁽³⁾	6 188,07	3,3	5 930,0	3,4	5 709,4	3,4	5 505,3	3,5
Total des coûts indirects	16 850,4	8,9	16 054,5	9,1	15 450,7	9,3	14 906,7	9,6
Coût total de la maladie	188 855,2	100,0	176 298,8	100,0	166 288,8	100,0	155 635,8	100,0

⁽¹⁾ Le total de chacune des composantes de coûts directs est tiré du document *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2012 de l'ICIS (5)*.

⁽²⁾ En ce qui concerne les coûts directs, les coûts non attribuables pour chaque composante de coûts directs ont été obtenus en faisant la différence entre le coût total inscrit pour la composante dans la BDDNS et le total des coûts ayant pu être attribués à une catégorie de l'étude FEMC.

⁽³⁾ La portion non attribuable du coût de la morbidité correspond à la valeur de la perte de production qui n'a pas pu être attribuée à une catégorie de diagnostics en particulier.
REMARQUE : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

TABEAU 3 : Estimation des coûts selon la catégorie de diagnostics, le type de coûts et la composante de coût, Canada, 2008
(en millions de dollars courants)

CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS	SOINS HOSPITALIERS	% DU CÔT DES SOINS HOSPITALIERS	MÉDICAMENTS	% DU CÔT DES MÉDICAMENTS	SOINS MÉDICAUX	% DU CÔT DES SOINS MÉDICAUX	AUTRES CÔTS DIRECTS	% DES AUTRES CÔTS DIRECTS	TOTAL DES CÔTS DIRECTS	% DU TOTAL DES CÔTS DIRECTS	RANG SELON LES CÔTS DIRECTS
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	871,1	1,8	696,7	2,5	509,3	2,1	0,0	0,0	2 077,0	1,2	16
Infections respiratoires	958,9	2,0	509,3	1,8	1 125,2	4,7	0,0	0,0	2 593,3	1,5	12
Affections maternelles	1 382,7	2,8	58,5	0,2	792,1	3,3	0,0	0,0	2 233,3	1,3	13
Affections périnatales	928,6	1,9	9,8	0,0	42,0	0,2	0,0	0,0	980,4	0,6	18
Carences alimentaires	108,7	0,2	77,2	0,3	158,0	0,7	0,0	0,0	343,9	0,2	22
Tumeurs malignes	2 329,4	4,7	467,1	1,7	1 031,7	4,3	0,0	0,0	3 828,2	2,2	8
Autres tumeurs	431,3	0,9	49,8	0,2	484,0	2,0	0,0	0,0	965,1	0,6	19
Diabète sucré	492,7	1,0	1 198,2	4,3	487,3	2,0	0,0	0,0	2 178,2	1,3	14
Troubles endocriniens	423,4	0,9	1 728,4	6,2	587,5	2,5	0,0	0,0	2 739,2	1,6	11
Affections neuropsychiatriques	5 520,3	11,2	3 551,3	12,7	2 347,0	9,9	0,0	0,0	11 418,6	6,8	2
Affections des organes sensoriels	520,3	1,1	283,4	1,0	1 329,3	5,6	0,0	0,0	2 132,9	1,2	15
Maladies cardiovasculaires	5 068,0	10,3	4 272,7	15,3	2 352,0	9,9	0,0	0,0	11 692,7	6,6	1
Maladies respiratoires	1 818,5	3,7	1 197,2	4,3	632,6	2,7	0,0	0,0	3 648,3	2,1	10
Maladies digestives	2 839,4	5,8	1 434,0	5,1	1 232,6	5,2	0,0	0,0	5 506,0	3,2	5
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1 499,2	3,1	670,8	2,4	1 626,4	6,8	0,0	0,0	3 796,5	2,2	9
Affections cutanées	410,3	0,8	680,5	2,4	833,1	3,5	0,0	0,0	1 923,9	1,1	17
Maladies musculosquelettiques	1 795,9	3,7	1 982,5	7,1	2 002,5	8,4	0,0	0,0	5 780,8	3,4	4
Anomalies congénitales	302,9	0,6	35,0	0,1	139,0	0,6	0,0	0,0	477,0	0,3	20
Affections de la cavité buccale	153,6	0,3	42,3	0,2	214,1	0,9	0,0	0,0	410,0	0,2	21
Blessures	3 395,8	6,9	259,7	0,9	1 435,0	6,0	0,0	0,0	5 090,5	3,0	7

CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS	SOINS HOSPITALIERS	% DU CÔT DES SOINS HOSPITALIERS	MÉDICAMENTS	% DU CÔT DES MÉDICAMENTS	SOINS MÉDICAUX	% DU CÔT DES SOINS MÉDICAUX	AUTRES CÔTS DIRECTS	% DES AUTRES CÔTS DIRECTS	TOTAL DES CÔTS DIRECTS	% DU TOTAL DES CÔTS DIRECTS	RANG SELON LES CÔTS DIRECTS
Symptômes, signes et affections mal définies	2 131,7	4,3	1 283,1	4,6	1 846,1	7,8	0,0	0,0	5 260,8	3,1	6
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	5 543,4	11,3	700,4	2,5	2 573,7	10,8	0,0	0,0	8 817,5	5,1	3
Total des coûts estimés de l'étude FEMC	38 926,1	79,2	21 187,6	75,9	23 780,3	100,0	0,0	0,0	83 894,0	48,8	
Coûts non attribuables⁽¹⁾	10 196,4	20,8	6 734,8	24,1	0,0	0,0	71 179,6	100,0	88 110,8	51,2	
Total des coûts⁽²⁾	49 122,5	100,0	27 922,4	100,0	23 780,3	100,0	71 179,6	100,0	172 004,8	100,0	

⁽¹⁾ Les coûts non attribuables pour chaque composante de coûts directs ont été obtenus en faisant la différence entre le coût total tiré de la BDDNS et le total des coûts ayant pu être attribués à une catégorie de l'étude FEMC.

⁽²⁾ Source : ICIS, Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2012 (5).

REMARQUE : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

TABEAU 3 (SUITE) : Estimation des coûts selon la catégorie de diagnostics, le type de coûts et la composante de coût, Canada, 2008
(en millions de dollars courants)

	MORTALITÉ	% DU CÔT DE LA MORTALITÉ	MORBIDITÉ	% DU CÔT DE LA MORBIDITÉ	TOTAL DES CÔTS INDIRECTS	% DU TOTAL DES CÔTS INDIRECTS	RANG SELON LES CÔTS INDIRECTS	CÔT TOTAL (CÔTS DIRECTS + CÔTS INDIRECTS)	% DU CÔT TOTAL (CÔTS DIRECTS + CÔTS INDIRECTS)	RANG SELON LE CÔT TOTAL (CÔTS DIRECTS + CÔTS INDIRECTS)
CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS										
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	13,0	2,9	826,9	5,0	839,9	5,0	5	2 916,9	1,5	12
Infections respiratoires	5,1	1,1	2 812,4	17,2	2 817,6	16,7	2	5 410,8	2,9	7
Affections maternelles	0,2	0,0	-	-	0,2	0,0	18	2 233,5	1,2	15
Affections périnatales	0,1	0,0	-	-	0,1	0,0	19	980,5	0,5	18
Carences alimentaires	0,3	0,1	-	-	0,3	0,0	17	344,2	0,2	22
Tumeurs malignes	166,0	36,6	420,0	2,6	586,1	3,5	6	4 414,2	2,3	9
Autres tumeurs	1,8	0,4	-	-	1,8	0,0	15	966,9	0,5	19
Diabète sucré	12,3	2,7	132,9	0,8	145,2	0,9	10	2 323,4	1,2	14
Troubles endocriniens	6,3	1,4	-	-	6,3	0,0	13	2 745,6	1,5	13
Affections neuropsychiatriques	19,1	4,2	1 024,4	6,2	1 043,4	6,2	4	12 462,0	6,6	1
Affections des organes sensoriels	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	21	2 132,9	1,1	16
Maladies cardiovasculaires	92,4	20,4	269,6	1,6	362,0	2,1	7	12 054,7	6,4	2
Maladies respiratoires	11,3	2,5	110,0	0,7	121,3	0,7	11	3 769,6	2,0	11
Maladies digestives	24,5	5,4	151,1	0,9	175,6	1,0	8	5 681,6	3,0	6
Maladies de l'appareil génito-urinaire	3,8	0,8	156,5	1,0	160,3	1,0	9	3 956,8	2,1	10
Affections cutanées	0,4	0,1	-	-	0,4	0,0	16	1 924,3	1,0	17
Maladies musculosquelettiques	2,5	0,5	1 395,5	8,5	1 398,0	8,3	3	7 178,8	3,8	5
Anomalies congénitales	2,9	0,6	-	-	2,9	0,0	14	479,8	0,3	20
Affections de la cavité buccale	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	20	410,0	0,2	21

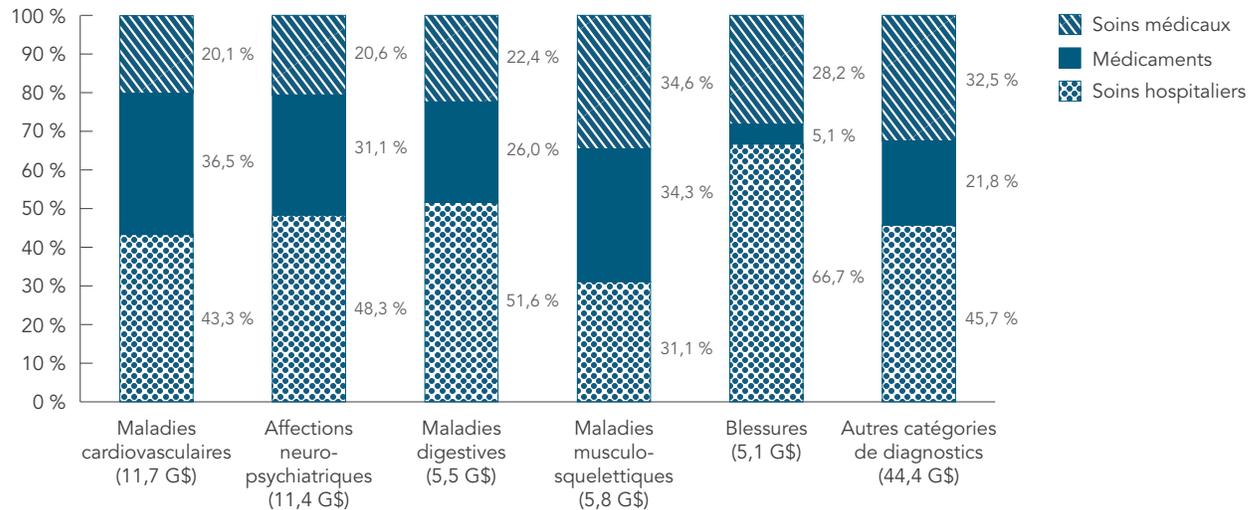
CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS	MORTALITÉ	% DU CÔTÉ DE LA MORTALITÉ	MORBIDITÉ	% DU CÔTÉ DE LA MORBIDITÉ	TOTAL DES CÔTS INDIRECTS	% DU TOTAL DES CÔTS INDIRECTS	RANG SELON LES CÔTS INDIRECTS	CÔTÉ TOTAL (CÔTS DIRECTS + CÔTS INDIRECTS)	% DU CÔTÉ TOTAL (CÔTS DIRECTS + CÔTS INDIRECTS)	RANG SELON LE CÔTÉ TOTAL (CÔTS DIRECTS + CÔTS INDIRECTS)
Blessures	84,6	18,6	2 909,0	17,7	2 993,5	17,8	1	8 084,1	4,3	4
Symptômes, signes et affections mal définies	7,5	1,6	-	-	7,5	0,0	12	5 268,3	2,8	8
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	-	-	-	-	0,0	0,0	22	8 817,5	4,7	3
Total des coûts estimés de l'étude FEMC	454,0	100,0	10 208,3	62,3	10 662,3	63,3		94 556,4	50,1	
Coûts non attribuables⁽¹⁾	0,0	0,0	6 188,1	37,7	6 188,1	36,7		94 298,8	49,9	
Total des coûts⁽²⁾	454,0	100,0	16 396,4	100,0	16 850,4	100,0		188 855,2	100,0	

⁽¹⁾ Les coûts non attribuables pour chaque composante de coûts directs ont été obtenus en faisant la différence entre le coût total tiré de la BDDNS et le total des coûts ayant pu être attribués à une catégorie de l'étude FEMC.

⁽²⁾ Source : ICIS, Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2012 (5)..

REMARQUE : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

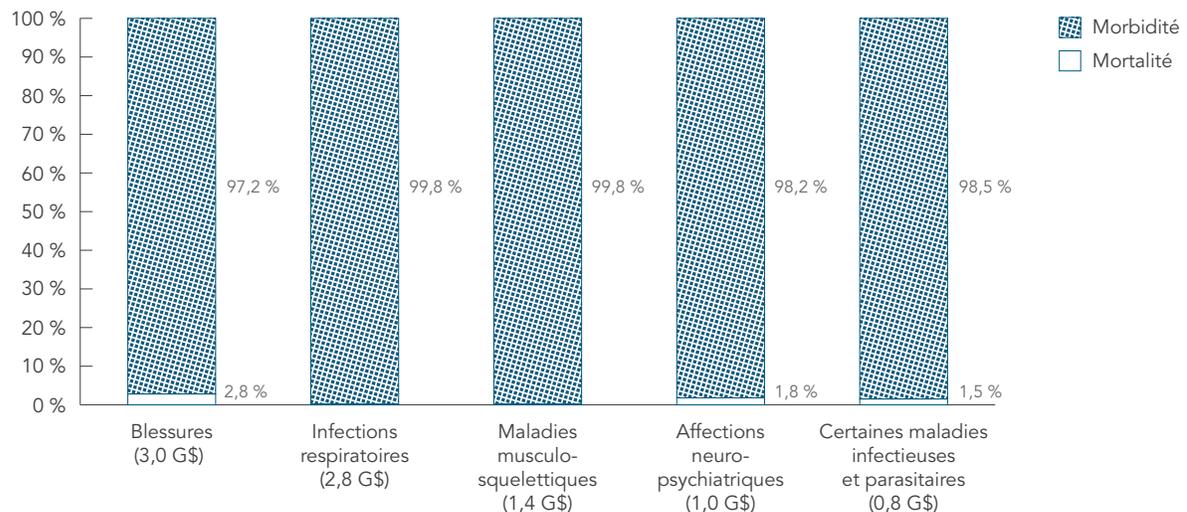
FIGURE 1 : Répartition des coûts selon la composante de coûts directs pour les cinq catégories de diagnostics associées aux coûts directs les plus élevés, Canada, 2008



REMARQUES : La catégorie « Autres catégories de diagnostics » comprend les coûts associés à toutes les catégories de l'étude FEMC qui ne sont pas présentées individuellement dans cette figure.

Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

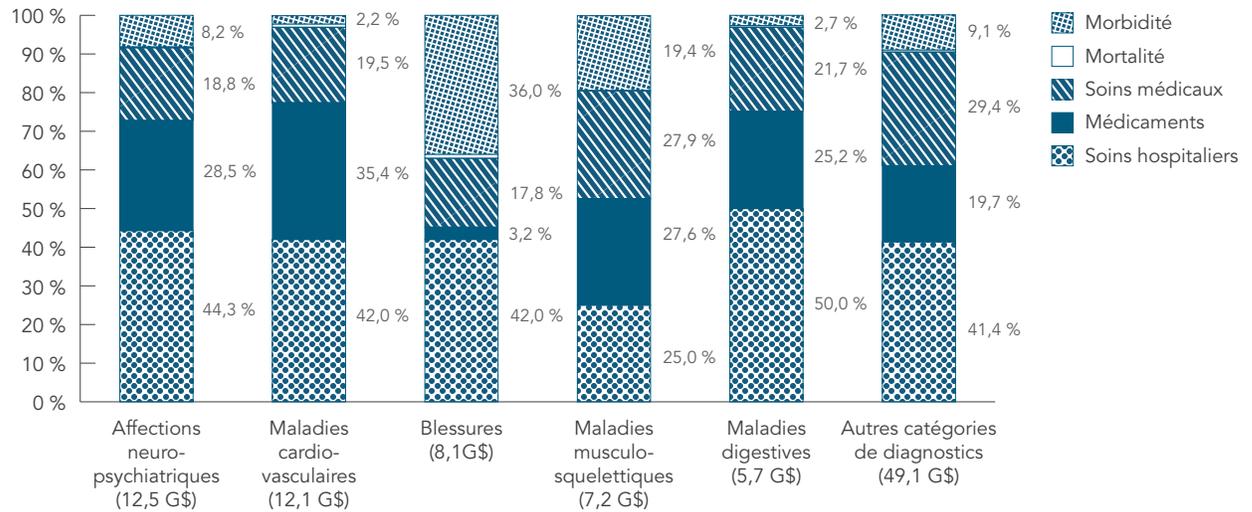
FIGURE 2 : Répartition des coûts selon la composante de coûts indirects pour les cinq catégories de diagnostics associées aux coûts indirects les plus élevés, Canada, 2008



REMARQUES : Le coût de la mortalité représentait 0,2 % du coût dans les catégories « Maladies cardiovasculaires » et « Maladies musculosquelettiques » ; ces pourcentages sont représentés dans la figure mais leur valeur numérique n'y est pas inscrite. La catégorie « Autres catégories de diagnostics » comprend les coûts associés à toutes les catégories de diagnostics de l'étude FEMC qui ne sont pas présentées individuellement dans cette figure.

Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

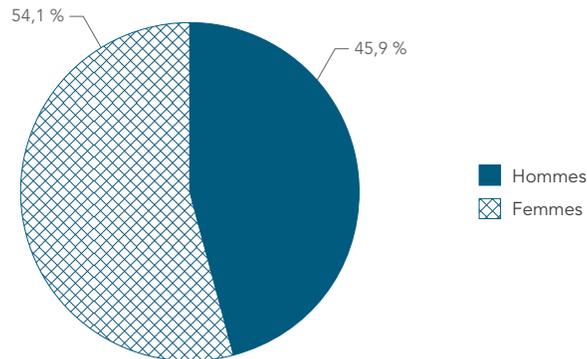
FIGURE 3 : Répartition des coûts selon la composante de coût pour les cinq catégories de diagnostics associées aux coûts totaux les plus élevés, Canada, 2008



REMARQUES : Le coût de la mortalité représentait 0,2 %, 0,8 %, 1,1 %, 0,0 %, 0,4 % et 0,5 % du coût dans les catégories « Affections neuropsychiatriques », « Maladies cardiovasculaires », « Blessures », « Maladies musculosquelettiques », « Maladies digestives » et « Autres catégories de diagnostics », respectivement; ces pourcentages sont représentés dans la figure mais leur valeur numérique n'y est pas inscrite. La catégorie « Autres catégories de diagnostics » comprend les coûts associés à toutes les catégories de l'étude FEMC qui ne sont pas présentées individuellement dans cette figure.

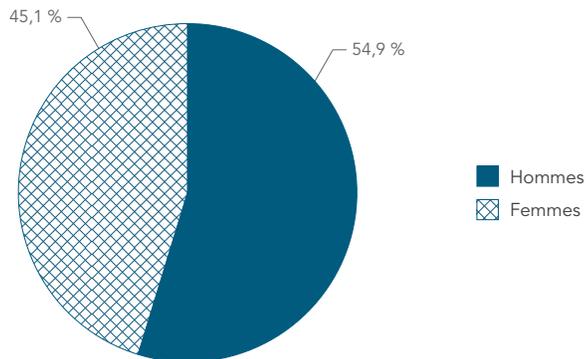
Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

FIGURE 4 : Répartition des coûts directs selon le sexe, Canada, 2008

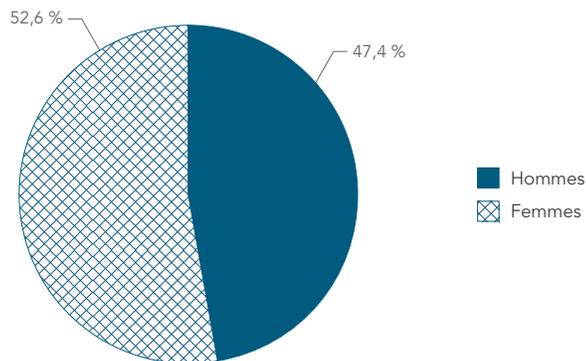


REMARQUES : La figure ci-dessus montre la répartition selon le sexe du total des coûts directs, soit 83,9 G\$.

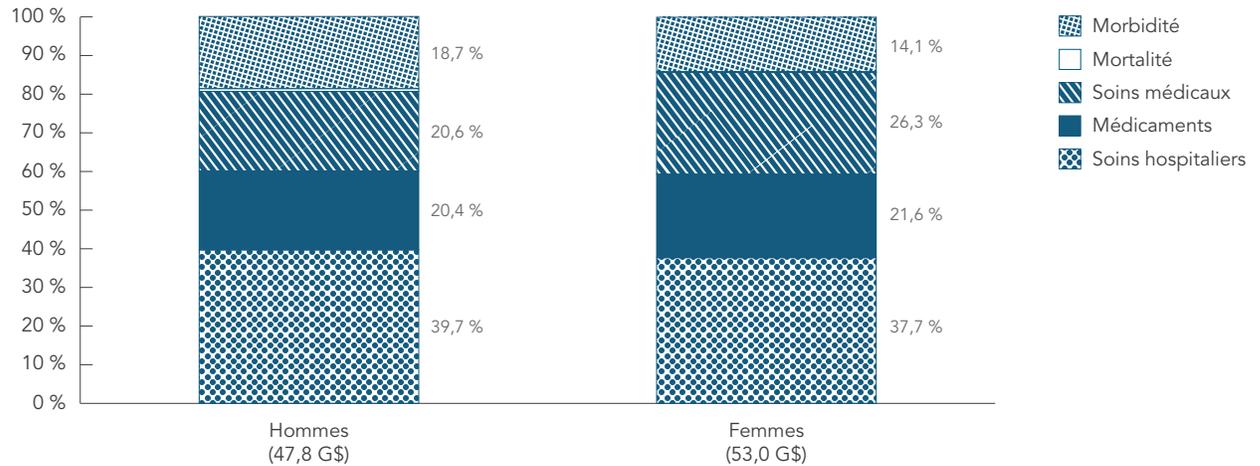
Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

FIGURE 5 : Répartition des coûts indirects selon le sexe, Canada, 2008

REMARQUES : La figure ci-dessus montre la répartition selon le sexe du total des coûts indirects, soit 16,9 G\$. Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

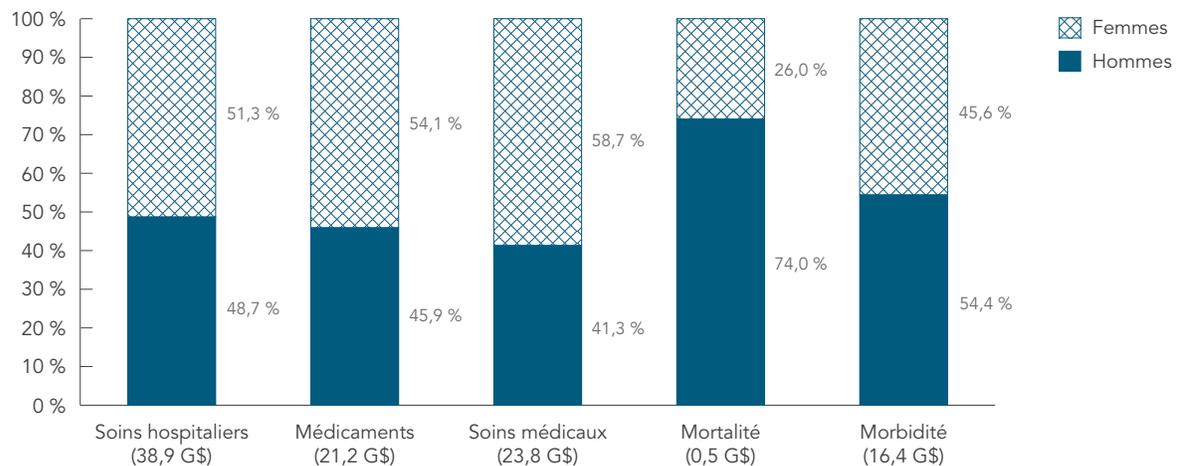
FIGURE 6 : Répartition du coût total selon le sexe, Canada, 2008

REMARQUES : La figure ci-dessus montre la répartition selon le sexe du coût total, soit 100,7 G\$. Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

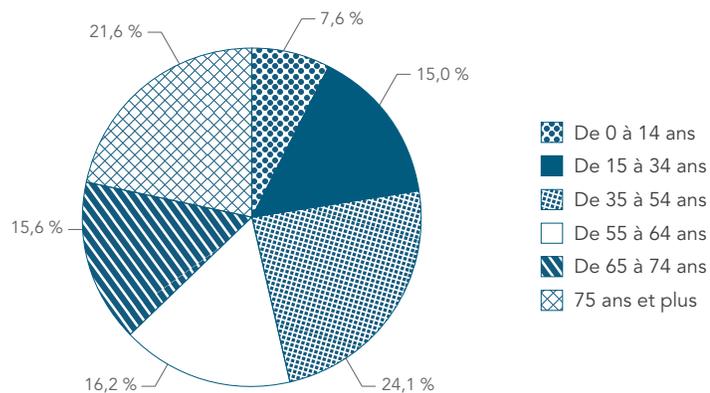
FIGURE 7 : Répartition du coût selon le sexe et la composante de coût, Canada, 2008

REMARQUES : Le coût de la mortalité représente 0,7 % du coût total pour les hommes et 0,2 % du coût total pour les femmes; ces pourcentages sont représentés dans la figure mais leur valeur numérique n'y est pas inscrite.

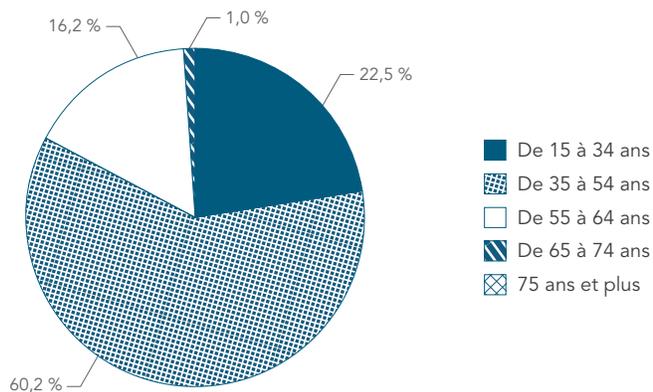
Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

FIGURE 8 : Répartition du coût selon la composante de coût et le sexe, Canada, 2008

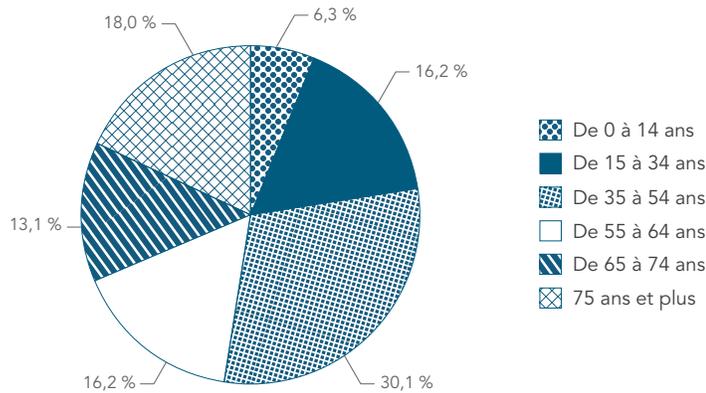
REMARQUE : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

FIGURE 9 : Répartition des coûts directs selon le groupe d'âge, Canada, 2008

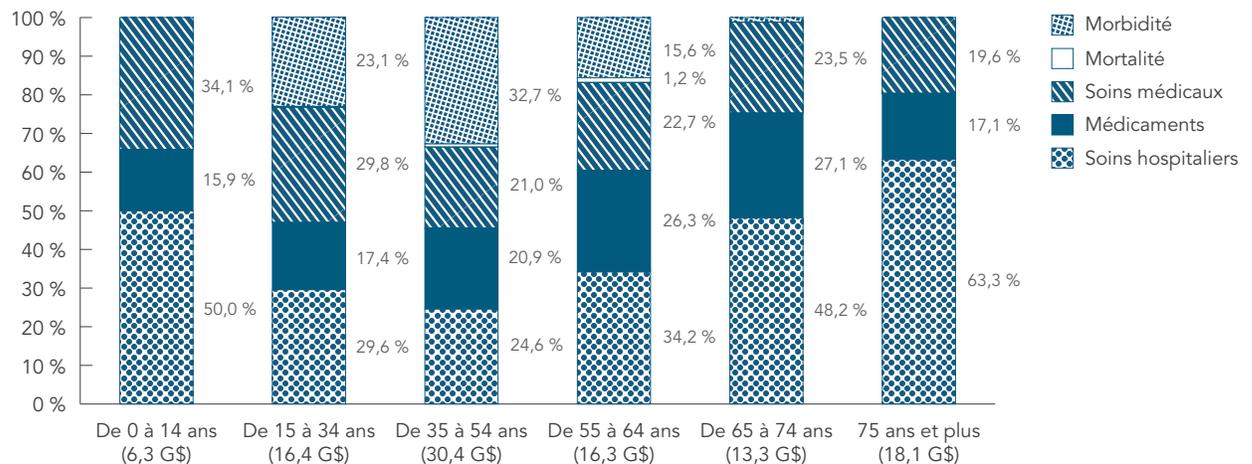
REMARQUES : La figure ci-dessus montre la répartition selon le groupe d'âge du total des coûts directs, soit 83,9 G\$. Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

FIGURE 10 : Répartition des coûts indirects selon le groupe d'âge, Canada, 2008

REMARQUES : La figure ci-dessus montre la répartition selon le groupe d'âge du total des coûts indirects, soit 16,9 G\$. Les personnes de 75 ans et plus expliquent 0,0 % des coûts indirects; ce pourcentage est représenté dans la figure mais sa valeur numérique n'y est pas inscrite. Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

FIGURE 11 : Répartition du coût total selon le groupe d'âge, Canada, 2008

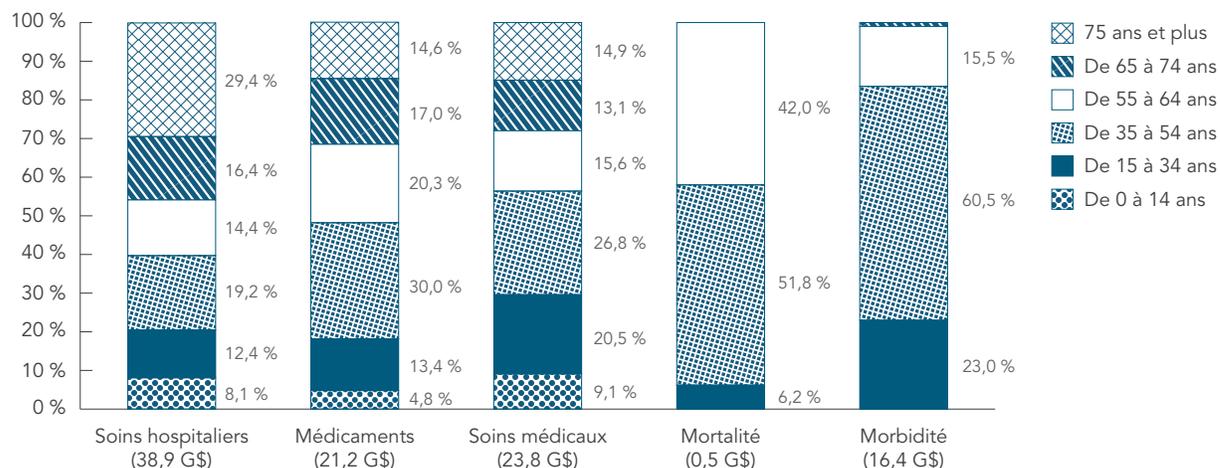
REMARQUES : La figure ci-dessus montre la répartition selon le groupe d'âge du coût total, soit 100,7 G\$. Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

FIGURE 12 : Répartition du coût selon le groupe d'âge et la composante de coût, Canada, 2008

REMARQUES : Le coût de la mortalité représente 0,2 % du total pour les personnes de 15 à 34 ans et 0,8 % du total pour les personnes de 35 à 54 ans; ces pourcentages sont représentés dans la figure mais leur valeur numérique n'y est pas inscrite. De façon similaire, le coût de la morbidité représente 1,2 % du total pour les personnes de 65 à 74 ans; ce pourcentage est représenté dans la figure mais sa valeur numérique n'y est pas inscrite. Dans le présent rapport, le coût de la mortalité n'a été estimé que pour les personnes de 15 à 64 ans, et le coût de la morbidité, que pour les personnes de 15 à 75 ans.

Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

FIGURE 13 : Répartition du coût selon la composante de coût et le groupe d'âge, Canada, 2008



REMARQUES : Les personnes de 65 à 74 ans et les personnes de 75 ans en plus contribuent pour 1,0 % et 0,0 % au total du coût de la morbidité, respectivement; ces pourcentages sont représentés dans la figure mais leur valeur numérique n'y est pas inscrite. Dans le présent rapport, le coût de la mortalité n'a été estimé que pour les personnes de 15 à 64 ans, et le coût de la morbidité, que pour les personnes de 15 à 75 ans.

Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

PREMIER RAPPORT : COÛT DES SOINS HOSPITALIERS SELON L'ÉTUDE FEMC, 2004–2008

1. CONTEXTE

Un hôpital est un établissement agréé ou approuvé comme tel par un gouvernement provincial ou territorial, ou exploité par le gouvernement du Canada, dans lequel les patients reçoivent des services en fonction de besoins médicaux ou infirmiers et reçoivent des soins médicaux ou infirmiers continus et des services diagnostiques et thérapeutiques connexes⁶. Le coût des soins hospitaliers inclut le coût de fonctionnement et d'entretien des hôpitaux publics et privés du Canada : les médicaments administrés dans les hôpitaux, les fournitures médicales, les services thérapeutiques ou diagnostiques destinés aux patients externes, les frais administratifs, certains coûts liés à la recherche, l'hébergement et les repas des patients, l'entretien des locaux hospitaliers, ainsi que la rémunération brute du personnel hospitalier (p. ex. médecins à l'emploi de l'établissement, infirmières, techniciens et étudiants en médecine) (5).

Même si l'édition courante de l'étude FEMC porte tout particulièrement sur les années 2005 à 2008, les résultats de 2004 sont aussi fournis, car les données nécessaires à la production des estimations pour 2004 sont disponibles. Le coût des soins hospitaliers de l'étude FEMC 2004–2008 a été estimé puis réparti selon la catégorie ou la sous-catégorie de diagnostics, le sexe, le groupe d'âge et la province ou le territoire, pour chacune des années analysées. Le présent rapport décrit les sources de données et les méthodes utilisées pour calculer les estimations du coût des soins hospitaliers de 2004 à 2008. En outre, il présente les résultats et traite des limites des données et des méthodes.

2. SOURCES DE DONNÉES

L'estimation du coût des soins hospitaliers de l'étude FEMC a été effectuée au moyen de données tirées des bases de données suivantes de l'ICIS : la Base de données sur les congés des patients (BDGP), la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH), la Base de données canadienne sur les systèmes d'information de gestion (BDCS) et la BDDNS.

La BDGP, la BDMH, le SNISA et la BDSMMH contiennent des renseignements sur les sorties d'hôpital (congés, décès, départs volontaires et transferts). Dans ces bases de données, les renseignements enregistrés sur chaque sortie comprennent le code de diagnostic, le code d'intervention, les renseignements démographiques sur le patient et les renseignements administratifs. La BDGP est une base de données nationale (dont le Québec est exclu) sur

⁶ Les hôpitaux ou les services qu'ils offrent sont classés selon les catégories suivantes : soins de courte durée, soins ambulatoires (chirurgies d'un jour, soins d'urgence, soins en clinique de consultation externe et autres soins ambulatoires), soins de longue durée, soins en réadaptation et soins psychiatriques.

toutes les sorties faisant suite à une hospitalisation de courte durée, selon l'exercice financier (813)⁷. De plus, la BDCP contient des renseignements sur les chirurgies d'un jour pour la plupart des provinces et des territoires, et certaines données sur les sorties des patients hospitalisés en soins de longue durée, en réadaptation ou en psychiatrie⁸. La BDMH est une base de données nationale qui contient des renseignements sur les sorties faisant suite aux hospitalisations de courte durée, selon l'exercice financier, de la même manière que la BDCP (14–19). Cependant, la BDMH contient des données sur les sorties faisant suite aux hospitalisations de courte durée au Québec et exclut les données sur les chirurgies d'un jour. Le SNISA contient des renseignements sur toutes les sorties faisant suite à des soins ambulatoires en Ontario (chirurgies d'un jour, soins d'urgence, soins en clinique et autres soins ambulatoires), de même que sur certaines sorties faisant suite à des soins ambulatoires reçus dans quelques autres provinces et territoires (20–25). La BDSMMH contient des renseignements sur toutes les sorties faisant suite à une hospitalisation en psychiatrie en Ontario et sur toutes les sorties de patients occupant un lit réservé aux soins psychiatriques pour adultes dans les hôpitaux généraux de l'Ontario, selon l'exercice financier; ces renseignements sont partiels dans le cas des autres provinces et des territoires (26–28)⁹.

La BDCS et la BDDNS contiennent des renseignements sur les dépenses des hôpitaux. La BDCS renferme des renseignements financiers sur les hôpitaux publics et privés, comme les dépenses totales et les dépenses détaillées consacrées aux patients hospitalisés et aux patients externes, selon l'hôpital et l'exercice financier (29, 30). La BDDNS fournit les dépenses totales des hôpitaux publics et privés, de même que les totaux d'autres dépenses (p. ex. médicaments, soins médicaux), selon la province ou le territoire et l'exercice financier ou l'année civile (5).

3. MÉTHODES

Dans les éditions précédentes de l'étude FEMC, des variantes de deux méthodes de calcul des coûts ont été utilisées en vue de répartir les coûts des soins hospitaliers entre les catégories de l'étude FEMC : la méthode du tarif journalier et la méthode de la pondération de la consommation des ressources (PCR). La première consiste à multiplier la durée du séjour individuel par un tarif d'établissement journalier (ou coût par lit par jour) de façon à obtenir un coût par enregistrement (chaque enregistrement représente une sortie de l'hôpital). Les coûts selon la catégorie ou la sous-catégorie de diagnostics, le sexe, le groupe d'âge ou la province ou le territoire correspondent à la somme des coûts des enregistrements figurant dans la catégorie en question. La méthode de la PCR consiste à multiplier la PCR de chaque enregistrement par un coût par cas pondéré (CPCP) déterminé pour chaque établissement,

⁷ Les sorties des patients hospitalisés pour une courte durée correspondent aux sorties à la suite d'une hospitalisation de plus de 24 heures dans un service de soins de courte durée d'un hôpital général.

⁸ Pour les années de l'analyse, les données sur les chirurgies d'un jour pour l'Ontario étaient inscrites dans le SNISA, tandis que les données sur les chirurgies d'un jour pour la Nouvelle-Écosse étaient inscrites à la fois dans la BDCP et dans le SNISA. L'Alberta avait inscrit toutes ses données sur les soins ambulatoires dans l'ACCS; ces données n'étaient pas disponibles aux fins des analyses de l'étude FEMC.

⁹ La BDSMMH contient aussi des renseignements tirés de la BDCP et de la BDMH sur toutes les sorties d'hôpitaux généraux associées à un diagnostic principal de maladie mentale. Ainsi, la BDSMMH contient tous les renseignements disponibles sur les sorties à la suite de soins en santé mentale.

de façon à obtenir un coût par enregistrement^{10,11}. Les coûts selon la catégorie ou la sous-catégorie de diagnostics, le sexe, le groupe d'âge ou la province ou le territoire sont obtenus en faisant la somme des coûts des enregistrements de la catégorie en question.

L'estimation du coût des soins hospitaliers de l'étude FEMC 1998 a été effectuée au moyen d'une variante de la méthode de la PCR, tandis que la méthode du tarif journalier a été utilisée dans l'étude FEMC 2000 (3, 4). La méthode de la PCR est considérée comme la meilleure des deux méthodes pour l'estimation du coût des soins hospitaliers, car elle ne pose pas l'hypothèse d'une population homogène de patients dans un hôpital donné. Lorsque la méthode du tarif journalier est utilisée, deux patients admis dans le même hôpital pour la même durée se voient attribuer un coût égal, alors qu'en réalité, leur utilisation des ressources peut être très différente. L'ICIS tient compte de plusieurs facteurs dans son calcul des valeurs de la PCR pour les enregistrements correspondant aux hospitalisations de courte durée figurant dans la BDCP : le groupe clients, l'âge, la comorbidité, le nombre d'interventions signalées, un facteur d'épisodes d'intervention, un facteur d'interventions hors hôpital et les interactions potentielles (32)¹².

La méthode de calcul utilisée pour estimer le coût des soins hospitaliers de l'étude FEMC 2004–2008 varie en fonction de la disponibilité des données, selon le type d'hôpital ou de service. Cependant, la méthode de la PCR ou une autre méthode de pondération, comme la pondération de la durée du séjour, a été utilisée lorsque c'était possible. Tous les calculs relatifs à la PCR, au CPCP et au tarif journalier ont été effectués par l'ICIS¹³. Pour de plus amples renseignements sur ces calculs, veuillez consulter la documentation pertinente de l'ICIS (30–32).

Une base de données de l'étude FEMC a été créée pour chaque année visée par l'analyse (de 2004 à 2008) en vue d'enregistrer les coûts totaux des soins hospitaliers selon la catégorie ou la sous-catégorie de diagnostics, le sexe, le groupe d'âge et la province ou le territoire^{14,15,16,17}. Pour tous les types d'hôpitaux et de services et toutes les années de l'analyse, tous les coûts par dossier ont été attribués au principal problème de santé ayant mené à l'hospitalisation.

¹⁰ Le CPCP est calculé en divisant le coût total net des hospitalisations de courte durée (tiré de la BDCS) par le nombre total de cas pondérés (Σ PCR) (31).

¹¹ Si le CPCP de l'établissement n'est pas disponible, un CPCP régional, provincial ou territorial peut être utilisé.

¹² Un groupe clients regroupe des patients pour lesquels le diagnostic principal (ou le diagnostic correspondant à la manifestation de la maladie) et les interventions sont semblables (32).

¹³ L'ISIS a calculé toutes les données sur la PCR et le CPCP inscrites dans la BDCP de 2004 à 2008 selon la méthodologie GMA+ de 2009. De la même manière, l'ICIS a calculé toutes les données sur la PCR et le CPCP inscrites dans le SNISA de 2004 à 2008 selon la méthodologie du Comprehensive Ambulatory Classification System Directory (CACS) de 2009. Les tarifs journaliers n'ont pas été fournis pour l'exercice financier 2004.

¹⁴ Les groupes d'âge de l'étude FEMC sont les suivants : de 0 à 14 ans, de 15 à 34 ans, de 35 à 54 ans, de 55 à 64 ans, de 65 à 74 ans et 75 ans et plus.

¹⁵ La province ou le territoire de résidence a été utilisé en vue de répartir le coût des soins hospitaliers de 2004 à 2008 entre les provinces et les territoires. La province ou le territoire de prestation a été utilisé lorsque la province ou le territoire de résidence était inconnu. Comme la province ou le territoire de résidence n'était pas disponible dans le cas des hospitalisations ayant eu lieu au Québec, l'ensemble des coûts de ces hospitalisations a été attribué au Québec.

¹⁶ Les bases de données sur le coût des soins hospitaliers de l'étude FEMC comportent aussi un champ réservé aux codes CIM-9 ou CIM-10 et au groupe d'âge par tranche de cinq ans. Par conséquent, les totaux peuvent être consultés à ce degré de désagrégation. Cependant, lors de la publication, le degré de désagrégation du coût des soins hospitaliers peut être limité par les restrictions frappant la publication des données relatives aux autres composantes de coût de l'étude FEMC.

¹⁷ Les bases de données hospitalières de l'ICIS sont organisées en fonction de l'exercice financier (du 1^{er} avril d'une année donnée au 31 mars de l'année suivante). Pour le FEMC, tous les coûts d'un exercice financier donné ont été attribués à l'année où l'exercice a commencé. Par exemple, le coût des soins hospitaliers de l'étude FEMC 2008 a été calculé d'après les renseignements figurant dans les bases de données de l'exercice 2008–2009.

La principale affection en cause a été enregistrée dans les bases de données hospitalières de l'ICIS selon le code de la Classification internationale des maladies (CIM); en fonction de la base de données, la 9^e ou la 10^e version a été utilisée (33, 34). Voir le tableau des catégories de diagnostics de l'étude FEMC (annexe C), qui montre de quelle manière les coûts ont été regroupés par catégorie ou sous-catégorie de diagnostics en fonction des codes CIM18. Bien que le coût total des soins hospitaliers de l'étude FEMC ne soit pas accessible par type d'hôpital ou de service, les sections cidessous (3.1–3.4) détaillent les méthodes de traitement des données se rapportant à chaque type d'hôpital ou de service; ces méthodes varient souvent en fonction des différences entre les sources de données et de la disponibilité des données.

3.1 Soins hospitaliers de courte durée

Les coûts des soins hospitaliers de courte durée de 2004 à 2008 dans toutes les provinces et tous les territoires (hormis le Québec) ont été estimés d'après les données de la BDCP, au moyen de la méthode de la PCR ($PCR \times CPCP$)^{19,20,21}. Les coûts des soins hospitaliers de courte durée au Québec ont été estimés d'après les données de la BDMH, selon la méthode du tarif journalier ($\text{tarif journalier} \times \text{durée du séjour}$), car la PCR et le CPCP n'étaient pas connus dans ce cas²². Cependant, même si la durée de chaque séjour au Québec était connue pour les années de l'analyse, les tarifs journaliers à l'échelle de l'établissement et à l'échelle provinciale ne l'étaient pas. Par conséquent, la moyenne du tarif journalier pondéré correspondant aux hospitalisations de courte durée dans les autres provinces a été utilisée comme approximation du tarif journalier des hospitalisations au Québec de 2005 à 2008. Les tarifs journaliers d'aucune des provinces n'étaient fournis dans les bases de données hospitalières de 2004. Par conséquent, dans le cas du Québec, un tarif journalier pour 2004 a été estimé au moyen d'une régression linéaire des tarifs journaliers pondérés moyens de 2005 à 2008, après ajustement tenant compte de l'inflation²³.

Le coût des soins hospitaliers de courte durée se rapportant aux lits réservés aux soins psychiatriques dans les hôpitaux généraux de l'Ontario de 2006 à 2008 a été estimé d'après les données de la BDSMMH, selon la méthode du tarif journalier^{24,25}. Il n'a pas été possible d'estimer ces coûts pour l'Ontario en 2004 et en 2005, ni pour les autres provinces et les territoires, de 2004 à 2008.

¹⁸ Dans les bases de données hospitalières, toutes les blessures sont enregistrées sous les codes S et T (CIM-10) dans le champ correspondant au problème de santé principal. Aucune blessure ne s'est vue attribuer un code V, W, X ou Y (CIM-10). De la même manière, les blessures correspondant aux enregistrements du Québec de 2004 et de 2005 portent des codes de la catégorie 800999 (CIM-9), tandis que de 2006 à 2008, les blessures enregistrées au Québec l'ont été selon les codes S ou T (CIM-10).

¹⁹ Les enregistrements correspondant aux hospitalisations de courte durée ont été sélectionnés au moyen du champ « type d'établissement » de la BDCP de 2004 à 2006, et du champ « type d'établissement analytique » en 2007 et en 2008, car le type d'établissement analytique n'était pas disponible de 2004 à 2006.

²⁰ Le problème de santé principal était codé en fonction de la CIM-10-CA pour ces enregistrements.

²¹ La plupart des CPCP se situaient au niveau de l'établissement. Par exemple, en 2004, 84 % des CPCP se situaient au niveau de l'établissement, les autres se situant au niveau régional ou provincial. Les CPCP n'étaient pas disponibles pour le Nunavut. Dans la présente étude, l'ASPC a dérivé une estimation de CPCP pour le Nunavut d'après les CPCP disponibles pour les Territoires du Nord-Ouest et en tenant compte du pourcentage de variation moyenne du CPCP pour chaque année de l'analyse.

²² Pour les enregistrements de soins de courte durée du Québec, le principal problème de santé a été codé selon la CIM-9 en 2004 et en 2005, et la CIM-10CA de 2006 à 2008.

²³ L'ajustement pour l'inflation a été effectué d'après l'indice des prix à la consommation de Statistique Canada (7).

²⁴ Il a été tenu pour acquis que ces coûts seraient codés comme étant liés aux soins psychiatriques dans la BDCP et la BDSMMH, et qu'ils ne seraient pas reflétés dans les autres aspects de l'analyse.

²⁵ Le principal problème de santé est codé en fonction de la CIM-9 pour ces enregistrements.

3.2 Soins hospitaliers ambulatoires

3.2.1 Chirurgies d'un jour

Le coût des chirurgies d'un jour a été estimé d'après les données de la BDCP et du SNISA, selon la méthode de la PCR²⁶. De 2004 à 2008, le Québec et l'Alberta n'ont versé aucune donnée sur les chirurgies d'un jour dans ces bases de données, aussi le coût a-t-il dû être estimé à l'aide d'autres méthodes²⁷. La répartition des coûts associés à tous les enregistrements de chirurgie d'un jour de la BDCP et du SNISA, après ajustement en fonction de la population, a servi à répartir le coût total des chirurgies d'un jour au Québec et en Alberta entre les catégories de l'étude FEMC^{28,29}. Ces totaux ont été obtenus en multipliant le coût par personne des chirurgies d'un jour, tiré de la BDCP et du SNISA, par la population de chaque province³⁰.

3.2.2 Soins d'urgence, soins cliniques et autres soins ambulatoires

Pour les années de l'analyse, le SNISA contient des données complètes sur les consultations dans les salles d'urgence, dans les cliniques externes et dans les autres services de soins ambulatoires en Ontario, et des données partielles pour certaines autres provinces et territoires³¹. Par conséquent, la répartition du coût des soins ambulatoires (hormis les chirurgies d'un jour) en Ontario, après ajustement en fonction de la population, a été utilisée pour faire la répartition du coût total des soins ambulatoires (hormis les coûts des chirurgies d'un jour) tirés de la BDCS entre les catégories de l'étude FEMC pour l'ensemble des provinces et des territoires^{32,33}. Le coût total des soins d'urgence, des soins cliniques et des autres soins ambulatoires selon la BDCS n'étaient pas disponibles pour le Québec ni pour le Nunavut; le coût total a été estimé en multipliant un coût par personne (soins ambulatoires hormis les chirurgies d'un jour) par la population de la province ou du territoire³⁴.

²⁶ La pondération des chirurgies d'un jour (PCR) n'a pas été prise en compte dans le dénominateur pour les calculs du CPCP. Par conséquent, les estimations de coût correspondant aux enregistrements de chirurgie d'un jour ont été calculées en multipliant la PCR des chirurgies d'un jour par le CPCP, au niveau de l'établissement, des « patients de courte durée ».

²⁷ Au cours des années de l'analyse, l'Alberta a inscrit ses données sur les soins ambulatoires dans l'ACCS, lequel n'était pas accessible aux fins des analyses de l'étude FEMC.

²⁸ Dans le présent rapport, tous les ajustements en fonction de la population ont été effectués d'après les estimations de la population de Statistique Canada (35–39).

²⁹ En vue de répartir le coût total des chirurgies d'un jour du Québec et de l'Alberta parmi les catégories de l'étude FEMC, on a supposé que la répartition du coût des chirurgies d'un jour dans la BDCP et le SNISA, après ajustement en fonction de la population, était représentative de la situation du Québec et de l'Alberta.

³⁰ Le coût par personne a été estimé en divisant le coût total des chirurgies d'un jour de la BDCP et du SNISA par la population des provinces et des territoires pour lesquels existaient des enregistrements de chirurgie d'un jour.

³¹ De 2004 à 2008, l'Alberta a inscrit toutes ses données sur les soins ambulatoires dans l'ACCS.

³² Les coûts tirés de la BDCS en vue de la répartition entre les soins d'urgence, les soins cliniques et les autres soins ambulatoires concernaient les catégories suivantes : soins d'urgence, soins en clinique spécialisée, soins spécialisés de jour ou de nuit et services d'information sur les poisons et les médicaments. Les différents coûts liés aux soins ambulatoires (hormis le coût des chirurgies d'un jour) en Ontario, tirés de la BDCS ont aussi été répartis parmi les catégories, en fonction de la répartition du coût en Ontario; cependant, il n'a pas été nécessaire d'apporter des ajustements en fonction de la population. Cette méthode a été retenue pour les données de l'Ontario, plutôt que la méthode consistant à obtenir les coûts directement par la multiplication de la PCR et du CPCP, de façon à assurer l'uniformité entre les provinces et les territoires. Le coût total des soins ambulatoires (hormis les chirurgies d'un jour) tiré de la BDCS comprend le coût des services d'information sur les poisons et les médicaments, tandis que le SNISA ne contient pas de données sur les services ontariens d'information sur les poisons et les médicaments. Dans la BDCS, il n'a pas été possible d'obtenir les données provinciales et territoriales concernant le coût total des soins fournis par les cliniques privées.

³³ En vue de répartir le coût des soins ambulatoires (hormis les chirurgies d'un jour) tiré de la BDCS parmi les provinces et les territoires autres que l'Ontario, on a supposé que la répartition des coûts en Ontario, après ajustement en fonction de la population, était représentative de la situation des autres provinces et territoires. La répartition du coût des soins d'urgence, des soins cliniques et des autres soins ambulatoires en Ontario a été estimée selon la méthode de la PCR.

³⁴ Le coût par personne utilisé pour le Québec a été estimé en divisant le coût total des soins ambulatoires (hormis le coût des chirurgies d'un jour) de toutes les autres provinces et territoires (sauf le Nunavut) par la population de ces provinces et territoires. Le coût par personne utilisé pour le Nunavut a été estimé en divisant le coût total des soins ambulatoires (hormis le coût des chirurgies d'un jour) des Territoires du Nord-Ouest par la population des Territoires du Nord-Ouest.

3.3 Soins hospitaliers en psychiatrie

Depuis avril 2006, en Ontario, tous les renseignements sur les hospitalisations en psychiatrie doivent être consignés dans le Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM); tous les enregistrements fermés du SIOSM (congé) sont aussi inscrits dans la BDSMMH. La BDSMMH contient aussi des renseignements partiels sur les sorties à la suite d'une hospitalisation en psychiatrie dans certaines autres provinces et certains autres territoires. La PCR n'est pas disponible pour les hospitalisations en psychiatrie consignées dans la BDSMMH. Plutôt, l'ICIS gère et tient à jour les méthodes de regroupement et de pondération du Système de classification des patients hospitalisés en psychiatrie (SCIPP) destinées aux données sur la santé mentale de l'Ontario (données du SIOSM) (40)³⁵. En outre, l'ICIS calcule des jourspatients pondérés par le SCIPP (JPPS) dans le cas des données ontariennes sur la santé mentale. Les JPPS pondèrent la durée du séjour des patients en fonction de la consommation des ressources³⁶. En vue d'estimer le coût des soins hospitaliers en psychiatrie aux fins de l'étude FEMC de 2006 à 2008, la répartition des JPPS associés aux sorties à la suite d'une hospitalisation en psychiatrie en Ontario, après ajustement en fonction de la population, a été utilisée pour répartir entre les catégories le coût total des soins hospitaliers en psychiatrie tiré de la BDCS pour l'ensemble des provinces et des territoires^{37,38,39}.

En 2004 et en 2005, la consignation des sorties à la suite d'une hospitalisation en psychiatrie n'était pas obligatoire en Ontario. Aussi, pour ces années, le coût total des soins hospitaliers en psychiatrie tiré de la BDCS a été réparti entre les catégories pour l'ensemble des provinces et des territoires suivant la répartition des JPPS associés aux sorties à la suite d'une hospitalisation en psychiatrie en Ontario en 2006^{33,34,40}.

3.4 Soins hospitaliers de longue durée et soins hospitaliers de réadaptation

Les méthodes utilisées pour répartir le coût total des soins de longue durée et des soins de réadaptation entre les catégories de l'étude FEMC 1998 ont été réutilisées, étant donné la nondisponibilité des données du Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) et du Système national d'information sur la réadaptation (SNIR)⁴¹. Pour chaque année de

³⁵ L'ICIS produit ces regroupements et ces méthodes pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

³⁶ Pour de plus amples renseignements sur les méthodes de regroupement et de pondération du Système de classification des patients hospitalisés en psychiatrie (SCIPP) et sur les jourspatients pondérés par SCIPP, veuillez consulter les documents pertinents de l'ICIS (40).

³⁷ En vue de répartir le coût des soins hospitaliers en psychiatrie des provinces et des territoires pour la période de 2006 à 2008, on a supposé que la répartition des jourspatients pondérés par SCIPP de l'Ontario, après ajustement en fonction de la population, était représentative de la répartition des jourspatients pondérés dans les autres provinces et territoires.

³⁸ Le principal problème de santé est codé en fonction de la CIM-9 pour ces enregistrements.

³⁹ Le coût total des soins hospitaliers en psychiatrie n'était pas disponible pour toutes les provinces ni tous les territoires dans la BDCS. Il a été supposé que s'il n'y avait pas de total pour une province ou un territoire dans la BDCS, il n'y avait pas d'établissement réservé aux soins hospitaliers en psychiatrie dans ce territoire de compétence pour l'année concernée. Cette hypothèse pourrait ne pas être exacte dans le cas du Québec, car la BDCS ne contient aucune donnée sur les coûts du Québec pour les années de l'analyse.

⁴⁰ En vue de la répartition du coût total des soins hospitaliers en psychiatrie de 2004 et de 2005 parmi les provinces et les territoires, il a été supposé que la répartition des jourspatients pondérés par SCIPP de l'Ontario en 2006, après ajustement en fonction de la population, était représentative de la répartition des jourspatients pondérés dans les autres provinces et territoires en 2004 et en 2005.

⁴¹ Pour les exercices financiers de 2004 à 2008, le SISLD contient des renseignements complets sur les hospitalisations de longue durée en Ontario, et des renseignements partiels sur celles ayant eu lieu dans d'autres provinces et territoires. De la même manière, le SNIR contient des renseignements exhaustifs ou presque (taux d'enregistrement d'au moins 97 %) sur les hospitalisations d'adultes en réadaptation en Ontario, en Saskatchewan et à Terre-Neuve-et-Labrador, et des renseignements partiels sur celles ayant eu lieu dans certaines autres provinces et dans certains autres territoires.

l'analyse, la répartition du coût de l'ensemble des hospitalisations de courte durée de 100 jours ou plus inscrites dans la BDCP, après ajustement en fonction de la population, a été utilisée pour répartir le coût total des soins de longue durée et des soins de réadaptation de la BDCS entre les catégories de l'étude FEMC, pour l'ensemble des provinces et des territoires^{42,43,44,45}.

4. RÉSULTATS⁴⁶

4.1 Coûts selon le type d'hôpital ou de service

De 2004 à 2008, le coût des hospitalisations de courte durée et des soins hospitaliers ambulatoires a représenté, en moyenne, 88,7 % du coût total des soins hospitaliers. Pendant la même période, en moyenne, les coûts des hospitalisations en psychiatrie (5,2 %), des soins de longue durée (5,2 %) et des soins de réadaptation (0,9 %) ont été beaucoup moins importants.

4.2 Coûts selon la catégorie de diagnostics

Le tableau 4 montre le coût des soins hospitaliers de l'étude FEMC selon la catégorie de diagnostics de 2004 à 2008. Les cinq catégories de diagnostics pour lesquelles les coûts ont été les plus élevés en 2008 sont les affections neuropsychiatriques (5,5 G\$, 11,2 %), les maladies cardiovasculaires (5,1 G\$, 10,3 %), les blessures (3,4 G\$, 6,9 %), les maladies digestives (2,8 G\$, 5,8 %) et les tumeurs malignes (2,3 G\$, 4,7 %); cet ordre d'importance tient pour toutes les années de l'analyse. Ensemble, les coûts de ces cinq catégories de diagnostics représentent près de 40 % du coût total des soins hospitaliers. Les coûts des soins hospitaliers non attribuables sont obtenus en faisant la différence entre le total du coût des soins hospitaliers selon la BDDNS et le total des coûts des soins hospitaliers ayant pu être attribués à une catégorie de l'étude FEMC. Comme le montre le tableau 4, les coûts non attribuables représentent 20,8 % (10,2 G\$) du coût total des soins hospitaliers dans l'étude FEMC 2008.

4.3 Coûts selon la catégorie de diagnostics et le sexe

Le tableau 5 montre la répartition du coût des soins hospitaliers de l'étude FEMC 2008 selon la catégorie de diagnostics et le sexe. En 2008, les hommes ont été la source de 48,7 % (19,0 G\$) des coûts, et les femmes, de 51,3 % (20,0 G\$).

Les trois catégories de diagnostics associées aux coûts les plus élevés chez les hommes sont les affections neuropsychiatriques (2,9 G\$), les maladies cardiovasculaires (2,9 G\$) et les blessures (1,7 G\$). Chez les femmes, il s'agit des affections neuropsychiatriques (2,6 G\$), des maladies cardiovasculaires (2,1 G\$) et des blessures (1,7 G\$).

⁴² La répartition des coûts tirés de la BDCP a été estimée selon la méthode de la PCR.

⁴³ En vue de la répartition du coût total des soins hospitaliers de longue durée et des soins hospitaliers en réadaptation parmi les provinces et les territoires, il a été supposé que la répartition du coût tiré de la BDCP pour les séjours de 100 jours ou plus était, après ajustement en fonction de la population, représentative de la répartition de ce coût dans l'ensemble des provinces et des territoires.

⁴⁴ Le coût total des soins hospitaliers de longue durée et des soins hospitaliers en réadaptation n'était pas disponible pour toutes les provinces ni tous les territoires dans la BDCS. Il a été supposé que s'il n'y avait pas de total pour une province ou un territoire dans la BDCS, il n'y avait pas d'établissement réservé aux soins hospitaliers de longue durée ou aux soins hospitaliers en réadaptation dans ce territoire de compétence pour l'année concernée. Cette hypothèse pourrait ne pas être exacte dans le cas du Québec, car la BDCS ne contient aucune donnée sur les coûts du Québec pour les années de l'analyse.

⁴⁵ Le principal problème de santé est codé en fonction de la CIM-10CA pour ces enregistrements.

⁴⁶ Les catégories de diagnostics « Symptômes, signes et affections mal définies » et « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » sont présentées dans les tableaux de résultats, mais ne sont pas classées ni analysées dans le présent rapport, car ces catégories comprennent des affections mal définies ou pouvant être causées par des problèmes de santé multiples, si bien qu'il est difficile d'attribuer le coût à une affection ou à un trouble en particulier.

Les cinq catégories de diagnostics pour lesquelles l'écart entre les hommes et les femmes est le plus grand eu égard à la répartition des coûts sont celles des autres tumeurs (36,2 % pour les hommes, 63,8 % pour les femmes), les maladies de l'appareil génito-urinaire (39,6 % pour les hommes, 60,4 % pour les femmes), les troubles endocriniens (41,0 % pour les hommes, 59,0 % pour les femmes), les maladies cardiovasculaires (57,9 % pour les hommes, 42,1 % pour les femmes) et les Carences nutritionnelles (42,2 % pour les hommes, 57,8 % pour les femmes)⁴⁷. L'estimation des coûts des soins hospitaliers non attribuables selon le sexe n'a pas été possible.

4.4 Coûts selon la catégorie de diagnostics et le groupe d'âge

La figure 14 montre la répartition du coût des soins hospitaliers de l'étude FEMC 2008 selon le groupe d'âge. Les personnes de 0 à 14 ans sont celles qui contribuent le moins au coût des soins hospitaliers (8,1 %), et les personnes de 75 ans et plus, celles qui y contribuent le plus (29,4 %). Par ailleurs, les personnes de 55 ans et plus sont à l'origine d'environ 60 % du coût total des soins hospitaliers de l'étude FEMC. L'estimation des coûts des soins hospitaliers non attribuables selon le groupe d'âge n'a pas été possible.

La figure 15 montre la répartition du coût des soins hospitaliers de l'étude FEMC 2008 selon la catégorie de diagnostics et le groupe d'âge pour les cinq catégories de diagnostics associées aux coûts les plus élevés. Les personnes de 75 ans et plus génèrent les coûts les plus importants, sauf dans la catégorie des affections neuropsychiatriques, où les personnes de 35 à 54 ans sont source de la plus grande part des coûts (31,1 %). Les coûts associés aux maladies cardiovasculaires et aux tumeurs malignes croissent avec l'âge; les personnes de 75 ans et plus expliquent 44,7 % des coûts liés aux maladies cardiovasculaires et 31,3 % des coûts liés aux tumeurs malignes. Enfin, les personnes de 35 à 54 ans et les personnes de 75 ans et plus, ensemble, sont à l'origine de 50 % du coût des soins hospitaliers dans la catégorie des blessures, de même que dans la catégorie des maladies digestives.

5. ANALYSE ET LIMITES

5.1 Comparaison entre les catégories de l'étude FEMC et entre les années

La comparaison du coût des soins hospitaliers de l'étude FEMC 2004–2008 selon la province ou le territoire devrait être effectuée avec précaution. La qualité des données fournies par chaque province et chaque territoire varie, ce qui entraîne des proportions variables de coûts non attribuables. Par exemple, les coûts non attribuables pourraient représenter 30 % des coûts totaux pour la province A, et 18 % pour la province B. Ainsi, un coût par personne moins élevé pour une province donnée dans une catégorie de diagnostics donnée pourrait être attribuable à une plus forte proportion de coûts non attribuables dans cette province. De plus, la proportion des coûts non attribuables dans une même province pourrait varier d'une année à l'autre. La méthode du tarif journalier a été utilisée pour estimer le coût des hospitalisations de courte durée au Québec, ce qui pourrait donner des coûts estimatifs plus élevés que pour

⁴⁷ La catégorie « Affections maternelles » n'est pas comprise dans ce classement puisque leur coût se rapporte uniquement aux femmes.

les autres provinces⁴⁸. En outre, la province ou le territoire de résidence a servi de référence pour l'assignation géographique du coût des soins hospitaliers; cependant, cette information n'était pas disponible dans le cas des hospitalisations ayant eu lieu au Québec⁴⁹. Par conséquent, dans le cas du Québec, tous les coûts associés aux hospitalisations ont été assignés en fonction de la province de prestation, ce qui a pu gonfler le coût des soins hospitaliers pour cette province.

Les éditions précédentes de l'étude FEMC s'appuient sur des sources de données et des méthodes différentes pour estimer le coût des soins hospitaliers. Une variante de la méthode de la PCR a été utilisée pour estimer le coût des soins hospitaliers dans l'étude FEMC 1998, tandis que la méthode du tarif journalier a été retenue à cette fin dans le cadre de l'étude FEMC 2000 (3,4). Même si une variante de la méthode de la PCR a été utilisée pour l'étude FEMC 1998, la plus grande prudence s'impose au moment de faire des comparaisons entre le coût des soins hospitaliers de l'étude FEMC 1998 et celui de l'étude FEMC 2004–2008. D'abord, les deux études agrègent les coûts selon le code CIM, sauf que des agrégations différentes ont été utilisées. Les tableaux d'agrégation des diagnostics de chaque édition devraient être comparés avant de procéder à toute tentative de comparaison des coûts selon la catégorie de diagnostics. Par exemple, les maladies cardiovasculaires sont codées de la même façon dans les deux éditions, alors que ce n'est pas le cas pour les maladies infectieuses et parasitaires. Ensuite, la méthode de la PCR utilisée n'est pas tout à fait la même dans les deux éditions. Pour l'étude FEMC 2004–2008, les coûts par établissement étaient (dans la plupart des cas) disponibles, et ils ont servi à calculer un CPCP ou un tarif journalier. Dans le cadre de l'étude FEMC 1998, les données sur les coûts étaient beaucoup plus limitées. Dans l'étude FEMC 1998, le coût total par type d'hôpital (plutôt que par établissement) a été utilisé pour la répartition entre les catégories, en fonction de la PCR ou de la durée du séjour. Le coût total selon le type d'hôpital a été estimé suivant la méthode du tarif journalier, plus précisément, en multipliant le tarif journalier moyen de tous les types d'hôpitaux par le nombre de lits pour chaque type d'hôpital. Ainsi, le même tarif journalier a été utilisé pour tous les types d'hôpitaux. De plus, dans l'étude FEMC 2004–2008, la répartition du coût des soins hospitaliers ambulatoires au Canada est tirée du SNISA, et non de l'Ambulatory Care Classification System (ACCS), qui avait été utilisé pour l'étude FEMC 1998. En outre, dans l'étude FEMC 2004–2008, la répartition du coût des soins hospitaliers en psychiatrie, en soins de longue durée et en réadaptation est fondée sur le coût pondéré et la durée de séjour pondérée, et non sur une simple répartition de la durée de séjour, contrairement à l'approche retenue dans l'étude FEMC 1998. Enfin, les pourcentages de coûts non attribuables diffèrent d'une édition à l'autre.

5.2 Limites des données

Les données comportent plusieurs limites qui pourraient donner une fausse représentation du coût des soins hospitaliers dans l'ensemble des catégories. D'abord, les bases de données hospitalières n'enregistrent les sorties qu'en fonction de l'exercice financier⁵⁰, ce qui ne

⁴⁸ En 2008, le coût des soins de courte durée dans les autres provinces et territoires (pour lesquels la PCR, le CPCP et les tarifs journaliers étaient disponibles) était 17 % plus élevé selon la méthode du tarif journalier que selon la méthode de la PCR.

⁴⁹ En 2008, la province de résidence n'était pas la province de prestation pour environ 2,8 % des enregistrements d'hospitalisation de courte durée dans la BDCP.

⁵⁰ Le SNISA fait figure d'exception, car les enregistrements y sont inscrits selon l'année d'admission du patient au lieu de l'année de sortie. En outre, le SNISA ne devrait pas contenir d'enregistrements associés à une durée de séjour supérieure à une année.

permet pas nécessairement de représenter fidèlement la répartition du coût entre les catégories dans un même exercice financier, puisque certaines personnes souffrant d'affections qui entraînent des coûts élevés peuvent rester hospitalisées pendant plus d'un an. Dans l'éventualité où un patient est hospitalisé pendant plus d'un exercice financier, tous les coûts lui étant associés sont consignés l'année de sa sortie. En outre, si une partie des coûts associés à certains de ces patients peut être attribuée à des années qui ne sont pas analysées dans le cadre de la présente étude, alors le fait de considérer que l'ensemble du coût d'hospitalisation a eu lieu à l'année visée par l'étude n'est pas conforme à l'approche fondée sur la prévalence.

Les renseignements sur les chirurgies d'un jour étaient disponibles pour la plupart des provinces et des territoires⁵¹. Cependant, les renseignements complets sur les sorties à la suite de soins d'urgence, de soins cliniques ou d'autres soins ambulatoires n'étaient disponibles que pour l'Ontario. Par conséquent, la répartition du coût de ces services en Ontario a été utilisée pour répartir le coût total des soins ambulatoires (hormis les chirurgies d'un jour) tiré de la BDCS entre les catégories de l'étude FEMC dans chaque province et chaque territoire. Même si l'Ontario représente environ 38 % de la population du Canada, le fardeau de la maladie en Ontario n'est pas nécessairement le même que dans les autres provinces ou dans les territoires, même une fois les ajustements apportés pour tenir compte des différences dans la population (sexe et âge). En particulier, il se pourrait que la représentation du fardeau de la maladie soit faussée dans les provinces ou territoires affichant un profil de risque particulier en ce qui concerne les facteurs propres à certaines affections, ou dans les provinces ou territoires caractérisés par une répartition différente de leurs populations urbaines et rurales, de leur population autochtone, et de leurs autres populations minoritaires. En outre, les données de la BDCS utilisées pour calculer le coût total des soins ambulatoires (hormis les chirurgies d'un jour) et le répartir entre les catégories contiennent des renseignements sur les types d'hôpitaux et de services qui ne se trouvent pas dans les données à partir desquelles ont été répartis les totaux. Le coût total tiré de la BDCS comprend le coût des services d'information sur les poisons et les médicaments, et exclut tous les coûts des cliniques privées, alors que la répartition des coûts a été effectuée à partir de données d'où étaient exclus les coûts des services d'information sur les poisons et les médicaments de l'Ontario, mais où étaient inclus des renseignements sur les consultations dans les cliniques privées en Ontario. Il n'a pas été possible d'obtenir les données provinciales ou territoriales de la BDCS sur les coûts des soins hospitaliers liés aux cliniques privées. L'inclusion des coûts des services d'information sur les poisons et les médicaments aux fins de la répartition aura selon toute vraisemblance un effet minime sur les coûts par catégorie, car moins de la moitié des provinces et des territoires offrent ces services. Dans les provinces et les territoires où sont offerts des services d'information sur les poisons et les médicaments, le coût de ces services ne représente en moyenne que 0,3 % du coût total des soins ambulatoires (hormis les chirurgies d'un jour).

De 2004 à 2008, les renseignements sur les sorties à la suite d'une hospitalisation en psychiatrie étaient incomplets pour la plupart des provinces et des territoires. Cependant, ces renseignements étaient exhaustifs pour l'Ontario. Par conséquent, la répartition des jours-patients pondérés par le SCIPP pour les sorties à la suite d'une hospitalisation en

⁵¹ Pour les années de l'analyse, les renseignements sur les chirurgies d'un jour du Québec et de l'Alberta n'étaient pas disponibles. L'Alberta a inscrit ses données sur les soins ambulatoires dans l'ACCS, qui n'a pas pu être consulté aux fins de l'analyse du FEMC.

psychiatrie en Ontario a été utilisée aux fins de la répartition du coût total des soins hospitaliers en psychiatrie tiré de la BDCS entre les catégories de l'étude FEMC. La répartition des jourspatients pondérés en Ontario ne reflète pas nécessairement fidèlement la situation des autres provinces et des territoires. Des ajustements en fonction des différences entre les populations sur le plan du sexe et de l'âge ont été apportés en vue de tenir compte de la variation du nombre de congés expliquée par ces écarts. Cependant, il se peut que d'un territoire de compétence à l'autre, la prévalence de certaines affections ou de certains troubles soit différente pour un même sexe ou un même groupe d'âge.

Les bases de données sur les hospitalisations de longue durée (SISLD) et de réadaptation (SNIR) n'ont pas pu être consultées pour les analyses de l'étude FEMC. La répartition du coût total des soins de longue durée et des soins de réadaptation tiré de la BDCS entre les catégories de l'étude FEMC a été effectuée à la lumière de la répartition du coût des hospitalisations de courte durée de 100 jours ou plus inscrites dans la BDCP; cette méthode avait aussi été utilisée dans l'étude FEMC 1998. Les patients dont le séjour a duré 100 jours ou plus inscrits dans la BDCP n'ont pas nécessairement les mêmes caractéristiques (sexe, âge, type de diagnostics) que les patients hospitalisés dans des hôpitaux de soins de longue durée ou de soins de réadaptation. Cependant, les coûts de ces types d'hôpitaux ne représentent, en moyenne, qu'environ 6 % du coût total des soins hospitaliers dans l'étude FEMC de 2004 à 2008. Par conséquent, l'effet sur les estimations générales de l'étude FEMC est sans doute faible, à moins que certains diagnostics soient particulièrement communs dans ces types d'hôpitaux et qu'ils ne soient pas représentés proportionnellement dans la répartition utilisée. La précision des estimations futures de l'étude FEMC serait sans doute plus grande si les données du SISLD et du SNIR étaient prises en considération.

Comme il a été mentionné à la section 5.1, l'absence de données sur la province de résidence et l'utilisation de la méthode du tarif journalier pour l'estimation des coûts au Québec pourraient se traduire par une surévaluation du coût des soins de courte durée et des soins ambulatoires dans cette province par rapport aux autres provinces et aux territoires. Les données sur les coûts pour le Québec étaient souvent non disponibles pour les années de l'analyse, car cette province n'a pas inscrit de renseignements dans la BDCS. L'ASPC a estimé le coût des soins de courte durée et des soins ambulatoires pour le Québec, mais non le coût des soins hospitaliers en psychiatrie, des soins de longue durée ni des soins en réadaptation. Comme les types d'hôpitaux consacrés à ces soins existent possiblement dans la province, le coût des maladies principalement observées dans ces types d'hôpitaux pourrait avoir été sousestimé au Québec par rapport aux autres provinces et aux territoires. Par ailleurs, le Nunavut n'a pas non plus inscrit de données sur les coûts dans la BDCS. L'ASPC a estimé le coût des soins hospitaliers de courte durée et des soins ambulatoires au Nunavut, mais a considéré que le Nunavut n'avait ni hôpital psychiatrique, ni hôpital de soins de longue durée, ni hôpital de réadaptation désignés. Par conséquent, les coûts n'ont pas été estimés pour ces types d'hôpitaux.

Les hôpitaux généraux peuvent avoir des lits réservés aux soins psychiatriques, aux soins de longue durée ou à la réadaptation. Cependant, il n'a pas été possible d'estimer le coût des hospitalisations associées à ces lits d'hôpitaux, sauf dans le cas des lits réservés aux soins

psychiatriques en Ontario de 2006 à 2008⁵². Par conséquent, il se peut que, pour la période de 2006 à 2008, le coût des affections neuropsychiatriques soit légèrement surestimé en Ontario par rapport aux autres provinces et aux territoires.

Pour un petit nombre d'enregistrements de sortie dans les bases de données hospitalières, les données étaient manquantes dans certains des champs étudiés. Par exemple, 0,002 % des enregistrements de patient de courte durée en 2008 ne contenaient aucune information sur le principal problème de santé à l'origine de l'hospitalisation, la province, le sexe ou l'âge; le coût associé à ces enregistrements représente 0,005 % du coût total des soins de courte durée en 2008. Étant donné la faible proportion d'enregistrements pour lesquels manquaient des renseignements, il a été décidé de ne pas répartir les coûts correspondant entre les catégories.

De 2004 à 2008, les coûts non attribuables annuels représentent, en moyenne, 23 % du total du coût des soins hospitaliers⁵³. L'existence de coûts non attribuables pourrait nuire à la fidélité de la répartition du coût des soins hospitaliers entre les catégories de l'étude FEMC. Si les coûts non attribuables représentent une forte proportion du coût dans une catégorie en particulier et que cette situation n'est pas prise en compte dans la répartition des coûts attribuables, il se pourrait que le coût par catégories ne soit pas représentatif. Par exemple, si les maladies cardiovasculaires représentaient 30 % des coûts non attribuables en 2008 et que nous pouvions soudainement attribuer l'ensemble de ces coûts, les maladies cardiovasculaires pourraient supplanter les affections neuropsychiatriques comme catégorie de diagnostics entraînant les coûts les plus élevés. Cependant, si la répartition des coûts non attribuables est semblable à celle des coûts attribuables, alors le coût des soins hospitaliers reflète fidèlement la répartition du fardeau économique dans l'étude FEMC.

5.3 Limites inhérentes aux méthodes

De nombreux problèmes de santé causent des problèmes secondaires, qui peuvent eux-mêmes entraîner l'hospitalisation. Les problèmes secondaires peuvent aussi aggraver le problème de santé principal, et ainsi causer l'hospitalisation. En outre, les problèmes secondaires peuvent entraîner une utilisation accrue des ressources hospitalières et une prolongation du séjour même s'ils ne sont pas la raison principale de l'hospitalisation. La comorbidité s'entend de la présence d'un ou de plusieurs troubles ou affections outre le trouble principal ou l'affection principale, de même que de l'effet que peuvent avoir les troubles ou affections secondaires en question. Par exemple, le diabète et l'hypertension (tension artérielle élevée) sont des problèmes concomitants courants. Le calcul de la PCR de l'ICIS fait intervenir un facteur de comorbidité tenant compte du fait que la comorbidité peut augmenter le coût de l'hospitalisation de 25 % à 125 % (31, 32). Même si la PCR a été utilisée pour estimer le coût par enregistrement (pour la plupart des types d'hôpitaux ou de services), le coût des soins hospitaliers a chaque fois été entièrement attribué au principal problème de santé dans le cadre de l'étude FEMC. Comme le coût des soins hospitaliers n'a pas été attribué aux

⁵² Les coûts dont il est question ne concernent que les lits réservés aux soins psychiatriques pour adultes (dans des hôpitaux généraux).

⁵³ Certains types d'enregistrements ont été exclus des données tirées de la BDCP et du SNISA aux fins des analyses de l'étude FEMC, entre autres ceux concernant les avortements thérapeutiques, les mortinaissances et les donneurs décédés. Les avortements thérapeutiques ont été définis selon la présence de codes CIM-10CA [O04.^] dans l'un des champs de diagnostic, ou selon la présence des codes de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) [5.CA.20.^, 5.CA.24.^, 5.CA.88.^, 5.CA.89.^, 5.CA.90.^] dans l'un des champs de diagnostic.

problèmes concomitants, il se peut que les coûts liés à certains problèmes soient sousestimés dans l'étude. Dans la plupart des bases de données hospitalières, chaque enregistrement de sortie contient des renseignements sur la comorbidité. Les prochaines éditions de l'étude FEMC seraient bien servies par la mise au point de méthodes de pondération des coûts tenant compte du principal problème de santé et des problèmes concomitants.

6. CONCLUSION

Dans l'étude FEMC 2004–2008, le coût des soins hospitaliers a été estimé selon la catégorie ou la sous-catégorie de diagnostics, le sexe, le groupe d'âge et la province ou le territoire. En 2008, 79,2 % du coût total des soins hospitaliers a été réparti dans les différentes catégories de l'étude FEMC. Les trois catégories de diagnostics pour lesquelles les coûts sont les plus élevés sont celles des affections neuropsychiatriques (11,2 %), des maladies cardiovasculaires (10,3 %) et des blessures (6,9 %). Les femmes ont été la source d'un peu plus de la moitié (51,3 %) des coûts liés aux soins hospitaliers en 2008. Toujours en 2008, les personnes de 0 à 14 ans ont généré les plus faibles coûts (8,1 %), et les personnes de 75 ans et plus, les coûts les plus élevés (29,4 %).

Étant donné les variations dans les méthodes utilisées, il n'est pas recommandé d'établir des comparaisons entre les estimations de l'étude FEMC 2004–2008 et les estimations des études antérieures. La principale limite de l'édition courante tient à l'absence de certaines données sur les sorties pour certains types d'hôpitaux et de services. Dans ces cas, la répartition du coût dans les provinces pour lesquelles les données sur les sorties étaient complètes (enregistrements exhaustifs) a été utilisée pour faire la répartition du coût total des provinces et territoires pour lesquels les données étaient incomplètes. L'accès à des données complètes pour toutes les provinces et tous les territoires et tous les types et services d'hôpitaux améliorerait sans doute la précision des estimations futures de l'étude FEMC.

FIGURES ET TABLEAUX

TABLEAU 4 : Coût des soins hospitaliers selon la catégorie de diagnostics, Canada, 2004–2008 (en millions de dollars courants)

CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS	COÛT EN 2008	% DU COÛT EN 2008	COÛT EN 2007	% DU COÛT EN 2007	COÛT EN 2006	% DU COÛT EN 2006	COÛT EN 2005	% DES COÛTS EN 2005	COÛTS EN 2004	% DU COÛT EN 2004
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	871,1	1,8	784,8	1,7	658,6	1,5	565,6	1,4	488,4	1,3
Infections respiratoires	958,9	2,0	868,3	1,9	821,8	1,9	764,9	1,9	739,9	1,9
Affections maternelles	1 382,7	2,8	1 343,1	2,9	1 211,5	2,8	1 112,5	2,7	1 034,8	2,7
Affections périnatales	928,6	1,9	853,2	1,9	808,7	1,9	666,5	1,6	557,1	1,4
Carences alimentaires	108,7	0,2	95,5	0,2	92,9	0,2	82,1	0,2	80,0	0,2
Tumeurs malignes	2 329,4	4,7	2 254,6	4,9	2 071,3	4,8	1 959,9	4,8	1 822,3	4,7
Autres tumeurs	431,3	0,9	404,9	0,9	373,3	0,9	353,3	0,9	341,1	0,9
Diabète sucré	492,7	1,0	490,7	1,1	464,8	1,1	381,7	0,9	341,4	0,9
Troubles endocriniens	423,4	0,9	403,2	0,9	368,3	0,9	355,2	0,9	324,4	0,8
Affections neuropsychiatriques	5 520,3	11,2	5 056,2	11,1	4 893,0	11,3	4 456,4	11,0	4 159,4	10,8
Affections des organes sensoriels	520,3	1,1	508,8	1,1	465,8	1,1	430,8	1,1	373,8	1,0
Maladies cardiovasculaires	5 068,0	10,3	4 714,9	10,3	4 380,8	10,1	4 172,7	10,3	3 864,9	10,0
Maladies respiratoires	1 818,5	3,7	1 650,0	3,6	1 569,8	3,6	1 466,9	3,6	1 326,6	3,4
Maladies digestives	2 839,4	5,8	2 659,9	5,8	2 445,4	5,7	2 234,1	5,5	2 059,6	5,3
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1 499,2	3,1	1 383,5	3,0	1 257,5	2,9	1 183,3	2,9	1 066,9	2,8
Affections cutanées	410,3	0,8	391,8	0,9	339,3	0,8	314,8	0,8	272,8	0,7
Maladies musculosquelettiques	1 795,9	3,7	1 698,7	3,7	1 563,1	3,6	1 442,9	3,6	1 252,2	3,3
Anomalies congénitales	302,9	0,6	285,5	0,6	272,9	0,6	254,5	0,6	264,3	0,7
Affections de la cavité buccale	153,6	0,3	147,0	0,3	136,3	0,3	130,0	0,3	121,8	0,3
Blessures	3 395,8	6,9	3 152,8	6,9	2 877,1	6,7	2 650,7	6,5	2 408,1	6,3
Symptômes, signes et affections mal définies	2 131,7	4,3	2 059,7	4,5	1 830,4	4,2	1 711,4	4,2	1 483,0	3,8
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	5 543,4	11,3	5 376,6	11,8	4 750,3	11,0	4 382,1	10,8	3 687,9	9,6
Total du coût des soins hospitaliers de l'étude FEMC	38 926,1	79,2	36 583,7	80,0	33 653,0	77,9	31 072,4	76,5	28 070,7	72,9
Coûts non attribuables⁽¹⁾	10 196,4	20,8	9 146,2	20,0	9 537,4	22,1	9 539,4	23,5	10 459,1	27,1
Total du coût des soins hospitaliers⁽²⁾	49 122,5	100,0	45 729,9	100,0	43 190,4	100,0	40 611,8	100,0	38 529,8	100,0

(1) Les coûts non attribuables ont été obtenus en faisant la différence entre le total du coût des soins hospitaliers tiré de la BDDNS et le total du coût des soins hospitaliers de l'étude FEMC.

(2) Le coût annuel total des soins hospitaliers est tiré du document *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2012 de l'ICIS (5)*.

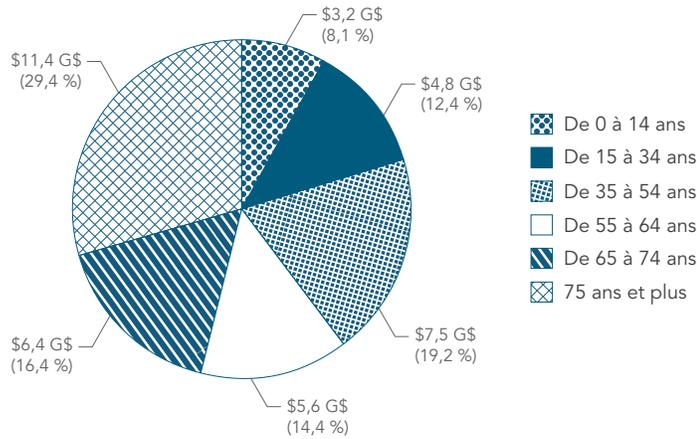
REMARQUE : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

TABEAU 5 : Coût des soins hospitaliers selon la catégorie de diagnostics et le sexe, Canada, 2008 (en millions de dollars courants)

DIAGNOSTIC CATEGORY	COÛT POUR LES HOMMES EN 2008	% DU COÛT TOTAL	COÛT POUR LES FEMMES EN 2008	% DU COÛT TOTAL	COÛT TOTAL
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	437,6	50,2	433,4	49,8	871,1
Infections respiratoires	483,6	50,4	475,3	49,6	958,9
Affections maternelles	–	–	1 382,7	100,0	1 382,7
Affections périnatales	517,3	55,7	411,3	44,3	928,6
Carences alimentaires	45,8	42,2	62,9	57,8	108,7
Tumeurs malignes	1 235,9	53,1	1 093,4	46,9	2 329,4
Autres tumeurs	156,3	36,2	275,0	63,8	431,3
Diabète sucré	267,4	54,3	225,4	45,7	492,7
Troubles endocriniens	173,4	41,0	250,0	59,0	423,4
Affections neuropsychiatriques	2 889,1	52,3	2 631,2	47,7	5 520,3
Affections des organes sensoriels	228,7	44,0	291,6	56,0	520,3
Maladies cardiovasculaires	2 933,4	57,9	2 134,7	42,1	5 068,0
Maladies respiratoires	964,5	53,0	854,0	47,0	1 818,5
Maladies digestives	1 396,7	49,2	1 442,7	50,8	2 839,4
Maladies de l'appareil génito-urinaire	593,7	39,6	905,6	60,4	1 499,2
Affections cutanées	223,5	54,5	186,8	45,5	410,3
Maladies musculosquelettiques	807,1	44,9	988,8	55,1	1 795,9
Anomalies congénitales	164,0	54,1	138,9	45,9	302,9
Affections de la cavité buccale	76,2	49,6	77,4	50,4	153,6
Blessures	1 722,5	50,7	1 673,3	49,3	3 395,8
Symptômes, signes et affections mal définies	957,7	44,9	1 174,0	55,1	2 131,7
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	2 697,7	48,7	2 845,7	51,3	5 543,4
Total du coût des soins hospitaliers de l'étude FEMC	18 972,2	48,7	19 953,9	51,3	38 926,1

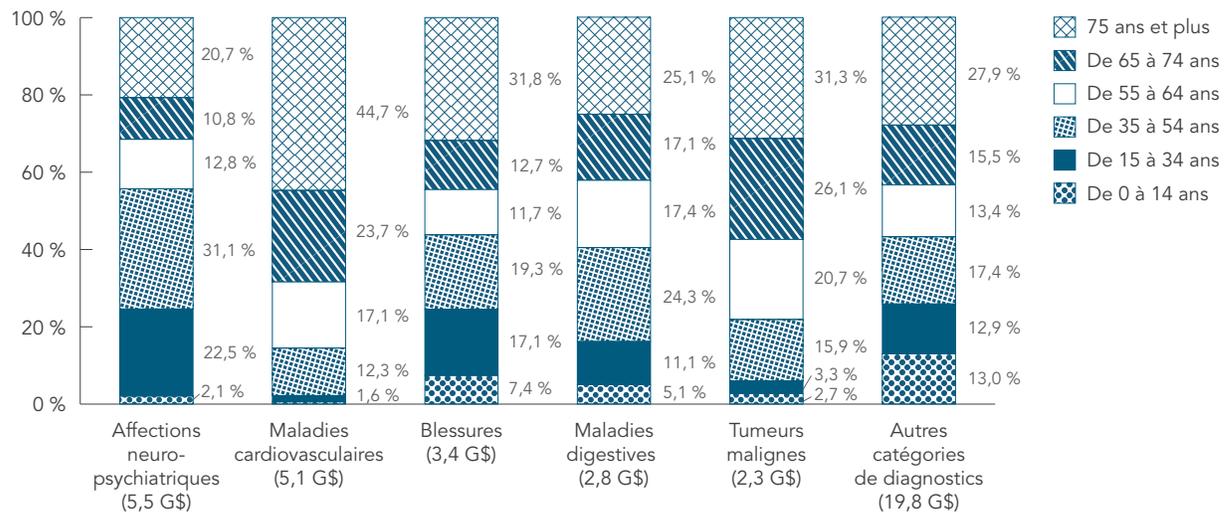
REMARQUES : La répartition du coût des soins hospitaliers selon le sexe n'est possible que dans les cas où les coûts peuvent être attribués à une des catégories de l'étude FEMC. Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

FIGURE 14 : Coût des soins hospitaliers selon le groupe d'âge, Canada, 2008



REMARQUE : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

FIGURE 15 : Répartition du coût des soins hospitaliers selon la catégorie de diagnostics et le groupe d'âge, Canada, 2008



REMARQUES : Les personnes de 0 à 14 ans sont source de 0,6 % des coûts liés aux maladies cardiovasculaires; ces pourcentages sont représentés dans la figure mais leur valeur numérique n'y est pas inscrite. Les « Autres catégories de diagnostics » englobent les coûts de toutes les catégories de diagnostics de l'étude FEMC qui ne sont pas présentées individuellement dans la figure.

Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

DEUXIÈME RAPPORT : COÛT DES MÉDICAMENTS SELON L'ÉTUDE FEMC, 2005–2008

1. CONTEXTE

Les estimations du coût des médicaments incluent le coût privé et public des médicaments sur ordonnance et en médicaments sans ordonnance (c.-à-d. des médicaments en vente libre) vendus au détail. Il correspond au coût final au consommateur, qui comprend notamment les honoraires professionnels, la marge commerciale et les taxes applicables. Les médicaments administrés dans les hôpitaux et les autres établissements sont exclus du calcul; le coût des médicaments administrés dans les hôpitaux fait partie de la composante de coût correspondant aux soins hospitaliers dans le cadre de l'étude FEMC (5).

Dans le cadre de l'étude FEMC, les estimations du coût des médicaments ne tiennent compte que du coût des médicaments sur ordonnance; le coût des médicaments sans ordonnance n'a pu être réparti entre les catégories de l'étude FEMC (catégories et sous-catégories de diagnostics, sexe, groupe d'âge et province ou territoire). Le présent rapport décrit les sources de données et les méthodes utilisées en vue d'estimer le coût des médicaments de 2005 à 2008. Il présente et analyse aussi les résultats et les limites des données utilisées.

2. SOURCES DE DONNÉES

Les données proviennent de deux ensembles de données d'IMS Brogan (une division d'IMS Health Inc.) : les données de 2006 à 2008 de l'Index canadien des maladies et traitements (ICMT) et les données de 2005 à 2008 de CompuScript (CS)⁵⁴.

2.1 Index canadien des maladies et traitements

L'ICMT est une enquête qui fournit de l'information sur les habitudes en matière d'ordonnance de 652 médecins exerçant en cabinet au Canada (41)⁵⁵. Il renferme des renseignements sur les caractéristiques démographiques des patients (p. ex. le sexe et l'âge), le diagnostic (code CIM-9) et les médicaments prescrits (p. ex. nom du produit, concentration, forme, posologie et fait qu'il s'agit d'un nouveau traitement ou d'un traitement qui se poursuit). L'ICMT ne contient pas de données sur les territoires; les données des provinces des Prairies (Manitoba, Saskatchewan et Alberta) et des Maritimes (Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Nouveau-Brunswick) ne sont pas enregistrées séparément, mais plutôt regroupées par région (41,42).

Les données sur les médicaments de l'ICMT sont normalisées et classifiées selon leur type et leur classe thérapeutique au moyen de l'Uniform System of Classification (USC). Le code USC, composé de cinq chiffres, permet de classer les médicaments en quatre catégories, de la plus

⁵⁴ IMS Brogan n'archive ses données que pour six ans. Lorsque le projet d'étude FEMC a obtenu les ensembles de données de l'ICMT et de CS, les données de 2005 de CS n'étaient plus disponibles.

⁵⁵ L'enquête ne tient pas compte des médecins qui exercent dans d'autres milieux qu'en cabinet, p. ex. en milieu hospitalier.

générale (USC2) à la plus précise (USC5). L'exemple 1 présente les codes USC correspondant à un médicament de traitement bronchique (41).

Exemple 1 : Code USC de stéroïdes en inhalation pour traitement bronchique

CODE USC	CLASSE	NBRE DE CHIFFRES	DESCRIPTION
28000	USC2	2	Traitement bronchique
28300	USC3	3	Asthme
28310	USC4	4	Traitement de l'asthme
28312	USC5	5	Stéroïdes en inhalation

2.2 Compuscript

Compuscript (CS) contient des renseignements sur le coût total des médicaments sur ordonnance (au prix de vente au détail, plus frais d'ordonnance) et la quantité de médicaments sur ordonnance (nombre d'ordonnances) vendus dans près de 70 % des pharmacies de détail au Canada, exclusion faite des territoires (41, 42). Les données de CS reflètent les coûts totaux des médicaments sur ordonnance et leur quantité selon le code USC et la province.

3. MÉTHODES

3.1 Méthodes d'estimation du coût des médicaments de l'étude FEMC, de 2006 à 2008

Pour l'estimation du coût des médicaments dans le cadre de l'étude FEMC, les champs suivants de l'ICMT ont été utilisés : code USC5, code CIM-9, sexe, âge, région (Maritimes, Québec, Ontario, Prairies ou ColombieBritannique) et utilisation du médicament⁵⁶. De façon similaire, les champs de CS utilisés sont le code USC, la province, le nombre d'ordonnances et le coût total des médicaments sur ordonnance. Les données de l'ICMT et de CS ont été appariées, selon le code USC5 et la région ou la province, de manière à créer une base de données mixte ICMTCS⁵⁷. L'exemple 2 expose un cas simplifié de données tirées de la base mixte et appariées en fonction de la province et du code USC5.

Exemple 2 : Base de données mixte ICMTCS

CODE USC5 (CS ET ICMT)	PROVINCE OU RÉGION (CS ET ICMT)	CODE CIM-9 (ICMT)	SEXE (ICMT)	ÂGE (ICMT)	UTILISATION DU MÉDICAMENT (ICMT)	NOMBRE D'ORDONNANCES (CS)	COÛT TOTAL DES MÉDICAMENTS (CS)
28312	Ontario	493	Homme	14	50	20	1000
28312	Ontario	493	Femme	35	25	20	1000
28312	Ontario	493	Femme	20	25	20	1000

REMARQUE : Le code CIM-9 n'est pas nécessairement toujours le même pour tous les enregistrements portant le même code USC5 dans une même province ou région.

⁵⁶ Le champ « utilisation du médicament » correspond au nombre de fois où le médicament est mentionné et associé à un diagnostic.

⁵⁷ Seul un très faible pourcentage du coût des médicaments tiré de CS n'a pu être apparié aux données de l'ICMT.

Comme le montre l'exemple 2, tous les enregistrements portant le même code USC5 dans une même province ou région seront associés au même nombre d'ordonnances et au même coût total. Une fois la base de données ICMTCS créée, le nombre d'ordonnances et le coût total des médicaments de chaque groupe défini selon le code USC5 et la province ont été répartis entre les enregistrements du groupe en fonction de la répartition de l'utilisation du médicament. L'exemple 3 illustre le processus à l'aide des données de l'exemple 2.

Exemple 3 : Base de données ICMTCS après répartition des totaux

CODE USC5 (CS ET ICMT)	PROVINCE OU RÉGION (CS ET ICMT)	CODE CIM-9 (ICMT)	SEXE (ICMT)	ÂGE (ICMT)	NOMBRE D'ORDONNANCES (CS)	COÛT TOTAL DES MÉDICAMENTS (CS)
28312	Ontario	493	Homme	14	10	500
28312	Ontario	493	Femme	35	5	250
28312	Ontario	493	Femme	20	5	250

REMARQUE : Le code CIM-9 n'est pas nécessairement toujours le même pour tous les enregistrements portant le même code USC5 dans une même province ou région.

Comme l'ICMT comprend un champ « région » plutôt qu'un champ « province », il a été supposé que pour chaque province des Maritimes et des Prairies, la répartition des enregistrements selon le code CIM, le sexe, l'âge et l'utilisation du médicament était la même que pour la région dont elle fait partie. Par exemple, si 10 % de l'utilisation des médicaments associés au code CIM 493 dans les Prairies était attribuable aux hommes de 15 à 34 ans selon l'ICMT, alors 10 % du coût des médicaments associé à ce code CIM seraient attribués aux hommes de 15 à 34 ans en Alberta, en Saskatchewan et au Manitoba.

Une fois le nombre d'ordonnances et le coût total des médicaments répartis entre les enregistrements de chaque groupe portant un même code USC5 dans une même province ou région, le coût a été ventilé selon la catégorie ou la sous-catégorie de diagnostics de l'étude FEMC, le sexe, le groupe d'âge de l'étude FEMC (de 0 à 14 ans, de 15 à 34 ans, de 35 à 54 ans, de 55 à 64 ans, de 65 à 74 ans et 75 ans et plus) et la province. Le coût des médicaments dans les territoires n'a pas été estimé aux fins de l'étude FEMC, car l'ICMT et le CS ne contiennent pas de données sur ces territoires de compétence.

3.2 Répartition du coût des médicaments dans le cas des enregistrements pour lesquels l'âge ou le sexe sont inconnus, de 2006 à 2008

Dans l'ICMT, pour un faible pourcentage des enregistrements, le sexe (2,4 %) ou l'âge (2,0 %) sont inconnus. Par conséquent, le coût associé à ces enregistrements n'a pas pu être réparti parmi les catégories de sexe et d'âge. Même si le nombre d'enregistrements pour lesquels ces données sont inconnues est faible, il a été décidé d'en répartir le coût parmi les catégories d'âge et de sexe, au moyen des méthodes de substitution décrites aux sections 3.2.1 à 3.2.3. Un exemple fictif portant sur les médicaments contre l'asthme en Ontario est utilisé dans chaque section.

3.2.1 Enregistrements pour lesquels l'âge est inconnu

Le coût associé aux enregistrements pour lesquels le sexe est connu et l'âge est inconnu a été réparti proportionnellement parmi tous les autres enregistrements pour lesquels le sexe était le même et pour lesquels l'âge, la province et la catégorie de diagnostics étaient connus, à la lumière de la répartition du coût parmi ces enregistrements. L'exemple 4 donne un exemple chiffré de répartition du coût des enregistrements pour lesquels l'âge est inconnu. Même si l'étude FEMC comporte six groupes d'âge, l'exemple ne tient compte que de deux groupes d'âge (les personnes de 35 à 54 ans et celles de 55 à 64 ans) pour plus de simplicité. Un coût de 2 M\$ est réparti entre les autres enregistrements associés au même sexe, à la même catégorie de diagnostics et à la même province, et pour lesquels l'âge est connu.

Exemple 4 : Répartition du coût des enregistrements pour lesquels l'âge est inconnu

	Coût des médicaments contre l'asthme (âge et sexe connus)	Coût des médicaments contre l'asthme (hommes dont l'âge est inconnu)	HOMMES DE 35 À 54 ANS		HOMMES DE 55 À 64 ANS	
			(âge et sexe connus)	Coût des médicaments contre l'asthme (hommes dont l'âge est inconnu)	Coût des médicaments contre l'asthme	% du coût total
Coût avant répartition	100 M\$	2 M\$	75 M\$	75 %	25 M\$	25 %
Coût après répartition	102 M\$	0 M\$	75 M\$ + (75 % x 2 M\$) = 76,5 M\$	75 %	25 M\$ + (25 % x 2 M\$) = 25,5 M\$	25 %

3.2.2 Enregistrements pour lesquels le sexe est inconnu

Le coût associé aux enregistrements pour lesquels l'âge est connu et le sexe est inconnu a été réparti entre les enregistrements des deux sexes associés au même groupe d'âge, à la même catégorie de diagnostics et à la même province, à la lumière de la répartition du coût entre ces enregistrements. L'exemple 5 donne un exemple chiffré de répartition des coûts des enregistrements pour lesquels le sexe est inconnu.

Exemple 5 : Répartition du coût des enregistrements pour lesquels le sexe est inconnu

	Coût des médicaments contre l'asthme (âge et sexe connus)	Coût des médicaments contre l'asthme (hommes dont l'âge est inconnu)	HOMMES DE 15 À 34 ANS		FEMMES DE 15 À 34 ANS	
			(âge et sexe connus)	Coût des médicaments contre l'asthme (hommes dont l'âge est inconnu)	Coût des médicaments contre l'asthme	% du coût total
Coût avant répartition	100 M\$	3 M\$	60 M\$	60 %	40 M\$	40 %
Coût après répartition	103 M\$	0 M\$	60 M\$ + (60 % x 3 M\$) = 61,8 M\$	60 %	40 M\$ + (40 % x 3 M\$) = 41,2 M\$	40 %

3.2.3 Enregistrements pour lesquels l'âge et le sexe sont inconnus

Pour les enregistrements dont l'âge et le sexe sont tous deux inconnus, le coût a été réparti entre les enregistrements associés à la même catégorie de diagnostics et à la même province mais pour lesquels l'âge et le sexe sont connus, à la lumière de la répartition du coût entre ces enregistrements. L'exemple 6 donne un exemple chiffré de répartition du coût des enregistrements pour lesquels l'âge et le sexe sont inconnus. Pour plus de simplicité, il a été supposé qu'il n'y a que deux groupes d'utilisateurs de médicaments contre l'asthme dont le sexe et l'âge sont connus en Ontario (soit les hommes de 55 à 64 ans et les femmes de 15 à 34 ans).

Exemple 6 : Répartition du coût des enregistrements pour lesquels l'âge et le sexe sont inconnus

	Coût des médicaments contre l'asthme (âge et sexe connus)	Coût des médicaments contre l'asthme (hommes dont l'âge est inconnu)	HOMMES DE 55 À 64 ANS		FEMMES DE 15 À 34 ANS	
			(âge et sexe connus)	Coût des médicaments contre l'asthme (hommes dont l'âge est inconnu)	Coût des médicaments contre l'asthme	% du coût total
Coût avant répartition	100 M\$	5 M\$	20 M\$	20 %	80 M\$	80 %
Coût après répartition	105 M\$	0 M\$	20 M\$ + (20 % × 5 M\$) = 21 M\$	20 %	80 M\$ + (80 % × 5 M\$) = 84 M\$	80 %

3.3 Méthodes d'estimation du coût des médicaments de l'étude FEMC, 2005

Au moment où les analyses destinées à l'actuelle édition de l'étude FEMC ont commencé, les données de CS n'étaient pas disponibles pour l'année 2005, car IMS Brogan ne conserve ces données que pour 72 mois. Le coût total des médicaments en 2005 pour chaque groupe USC5province a été estimé d'après les données des années 2006 à 2010 de CS. Plus précisément, pour chaque groupe USC5province, le coût total des médicaments en 2005 a été estimé en multipliant un coût par ordonnance estimatif par le nombre d'ordonnances. Le coût par ordonnance associé selon le code USC5 et selon la province en 2005 a été estimé en fonction du taux de croissance annuel moyen, ajusté pour tenir compte de l'inflation, du coût par ordonnance dans chaque groupe USC5province de 2006 à 2010 selon CS (coût des médicaments/nombre d'ordonnances). Le nombre d'ordonnances selon le code USC5 et selon la province en 2005 a aussi été estimé en fonction du taux de croissance annuel moyen du nombre d'ordonnances dans chaque groupe USC5province de 2006 à 2010 selon CS. En outre, le taux de croissance annuel moyen du coût des médicaments et du nombre d'ordonnances dans chaque groupe USC5province a été estimé en fonction de séries de données de CS portant sur au moins trois années. Les enregistrements de 2005 de l'ICMT pour lesquels les valeurs de certains champs étudiés étaient inconnues (CIM-9, sexe, âge et région) ont été supprimés avant l'appariement avec les données (estimatives) de 2005 de CS. Une fois les données (estimatives) de 2005 de CS appariées aux données de 2005 de l'ICMT, 99,5 % des enregistrements de l'ICMT avaient été appariés à un coût; les enregistrements qui ne l'avaient pas été ont été supprimés. Comme pour les autres années de l'analyse, le coût

des médicaments et le nombre d'ordonnances associées à un groupe USC5 province donné a ensuite été réparti entre les enregistrements de ce groupe à la lumière de la répartition de l'utilisation des médicaments.

4. RÉSULTATS⁵⁸

4.1 Coût selon la catégorie de diagnostics

Le tableau 6 présente un sommaire du coût des médicaments selon la catégorie de diagnostics de l'étude FEMC, à l'échelle nationale, de 2005 à 2008. En 2008, les cinq catégories associées aux coûts les plus élevés ont été les maladies cardiovasculaires (4,3 G\$, 15,3 %), les affections neuropsychiatriques (3,6 G\$, 12,7 %), les maladies musculosquelettiques (2,0 G\$, 7,1 %), les troubles endocriniens (1,7 G\$, 6,2 %) et les maladies digestives (1,4 G\$, 5,1 %). Ensemble, ces cinq catégories de diagnostics expliquent un peu plus de 46 % du coût total des médicaments. Les coûts non attribuables dans le cadre de l'étude FEMC sont obtenus en faisant la différence entre le coût total des médicaments selon la BDDNS et le total des coûts des médicaments ayant pu être répartis entre les catégories de l'étude. Eu égard aux médicaments, des coûts totalisant 6,7 G\$ (24,1 %) n'ont pu être attribués à une catégorie de diagnostics dans le cadre de l'étude FEMC 2008, à l'échelle nationale.

4.2 Coût selon la catégorie de diagnostics et le sexe

Le tableau 7 montre le coût des médicaments de l'étude FEMC 2008 selon la catégorie de diagnostics et le sexe. En 2008, les hommes ont été source de 45,9 % (9,7 G\$) du coût des médicaments, et les femmes, de 54,1 % (11,5 G\$) de ce coût. Les trois catégories de diagnostics associées aux coûts les plus élevés chez les hommes sont les maladies cardiovasculaires (2,4 G\$), les affections neuropsychiatriques (1,5 G\$) et les troubles endocriniens (0,9 G\$). Chez les femmes, il s'agit des affections neuropsychiatriques (2,0 G\$), des maladies cardiovasculaires (1,9 G\$) et des maladies musculosquelettiques (1,3 G\$).

En 2008, les cinq catégories de diagnostics pour lesquelles la répartition du coût entre les sexes est la plus inégale sont celles des carences alimentaires (21,5 % pour les hommes, 78,5 % pour les femmes), les autres tumeurs (25,7 % pour les hommes, 74,3 % pour les femmes), les anomalies congénitales (30,1 % pour les hommes, 69,9 % pour les femmes), les tumeurs malignes (32,3 % pour les hommes, 67,7 % pour les femmes) et les maladies musculosquelettiques (33,0 % pour les hommes, 67,0 % pour les femmes). La catégorie des « affections maternelles » n'est pas comprise dans ce classement puisque l'ensemble de ses coûts peut être attribué aux femmes. Par ailleurs, il n'a pas été possible d'estimer le montant des coûts des médicaments non attribuables selon le sexe.

4.3 Coût selon la catégorie de diagnostics et le groupe d'âge

La figure 16 montre le coût des médicaments de l'étude FEMC 2008 selon le groupe d'âge. Les personnes de 0 à 14 ans sont source du plus faible pourcentage des coûts (4,8 %), et les personnes de 35 à 54 ans, du pourcentage le plus élevé (30,0 %).

⁵⁸ Les catégories de diagnostics « Symptômes, signes et affections mal définies » et « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » sont présentées dans les tableaux de résultats, mais ne sont pas classées ni analysées dans le présent rapport, car ces catégories comprennent des affections mal définies ou pouvant être causées par des problèmes de santé multiples, si bien qu'il est difficile d'attribuer le coût à une affection ou à un trouble en particulier.

La figure 17 montre le coût des médicaments de l'étude FEMC 2008 selon la catégorie de diagnostics et le groupe d'âge pour les cinq catégories de diagnostics associées aux coûts les plus élevés. Les personnes de 35 à 54 ans expliquent la part la plus importante des coûts, sauf dans la catégorie des maladies cardiovasculaires.

5. LIMITES

Les estimations du coût des médicaments de l'étude FEMC 2005–2008 ne tiennent compte que des médicaments sur ordonnance et excluent les médicaments sans ordonnance (c.-à-d. en vente libre). Par conséquent, l'étude pourrait sousestimer le coût total des médicaments, comme le donne à penser la part du coût des médicaments n'ayant pu être attribuée à une catégorie de 2005 à 2008 (24 % à 25 %). Les renseignements sur les médicaments sans ordonnance selon la catégorie de diagnostics auraient été utiles, car ils auraient permis de diminuer les coûts non attribuables de cette composante. Les renseignements sur le coût des médicaments sans ordonnance pourraient aussi être utiles compte tenu du fait que la répartition de ce coût pourrait être sensiblement différente de celle du coût des médicaments sur ordonnance. Une fois réparti le coût des médicaments sans ordonnance, le coût associé à certaines catégories de diagnostics pourrait augmenter par rapport à celui d'autres catégories. Or, la collecte de données sur les médicaments sans ordonnance pourrait être difficile, car ces médicaments sont souvent utilisés pour le traitement de problèmes de santé multiples. Par ailleurs, la répartition du coût des médicaments entre les catégories de l'étude FEMC (de même que la répartition du coût des soins hospitaliers entre ces catégories) pourrait aussi changer s'il était possible d'extraire le coût des médicaments administrés dans les hôpitaux de la composante de coût correspondant aux soins hospitaliers.

La principale limite des estimations du coût des médicaments dans le cadre de l'étude FEMC 2005–2008 tient au fait que les données de l'ICMT servent à répartir le coût total des médicaments entre les catégories de l'étude FEMC (diagnostic, sexe, âge et province). L'ICMT est la seule source de données qui fournit le coût des médicaments selon la catégorie de diagnostics pour tous les problèmes de santé. Cependant, l'ICMT repose sur les réponses de seulement 652 médecins (1 % de la population totale de médecins) interrogés deux jours par trimestre (41)⁵⁹. Étant donné la petite taille de l'échantillon et la courte période d'observation de l'ICMT, il est possible que la répartition du coût des médicaments de l'étude FEMC 2005–2008 ne corresponde pas à la réalité. En outre, les données de l'ICMT pour les provinces des Prairies et des Maritimes sont regroupées, alors qu'en réalité, l'utilisation des médicaments pourrait varier d'une province à l'autre dans ces régions. Même si l'ICMT reflète les habitudes d'ordonnance des médecins, aucune donnée ne permet de déterminer si les ordonnances ont bel et bien été exécutées.

Comme les données de CS n'étaient pas disponibles pour 2005, les données de CS de 2006 à 2010 ont servi à estimer le nombre d'ordonnances et le coût des médicaments pour chaque groupe USC5province; il se pourrait que ces estimations ne soient pas exactes.

⁵⁹ Plus précisément, 652 médecins sur 52 959 ont participé à l'enquête (année de l'enquête non indiquée) (41).

Le coût des médicaments associés aux enregistrements de 2006 à 2008 pour lesquels le sexe ou l'âge étaient inconnus dans la base de données ICMTCS a été réparti entre les enregistrements correspondants pour lesquels ces valeurs étaient connues; malheureusement, il se pourrait que cela ait faussé la représentativité du coût des médicaments selon la catégorie de l'étude FEMC.

Les sources de données disponibles ne contenaient aucune information sur le coût des médicaments sur ordonnance dans les territoires. Plusieurs méthodes d'estimation de ce coût ont été envisagées, mais elles n'ont pas été jugées appropriées pour l'actuelle édition de l'étude FEMC⁶⁰. La principale préoccupation concernait les différences dans la répartition de la population, des maladies et des blessures de même que la variation des prix entre les territoires et les autres provinces ou régions.

Étant donné les limites susmentionnées, il est possible que la répartition du coût des médicaments de l'étude FEMC 2005–2008 ne reflète pas fidèlement la répartition réelle de ce coût entre les catégories de l'étude FEMC. On présume que le coût des médicaments associé à certaines catégories ou sous-catégories de diagnostics (et possiblement à certains groupes définis selon le sexe ou l'âge) a été sousestimé ou surestimé; le sens et l'ampleur de ces erreurs sont inconnus.

6. CONCLUSION

Le coût des médicaments de l'étude FEMC 2005–2008 a été estimé selon la catégorie ou la sous-catégorie de diagnostics, le sexe, le groupe d'âge et la province ou le territoire. En 2008, 75,9 % du coût total des médicaments a pu être réparti entre les catégories de l'étude FEMC. Les trois catégories de diagnostics associées aux coûts les plus élevés sont les maladies cardiovasculaires (4,3 G\$, 15,3 %), les affections neuropsychiatriques (3,6 G\$, 12,7 %) et les maladies musculosquelettiques (2,0 G\$, 7,1 %). Les hommes expliquent 45,9 % des coûts des médicaments en 2008, et les femmes, 54,1 %. Les personnes de 0 à 14 ans ont été source de la plus faible proportion du coût des médicaments (4,8 %) et les personnes de 35 à 54 ans, de la proportion la plus élevée (30,0 %).

Le coût des médicaments sans ordonnance influe sur les estimations des coûts non attribuables, car l'estimation du coût des médicaments tiré de l'étude FEMC ne tient compte que de médicaments sur ordonnance (hors hôpital). En outre, les estimations de l'étude FEMC 2005–2008 ne tiennent pas compte du coût des médicaments dans les territoires. Les estimations du coût des médicaments de l'étude FEMC ont été réparties selon la catégorie ou la sous-catégorie de diagnostics, le sexe, le groupe d'âge et la province en fonction des résultats d'une enquête sur les médicaments prescrits par les médecins. Malheureusement, en raison de la petite taille de l'échantillon et de la courte période d'échantillonnage de cette enquête, il est donc possible que les estimations de l'étude FEMC ne reflètent pas fidèlement la répartition réelle du coût des médicaments entre les catégories de l'étude.

⁶⁰ Les méthodes utilisées dans le FEMC 1998 et le FEMC 2000 faisaient partie des méthodes envisagées.

FIGURES ET TABLEAUX

TABLEAU 6 : Coût des médicaments selon la catégorie de diagnostics, Canada, 2005–2008 (en millions de dollars courants)

CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS	COÛT EN 2008	% DU COÛT EN 2008	COÛT EN 2007	% DU COÛT EN 2007	COÛT EN 2006	% DU COÛT EN 2006	COÛT EN 2005	% DU COÛT EN 2005
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	696,7	2,5	525,6	2,0	629,8	2,5	507,3	2,2
Infections respiratoires	509,3	1,8	458,9	1,7	495,5	2,0	515,7	2,2
Affections maternelles	58,5	0,2	39,8	0,2	38,6	0,2	30,9	0,1
Affections périnatales	9,8	0,0	3,5	0,0	5,2	0,0	4,1	0,0
Carences alimentaires	77,2	0,3	109,0	0,4	89,5	0,4	64,5	0,3
Tumeurs malignes	467,1	1,7	504,7	1,9	552,1	2,2	353,1	1,5
Autres tumeurs	49,8	0,2	39,2	0,1	43,6	0,2	125,2	0,5
Diabète sucré	1 198,2	4,3	1 012,7	3,8	901,3	3,6	878,1	3,8
Troubles endocriniens	1 728,4	6,2	1 670,1	6,3	1 628,5	6,5	1 641,0	7,1
Affections neuropsychiatriques	3 551,3	12,7	3 340,1	12,6	3 156,8	12,6	2 946,3	12,7
Affections des organes sensoriels	283,4	1,0	257,8	1,0	256,4	1,0	261,7	1,1
Maladies cardiovasculaires	4 272,7	15,3	3 981,6	15,1	3 721,3	14,8	3 637,6	15,7
Maladies respiratoires	1 197,2	4,3	1 086,7	4,1	985,1	3,9	931,9	4,0
Maladies digestives	1 434,0	5,1	1 384,3	5,2	1 339,2	5,3	1 317,4	5,7
Maladies de l'appareil génito-urinaire	670,8	2,4	601,8	2,3	563,4	2,2	572,4	2,5
Affections cutanées	680,5	2,4	594,2	2,2	541,1	2,2	523,0	2,3
Maladies musculosquelettiques	1 982,5	7,1	1 813,9	6,9	1 643,6	6,5	1 463,1	6,3
Anomalies congénitales	35,0	0,1	23,6	0,1	12,0	0,0	8,9	0,0
Affections de la cavité buccale	42,3	0,2	38,7	0,1	27,6	0,1	29,5	0,1
Blessures	259,7	0,9	261,1	1,0	257,2	1,0	272,8	1,2
Symptômes, signes et affections mal définies	1 283,1	4,6	1 447,8	5,5	1 270,7	5,1	1 092,2	4,7
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	700,4	2,5	858,0	3,2	562,6	2,2	546,5	2,4
Total du coût des médicaments de l'étude FEMC	21 187,6	75,9	20 053,1	75,8	18 721,1	74,6	17 723,2	76,4
Coûts non attribuables⁽¹⁾	6 734,8	24,1	6 386,4	24,2	6 373,4	25,4	5 471,1	23,6
Total du coût des médicaments⁽²⁾	27 922,4	100,0	26 439,5	100,0	25 094,5	100,0	23 194,3	100,0

⁽¹⁾ Eu égard aux médicaments, les coûts non attribuables ont été obtenus en faisant la différence entre le coût total des médicaments tiré de la BDDNS et le coût total des médicaments de l'étude FEMC.

⁽²⁾ Le coût annuel total des médicaments est tiré du document *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2012 de l'ICIS (5)*.

REMARQUE : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres

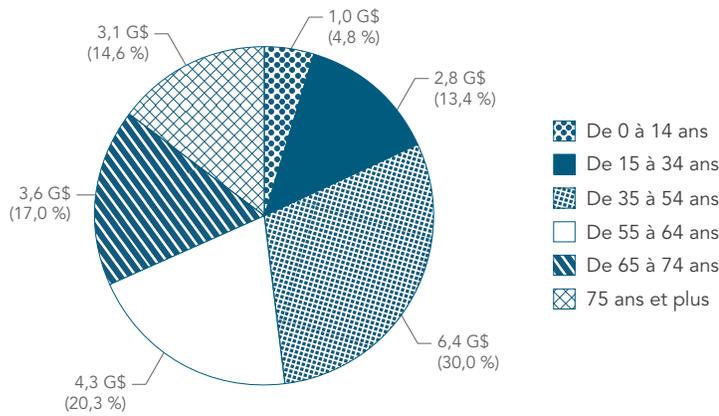
TABLEAU 7 : Coût des médicaments selon la catégorie de diagnostics et le sexe, Canada, 2008 (en millions de dollars courants)

CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS	COÛT POUR LES HOMMES EN 2008	% DU COÛT TOTAL	COÛT POUR LES FEMMES EN 2008	% DU COÛT TOTAL	COÛT TOTAL
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	385,0	55,3	311,7	44,7	696,7
Infections respiratoires	224,5	44,1	284,8	55,9	509,3
Affections maternelles			58,5	100,0	58,5
Affections périnatales	5,2	52,6	4,7	47,4	9,8
Carences alimentaires	16,6	21,5	60,6	78,5	77,2
Tumeurs malignes	150,7	32,3	316,4	67,7	467,1
Autres tumeurs	12,8	25,7	37,0	74,3	49,8
Diabète sucré	723,3	60,4	474,9	39,6	1 198,2
Troubles endocriniens	942,8	54,6	785,5	45,4	1 728,4
Affections neuropsychiatriques	1 525,0	42,9	2 026,2	57,1	3 551,3
Affections des organes sensoriels	143,5	50,6	139,9	49,4	283,4
Maladies cardiovasculaires	2 351,4	55,0	1 921,3	45,0	4 272,7
Maladies respiratoires	585,1	48,9	612,1	51,1	1 197,2
Maladies digestives	620,8	43,3	813,2	56,7	1 434,0
Maladies de l'appareil génito-urinaire	253,5	37,8	417,4	62,2	670,8
Affections cutanées	306,9	45,1	373,6	54,9	680,5
Maladies musculosquelettiques	654,6	33,0	1 327,9	67,0	1 982,5
Anomalies congénitales	10,5	30,1	24,5	69,9	35,0
Affections de la cavité buccale	16,4	38,8	25,9	61,2	42,3
Blessures	126,7	48,8	133,0	51,2	259,7
Symptômes, signes et affections mal définies	548,1	42,7	735,0	57,3	1 283,1
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	127,8	18,2	572,6	81,8	700,4
Total du coût des médicaments de l'étude FEIMC	9 731,1	45,9	11 456,5	54,1	21 187,6

REMARQUES : La répartition du coût des médicaments selon le sexe n'est possible que dans les cas où les coûts peuvent être attribués à une des catégories de l'étude FEIMC.

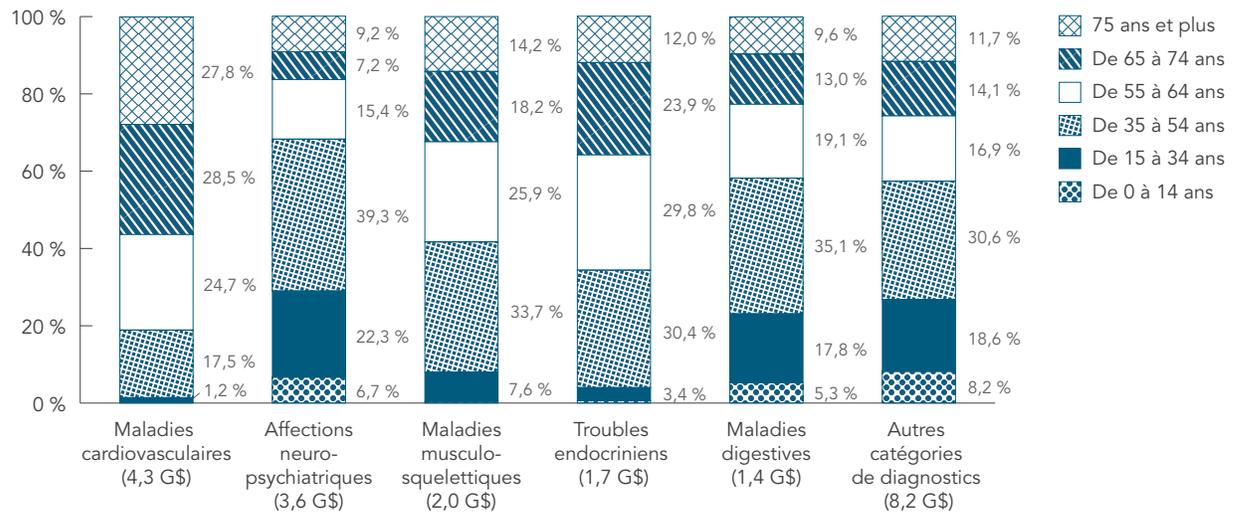
Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

FIGURE 16 : Coût des médicaments selon le groupe d'âge, Canada, 2008



REMARQUE : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

FIGURE 17 : Répartition du coût des médicaments selon la catégorie de diagnostics et le groupe d'âge, Canada, 2008



REMARQUES : Les personnes de 0 à 14 ans sont source de 0,2 % des coûts liés aux maladies cardiovasculaires, de 0,4 % des coûts liés aux maladies musculosquelettiques et de 0,6 % des coûts liés aux troubles endocriniens; ces coûts sont représentés dans la figure, mais les pourcentages correspondants n'y sont pas inscrits. Les « Autres catégories de diagnostics » englobent les coûts de toutes les catégories de diagnostics de l'étude FEMC qui ne sont pas présentées individuellement dans la figure.

Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

TROISIÈME RAPPORT : COÛT DES SOINS MÉDICAUX SELON L'ÉTUDE FEMC, 2005–2008

1. CONTEXTE

Le coût des soins médicaux comprend les paiements faits par les régimes d'assurance-maladie des provinces et territoires aux médecins rémunérés à l'acte exerçant en pratique privée, ainsi que les paiements faits en vertu d'autres régimes de rémunération des médecins (saliariat, rémunération par séance, capitation) (5). La rémunération à l'acte pour les services rendus dans les hôpitaux est incluse dans le coût des soins médicaux si elle est versée directement aux médecins par les régimes. Dans les éditions antérieures de l'étude FEMC, les données sur les demandes de remboursement soumises par les praticiens rémunérés à l'acte de chaque province ou territoire avaient été utilisées, ce qui n'a pas été possible pour FEMC 2005–2008. Comme solution de rechange, nous nous sommes servis des données publiques du Manitoba sur le coût des soins médicaux rémunérés à l'acte, selon le sexe et le chapitre de la CIM-9, et des données de l'étude FEMC 2000 pour ventiler le coût total des soins médicaux selon la BDDNS dans les catégories de l'étude FEMC (c. à d. catégorie/sous-catégorie de diagnostics, sexe, groupe d'âge et province ou territoire) pour chaque année de la période étudiée (5, 33). Des données, provenant des provinces ou des territoires, n'étaient pas disponibles en fonction du coût des soins médicaux par catégorie de diagnostics pour les services rémunérés selon d'autres modes que la rémunération à l'acte. Le présent rapport décrit les sources de données et les méthodes utilisées pour établir le coût des soins médicaux pour la période de 2005 à 2008. Il présente également les résultats des calculs et les limites des données utilisées et en fait l'analyse.

2. SOURCES DE DONNÉES

Les données publiques du Manitoba sur le coût des soins médicaux rémunérés à l'acte, selon le sexe et le chapitre de la CIM-9, ont été tirées des *Manitoba Health Annual Statistics* (43–46), tandis que les données de l'étude FEMC 2000 (non publiée) ont été fournies par l'ASPC. Le coût annuel total des soins médicaux dans les provinces et les territoires obtenu de la BDDNS provient de l'ICIS (5).

3. MÉTHODES

Nous nous sommes servis de la répartition du coût des soins médicaux rémunérés à l'acte au Manitoba, selon le chapitre de la CIM-9 et le sexe, pour ventiler les données provinciales et territoriales sur le coût total des soins médicaux tirées la BDDNS selon le chapitre de la CIM-9 et le sexe pour chaque province et territoire⁶¹. Pour les autres territoires de compétence, nous avons réparti les données sur le coût de la BDDNS selon les provinces et territoires en

⁶¹ Le coût des soins médicaux inscrit sous la catégorie « laboratoire, rayon-X et autres demandes sans diagnostic » des *Manitoba Health Annual Statistics* a été exclu de l'analyse.

multipliant le coût par habitant au Manitoba de chaque groupe « chapitre de la CIM-9–sexe » par la population de la province ou du territoire.

Ensuite, pour chaque province et territoire, nous avons réparti le coût total des soins médicaux associé aux différents groupes « chapitre de la CIM-9–sexe » entre les différents codes de la CIM-9 et les différents groupes d'âge en nous servant des répartitions de coûts de l'étude FEMC 2000 pour chaque province et territoire et chaque chapitre de la CIM-9. Pour toutes les analyses, la répartition des coûts de l'étude FEMC 2000 a été corrigée en fonction des différences de chiffres de population entre l'année 2000 et l'année étudiée⁶². La base de données de l'étude FEMC 2000 de l'ASPC ne renferme pas de données sur le chapitre de la CIM-9 « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » pour ce qui est du Manitoba et de Terre Neuve. Nous avons donc réparti le total du coût des soins médicaux pour ce chapitre selon les codes de la CIM et les groupes d'âge en nous servant de la répartition de coûts de l'étude FEMC 2000 à l'échelle nationale (à l'exclusion du Manitoba et de Terre Neuve) pour ce chapitre, compte tenu des différences de chiffres de population. Finalement, nous avons agrégé les coûts par code CIM dans les catégories et sous catégories de diagnostics de l'étude FEMC, en fonction de la classification décrite à l'annexe C.

4. RÉSULTATS⁶³

4.1 Coût selon la catégorie de diagnostics

Le tableau 8 présente la répartition du coût des soins médicaux selon la catégorie de diagnostics pour la période de 2005 à 2008. En 2008, les cinq catégories de diagnostics qui affichaient les coûts les plus élevés étaient celles des maladies cardiovasculaires (2,4 G\$, 9,9 %), des affections neuropsychiatriques (2,3 G\$, 9,9 %), des maladies musculosquelettiques (2,0 G\$, 8,4 %), des maladies de l'appareil génito-urinaire (1,6 G\$, 6,8 %) et des blessures (1,4 G\$, 6,0 %).

4.2 Coût selon la catégorie de diagnostics et le sexe

Le tableau 9 présente la répartition du coût des soins médicaux selon la catégorie de diagnostics et le sexe pour 2008. Cette année là, les hommes ont compté pour 41,3 % des coûts (9,8 G\$) et les femmes, pour 58,7 % (13,9 G\$). Les trois catégories de diagnostics qui affichaient les coûts les plus élevés chez les hommes étaient celles des maladies cardiovasculaires (1,2 G\$), des affections neuropsychiatriques (0,9 G\$) et des maladies musculosquelettiques (0,8 G\$). Chez les femmes, les trois catégories en tête de liste étaient celles des affections neuropsychiatriques (1,4 G\$), des maladies musculosquelettiques (1,2 G\$) et des maladies de l'appareil génito-urinaire (1,1 G\$).

Les cinq catégories de diagnostics pour lesquelles la différence de proportion du coût total entre les hommes et les femmes était la plus forte étaient celles des maladies de l'appareil génito-urinaire (31,5 % pour les hommes, contre 68,5 % pour les femmes), des carences alimentaires (34,0 % pour les hommes, contre 66,0 % pour les femmes), de certaines maladies

⁶² Les corrections ont été faites au moyen des estimations de population de Statistique Canada (36–39).

⁶³ Les catégories de diagnostics « Symptômes, signes et affections mal définies » et « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » sont présentées dans les tableaux de résultats, mais ne sont pas classées ni analysées dans le présent rapport, car ces catégories comprennent des affections mal définies ou pouvant être causées par des problèmes de santé multiples, si bien qu'il est difficile d'attribuer le coût à une affection ou à un trouble en particulier.

infectieuses et parasitaires (36,2 % pour les hommes, contre 63,8 % pour les femmes), des autres tumeurs (36,7 % pour les hommes, contre 63,3 % pour les femmes) et des troubles endocriniens (38,1 % pour les hommes, contre 61,9 % pour les femmes)⁶⁴.

4.3 Coût selon la catégorie de diagnostics et le groupe d'âge

La figure 18 donne la répartition du coût des soins médicaux selon le groupe d'âge pour 2008. Le groupe des 0 à 14 ans affichait la plus faible proportion du coût des soins médicaux (9,1 %), tandis que le groupe des 35–54 ans affichait la proportion la plus forte (26,8 %). En outre, les personnes de 55 ans et plus comptaient pour environ 44 % du coût total des soins médicaux de l'étude FEMC.

La figure 19 donne la répartition du coût des soins médicaux selon la catégorie de diagnostics et le groupe d'âge en 2008 pour les cinq catégories de diagnostics les plus onéreuses. Le groupe des 35–54 ans explique la plus grande part de ce coût, sauf pour ce qui est des maladies cardiovasculaires.

5. ANALYSES ET LIMITES

N'ayant pu obtenir des provinces et territoires les données au niveau des enregistrements sur les demandes de remboursement soumises par les praticiens rémunérés à l'acte, il nous a été impossible d'établir les coûts des soins médicaux pour la période 2005–2008 au moyen de ces données. Or, l'accès aux données sur les demandes de remboursement est très utile pour les besoins de la publication de l'étude FEMC, car les enregistrements renferment de l'information sur le coût des soins médicaux selon le code CIM, le sexe, le groupe d'âge et la province ou le territoire. En l'absence de ces données, nous avons dû faire des hypothèses reposant sur les données disponibles, et il se peut donc que les résultats ne reflètent pas la répartition réelle du coût des soins médicaux entre les catégories de l'étude FEMC.

Le Manitoba est la seule province ayant des données publiques sur le coût des soins médicaux réparti selon la catégorie de diagnostics (et plus précisément selon le chapitre de la CIM-9 et le sexe). Ces répartitions des coûts ont servi à estimer les répartitions des coûts selon le sexe et le chapitre de la CIM pour toutes les autres provinces et les territoires. Les méthodes utilisées présentent toutefois plusieurs limites. Premièrement, il n'est peut être pas approprié de se fonder sur le coût par habitant au Manitoba pour établir le coût pour les autres provinces et pour les territoires. En effet, le coût par habitant a été calculé selon le sexe, mais non selon le groupe d'âge, étant donné que le coût total selon le chapitre de la CIM au Manitoba est établi uniquement selon le sexe. Il n'est donc pas possible de tenir compte des différences dans la répartition par âge des populations du Manitoba et des autres provinces ou territoires. De plus, utiliser les données du Manitoba pour établir le coût pour les autres provinces et pour les territoires nous fait oublier que la prévalence de certains états de santé peut varier d'une province ou territoire à l'autre. Enfin, en 2008, le Manitoba représentait une très faible proportion (3,6 %) de la population canadienne, et il est possible qu'il ait affiché une répartition de ses populations urbaine et rurale, de sa population autochtone et des autres populations

⁶⁴ La catégorie « Affections maternelles » n'est pas comprise dans ce classement puisque leur coût se rapporte uniquement aux femmes.

minoritaires très différente de celle des autres provinces ou territoires. Tous ces facteurs font que le coût par habitant au Manitoba ne constitue peut être pas la mesure de substitution la plus exacte pour les autres provinces et territoires.

Le tableau 10 présente une comparaison de la répartition du coût selon la catégorie de diagnostics pour le Manitoba et l'Ontario d'après l'étude FEMC 2000. Les trois catégories de diagnostics pour lesquelles la différence entre les deux provinces est la plus notable (en valeur absolue) sont celles des affections neuropsychiatriques (6,5 %), des symptômes, signes et affections mal définies (3,0 %) et des blessures (2,6 %). Pour ce qui est des autres catégories, treize d'entre elles affichent une différence de 1 % ou moins et les cinq autres, une différence supérieure à 1 % mais n'excédant pas 2 %. Dans l'ensemble, le tableau 10 indique que la répartition du coût était grosso modo la même pour le Manitoba et l'Ontario en 2000, pour la plupart des catégories de diagnostics (85,7 %). La définition de ce que l'on entend par une différence significative peut varier d'une personne à l'autre; certaines personnes considèrent un écart de moins de 2 %, voire de moins de 1 %, comme étant significatif. Bien que l'on puisse penser que la répartition du coût au Manitoba en 2000 se rapproche sensiblement de celle en Ontario, ce n'est peut être pas le cas pour la période de 2005 à 2008. Ainsi, se fonder sur la répartition du coût au Manitoba pour produire des estimations pour l'Ontario (et les autres provinces et les territoires) peut donner lieu à des inexactitudes. L'Ontario a servi de point de comparaison dans le tableau 10; cependant, on pourrait observer des écarts moindres ou plus grands pour les autres provinces ou les territoires.

Il n'existe pas de données publiques sur la répartition du coût des soins médicaux rémunérés à l'acte selon le code CIM pour aucune province ni aucun territoire. Comme les groupes de codes CIM rattachés aux catégories de diagnostics de l'étude FEMC sont différents de ceux des chapitres de la CIM, nous avons dû répartir le coût selon le code CIM pour chaque chapitre de la CIM, de manière à pouvoir répartir à nouveau le coût selon les catégories de diagnostics de l'étude FEMC. Le coût associé à chaque chapitre de la CIM a aussi dû être réparti selon le code CIM afin de déterminer le coût par sous catégorie de diagnostics de l'étude FEMC. Comme il a été mentionné dans la section sur les méthodes, nous avons réparti le coût associé à chaque chapitre de la CIM selon le code CIM en nous servant de la répartition de coût propre à chaque province ou territoire d'après l'étude FEMC 2000 (après avoir tenu compte des changements dans les chiffres de population). Le tableau 11 montre la différence entre la répartition du coût au Manitoba en 2008, établie par suite du redressement des données de l'étude FEMC 2000 sur le Manitoba en fonction de l'évolution démographique, et la répartition de coût tirée de la publication Manitoba Health Annual Statistics. L'écart le plus grand (en valeur absolue) entre ces deux distributions est observé pour la catégorie de diagnostics « Blessures » (3,3 %). Pour ce qui est des autres catégories de diagnostics, seize d'entre elles affichent une différence de 1 % ou moins, deux affichent une différence supérieure à 1 % mais n'excédant pas 2 %, et les deux autres, une différence supérieure à 2 % mais n'excédant pas 4 %. Le tableau 11 indique que les données redressées de l'étude FEMC 2000 peuvent constituer une mesure de substitution acceptable pour les autres années (du moins en ce qui regarde le Manitoba en 2008). Bien que cette série de données redressées ne crée pas d'écart notable dans la répartition du coût selon la catégorie de diagnostics, il peut exister des écarts plus grands (en valeur absolue) au niveau des sous catégories. Le fait de se servir des données de l'étude FEMC 2000 pour répartir le coût selon le code CIM fait abstraction de ce que la

répartition des coûts au sein d'un chapitre de la CIM peut varier d'une année à l'autre, même après que les données ont été redressées pour tenir compte des changements démographiques. On a aussi réparti le coût selon le groupe d'âge en se fondant sur la répartition de coût de l'étude FEMC 2000 selon la province ou territoire, le sexe et le chapitre de la CIM; ces méthodes présentent des limites similaires.

Nous n'avons pu obtenir les données au niveau des enregistrements ou les données agrégées selon la catégorie de diagnostics, le sexe et le groupe d'âge pour les autres modes de rémunération des médecins (salarial, rémunération par séance, capitation). Selon la Base de données nationale sur les médecins (BDNM) de l'ICIS, en 2008, la rémunération totale des services cliniques fournis par les médecins rémunérés à l'acte comptait pour 73,1 % de la rémunération totale des services cliniques, ce qui représente une diminution par rapport à 1999, où cette proportion était de 89,3 % (47)⁶⁵. Comme la rémunération à l'acte est en recul, il faut désormais accorder une plus grande attention aux méthodes permettant de bien décrire les services selon le coût, le diagnostic du patient et les renseignements démographiques lorsque les médecins sont rémunérés selon d'autres régimes. La facturation pro forma ou les sondages menés auprès des médecins concernant les services rémunérés selon des régimes non traditionnels pourraient fournir des renseignements utiles, surtout si le mode de rémunération du médecin détermine le traitement que celui-ci prescrira à son patient ou si les caractéristiques du patient (p. ex. maladie chronique, âge) varient selon le mode de rémunération. La répartition du coût des soins médicaux rémunérés à l'acte utilisée dans le présent rapport ne reflète pas nécessairement fidèlement la répartition du coût selon les catégories de l'étude FEMC dans le cas des services de soins médicaux rémunérés selon d'autres modes de rémunération.

Compte tenu de l'absence de données sur les demandes de remboursement des médecins pour toutes les provinces et territoires, il y a des limites sérieuses au processus lorsqu'il s'agit d'affections particulières, surtout celles dont la prévalence peut varier en fonction de l'exposition (p. ex. les éclosons de maladies d'origine alimentaire). Les estimations publiées dans ce rapport ne sont pas suffisamment sensibles pour rendre compte de cette variabilité d'une année à l'autre ou d'une province ou d'un territoire à l'autre. Il n'est donc pas recommandé de comparer les estimations du coût des soins médicaux d'après l'étude FEMC entre les années 2005 à 2008 et entre les provinces et territoires.

6. CONCLUSION

Nous avons ventilé le coût des soins médicaux rémunérés à l'acte selon les catégories de l'étude FEMC pour 2005–2008 en nous servant des données publiques du Manitoba et des données de l'étude FEMC 2000. Les trois catégories de diagnostics qui affichaient les coûts les plus élevés étaient celles des maladies cardiovasculaires (2,4 G\$, 9,9 %), des affections neuropsychiatriques (2,3 G\$, 9,9 %), et des maladies musculosquelettiques (2,0 G\$, 8,4 %). Les hommes comptaient pour 41,3 % des coûts et les femmes, pour 58,7 %. Le groupe des 0–14 ans affichait la plus faible proportion des coûts (9,1 %), tandis que le groupe des 35–54 ans affichait la proportion la plus forte (26,8 %) du coût total des soins médicaux de l'étude FEMC 2008.

⁶⁵ On note des différences entre la BDDNS et la BDNM pour ce qui est du coût total (5, 47).

Les estimations présentées dans ce rapport sont utiles en ce qu'elles viennent compléter les autres composantes de coût de l'étude FEMC pour produire une estimation du fardeau économique de la maladie et des blessures au Canada. Cela dit, pour la période de 2005 à 2008, il n'est pas recommandé de comparer le coût de soins médicaux d'une année à l'autre ou d'une province ou d'un territoire à l'autre. Étant donné les limites mentionnées dans ce rapport, les chiffres pourraient ne pas refléter fidèlement la répartition du fardeau financier selon la maladie et les blessures, surtout lorsqu'on étudie des catégories de maladies plus détaillées (p. ex. les sous catégories de diagnostics de l'étude FEMC).

FIGURES ET TABLEAUX

TABLEAU 8 : Coût des soins médicaux selon la catégorie de diagnostics, Canada 2005–2008 (en millions de dollars courants)

CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS	COÛT EN 2008	% DU COÛT EN 2008	COÛT EN 2007	% DU COÛT EN 2007	COÛT EN 2006	% DU COÛT EN 2006	COÛT EN 2005	% DU COÛT EN 2005
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	509,3	2,1	470,1	2,2	436,5	2,2	408,4	2,2
Infections respiratoires	1 125,2	4,7	1 042,1	4,8	1 018,7	5,1	1 003,9	5,4
Affections maternelles	792,1	3,3	723,2	3,4	656,3	3,3	611,3	3,3
Affections périnatales	42,0	0,2	36,3	0,2	35,7	0,2	29,9	0,2
Carences alimentaires	158,0	0,7	137,4	0,6	124,2	0,6	106,1	0,6
Tumeurs malignes	1 031,7	4,3	924,6	4,3	789,5	3,9	732,2	3,9
Autres tumeurs	484,0	2,0	435,8	2,0	373,8	1,9	347,8	1,9
Diabète sucré	487,3	2,0	444,0	2,1	404,2	2,0	377,1	2,0
Troubles endocriniens	587,5	2,5	529,5	2,5	483,1	2,4	443,2	2,4
Affections neuropsychiatriques	2 347,0	9,9	2 167,3	10,1	2 047,4	10,2	1 842,1	9,9
Affections des organes sensoriels	1 329,3	5,6	1 248,3	5,8	1 169,8	5,8	1 073,7	5,8
Maladies cardiovasculaires	2 352,0	9,9	2 128,7	9,9	1 974,7	9,9	1 861,4	10,0
Maladies respiratoires	632,6	2,7	581,3	2,7	569,8	2,8	565,9	3,0
Maladies digestives	1 232,6	5,2	1 125,0	5,2	1 071,2	5,3	977,8	5,3
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1 626,4	6,8	1 484,5	6,9	1 403,0	7,0	1 263,9	6,8
Affections cutanées	833,1	3,5	744,5	3,5	687,8	3,4	618,4	3,3
Maladies musculosquelettiques	2 002,5	8,4	1 804,8	8,4	1 682,4	8,4	1 539,5	8,3
Anomalies congénitales	139,0	0,6	125,8	0,6	112,5	0,6	104,2	0,6
Affections de la cavité buccale	214,1	0,9	196,8	0,9	189,7	0,9	178,5	1,0
Blessures	1 435,0	6,0	1 304,7	6,1	1 204,1	6,0	1 151,9	6,2
Symptômes, signes et affections mal définies	1 846,1	7,8	1 623,4	7,5	1 543,2	7,7	1 426,6	7,7
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	2 573,7	10,8	2 276,1	10,6	2 069,1	10,3	1 892,4	10,2
Total du coût des soins médicaux de l'étude FEMC	23 780,3	100,0	21 554,3	100,0	20 046,9	100,0	18 556,2	100,0
Coûts non attribuables⁽¹⁾	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total du coût des soins médicaux⁽²⁾	23 780,3	100,0	21 554,3	100,0	20 046,9	100,0	18 556,2	100,0

⁽¹⁾ Les coûts non attribuables ont été obtenus en faisant la différence entre le total du coût des soins médicaux tiré de la BDDNS et le total du coût des soins médicaux de l'étude FEMC.

⁽²⁾ Le coût annuel total des soins médicaux est tiré du document *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2012 de l'ICIS (5)*.

REMARQUE : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

TABEAU 9 : Coût des soins médicaux selon la catégorie de diagnostics et le sexe, Canada, 2008 (en millions de dollars courants)

CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS	COÛT POUR LES HOMMES EN 2008	% DU COÛT TOTAL	COÛT POUR LES FEMMES EN 2008	% DU COÛT TOTAL	COÛT TOTAL
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	184,5	36,2	324,8	63,8	509,3
Infections respiratoires	501,8	44,6	623,4	55,4	1 125,2
Affections maternelles			792,1	100,0	792,1
Affections périnatales	22,1	52,6	19,9	47,4	42,0
Carences alimentaires	53,8	34,0	104,2	66,0	158,0
Tumeurs malignes	525,5	50,9	506,3	49,1	1 031,7
Autres tumeurs	177,4	36,7	306,6	63,3	484,0
Diabète sucré	250,2	51,4	237,1	48,6	487,3
Troubles endocriniens	223,8	38,1	363,7	61,9	587,5
Affections neuropsychiatriques	937,2	39,9	1 409,8	60,1	2 347,0
Affections des organes sensoriels	562,0	42,3	767,3	57,7	1 329,3
Maladies cardiovasculaires	1 248,1	53,1	1 103,9	46,9	2 352,0
Maladies respiratoires	304,9	48,2	327,7	51,8	632,6
Maladies digestives	572,6	46,5	660,0	53,5	1 232,6
Maladies de l'appareil génito-urinaire	512,7	31,5	1 113,7	68,5	1 626,4
Affections cutanées	387,3	46,5	445,8	53,5	833,1
Maladies musculosquelettiques	822,1	41,1	1 180,4	58,9	2 002,5
Anomalies congénitales	74,8	53,8	64,2	46,2	139,0
Affections de la cavité buccale	95,7	44,7	118,4	55,3	214,1
Blessures	729,7	50,9	705,3	49,1	1 435,0
Symptômes, signes et affections mal définies	789,4	42,8	1 056,7	57,2	1 846,1
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	855,3	33,2	1 718,4	66,8	2 573,7
Total du coût des soins médicaux de l'étude FEMC	9 830,8	41,3	13 949,5	58,7	23 780,3

REMARQUES : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

TABLEAU 10 : Comparaison de la répartition du coût par catégorie de diagnostics pour le Manitoba et l'Ontario (FEMC 2000)

CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS	FEMC 2000 MANITOBA (%) A	FEMC 2000 ONTARIO (%) B	DIFFÉRENCE (%) (A-B)
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	2,8	2,9	-0,1
Infections respiratoires	7,7	6,8	0,9
Affections maternelles	3,3	2,5	0,8
Affections périnatales	0,2	0,3	-0,1
Carences alimentaires	0,3	0,4	-0,1
Tumeurs malignes	3,2	3,6	-0,3
Autres tumeurs	1,6	1,5	0,1
Diabète sucré	2,0	1,8	0,1
Troubles endocriniens	2,4	2,0	0,4
Affections neuropsychiatriques	9,5	16,0	-6,5
Affections des organes sensoriels	6,5	8,0	-1,5
Maladies cardiovasculaires	10,1	10,6	-0,5
Maladies respiratoires	5,1	3,1	1,9
Maladies digestives	6,1	4,1	2,0
Maladies de l'appareil génito-urinaire	7,4	6,3	1,1
Affections cutanées	4,1	3,7	0,4
Maladies musculosquelettiques	8,6	7,0	1,5
Anomalies congénitales	0,5	0,3	0,3
Affections de la cavité buccale	0,6	0,4	0,2
Blessures	9,4	6,7	2,6
Symptômes, signes et affections mal définies	8,6	11,5	-3,0
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	s.o.	0,3	s.o.

REMARQUES : Le coût des soins médicaux de l'étude FEMC 2000 était disponible par code CIM. Les totaux utilisés pour estimer la répartition du coût présentée dans ce tableau ont été obtenus à l'aide des groupes de codes de la CIM pour chaque catégorie de diagnostics de l'étude FEMC 2005–2008.

Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

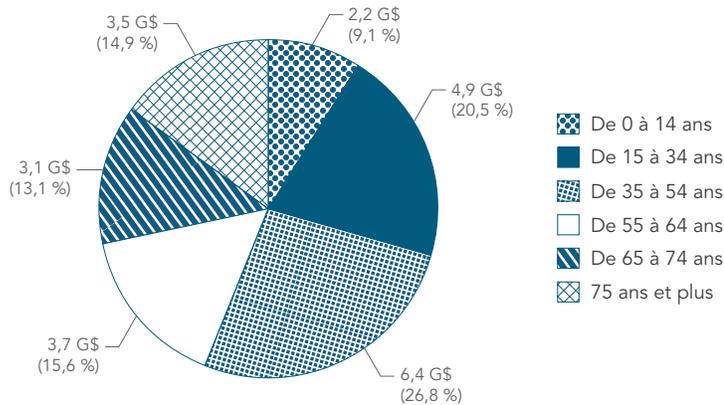
TABLEAU 11 : Comparaison de la répartition du coût des soins médicaux au Manitoba en 2008 selon deux méthodes

CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS	DONNÉES POUR LE MANITOBA EN 2008, ESTIMÉES À L'AIDE DES DONNÉES SUR LE MANITOBA DE L'ÉTUDE FEMC (%) A	DONNÉES POUR LE MANITOBA EN 2008, TIRÉES DES STATISTIQUES ANNUELLES DU MANITOBA (%) B	DIFFÉRENCE (%) (A–B)
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	2,6	2,1	0,5
Infections respiratoires	7,3	4,7	2,6
Affections maternelles	3,1	3,3	-0,2
Affections périnatales	0,2	0,2	0,0
Carences alimentaires	0,3	0,7	-0,4
Tumeurs malignes	3,3	4,4	-1,1
Autres tumeurs	1,7	2,0	-0,3
Diabète sucré	2,0	2,0	0,0
Troubles endocriniens	2,5	2,5	0,0
Affections neuropsychiatriques	9,6	9,9	-0,3
Affections des organes sensoriels	6,5	5,5	1,0
Maladies cardiovasculaires	10,4	9,9	0,5
Maladies respiratoires	5,0	2,7	2,3
Maladies digestives	6,2	5,1	1,1
Maladies de l'appareil génito-urinaire	7,5	6,8	0,7
Affections cutanées	4,1	3,5	0,6
Maladies musculosquelettiques	8,8	8,4	0,4
Anomalies congénitales	0,5	0,6	-0,1
Affections de la cavité buccale	0,6	1,0	-0,4
Blessures	9,3	6,0	3,3
Symptômes, signes et affections mal définies	8,5	7,8	0,7
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	s.o.	11	s.o.

REMARQUES : Le coût des soins médicaux de l'étude FEMC 2000 était disponible par code CIM. Les totaux utilisés pour estimer la répartition du coût présentée dans ce tableau ont été obtenus à l'aide des groupes de codes de la CIM pour chaque catégorie de diagnostics de l'étude FEMC 2005–2008.

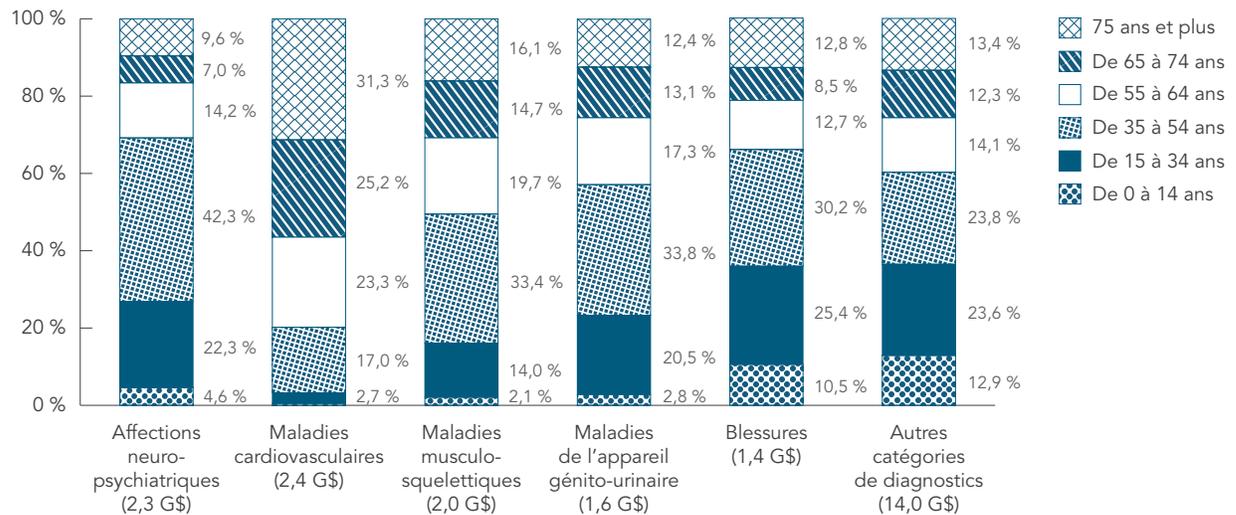
Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

FIGURE 18 : Coût des soins médicaux selon le groupe d'âge, Canada, 2008



REMARQUE : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

FIGURE 19 : Répartition du coût des soins médicaux selon la catégorie de diagnostics et le groupe d'âge, Canada, 2008



REMARQUE : Le groupe des 0 à 14 ans explique 0,5 % du coût des soins médicaux pour les maladies cardiovasculaires; ce pourcentage est représenté dans la figure mais sa valeur numérique n'y est pas inscrite. La catégorie « Autres catégories de diagnostics » comprend les coûts associés à toutes les catégories de l'étude FEMC qui ne sont pas présentées individuellement dans cette figure.

Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

QUATRIÈME RAPPORT : VALEUR DE LA PRODUCTION PERDUE EN RAISON DE LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE SELON L'ÉTUDE FEMC, 2004–2008

1. CONTEXTE

Depuis longtemps, la méthode du capital humain sert à estimer la valeur de la production perdue en raison de la mortalité prématurée causée par la maladie ou les blessures. Cette méthode calcule la valeur de la production perdue en déterminant la valeur actualisée du flux des revenus futurs d'une personne qui sont perdus en raison de son décès prématuré. Elle repose sur l'hypothèse du chômage involontaire nul; autrement dit, cette méthode de calcul suppose implicitement que lorsqu'une personne meurt, elle ne peut être remplacée. Cette hypothèse est peu plausible aujourd'hui compte tenu de la conjoncture du marché du travail, où le taux de chômage a fluctué entre 6 % et 10 % entre 1996 et 2010 (48–50).

Une méthode plus récente – la méthode des coûts de friction – a été mise au point par un groupe d'économistes néerlandais dans les années 1990 (51–54). Cette méthode suppose un chômage involontaire non nul, ce qui est plus conforme à la conjoncture économique actuelle. En effet, si une personne meurt, elle sera remplacée par un travailleur ou une travailleuse qui était en chômage auparavant. Il s'écoulera bien sûr un certain temps avant que le remplacement se fasse, ne serait-ce que le temps requis pour la formation professionnelle. Cette méthode estime la perte de production qui correspond uniquement à la période nécessaire pour remplacer le travailleur décédé, appelée *période de friction*.

Dans les rapports précédents de l'étude FEMC, la valeur de la production perdue en raison de la mortalité prématurée était estimée à l'aide de la méthode du capital humain. Toutefois, à la lumière des résultats des ateliers de 2009 et 2010 sur le FEMC (organisés par l'ASPC), il a été recommandé d'utiliser la méthode des coûts de friction pour estimer le coût de la mortalité (55, 56).

Bien que la présente édition de l'étude FEMC porte sur les années 2005 à 2008, elle contient aussi les résultats de 2004, car les données requises pour produire les estimations de 2004 étaient disponibles. La valeur de la production perdue attribuable à la mortalité prématurée au regard de l'activité sur le marché du travail pour 2004–2008 a été mesurée selon la catégorie et la sous-catégorie de diagnostics, l'âge, le sexe et la province ou territoire, à l'aide de la méthode des coûts de friction et d'une approche fondée sur la prévalence. Le présent rapport décrit les sources de données et les méthodes utilisées pour établir le coût de la mortalité pour la période de 2004 à 2008. Il présente également les résultats des calculs et les limites des données et des méthodes utilisées et en fait l'analyse.

2. SOURCES DE DONNÉES

La base de données sur les décès de la Statistique de l'état civil de Statistique Canada (2003–2008) a servi à l'estimation du coût de la mortalité pour la période 2004–2008. Cette base de données renferme des renseignements sur tous les décès survenus au Canada, notamment le jour, le mois et l'année du décès, la cause de décès (identifiée par un code tiré de la 10^e version de la CIM), l'âge, le sexe, la province de résidence, et la province où le décès est survenu.

Statistique Canada a fourni d'autres données pertinentes pour cette étude, à savoir les gains annuels moyens selon le sexe, l'âge et la province; le chiffre annuel de la durée du chômage par province (en nombre de semaines consécutives); et le taux d'emploi annuel moyen selon le sexe, l'âge et la province (57, 58, 69).

3. MÉTHODES

Les estimations de la valeur de la production perdue en raison de la mortalité pour 2004–2008 ont été établies selon la catégorie et la sous-catégorie de diagnostics (voir l'annexe C), le groupe d'âge, le sexe et la province ou le territoire^{66,67}. Nous les avons calculées en multipliant la période de perte de production par la valeur monétaire de la production, plus précisément les gains selon l'âge, le sexe et la province.

À l'instar de Koopmanschap et coll., nous avons estimé la valeur de la production perdue pour la population d'âge actif formée des personnes de 15 à 64 ans (53)⁶⁸. Comme nous l'avons mentionné précédemment, les participants aux ateliers de 2009 et 2010 sur le FEMC ont recommandé de prendre en considération les décès prématurés survenus durant la période à l'étude aussi bien que ceux survenus dans les années antérieures si la perte de production coïncidait avec la période étudiée. La durée de la période de friction a servi à déterminer le cadre temporel à prendre en considération pour l'estimation de la valeur de la production perdue.

S'inspirant du modèle de van Ours et Ridder, Koopmanschap et coll. ont estimé la durée de la période de friction pour les PaysBas dans les années 1988 et 1990 au moyen des données trimestrielles sur la durée des périodes incomplètes de vacance et le nombre de vacances tirées d'un large échantillon d'entreprises néerlandaises (53, 59). Comme nous n'avons pas pu obtenir ce genre de données pour le Canada, nous nous sommes servis de la durée du chômage à l'échelle de la province comme variable représentative de la durée de la période de friction⁶⁹. De même, ne disposant pas de données sur la durée du chômage pour les territoires, nous avons utilisé la durée moyenne du chômage à l'échelle nationale comme variable substitutive.

⁶⁶ Le coût de la mortalité a été imputé selon la province ou le territoire de résidence. Si cette information était manquante, le coût était imputé selon la province ou le territoire où le décès est survenu, mais cette situation a été plutôt rare (le pourcentage de ces cas variant de 0,48 % en 2008 à 0,66 % en 2006).

⁶⁷ Nous n'avons pas estimé le coût de la mortalité en ce qui concerne les résidents d'autres provinces ou de territoires décédés au Québec.

⁶⁸ Les personnes de 15 à 64 ans n'ont compté que pour 21 % de tous les décès enregistrés entre 2004 et 2008.

⁶⁹ Goeree et coll. ont supposé une période de friction de 3 mois pour le Canada en se fondant sur les estimations calculées pour les PaysBas, soit 2,8 mois en 1988 et 3,2 mois en 1990, valeurs utilisées par Koopmanschap et coll. (53, 60). Dans une autre étude canadienne, Hopkins et coll. ont utilisé une durée du chômage de 14,6 semaines (3,4 mois) comme variable représentative de la période de friction (61).

Enfin, nous avons estimé le coût de la mortalité au demimois près; ainsi, la durée du chômage utilisée dans l'analyse pour la période 2004–2008 variait de 2 à 4,5 mois (58)⁷⁰.

Comme la durée du chômage variait entre 2 et 4,5 mois, nous n'avions à considérer que les décès prématurés survenus durant la période à l'étude (année t) et l'année précédente (année $t-1$). Par exemple, si la période de friction dans l'année t était de 4 mois, l'analyse exigerait que l'on recule de 3,5 mois dans l'année $t-1$ (c'est-à-dire jusqu'au 16 septembre) pour prendre en compte les décès prématurés aux fins de l'analyse (la perte de production minimale de 0,5 mois se situerait dans l'année t et le reste de la perte de production – 3,5 mois – dans l'année $t-1$). Ainsi, la valeur totale de la production perdue dans l'année t est égale à la somme de la valeur de la production perdue en raison de tous les décès prématurés survenus entre le 16 septembre de l'année $t-1$ et le 31 décembre de l'année t . Par conséquent, le nombre de décès et la période de perte de production mesurés dans l'analyse dépendent de la longueur de la période de friction.

Une fois que la période de perte de production a été déterminée pour chaque décès, nous avons mesuré la perte de production au moyen des données sur les gains selon l'âge, le sexe et la province. Nous nous sommes servis des gains annuels moyens selon le sexe, l'âge et la province pour mesurer la perte de production pour chaque groupe de personnes (57)^{71,72}. Comme nous ne disposons pas des données sur les gains pour les territoires, nous avons utilisé les moyennes nationales correspondantes. Pour ce qui est des données accompagnées de la mention « à utiliser avec prudence », qui portent principalement sur les gains des membres du groupe d'âge le plus jeune, nous avons plutôt utilisé la moyenne nationale correspondante⁷³. De plus, nous nous sommes servis des données sur les gains des personnes de moins de 20 ans pour mesurer la perte de production en ce qui regarde les personnes de 15 à 19 ans, puisque nous ne disposons pas des données sur les gains selon l'âge pour ce groupe en particulier.

Compte tenu de ce que les personnes décédées étaient peut-être en chômage ou inactives, nous avons multiplié la valeur de la production perdue correspondant à chaque décès prématuré par le taux d'emploi approprié selon le sexe, l'âge et la province (69)⁷⁴. Voir l'annexe 1 du présent rapport pour une représentation mathématique des méthodes de calcul du coût de la mortalité, ainsi que l'annexe 2 pour des exemples hypothétiques. Pour chaque année de la période étudiée, nous avons déterminé la valeur de la production perdue en raison de la mortalité selon la catégorie et la sous-catégorie de diagnostics, le sexe, le groupe d'âge et la province ou territoire en additionnant les coûts associés aux différentes catégories.

⁷⁰ Au cours de la période étudiée (2004–2008), la durée du chômage à l'échelle provinciale a varié de 8,1 semaines (1,9 mois) en Alberta, en 2007, à 20,4 semaines (4,7 mois) au Québec, en 2006.

⁷¹ Les gains en dollars constants ont été convertis en dollars courants au moyen des valeurs de l'Indice des prix à la consommation de Statistique Canada (7).

⁷² On a calculé les gains mensuels moyens en divisant les gains annuels moyens par 12.

⁷³ Les données accompagnées de la mention « à utiliser avec prudence » sont associées à un coefficient de variation égal ou supérieur à 16 %.

⁷⁴ Les taux d'emploi sont calculés par groupe d'âge de 5 ans, sauf pour le Québec. Dans le cadre de l'étude FEMC, les données sur la mortalité au Québec n'étaient disponibles que pour les groupes d'âge définis pour l'étude FEMC; nous avons donc multiplié toutes les valeurs de production perdue au Québec par un taux d'emploi selon le sexe et la province pour les personnes de 15 à 64 ans.

4. RÉSULTATS

4.1 Coût selon la catégorie de diagnostics

Le tableau 12 présente les estimations de la valeur de la production perdue en raison de la mortalité à l'échelle nationale pour la période de 2004 à 2008 selon la catégorie de diagnostics. En 2008, le coût total de la mortalité s'élevait à 454,0 M\$. Les trois catégories de diagnostics qui affichaient les coûts les plus élevés étaient celles des tumeurs malignes (166,0 M\$, 36,6 %), des maladies cardiovasculaires (92,4 M\$, 20,4 %) et des blessures (84,6 M\$, 18,6 %). Tous les coûts de la mortalité ont pu être attribués à l'une ou l'autre des catégories de l'étude FEMC.

4.2 Coût selon la catégorie de diagnostics et le sexe

Le tableau 13 présente les estimations de la valeur de la production perdue en raison de la mortalité à l'échelle nationale selon la catégorie de diagnostics et le sexe en 2008. Le coût total de la mortalité est plus élevé chez les hommes (336,0 M\$, 74,0 %) que chez les femmes (118 M\$, 26,0 %). Les trois catégories de diagnostics qui affichent le coût le plus élevé chez les hommes comme chez les femmes sont celles des tumeurs malignes (106,2 M\$ et 59,8 M\$ respectivement), des maladies cardiovasculaires (77,2 M\$ et 15,3 M\$ respectivement) et des blessures (70,0 M\$ et 14,6 M\$ respectivement).

4.3 Coût selon la catégorie de diagnostics et l'âge

La figure 20 donne la répartition du coût de la mortalité selon le groupe d'âge en 2008. Le groupe des 15–34 ans affiche la plus faible proportion du coût de la mortalité (6,3 %), tandis que le groupe des 35–54 ans affiche la proportion la plus forte (51,7 %).

La figure 21 donne la répartition du coût de la mortalité selon la catégorie de diagnostics et le groupe d'âge en 2008 pour les cinq catégories de diagnostics les plus onéreuses. Le groupe des 35–54 ans explique la plus grande part de ces coûts, sauf pour ce qui est des tumeurs malignes et des maladies cardiovasculaires, catégories où le groupe des 55–64 ans occupe le premier rang.

4.4 Coût selon les années 2004 à 2008

Le tableau 14 présente les estimations de la valeur totale de la production perdue en raison de la mortalité à l'échelle nationale pour les années 2004 à 2008 en dollars constants de 2010. La valeur de la production perdue est la moins élevée en 2004 (446,8 M\$) et la plus élevée en 2006 (470,7 M\$).

5. ANALYSE ET LIMITES

La principale limite de cette étude réside dans le fait que la durée du chômage sert de variable de substitution pour la période de friction. Koopmanschap et coll. ont estimé la durée de la période de friction au moyen des données sur la durée des périodes de vacance (53). Or, comme nous l'avons mentionné plus tôt, on ne disposait pas de ce genre de données pour le Canada en ce qui regarde la période de 2004 à 2008; nous avons donc utilisé la durée du chômage comme variable de substitution pour la période de friction.

En théorie, la période de friction correspond au temps nécessaire pour remplacer un travailleur qui est décédé. En règle générale, cette période pourrait être plus longue dans le cas d'un travailleur hautement qualifié que dans le cas d'un travailleur non qualifié ou peu qualifié, parce que les travailleurs qualifiés peuvent être plus difficiles à recruter et que la formation requise pour qu'une personne puisse remplacer ce type de travailleur est longue et complexe.

La durée du chômage est le délai dont a besoin un chômeur pour trouver un emploi convenable. On peut prétendre qu'il est plus facile de trouver un emploi non spécialisé ou peu spécialisé qu'un emploi hautement spécialisé; par conséquent, la durée du chômage devrait être plus courte pour le travailleur non qualifié.

Compte tenu des différences qui existent entre la méthode du capital humain et la méthode des coûts de friction, il faut éviter de comparer les estimations de l'étude FEMC pour 2004–2008 avec les estimations des éditions antérieures du rapport. Koopmanschap et coll. ont estimé le coût de la mortalité pour les PaysBas en 1988 en se servant des deux méthodes et ils ont constaté que les coûts établis à l'aide de la méthode du capital humain étaient 53 fois plus élevés que ceux établis au moyen de l'autre méthode (53).

Le nombre total de décès enregistrés et les gains servant à mesurer la perte de production pour chaque groupe d'âgesexe influent sur la répartition du coût total de la mortalité selon le sexe et le groupe d'âge. Lorsque les données sur les gains n'étaient pas disponibles ou que le coefficient de variation était élevé (supérieur à 16 %), nous avons utilisé la moyenne nationale correspondante; il se peut que ce choix ait faussé la valeur de la production perdue pour certains groupes de personnes.

Le coût de la mortalité ne présente aucune tendance claire durant la période 2004–2008, le montant le moins élevé ayant été observé en 2004 et le plus élevé, en 2006. S'il est vrai que la durée du chômage à l'échelle nationale (pour les deux sexes) est de 4 mois environ durant la période étudiée, les données provinciales (non examinées dans ce rapport) semblent indiquer que la période de friction a eu une incidence considérable sur le coût, étant donné que le coût de la mortalité à l'échelle provinciale a suivi la même tendance que la période de friction⁷⁵.

Les résultats de l'étude FEMC 2004–2008 excluent le coût de la mortalité pour les résidents d'autres provinces ou de territoires qui sont décédés au Québec. Toutefois, l'effet devrait être négligeable puisque la majorité des individus sont décédés dans leur province de résidence. Par ailleurs, le coût de la mortalité pourrait avoir été surestimé du fait qu'il est possible que des personnes qui occupaient auparavant un emploi n'étaient plus au travail au moment de leur décès. Si une personne est décédée des suites d'une maladie ou d'une blessure au moins trois mois après avoir quitté ses fonctions, elle sera réputée avoir été remplacée conformément à la méthode des coûts de friction. La valeur de la production perdue associée à cette personne doit être incluse dans la composante liée à la morbidité et non dans la

⁷⁵ La durée du chômage varie plus entre les provinces dans une même année que dans une même province sur plusieurs années. Par exemple, la durée du chômage a varié de 2 mois (en Alberta) à 4 mois (à TerreNeuve) en 2008, alors qu'en Ontario, elle est demeurée la même (3,5 mois) durant toute la période étudiée. En Alberta, elle a varié entre 2 et 2,5 mois et à TerreNeuve, entre 4 et 4,5 mois.

composante liée à la mortalité prématurée, à défaut de quoi il y aura double compte. Enfin, contrairement aux estimations des éditions antérieures de l'étude FEMC, les estimations pour 2004–2008 ne rendent pas compte du coût de la mortalité associé à l'activité hors du marché du travail.

6. CONCLUSION

Nous avons mesuré la valeur de la production perdue en raison de la mortalité prématurée au regard de l'activité sur le marché du travail pour 2004–2008 à l'aide de la méthode des coûts de friction et d'une approche fondée sur la prévalence. Comme les estimations du coût de la mortalité publiées dans les éditions antérieures de l'étude FEMC ont été calculées à l'aide de la méthode du capital humain, elles ne peuvent être comparées aux estimations obtenues pour 2004–2008. La présente édition de l'étude ne rend pas compte de la valeur de la production perdue associée à l'activité hors du marché du travail.

FIGURES ET TABLEAUX

TABLEAU 12 : Coût de la mortalité selon la catégorie de diagnostics, Canada, 2005–2008 (en millions de dollars courants)

CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS	COÛT EN 2008	% DU COÛT EN 2008	COÛT EN 2007	% DU COÛT EN 2007	COÛT EN 2006	% DU COÛT EN 2006	COÛT EN 2005	% DU COÛT EN 2005	COÛT EN 2004	% DU COÛT EN 2004
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	13,0	2,9	12,9	2,9	2,9	12,9	13,0	3,0	11,3	2,8
Infections respiratoires	5,1	1,1	4,8	1,1	1,0	4,4	4,5	1,0	3,7	0,9
Affections maternelles	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0
Affections périnatales	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Carences alimentaires	0,3	0,1	0,2	0,0	0,3	0,3	0,3	0,1	0,2	0,0
Tumeurs malignes	166,0	36,6	163,5	37,0	36,2	159,8	155,5	36,0	145,8	36,3
Autres tumeurs	1,8	0,4	1,9	0,4	0,5	2,1	2,1	0,5	1,9	0,5
Diabète sucré	12,3	2,7	11,5	2,6	2,7	11,9	11,7	2,7	11,1	2,8
Troubles endocriniens	6,3	1,4	6,0	1,4	1,3	5,6	6,0	1,4	5,2	1,3
Affections neuropsychiatriques	19,1	4,2	18,5	4,2	4,4	19,5	17,9	4,2	16,7	4,1
Affections des organes sensoriels	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Maladies cardiovasculaires	92,4	20,4	90,4	20,5	20,5	90,5	89,8	20,8	84,8	21,1
Maladies respiratoires	11,3	2,5	11,1	2,5	2,4	10,4	10,3	2,4	9,2	2,3
Maladies digestives	24,5	5,4	23,7	5,4	4,7	20,8	20,9	4,8	19,0	4,7
Maladies de l'appareil génito-urinaire	3,8	0,8	3,5	0,8	0,8	3,5	3,3	0,8	3,0	0,8
Affections cutanées	0,4	0,1	0,4	0,1	0,1	0,4	0,3	0,1	0,3	0,1
Maladies musculosquelettiques	2,5	0,5	2,1	0,5	0,5	2,3	2,0	0,5	1,6	0,4
Anomalies congénitales	2,9	0,6	2,5	0,6	0,6	2,7	2,6	0,6	2,4	0,6
Affections de la cavité buccale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Blessures	84,6	18,6	81,2	18,4	18,4	81,2	82,8	19,2	75,5	18,8
Symptômes, signes et affections mal définies	7,5	1,6	7,4	1,7	2,8	12,4	8,3	1,9	9,5	2,4
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé ⁽¹⁾	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total du coût de la mortalité de l'étude FEMC	454,0	100,0	441,7	100,0	440,8	440,8	431,5	100,0	401,5	100,0
Coûts non attribuables	0,0	0,0								
Coût total de la mortalité	454,0	100,0	441,7	100,0	440,8	440,8	431,5	100,0	401,5	100,0

⁽¹⁾ Les codes de la Classification internationale des maladies (CIM) de cette catégorie de diagnostics ne correspondent pas à des codes valides pour désigner les causes de décès.
REMARQUES : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

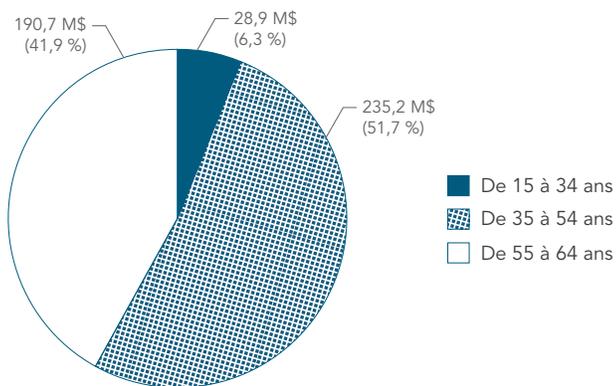
TABLEAU 13 : Coût de la mortalité selon la catégorie de diagnostic et le sexe, Canada, 2008 (en millions de dollars courants)

CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS	COÛT POUR LES HOMMES EN 2008	% DU COÛT TOTAL	COÛT POUR LES FEMMES EN 2008	% DU COÛT TOTAL	COÛT TOTAL
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	10,3	79,2	2,7	20,8	13,0
Infections respiratoires	3,6	71,1	1,5	28,9	5,1
Affections maternelles	-	-	0,2	100,0	0,2
Affections périnatales	0,0	50,6	0,0	49,4	0,1
Carences alimentaires	0,1	52,6	0,1	47,4	0,3
Tumeurs malignes	106,2	64,0	59,8	36,0	166,0
Autres tumeurs	1,2	67,3	0,6	32,7	1,8
Diabète sucré	9,5	77,6	2,7	22,4	12,3
Troubles endocriniens	4,7	74,9	1,6	25,1	6,3
Affections neuropsychiatriques	14,2	74,3	4,9	25,7	19,1
Affections des organes sensoriels	0,0	62,4	0,0	37,6	0,0
Maladies cardiovasculaires	77,2	83,5	15,3	16,5	92,4
Maladies respiratoires	7,6	67,6	3,7	32,4	11,3
Maladies digestives	19,1	78,0	5,4	22,0	24,5
Maladies de l'appareil génito-urinaire	2,6	69,7	1,1	30,3	3,8
Affections cutanées	0,3	72,5	0,1	27,5	0,4
Maladies musculosquelettiques	1,4	54,4	1,1	45,6	2,5
Anomalies congénitales	1,9	65,1	1,0	34,9	2,9
Affections de la cavité buccale	0,0	63,5	0,0	36,5	0,0
Blessures	70,0	82,8	14,6	17,2	84,6
Symptômes, signes et affections mal définies	5,9	78,8	1,6	21,2	7,5
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé ⁽¹⁾	-	-	-	-	-
Total du coût de la mortalité de l'étude FEMC	336,0	74,0	118,0	26,0	454,0

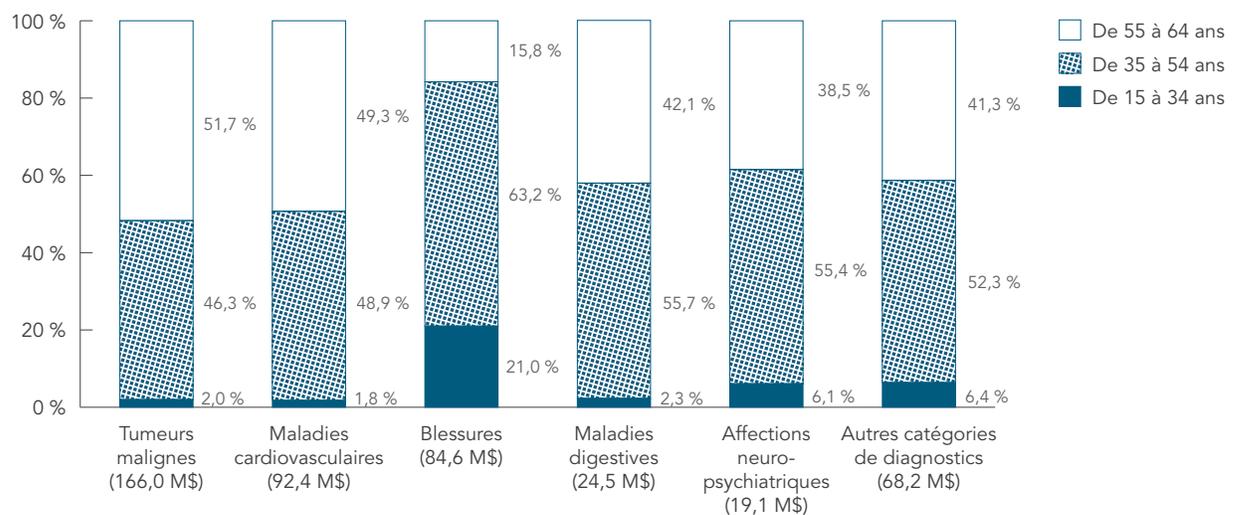
⁽¹⁾ Les codes de la Classification internationale des maladies (CIM) de cette catégorie de diagnostics ne correspondent pas à des codes valides pour désigner les causes de décès.
REMARQUE : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

TABLEAU 14 : Coût total de la mortalité selon l'étude FEMC, 2004–2008 (en millions de dollars constants de 2010)

ANNÉE	COÛT
2008	463,5
2007	461,5
2006	470,7
2005	469,8
2004	446,8

FIGURE 20 : Coût de la mortalité selon le groupe d'âge, Canada, 2008

REMARQUE : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

FIGURE 21 : Répartition du coût de la mortalité selon la catégorie de diagnostics et le groupe d'âge, Canada, 2008

REMARQUE : La catégorie « Autres catégories de diagnostics » comprend les coûts associés à toutes les catégories de l'étude FEMC qui ne sont pas présentées individuellement dans cette figure.

Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

ANNEXE 1 : REPRÉSENTATION MATHÉMATIQUE DES MÉTHODES DE CALCUL DU COÛT DE LA MORTALITÉ

Valeur de la production perdue dans la province p et à l'année t en raison du décès prématuré des individus de sexe j et du groupe d'âge k attribuable à une maladie ou à une blessure de la catégorie de diagnostics d :

$$V_{j,k,d,p,t} = \sum_i (L_{i,j,k,d,p,t} * ((E_{j,k,p,t})/12) * ER_{j,k,p,t})$$

où

j = femme, homme (sexe)

k = 15–19 ans, 20–24 ans, 25–29 ans, 30–34 ans, 35–39 ans, 40–44 ans, 45–49 ans, 50–54 ans, 55–59 ans, 60–64 ans

d = catégories de diagnostics de l'étude FEMC

p = TNL, QC, NÉ, IPÉ, NB, ON, MB, SK, AB, CB, NU, TNO, YT

t = 2004, 2005, 2006, 2007, 2008

i = 1, 2, 3,, n

n désigne le nombre de décès survenus dans la province p durant la période débutant ($F_{p,t} - 0,5$) mois avant janvier de l'année t et se terminant à la fin de l'année t .

$F_{p,t}$ désigne la période de friction dans la province p à l'année t .

$E_{j,k,p,t}$ désigne les gains annuels moyens des personnes de sexe j et du groupe d'âge k dans la province p à l'année t .

$ER_{j,k,p,t}$ désigne le taux d'emploi annuel moyen des personnes de sexe j et du groupe d'âge k dans la province p à l'année t .

$L_{i,j,k,d,p,t}$ désigne la période de production perdue dans la province p et l'année t en raison du décès de l'individu i de sexe j et du groupe d'âge k attribuable à une maladie ou à une blessure de la catégorie de diagnostics d .

$L_{i,j,k,d,p,t} = a$ si le décès est survenu ($F_{p,t} - a$) mois avant janvier de l'année t , où a est la période de production perdue à l'année t .

$L_{i,j,k,d,p,t} = (F_{p,t} - b)$ si le décès est survenu ($F_{p,t} - b$) mois avant janvier de l'année $t+1$, où b est la période de production perdue à l'année $t+1$.

$a = 0,5, 1, 1,5, \dots, (F_{p,t} - 0,5)$

ANNEXE 2 : EXEMPLES HYPOTHÉTIQUES DE CALCUL DU COÛT DE LA MORTALITÉ

Calcul de la valeur de la production perdue en 2005 en ColombieBritannique

La période de friction en ColombieBritannique en 2005 est de 4 mois. Il faut donc prendre en compte tous les décès survenus entre le 16 septembre 2004 et le 15 décembre 2005. Pour chaque décès, on calcule la valeur de la production perdue comme suit :

Pour un homme de 35 ans décédé le 16 septembre 2004 :

La période de production perdue est de 0,5 mois. Les gains mensuels moyens d'un homme du groupe des 35-44 ans en ColombieBritannique en 2005 sont de 4 355 \$. Le taux d'emploi moyen des hommes de 35 à 39 ans en ColombieBritannique en 2005 est de 89,6 %.

Donc, la valeur de la production perdue en raison de ce décès est égale à :

$$\begin{aligned} & \text{période de production perdue} * \text{gains mensuels moyens d'un homme du groupe des} \\ & \text{35-44 ans en ColombieBritannique en 2005} * \text{taux d'emploi annuel moyen des hommes} \\ & \text{de 35 à 39 ans en ColombieBritannique en 2005} \\ & = 0,5 * 4\,355 \$ * 0,896 = 1\,951,04 \$ \end{aligned}$$

Pour un homme de 35 ans décédé le 1^{er} janvier 2005 :

La période de production perdue est de 4 mois. Les gains mensuels moyens d'un homme du groupe des 35-44 ans en ColombieBritannique en 2005 sont de 4 355 \$. Le taux d'emploi moyen des hommes de 35 à 39 ans en ColombieBritannique en 2005 est de 89,6 %.

Donc, la valeur de la production perdue en raison de ce décès est égale à :

$$\begin{aligned} & \text{période de production perdue} * \text{gains mensuels moyens d'un homme du groupe des} \\ & \text{35-44 ans en ColombieBritannique en 2005} * \text{taux d'emploi annuel moyen des hommes} \\ & \text{de 35 à 39 ans en ColombieBritannique en 2005} \\ & = 4 * 4\,355 \$ * 0,896 = 15\,608,35 \$ \end{aligned}$$

Pour un homme de 35 ans décédé le 16 septembre 2005 :

La période de production perdue est de 3,5 mois. Les gains mensuels moyens d'un homme du groupe des 35-44 ans en ColombieBritannique en 2005 sont de 4 355 \$. Le taux d'emploi moyen des hommes de 35 à 39 ans en ColombieBritannique en 2005 est de 89,6 %.

Donc, la valeur de la production perdue en raison de ce décès est égale à :

$$\begin{aligned} & \text{période de production perdue} * \text{gains mensuels moyens d'un homme du groupe des} \\ & \text{35-44 ans en ColombieBritannique en 2005} * \text{taux d'emploi annuel moyen des hommes} \\ & \text{de 35 à 39 ans en ColombieBritannique en 2005} \\ & = 3,5 * 4\,355 \$ * 0,896 = 13\,657,28 \$ \end{aligned}$$

CINQUIÈME RAPPORT : VALEUR DE LA PRODUCTION PERDUE EN RAISON DE LA MORBIDITÉ SELON L'ÉTUDE FEMC, 2005–2010

1. CONTEXTE

La valeur de la production perdue en raison de la morbidité est une composante de coûts indirects de l'étude FEMC. Le coût de la morbidité est déterminé par la perte de production associée à une maladie ou à une blessure quelconque, qu'il s'agisse d'une activité rémunérée ou non. Il est aussi déterminé par la baisse de la productivité causée par la maladie ou les blessures (p. ex. présentéisme). Dans le présent rapport, nous n'avons estimé que le coût de la morbidité associé aux journées de travail perdues (absentéisme). Nous n'avons pas évalué le coût associé au présentéisme ou à la perte de production hors du marché du travail. En outre, le coût de la morbidité présenté dans ce rapport ne rend compte que de la valeur de la perte de production attribuable à la maladie ou aux blessures subies par la « personne même »; la perte de production attribuable au fait qu'une personne prodigue des soins à un membre de son entourage, malade ou blessé, est exclue du calcul.

La méthode du capital humain et la méthode des coûts de friction sont les deux principales méthodes utilisées pour mesurer la valeur de la production perdue en raison de la morbidité. La principale différence entre ces méthodes est la définition que l'on donne de la période de production perdue. Selon la méthode du capital humain, cette période débute au moment où la personne est frappée par une maladie ou une blessure qui la rend incapable de travailler et se termine à l'âge prévu de la retraite ou à l'âge de l'espérance de vie. Cette méthode suppose qu'un travailleur qui devient inapte au travail à cause d'une maladie ou d'une blessure ne peut être remplacé (l'hypothèse implicite du chômage involontaire nul). En réalité, la plupart des économies possèdent un bassin de chômeurs qui sont prêts à combler des postes vacants. Au Canada, par exemple, le taux de chômage a fluctué entre 6 % et 8 % durant la période 2005–2010 (49, 50)⁷⁶.

La méthode des coûts de friction a été mise au point par un groupe d'économistes néerlandais (51–54) dans les années 1990. Contrairement à l'autre méthode, elle ne suppose pas le plein emploi; elle définit la période de production perdue comme se limitant à la durée de la vacance, appelée *période de friction*. Plus précisément, la période de friction débute lorsque la personne quitte son emploi en raison d'une maladie ou d'une blessure et se termine au moment où le poste ou une chaîne de postes vacants est comblé(e).

Depuis longtemps, la méthode du capital humain est utilisée dans nombre d'études pour mesurer la valeur de la production perdue en raison de la morbidité. Elle a servi dans les éditions antérieures de l'étude FEMC, publiées (FEMC 1986, FEMC 1993 et FEMC 1998)

⁷⁶ Le taux de chômage calculé pour les personnes de 15 ans et plus correspond au nombre de personnes en chômage exprimé en pourcentage de la population active.

ou non publiées (FEMC 2000) (1–4). Lors de la préparation de cette édition, les méthodes servant à estimer les coûts indirects de la maladie et des blessures ont fait l'objet d'une réévaluation. Sur le conseil d'économistes ayant participé aux ateliers de 2009 et 2010 sur le FEMC (organisés par l'ASPC), la méthode des coûts de friction a été adoptée pour estimer les coûts indirects (55, 56).

Comme dans les éditions précédentes de l'étude FEMC, nous avons eu recours à une approche fondée sur la prévalence pour estimer le coût de la morbidité au cours de la période 2005–2010. Cette approche tient compte de la valeur de la production perdue dans l'année où l'événement est survenu.

En résumé, nous avons estimé le coût associé aux journées de travail perdues (absentéisme) en raison de la morbidité entre 2005 et 2010, à l'aide de la méthode des coûts de friction et d'une approche fondée sur la prévalence. Les sections qui suivent décrivent les sources de données et les méthodes utilisées pour mesurer la valeur de la production perdue en raison de la morbidité au cours de la période 2005–2010. Nous présentons en outre les résultats des calculs et les limites des données utilisées et nous en faisons l'analyse. Bien que la présente édition de l'étude FEMC porte sur les années 2005 à 2008, elle contient aussi les résultats pour 2009 et 2010 et elle en fait l'analyse, car tous les résultats (2005–2010) reposent sur les données recueillies sur les journées de travail perdues en 2010 en raison de la maladie ou des blessures⁷⁷.

2. SOURCES DE DONNÉES

Le module Perte de productivité de l'édition 2010 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada a servi à estimer le nombre de journées de travail perdues en raison de la maladie et des blessures (62–64)^{78,79}. L'ESCC est une enquête transversale permettant de recueillir des données sur l'état de santé, les déterminants de la santé et le recours aux soins de santé dans la population canadienne (65). Le module Perte de productivité a été incorporé en 2010 comme module de contenu commun (module obligatoire) et le sera de nouveau dans l'édition de 2014⁸⁰. Le chiffre annuel de la durée du chômage à l'échelle provinciale (en nombre de semaines), qui sert de variable de substitution pour la période de friction, et les gains annuels selon le sexe, l'âge et la province (en dollars constants de 2010), qui servent à mesurer la perte de production, sont tirés du Système canadien d'information socioéconomique de Statistique Canada (CANSIM) (57, 66)⁸¹.

⁷⁷ Les méthodes utilisées pour redresser le nombre de journées de travail perdues en 2010 à cause de la maladie ou des blessures en fonction de chaque année de la période étudiée sont expliquées dans la section de ce rapport portant sur les méthodes. De plus, les limites de cet exercice de redressement sont décrites dans la section portant sur les limites.

⁷⁸ L'ESCC cible les personnes de 12 ans et plus habitant dans un logement privé situé dans l'une des 10 provinces ou l'un des 3 territoires. Les personnes vivant dans les réserves indiennes ou sur les terres publiques, celles qui vivent en établissement, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'enquête. L'ESCC rejoint environ 98 % de la population canadienne de 12 ans et plus (65).

⁷⁹ Les personnes de moins de 15 ans et de plus de 75 ans sont exclues du module Perte de productivité de l'ESCC.

⁸⁰ En juillet 2013, on prévoyait incorporer ce module dans les éditions 2018 et 2022 de l'ESCC comme module de contenu commun; cependant, la décision n'est pas encore définitive.

⁸¹ Statistique Canada fait l'estimation de la durée du chômage et des gains à l'aide des données de l'Enquête sur la population active. La durée du chômage est définie comme le nombre de semaines continues pendant lesquelles une personne a été sans emploi et à la recherche d'un emploi ou a connu une mise à pied temporaire. Les gains comprennent les salaires, les traitements, les commissions et le revenu d'un travail indépendant.

3. MÉTHODES

Nous avons estimé la valeur de la production perdue en raison de la morbidité pour la période 2005–2010 à l'aide de la méthode des coûts de friction. Pour ce faire, nous avons multiplié la période de production perdue par la valeur de la production.

3.1 Période de production perdue

Il n'existe pas d'estimations de cette variable fondées sur des données horsenquête pour la période 2005–2010. Le module Perte de productivité de l'édition 2010 de l'ESCC a servi à estimer le nombre de journées de travail perdues en raison de la maladie et des blessures pour chaque année de cette période, puisqu'on ne disposait pas d'estimations d'enquête pour 2005–2009^{82,83}. Il a en outre été supposé que le nombre de journées de travail perdues en raison de la maladie et des blessures en 2010 vaudrait pour chacune des années de la période étudiée, une fois prises en compte les différences selon le sexe et l'âge dans la population d'une année à l'autre. Ces ajustements ont eu pour effet de modifier le nombre de personnes occupées perdant des jours de travail et le nombre de journées de travail perdues, tout en supposant le même taux d'emploi selon le sexe et l'âge (d'après l'ESCC de 2010) pour toutes les années^{84,85,86,87}. Les hypothèses de l'analyse présentée dans ce rapport impliquent que le nombre de journées de travail perdues en raison de la maladie ou d'une blessure augmente proportionnellement à la population, puisque si la population augmente pendant que le taux d'emploi demeure constant, le nombre de personnes occupées augmentera, ce qui se répercutera sur le nombre de journées de travail perdues⁸⁸. Par exemple, si 100 personnes occupées ont manqué 20 jours de travail à cause de la maladie ou des blessures, il est présumé que 200 personnes manqueront 40 jours de travail pour les mêmes raisons.

Pour les besoins de l'estimation du coût de la morbidité pour la période 2005–2010, la période de production perdue correspond au nombre de journées de travail perdues en raison de maladies chroniques, comme l'arthrite, et d'affections aiguës, comme le rhume ou la grippe⁸⁹. Plus particulièrement, les répondants à l'ESCC devaient indiquer le nombre de journées de travail perdues à cause de la maladie ou des blessures dans les trois mois ayant

⁸² Les répondants qui avaient perdu des journées de travail à cause de la maladie ou de blessures devaient ne pas tenir compte dans leur réponse des journées qu'ils avaient reprises par la suite.

⁸³ Le fichier partagé de la composante annuelle de l'ESCC de 2010 a été utilisé, et les pondérations correspondantes ont été appliquées, de sorte que le nombre de journées de travail perdues dans l'échantillon reflétait celui dans la population canadienne.

⁸⁴ Tous les ajustements de population ont été faits à l'aide des estimations démographiques de Statistique Canada (36–39, 67, 68).

⁸⁵ Les ajustements de population ont été effectués en fonction de groupes d'âgesexe de 5 ans. Voici un exemple des méthodes utilisées pour rajuster le nombre de journées de travail perdues pour chacune des années de la période 2005–2009. Si, d'après l'ESCC de 2010, le nombre de journées de travail perdues chez les femmes de 15 à 19 ans à cause de la maladie A est X et que, d'après les estimations démographiques, le nombre de femmes de ce groupe d'âge est Z en 2008 et Y en 2010, alors le nombre de journées de travail perdues en raison de la maladie A chez les femmes de 15 à 19 ans en 2008 se calcule comme suit : $X*(Z/Y)$.

⁸⁶ Le taux de chômage, calculé pour les personnes de 15 ans et plus, correspond au nombre de personnes en chômage exprimé en pourcentage de la population active.

⁸⁷ Selon les estimations de la population active de Statistique Canada, le taux d'emploi national a varié de 6 % à 8 % durant la période de 2005 à 2010 (49, 50).

⁸⁸ Le nombre de journées de travail perdues en raison de la maladie et des blessures peut être très variable et peut ne pas augmenter proportionnellement au nombre d'actifs occupés; cette limite est examinée dans la section de l'étude consacrée aux limites.

⁸⁹ Dans le module Perte de productivité de l'ESCC, la maladie chronique est définie comme une condition physique ou mentale de longue durée (durée réelle ou prévue de six mois ou plus) diagnostiquée par un professionnel de la santé. De plus, pour les besoins de l'étude FEMC, l'affection aiguë est définie comme une condition physique ou mentale de courte durée (durée réelle ou prévue de moins de six mois) diagnostiquée ou non par un professionnel de la santé.

précédé l'enquête⁹⁰. Pour les besoins de l'analyse du FEMC, les répondants qui ont participé au module Perte de productivité de l'ESCC de 2010 ont été répartis en trois catégories selon les réponses qu'ils ont données à certaines questions. Ces catégories sont les suivantes : 1) a perdu moins de 90 jours de travail en raison de la maladie ou des blessures au cours des trois derniers mois; 2) a perdu 90 jours de travail consécutifs en raison de la maladie ou des blessures au cours des trois derniers mois, mais a travaillé au cours des 12 derniers mois; 3) exclu de l'analyse⁹¹.

Dans le cas des répondants qui ont dit avoir perdu moins de 90 jours de travail au cours des trois derniers mois, le nombre exact de journées perdues a été multiplié par quatre (annualisation) pour déterminer la période de production perdue. Pour ce qui est des répondants de la deuxième catégorie, le chiffre annuel moyen de la durée du chômage à l'échelle provinciale (en nombre de jours), qui sert de variable substitutive pour la période de friction, a été utilisé pour déterminer la période de production perdue^{92,93}. Comme ces répondants avaient déclaré avoir travaillé au cours des 12 derniers mois, il a été tenu pour acquis que leur période de friction se situait dans cette année-là et qu'ils avaient été remplacés à l'issue de cette période (la durée du chômage). Tous les répondants qui avaient déclaré ne pas avoir travaillé au cours des 12 derniers mois ont été exclus de l'analyse, car la période de friction de ces personnes et la perte de production correspondante se seraient situées dans une autre année. Dans l'édition 1998 de l'étude FEMC, les estimations du coût de la morbidité ont été pondérées en fonction du taux d'activité. Cette opération n'a pas été nécessaire dans le cas des estimations pour 2005–2010. En effet, comme les participants au module Perte de productivité de l'ESCC avaient dû répondre à une question sur leur situation au regard de l'activité tôt dans le questionnaire, cette donnée était déjà connue. Le nombre estimé de journées de travail perdues d'après l'ESCC a été ventilé par catégorie de diagnostics selon les problèmes de santé physique et de santé mentale déclarés par les répondants. L'annexe 1 met en correspondance les catégories de maladies de l'ESCC et les catégories de diagnostics de l'étude FEMC.

3.2 Valeur de la production

Les gains quotidiens moyens selon la province, le sexe et l'âge ont été utilisés pour déterminer la valeur de la production pour la période 2005–2010. Les gains annuels moyens pour ces groupes, exprimés en dollars constants de 2010, ont été convertis en dollars courants au moyen de l'Indice des prix à la consommation à l'échelle nationale, puis divisés par 260 pour obtenir une valeur quotidienne (7)^{94,95}.

⁹⁰ La période de 90 jours consécutifs (trois mois consécutifs) tient lieu de variable de substitution temporaire pour la période de friction/durée du chômage; la durée moyenne du chômage au Canada a été de quatre mois pour la période 2005–2010.

⁹¹ Les personnes qui ont dit avoir perdu des journées de travail en raison de la maladie ou des blessures mais qui n'avaient pas travaillé au cours des 12 mois précédents ont été exclues de l'analyse.

⁹² Comme la durée du chômage pour les territoires était inconnue, nous nous sommes servis de la moyenne nationale.

⁹³ Nous avons converti la durée du chômage en jours en multipliant par 7 le nombre obtenu de semaines de chômage.

⁹⁴ Comme les gains annuels moyens selon le sexe et l'âge pour les territoires étaient inconnus, nous nous sommes servis de la moyenne nationale des gains selon le sexe et l'âge comme variable substitutive. En outre, nous nous sommes servis de cette même moyenne pour les provinces lorsque les gains moyens d'un groupe d'âge-sexe donné étaient inaccessibles (cotés « F – trop peu fiable pour être publié ») ou accompagnés de la mention « E – à utiliser avec prudence » (coefficient de variation égal ou supérieur à 16 %).

⁹⁵ Il a été supposé que toutes les personnes occupées travaillaient en moyenne 260 jours par année, c'est-à-dire 5 jours par semaine pendant 52 semaines ($5 \times 52 = 260$).

4. RÉSULTATS

Les tableaux 15 à 22 présentent les estimations nationales de la valeur de la production perdue en raison de la morbidité pour la période 2005–2010⁹⁶. L'analyse bootstrap a été conduite au moyen des poids bootstrap définis dans l'ESCC; l'annexe 2 décrit l'intervalle de valeurs du coefficient de variation (CV) pour chaque type d'estimation.

4.1 Coût selon la catégorie de diagnostics

Le tableau 15 donne les estimations de la valeur de la production perdue en raison de la morbidité à l'échelle nationale pour 2010 selon la catégorie de diagnostics. Le coût de la morbidité à l'échelle nationale totalisait 18,2 G\$ en 2010. Les trois catégories de diagnostics qui affichaient le coût le plus élevé étaient celles des blessures (3,2 G\$, 17,8 %), des infections respiratoires (2,9 G\$, 16,0 %) et des maladies musculosquelettiques (1,5 G\$, 8,4 %). Le pourcentage de coûts de la morbidité non attribuables désigne la part des coûts qui ne peuvent être attribués à l'une ou l'autre des catégories de diagnostics; ce pourcentage est de 38,0 % (ou 6,9 G\$) dans ce cas-ci (du coût total de la morbidité).

4.2 Coûts selon la catégorie de diagnostics et le sexe

Le tableau 15 donne également les estimations de la valeur de la production perdue à l'échelle nationale en 2010 selon la catégorie de diagnostics et le sexe. Le coût total de la morbidité est plus élevé chez les hommes (9,8 G\$, 53,7 %) que chez les femmes (8,4 G\$, 46,3 %). Les trois catégories de diagnostics qui affichaient le coût le plus élevé chez les hommes sont celles des blessures (2,3 G\$), des infections respiratoires (1,6 G\$) et des maladies musculosquelettiques (0,8 G\$). Chez les femmes, les trois catégories en tête de liste sont celles des infections respiratoires (1,3 G\$), des blessures (0,9 G\$) et des maladies musculosquelettiques (0,8 G\$).

Les trois catégories de diagnostics pour lesquelles la différence entre les hommes et les femmes est la plus forte eu égard à la proportion du coût total sont celles du diabète sucré (hommes : 88,6 %; femmes : 11,4 %), des maladies de l'appareil génito-urinaire (hommes : 81,7 %; femmes : 18,3 %) et des tumeurs malignes (hommes : 76,1 %; femmes : 23,9 %).

4.3 Coût selon la catégorie de diagnostics et l'âge

Le tableau 15 donne enfin les estimations de la valeur de la production perdue à l'échelle nationale en 2010 selon la catégorie de diagnostics et le groupe d'âge⁹⁷. Le coût total de la morbidité est plus élevé chez les personnes de 15 à 54 ans (14,9 G\$, 81,8 %) que chez celles âgées de 55 à 75 ans (3,3 G\$, 18,2 %). Les trois catégories de diagnostics qui affichaient le coût le plus élevé chez les personnes de 15 à 54 ans sont celles des infections respiratoires (2,5 G\$), des blessures (2,5 G\$) et des maladies musculosquelettiques (1,2 G\$). Chez les personnes de 55 à 75 ans, les trois catégories en tête de liste sont celles des blessures (0,8 G\$), des infections respiratoires (0,4 G\$) et des maladies musculosquelettiques (0,3 G\$).

⁹⁶ Les données contenues dans ces tableaux sont fondées sur la composante annuelle de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada, 2010.

⁹⁷ Les groupes d'âge du tableau 15 ne correspondent pas à ceux que l'on retrouve dans les autres composantes de coût de l'étude FEMC, en raison des lignes directrices particulières qui limitent la diffusion de données d'enquête reposant sur de faibles fréquences par case.

Les trois catégories de diagnostics pour lesquelles la différence entre les deux groupes d'âge est la plus forte eu égard à la proportion du coût total sont celles des maladies de l'appareil génito-urinaire (15 à 54 ans : 95,0 %; 55 à 75 ans : 5,0 %), des affections neuropsychiatriques (15 à 54 ans : 89,6 %; 55 à 75 ans : 10,4 %) et de certaines maladies infectieuses et parasitaires (15 à 54 ans : 87,2 %; 55 à 75 ans : 12,8 %).

Le tableau 21 donne la répartition du coût total de la morbidité en 2010 (et à chacune des années de la période 2005–2009) selon des groupes d'âge définis de façon plus détaillée. Compte tenu des directives limitant la diffusion de données reposant sur de faibles fréquences par case, il n'a pas été possible ici de ventiler le coût selon la catégorie de diagnostics. En 2010, les personnes de 35 à 54 ans expliquaient 59,0 % du coût total de la morbidité.

4.4 Coûts au cours des années 2005 à 2010

Le tableau 22 présente les estimations nationales de la valeur de la production perdue en raison de la morbidité pour la période de 2005 à 2010, en dollars constants de 2010⁹⁸. La valeur de la production perdue augmente d'année en année au cours de la période étudiée : on note une hausse globale de 15,3 % durant cette période.

5. ANALYSE

5.1 Avantages des estimations annuelles du coût de la morbidité pour la période 2005–2010

Il y a de grands avantages à mesurer la valeur de la production perdue en raison de la morbidité pour chacune des années de la période 2005–2010, malgré que les données d'enquête fournissent pour 2010 seulement des estimations du nombre de journées de travail perdues en raison de la maladie ou des blessures. La valeur de la production perdue en raison de la morbidité est l'une des composantes de coût du projet FEMC; en produisant des estimations annuelles du coût de la morbidité, on peut faire la somme de ces estimations et de celles des autres composantes de coût pour déterminer le fardeau économique de la maladie et des blessures au Canada pour chaque année de la période à l'étude. Le nombre de journées de travail perdues en 2010 a fait l'objet de trois ajustements pour rendre compte du nombre de journées de travail perdues à chaque année de la période 2005–2009. Tout d'abord, nous avons redressé les estimations de coût annuel pour les années autres que 2010 pour tenir compte des différences de distribution de la population selon le sexe et l'âge. Ensuite, nous avons redressé les estimations de coût annuel en fonction des différences de durée du chômage d'une année à l'autre. Entre 2005 et 2010, il est arrivé souvent que la durée du chômage à l'échelle provinciale subisse des variations de l'ordre de 25 à 50 % (à la hausse ou à la baisse) en l'espace d'un an ou deux. Par exemple, la durée moyenne du chômage en Alberta a été de 2 mois en 2008, de trois mois en 2009 et de 4 mois en 2010 (66). Enfin, nous avons redressé les estimations de coût annuel pour tenir compte des différences de gains selon le sexe, l'âge et la province d'une année à l'autre.

⁹⁸ Les estimations de l'étude FEMC en dollars courants ont été converties en dollars constants au moyen de l'Indice des prix à la consommation de Statistique Canada (7).

5.2 Différences entre les sexes pour ce qui est de la valeur de la production perdue en raison de la morbidité

Le nombre de journées de travail perdues en raison de la maladie ou des blessures et les gains respectifs des hommes et des femmes ont eu une incidence sur les différences entre les hommes et les femmes eu égard au coût de la morbidité au cours de la période 2005–2010. Selon les estimations de l'ESCC, les hommes ont perdu, en 2010, 52 967 900 jours de travail, contre 64 678 000 jours pour les femmes⁹⁹. Celles-ci ont donc déclaré 22,1 % plus de journées de travail perdues que les hommes. Cet écart ne peut s'expliquer par la différence d'effectifs, puisque, en 2010, les hommes occupant un emploi étaient 9,6 % plus nombreux que les femmes dans la même situation d'activité (69). Donc, le rapport du nombre de journées de travail perdues en raison de la morbidité au nombre de personnes occupées est plus élevé pour les femmes que pour les hommes. Cet écart peut s'expliquer par des facteurs non mesurés, comme des différences entre les hommes et les femmes eu égard à la prévalence de la maladie ou des blessures, ou la tendance qu'auraient les hommes à aller travailler même s'ils souffrent d'une affection ou d'une blessure quelconque.

Au Canada, les gains des hommes étaient, en moyenne, 52 % plus élevés que ceux des femmes durant la période de 2005 à 2010 (57). Comme les gains selon le sexe ont servi à évaluer la perte de production sur la période étudiée, à nombre égal de journées de travail perdues, le coût de la morbidité sera plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

5.3 Différences entre les groupes d'âge pour ce qui est de la valeur de la production perdue en raison de la morbidité

Le nombre de journées de travail perdues en raison de la maladie ou des blessures et les gains selon l'âge ont eu une incidence sur les différences entre les groupes d'âge eu égard au coût de la morbidité durant la période 2005–2010. D'après les estimations pour 2010, les personnes de 15 à 54 ans ont déclaré 4,1 fois plus de journées de travail perdues que les personnes de 55 à 75 ans; cet écart s'explique en partie par le nombre de personnes occupées, qui n'est pas le même pour les deux groupes d'âge. En 2010, les personnes de 15 à 54 ans occupant un emploi étaient 4,8 fois plus nombreuses que celles de 55 ans ou plus (69)¹⁰⁰. En outre, le groupe des 35-54 ans a affiché les gains les plus élevés durant toute la période étudiée, ce qui peut expliquer un coût de la morbidité plus élevé pour le groupe des 15 à 54 ans.

5.4 Hausse du coût de la morbidité au fil du temps

La valeur de la production perdue en raison de la morbidité (en dollars constants) a augmenté tout le long de la période étudiée, cette hausse se chiffrant globalement à 15,3 % entre 2005 et 2010. La durée du chômage à l'échelle nationale est demeurée, en moyenne, relativement stable au cours de la période (66)¹⁰¹, ce qui donne à penser que la hausse du coût de la morbidité serait imputable aux changements démographiques et à l'évolution de la productivité

⁹⁹ Pour les besoins de ce calcul, les trois mois consécutifs de travail perdus par un individu ont été remplacés par la durée du chômage appropriée (valeur qui n'est pas sexospécifique); en outre, les estimations ont été pondérées à l'aide des poids de l'ESCC correspondants pour rendre compte de la population canadienne.

¹⁰⁰ Il n'y a aucune estimation officielle du nombre de personnes occupées âgées de 55 à 75 ans.

¹⁰¹ La durée moyenne du chômage à l'échelle nationale a été de quatre mois entre 2005 et 2009 et de cinq mois en 2010.

du travail (gains). Tandis que le nombre de journées de travail perdues en raison de la maladie ou des blessures en 2010 a été rajusté pour tenir compte des différences dans la population, reflet de la croissance démographique, la hausse du coût dans les années ultérieures pourrait s'expliquer en partie par ce phénomène. Précisons que la population du Canada a augmenté de 7 % entre 2005 et 2010 (3639, 67, 68). De même, les gains annuels moyens à l'échelle nationale (en dollars constants de 2010) se sont accrus de 4 % durant la même période (hausse de 2 % chez les hommes et de 9 % chez les femmes) (57). La comparaison du coût total de la morbidité entre les différentes années visées par l'étude (2005–2010) nous fournit une estimation de l'écart de grandeur; cet exercice a toutefois ses limites, puisque le nombre redressé de journées de travail perdues en 2010 a servi pour toutes les années.

5.5 Méthodes de calcul des coûts indirects et valeur de la production perdue en raison de la morbidité

Dans les éditions précédentes de l'étude FEMC, la méthode du capital humain a été utilisée pour estimer les coûts indirects, alors que dans l'édition actuelle, nous avons eu recours à la méthode des coûts de friction. Dans les éditions 1998 et 2008 de l'étude FEMC, le coût de la morbidité constitue respectivement 55,6 % et 97,3 % des coûts indirects¹⁰². Comme le coût de la mortalité prématurée constitue le reste des coûts indirects, la morbidité est devenue beaucoup plus coûteuse par rapport à la mortalité prématurée avec l'utilisation de la méthode des coûts de friction. Une des raisons pouvant expliquer ce changement est que le fait d'adopter la nouvelle méthode a eu pour conséquence que la durée de la période de production perdue en raison d'un décès prématuré correspond à la durée du chômage seulement, et non plus à la période allant du décès à l'âge de l'espérance de vie. Par conséquent, à chaque année de la période étudiée, la période de production perdue en raison de la mortalité prématurée s'est rapprochée de la période de production perdue en raison de la morbidité, et comme un plus grand nombre d'individus ont contribué à la perte de production en raison de la morbidité qu'à la perte de production en raison de la mortalité prématurée (environ 105 fois plus en 2008), le coût de la morbidité représente maintenant un pourcentage beaucoup plus grand des coûts indirects¹⁰³.

6. LIMITES

6.1 Comparaison entre catégories de diagnostics, composantes de coût et éditions du FEMC

Compte tenu de l'adoption d'une méthode différente servant à calculer la valeur de la production perdue en raison de la morbidité, il n'est pas recommandé de comparer les estimations du coût de la morbidité de la présente édition de l'étude FEMC avec celles des éditions antérieures. La noncomparabilité des estimations est démontrée par plusieurs études publiées où les coûts établis à l'aide des deux méthodes ont été comparés. Plus

¹⁰² Dans l'étude FEMC 1998, le coût de la morbidité (incapacité de courte durée et de longue durée) était estimé à 42,0 G\$ et le coût de la mortalité prématurée, à 33,5 G\$. Dans l'étude FEMC 2008, la valeur de la production perdue en raison de la morbidité est estimée à 16,4 G\$, contre 0,5 G\$ pour la valeur de la production perdue en raison de la mortalité prématurée. De plus, dans l'étude FEMC 1998, les coûts indirects comptaient pour 47,3 % des coûts totaux, alors que dans l'étude FEMC 2008, ils ne comptaient que pour 8,9 % du total.

¹⁰³ On a pondéré le nombre de personnes affectées par la maladie ou les blessures (morbidité) au moyen des poids de sondage de l'ESCC pour obtenir une représentation de la population canadienne.

particulièrement, ces études révèlent que la méthode du capital humain produit des estimations de 2 à 30 fois plus élevées que celles obtenues avec la méthode des coûts de friction (51, 53, 60, 70–74)¹⁰⁴. Les différences entre les estimations pour chacune des méthodes varient avec le nombre et l'âge des personnes concernées, la ou les maladies en cours d'étude, les composantes de coût prises en considération, la durée de la période de friction et l'utilisation d'un coefficient d'élasticité. De plus, les estimations ne sont pas comparables à celles des éditions précédentes, car un sondage distinct a été utilisé pour estimer le nombre de journées de travail perdues et les coûts de travail non rémunéré qui sont exclus des estimations de l'édition courante.

Il n'existe pas d'estimations de la valeur de la production perdue en raison de la morbidité pour 2005–2010 par code CIM ni pour toutes les catégories ou sous-catégories de diagnostics de l'étude FEMC. Comme l'ESCC est une enquête par sondage, on ne peut estimer le nombre de journées de travail perdues qu'en fonction de catégories ou sous-catégories de diagnostics très larges. En outre, les directives qui restreignent la diffusion de données reposant sur de faibles fréquences par case empêchent d'utiliser certaines catégories ou sous-catégories de diagnostics et de présenter les estimations du coût de la morbidité par catégorie de diagnostics pour les groupes d'âge de l'étude FEMC. On présente plutôt ces estimations selon la catégorie de diagnostics pour des groupes d'âge largement définis (1554 ans; 5575 ans)^{105,106}. À cause de ces mêmes directives, les estimations du coût de la morbidité par catégorie de diagnostics n'ont pas été diffusées pour les provinces et territoires. Par conséquent, seules des catégories très larges de l'étude FEMC peuvent servir à déterminer le fardeau économique de la maladie et des blessures par l'addition de toutes les composantes de coût.

Comme nous l'avons déjà indiqué, l'annexe 1 présente la mise en correspondance des catégories de maladies de l'ESCC et des catégories de diagnostics de l'étude FEMC; malheureusement, il n'y a pas de correspondance parfaite entre ces catégories. Dans le module Perte de productivité de l'ESCC, le spinabifida entre dans la catégorie de maladies chroniques intitulée « maladies neurologiques », tandis que dans l'étude FEMC, il appartient à la catégorie de diagnostics « anomalies congénitales »¹⁰⁷. Par conséquent, les coûts associés au spinabifida sont attribués à des catégories de diagnostics différentes selon qu'il s'agit de la composante relative à la morbidité ou des autres composantes de coût. De même, le module Perte de productivité de l'ESCC compte une catégorie de maladies chroniques qui comprend les fibromyalgies, le syndrome de fatigue chronique et les sensibilités aux agresseurs chimiques; or, ces maladies appartiennent à des catégories de diagnostics différentes dans l'étude FEMC (selon les codes CIM). Comme il fallait attribuer les coûts associés à ces maladies à une seule catégorie de diagnostics, on a supposé que les

¹⁰⁴ Dans certaines études, la perte de production a été multipliée par un coefficient d'élasticité du temps de travail annuel par rapport à la production de la main d'œuvre.

¹⁰⁵ Les groupes d'âge de l'étude FEMC sont 0–14 ans, 15–34 ans, 35–54 ans, 55–64 ans, 65–74 ans et 75 ans et plus. Le groupe des 0–14 ans n'est pas pris en considération pour ce qui est du coût de la morbidité.

¹⁰⁶ Les personnes de moins de 15 ans ou de plus de 75 ans ont été exclues du module Perte de productivité de l'ESCC, car on estime qu'il est peu probable qu'elles travaillent et, donc, aucune perte de production au regard de l'activité sur le marché du travail ne peut leur être associée. En revanche, on peut penser que des personnes de 76 ans et plus qui ont participé à l'ESCC occupaient un emploi et avaient perdu des journées de travail à cause de la maladie ou d'une blessure.

¹⁰⁷ Le spinabifida entre dans la catégorie de diagnostics « Anomalies congénitales » de l'étude FEMC, par souci de conformité avec le codage de la CIM.

fibromyalgies expliquaient le plus grand nombre de journées de travail perdues et, donc, tous les coûts ont été attribués à la catégorie « maladies musculosquelettiques » (celle de l'étude FEMC qui comprend les fibromyalgies).

Les coûts qui ne peuvent être attribués à aucune catégorie de diagnostics représentent un pourcentage appréciable du coût de la morbidité. En 2010, les coûts non attribuables représentaient 38,0 % (soit 6,9 G\$) du coût total de la morbidité. Environ 24,7 % des participants au module Perte de productivité de l'ESCC qui avaient été absents du travail pendant trois mois consécutifs à cause d'un problème de santé physique ou mentale chronique ont indiqué comme affection chronique expliquant le plus grand nombre de journées de travail perdues durant cette période de trois mois une maladie comprise dans la catégorie « autres » (d'après une liste préétablie d'affections chroniques)¹⁰⁸. Les participants qui ont répondu « autres » devaient préciser l'affection chronique dont ils souffraient ou avaient souffert; or, il n'y avait pas de code pour ces affections dans la base de données de l'ESCC. S'il y avait eu un code, la proportion des coûts non attribuables aurait été moindre. Dans l'avenir, l'ajout de nouvelles catégories d'affections chroniques, comme les maladies infectieuses (p. ex. VIH/sida, hépatite C) et les affections des organes sensoriels (p. ex. glaucome), pourrait contribuer à réduire le nombre de personnes qui indiquent la catégorie « autres ». En outre, comme les répondants devaient indiquer l'affection chronique qui explique le plus grand nombre de journées de travail perdues, il se peut que les coûts associés aux affections chroniques « secondaires » expliquant des journées de travail perdues soient sousestimés. Enfin, la question portant sur les journées de travail perdues attribuables à n'importe quelle « autre raison reliée à la santé physique ou mentale » pourrait être scindée en deux : une question concernant la santé mentale et l'autre, la santé physique. Cette distinction permettrait d'imputer directement les coûts pertinents à la santé mentale, ce qui réduirait la proportion des coûts non attribuables.

6.2 Période de production perdue

Malheureusement, il n'existe pas de données horsenquête sur le nombre de journées de travail perdues en raison de la maladie ou des blessures durant la période 2005–2010; ainsi, nous avons plutôt utilisé des données d'enquête. Les estimations fondées sur des données d'enquête ont toutefois leurs limites, car les réponses des participants peuvent ne pas refléter les valeurs vraies de la population, surtout si le nombre de journées de travail perdues en raison de la maladie ou des blessures est très variable. Seules les estimations pour 2010 étaient disponibles. Il a en outre été supposé que le nombre de journées de travail perdues en 2010 vaudrait pour chacune des années de la période étudiée, une fois prises en compte les différences de distribution selon le sexe et l'âge dans la population. Or, même après une correction pour tenir compte de ces différences, le nombre estimé de journées de travail perdues en 2010 peut ne pas refléter fidèlement le nombre de journées de travail perdues en 2005–2009, puisque la prévalence de certaines maladies – qui entraînent la perte de journées de travail – dans des cohortes d'âgesexes particulières peut varier d'une année à l'autre. En outre, même si la prévalence reste la même, le nombre de journées de travail perdues peut

¹⁰⁸ Le nombre de personnes affectées par la maladie ou les blessures (morbidité) a été pondéré au moyen des poids de sondage de l'ESCC pour obtenir une représentation de la population canadienne. De plus, les participants qui ont répondu « ne sait pas », « refus » ou « non déclaré » à la question sur les affections chroniques ont été exclus du calcul.

être très variable, ce qui crée des écarts d'une année à l'autre. Il peut même y avoir de fortes variations du nombre de jours de travail perdus pour un répondant dans une année donnée. Par exemple, un répondant peut avoir perdu une journée de travail à cause d'un rhume dans la période de trois mois visée par l'enquête, mais il peut aussi avoir perdu quatre jours de travail pour la même raison dans une autre période de trois mois de la même année, soit une différence de 300 %. Il faut reconnaître néanmoins que si l'on avait demandé aux répondants de se rappeler le nombre de journées de travail qu'ils ont perdues sur une période excédant trois mois, ils auraient pu avoir des problèmes de mémoire et fournir des réponses inexactes, ce qui aurait eu des répercussions encore plus grandes sur l'exactitude des résultats de l'enquête. Par ailleurs, la période de trois mois est un indicateur approprié pour la période de friction. Compte tenu des limites exposées ici, il n'est pas recommandé de comparer la répartition du coût estimé de la morbidité selon la catégorie d'une année à l'autre pour la période 2005–2010, puisque le nombre rajusté de journées de travail perdues en 2010 a servi pour toutes les années. Les résultats du module Perte de productivité de l'ESCC de 2014 nous indiqueront peut-être si le nombre rajusté de journées de travail perdues reflète fidèlement le nombre de jours de travail perdus dans les autres années¹⁰⁹.

Koopmanschap et van Ineveld ainsi que Koopmanschap et coll. se sont servis des données des PaysBas sur la durée de la vacance pour estimer la durée de la période de friction dans ce pays (51, 53)^{110,111}. Les données sur la durée de la vacance ont pu produire une estimation plus juste de la période de friction pour le Canada, mais ces données n'étaient pas disponibles. Nous nous sommes donc servis du chiffre annuel de la durée moyenne du chômage à l'échelle provinciale pour représenter la période de friction^{112,113,114}. De nombreux facteurs liés au marché du travail peuvent influencer sur le degré de correspondance entre la durée du chômage et la période de friction, à savoir le nombre de personnes en chômage, le nombre d'emplois disponibles et le degré d'appariement entre les compétences des chômeurs et les compétences requises pour le poste vacant. Il existe trois relations possibles entre la durée du chômage (DC) et la période de friction (PF) : $DC > PF$, $DC < PF$ ou $DC = PF$. Dans le premier cas, le nombre de chômeurs serait très élevé par rapport au nombre d'emplois disponibles. Dans le deuxième cas, le nombre de chômeurs serait très peu élevé par rapport au nombre d'emplois disponibles. Par ailleurs, le degré d'appariement entre les compétences des chômeurs et les compétences demandées par les employeurs influe beaucoup à la fois sur la durée du chômage et sur la longueur de la période de friction, un mauvais appariement ayant une incidence à la hausse sur les deux variables (l'ampleur de l'effet pour chaque

¹⁰⁹ Il sera possible de rajuster le nombre de journées de travail perdues en 2010 en fonction des nouveaux chiffres de population en 2014 et de comparer ces estimations avec celles établies à partir des résultats du module Perte de productivité de l'ESCC de 2014.

¹¹⁰ Koopmanschap et coll. ont ajouté une période à la durée estimée de la vacance pour tenir compte des délais comme le temps écoulé entre la dotation du poste et le jour d'entrée en fonction du nouvel employé (53).

¹¹¹ Goeree et coll. ont supposé une période de friction de trois mois (s'inspirant de Koopmanschap et van Ineveld [51] et de Koopmanschap et coll. [53]) pour le calcul de la valeur de la perte de productivité en raison de la mortalité prématurée résultant de la schizophrénie au Canada (60).

¹¹² Hopkins et coll. ont utilisé une durée du chômage de 14,6 semaines (3,4 mois) comme variable représentative de la période de friction pour estimer la perte de salaires en raison du cancer au Canada (61).

¹¹³ La durée du chômage au Canada a été de quatre mois, en moyenne, durant la période 2005–2010. Koopmanschap et van Ineveld (51) ont utilisé une période de friction de 2,5 mois pour 1988, tandis que Koopmanschap et coll. ont utilisé une période de friction moyenne de 2,8 mois pour 1988 et de 3,2 mois pour 1990 (53).

¹¹⁴ Pour ce qui est des territoires, nous nous sommes servis du chiffre annuel de la durée moyenne du chômage à l'échelle nationale, puisque nous ne disposons pas de données sur la durée du chômage dans les territoires.

variable pourra différer, étant donné les autres facteurs liés au marché du travail). De plus, divers éléments du marché du travail peuvent influencer différemment sur la durée du chômage et sur la période de friction. Par exemple, si le nombre d'emplois disponibles reste inchangé, la hausse du taux de chômage aura probablement pour effet d'allonger la durée du chômage et de réduire la période de friction, car plus de gens sont sans emploi et les employeurs ont ainsi accès à un bassin de travailleurs plus grand – et vraisemblablement plus diversifié – pour combler leurs besoins en personnel. Pour les raisons exposées cidessus, il est raisonnable de supposer que $DC = PF$, étant donné un certain nombre de travailleurs en chômage et d'emplois disponibles et un certain degré d'appariement entre les compétences des chômeurs et les besoins des employeurs. Cela dit, on ne connaît pas le degré de correspondance entre la durée du chômage et la période de friction durant la période 2005–2010. Cependant, si un poste original est comblé par un salarié plutôt que par une personne sans emploi, des postes deviendront vacants jusqu'à ce que la vacance soit pourvue par la personne sans emploi. S'il y a une chaîne de postes vacants à combler la majorité du temps, la durée de chômage peut être une estimation raisonnable pour la période de production perdue; toutefois, de nombreux facteurs complexes qui sont liés au marché du travail (c'est-à-dire le nombre de personnes sans emploi) influenceront sur la représentativité de la durée de chômage.

Koopmanschap et coll. estiment que la période de friction se situe entre 2,2 et 3,8 mois (écart de 72 %) en 1988 et entre 2,8 et 3,5 mois (écart de 25 %) en 1990, selon que le niveau de scolarité requis pour le poste est peu élevé ou très élevé (53). Nous aurions pu obtenir des estimations plus exactes de la période de friction au Canada si nous avions disposé de données sur la durée du chômage selon l'industrie ou le niveau de scolarité; or, ce n'était pas le cas. Si nous avions disposé de données sur la durée du chômage selon le niveau de scolarité, nous aurions pu les appairer avec les données fournies par les répondants à l'ESCC; en revanche, il aurait été difficile d'appairer les données sur la durée du chômage selon l'industrie avec celles fournies par chacun des répondants à l'ESCC.

Nous disposions des données provinciales sur la durée moyenne du chômage selon le sexe et le groupe d'âge, mais nous ne les avons pas utilisées; nous avons jugé plus opportun de nous servir des données sur la durée du chômage à un niveau plus agrégé, puisqu'on pouvait difficilement dire quel était le degré de correspondance entre la durée du chômage et la période de friction durant la période 2005–2010. La durée du chômage n'était pas très différente d'un groupe d'âgesexe à l'autre, à l'exception des 15-24 ans. Ces derniers subissaient des périodes de chômage plus courtes que les travailleurs des autres groupes d'âge, cela s'expliquant probablement par le fort roulement de la main-d'œuvre chez les jeunes travailleurs¹¹⁵. La durée du chômage a servi de variable de substitution pour la période de friction uniquement dans le cas où les personnes avaient été absentes du travail pendant trois mois consécutifs en raison de la maladie ou d'une blessure; dans la plupart des cas (78 %), il s'agissait d'une affection chronique. En conséquence, le fait d'utiliser une moyenne de la durée du chômage pour l'ensemble des groupes d'âge aurait peu d'effet sur les estimations de la période de perte de production, puisque le groupe des 15 à 24 ans ne

¹¹⁵ Entre 2005 et 2010, la durée du chômage chez les 15-24 ans a été, en moyenne, de 52,6 % moins élevée par rapport à celle observée chez les 25-64 ans, qui constituent ici le groupe de référence; chez les 65-74 ans, la durée a été de 32,0 % plus élevée, et chez les 75 ans et plus, elle a été de 52,5 % plus élevée. Remarque : la durée du chômage chez les 65 ans et plus a été beaucoup plus élevée en 2010 qu'au cours des autres années de la période à l'étude.

comptait dans ses rangs que 3,8 % des personnes qui s'étaient absentes du travail pendant trois mois consécutifs en raison d'une maladie chronique ou d'une blessure¹¹⁶.

Bien que les estimations de la valeur de la production perdue calculées à l'aide de la méthode des coûts de friction aient leurs limites, celles-ci ont des effets négligeables sur les estimations du coût de la morbidité si on les compare aux effets découlant de la méthode du capital humain. Nous avons vu plus haut que la méthode du capital humain produit des estimations de la valeur de la production perdue beaucoup plus élevées que l'autre méthode, ce qui peut mal refléter le fardeau réel de la perte de production pour la société.

6.3 Composantes manquantes de la perte de production

Dans ce rapport, nous avons estimé la valeur de la perte de production associée aux journées de travail perdues en raison de la maladie ou des blessures subis par la « personne même » (absentéisme); cela dit, l'ajout d'autres composantes de la perte de production aurait permis de mieux rendre compte du fardeau économique réel de la maladie et des blessures. Premièrement, si la valeur de la perte de production en raison de l'absentéisme est prise en compte dans ce rapport, on passe sous silence la perte de production attribuable au présentéisme. Il arrive que des personnes se rendent au travail alors qu'elles souffrent d'une maladie ou d'une blessure quelconques; elles sont donc moins productives, de là une perte de production. Deuxièmement, il faudrait prendre en compte la valeur de la perte de production associée à l'activité hors du marché du travail (p. ex. travaux ménagers); cela peut avoir une importance particulière pour certains segments de la population. Enfin, il faudrait aussi prendre en considération les coûts attribuables au fait qu'une personne prodigue des soins à un membre de son entourage. Il arrive que des gens en santé consacrent du temps à des personnes malades ou souffrant d'une blessure; c'est du temps en moins à consacrer à l'activité sur le marché du travail et hors du marché du travail. On convient que les études sur le fardeau économique de la maladie et des blessures devraient prendre en considération les composantes décrites cidessus; il reste que les sources de données qui permettraient de mesurer la valeur de ces composantes par catégorie de diagnostics sont inexistantes.

7. CONCLUSION

Dans ce rapport, nous avons estimé la valeur de la production perdue en raison de la morbidité dans la période 2005–2010 au moyen d'une approche fondée sur la prévalence. Cette perte de production était associée aux journées de travail rémunéré perdues en raison de la maladie ou des blessures. Nous avons estimé le coût de la morbidité pour 2005–2010 à l'aide de la méthode des coûts de friction. Comme les éditions antérieures de l'étude FEMC ont utilisé la méthode du capital humain pour estimer ce coût, on ne peut faire de comparaison entre les estimations de 2005–2010 et celles des années antérieures.

¹¹⁶ Le nombre de personnes affectées par la maladie ou les blessures (morbidité) a été pondéré au moyen des poids de sondage de l'ESCC pour obtenir une représentation de la population canadienne. De plus, les participants qui ont répondu « ne sait pas », « refus » ou « non déclaré » à la question sur les affections chroniques ont été exclus du calcul.

En 2010, le coût total de la morbidité à l'échelle nationale s'élevait à 18,2 G\$; 62,0 % de ce coût pouvait être réparti parmi les différentes catégories de diagnostics. Comme nous nous sommes servis du nombre rajusté de journées de travail perdues en 2010 pour estimer la période de production perdue pour chacune des années de la période 2005–2010, il n'est pas recommandé de tenter de dégager une tendance pour les estimations du coût de la morbidité selon la catégorie (p. ex. catégorie de diagnostics). Enfin, les éditions futures de l'étude FEMC devraient prendre en considération la valeur de la production perdue en raison de la morbidité associée au présentéisme, à l'activité hors du marché du travail et au fait qu'une personne prodigue des soins à un membre de son entourage, afin de rendre compte plus fidèlement du fardeau de la maladie et des blessures pour la société.

FIGURES ET TABLEAUX

TABLEAU 15 : Valeur de la production perdue en raison de la morbidité, selon la catégorie de diagnostics et pour certains groupes démographiques, Canada, 2010 (en millions de dollars courants)

CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS	COÛT POUR LES HOMMES	COÛT POUR LES FEMMES	COÛT POUR LES 15 À 54 ANS	COÛT POUR LES 55 À 75 ANS	COÛT TOTAL
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	423,6	436,2	750,1	109,7 *	859,8
Infections respiratoires	1 555,0	1 349,0	2 530,8	373,2	2 904,0
Tumeurs malignes	402,7 **	126,3 *	300,6 **	228,4 *	529,1 *
Diabète sucré	140,6 **	18,1 **	53,5 *	105,2 **	158,6 *
Affections neuropsychiatriques	623,5	625,8	1 118,9	130,4 *	1 249,3
Maladies cardiovasculaires	226,5 *	74,3 *	205,9 **	94,9 *	300,8 *
Maladies respiratoires	66,1 *	51,6 *	78,9 *	38,7 *	117,6
Maladies digestives	120,2 *	49,2 *	102,1 *	67,4 **	169,5 *
Maladies de l'appareil génito-urinaire	180,2 **	40,4 **	209,7 **	10,9 **	220,6 *
Maladies musculosquelettiques	764,3	761,3	1 248,6	277,1	1 525,6
Blessures	2 281,4	942,8	2 468,3	755,9	3 224,2
Coûts non attribuables	2 969,8	3 935,2	5 788,8	1 116,2	6 905,0
Total	9 753,8	8 410,3	14 856,2	3 307,8	18 164,1

* Variabilité d'échantillonnage élevée

** Variabilité d'échantillonnage très élevée

REMARQUE : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

TABLEAU 16 : Valeur de la production perdue en raison de la morbidité, selon la catégorie de diagnostics et pour certains groupes démographiques, Canada, 2009 (en millions de dollars courants)

CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS	COÛT POUR LES HOMMES	COÛT POUR LES FEMMES	COÛT POUR LES 15 À 54 ANS	COÛT POUR LES 55 À 75 ANS	COÛT TOTAL
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	406,9	421,1	726,6	101,3 *	827,9
Infections respiratoires	1 494,3	1 322,0	2 464,0	352,3	2 816,3
Tumeurs malignes	358,2 **	111,4 *	274,8 **	194,8 *	469,6 *
Diabète sucré	120,9 **	17,5 **	51,5 *	86,9 **	138,4 *
Affections neuropsychiatriques	549,4	568,4	1 003,8	114,1 *	1 117,9
Maladies cardiovasculaires	205,2 *	68,8 *	189,1 **	84,9 *	274,1 *
Maladies respiratoires	61,7 *	50,2 *	77,2 *	34,7 *	111,8
Maladies digestives	107,7 *	47,4 *	99,2 *	55,8 **	155,1 *
Maladies de l'appareil génito-urinaire	141,1 **	32,7 **	163,8 **	10,0 **	173,8 *
Maladies musculosquelettiques	713,0	720,4	1 184,0	249,4	1 433,4
Blessures	2 105,0	887,5	2 313,1	679,4	2 992,5
Coûts non attribuables	2 740,5	3 702,3	5 420,6	1 022,2	6 442,8
Total	9 003,8	7 949,7	13 967,8	2 985,8	16 953,6

* Variabilité d'échantillonnage élevée

** Variabilité d'échantillonnage très élevée

REMARQUE : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

TABLEAU 17 : Valeur de la production perdue en raison de la morbidité, selon la catégorie de diagnostics et pour certains groupes démographiques, Canada, 2008 (en millions de dollars courants)

CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS	COÛT POUR LES HOMMES	COÛT POUR LES FEMMES	COÛT POUR LES 15 À 54 ANS	COÛT POUR LES 55 À 75 ANS	COÛT TOTAL
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	418,6	408,3	732,3	94,6 *	826,9
Infections respiratoires	1 537,7	1 274,8	2 483,4	329,0	2 812,4
Tumeurs malignes	325,2 **	94,8 *	248,6 **	171,4 *	420,0 *
Diabète sucré	116,1 **	16,8 **	51,7 *	81,2 **	132,9 *
Affections neuropsychiatriques	511,8	512,5	927,9	96,5 *	1 024,4
Maladies cardiovasculaires	206,3 *	63,3 *	194,1 **	75,5 *	269,6 *
Maladies respiratoires	61,6 *	48,4 *	76,8 *	33,2 *	110,0
Maladies digestives	105,6 *	45,5 *	98,6 *	52,5 **	151,1 *
Maladies de l'appareil génito-urinaire	129,3 **	27,3 **	145,1 **	11,5 **	156,5 *
Maladies musculosquelettiques	713,0	682,5	1 177,3	218,2	1 395,5
Blessures	2 081,7	827,3	2 290,8	618,2	2 909,0
Coûts non attribuables	2 715,6	3 472,4	5 257,2	930,9	6 188,1
Total	8 922,5	7 473,9	13 683,8	2 712,6	16 396,4

* Variabilité d'échantillonnage élevée

** Variabilité d'échantillonnage très élevée

REMARQUE : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

TABLEAU 18 : Valeur de la production perdue en raison de la morbidité, selon la catégorie de diagnostics et pour certains groupes démographiques, Canada, 2007 (en millions de dollars courants)

CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS	COÛT POUR LES HOMMES	COÛT POUR LES FEMMES	COÛT POUR LES 15 À 54 ANS	COÛT POUR LES 55 À 75 ANS	COÛT TOTAL
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	389,4	388,2	692,7	85,0 *	777,6
Infections respiratoires	1 422,8	1 215,5	2 338,8	299,5	2 638,3
Tumeurs malignes	331,7 **	89,5 *	254,7 **	166,5 *	421,2 *
Diabète sucré	117,4 **	16,2 **	48,9 *	84,7 **	133,6 *
Affections neuropsychiatriques	487,0	493,5	891,9	88,6 *	980,5
Maladies cardiovasculaires	197,4 *	58,7 *	188,6 **	67,5 *	256,2 *
Maladies respiratoires	58,0 *	46,3 *	73,5 *	30,8 *	104,3
Maladies digestives	104,5 *	44,4 *	94,0 *	54,9 **	148,9 *
Maladies de l'appareil génito-urinaire	125,8 **	26,8 **	143,8 **	8,8 **	152,7 *
Maladies musculosquelettiques	677,4	644,1	1 117,0	204,5	1 321,5
Blessures	1 950,3	797,7	2 160,9	587,0	2 748,0
Coûts non attribuables	2 570,5	3 359,4	5 074,6	855,4	5 930,0
Total	8 432,4	7 180,4	13 079,3	2 533,4	15 612,7

* Variabilité d'échantillonnage élevée

** Variabilité d'échantillonnage très élevée

REMARQUE : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

TABLEAU 19 : Valeur de la production perdue en raison de la morbidité, selon la catégorie de diagnostics et pour certains groupes démographiques, Canada, 2006 (en millions de dollars courants)

CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS	COÛT POUR LES HOMMES	COÛT POUR LES FEMMES	COÛT POUR LES 15 À 54 ANS	COÛT POUR LES 55 À 75 ANS	COÛT TOTAL
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	372,6	366,7	659,9	79,4 *	739,3
Infections respiratoires	1 354,3	1 143,4	2 216,2	281,5	2 497,7
Tumeurs malignes	323,5 **	87,4 *	249,3 **	161,6 *	410,9 *
Diabète sucré	114,8 **	15,5 **	47,0 *	83,3 **	130,3 *
Affections neuropsychiatriques	486,7	482,7	883,8	85,7 *	969,5
Maladies cardiovasculaires	184,4 *	56,5 *	176,0 **	64,9 *	240,9 *
Maladies respiratoires	52,5 *	43,5 *	67,9 *	28,1 *	96,0
Maladies digestives	99,6 *	42,3 *	87,5 *	54,4 **	141,9 *
Maladies de l'appareil génito-urinaire	123,1 **	27,4 **	142,8 **	7,6 **	150,5 *
Maladies musculosquelettiques	656,5	607,4	1 060,0	203,9	1 263,9
Blessures	1 902,9	757,0	2 085,6	574,2	2 659,8
Coûts non attribuables	2 490,8	3 218,6	4 902,6	806,7	5 709,4
Total	8 161,6	6 848,4	12 578,5	2 431,5	15 010,0

* Variabilité d'échantillonnage élevée

** Variabilité d'échantillonnage très élevée

REMARQUE : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

TABLEAU 20 : Valeur de la production perdue en raison de la morbidité, selon la catégorie de diagnostics et pour certains groupes démographiques, Canada, 2005 (en millions de dollars courants)

CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS	COÛT POUR LES HOMMES	COÛT POUR LES FEMMES	COÛT POUR LES 15 À 54 ANS	COÛT POUR LES 55 À 75 ANS	COÛT TOTAL
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	359,5	352,8	638,8	73,6 *	712,4
Infections respiratoires	1 304,7	1 096,7	2 141,5	259,9	2 401,4
Tumeurs malignes	307,8 **	86,9 *	245,1 **	149,6 *	394,7 *
Diabète sucré	106,5 **	15,8 **	45,7 *	76,7 **	122,3 *
Affections neuropsychiatriques	488,8	466,2	868,6	86,4 *	955,0
Maladies cardiovasculaires	181,1 *	53,4 *	175,5 **	59,0 *	234,5 *
Maladies respiratoires	51,5 *	41,2 *	65,3 *	27,4 *	92,7
Maladies digestives	94,4 *	39,2 *	83,6 *	50,0 **	133,6 *
Maladies de l'appareil génito-urinaire	128,6 **	31,2 **	151,9 **	7,9 **	159,8 *
Maladies musculosquelettiques	631,0	579,2	1 021,1	189,1	1 210,2
Blessures	1 833,1	720,2	2 026,8	526,5	2 553,3
Coûts non attribuables	2 418,4	3 087,0	4 746,0	759,4	5 505,3
Total	7 905,5	6 569,8	12 209,8	2 265,4	14 475,2

* Variabilité d'échantillonnage élevée

** Variabilité d'échantillonnage très élevée

REMARQUE : Les écarts peuvent être attribués à l'arrondissement des nombres.

TABLEAU 21 : Valeur de la production perdue en raison de la morbidité, selon le groupe d'âge, Canada, 2005–2010
(en millions de dollars courants)

GROUPE D'ÂGE	2010	% DU COÛT TOTAL	2009	% DU COÛT TOTAL	2008	% DU COÛT TOTAL	2007	% DU COÛT TOTAL	2006	% DU COÛT TOTAL	2005	% DU COÛT TOTAL
De 15 à 34 ans	4 135,7	23	3 846,1	23	3 771,2	23	3 485,8	22	3 377,2	22	3 250,4	22
De 35 à 54 ans	10 720,5	59	10 121,6	60	9 912,5	60	9 593,6	61	9 201,2	61	8 959,4	62
De 55 à 64 ans	3 107,4	17	2 809,1	17	2 546,2	16	2 382,6	15	2 301,2	15	2 139,1	15
De 65 à 75 ans	200,4	1	176,7	1	166,4	1	150,8	1	130,3	1	126,3	1
Coût total	18 164,1	100	16 953,6	100	16 396,4	100	15 612,7	100	15 010,0	100	14 475,2	100

TABLEAU 22 : Valeur de la production perdue en raison de la morbidité, Canada, 2005–2010 (en millions de dollars constants de 2010)

ANNÉE	COÛT TOTAL DE LA MORBIDITÉ
2010	18 164,1
2009	17 264,8
2008	16 741,3
2007	16 312,9
2006	16 028,0
2005	15 760,4

ANNEXE 1 : MISE EN CORRESPONDANCE DES CATÉGORIES DE MALADIES DE L'ESSC ET DES CATÉGORIES DE DIAGNOSTICS DE L'ÉTUDE FEMC

MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES

Maladie infectieuse du répondeur (lop_020)
 Gastro-entérite (lop_084)
 Autre maladie infectieuse (lop_086)

INFECTIONS RESPIRATOIRES

Rhume (lop_082)
 Grippe ou influenza (lop_083)
 Infection respiratoire (lop_085)

TUMEURS MALIGNES

Cancer (lop_050)

DIABÈTE SUCRÉ

Diabète (lop_050)

AFFECTIONS NEUROPSYCHIATRIQUES

Migraine (lop_050)
 Problèmes de santé mentale (lop_050)
 Maladies neurologiques (lop_050)

MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Maladie cardiovasculaire (lop_050)

MALADIES RESPIRATOIRES

Asthme (lop_050)
 Bronchite chronique, emphysème et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (lop_050)

MALADIES DIGESTIVES

Maladies digestives (lop_050)

MALADIES DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Maladies rénales (lop_050)

MALADIES MUSCULOSQUELETTIQUES

Arthrite (lop_050)
 Ostéoporose (lop_050)
 Maux de dos (lop_050)
 Fibromyalgies, syndrome de fatigue chronique ou sensibilités aux agresseurs chimiques (lop_050)

BLESSURES

Blessure du répondeur (lop_020)
 Blessure (lop_070)

NON ATTRIBUABLE

Autre (lop_050)
 Ne sait pas (lop_050)
 Refus (lop_050)
 Non indiqué (lop_050)
 Autre raison liée à la santé physique ou mentale (lop_020)
 Autre motif lié à la santé physique ou mentale (lop_100)

REMARQUE : La question correspondante du module LOP (perte de productivité) de l'ESSC 2010 (65) est indiquée entre parenthèses.

ANNEXE 2 : LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À LA VARIABILITÉ D'ÉCHANTILLONNAGE

TYPE D'ESTIMATION	COEFFICIENT DE VARIATION (CV), EN %	LIGNES DIRECTRICES
Acceptable : variabilité d'échantillonnage modérée	$0,0 \leq CV \leq 16,5$	On peut envisager une diffusion générale non restreinte des estimations.
Marginale : variabilité d'échantillonnage élevée	$16,6 \leq CV \leq 33,3$	On peut envisager une diffusion générale non restreinte des estimations, en y joignant une mise en garde aux utilisateurs quant à la variabilité d'échantillonnage élevée liée aux estimations.
Inacceptable : variabilité d'échantillonnage très élevée	$CV > 33,3$	Statistique Canada recommande de ne pas publier des estimations dont la qualité est inacceptable. Nous avisons l'utilisateur que les estimations du coût de la morbidité de l'étude FEMC ne répondent pas aux normes de qualité de Statistique Canada pour ce programme statistique. Les conclusions tirées de ces données ne sauraient être fiables et seront fort probablement erronées. Ces données et toute conclusion qu'on pourrait en tirer ne doivent pas être publiées. Si l'utilisateur choisit de les publier, il est alors tenu de publier également le présent avertissement.

SOURCE : Statistique Canada (64).

ANNEXE A : LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACCS	Ambulatory Care Classification System
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BDCP	Base de données sur les congés des patients
BDCS	Base de données canadienne sur le Système d'information de gestion
BDDNS	Base de données sur les dépenses nationales de santé
BDMH	Base de données sur la morbidité hospitalière
BDSMMH	Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier
CANSIM	Système canadien d'information socio-économique
CCP	Coût par cas pondéré
CIM	Classification internationale des maladies
CS	CompuScript
CV	Coefficient de variation
DC	Durée du chômage
DS	Durée du séjour
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
FEMC	Fardeau économique de la maladie au Canada
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ICMT	Index canadien des maladies et traitements
JPPS	Jours-patients pondérés par le SCIPP
PF	Période de friction
PIN	Produit intérieur net
PP	Perte de productivité
PVR	Pondération du volume des ressources
SCIPP	Système de classification des patients hospitalisés en psychiatrie
SIOSM	Système d'information ontarien sur la santé mentale
SISLD	Système d'information sur les soins de longue durée
SNIR	Système national d'information sur la réadaptation
SNISA	Système national d'information sur les soins ambulatoires
USC	Uniform System of Classification

ANNEXE B : DÉFINITIONS

Autres coûts directs relatifs à la santé – Comprennent le coût des soins dispensés dans d'autres établissements, le coût des soins dispensés par d'autres professionnels (soins dentaires, soins de la vue et autres), le coût des immobilisations et de la santé publique, et les autres dépenses de santé (p. ex. la recherche en santé) (5).

Catégorie de diagnostics – Groupe de maladies ou de blessures qui ont des caractéristiques semblables. La catégorie de diagnostics correspond au premier niveau du système de classification à deux niveaux des états de santé physique et mentale de l'étude FEMC. Pour toutes les composantes de coût, sauf la valeur de la production perdue en raison de la morbidité, les coûts sont répartis entre les catégories de diagnostics à l'aide des codes de la Classification internationale des maladies (CIM). L'édition actuelle de l'étude FEMC compte 24 catégories de diagnostics. La liste de ces catégories ainsi que les codes CIM correspondants se trouvent à l'annexe C.

Coût des médicaments – Le coût des médicaments inclut le coût privé et public des médicaments sur ordonnance et des médicaments sans ordonnance (c.-à-d. des médicaments en vente libre) vendus au détail (5). Il correspond au coût final au consommateur, qui comprend notamment les honoraires professionnels, la marge commerciale et les taxes applicables. Les médicaments administrés dans les hôpitaux et les autres établissements sont exclus du calcul. En ce qui concerne le coût des médicaments établi selon l'étude FEMC, seul le coût des médicaments sur ordonnance a pu être réparti selon la catégorie ou la sous-catégorie de diagnostics, le sexe, l'âge et la province ou le territoire.

Coût des soins hospitaliers – Le coût des soins hospitaliers inclut le coût de fonctionnement et d'entretien des hôpitaux publics et privés du Canada. Entrent dans ce calcul les médicaments administrés dans les hôpitaux, les fournitures médicales, les services thérapeutiques ou diagnostiques destinés aux patients externes, les frais administratifs, certains coûts liés à la recherche, l'hébergement et les repas des patients, l'entretien des locaux, ainsi que la rémunération brute de tout le personnel hospitalier (p. ex. médecins à l'emploi de l'établissement, infirmières, techniciens et étudiants en médecine). On a estimé et réparti le coût des soins hospitaliers pour la période 2004–2008 selon les catégories et sous-catégories de diagnostics, le sexe, l'âge et la province ou le territoire pour chaque année de l'analyse (5).

Coût des soins médicaux – Comprend les paiements faits par les régimes d'assurance-maladie des provinces et territoires aux médecins rémunérés à l'acte exerçant en pratique privée, ainsi que les paiements faits en vertu d'autres régimes de rémunération des médecins (salarial, rémunération par séance, capitation). Cette composante comprend également la rémunération à l'acte pour les services rendus dans les hôpitaux si celle-ci est versée directement aux médecins par les régimes d'assurance-maladie des provinces ou des territoires (5).

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. Trois composantes de coûts directs ont été estimées dans ce rapport : coût des soins hospitaliers, coût des soins médicaux et coût des médicaments. Les autres coûts directs relatifs à la santé, qui comprennent le coût des soins dispensés dans d'autres établissements ainsi que les coûts

des autres professionnels, des immobilisations, de la santé publique et les autres dépenses de santé, ont été inclus dans ce rapport, mais n'ont pu être répartis selon la catégorie de diagnostics, le sexe, l'âge ou la province ou territoire. Les totaux de toutes les composantes de coûts directs figurent dans *Tendances des dépenses nationales de santé* (5). On compare les coûts directs totaux selon l'étude FEMC au total des dépenses tiré du rapport précité pour calculer les dépenses qui ne peuvent être attribués à une catégorie de l'étude FEMC.

Coûts indirects – Les coûts indirects représentent la valeur, en dollars, de la production perdue attribuable à la maladie, aux blessures ou à la mortalité prématurée. Dans le présent rapport, on ne tient compte que de la valeur de la production perdue attribuable à la maladie, aux blessures ou à la mort prématurée subies par la « personne même » au regard de son activité sur le marché du travail (les coûts associés à l'activité hors du marché du travail et les coûts liés à la prestation de soins non institutionnalisés sont exclus du calcul). Les composantes de coûts indirects estimées dans ce rapport sont la valeur de la production perdue en raison de la morbidité et la valeur de la production perdue en raison de la mortalité prématurée. Dans l'édition actuelle de l'étude FEMC, la perte de production attribuable à la maladie, aux blessures ou à la mort prématurée a été évaluée suivant la méthode des coûts de friction.

Sous-catégorie de diagnostics – Groupe de maladies ou de blessures qui ont des caractéristiques semblables. La sous-catégorie de diagnostics correspond au deuxième niveau du système de classification à deux niveaux des états de santé physique et mentale de l'étude FEMC. Le classement par sous-catégorie est plus détaillé que celui par catégorie. Pour toutes les composantes de coût, sauf la valeur de la production perdue en raison de la morbidité, les coûts sont répartis entre les sous-catégories de diagnostics à l'aide des codes de la Classification internationale des maladies (CIM). L'édition actuelle de l'étude FEMC compte 165 sous-catégories de diagnostics. La liste de ces sous-catégories ainsi que les codes CIM correspondants se trouvent à l'annexe C.

Valeur de la production perdue en raison de la morbidité – Le coût de la morbidité est déterminé par la perte de production associée à une maladie ou à une blessure quelconque, qu'il s'agisse d'une activité rémunérée ou non. Dans le présent rapport, le coût associé aux journées de travail perdues (absentéisme) a été mesuré à l'aide de la méthode des coûts de friction et d'une approche fondée sur la prévalence. Par ailleurs, le coût associé au présentéisme ou à la perte de production hors du marché du travail n'a pas été évalué. En outre, les estimations du coût de la morbidité présentées dans ce rapport ne tiennent compte que de la valeur de la perte de production attribuable à la maladie ou aux blessures subies par la « personne même »; la perte de production attribuable au fait qu'une personne prodigue des soins à un membre de son entourage, malade ou blessé, est exclue du calcul.

Valeur de la production perdue en raison de la mortalité prématurée – Le coût de la mortalité est déterminé par la perte de production liée au décès prématuré d'une personne par suite d'une maladie ou d'une blessure. Dans le présent rapport, la valeur de la production perdue attribuable à la mortalité prématurée au regard de l'activité sur le marché du travail a été mesurée à l'aide de la méthode des coûts de friction et d'une approche fondée sur la prévalence pour les personnes qui avaient entre 15 et 64 ans au moment du décès.

ANNEXE C : CATÉGORIES DE DIAGNOSTICS DE L'ÉTUDE FEMC 2005–2008

CODE DE L'ÉTUDE FEMC	CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS DE L'ÉTUDE FEMC 2005–2008	CODE DE LA CIM-10	CODE DE LA CIM-9
	Affections transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles ^(a)	A00-B99, G00-G05, N70-N73, J00-J06, J09-J18, J20-J22, H65-H66, O00-O99, P00-P96, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64, U80.1, U81.0, U04	001-139, 243, 260-269, 279.5, 280-281, 285.9, 320-323, 381-382, 460-465, 466, 480-487, 614-616, 630-676, 760-779, V02.7, V09.8
E01	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	A00-B99, G00, G03-G05, N70-N73, U80.1, U81.0	001-139, 279.5, 320-323, 614-616, 771.3, V02.7, V09.8
E01.1	Tuberculose	A15-A19, B90	010-018, 137
	Maladies transmissibles sexuellement (sauf le VIH)	A50-A64, N70-N73	090-099, 614-616
E01.2	Syphilis	A50-A53	090-097
E01.3	Infection à <i>Chlamydia</i>	A55-A56	076, 099.1, 099.5
E01.4	Gonorrhée	A54	098, V02.7
E01.5	Autres MTS	A57-A64, N70-N73	099.0, 099.2-099.4, 099.8, 099.9, 614-616
E01.6	VIH/sida	B20-B24	279.5 (=042-044)
	Maladies diarrhéiques	A00-A09	001-009
E01.7	<i>Salmonellose</i>	A02	003
E01.8	Giardiase	A07.1	007.1
E01.9	<i>Escherichia coli</i>	A04.0-A04.4	008.0
E01.10	Shigellose	A03	004
E01.11	<i>Campylobacter</i> ^(b, c)	A04.5	S.O.
E01.12	<i>Yersinia enterocolitica</i> ^(b, c)	A04.6	S.O.
E01.13	<i>Clostridium difficile</i> ^(b, c)	A04.7	S.O.
E01.14	Autres maladies diarrhéiques	A00, A01, A04.8, A04.9, A05-A09 (sauf A07.1)	001, 002, 005-009 (sauf 007.1, 008.0)
	Certaines maladies évitables par la vaccination	A33-A37, A80, B01, B05, B06, B26, B91	032, 033, 037, 045, 055, 138, 771.3, 052, 072, 056
E01.15	Coqueluche	A37	033
E01.16	Poliomyélite	A80, B91	045, 138
E01.17	Diphtérie	A36	032
E01.18	Rougeole	B05	055
E01.19	Varicelle	B01	052
E01.20	Oreillons	B26	072

CODE DE L'ÉTUDE FEMC	CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS DE L'ÉTUDE FEMC 2005–2008	CODE DE LA CIM-10	CODE DE LA CIM-9
E01.21	Rubéole	B06	056
E01.22	Tétanos	A33-A35	037, 771.3
	Méningite	A39, A87, G00, G03	036, 047.0, 047.1, 047.8, 047.9, 049.0, 049.1, 320-322
E01.23	Infection à méningocoques	A39	036
E01.24	Méningite virale	A87	047.0, 047.1, 047.8, 047.9, 049.0, 049.1
E01.25	Méningite bactérienne	G00	320
E01.26	Méningite attribuable à d'autres organismes	G03.0-G03.8	321
E01.27	Méningite de cause non précisée	G03.9	322
E01.28	Hépatite A	B15	070.0, 070.1
E01.29	Hépatite B	B16-B19 (sauf B17.1, B18.2)	070.2-070.9 (sauf 070.7)
E01.30	Hépatite C	B17.1, B18.2	070.7
E01.31	Paludisme	B50-B54	084
E01.32	Maladies tropicales	B55-B57, B65, B73, B74.0-B74.2	085, 086, 120, 125.0, 125.1, 125.3
E01.33	Lèpre	A30	030
E01.34	Dengue	A90-A91	061
E01.35	Encéphalite	A83-A86, B94.1, G04, G05	062-064, 139.0, 323
E01.36	Trachome	A71, B94.0	076, 139.1
E01.37	Infections à nématodes intestinaux	B76-B81	126-129
E01.38	Brucellose	A23	023
E01.39	Rage	A82	071
E01.40	Mononucléose infectieuse	B27	075
E01.41	Virus du Nil occidental	A92.3	066.4
E01.42	Listériose	A32	027.0
E01.43	Autres maladies infectieuses	A20-A22, A24-A28, A31, A38, A40-A49, A65-A70, A74-A79, A81, A88, A89, A92-A99 (sauf A92.3), B00, B02-B04, B07-B14, B25, B28-B49, B58-B60, B64, B66-B72, B74.3-B74.9, B75, B82-B89, B92-B99 (sauf B94.0, B94.1), U80.1, U81.0	020-022, 024-026, 027.1-027.9, 031, 034, 035, 038-041, 046, 048, 049 (sauf 049.0, 049.1), 050-051, 053-054, 057-059, 060, 065-066.3, 066.8, 066.9, 073-074, 077-083, 087-088, 100-104, 110-118, 121-124, 125.2, 125.4, 125.5-125.9, 130-136, 139.8, V09.8
E02	Infections respiratoires	J00-J06, J09-J18, J20-J22, H65-H66, U04	460-466, 480-487, 381-382
E02.1	Pneumonie	J12-J18	480-486

CODE DE L'ÉTUDE FEMC	CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS DE L'ÉTUDE FEMC 2005–2008	CODE DE LA CIM-10	CODE DE LA CIM-9
E02.2	Grippe	J09-J11	487
E02.3	Bronchite et la bronchiolite	J20, J21	466
E02.4	Rhume	J00	460
E02.5	Otite moyenne	H65-H66	381-382
E02.6	Autres infections respiratoires	J01-J06, J22, U04	461-465
E03	Affections maternelles	O00-O99	630-677
E03.1	Hémorragie maternelle	O44-O46, O67, O72	640, 641, 666
E03.2	Septicémie maternelle	O85-O86	670
E03.3	Troubles hypertensifs de la grossesse	O10-O16	642
E03.4	Dystocie	O64-O66	660
E03.5	Avortement	O00-O07, O08	630-639
E03.6	Autres affections maternelles	O20-O43, O47-O63, O68-O71, O73-O75, O87-O99	643-659, 661-665, 667-669, 671-677
E04	Affections périnatales	P00-P96	760-779 (sauf 771.3)
E04.1	Faible poids à la naissance	P05-P07	764-765
E04.2	Asphyxie à la naissance et traumatisme à la naissance	P03, P10-P15, P20-P29	767-770
E04.3	Autres affections périnatales	P00-P02, P04, P08, P35-P96	760-763, 766, 771 (sauf 771.3), 772-779
E05	Carences nutritionnelles	E00-E02, E40-E46, E50-E64, D50-D53, D64.9	243, 260-269, 280-281, 285.9
E05.1	Malnutrition protéino-énergétique	E40-E46	260-263
E05.2	Carence en iode	E00-E02	243
E05.3	Carence en vitamine A	E50	264
E05.4	Anémie ferriprive	D50, D64.9	280, 285.9
E05.5	Autres carences nutritionnelles	D51-D53, E51-E64	265-269, 281
	Affections non transmissibles	C00-C97, D00-D48, D55-D64 (sauf D64.9) D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99	140-242, 244-259, 270-279 (sauf 279.5), 282-285 (sauf 285.9), 286-319, 324-380, 383-459, 470-478, 490-611, 617-629, 680-759
E06	Tumeurs malignes^(e)	C00-C97	140-208, 238.6
E06.1	Cancers de la cavité buccale	C00-C14	140-149
E06.2	Cancer de l'œsophage	C15	150
E06.3	Cancer de l'estomac	C16	151
E06.4	Cancer colorectal	C18-C21, C26.0	153, 154, 159.0
E06.5	Cancer du foie	C22.0, C22.2-C22.7	155 (sauf 155.1, 155.2)

CODE DE L'ÉTUDE FEMC	CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS DE L'ÉTUDE FEMC 2005–2008	CODE DE LA CIM-10	CODE DE LA CIM-9
E06.6	Cancer du pancréas	C25	157
E06.7	Cancer du larynx	C32	161
E06.8	Cancer de la trachée	C33	162.0
E06.9	Cancers des bronches et du poumon	C34	162.2-162.9
E06.10	Mélanome	C43	172
E06.11	Autres cancers de la peau	C44	173
E06.12	Cancer du sein	C50	174, 175
E06.13	Cancer du col de l'utérus	C53	180
E06.14	Cancer du corps de l'utérus	C54-C55	179, 182
E06.15	Cancer de l'ovaire	C56	183
E06.16	Cancer de la prostate	C61	185
E06.17	Cancer du testicule	C62	186
E06.18	Cancer de la vessie (y compris <i>in situ</i>)	C67	188
E06.19	Cancer du rein	C64-C65	189.0, 189.1
E06.20	Cancer de l'encéphale	C70-C72	191, 192
E06.21	Cancer de la thyroïde	C73	193
E06.22	Lymphome hodgkinien	C81	201
E06.23	Lymphome non hodgkinien	C82-C85, C96.3	200, 202 (sauf 202.4)
E06.24	Myélome multiple	C90.0, C90.2	203.0
E06.25	Leucémie	C90.1, C91-C95	202.4, 203.1, 204-208
E06.26	Autres tumeurs malignes	C17, C22.1, C22.9, C23, C24, C26-C31, C37-C41, C45-C49, C51, C52, C57-C60, C63, C66, C68-C69, C74-C80, C86, C88, C90.3, C96, C97	152, 155.1, 155.2, 156, 158-160, 163-171, 176, 81, 184, 187, 189.2-190, 194-199, 203.8, 238.6
E07	Autres tumeurs	D00-D48	210-239 (sauf 238.6)
E08	Diabète sucré	E10-E14	250
E09	Troubles endocriniens	D55-D64 (sauf D64.9), D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E89	240-242, 244-246, 251-259, 270-279 (sauf 274, 279.5), 282-285 (sauf 285.9), 286-289, 330.0-330.3
E09.1	Fibrose kystique	E84	277.0
E09.2	Autres troubles endocriniens	D55-D64 (sauf D64.9), D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88 (sauf E84), E89	240-242, 244-246, 251-259, 270-279 (sauf 274, 277.0, 279.5), 282-285 (sauf 285.9), 286-289
E10	Affections neuropsychiatriques	F01-F99, G06-G98 (sauf G45.0-G45.3, G45.8, G45.9)	290-319, 324-359 (sauf 330.0-330.3)

CODE DE L'ÉTUDE FEMC	CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS DE L'ÉTUDE FEMC 2005–2008	CODE DE LA CIM-10	CODE DE LA CIM-9
E10.1	Troubles de l'humeur	F30-F33	296, 298.0, 298.1, 309.1, 311
E10.2	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	F20-F29	295, 297, 298.3, 298.4, 298.9
E10.3	Épilepsie	G40-G41	345
E10.4	Troubles liés à l'utilisation d'alcool	F10	291, 303, 305.0
E10.5	Maladie d'Alzheimer et autres démences	F01, F03, G30-G31	290 (sauf 290.3), 330 (sauf 330.0-330.3), 331
E10.6	Maladie de Parkinson et syndrome parkinsonien secondaire	G20-G21	332
E10.7	Sclérose en plaques	G35	340
E10.8	Troubles liés à l'utilisation de drogues	F11-F16, F18-F19	304, 305.2-305.7
E10.9	Trouble de stress post-traumatique ^(b, d)	F43.1	S.O.
E10.10	Troubles du sommeil non organiques	F51	307.4
E10.11	Troubles anxieux	F40-F45 (sauf F43.1), F48, F68	298.2, 298.8, 300, 306, 307.8, 308, 309 (sauf 309.1)
E10.12	Migraine	G43	346
E10.13	Retard mental	F70-F79	317-319
E10.14	Paralysie cérébrale	G80	343
E10.15	Autres affections neuropsychiatriques	F04-F09, F17, F34-F39, F46-F47, F49-F50, F52-F67, F69, F80-F99, G06-G12, G23-G25, G36, G37, G44, G45.4, G46-G79, G81-G98	290.3, 292-294, 299, 301-302, 305.1, 305.8, 305.9, 307 (sauf 307.4, 307.8), 310, 312-316, 324-327, 333-339, 341-342, 344, 347-359
E11	Maladies des organes des sens	H00-H61, H68-H93, H95	360-380, 383-389
E11.1	Glaucome	H40	365
E11.2	Cataractes	H25-H26	366
E11.3	Troubles de la vision liés à l'âge	H52.4	367.4
E11.4	Perte de l'audition	H90-H91	389
E11.5	Autres maladies des organes des sens	H00-H21, H27-H35, H43-H61 (sauf H52.4), H68-H83, H92-H93, H95	360-364, 367-380 (sauf 367.4), 383-388
E12	Maladies cardiovasculaires	I00-I99, G45 (sauf G45.4)	390-459
E12.1	Infarctus du myocarde	I21, I22, I25.2	410, 412
E12.2	Autres cardiopathies ischémiques	I20, I23-I25 (sauf I25.2)	411, 413, 414
E12.3	Hypertension essentielle	I10	401

CODE DE L'ÉTUDE FEMC	CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS DE L'ÉTUDE FEMC 2005–2008	CODE DE LA CIM-10	CODE DE LA CIM-9
E12.4	Autres maladies hypertensives	I11-I13, I15	402-405
E12.5	Insuffisance cardiaque	I50	428
E12.6	Infarctus cérébral	I63	434
E12.7	Hémorragie sous-arachnoïdienne	I60	430
E12.8	Hémorragie intracérébrale	I61	431
E12.9	Accident vasculaire cérébral aigu, mais mal défini	I64	436
E12.10	Autres maladies cérébrovasculaires	I62, I65-I69	432-433, 437-438
E12.11	Accident ischémique transitoire	G45 (sauf G45.4)	435
E12.12	Autres maladies cardiovasculaires	I00-I09, I14, I16-I19, I26-I28, I30-I49, I51-I52, I70-I89, I95-I99	390-398, 415-417, 420-427, 429, 440-449, 451-459
E13	Maladies respiratoires	J30-J98	470-478, 490-519
E13.1	Maladie pulmonaire obstructive chronique	J40-J44	490-492, 495-496
E13.2	Asthme	J45-J46	493
E13.3	Autres maladies respiratoires	J30-J39, J47-J98	470-478, 494, 500-508, 510-519
E14	Maladies digestives	K20-K92	530-579
E14.1	Ulcère gastroduodénal	K25-K27	531-533
E14.2	Cirrhose du foie	K70, K74	571
E14.3	Appendicite	K35-K37	540-543
E14.4	Autres maladies digestives	K20-K22, K28-K31, K38, K40-K66, K71-K73, K75-K92	530, 534-537, 550-553, 555-558, 560-570, 572-579
E15	Maladies de l'appareil génito-urinaire	N00-N64, N75-N99	580-611, 617-629
E15.1	Insuffisance rénale aiguë	N17	584
E15.2	Insuffisance rénale chronique	N18	585
E15.3	Insuffisance rénale, sans précision	N19	586
E15.4	Autres néphrites et néphropathies	N00-N16	580-583, 587-589
E15.5	Hypertrophie bénigne de la prostate	N40	600
E15.6	Autres maladies de l'appareil génito-urinaire	N20-N39, N41-N64, N75-N98, N99	590-599, 601-611, 617-629
E16	Maladies de la peau	L00-L98	680-709
E17	Maladies musculosquelettiques	M00-M99	710-739, 274
E17.1	Polyarthrite rhumatoïde	M05-M06	714
E17.2	Ostéoarthrite	M15-M19	715

CODE DE L'ÉTUDE FEMC	CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS DE L'ÉTUDE FEMC 2005–2008	CODE DE LA CIM-10	CODE DE LA CIM-9
E17.3	Goutte	M10	274
E17.4	Lombalgies	M45-M48, M54 (sauf M54.2)	720-724 (sauf 721.1, 722.0, 722.4)
E17.5	Ostéoporose	M80, M81	733.0
E17.6	Autres maladies musculosquelettiques	M00-M02, M08, M11-M13, M20-M43, M50-M53, M54.2, M55-M79, M82-M99	710-713, 716-719, 721.1, 722.0, 722.4, 723, 725-739 (sauf 733.0)
E18	Anomalies congénitales	Q00-Q99	740-759
E18.1	Anomalie de la paroi abdominale	Q79.2-Q79.5	756.7
E18.2	Anencéphalie	Q00	740.0
E18.3	Atrésie anorectale	Q42	751.2
E18.4	Fente labiale	Q36	749.1
E18.5	Fente palatine	Q35, Q37	749.0
E18.6	Atrésie de l'œsophage	Q39.0-Q39.1	750.3
E18.7	Agénésie rénale	Q60	753.0
E18.8	Syndrome de Down	Q90	758.0
E18.9	Anomalies cardiaques congénitales	Q20-Q28	745-747
E18.10	Spina-bifida	Q05	741
E18.11	Autres anomalies congénitales	Q01-Q04, Q06-Q07, Q10-Q18, Q30-Q34, Q38, Q39.2-Q39.9, Q40-Q41, Q43-Q56, Q61-Q78, Q79.0, Q79.1, Q79.6, Q79.8, Q79.9, Q80-Q89, Q91-Q99	740.1, 740.2, 742-744, 748, 749.2, 750.0, 750.1, 750.2, 750.4-751.1, 751.3-751.9, 752, 753.1-753.9, 754, 755, 756.0-756.6, 756.8, 756.9, 757, 758.1-758.9, 759
E19	Affections de la cavité buccale	K00-K14	520-529
E19.1	Caries dentaires	K02	521.0
E19.2	Maladie périodontale	K05	523
E19.3	Autres affections de la cavité buccale	K00, K01, K03, K04, K06-K14	520, 521.1-521.9, 522, 524-529
	Blessures ^(f)	V01-Y89, S00-T98	E800-E999, 800-999
E20	Blessures non intentionnelles	V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89 (sauf Y89.9)	E800-E949
E20.1	Accidents de la circulation routière	V01-V06 et quatrième chiffre 1-9 (exemple V01.1, V01.2, V01.3 etc.); V09.2; V09.3; V10, V11, V15-V18 & V29-V79 et quatrième chiffre 4-9; V12-V14 & V20-V28 et quatrième chiffre 3-9; V19.4-V19.6; V80.3-V80.5; V81.1; V82.1; V83-V86 et quatrième chiffre 0-3; V87.0-V87.8, V89.2; V89.9; V99; Y85.0	E810-E819, E826-E829, E929.0

CODE DE L'ÉTUDE FEMC	CATÉGORIE DE DIAGNOSTICS DE L'ÉTUDE FEMC 2005–2008	CODE DE LA CIM-10	CODE DE LA CIM-9
E20.2	Empoisonnements	X40-X49	E850-E869
E20.3	Chutes	W00-W19	E880-E888
E20.4	Incendies	X00-X09	E890-E899
E20.5	Noyades	W65-W74	E910
E20.6	Autres blessures non intentionnelles	Reste de la catégorie V, W20-W64, W75-W99, X10-X39, X50-X59, Y40-Y86 (sauf Y85.0), Y88, Y89 (sauf Y89.9)	E800-E807, E820-E848, E870-E879, E900-E909, E911-E949
E21	Blessures intentionnelles	X60-Y09, Y35-Y36, Y87.0, Y87.1	E950-E978, E990-E999
E21.1	Blessures auto-infligées	X60-X84, Y87.0	E950-E959
E21.2	Violence	X85-Y09, Y87.1	E960-E969
E21.3	Autres blessures intentionnelles	Y35, Y36	E970-E978, E990-E999
E22	Blessures d'intention indéterminée	Y10-Y34, Y87.2, Y89.9, S00-T98	E980-E989, 800-999
	Autres	R00-R99, Z00-Z99	780-799, V01-V89
E23	Symptômes, signes et affections mal définies	R00-R99	E980-E989, 800-999
E24	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Z00-Z99	E980-E989, 800-999

^(a) Le total des coûts pour les diagnostics de cette section exclut la plupart des coûts associés aux cas congénitaux ou néonataux de ces affections.

^(b) Le total des coûts pour cette catégorie n'est pas accessible pour les composantes de coût codées selon la version 9 de la CIM.

^(c) Lorsque les codes de la CIM-9 sont utilisés, les coûts pour ces catégories sont inclus sous E01.14.

^(d) Lorsque les codes de la CIM-9 sont utilisés, les coûts pour ces catégories sont inclus sous E10.11.

^(e) Les groupes de codes de la CIM pour les catégories de cancer de l'étude FEMC correspondent à ceux utilisés dans les Statistiques canadiennes sur le cancer.

^(f) Les codes de la CIM utilisés pour les blessures peuvent varier selon la composante de coût et la source des données; pour de plus amples renseignements, veuillez consulter les rapports sur chaque composante de coût.

ANNEXE D : L'ÉQUIPE DE PROJET FEMC 2005–2008

Les membres de l'équipe du fardeau économique de la maladie au Canada de l'Agence de la santé publique du Canada inclus :

Alan Diener

Jacqueline M. Dugas

Ken Eng

Christine A. Kennedy

Patricia W. Lau

Sameer Rajbhandary

Erin L. Schock

Serge Tanguay

RÉFÉRENCES

- 1 Wigle, D.T., Y. Mao, T. Wong et R. Lane. 1991. « Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1986 », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 12 (suppl. 3). Adresse : <http://publications.gc.ca/site/fr/448771/publication.html>. Consulté en août 2013.
- 2 Moore, R., Y. Mao, J. Zhang et K. Clarke. 1997. *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993*, Ottawa, Association canadienne de santé publique. Adresse : <http://publications.gc.ca/site/fr/448774/publication.html>. Consulté en août 2013.
- 3 Santé Canada. 2002. *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998*, Ottawa, Santé Canada. Adresse : <http://publications.gc.ca/site/fr/448777/publication.html>. Consulté en août 2013.
- 4 Agence de la santé publique du Canada. 2008. *Economic Burden of Illness in Canada, 2000: Methodological Notes*, non publié.
- 5 Institut canadien d'information sur la santé. 2012. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2012*, Ottawa (Ont.), ICIS. Adresse : <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1952>. Consulté en mai 2013.
- 6 Murray, C.J.L., A.D. Lopez, C.D. Mathers et C. Stein. 2001. *The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources*, Organisation mondiale de la Santé. Adresse : www.who.int/healthinfo/paper36.pdf. Consulté en juin 2011.
- 7 Statistique Canada. *Tableau 326–0021 – Indice des prix à la consommation (IPC), panier 2009, annuel (2002=100 sauf indication contraire)*, CANSIM (base de données).
- 8 Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2004–2008*.
- 9 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2005. *Document sur la qualité des données : Base de données sur les congés des patients, 2004–2005 (Sommaire)*.
- 10 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2006. *Document sur la qualité des données : Base de données sur les congés des patients, 2005–2006 (Sommaire)*.
- 11 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2007. *Document sur la qualité des données : Base de données sur les congés des patients, 2006–2007 (Sommaire)*.
- 12 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2008. *Document sur la qualité des données : Base de données sur les congés des patients, 2007–2008 (Sommaire)*.
- 13 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2009. *Document sur la qualité des données : Base de données sur les congés des patients, 2008–2009 (Sommaire)*.
- 14 Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), 2004–2008*.
- 15 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2006. *Qualité des données de 2004–2005 de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) (Sommaire)*.
- 16 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2007. *Qualité des données de 2005–2006 de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) (Sommaire)*.
- 17 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2010. *Qualité des données de 2006–2007 de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) (Sommaire)*.

- 18 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2010. *Qualité des données de 2007–2008 de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) (Sommaire)*.
- 19 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2010. *Qualité des données de 2008–2009 de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) (Sommaire)*.
- 20 Institut canadien d'information sur la santé. *Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2004–2008*.
- 21 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2005. *Document sur la qualité des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2004–2005*.
- 22 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2006. *Documentation de base et limites générales des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), exercice 2005–2006 (Sommaire)*.
- 23 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2007. *Documentation de base et limites générales des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), exercice 2006–2007 (Sommaire)*.
- 24 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2008. *Documentation de base et limites générales des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), exercice 2007–2008 (Sommaire)*.
- 25 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2009. *Documentation de base et limites générales des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2008–2009*.
- 26 Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2006–2008*.
- 27 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2006. *Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2005–2006 (Documentation de l'utilisateur)*.
- 28 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2006. *Dictionnaire de données de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier des exercices 2006–2007 à 2008–2009*.
- 29 Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données canadienne SIG (BDCS), 2004–2008*.
- 30 Institut canadien d'information sur la santé. 2012. *Base de données canadienne SIG : indicateurs du rendement financier des hôpitaux, de 2006–2007 à 2010–2011 : notes méthodologiques, Ottawa (Ont.), ICIS*.
- 31 Institut canadien d'information sur la santé. 2008. *Le coût des séjours à l'hôpital : d'où viennent les variations, Ottawa, ICIS*.
- 32 Institut canadien d'information sur la santé. 2008. *BDCP : pondération de la consommation des ressources et durée prévue du séjour pour la méthodologie GMA+, 2008, Ottawa (Ont.), ICIS*.
- 33 Organisation mondiale de la Santé (OMS). 1977. *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès : 9^{ième} révision*.
- 34 Organisation mondiale de la Santé (OMS). 1992. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : 10^e révision*.
- 35 Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques. *October Population Estimates, 2004, estimations intercensitaires définitives*.

- 36 Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques. *October Population Estimates, 2005*, estimations intercensitaires définitives.
- 37 Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques. *October Population Estimates, 2006*, estimations postcensitaires définitives.
- 38 Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques. *October Population Estimates, 2007*, estimations postcensitaires définitives.
- 39 Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques. *October Population Estimates, 2008*, estimations postcensitaires définitives.
- 40 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2012. *Système d'information ontarien sur la santé mentale : ressources sur les groupes clients du Système de classification des patients hospitalisés en psychiatrie (SCIPP) et sur les jours-patients pondérés par SCIPP et foire aux questions, 2011–2012*.
- 41 IMS Brogan. *Health Canada—IMS Brogan Audit Overview*, 24 août 2012.
- 42 IMS Brogan. 2010. *Health Canada - IMS Brogan Product Overview*.
- 43 Government of Manitoba. *Manitoba Health Annual Statistics, 2008–2009*. Adresse : www.gov.mb.ca/health/annstats/index.html. Consulté le 21 mars 2013.
- 44 Government of Manitoba. *Manitoba Health Annual Statistics, 2007–2008*. Adresse : www.gov.mb.ca/health/annstats/index.html. Consulté le 21 mars 2013.
- 45 Government of Manitoba. *Manitoba Health Annual Statistics, 2006–2007*. Adresse : www.gov.mb.ca/health/annstats/index.html. Consulté le 21 mars 2013.
- 46 Government of Manitoba. *Manitoba Health Annual Statistics, 2005–2006*. Adresse : www.gov.mb.ca/health/annstats/index.html. Consulté le 21 mars 2013.
- 47 Institut canadien d'information sur la santé. 2010. *Base des données nationale sur les médecins, 2008–2009 – Publication des données*, Ottawa (Ont.), ICIS. Adresse : <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1566&lang=EN&mediatype=0>. Consulté le 2 juillet 2013.
- 48 Statistique Canada. *Tableau 109–5004 – Taux de chômage, selon le groupe d'âge, Canada, provinces, régions sociosanitaires (limites de janvier 2000) et groupes de régions homologues, annuel (pourcentage)*, CANSIM (base de données). Adresse : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=1095004&pattern=&p2=-1&p1=1&tabMode=dataTable&stByVal=1&paSer=&csid=&retrLang=fra&lang=fra>. Consulté le 8 mai 2012.
- 49 Statistique Canada. *Tableau 109–5304 – Taux de chômage, Canada, provinces, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, annuel (pourcentage)*, CANSIM (base de données). Adresse : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=1095304&pattern=&p2=-1&p1=1&tabMode=dataTable&stByVal=1&paSer=&csid=&retrLang=fra&lang=fra>. Consulté le 8 mai 2012.
- 50 Statistique Canada. *Tableau 109–5324 – Taux de chômage, Canada, provinces, régions sociosanitaires (limites de 2011) et groupes de régions homologues, annuel (pourcentage)*, CANSIM (base de données). Adresse : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&retrLang=fra&id=1095324&pattern=taux+de+chomage&tabMode=dataTable&srchLan=-1&p1=0&p2=-1>. Consulté le 8 mai 2012.
- 51 Koopmanschap, M.A., et B.M. van Ineveld. 1992. « Towards a new approach for estimating indirect costs of disease », *Soc. Sci. Med.*, vol. 34, no 9, p. 1005–1010.
- 52 Koopmanschap, M.A., et F.F.H. Rutten. 1993. « Indirect costs in economic studies: Confronting the confusion », *Pharmacoeconomics*, vol. 4, no 6, p. 446–454.

- 53 Koopmanschap, M.A., F.F.H. Rutten, B.M. van Ineveld et L. van Roijen. 1995. « The friction cost method for measuring indirect costs of disease », *Journal of Health Economics*, vol. 14, p. 171–189.
- 54 Koopmanschap, M. A., et F.F.H. Rutten. 1996. « A practical guide for calculating indirect costs of disease », *Pharmacoeconomics*, vol. 10, no 5, p. 460–466.
- 55 Agence de la santé publique du Canada. 2009. *Economic Burden of Illness in Canada Workshop*, Ottawa (Ontario), non publié.
- 56 Agence de la santé publique du Canada. 2010. *Economic Burden of Illness in Canada Workshop Summary Report*, Ottawa (Ontario), non publié.
- 57 Statistique Canada. *Tableau 202–0407 – Revenu des particuliers, selon le sexe, le groupe d’âge et la source de revenu, dollars constants de 2010, annuel*, CANSIM (base de données). Consulté le 17 juillet 2012.
- 58 Statistique Canada. 2010. *Revue chronologique de la population active, 2009* (Tableau 048), Ottawa, Statistique Canada.
- 59 van Ours, J., et G. Ridder. 1991. « Cyclical variation in vacancy durations and vacancy flows, An empirical analysis », *European Economic Review*, vol. 35, p. 1143–1155.
- 60 Goeree, R., B.J. O’Brien, G. Blackhouse, K. Agro et P. Goering. 1999. « The valuation of productivity costs due to premature mortality: A comparison of the Human-Capital and Friction-Cost Methods for Schizophrenia », *Revue canadienne de psychiatrie = Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 44, p. 455–463.
- 61 Hopkins, R.B., R. Goeree et C.J. Longo. 2010. « Estimating the national wage loss from Cancer in Canada », *Current Oncology*, vol. 17, no 2, p. 40–49.
- 62 Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle : fichier partagé de 12 mois, 2010* (fichier partagé).
- 63 Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle : fichier partagé de 12 mois, 2010* (poids bootstrap).
- 64 Statistique Canada. 2011. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Guide de l’utilisateur : fichiers de microdonnées de 2010 et 2009–2010*.
- 65 Statistique Canada. 2011. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : composante annuelle – Questionnaire de 2010*.
- 66 Statistique Canada. *Tableau 282–0048 – Enquête sur la population active (EPA), estimations de la durée du chômage selon le sexe et le groupe d’âge, annuel (personnes sauf indication contraire)*, CANSIM (base de données). Adresse : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=2820048&pattern=&p2=-1&p1=1&tabMode=dataTable&stByVal=1&paSer=&csid=&retrLang=fra&lang=fra>. Consulté le 18 avril 2012.
- 67 Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques. *October Population Estimates, 2009*, estimations postcensitaires mises à jour.
- 68 Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques. *October Population Estimates, 2010*, estimations postcensitaires mises à jour.

- 69 Statistique Canada. *Tableau 282–0002 – Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le sexe et le groupe d’âge détaillé, annuel (personnes sauf indication contraire)*, CANSIM (base de données). Adresse : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=2820002&pattern=&p2=-1&p1=1&tabMode=dataTable&stByVal=1&paSer=&csid=&retrLang=fra&lang=fra>. Consulté le 3 juin 2012.
- 70 Zheng, H., F. Ehrlich et J. Amin. 2010. « Productivity Loss Resulting from Coronary Heart Disease in Australia », *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 8, no 3, p. 179–189.
- 71 Wieser et coll. 2011. « Costs of low back pain in Switzerland in 2005 », *European Journal of Health Economics*, vol. 12, no 5, p. 455–467.
- 72 Borghout et coll. 1999. « Cost-of-illness of neck pain in The Netherlands in 1996 », *Pain*, vol. 80, no 3, p. 629–636.
- 73 Hutubessy et coll. 1999. « Indirect costs of back pain in the Netherlands: a comparison of the human capital method with the friction cost method », *Pain*, vol. 80, nos 1–2, p. 201–207.
- 74 Kristian et coll. 2012. « Lifetime Productivity Losses Associated with Obesity Status in Early Adulthood: A Population-Based Study of Swedish Men », *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 10, no 5, p. 309–317.
- 75 CPB (Central Planning Bureau). 1987. *Uncertainties on labour time reduction in the medium term* (en néerlandais), document de travail 14, Den Haag.
- 76 De Koning, J., et F.A.W.M. Tuyl. 1984. *The relation between labour time, production and employment* (en néerlandais), Netherlands Economic Institute, Rotterdam.
- 77 WRR (Scientific Council for Government Affairs). 1977. *Do we make it work? Research of the relation between active and inactive people* (en néerlandais), Den Haag.
- 78 Statistique Canada. *Tableau 282–0016 – Enquête sur la population active (EPA), estimations selon les heures habituellement travaillées, l’emploi principal ou tous les emplois, le sexe et le groupe d’âge, annuel (personnes sauf indication contraire)*, CANSIM (base de données). Adresse : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&retrLang=fra&id=2820016&paSer=&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=-1&tabMode=dataTable&csid=> Consulté le 1^{er} février 2012.
- 79 Statistique Canada. *Tableau 384–0001 – Produit intérieur brut (PIB), en termes de revenus, comptes économiques provinciaux, annuel (dollars)*, CANSIM (base de données). Adresse : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=3840001&pattern=&p2=-1&p1=1&tabMode=dataTable&stByVal=1&paSer=&csid=&retrLang=fra&lang=fra>. Consulté le 1^{er} février 2012.

