Maladies chroniques au Canada

ISSN-0228-8702

LE FARDEAU ÉCONOMIQUE DE LA MALADIE AU CANADA, 1986

Supplément au
Volume 12, n° 3, mai-juin 1991

Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

Canada

Avis au lecteur

La comparaison des coûts entraînés par la maladie au Québec et des coûts du même ordre au Canada, abordée à la partie Discussion de ce document (p. 9) demande la mise au point suivante :

> En ce qui concerne le Québec, les coûts directs tels qu'ils figurent dans le rapport intitulé *Objectif santé (Comité d'étude sur la promotion de la santé)* ne comprennent pas les pensions et les prestations, que le document susmentionné fait entrer dans le calcul des coûts directs de la maladie au Canada. Le rapport du gouvernement du Québec assimile les paiements de transfert publics dans le domaine de la santé à des coûts indirects liés à la maladie, même si le total de ces paiements n'est pas intégré aux coûts indirects de la maladie au Québec, qui s'élèvent à 4,5 milliards de dollars. C'est la raison pour laquelle notre comparaison des coûts indirects de la maladie au Québec avec les coûts du même type au Canada vise uniquement les pertes de revenus en cas de décès prématuré ou d'invalidité.

En outre, il faut souligner que, si le montant de 7,5 milliards de dollars des coûts directs occasionnés par la maladie au Québec s'applique à l'année 1982, la répartition de ces coûts est établie d'après des données de l'année 1980-1981.

LE FARDEAU ÉCONOMIQUE DE LA MALADIE AU CANADA, 1986

Préparé par :

Donald T. Wigle, M.D., Ph.D., M.P.H.
Yang Mao, Ph.D., M.Sc.
Tina Wong, M.H.A., B.A.
Rachel Lane, B.Sc.

Rédigé par :

Lori J. Anderson, B.A.
Kathryn Wilkins, M.Sc.

Éditique :

Joanne Regnier

Bureau de l'épidémiologie des maladies chroniques
Laboratoire de lutte contre la maladie
Direction générale de la protection de la santé
Santé et Bien-être social Canada

Remerciements

Même si les auteurs assument l'entière responsabilité du contenu du présent rapport, les personnes suivantes mentionnées, méritent des remerciements spéciaux pour leurs contributions. Leurs commentaires et leur expertise ont été grandement appréciés.

Neil Collishaw, Unité des produits du tabac, Bureau des dangers des produits chimiques, Direction d'hygiène du milieu, Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada.

Prem Khosla, Division de l'information sur la sécurité sociale, Direction des systèmes d'information, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, Santé et Bien-être social Canada.

Rose-Marie Laflamme, Section de la production de l'information, Centre canadien de l'information sur la santé, Direction de la statistique sociale et des institutions, Statistique Canada.

Pat Lemay, auparavant de la Division des recherches en marché pharmaceutique, Bureau de la surveillance pharmaceutique, Direction des médicaments, Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada.

Mary Paquette, Division de l'information sur la santé, Direction des systèmes d'information, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, Santé et Bien-être social Canada.

Robert Spasoff, Département de l'épidémiologie et de la médecine communautaire, Université d'Ottawa.

William Tholl, auparavant de la Section de l'analyse statistique et de l'économie de la santé, Direction de l'élaboration de politique, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, Santé et Bien-être social Canada.

Rigo Vettoretti, Division de l'information sur la santé, Direction des systèmes d'information, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, Santé et Bien-être social Canada.

Russell Wilkins, Section de la recherche en hygiène du milieu et en hygiène du travail, Centre canadien d'information sur la santé, Direction de la statistique sociale et des institutions, Statistique Canada.

Les auteurs désirent également remercier les organismes suivants, qui ont consenti à ce que leurs données soient publiées :

IMS Canada (Intercontinental Medical Statistics), Bureau de Montréal

Bureau de la surveillance pharmaceutique, Direction des médicaments, Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada

Table des matières

RÉSUMÉ ET RECOMMANDATIONS 1

1. INTRODUCTION 2

2. DOCUMENTATION ET MÉTHODES 3

3. RÉSULTATS 4

3.1 Coûts assumés par le consommateur canadien pour les médicaments . . . 4
3.2 Frais médicaux 4
3.3 Frais hospitaliers 4
3.4 Coûts liés à la recherche 4
3.5 Pensions et prestations 5
3.5.1 Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec . . 5
3.5.2 Assurance-chômage 5
3.5.3 Accidents de travail 5
3.6 Perte de revenus futurs en raison de décès prématuré 5
3.7 Valeur annuelle du temps perdu en raison d'Invalidité chronique 5
3.8 Valeur annuelle de temps perdu en raison d'invalidité temporaire 6
3.9 Dépenses directes supplémentaires pour la santé 6
3.10 Sommaire des résultats 6

4. DISCUSSION 8

5. LISTE DE RÉFÉRENCES 14

6. ANNEXE I : TABLEAUX DES RÉSULTATS 15

1. Coûts assumés par le consommateur canadien pour les médicaments, par catégorie diagnostique, Canada 1986 16
2. Frais médicaux par catégorie diagnostique, Canada 1986 17
3. Frais hospitaliers par catégorie diagnostique, Canada 1986 18
4. Coûts liés à la recherche par catégorie diagnostique, Canada 1986-1987 . . 19

5A. Paiements de pension d'invalidité du RPC et du RRQ par catégorie diagnostique, 1986 20

5B. Paiements relatifs à la santé du RPC et du RRQ non classés par catégorie diagnostique, 1986 21

5C. Paiements d'assurance-chômage pour raisons de santé par genre de prestation, Canada 1986 21

5D. Prestations d'accident de travail par catégorie diagnostique, Canada 1986 . . 22

6. Valeur en dollars actuels de la perte de revenus futurs causée par la mortalité prématurée par catégorie diagnostique, Canada 1986 . . . 23
7. Valeur annuelle du temps perdu en raison d'invalidité chronique par problème de santé particulier, Canada 1986 24
8. Valeur annuelle du temps perdu en raison d'une invalidité temporaire par problème de santé particulier, Canada 1986 25
9. Dépenses directes supplémentaires pour la santé non classées par catégorie diagnostique, Canada 1986 26
10. Résumé : coût économique de la maladie par catégorie diagnostique, Canada 1986 28
11. Grand coût total de la maladie, Canada 1986 30

7. ANNEXE II : SOURCES D'INFORMATION ET MÉTHODOLOGIES 31

7.0 Classification des maladies 32

7.1 Coûts assumés par le consommateur canadien pour des médicaments . . . 33

7.2 Frais médicaux 33

7.3 Frais hospitaliers 34

7.4 Coûts liés à la recherche 34

7.5 Pensions et prestations 36

7.5.1. Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec . . 36

7.5.2. Assurance-chômage 36

7.5.3 Accidents de travail 36

7.6 Pertes de revenus futurs en raison de mortalité prématurée 37

7.7 Valeur annuelle du temps perdu en raison d'invalidité chronique 37

7.8 Valeur annuelle du temps perdu en raison d'invalidité temporaire 39

7.9 Dépenses supplémentaires directes liées à la santé 40

Résumé et recommandations

Si l'on veut établir un ordre de priorité pour l'allocation des ressources limitées qu'on peut consacrer à la santé, il est extrêmement important que les Canadiens comprennent au plus vite l'ampleur que représente la maladie au plan économique. Dans le présent rapport, on s'est servi de l'approche axée sur le capital humain, qui traduit la morbidité et la mortalité prématurées en coûts directs et indirects imputés à la société et aux personnes touchées.

On a estimé à 97,2 milliards de dollars le coût économique total de la maladie, de l'invalidité et des décès prématurés au Canada en 1986. Les coûts directs représentaient 50,2 milliards de dollars. Les soins à l'hôpital représentaient la composante de coûts directs la plus importante (17,1 milliards de dollars), alors que les dépenses consacrées à la recherche étaient la plus faible (0,5 milliard de dollars). Les coûts indirects totalisaient 47 milliards de dollars; plus de la moitié (54 %) de ce montant était attribué à la perte de revenus futurs causée par la mortalité prématurée.

Les affections cardio-vasculaires (16,8 milliards de dollars), les blessures (11 milliards de dollars) et le cancer (9,1 milliards de dollars) représentaient les principales catégories de maladies. Prises ensemble, ces trois catégories d'affections représentaient presque la moitié (47 %) des coûts totaux que l'on pouvait répartir en catégories de maladie. Nous avons été dans l'impossibilité de classifier par maladie un total de 18 milliards de dollars de coûts directs.

Bien que les données relatives aux coûts directs et indirects aient été limitées, le rapport fournit un aperçu valable de la répartition des principaux coûts économiques directs et indirects de la maladie. À la suite de cette analyse, nous recommandons que l'on s'efforce :

1. De perfectionner les méthodes et d'améliorer les sources de données liées aux estimations de coûts directs et indirects afin de fournir une information plus complète sur les maladies. Plusieurs suggestions particulières à l'égard de la limite des données actuelles sont formulées dans la discussion.
2. De répartir toutes les données liées aux coûts relatifs à la santé selon les principales catégories de la révision la plus récente de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (actuellement, la CIM-9) de façon à déterminer efficacement et exactement la répartition des ressources consacrées à la santé en fonction des catégories de maladie.
3. De mettre au point des méthodes visant à établir les coûts de maladie attribuables à divers facteurs de risque (par exemple, tabac, alcool, hypertension, hypercholestérolémie) de façon à approfondir notre compréhension et notre perception du fardeau économique que représente la maladie.
4. De renforcer les programmes de prévention et de promotion de la santé, particulièrement ceux qui sont axés sur les maladies chroniques responsables de la plus grande part des coûts directs et indirects de la maladie au Canada.

Les trois premières recommandations sont axées sur l'amélioration des analyses futures du fardeau économique de la maladie, alors que la dernière est axée sur l'orientation future visant à réduire une part de ce fardeau. Nous espérons que le présent rapport sera utilisé par les planificateurs, les chercheurs et les décisionnaires de tous les niveaux dans le domaine de la santé pour qu'ils puissent prendre des décisions plus éclairées concernant l'allocation des ressources limitées que l'on peut consacrer à la santé.

1. Introduction

Au cours des années, beaucoup d'organismes ont demandé au Laboratoire de lutte contre la maladie de fournir une estimation des coûts engendrés par la maladie dans la société canadienne. Ce genre d'estimations est d'un intérêt marqué pour les planificateurs, les chercheurs et les décisionnaires oeuvrant dans le domaine de la santé. Toutefois, lorsque nous avons tenté de répondre à cette aspiration, nous avons rapidement découvert que les informations nationales, complètes et systématiques sur les coûts de la maladie n'étaient tout simplement pas disponibles, et que même les données ad hoc étaient rares.

Dans le présent rapport, on tente d'évaluer le fardeau économique que la maladie, l'invalidité et le décès prématuré ont fait peser sur les individus atteints de la maladie et sur la société canadienne en 1986. Lorsque c'était possible, nous avons examiné les coûts répartis dans 18 catégories élargies de diagnostic fondées sur la Neuvième révision de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé.

L'analyse des répercussions économiques des maladies se fait au moyen des coûts directs et indirects. Les coûts directs représentant la valeur des ressources qui auraient pu être allouées à d'autres fins en l'absence de maladie (Rice, Hodgson, Kopstein, 1985). Le présent document fournit des estimations de composantes de coûts directs comme les soins hospitaliers, les soins médicaux fournis par des médecins, d'autres services professionnels de la santé, les médicaments, la recherche en sciences de la santé, les pensions et prestations accordées pour des raisons de santé, les soins de santé et services connexes fournis hors établissement, les appareils médicaux ainsi que diverses dépenses de nature administrative. Les coûts indirects représentent la valeur de la productivité perdue en raison de la maladie et de l'invalidité ainsi que la valeur actuelle des gains futurs qu'auraient réalisé les personnes qui sont mortes prématurément (Rice, Hodgson, Kopstein, 1985).

«Les coûts économiques de la maladie continuent à jouer un rôle important dans la prise de décisions concernant la répartition des ressources dans le domaine de la santé» [traduction] (Rice, Hodgson, Kopstein, 1985). Comme le Canada doit faire face à une population vieillissante, à une montée des coûts liés aux soins de santé et à des ressources limitées, le genre d'informations contenues dans le présent rapport devient de plus en plus important lorsqu'il s'agit d'élaborer des stratégies efficaces en matière de santé.

2. Documentation et méthodes

En raison de la diversité et de la complexité de la documentation et des méthodes utilisées dans la préparation d'estimations des coûts qu'entraîne la maladie utilisées dans le présent document, une description détaillée des sources d'information et des méthodologies utilisées pour chacune des composantes figure dans les annexes. Les tableaux des résultats de l'Annexe I comprennent des renvois explicatifs en bas de page ainsi que des informations sur les principales sources de données pour chaque composante de coût. L'Annexe II comprend des informations plus détaillées. La liste de références énumère également les sources d'information pour le rapport complet. La brève description de la documentation et des méthodes utilisées qui suit ne sert que de guide général.

À moins d'avis contraire, les composantes liées au coût examinées dans la présente étude économique de la maladie sont classifiées par catégorie de diagnostic en fonction de la terminologie définie dans la Section 7.0 de l'Annexe II, selon les 18 principaux titres de chapitre de la neuvième révision de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé. Quatre sous-catégories de maladies particulières importantes ont également été isolées lorsque c'était possible. Malheureusement, il n'a pas toujours été possible de déterminer la répartition des coûts par catégorie de maladie.

Le présent rapport fait sienne l'approche axée sur le capital humain pour l'estimation des coûts économiques des maladies; cette approche permet de traduire la morbidité et la mortalité prématurées en coûts directs et indirects imputés à la société. Malgré la controverse dont fait l'objet l'estimation des coûts indirects, l'approche axée sur le capital humain est toujours la méthode la plus plausible disponible à l'heure actuelle. Si l'inclusion des coûts indirects peut introduire un biais dans l'estimation des coûts globaux en raison de la limitation des données relatives aux coûts directs et indirects, son exclusion ferait en sorte que le fardeau économique que la maladie fait peser sur la société serait terriblement sous-estimé.

L'article de Rice, Hodgson et Kopstein publié en 1985, «The economic costs of illness: a replication and update», analyse des coûts imputés par la maladie à la société américaine, constitue la principale source des méthodes utilisées dans le présent document. La méthodologie utilisée par les auteurs reflète les méthodes utilisées dans le rapport original, «Estimating the cost of illness», dans lequel a été élaboré l'approche axée sur le capital humain mentionnée ci-dessus (Rice, 1966). L'article de Collishaw et Myers, «Dollar estimates of the consequences of tobacco use in Canada, 1979», avait également recours à la méthodologie de Rice. Comme Collishaw et Myers se sont servis des publications de Statistique Canada et de l'Enquête Santé Canada pour obtenir leurs données, le rapport constituait un excellent guide pour nos travaux.

La publication du gouvernement québécois, *Objectif santé (Comité d'étude sur la promotion de la santé)*, a été la seule source canadienne que nous avons trouvée qui contenait une analyse économique de la maladie en ce qui concerne les coûts directs et indirects engendrés par chaque catégorie de maladie. Même si ces données ne provenaient que d'une seule province et qu'elles dataient du début des années 80, ce document constituait une source utile de comparaisons qui sera examinée plus dans la discussion.

3. Résultats

3.1 Coûts assumés par le consommateur canadien pour les médicaments

Au cours de l'année 1986, le coût total des médicaments distribués aux consommateurs canadiens par l'entremise de pharmacies et d'hôpitaux a été évalué à 3,6 milliards de dollars (Tableau 1, p. 16). Plus du tiers, (35,8 %) de ce total a été consacré à des médicaments utilisés pour le traitement des affections cardio-vasculaires (749 millions de dollars) et respiratoires (536 millions de dollars).

Les coronaropathies (191 millions de dollars) représentaient un quart (25,5 %) du coût en produits pharmaceutiques des affections cardio-vasculaires. Les médicaments utilisés pour traiter la bronchite chronique, l'emphysème et l'asthme totalisaient 105 millions de dollars et comptaient pour 19,6 % du montant dépensé à l'égard des affections respiratoires.

La classification supplémentaire de soins aux bien-portants, qui correspond dans ce cas seulement à la catégorie CIM-8 des affections spéciales et examens en l'absence de maladie, se répercutait également de façon importante sur le total des produits pharmaceutiques. Les consommateurs ont dépensé 330 millions de dollars (9,2 % des dépenses totales en médicaments) dans des pharmacies et des hôpitaux. Les médicaments de cette catégorie comprenaient les contraceptifs, le lait maternisé et certaines vitamines, substances biologiques et antipaludéens.

Il convient de répéter que le coût total des médicaments ne s'applique qu'aux médicaments achetés par les pharmacies et les hôpitaux. Les limites de cette estimation sont examinées plus en détail dans la discussion.

3.2 Frais médicaux

Le coût des services médicaux fournis par des médecins dans tout le pays a totalisé 6,98 milliards de dollars en 1986 (Tableau 2, p. 17). La classification supplémentaire CIM-9 des facteurs influant sur l'état de santé et des motifs de recours aux services de santé (appelées «soins aux bien-portants») constituait la catégorie de diagnostic principale de cette composante des soins de santé, avec des dépenses de 740 millions de dollars, soit 10,6 % du total des frais médicaux. L'examen médical général et les examens spéciaux entrent dans cette catégorie.

Parmi les autres facteurs principaux qui contribuaient aux soins médicaux, on retrouvait les affections respiratoires (9,1 %), les affections cardio-vasculaires (8,9 %), les maladies du système nerveux et des organes des sens (8,2 %), les affections génito-urinaires (7,6 %) et les affections mal définies (7,2 %). Chacune de ces catégories de maladie a engendré des coûts supérieurs à 500 millions de dollars.

Une somme supplémentaire de trois milliards de dollars a été dépensée en 1986 pour d'autres services professionnels de santé qui ne pouvaient être répartis par catégorie de maladie. Les coûts liés à ces services professionnels non fournis par un médecin sont exposés dans les dépenses de santé supplémentaires du Tableau 9 (p. 26) qui se trouve à la Section 3.9 des résultats. Dans le sommaire des résultats qui figurent à la Section 3.11, le grand total de 10 milliards de dollars consacrés aux dépenses en services professionnels (Figure 3, p. 7 et Tableau 11, p. 30) représente le coût combiné de soins médicaux fournis par des médecins et d'autres services professionnels.

3.3 Frais hospitaliers

Le total des frais hospitaliers pour 1986 a été évalué à 17,1 milliards de dollars (Tableau 3, p. 18). Ce montant ne comprend pas les coûts des médicaments fournis par les hôpitaux; ces derniers coûts ont été intégrés à l'estimation des frais de médicaments de la Section 3.1.

Ce sont les affections cardio-vasculaires qui, de loin, ont généré la plus grande dépense en frais hospitaliers, c'est-à-dire 3,5 milliards de dollars ou 20,7 % des dépenses totales. Suivaient les troubles mentaux, le cancer, les maladies de l'appareil digestif et les blessures, avec des dépenses de 1,8, 1,5, 1,4 et 1,35 milliard de dollars, respectivement. Les affections respiratoires et celles qui concernaient le système nerveux et les organes des sens ont également engendré des dépenses supérieures à un milliard de dollars en frais hospitaliers.

Avec un total combiné de 2,2 milliards de dollars, les sous-catégories diagnostiques des accidents cérébro-vasculaires (ACV) et des coronaropathies ont compté pour 12,9 % du total des dépenses liées à l'hospitalisation. Le diabète constituait 65 % (291 millions de dollars) des frais hospitaliers consacrés à la classe diagnostique des maladies endocriniennes et connexes.

3.4 Coûts liés à la recherche

Pour l'exercice financier de 1986-1987, on a évalué à 382 millions de dollars la somme qui a été dépensée au Canada en recherches sur la santé pouvant être classifiées par catégorie de maladie (Tableau 4, p. 19). La catégorie des maladies endocriniennes et connexes avait reçu la plus grande part (19 %) de ces dépenses de recherche, soit 72 millions de dollars. Le cancer, les affections cardio-vasculaires ainsi que les maladies du système nerveux et des organes des sens suivaient ensuite; pour ces catégories de maladie, on avait consacré à la recherche 54, 53 et 47 millions de dollars, respectivement.

Si l'on se fonde sur les sources de données utilisées pour le Tableau 4, c'est la catégorie diagnostique des blessures qui a reçu les plus faibles sommes consacrées à la recherche, soit environ un million de dollars, ce qui ne représente que 0,3 % du total des sommes consacrées à la recherche.

Les sous-catégories des coronaropathies (21,1 %) et des ACV (4,5 %) représentent ensemble plus du quart des sommes consacrées à la recherche sur les affections cardio-vasculaires. La recherche sur le diabète a accaparé pour sa part 11,7 % du total des sommes consacrées à la recherche sur les maladies endocriniennes, alors que la bronchite chronique, l'emphysème et l'asthme n'ont obtenu que 1,1 % des sommes totales consacrées à la recherche sur les affections respiratoires.

Une somme supplémentaire (71 millions de dollars en 1985-1986) consacrée à la recherche biomédicale n'a pu être classifiée en fonction de la classe diagnostique et est par conséquent incluse dans la Section 3.9. Cette somme est

incluse dans le grand total des dépenses en recherche figurant dans la Section 3.10, sommaire des résultats.

3.5 Pensions et prestations

3.5.1 Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec

On estime à 949 millions de dollars la somme totale et nette des paiements accordés en pensions d'invalidité par le Régime de pensions du Canada et le Régime de rentes du Québec (RPC/RRQ) pour 1986 (Tableau 5A, p. 20). Les paiements relatifs à des affections musculo-squelettiques (275 millions de dollars) et cardio-vasculaires (247 millions de dollars) comptaient ensemble pour plus de la moitié (55,1 %) du total. Les troubles mentaux étaient responsables de paiements d'invalidité de 99 millions de dollars versés par le RPC/RRQ, ce qui représentait une part importante, soit 10,5 %.

En outre, le RPC/RRQ a consacré en 1986 une somme supplémentaire de 1,7 milliards de dollars à des paiements liés à la santé qui ne pouvaient être répartis par catégorie de maladie (Tableau 5B, p. 21). Ces paiements nets comprenaient des pensions aux survivants (1,3 milliards de dollars), des prestations forfaitaires de décès (160 millions de dollars), des pensions aux orphelins (131 millions de dollars) ainsi que des prestations aux enfants de cotisants invalides (77 millions de dollars). Du fait qu'elles ne pouvaient être réparties dans des catégories diagnostiques, ces sommes ont été inscrites dans les dépenses supplémentaires de santé de la Section 3.9 (Tableau 9). Elles ont également été incluses au grand total des pensions et prestations résumées dans la Section 3.10.

3.5.2 Assurance-chômage

Les prestations d'assurance-chômage liées à la santé ont totalisé 715 millions de dollars en 1986 (Tableau 5C, p. 21). Ces paiements n'ont pas été ventilés selon le diagnostic. Les prestations de maladie comptaient pour 242 millions de dollars, somme qui a été ajoutée aux dépenses supplémentaires non classifiées de santé de la Section 3.9. Nous avons également choisi d'inclure des prestations d'assurance-chômage de maternité de 473 millions de dollars dans le présent rapport bien que la grossesse ne soit pas une maladie. Ces prestations de maternité étaient incluses dans la catégorie grossesse de la composante pensions et prestations du Tableau 10 (p. 28). Les deux catégories de prestations d'assurance-chômage liées à la santé font partie du grand total des pensions et prestations de la Section 3.10.

3.5.3 Accidents de travail

Les dépenses nationales au titre des accidents de travail (invalidité temporaire, pensions aux travailleurs et prestations de décès) ont totalisé 2,7 milliards de dollars en 1986 (Tableau 5D, p. 22). La quasi-totalité (96,5 %) de cette somme a été consacrée à la catégorie diagnostic des blessures. Par contre, les affections musculo-squelettiques ne représentaient que 2,1 % du coût total, soit 57 millions de dollars.

Les sommes consacrées aux prestations de soins de santé pour accident de travail n'ont pas été inscrites dans ce total. Une somme évaluée à 380,8 millions de dollars pour le paiement de prestations de soins de santé pour accident du travail a été incorporée à la plupart des autres composantes de coût direct de maladie, et n'a pas fait l'objet d'une écriture distincte dans le présent rapport (Santé et Bien-être social Canada, 1990).

3.6 Perte de revenus futurs en raison de décès prématuré

La perte de revenus futurs par les personnes qui meurent prématurément représente l'un des plus grands coûts indirects de la maladie. En 1986, la valeur en dollars actuels de la perte de revenus futurs causée par la mortalité prématurée au Canada a été évaluée à 25,6 milliards de dollars, en fonction de l'espérance de vie normale à l'âge du décès (Tableau 6, p. 23). Aucune distinction n'a été faite entre les personnes qui faisaient partie de la population active au moment de leur décès et celles dont ce n'était pas le cas.

Les affections cardio-vasculaires ont compté pour la plus grande proportion (31,9 %) de cette perte de productivité future, avec une valeur évaluée à 8,2 milliards de dollars. Suivaient les catégories diagnostiques du cancer et les blessures, avec des pertes respectives de 7,1 et de 4,8 milliards de dollars. Ces trois principales catégories représentaient ensemble 78,9 % de la valeur en dollars actuels de revenus perdus en raison de décès prématuré. Les pertes de revenus futurs entraînées par les affections respiratoires (1,3 milliards de dollars) et les maladies de l'appareil digestif (1 milliard de dollars) étaient responsables ensemble de 8,9 % de la perte totale.

La sous-catégorie des coronaropathies constituait une préoccupation majeure; les pertes des personnes qui en étaient mortes prématurément étaient évaluées à 5,3 milliards de dollars, soit 20,8 % des pertes totales pour toutes les maladies réunies. Si on y ajoute les ACV (1,2 milliards de dollars), ces deux affections représentent ensemble 79,5 % des pertes de revenus futurs causées par toutes les affections cardio-vasculaires.

Les accidents de la circulation ont causé pour leur part 6,3 % du total des pertes de revenus futurs; ces accidents comptent pour un tiers des pertes de revenus en raison de décès prématuré causé par des blessures. Les décès prématurés attribuables au diabète représentaient pour leur part 55,5 % des pertes de revenus futurs causées par les maladies endocriniennes et connexes. La bronchite chronique, l'emphysème et l'asthme représentaient 51,2 % des pertes de revenus attribuables à une mortalité prématurée causée par des affections respiratoires.

3.7 Valeur annuelle du temps perdu en raison d'invalidité chronique

La perte de productivité causée par l'invalidité ou la maladie, qu'elle soit temporaire ou à long terme, représente l'autre composante majeure des coûts indirects de la maladie. Au cours de l'année 1986, on a estimé à 19 milliards de dollars la valeur annuelle de temps perdu en raison d'une invalidité à long terme (Tableau 7, p. 24). Une personne était définie comme souffrant d'invalidité chronique lorsqu'elle présentait une incapacité ou une capacité restreinte de réaliser une activité importante ou mineure telle que définie dans l'Enquête Santé Canada (Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada, 1983). Toute limitation d'activité était comprise dans cette catégorie, plutôt que la seule participation restreinte à la population active, et tous les groupes d'âge étaient aussi inclus. Toutefois, si l'on avait utilisé les limites d'âge de 75 et 65 ans, les valeurs respectives en pertes de revenu se seraient établies à 16,7 et 13,9 milliards de dollars, respectivement.

L'Enquête Santé Canada portait sur l'invalidité liée à des problèmes de santé particuliers qui ne s'inscrivaient pas dans les catégories diagnostiques de la CIM-9. Si l'on se fonde sur les résultats de l'Enquête, la cause principale d'invalidité chronique était une combinaison d'arthrite, de rhumatisme et d'affections

touchant les membres et les articulations. Ces problèmes musculo-squelettiques représentent 6,1 milliards de dollars en pertes de revenu en 1986, soit 31,9 % du total.

Les «autres» problèmes de santé qui n'étaient pas assez importants pour faire l'objet d'une catégorie individuelle, arrivaient ensemble au deuxième rang de la perte de revenu, soit 4,4 milliards de dollars ou 23 % du total annuel. Suivaient l'hypertension et les affections cardiaques, avec un coût indirect de 3,3 milliards de dollars, soit 17,4 % de la valeur totale de temps perdu en raison d'invalidité chronique.

3.8 Valeur annuelle de temps perdu en raison d'invalidité temporaire

Le coût indirect de l'invalidité temporaire a également été mesuré en fonction de l'Enquête Santé Canada, qui recensait l'invalidité à court terme durant les deux semaines précédant l'entrevue. La valeur annuelle de temps perdu en raison d'invalidité à court terme a été évaluée à 2,4 milliards de dollars en 1986 (Tableau 8, p. 25). Comme c'était le cas de l'invalidité chronique dans les sections précédentes, tous les genres de limitation d'activités (au sein et à l'extérieur de la population active) et tous les groupes d'âge ont été inclus dans cette évaluation. Si l'on avait plutôt appliqué des limites d'âge de 75 et 65 ans, le temps perdu aurait représenté 2,2 et 2 milliards de dollars, respectivement.

Les affections respiratoires aiguës, l'influenza, la bronchite, l'emphysème et l'asthme ont représenté la plus grande perte de productivité attribuable à l'invalidité à court terme. Ces problèmes respiratoires étaient responsables d'environ un tiers (33,8 %) du total, soit 0,8 milliard de dollars.

La classification des «autres» problèmes de santé peu importants de l'Enquête Santé Canada arrive au deuxième rang de l'invalidité temporaire; le temps perdu représentait 0,6 milliard de dollars, soit 23,1 % du coût global. L'arthrite, le rhumatisme et les affections des membres et des articulations représentaient des pertes d'invalidité à court terme de 0,3 milliard de dollars, soit 11,7 % du total.

3.9 Dépenses directes supplémentaires pour la santé

Les dépenses directes supplémentaires pour la santé, qui ne pouvaient être réparties selon des catégories de maladie, représentaient une somme substantielle de 18 milliards de dollars en 1986. Ces dépenses supplémentaires ont été regroupées dans les composantes de coût majeures du Tableau 9 (p. 26) : pensions et prestations, 2,8 milliards de dollars; composante liée aux soins de santé, 9,3 milliards de dollars; composante administrative, 6 milliards de dollars.

La composante liée aux soins de santé réunissait les services en établissement et services connexes (5,3 milliards de dollars), les services professionnels (3 milliards de dollars) et les appareils médicaux (1 milliard de dollars). Les établissements non hospitaliers seuls comptaient pour 4,5 milliards de dollars, et les services professionnels de dentiste représentaient la somme appréciable de 2,4 milliards de dollars.

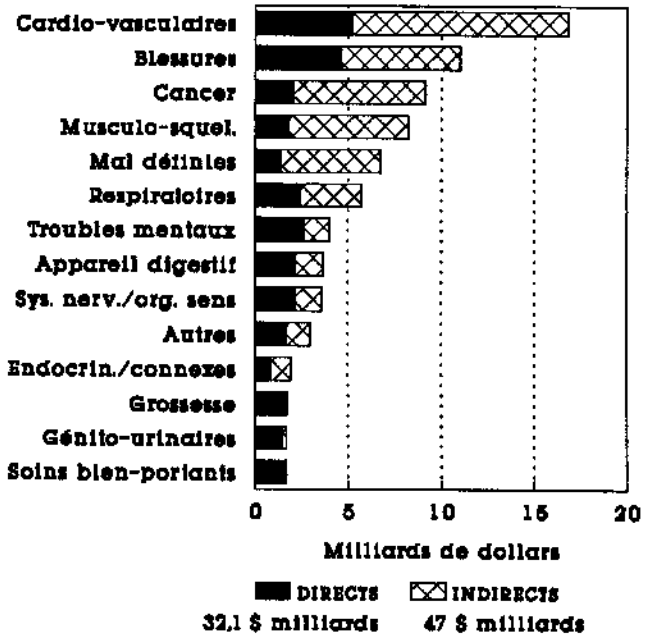
Les dépenses principales de la composante administrative avaient trait aux dépenses en capital des établissements médicaux (2,1 milliards de dollars) et aux coûts de santé publique (2 milliards de dollars). Les autres dépenses administratives avaient trait aux écoles de médecine et de médecine dentaire, à l'administration préalable aux versements des prestations d'assurance et aux coûts de santé divers liés à la formation des travailleurs de la santé, aux organismes bénévoles de la santé et aux dépenses d'hygiène du travail. Une somme additionnelle consacrée à la recherche en 1985-1986 a également été incluse dans cette catégorie, et représente 71 millions de dollars affectés à la recherche biomédicale dans des facultés de médecine canadiennes, somme qui provient de sources de financement qui n'étaient pas inscrites dans les dépenses consacrées à la recherche sur la santé ventilées en fonction de la catégorie diagnostique du Tableau 4.

3.10 Sommaire des résultats

Le Tableau 10 (p. 28) présente un résumé de coûts directs et indirects de la maladie qui pouvaient être répartis selon la catégorie diagnostique. Ces coûts représentaient une somme de 79,2 milliards de dollars en 1986. Ils ne comprenaient pas les dépenses directes supplémentaires inclassables dont on a parlé dans la section précédente.

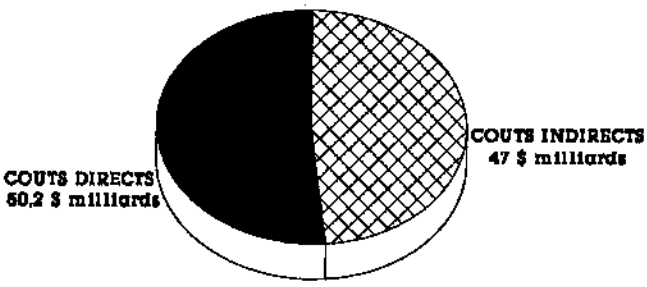
Les affections cardio-vasculaires ont compté pour plus du cinquième (21,3 %) des coûts totaux classables en fonction de la maladie, ce qui en fait la catégorie globale la plus onéreuse, avec des coûts directs de 5,2 milliards de dollars et des coûts indirects de 11,6 milliards de dollars. Les blessures arrivaient au second rang avec un coût total de 11 milliards de dollars : les coûts directs s'établissaient à 4,6 milliards et les coûts indirects à 6,4 milliards. Le cancer suivait ensuite avec un coût total de 9,1 milliards de dollars : les coûts directs totalisaient 2 milliards de dollars, et les coûts indirects, 7,1 milliards de dollars. La Figure 1 illustre la répartition des coûts directs/indirects pour toutes les catégories de maladies dont les coûts totaux étaient supérieurs à un milliard de dollar.

Figure 1
COUT DE LA MALADIE PAR CATÉGORIE DE MALADIE, CANADA 1986



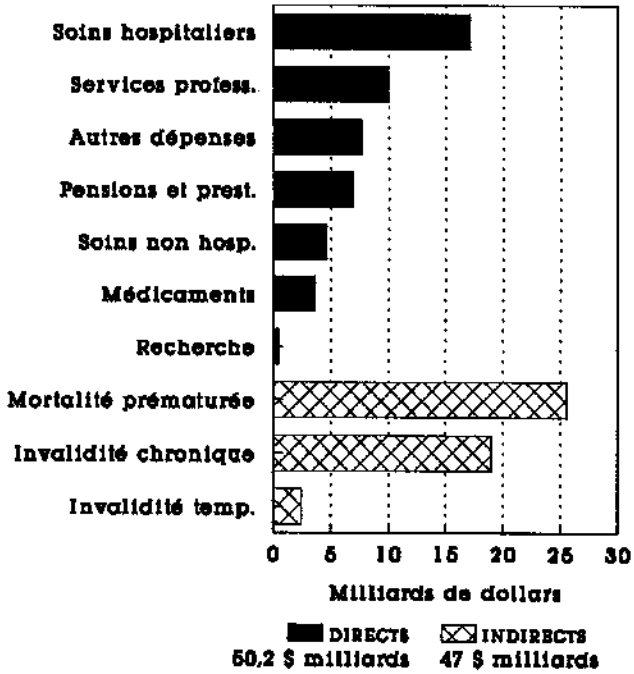
Source : Tableau 10
Selon les catégories de la CIM-9.

Figure 2
GRAND TOTAL DU COUT DE LA MALADIE, CANADA 1986



TOTAL = 97,2 $ MILLIARDS

Figure 3
GRAND TOTAL DES COMPOSANTES DE COUT DE LA MALADIE, CANADA 1986



Source : Tableau 11

On peut constater à la Figure 2 que le fardeau économique total de la maladie pour 1986 s'établissait à 97,2 milliards de dollars, ce qui comprend les coûts directs de 50,2 milliards de dollars (51,6 %) et les coûts indirects de 47 milliards (48,4 %). On a ajouté à ce grand total les dépenses supplémentaires directes de 18 milliards de dollars qui ne pouvaient être réparties selon la catégorie de maladie.

L'importance relative des principales composantes du coût de la maladie sont illustrées à la Figure 3 et décrite au Tableau 11 (p. 30). Les soins hospitaliers représentaient la composante directe distincte la plus onéreuse, avec une somme de 17,1 milliards de dollars, soit 17,6 % du grand total. Suivait ensuite l'ensemble des services professionnels (10 milliards de dollars, 10,3 %), les autres dépenses diverses liées à la santé (7,7 milliards de dollars, 7,9 %) et l'ensemble des pensions et prestations liées à la santé (6,9 milliards de dollars, 7,1 %). Le secteur de la recherche représentait le coût direct le plus bas, soit 0,5 milliard de dollars ou 0,5 % du grand total. Les principales composantes de coûts indirects étaient la perte de revenus futurs en raison de décès prématuré, évaluée à 25,6 milliards de dollars, soit 26,3 % du grand total, ainsi que les 19 milliards de dollars représentant le temps perdu en raison d'invalidité chronique et qui comptaient pour 19,6 % du coût total de la maladie.

4. Discussion

L'objectif du présent rapport consistait à évaluer systématiquement les répercussions économiques de la maladie au Canada en 1986. À l'aide de l'approche axée sur le capital humain, on a traduit la morbidité et la mortalité prématurée en coûts directs et indirects pour la société. Les coûts directs comprenaient les dépenses liées aux médicaments, aux soins médicaux fournis par les médecins et d'autres professionnels, les soins hospitaliers, la recherche, les pensions et prestations, les soins hors établissements et les services connexes, les appareils médicaux et diverses dépenses administratives liées à la santé. Les coûts indirects comprenaient la perte de revenus futurs causée par un décès prématuré et la valeur de la productivité perdue en 1986 en raison d'invalidité chronique ou temporaire. Même s'il n'a pas été possible de répartir en catégories de diagnostic la totalité des composantes de coûts directs, nous avons pu déterminer les coûts directs et indirects en fonction de la catégorie de maladie à l'égard d'environ 81 % des 97,2 milliards de dollars qui représentaient une évaluation du coût total de la maladie.

Le rapport entre les coûts directs et indirects variait considérablement d'une catégorie de maladie à l'autre. La possibilité de réduire les coûts directs en éliminant une classe de maladie ou une affection particulière où le rapport est supérieur à un serait relativement plus grande que pour les maladies dont le rapport est inférieur à un.

Les affections cardio-vasculaires, classe de maladies la plus onéreuse, présentaient un rapport entre les coûts directs et indirects de 0,4 (5,2/11,6 milliards de dollars). La catégorie suivante, les blessures, présentait un rapport de coût de 0,7 (4,6/6,4 milliards de dollars). Le rapport ayant trait au cancer, groupe de maladie qui arrivait au troisième rang en ce qui concerne le coût, s'établissait à 0,3 (2/7,1 milliards de dollars). En fait, les six catégories de maladie les plus onéreuses obtenaient toutes un rapport entre les coûts directs et indirects inférieurs à un, ce qui est une preuve de l'énorme fardeau économique que les coûts indirects de la maladie posent sur la société et les citoyens.

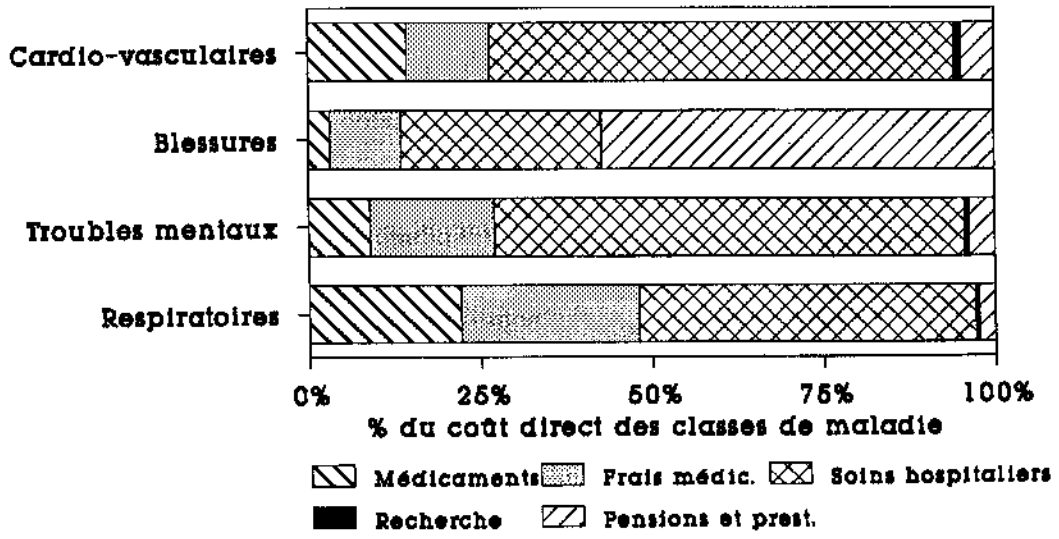
Par contre, certaines maladies étaient plus onéreuses si on considérait leurs coûts directs. Si l'on excepte la grossesse, le rapport entre les coûts directs et indirects le plus élevé concernait les affections génito-urinaires (6,4), les affections cutanées et connexes (6,0) et les affections infectieuses et parasitaires (2,8). Chacune de ces catégories de maladie représentait moins de 2 milliards de dollars en coûts totaux.

Une analyse distincte des coûts directs et indirects a révélé que l'importance relative de chaque composante de coût variait également en fonction du genre de maladie. La Figure 4 illustre la distribution en pourcentage à l'égard des composantes de coûts directs des quatre classes de maladie dont le coût direct était le plus élevé. Pour les affections cardio-vasculaires et les troubles mentaux, les soins hospitaliers comptaient à eux seuls pour presque 70 % du total des coûts directs. La proportion des coûts directs attribuée aux dépenses en médicaments était aussi élevée que 22 % pour les affections respiratoires, comparativement à seulement 3,1 % pour les blessures. Les pensions et prestations représentaient plus de la moitié (57 %) des coûts directs totaux liés aux blessures, une proportion beaucoup plus importante que pour toute autre catégorie de maladie. En comparaison, la part consacrée à la recherche des coûts directs liés aux blessures ne s'établissait qu'à 0,3 %, proportion qui n'apparaît même pas sur le graphique.

La proportion extrêmement faible d'argent consacré à la recherche se

Figure 4

COMPOSANTES DE COUT DIRECT POUR LES MALADIES A COUTS DIRECTS LES PLUS ÉLEVÉS



retrouvait dans toutes les catégories; cette composante ne comptait que pour 1 % des coûts directs de toutes les maladies réunies. La part de la recherche en coûts directs et en coûts totaux pour chacune des catégories de maladie est illustrée dans les Figures 5 et 6, respectivement. Les maladies endocriniennes et connexes ainsi que les maladies sanguines ont été exclues en raison des limitations de nos évaluations quant à la recherche en ce domaine. Les dépenses consacrées à la recherche dans ces deux catégories étaient exagérément élevées du fait qu'elles contenaient une grande part de recherches fondamentales et immunologiques qu'on ne pouvait relier de façon exacte à une affection particulière. Les maladies infectieuses et parasitaires comptaient par conséquent pour la proportion la plus élevée des dépenses de recherche, principalement en raison de la recherche sur le sida. La part de recherche liée aux affections mal définies était trop basse pour apparaître dans l'un ou l'autre graphique.

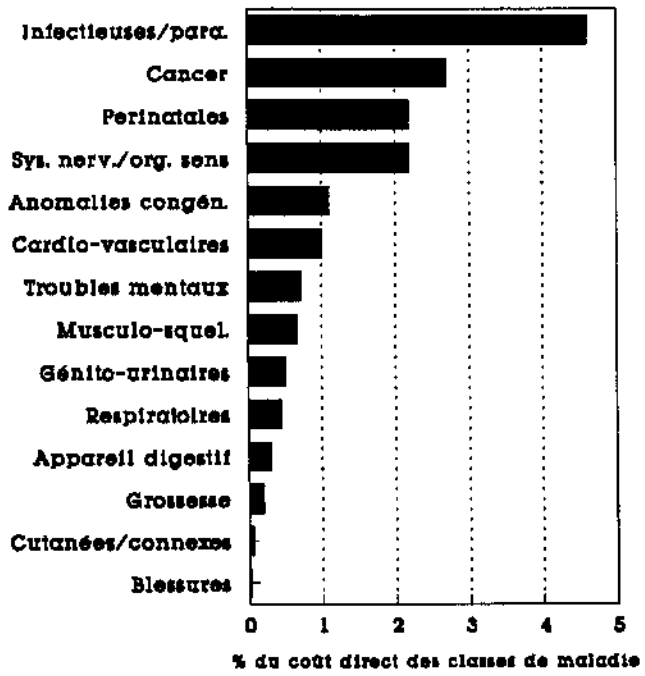
Dans l'ordre, ce sont les affections cardio-vasculaires, le cancer, les affections musculo-squelettiques et les blessures qui engendraient les coûts indirects les plus élevés. Comme l'illustre la Figure 7, au moins 70 % des coûts indirects des affections cardio-vasculaires et des blessures résultaient des pertes de revenus futurs entraînées par le décès prématuré, et il semble que c'était là la seule composante de coûts indirects liés au cancer. Toutefois, le cancer entraîne souvent une invalidité relativement temporaire, qui, souvent, n'était pas signalée dans des enquêtes du genre de l'Enquête Santé Canada, laquelle est le fondement des données indirectes concernant l'invalidité utilisées dans le présent rapport. Par contre, la presque totalité (94,3 %) des coûts indirects liés aux affections musculo-squelettiques étaient attribuables à la perte de productivité causée par l'invalidité chronique.

La variation dans la distribution des composantes de coût d'une catégorie de maladie à l'autre est encore mieux illustrée dans les Figures 8 à 13, qui font ressortir l'importance relative de chaque composante de coûts directs et indirects à l'égard des six catégories de maladie où les coûts totaux ont été les plus élevés (à l'exclusion des affections mal définies). Les figures illustrent la nature distincte de chaque catégorie de maladie.

On peut procéder à certaines comparaisons entre notre étude nationale et l'analyse économique de la maladie qui faisait partie intégrante du rapport du gouvernement québécois intitulé *Objectif santé (Comité d'étude sur la promotion de la santé)* [Québec, 1984]. Il faut garder à l'esprit que les dépenses directes du Québec pour la santé, qui s'établissaient à 7,5 milliards de dollars dans ce rapport étaient pour l'année 1982, alors que les coûts indirects de 4,5 milliards de dollars étaient fondés sur des données relatives à la période de 1980-1981.

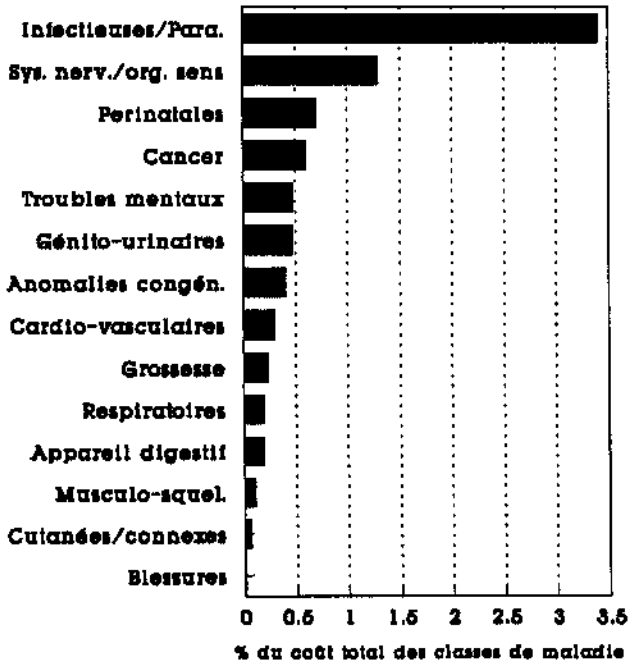
La répartition en pourcentage des coûts directs en fonction des catégories diagnostiques était très semblable au Québec et dans tout le Canada pour la plupart des maladies, et on ne relevait dans les parts relatives qu'un écart de 2 % ou moins. Toutefois, en ce qui concerne trois groupes de maladie, on a relevé des différences importantes dans la proportion de dépenses directes. Au Québec, les troubles mentaux étaient la catégorie de maladie la plus onéreuse,

Figure 5
PART DE RECHERCHE DES COUTS DIRECTS PAR CATÉGORIE DE MALADIE, CANADA 1986



Source : Tableau 10

Figure 6
PART DE RECHERCHE DES COUTS TOTALS PAR CATÉGORIE DE MALADIE, CANADA 1986



Source : Tableau 10

Figure 7
COMPOSANTES DE COUT INDIRECT DES MALADIES A COUTS INDIRECTS LES PLUS ÉLEVÉS

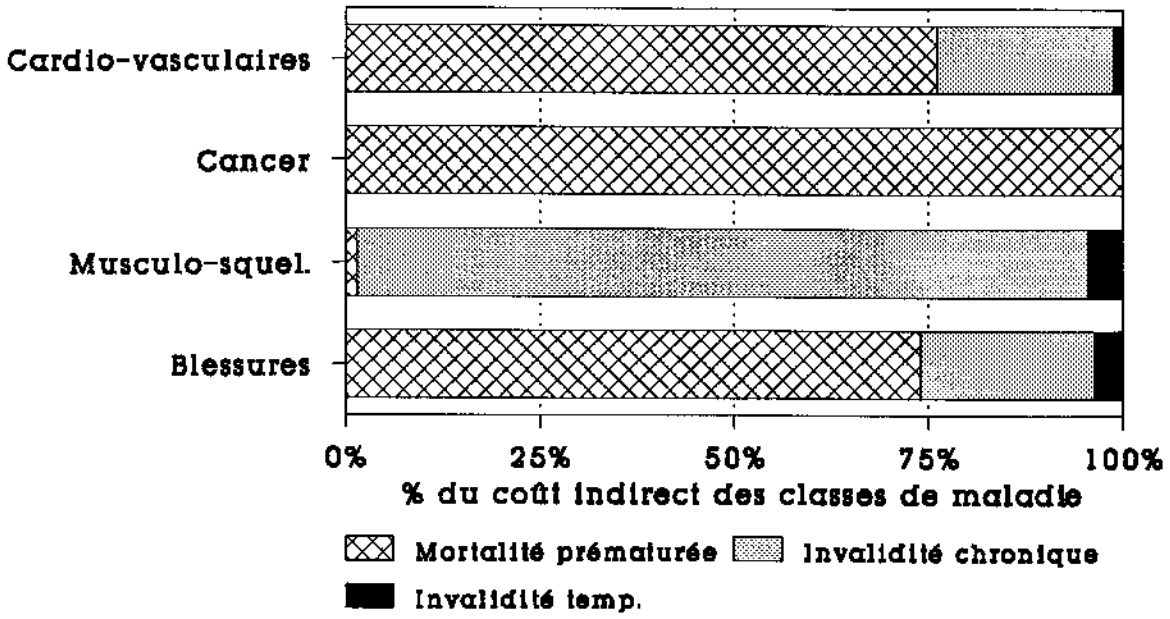
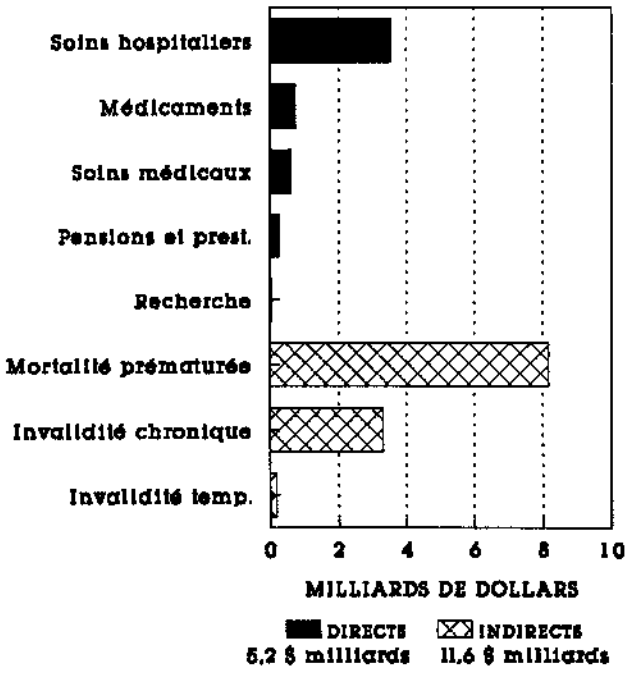
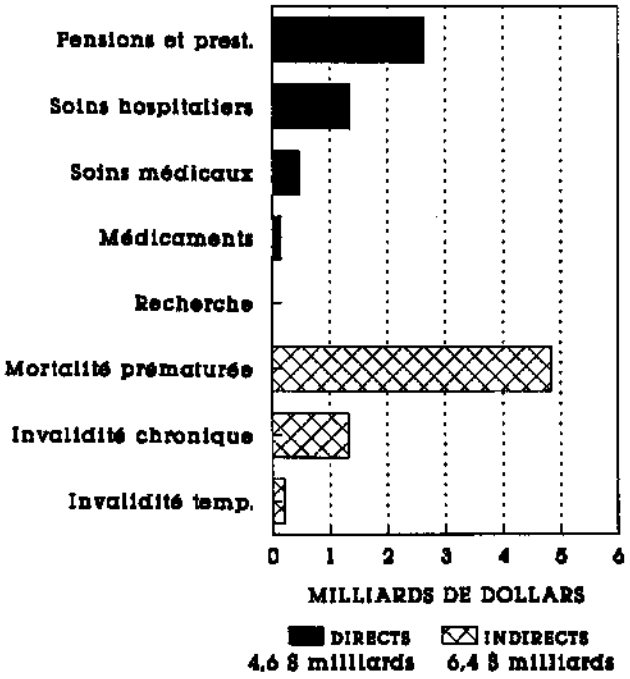


Figure 8
COMPOSANTES DE COUTS DES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES, CANADA 1986



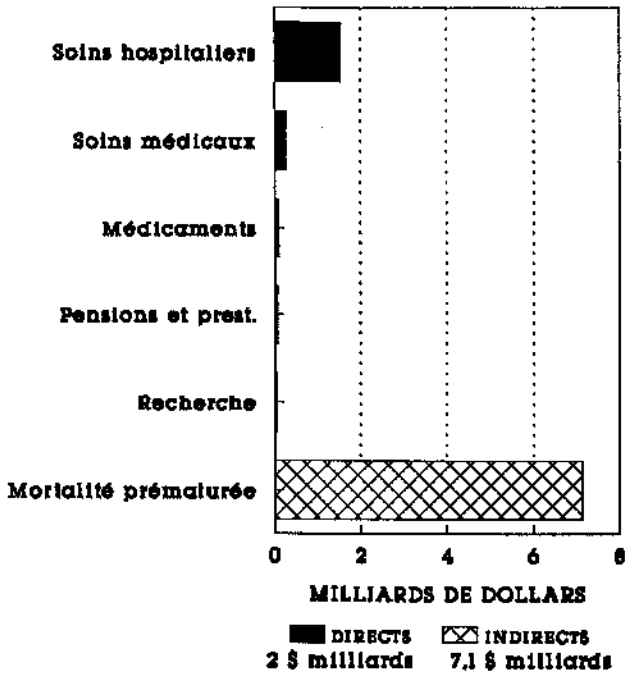
Source : Tableau 10

Figure 9
COMPOSANTES DE COUTS DES BLESSURES, CANADA 1986



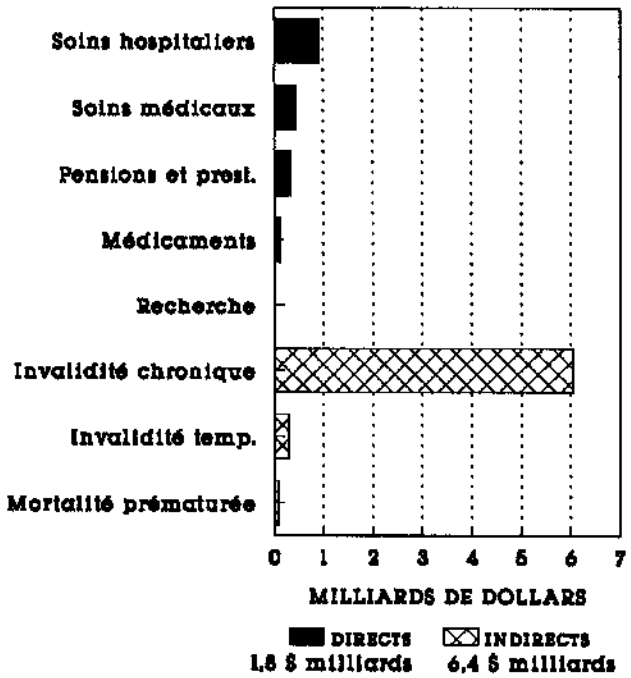
Source : Tableau 10

Figure 10
COMPOSANTES DE COUTS DU CANCER, CANADA 1986



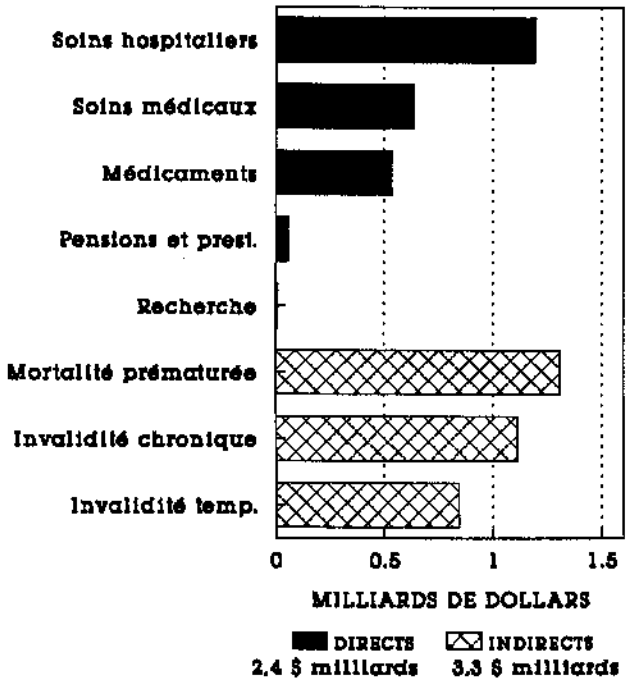
Source : Tableau 10

Figure 11
COMPOSANTES DE COUTS DES MALADIES MUSCULO-SQUELETTIQUES, CANADA 1986



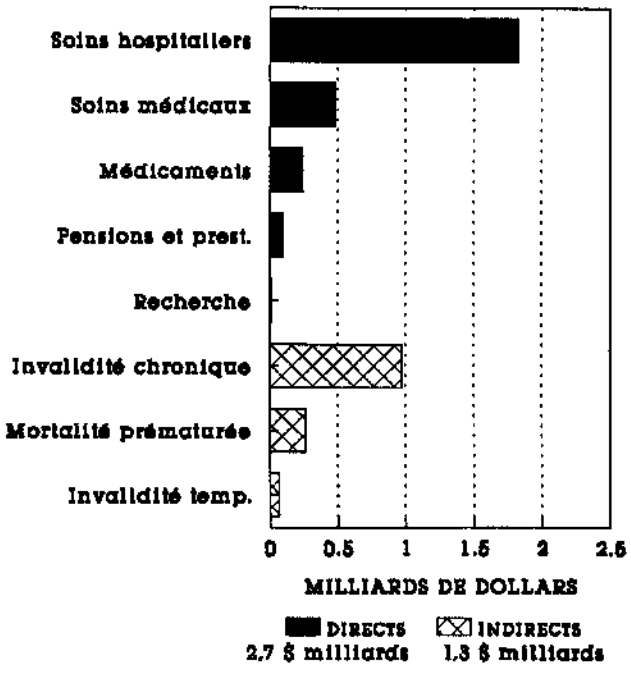
Source : Tableau 10

Figure 12
COMPOSANTES DE COUTS DES MALADIES RESPIRATOIRES, CANADA 1986



Source : Tableau 10

Figure 13
COMPOSANTES DE COUTS DES TROUBLES MENTAUX, CANADA 1986



Source : Tableau 10

comptant pour 17,9 % des coûts directs de la province en matière de santé, comparativement à 8,3 % pour le Canada. Les maladies de l'appareil digestif venaient au second rang au Québec en ce qui concerne les dépenses directes, mais n'arrivaient qu'au cinquième rang pour l'ensemble du Canada. Les blessures arrivaient au second rang au Canada, avec 14,4 % des coûts directs nationaux, alors que le Québec n'a consacré que 6,2 % de ses dépenses directes à cette catégorie, qui arrivait en sixième place.

En ce qui concerne les dépenses indirectes, les affections cardio-vasculaires étaient les plus onéreuses, tant au Québec qu'au Canada, et les affections musculo-squelettiques arrivaient au troisième rang. Par contre, les blessures arrivaient au second rang des dépenses indirectes au Québec, mais seulement au quatrième rang au Canada. Le cancer arrivait au second rang en ce qui concerne les coûts indirects au Canada, mais seulement au cinquième rang au Québec.

L'analyse économique de la maladie ne comprend généralement pas la détérioration de la qualité de vie, souvent traduite en coûts psychosociaux. La douleur et l'angoisse suscitées par une mort imminente, la perte de la parole ou d'une partie du corps, le défigurement et l'invalidité peuvent avoir un effet dévastateur sur les victimes, et les personnes qui les entourent peuvent souffrir de dépendance économique, d'isolement social, perdre des occasions de promotion et de formation et devoir faire face malgré eux à de gros changements dans leur vie (Rice, Hodgson, Kopstein, 1985). Nous avons été incapables d'attribuer une valeur monétaire aux effets psychosociaux de la maladie pour les victimes, pour leur famille, amis et pourvoyeurs de soins. Toutefois, comme le suggère le rapport québécois, toute décision politique concernant le domaine de la santé devrait explicitement prendre en compte ces coûts psychosociaux.

Certaines données contenues dans notre rapport étaient affectées de limites dont il convient de discuter. Si l'on veut poursuivre l'analyse des coûts indirects, il convient de souligner que le recours au revenu moyen comme mesure de la perte de productivité peut ne pas fournir la valeur la plus exacte parce qu'il ne permet pas de mesurer les résultats réels. Du fait que le revenu moyen est inférieur à la productivité moyenne, les coûts indirects que nous avons calculés constituent probablement une estimation prudente de la perte de la productivité. De plus, le revenu annuel moyen en fonction de l'âge et du sexe des personnes a été établi tant à l'égard de celles qui font partie de la population active qu'à l'égard de celles dont ce n'est pas le cas. Par conséquent, ces données pourraient être améliorées si l'on déterminait la valeur économique du travail ménager ainsi que du travail d'autres personnes qui ne font pas partie de la population active.

On a dû faire face à certains problèmes quant à l'établissement de la composante invalidité des coûts indirects obtenus à partir des données de l'Enquête Santé Canada. Tout d'abord, les autochtones habitant dans des réserves ainsi que la population des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon n'ont pas été inclus dans l'Enquête. Autre difficulté, les jours d'invalidité figurant dans la section consacrée à l'invalidité d'une période de deux semaines de l'Enquête (Section I) étaient fréquemment les mêmes que ceux qui concernaient la population souffrant de limitations d'activité identifiées ailleurs dans l'Enquête (Section V). Bien qu'on ait rajusté les résultats afin d'éviter un double comptage dans nos estimations des coûts liés à l'invalidité à court et à long termes, les enquêtes futures auront avantage à tenir compte de ce problème. De plus, l'estimation des coûts indirects liés aux blessures était prudente dans la mesure où l'on considère les coûts liés à l'invalidité. Ce défaut tient à la part d'invalidité attribuable à des blessures, part qui a été énormément sous-estimée dans l'Enquête Santé Canada, où l'on ne demandait qu'une seule question concernant la cause de la limitation d'activités. Dans l'Enquête Santé Québec, la part d'invalidité attribuable à une cause accidentelle doublait lorsqu'on posait une question supplémentaire pour savoir si la limitation d'activités était attribuable à un accident ou à une blessure. La population placée en établissement faussait également les données liées à l'invalidité. Bien que nous ayons ajouté des données supplémentaires à celles de l'Enquête Santé Canada, qui ne fournissait aucune information concernant les patients hospitalisés durant plus de 90 jours, notre estimation de la perte de productivité chez la population des établissements de soins de longue durée concernait uniquement les déficients mentaux. Par conséquent, les malades chroniques des foyers de soins infirmiers et d'autres établissements du même genre n'ont pas été pris en compte. La valeur de la perte de productivité attribuable à ces personnes devra être évaluée dans des études ultérieures.

Il y avait également certaines limites concernant les estimations liées à la composante de coût direct du présent rapport. Tout d'abord, les dépenses totales en médicaments (3,6 milliards de dollars) se limitaient aux médicaments achetés par les pharmacies et les hôpitaux, parce qu'il s'agissait de la seule source de données nationale sur les médicaments qui permettait une répartition en fonction de la catégorie de maladie (Bureau de la surveillance pharmaceutique, 1987). Une autre source a utilisé des méthodes différentes afin de fournir une autre estimation du coût total des médicaments pour 1986 et a obtenu un chiffre supérieur de 1,3 milliard de dollars à celui que nous avons obtenu, sans compter le coût des médicaments fournis par les hôpitaux (Santé et Bien-être social Canada, 1990). Cette différence énorme fait ressortir le fait qu'il faudra dans les études ultérieures déterminer la façon la plus fiable d'évaluer le coût des médicaments en fonction de la classe de maladie. Le total des coûts liés aux médicaments qui figure dans le présent rapport est probablement sous-évalué, particulièrement en ce qui concerne les médicaments en vente libre vendus ailleurs que dans les pharmacies.

En raison du manque de données utilisables provenant d'autres provinces, la répartition en pourcentage en fonction de la catégorie de maladie des dépenses de soins médicaux prodigués par des médecins était fondée sur les données d'une seule province, savoir le Manitoba. C'était également le cas pour les paiements d'accident du travail inclus dans la composante de pensions et prestations, qui reflétaient la répartition des coûts en Ontario.

Pour évaluer la répartition des coûts des soins hospitaliers, on s'est servi du coût moyen de l'hospitalisation par jour-patient. Le traitement des affections cardio-vasculaires et du cancer peut supposer un diagnostic et des régimes thérapeutiques complexes et coûteux, comme la chimiothérapie et les soins intensifs en unités coronariennes; partant, le coût de traitement de ces affections dans les hôpitaux est plus élevé que la moyenne (Collishaw, Myers, 1984). On en serait donc arrivé à une sous-estimation des frais hospitaliers à l'égard de ces deux catégories de

maladie. De la même manière, on peut avoir surestimé les frais hospitaliers à l'égard de certaines autres maladies.

Les estimations liées aux dépenses de recherche s'accompagnaient aussi de limites. Le grand total de 453 millions de dollars qui figure au Tableau 11 est une combinaison des données de 1987-1988 en dollars de 1986-1987 (Tableau 4), et de données de 1984-1985 qui n'ont pas été converties en dollars de 1986 (Tableau 10). Ce grand total ne regroupe pas tous les organismes qui ont consacré des sommes à la recherche sur la santé au Canada et constitue par conséquent une sous-estimation. Toutefois, il fournit une image claire de la plus grande part des dépenses de recherche, et fait ressortir la paucité des sommes consacrées à la recherche, par rapport aux autres composantes de coût direct.

En résumé, les limites des données décrites montrent que dans plusieurs secteurs, on peut avoir sous-estimé les coûts directs et indirects de la maladie dans le présent rapport. Par conséquent, la somme de 97,2 milliards de dollars est une estimation conservatrice du coût total de la maladie, de l'invalidité et des décès prématurés au Canada en 1986. Toutefois, en dépit des limites des données, la proportion relative des coûts alloués aux diverses maladies et composantes de coût devrait fournir un aperçu utile du fardeau économique de la maladie dans la société canadienne.

5. Liste de références

L'Association des facultés de médecine du Canada. Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada. Volume 9, 1987.

Bureau de la surveillance pharmaceutique. The Canadian Pharmaceutical Market 1986: Annual Review (Document interne). 1987. Direction des médicaments, Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada.

Collishaw NE, Myers G. Dollar estimates of the consequences of tobacco use in Canada, 1979. Can J Public Health 1984;75:192-199.

Commission des accidents du travail de l'Ontario. (Données non publiées : Tableau de réclamations réglées à partir de 1986, nombre de réclamations et coûts selon la CIM et le genre d'invalidité). Toronto, 1988.

Conseil de recherches médicales du Canada. Répertoire de recherches en santé au Canada 1987-88. Ottawa, 1987.

IMS Canada. Canadian Disease and Therapeutic Index, Diagnosis, Fourth Quarter 1986. Ambler: IMS America Ltd., 1987.

IMS Canada. Canadian Pharmaceutical Market: Drug Store and Hospital Purchases, December 1986. Ambler: IMS America Ltd., 1987.

Manitoba Health Services Commission. Annual Report 1985-1986. Manitoba, 1986.

Québec. Objectif santé (Comité d'étude sur la promotion de la santé). Ville de Québec: Direction générale des publications gouvernementales, 1984.

Régie des rentes du Québec. (Tableaux non publiés des versements nets du Régime de rentes du Québec selon le type de prestation). 1987.

Rice DP. Estimating the cost of illness. Washington: US Government Printing Office, 1966; PHS publication no. 947-6. (Health Economics Series; no. 6).

Rice DP, Hodgson TA. Social and economic implications of cancer in the United States. Washington: US Government Printing Office, 1981; DHHS publication no. (PHS)81-1404. (Vital Health Statistics; series 3; no. 20).

Rice DP, Hodgson TA, Kopstein AN. The economic costs of illness: a replication and update. Health Care Financing Review 1985;7(1):61-80.

Santé et Bien-être social Canada. Les dépenses nationales de santé au Canada 1975-1985. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1987; Catalogue H21-99/1985F.

Santé et Bien-être social Canada. Statistiques de la sécurité sociale, Canada et provinces, 1960-61 à 1984-85. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1987; Catalogue H21-98/1987.

Santé et Bien-être social Canada. (Tableaux non publiés du Régime de pensions du Canada). Direction générale des programmes de la sécurité du revenu, 1987.

Santé et Bien-être social Canada. Les dépenses nationales de santé au Canada 1975-1987 (Données préliminaires). Février 1990. Division de l'information sur la santé, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information.

Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada. La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1981; Catalogue 82-538F.

Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada. L'Enquête Santé Canada, 1978-79 (Tableaux non publiés). 1983.

Shillington RE. Selected economic consequences of cigarette smoking (Document interne). Santé et Bien-être social Canada, 1977.

Statistique Canada. Le cancer au Canada, 1978. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1981; Catalogue 82-207.

Statistique Canada. Tables de mortalité, Canada et provinces, 1980-82. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1984; Catalogue 84-532.

Statistique Canada. Causes de décès, La statistique de l'état civil Volume IV, 1986. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1988; Catalogue 84-203.

Statistique Canada. Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu, 1985. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1986; Catalogue 13-207.

Statistique Canada. Annuaire du Canada, 1988. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1987; Catalogue 11-402F.

Statistique Canada. L'indice des prix à la consommation, septembre 1987. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1987; Catalogue 62-001.

Statistique Canada. Statistique sur l'assurance-chômage, décembre 1986. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1987; Catalogue 73-001.

Statistique Canada. Comptes nationaux des revenus et dépenses : estimations annuelles, 1977-1988. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1989; Catalogue 13-201.

Statistique Canada. La morbidité hospitalière : 1983-84 et 1984-85. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1989; Catalogue 82-206.

Statistique Canada. La statistique de l'hygiène mentale, 1985-86. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada, 1989; Catalogue 83-204.

The Traffic Injury Research Foundation of Canada. TIRF Annual Report 1987. Ottawa.

Wilkins R, Adams OB. Healthfulness of Life: A Unified View of Mortality, Institutionalization, and Non-institutionalized Disability in Canada, 1978. Montreal: The Institute for Research on Public Policy, 1983.

6. Annexe I : Tableaux des résultats

TABLEAU 1

COÛTS ASSUMÉS PAR LE CONSOMMATEUR CANADIEN POUR LES MÉDICAMENTS, PAR CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE, CANADA 1986

CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE	COÛT POUR LE CONSOMMATEUR[1] (milliers de dollars)	% DU TOTAL
Affections cardio-vasculaires	749 300	20,9
Affections respiratoires	535 300	14,9
Soins aux bien-portants[2]	330 000	9,2
Maladies de l'appareil digestif	286 200	8,0
Maladies du système nerveux et des organes des sens	279 400	7,8
Affections cutanées et connexes	256 000	7,1
Troubles mentaux	239 200	6,7
Affections mal définies	220,700	6,2
Blessures	145 000	4,0
Affections musculo-squelettiques	134 000	3,8
Cancer	100 700	2,8
Maladies infectieuses et parasitaires	98 400	2,7
Maladies endocriniennes et connexes	76 800	2,2
Affections génito-urinaires	72 400	2,0
Affections périnatales	50 500	1,5
Maladies sanguines	8 400	0,2
Grossesse	1 400	-
TOTAL	**3 583 900** [a,b]	**100,0**
SOUS-CATÉGORIE		
Coronaropathies	191 400	5,4
Bronchite chronique/emphysème/asthme	105 400	2,9
Diabète	56 300	1,6
Accidents cérébro-vasculaires	1 500	-

Source des données :

[a] IMS Canada :
-Canadian Pharmaceutical Market: Drug Store and Hospital Purchases, December 1986.
-Canadian Disease and Therapeutic Index, Diagnosis, Fourth Quarter 1986.

[b] Bureau de la surveillance pharmaceutique. The Canadian Pharmaceutical Market 1986: Annual Review (Document interne).

Remarques :

[1] Le coût pour le consommateur reflète le coût lié à l'acquisition de médicaments achetés par les pharmacies et les hôpitaux, plus une estimation de la majoration du prix pour le consommateur (fondé sur la moyenne des chiffres de majoration, 1986). Il ne comprend pas les médicaments en vente libre vendus au détail ailleurs que dans les pharmacies, les médicaments d'ordonnance fournis par les médecins ou les cliniques en dehors du milieu hospitalier ni les dépenses directes en substances pharmaceutiques du gouvernement fédéral.

[2] On entend ici par soins aux bien-portants la classe n° 18 de l'IMS Canada Canadian Disease and Therapeutic Index (CDTI), affections particulières sans maladie. La classification CDTI de 1986 correspond à la CIM-8. Parmi les médicaments de cette catégorie, on retrouve les antipaludéens pris à des fins prophylactiques, des contraceptifs, certaines substances biologiques, le lait maternisé et certaines vitamines.

* Les écarts dans les totaux et pourcentages sont attribuables au fait qu'on les a arrondis.

* Pour une liste plus complète des sources et méthodes de calcul, consulter la Section 7.1 de l'Annexe II.

TABLEAU 2

FRAIS MÉDICAUX PAR CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE, CANADA 1986

CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE	COÛT[a] (milliers de dollars)	% DU TOTAL[b]
Soins aux bien-portants	740 007	10,6
Affections respiratoires	635 289	9,1
Affections cardio-vasculaires	621 327	8,9
Maladies du système nerveux et des organes des sens	572 458	8,2
Affections génito-urinaires	530 571	7,6
Affections mal définies	502 646	7,2
Troubles mentaux	481 703	6,9
Blessures	474 722	6,8
Maladies de l'appareil digestif	460 759	6,6
Affections musculo-squelettiques	432 834	6,2
Sans diagnostic[1]	307 173	4,4
Grossesse	265 286	3,8
Cancer	258 304	3,7
Affections cutanées et connexes	258 304	3,7
Maladies endocriniennes et connexes	195 474	2,8
Maladies infectieuses et parasitaires	125 661	1,8
Maladies sanguines	62 831	0,9
Anomalies congénitales	41 887	0,6
Affections périnatales	13 962	0,2
TOTAL[2]	**6 981 200**	**100,0**

Sources des données :

[a] Santé et Bien-être social Canada. Les dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1987. (Données préliminaires : Tableau 6, Dépenses totales de santé par catégorie, Canada, 1975 à 1987.)

[b] Manitoba Health Services Commission. Annual Report 1985-86. (Table IX, Medical services and costs by diagnostic category, 1985/86.)

Remarques :

[1] Cette catégorie non répertoriée dans la CIM a été ajoutée à des fins de correspondance avec les catégories de la source b.

[2] Le total utilisé comme fondement pour la distribution pourcentuelle (source b) ne comprend pas les frais médicaux encourus hors de la province ainsi que les services d'optométriste, les soins d'hygiène buccale, les soins dentaires, les soins périodontiques et les services de chiropractie. Le total des frais médicaux indiqués ici a trait aux services professionnels fournis par des médecins. Ils reflètent principalement le coût des honoraires professionnels, payés en grande partie par l'entremise de programmes d'assurance-maladie provinciaux. Le paiement aux médecins à l'emploi d'hôpitaux, d'organismes de santé publique, etc. est inclus dans la composante de coût direct approprié. D'autres services professionnels de la santé sont inclus dans le Tableau 9, Partie B, en tant que dépenses additionnelles de la santé non classées par catégorie diagnostique. Le grand total relatif aux services professionnels (Tableau 11 et Figure 3) représente le coût combiné des services de médecins et d'autres professionnels.

* Les écarts dans les totaux et pourcentages sont attribuables au fait qu'on les a arrondis.

* Pour une liste plus complète des sources et méthodes de calcul, consulter la Section 7.2 de l'Annexe II.

TABLEAU 3

FRAIS HOSPITALIERS PAR CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE, CANADA 1986

CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE	COÛT (milliers de dollars)	% DU TOTAL[a]
Affections cardio-vasculaires	3 539 081	20,7
Troubles mentaux	1 829 380	10,7
Cancer	1 521 634	8,9
Maladies de l'appareil digestif	1 384 858	8,1
Blessures	1 350 664	7,9
Affections respiratoires	1 196 791	7,0
Maladies du système nerveux et des organes des sens	1 179 694	6,9
Grossesse	974 530	5,7
Affections musculo-squelettiques	906 142	5,3
Affections génito-urinaires	854 851	5,0
Affections mal définies	632 589	3,7
Soins aux bien-portants	598 395	3,5
Maladies endocriennes et connexes	444 522	2,6
Affections cutanées et connexes	205 164	1,2
Maladies infectieuses et parasitaires	188 067	1,1
Anomalies congénitales	136 776	0,8
Maladies sanguines	102 582	0,6
Affections périnatales	68 388	0,4
TOTAL[1]	**17 097 011[b,c]**	**100,0**
SOUS-CATÉGORIE		
Accidents cérébro-vasculaires	1 367 761	8,0
Coronaropathies	837 754	4,9
Bronchite chronique/emphysème/asthme	427 425	2,5
Diabète	290 649	1,7
Accidents de la circulation	188 067	1,1

Sources des données :

[a] Statistique Canada. La morbidité hospitalière : 1983-1984 et 1984-1985. Catalogue 82-206. (Tableaux de 1984-1985)

[b] Santé et Bien-être social Canada. Les dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1987. (Données préliminaires : Tableau 6, Dépenses totales de santé par catégorie, Canada, 1975 à 1987.)

[c] Le total ne tient pas compte du coût des médicaments fournis à l'hôpital (fondé sur les données de l'IMS figurant dans The Canadian Pharmaceutical Market 1986: Annual Review) afin d'éviter un double comptage.

Remarques :

[1] Le total des frais hospitaliers porte sur tous les genres d'hôpitaux publics et privés qui offrent des soins de courte durée, de longue durée et de convalescence, y compris les hôpitaux généraux; les hôpitaux spéciaux où l'on offre notamment des soins pédiatriques, orthopédiques, oncologiques ainsi que des services de réadaptation et de soins prolongés; les hôpitaux pour malades mentaux, les hôpitaux pour tuberculeux et les hôpitaux fédéraux.

* Les écarts dans les totaux et pourcentages sont attribuables au fait qu'on les a arrondis.

* Pour une liste complète des sources et méthodes de calcul, consulter la Section 7.3 de l'Annexe II.

TABLEAU 4

COÛTS LIÉS À LA RECHERCHE PAR CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE, CANADA 1986-1987

CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE	COÛT[a,b] (milliers de dollars)	% DU TOTAL[a]
Maladies endocriniennes et connexes[1]	72 475	19,0
Cancer	54 292	14,2
Affections cardio-vasculaires	52 900	13.9
Maladies du système nerveux et des organes des sens	47 095	12,3
Divers[2]	44 869	11,8
Maladies infectieuses et parasitaires[3]	19 763	5,2
Troubles mentaux	18 551	4,9
Maladies sanguines[4]	13 770	3.6
Affections musculo-squelettiques[5]	12 144	3,2
Affections respiratoires[6]	11 237	2,9
Affections génito-urinaires	7 902	2,1
Maladies de l'appareil digestif	7 049	1,8
Médecine dentaire	5 186	1,4
Pharmacologie/toxicologie	4 347	1,1
Grossesse	4 020	1,1
Affections périnatales[7]	2 973	0,8
Anomalies congénitales	1 613	0,4
Blessures[c]	1 211	0,3
Affections cutanées et connexes	469	0,1
Affections mal définies	28	-
TOTAL	**381 894**	**100,0**
SOUS-CATÉGORIE		
Coronaropathies	11 168	2,9
Diabète	8 489	2,2
Accidents cérébro-vasculaires	2 390	0,6
Accidents de la circulation[d]	416	0.1
Bronchite chronique/emphysème/asthme	120	-

Sources des données :

[a] Conseil de recherches médicales du Canada. Répertoire de recherche en santé au Canada 1987-88.

[b] Statistique Canada. L'indice des prix à la consommation, septembre 1987. Catalogue 62-001. (Tableau 2, Indice des prix à la consommation au Canada, toutes composantes (non rajusté en fonction de la saison), 1972-1987, 1981=100.)

[c] Cette catégorie comprend les dépenses de recherche pour 1986 de la Traffic Injury Research Foundation of Canada, tel qu'indiqué dans le rapport annuel de la TIRF pour l'année 1987.

[d] Cette sous-catégorie concerne exclusivement les dépenses de recherche de la TIRF pour 1986.

Remarques :

[1] Cette catégorie comprend les affections génétiques et les études du développement normal. La recherche fondamentale au plan du métabolisme peut avoir des applications dans plusieurs catégories de maladies.

[2] On a ajouté cette catégorie pour y inscrire les coûts qui ne pouvaient être alloués à une quelconque catégorie diagnostique, par exemple les dépenses à l'égard de certaines conférences et de certains colloques ainsi que les bourses d'étude en recherche et les bourses générales de recherche pour les diverses facultés de médecine.

[3] Dans cette catégorie, les coûts ont principalement trait à la recherche sur le sida.

[4] Cette catégorie comprend les affections du système immunitaire et l'immunologie.

[5] Cette catégorie comprend les affections «auto-immunes» comme le lupus.

[6] Cette catégorie comprend les allergies.

[7] Cette catégorie comprend les soins aux prématurés.

* Les écarts dans les totaux et pourcentages sont attribuables au fait qu'on les a arrondis.

* Pour une liste complète des sources et de méthodes de calcul, consulter la Section 7.4 de l'Annexe II.

TABLEAU 5A

PAIEMENTS DE PENSION D'INVALIDITÉ DU RPC ET DU RRQ PAR CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE, 1986

CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE	COÛT TOTAL[1] (en milliers de dollars)	% DU TOTAL[a]
Affections musculo-squelettiques	275 359	29,0
Affections cardio-vasculaires	247 310	26,1
Troubles mentaux	99 409	10,5
Maladies du système nerveux et des organes des sens	74 396	7,8
Blessures	72 702	7,7
Affections respiratoires	50 588	5,3
Cancer	47 126	5,0
Maladies endocriniennes et connexes	29 383	3,1
Maladies de l'appareil digestif	19 248	2,0
Affections mal définies	10 174	1,1
Affections génito-urinaires	6 660	0,7
Anomalies congénitales	6 222	0,7
Maladies infectieuses et parasitaires	5 895	0,6
Affections cutanées et connexes	2 911	0,3
Maladies sanguines	1 446	0,2
Affections périnatales	183	-
Grossesse	124	-
TOTAL	**949 138[b,c]**	**100,0**

Sources des données :

[a] Santé et Bien-être social Canada. (Calculs inédits du Régime de pensions du Canada : Tableau 1, Répartition des pensions d'invalidité par classe de diagnostic principal et par âge, juin 1986.)

[b] Santé et Bien-être social Canada. (Calculs inédits de l'année civile 1986 : Tableau, Paiements nets du Régime de pensions du Canada.)

[c] Régie des rentes du Québec. (Calculs inédits des paiements nets de 1986 du Régime de rentes du Québec par genre de prestation)

Remarques :

[1] Le coût total représente la somme des paiements nets pour invalidité du RPC et du RRQ.

* Les écarts dans les totaux et pourcentages sont attribuables au fait qu'on les a arrondis.

* Pour une liste complète des sources et des méthodes de calcul, consultez la Section 7.5.1 de l'Annexe II.

TABLEAU 5B

PAIEMENTS RELATIFS À LA SANTÉ DU RPC ET DU RRQ NON CLASSÉS PAR CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE, 1986

GENRE DE PRESTATION	PAIEMENT NET[a,b] (en milliers de dollars)
Pensions aux survivants	1 335 896
Prestations de décès	159 761
Pensions aux orphelins	130 931
Enfants de cotisants invalides	76 644
TOTAL[1]	**1 703 232**

Sources des données :

[a] Santé et Bien-être social Canada. (Calculs inédits de l'année civile 1986 : Tableau, Paiements nets du Régime de pensions du Canada.)

[b] Régie des rentes du Québec. (Calculs inédits des paiements nets de 1986 du Régime de rentes du Québec par genre de prestation.)

Remarques :

[1] Le montant total de ces prestations a été ajouté aux dépenses supplémentaires de santé non réparties par catégorie diagnostique du Tableau 9, partie A, ainsi qu'au grand total des pensions et prestations du Tableau 11 et de la Figure 3.

* Les écarts dans les totaux et pourcentages sont attribuables au fait qu'on les a arrondis.

* Pour une liste complète des sources et des méthodes de calcul, consultez la Section 7.5.1 de l'Annexe II.

TABLEAU 5C

PAIEMENTS D'ASSURANCE-CHÔMAGE POUR RAISONS DE SANTÉ PAR GENRE DE PRESTATION, CANADA 1986

PRESTATION	PAIEMENT NET (en milliers de dollars)
Maladie[1]	242 065
Maternité[2]	472 547
TOTAL	**714 612**

Source des données :

Statistique Canada. Statistique sur l'assurance-chômage, décembre 1986. Catalogue 73-001. (Tableau 5, Activités de prestation, par genre de prestation.)

Remarques :

[1] Comme les prestations de «maladie» ne pouvaient être réparties par catégorie de maladie, on a ajouté ce montant aux dépenses de santé supplémentaires non classées du Tableau 9, partie A.

[2] Les prestations de maternité d'assurance-chômage ont été incluses dans le présent rapport parce que la grossesse ou l'accouchement entraîne généralement des frais de santé, bien que la grossesse ne soit pas une maladie. Ce montant figure dans la composante pensions et prestations, sous la catégorie grossesse, dans le Tableau 10.

* Les deux genres de prestations ont été inclus au grand total des pensions et prestations du Tableau 11 et de la Figure 3.

* Pour une liste complète des sources et des détails supplémentaires, voir Section 7.5.2 de l'Annexe II.

TABLEAU 5D

PRESTATIONS D'ACCIDENT DE TRAVAIL PAR CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE, CANADA 1986

CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE	COÛT (en milliers de dollars)	% DU TOTAL[a]
Blessures	2 577 568	96,5
Affections musculo-squelettiques	56 679	2,1
Cancer	16 827	0,6
Affections respiratoires	7 238	0,3
Affections cutanées et connexes	6 710	0,2
Soins aux bien-portants	5 182	0,2
Maladies infectieuses et parasitaires	1 282	-
Maladies du système nerveux et des organes des sens	21	-
TOTAL[1]	**2 671 000[b]**	**100,0**

Sources des données :

[a] La répartition procentuelle a été calculée en fonction des données inédites de la Commission des accidents du travail de l'Ontario, à l'exclusion des paiements de prestations pour soins de santé. (Tableau de réclamations réglées à partir de 1986, nombre de réclamations et coûts selon la CIM et le genre d'invalidité.)

[b] Statistique Canada. Comptes nationaux des revenus et dépenses: estimations annuelles, 1977-1988. Catalogue 13-201. (Tableau 56, Paiements de transfert gouvernementaux aux personnes.)

Remarques :

[1] Le total national des prestations d'accident de travail pour 1986 réparti par catégorie diagnostique comprend l'invalidité temporaire ainsi que les prestations d'accident de travail et de décès, mais ne comprend pas les prestations de soins de santé. Les dépenses d'accident de travail relatives aux prestations de soins de santé sont incorporées dans les autres composantes de coûts directs, c'est-à-dire les médicaments (Tableau 1), les frais médicaux (Tableau 2) et les frais hospitaliers (Tableau 3), ainsi que les points 1 à 13 du Tableau 9, partie B et les points 1, 2 et 5 du Tableau 9, partie C.

* Les écarts dans les totaux et pourcentages sont attribuables au fait qu'on les a arrondis.

* Pour une liste complète des sources et des méthodes de calcul, consulter la Section 7.5.3 de l'Annexe II.

TABLEAU 6

VALEUR EN DOLLARS ACTUELS DE LA PERTE DE REVENUS FUTURS CAUSÉE PAR LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE PAR CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE, CANADA 1986

CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE	REVENUS FUTURS[a,b] (en milliers de dollars)	% DU TOTAL[c]
Affections cardio-vasculaires	8 167 737	31,9
Cancer	7 145 996	28,0
Blessures	4 847 881	19,0
Affections respiratoires	1 311 008	5,1
Maladies de l'appareil digestif	959 551	3,8
Maladies endocriniennes et connexes	728 930	2,9
Affections du système nerveux et des organes des sens	510 046	2,0
Affections mal définies	405 328	1,6
Anomalies congénitales	355 384	1,4
Affections périnatales	293 290	1,1
Troubles mentaux	268 325	1,0
Affections génito-urinaires	230 929	0,9
Maladies infectieuses et parasitaires	156 013	0,6
Maladies sanguines	85 549	0,3
Affections musculo-squelettiques	84 233	0,3
Affections cutanées et connexes	12 178	-
Grossesse	3 476	-
TOTAL	**25 565 854**	**100,0**
SOUS-CATÉGORIE		
Coronaropathies	5 327 838	20,8
Accidents de la circulation	1 598 046	6,3
Accidents cérébro-vasculaires	1 163 447	4,6
Bronchite chronique/emphysème/asthme	678 755	2,7
Diabète	404 454	1,6

Sources des données :

[a] La valeur en dollars actuels de la perte de revenus futurs causée par la mortalité prématurée a été tirée des données du revenu personnel pour 1985 de Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu, 1985 (Statistique Canada, Catalogue 13-207) à l'aide des méthodes suggérées par Rice et Hodgson (1981), Rice (1966), Shillington (1977) et Collishaw et Myers (1984). Les rajustements ont été faits à l'égard des gains futurs en productivité (2 % par année) et des revenus futurs escomptés de 6 % par année (Shillington, 1977).

[b] L'indice des prix à la consommation au Canada, toutes composantes (non rajusté en fonction de la saison) a été appliqué pour les chiffres de 1985 afin de permettre l'estimation de la valeur de la perte de revenus futurs pour 1986.

[c] Le nombre total de décès par catégorie diagnostique, âge et sexe a été obtenu des Causes de décès, La statistique de l'état civil, Volume IV, 1986 (Statistique Canada, Catalogue 84-203). Cette méthode a permis de déterminer la répartition finale par catégorie diagnostique.

Remarques :

* Les écarts dans les totaux et pourcentages sont attribuables au fait qu'on les a arrondis.
* Pour une liste plus complète des sources et des méthodes de calcul, consulter la Section 7.6 de l'Annexe II.

TABLEAU 7

VALEUR ANNUELLE DU TEMPS PERDU EN RAISON D'INVALIDITÉ CHRONIQUE PAR PROBLÈME DE SANTÉ PARTICULIER, CANADA 1986

PROBLÈME DE SANTÉ PARTICULIER[a]	CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE	VALEUR DU TEMPS PERDU[1] (milliers de dollars)	% DU TOTAL
Arthrite/rhumatisme/affections des membres et des articulations	Affections musculo-squelettiques	6 057 025	31,9
Autre[2]	Affections mal définies	4 370 876	23,0
Hypertension/affections cardiaques	Affections cardio-vasculaires	3 305 750	17,4
Traumatismes	Blessures	1 327 573	7,0
Troubles mentaux[c]	Troubles mentaux	974 131	5,1
Maladies respiratoires aiguës/influenza/bronchite/ emphysème/asthme	Affections respiratoires	959 276	5,0
Céphalées/troubles de la vue et de l'ouïe	Maladies du système nerveux et des organes des sens	822 787	4,3
Ulcères de l'estomac et du duodénum/troubles digestifs	Maladies de l'appareil digestif	465 644	2,4
Diabète/affections de la glande thyroïde	Maladies endocriniennes et connexes	339 093	1,8
Fièvre des foins	Affections respiratoires	151 294	0,8
Anémie	Maladies sanguines	103 634	0,5
Troubles cutanés	Affections cutanées et connexes	81 934	0,4
TOTAL[a,b]		**19 007 336** [d,e,f]	**100,0**

Sources des données :

[a] Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada. Enquête Santé Canada, 1978-1979. (Calculs inédits : Section V, Limitations d'activité.)

[b] Les données sur le revenu ont été tirées de la Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu, 1985 (Statistique Canada, Catalogue 13-207).

[c] En plus des données de l'Enquête Santé Canada sur les jours de limitation d'activité de la population souffrant de troubles psychiatriques, la durée du séjour (91 jours et plus) des personnes placées en hôpital psychiatrique ou dans l'unité psychiatrique d'un hôpital général ont été obtenues de La statistique de l'hygiène mentale, 1985-1986 (Statistique Canada, Catalogue 83-204 -- Hôpitaux généraux, congés, 1984-1985 : Tableau 6, Durée du séjour, selon l'âge et le sexe; Hôpitaux psychiatriques, 1985-1986 : Tableau 6, Durée du séjour, selon l'âge et le sexe). On croit que nombre d'autres pensionnaires de foyers de soins infirmiers et d'établissements résidentiels semblables ont été placés en établissement en raison de troubles de la santé mentale, mais les données réparties selon la catégorie diagnostique n'étaient pas disponibles et n'ont donc pas été incluses.

[d] On a rajusté les données afin de refléter le reste de la population nationale d'après l'échantillon de l'Enquête Santé Canada. Le taux de rajustement a été tiré d'une estimation de la population de 1978 âgée de 15 ans et plus (Statistique Canada, Catalogue 82-207) et des répondants à l'Enquête (Tableau 67, Population selon l'âge et le sexe, répartie en fonction de l'activité principale et des limitations d'activité. Dans: La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada).

[e] On a rajusté les résultats afin de refléter la croissance de la population entre 1978 et 1986 à l'égard des personnes âgées de 15 ans et plus à l'aide de l'estimation de la population pour 1978 (Statistique Canada, Catalogue 82-207) et de 1986 (Statistique Canada, Catalogue 11-402F).

[f] L'indice des prix à la consommation au Canada, toutes composantes (non rajusté en fonction de la saison) a été appliqué aux chiffres de 1985 afin de fournir une estimation de la valeur du temps perdu pour 1986.

Remarques :

[1] Les facteurs de pondération ont été fondés sur les différents de gravité de l'invalidité pour chaque groupe d'âge et chaque sexe, selon la pondération suivante à l'égard des divers degrés de gravité suggérés à l'origine par Wilkins et Adams (1983) :

Impossibilité d'accomplir une activité principale (travail, travaux ménagers, école)	0,5
Restriction d'une activité principale	0,4
Restriction d'une activité mineure	0,3

[2] «Autre» comprend tous les problèmes de santé qui n'étaient pas assez importants pour être répartis en catégories visant un problème de santé particulier indépendant de l'Enquête Santé Canada. Nous les avons arbitrairement classés comme affections mal définies afin de les inclure dans le Tableau 10.

* Les écarts dans les totaux et pourcentages sont attribuables au fait qu'on les a arrondis.

* Pour obtenir une liste complète des sources et d'autres méthodes de calcul, consulter la Section 7.7 de l'Annexe II.

TABLEAU 8

VALEUR ANNUELLE DU TEMPS PERDU EN RAISON D'UNE INVALIDITÉ TEMPORAIRE PAR PROBLÈME DE SANTÉ PARTICULIER, CANADA 1986

PROBLÈME DE SANTÉ PARTICULIER[a]	CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE	VALEUR DU TEMPS PERDU[1] (en milliers de dollars)	% DU TOTAL
Affections respiratoires aiguës/influenza/bronchite/asthme	Affections respiratoires	828 370	33,8
Autre[2]	Affections mal définies	564 108	23,1
Arthrite/rhumatisme/affections des membres et des articulations	Affections musculo-squelettiques	285 258	11,7
Traumatismes	Blessures	213 225	8,7
Hypertension/affections cardiaques	Affections cardio-vasculaires	162 632	6,6
Céphalées/troubles de la vue et de l'ouïe	Maladies du système nerveux et des organes des sens	142 897	5,8
Ulcères de l'estomac et du duodénum/troubles digestifs	Maladies de l'appareil digestif	115 828	4,7
Troubles mentaux	Troubles mentaux	69 101	2,8
Affections cutanées	Affections cutanées et connexes	28 117	1,1
Fièvre des foins	Affections respiratoires	15 793 [3]	0,6
Diabète/affections de la glande thyroïde	Maladies endocriniennes et connexes	15 793 [3]	0,6
Anémie	Maladies sanguines	6 108	0,2
TOTAL[a,b]		**2 447 228** [c,d,e,f]	**100,0**

Sources des données :

[a] Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada. Enquête Santé Canada, 1978-1979. (Calculs inédits : Section I, Incapacité d'une durée de deux semaines : jours d'abandon des activités principales, jours de réduction des activités.)

[b] Les données relatives au revenu ont été tirées de la Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu, 1985 (Statistique Canada, Catalogue 13-207).

[c] Environ la moitié des jours d'invalidité d'une durée de deux semaines était attribuable à des personnes souffrant de limitations d'activité prolongées identifiées ailleurs dans l'Enquête Santé Canada (Section V -- comprise dans notre Tableau 7); par conséquent, on a rajusté les résultats afin d'éviter un double comptage.

[d] On a rajusté les données afin de refléter le reste de la population nationale d'après l'échantillon de l'Enquête Santé Canada. Le taux de rajustement a été tiré d'une estimation de la population de 1978 âgée de 15 ans et plus (Statistique Canada, Catalogue 82-207) et des répondants à l'Enquête (Tableau 67, Population selon l'âge et le sexe, répartie en fonction de l'activité principale et des limitations d'activité. Dans: La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada).

[e] On a rajusté les résultats afin de refléter la croissance de la population entre 1978 et 1986 à l'égard des personnes âgées de 15 ans et plus à l'aide de l'estimation de la population pour 1978 (Statistique Canada, Catalogue 82-207) et de 1986 (Statistique Canada, Catalogue 11-402F).

[f] L'indice des prix à la consommation au Canada, toutes composantes (non rajusté en fonction de la saison) a été appliqué aux chiffres de 1985 afin de fournir une estimation de la valeur du temps perdu pour 1986.

Remarques :

[1] Les facteurs de pondération ont été fondés sur les différents de gravité de l'invalidité pour chaque groupe d'âge et chaque sexe, selon la pondération suivante à l'égard des divers degrés de gravité suggérés à l'origine par Wilkins et Adams (1983) :

Restriction d'une activité principale (jours d'abandon)	0,4
Restriction d'une activité mineure (jours de réduction)	0,3

[2] «Autre» comprend tous les problèmes de santé qui n'étaient pas assez importants pour être répartis en catégories visant un problème de santé particulier indépendant de l'Enquête Santé Canada. Nous les avons arbitrairement classés comme affections mal définies afin de les inclure dans le Tableau 10.

[3] On a estimé que la valeur du temps perdu en raison de la fièvre des foins, d'une part, et du diabète/affections de la glande thyroïde, d'autre part, était la même du fait que les deux groupes d'affections comportaient le même nombre de jours d'invalidité de deux semaines.

* Les écarts dans les totaux et pourcentages sont attribuables au fait qu'on les a arrondis.

* Pour une liste complète des sources et d'autres méthodes de calcul, consultez la Section 7.8 de l'Annexe II.

TABLEAU 9

DÉPENSES DIRECTES SUPPLÉMENTAIRES POUR LA SANTÉ NON CLASSÉES PAR CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE, CANADA 1986

		COÛT TOTAL (milliers de dollars)
A)	***COMPOSANTE PENSIONS ET PRESTATIONS***	
1.	Paiements du RPC/du RRQ (pensions aux survivants et aux orphelins, prestations de décès et paiements aux enfants de cotisants invalides)	1 703 232 [a,b]
2.	Pensions d'invalidité aux anciens combattants et aux personnes à charge (1986-1987)	817 433 [c]
3.	Prestations d'assurance-chômage pour maladies	242 065 [d]
	TOTAL DE LA COMPOSANTE	***2 762 730***
B)	***COMPOSANTE LIÉE AUX SOINS DE SANTÉ*** *	
1.	Établissements non-hospitaliers[1]	4 549 900
2.	Ambulances	387 000
3.	Soins à domicile[2]	327 000
	(Sous-total des services en établissement et services connexes)	**(5 263 900)**
4.	Dentistes	2 418 400
5.	Chiropraticiens	314 400
6.	Optométristes	131 100
7.	Physiothérapeutes	75 200
8.	Podiatres	33 000
9.	Infirmières de service privé	23 100
10.	Ostéopathes	1 300
	(Sous-total des services professionnels)	**(2 996 500)**
11.	Lunettes	780 100
12.	Autres appareils	195 300
13.	Appareils de correction de l'ouïe	45 200
	(Sous-total des appareils médicaux)	**(1 020 600)**
	TOTAL DE LA COMPOSANTE	***9 281 000***
C)	***COMPOSANTE ADMINISTRATION***	
1.	Dépenses en immobilisations[3]	2 107 600[e]
2.	Santé publique[4]	1 966 600[e]
3.	Écoles de médecine et de médecine dentaire (1986-1987)	730 500[f]
4.	Administration d'assurance[5]	588 500[e]
5.	Coûts divers liés à la santé[6]	527 300[e]
6.	Recherches (1985-1986)[7]	71 209[g]
	TOTAL DE LA COMPOSANTE	***5 991 709***
	TOTAL	**18 035 439**

Sources des données :

[a] Santé et Bien-être social Canada. (Calculs inédits de l'année civile 1986 : Tableau, Paiements nets du Régime de pensions du Canada.)

[b] Régie des rentes du Québec. (Calculs inédits des paiements nets du Régime de rentes du Québec pour 1986 selon le genre de prestations.)

[c] Santé et Bien-être social Canada. Statistiques de sécurité sociale, Canada et provinces 1960-1961 à 1984-1985. (Tableau 154, Pensions d'invalidité aux anciens combattants et aux personnes à charge, paiements fédéraux par province et pour le Canada.)

[d] Statistique Canada. Statistique sur l'assurance-chômage, décembre 1986. Catalogue 73-001. (Tableau 5, activités de prestation, par genre de prestation.)

[e] Santé et Bien-être social Canada. Les dépenses nationales de santé au Canada 1975-1987. (Données préliminaires** : Tableau 6, Dépenses totales de santé par catégorie, Canada, 1975 à 1987.)

** Comme ces données ont été obtenues avant la publication, les notes explicatives (1-6) fournies à l'égard de certains articles tirés de la Source e) sont des citations tirées de la rubrique appropriée de l'Annexe B du document publié identifié ci-dessous dans la Source f).

[f] Santé et Bien-être social Canada. Les dépenses nationales de santé au Canada 1975-1985. (Tableau C-1, Estimation du coût total des dépenses des écoles de médecine et des écoles de médecine dentaire, par province, 1969-1970 à 1984-1985.)

[g] L'Association des facultés de médecine du Canada. Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada. (Tableau 65, Dépenses pour la recherche biomédicale des facultés canadiennes de médecine par source de financement, 1981-1982 à 1985-1986.)

Remarques :

[1] Les établissements non-hospitaliers comprennent «les foyers pour personnes âgées; les établissements pour les handicapés physiques, les déficients mentaux, les handicapés mentaux (groupe qui comprend, selon le rapport de Statistique Canada, "les ex-patients psychiatriques, les personnes atteintes d'une maladie mentale chronique et les personnes qui se remettent d'une maladie mentale"), les enfants présentant des problèmes émotionnels, les alcooliques et les toxicomanes; enfin, les foyers de soins. Sont exclus les établissements exclusivement de garde ou de nature domiciliaire, ainsi que les établissements pour les personnes sans domicile fixe et pour les délinquants.»

[2] Les soins à domicile comprennent «les soins fournis par le personnel infirmier ou autre à des malades au domicile de ces derniers. Quand de tels soins sont fournis par un hôpital, les dépenses sont englobées sous la [composante des frais hospitaliers]. . .»

[3] Les dépenses en immobilisations comprennent «les dépenses relatives à la construction, à la réparation, à la machinerie et à l'équipement des hôpitaux, des cliniques, des postes de premiers soins et des centres de soins spéciaux.»

[4] La santé publique comprend «les dépenses du gouvernement pour la prévention des maladies et la protection de la santé, et pour l'administration générale des ministères de la santé. [. . .] L'administration interne des établissements de santé (hôpitaux, foyers de soins, etc.) est comprise dans les dépenses pour les soins en établissements.»

[5] L'administration d'assurance «à pour but de mesurer le coût d'administration des régimes d'assurance médicale, en d'autres mots, ce qu'il en coûte, en plus des soins de santé mêmes, pour assurer ce service payé d'avance.»

[6] Les coûts divers liés à la santé comprennent les trois sous-catégories suivantes:

(i) Formation des travailleurs sanitaires : «Cette sous-catégorie représente les dépenses signalées, par les ministères fédéral et provinciaux de la santé comme étant spécialement consacrées à la formation des travailleurs sanitaires. Seules les dépenses accessoires des ministères sont mentionnées ici; elles ne tiennent pas compte des programmes de formation complète des personnes qui se consacrent aux soins de la santé. [. . .] Là où les dépenses relatives à la formation sont affectuées par les hôpitaux, les montants figurent sous la [composante des frais hospitaliers]. . .»

(ii) Organismes sanitaires bénévoles : «Cette catégorie représente les dépenses choisies de certains organismes sanitaires nationaux sans but lucratif. Les chiffres [. . .] ne [comprennent pas] les soins de santé personnels et la recherche, qui figurent ailleurs.»

(iii) «Les dépenses d'hygiène du travail représentent les dépenses engagées pour promouvoir et améliorer la santé et la sécurité au travail et pour donner des soins d'urgence aux accidents du travail.»

[7] Ce montant représente les dépenses pour 1985-1986 effectuées par les facultés de médecine d'universités canadiennes à l'égard de la recherche biomédicale provenant de sources non comprises dans le Tableau 4. Les sources de financement comprennent le gouvernement fédéral (Conseil national de recherche, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, et d'autres organismes et ministères à l'exclusion du Conseil de recherches médicales et de Santé et Bien-être social Canada), le secteur privé (y compris les sociétés pharmaceutiques), des sources communautaires locales, des sources universitaires internes, des hôpitaux et universités, des sources étrangères et diverses sources.

* Les écarts dans les totaux et pourcentages sont attribuables au fait qu'on les a arrondis.

* Pour une liste complète des sources et des méthodes de calcul, consulter la Section 7.9 de l'Annexe II.

TABLEAU 10

RÉSUMÉ : COÛT ÉCONOMIQUE DE LA MALADIE PAR CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE, CANADA 1986
MILLIONS DE DOLLARS ET [POURCENTAGE DU TOTAL DE LA RANGÉE (COMME DANS LES TABLEAUX PRÉCÉDENTS)]

CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE

COMPOSANTE DE COÛT	MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	CANCER	MALADIES ENDOCRINIENNES ET CONNEXES	MALADIES SANGUINES	TROUBLES MENTAUX	MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX ET DES ORGANES DES SENS	AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES	AFFECTIONS RESPIRATOIRES	MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES	GROSSESSE	AFFECTIONS CUTANÉES ET CONNEXES	AFFECTIONS MUSCULO-SQUELETTIQUES
COÛTS DIRECTS													
Médicaments	98 [2.7]	101 [2.8]	77 [2.2]	8 [0.2]	239 [6.7]	279 [7.8]	749 [20.9]	536 [14.9]	286 [8.0]	72 [2.0]	1 [-]	256 [7.1]	134 [3.8]
Soins médicaux	126 [1.8]	258 [3.7]	195 [2.8]	63 [0.9]	482 [6.9]	572 [8.2]	621 [8.9]	635 [9.1]	461 [6.6]	531 [7.6]	265 [3.8]	258 [3.7]	433 [6.2]
Hôpitaux	188 [1.1]	1522 [8.9]	444 [2.6]	103 [0.6]	1829 [10.7]	1180 [6.9]	3539 [20.7]	1197 [7.0]	1385 [8.1]	855 [5.0]	975 [5.7]	205 [1.2]	906 [5.3]
Recherche	20 [5.2]	54 [14.2]	72 [19.0]	14 [3.6]	19 [4.9]	47 [12.3]	53 [13.9]	11 [2.9]	7 [1.8]	8 [2.1]	4 [1.1]	<1 [0.1]	12 [3.2]
Pensions et Prestations[1]	7 [0.2]	64 [1.6]	29 [0.7]	1 [-]	99 [2.4]	74 [1.8]	247 [6.0]	58 [1.4]	19 [0.5]	7 [0.2]	a473 [11.6]	10 [0.2]	332 [8.1]
SOUS-TOTAL	439 [1.4]	1999 [6.2]	817 [2.5]	189 [0.6]	2668 [8.3]	2153 [6.7]	5209 [16.2]	2437 [7.6]	2158 [6.7]	1473 [4.6]	1718 [5.3]	730 [2.3]	1817 [5.7]
COÛTS INDIRECTS													
Mortalité prématurée[2]	156 [0.6]	7146 [28.0]	729 [2.9]	86 [0.3]	268 [1.0]	510 [2.0]	8168 [31.9]	1311 [5.1]	960 [3.8]	231 [0.9]	3 [-]	12 [-]	84 [0.3]
Invalidité chronique[3]	N/D	N/D	339 [1.8]	104 [0.5]	974 [5.1]	823 [4.3]	3306 [17.4]	1111 [5.8]	466 [2.4]	N/D	N/D	82 [0.4]	6057 [31.9]
Invalidité temporaire[4]	N/D	N/D	16 [0.6]	6 [0.2]	69 [2.8]	143 [5.8]	163 [6.6]	844 [34.5]	116 [4.7]	N/D	N/D	28 [1.1]	285 [11.7]
SOUS-TOTAL	156 [0.3]	7146 [15.2]	1084 [2.3]	196 [0.4]	1311 [2.8]	1476 [3.1]	11637 [24.7]	3266 [6.9]	1542 [3.3]	231 [0.5]	3 [-]	122 [0.3]	6426 [13.7]
TOTAL	595 [0.8]	9145 [11.6]	1901 [2.4]	385 [0.5]	3979 [5.0]	3629 [4.6]	16846 [21.3]	5703 [7.2]	3700 [4.7]	1704 [2.2]	1721 [2.2]	852 [1.1]	8243 [10.4]

Légende :

[1] Pensions et prestations	Pensions d'invalidité du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec, prestations de maternité d'assurance-chômage et paiements d'accident de travail excluant les prestations de soins de santé
[2] Mortalité prématurée	Valeur en dollars actuels des pertes de revenus futurs attribuables à la mortalité prématurée
[3] Invalidité chronique	Valeur annuelle du temps perdu en raison d'invalidité chronique
[4] Invalidité temporaire	Valeur annuelle du temps perdu en raison d'invalidité temporaire (parmi les personnes qui ne sont pas visées par la catégorie 3 ci-dessus)
[-]	Le pourcentage du total de la rangée est inférieur à 0,1 %.
N/D	Données non disponibles

TABLEAU 10 (suite)
RÉSUMÉ : COÛT ÉCONOMIQUE DE LA MALADIE PAR CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE, CANADA 1986
MILLIONS DE DOLLARS ET [POURCENTAGE DU TOTAL DE LA RANGÉE (COMME DANS LES TABLEAUX PRÉCÉDENTS)]

	CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE						COÛT TOTAL	SOUS-CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE				
COMPOSANTE DE COÛT	ANOMALIES CONGÉNI-TALES	AFFECTIONS PÉRINATALES	AFFECTIONS MAL DÉFINIES	BLESSURES	SOINS AUX BIEN-PORTANTS			CORONARO-PATHIES	BRONCHITE/ EMPHYSÈME/ ASTHME	DIABÈTE	ACV	ACCIDENTS DE LA CIRCULATION
COÛTS DIRECTS												
Médicaments	N/D	51 [1.5]	221 [6.2]	145 [4.0]	[b]330 [9.2]		3584 [100.0]	191 [5.4]	105 [2.9]	56 [1.6]	2 [-]	N/D
Soins médicaux	42 [0.6]	14 [0.2]	503 [7.2]	475 [6.8]	740 [10.6]		[c]6981 [100.0]	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Hôpitaux	137 [0.8]	68 [0.4]	633 [3.7]	1351 [7.9]	598 [3.5]		17097 [100.0]	838 [4.9]	427 [2.5]	291 [1.7]	1368 [8.0]	188 [1.1]
Recherche	2 [0.4]	3 [0.8]	< 1 [-]	1 [0.3]	0 [0.0]		[d]382 [100.0]	11 [2.9]	[-]	8 [2.2]	2 [0.6]	< 1 [0.1]
Pensions et Prestations[1]	2 [0.1]	< 1 [-]	10 [0.2]	2650 [64.7]	5 [0.1]		[e]4093 [100.0]	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
SOUS-TOTAL	187 [0.6]	137 [0.4]	1366 [4.3]	4623 [14.4]	1673 [5.2]		32137 [100.0]	1040 [3.2]	533 [1.7]	355 [1.1]	1372 [4.3]	189 [0.6]
COÛTS INDIRECTS												
Mortalité prématurée[2]	355 [1.4]	293 [1.1]	405 [1.6]	4848 [19.0]	0 [0.0]		25566 [100.0]	5328 [20.8]	679 [2.7]	404 [1.6]	1163 [4.6]	1598 [6.3]
Invalidité chronique[3]	N/D	N/D	[f]4371 [23.0]	1328 [7.0]	0 [0.0]		19007 [100.0]	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Invalidité temporaire[4]	N/D	N/D	[g]564 [23.0]	213 [8.7]	0 [0.0]		2447 [100.0]	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
SOUS-TOTAL	355 [0.6]	293 [0.6]	5340 [11.4]	6389 [13.6]	0 [0.0]		47020 [100.0]	5328 [11.3]	679 [1.4]	404 [0.9]	1163 [2.5]	1598 [3.4]
TOTAL	542 [0.7]	430 [0.5]	6706 [8.5]	11012 [13.9]	1673 [2.1]		79157 [100.0]	6368 [8.0]	1212 [1.5]	759 [1.0]	2535 [3.2]	1787 [2.3]

Remarques :

a Les 473 millions de dollars figurant dans la catégorie grossesse sont presque entièrement des prestations de grossesse de l'assurance-chômage, car les paiements du RPC et du RRQ pour cette catégorie sont inférieurs à 1 million de dollars (Tableaux 5C et 5A).

b Les dépenses en médicaments des soins aux bien-portants concernent les catégories CIM-8 des affections spéciales et des examens sans maladie (Tableau 1).

c Le total des frais médicaux de 6981 millions de dollars comprend certaines dépenses sans diagnostic (307 millions de dollars, 4,4 %) [Tableau 2].

d Le total des dépenses de recherche de 382 millions de dollars comprend les dépenses de recherche en dentisterie (5 millions de dollars, 1,4 %), en pharmacologie/toxicologie (4 millions de dollars, 1,1 %) et de la catégorie divers (45 millions, 11,8 %) non visée par la CIM (Tableau 4). Voir également le Tableau 9 pour les dépenses supplémentaires de recherche non classées par catégorie de maladie.

e Les pensions et prestations supplémentaires liées à la santé non classées par catégorie diagnostique sont incluses dans le Tableau 9.

f Les frais d'invalidité chronique figurant dans la rubrique affections mal définies sont à l'égard des «autres» problèmes de santé du Tableau 7.

g Les frais d'invalidité temporaire de la rubrique affections mal définies concernent les «autres» problèmes de santé du Tableau 8.

* Le Tableau 10 ne comprend pas les dépenses directes supplémentaires liés à la santé qui n'ont pas été classées par catégorie diagnostique dans le Tableau 9.

* Se reporter aux Tableaux 1 à 8 pour les notes de bas de page supplémentaires.

* Les écarts dans les totaux et pourcentages sont attribuables au fait qu'on les a arrondis.

* Pour une liste complète des sources et des méthodes de calcul, voir les Sections 7.1 à 7.8 de l'Annexe II.

TABLEAU 11

GRAND COÛT TOTAL DE LA MALADIE, CANADA 1986

COMPOSANTE DE COÛT	MILLIONS DE DOLLARS	POURCENTAGE DU TOTAL
COÛTS DIRECTS		
Frais hospitaliers	17 097	17,6
Services professionnels (soins médicaux et autres services professionnels)	9 978	10,3
Pensions et prestations (toutes)	6 856	7,1
Établissements non hospitaliers	4 550	4,7
Médicaments	3 584	3,7
Recherche (toute)	453	0,5
Autres dépenses de santé[1]	7 655	7,9
SOUS-TOTAL :	**50 172**	**51,6**
COÛTS INDIRECTS		
Mortalité prématurée	25 566	26,3
Invalidité chronique	19 007	19,6
Invalidité temporaire	2 447	2,5
SOUS-TOTAL :	**47 020**	**48,4**
GRAND TOTAL :	**97 192**	**100,0**

Remarques :

1 Ces autres dépenses de santé concernent les coûts directs supplémentaires restants qui ne pouvaient être répartis dans l'une ou l'autre catégorie diagnostique ou qui étaient inclus d'une autre manière dans les composantes de coûts directs énumérées dans le tableau Grand total (c'est-à-dire, ambulances, soins à domicile, appareils médicaux, dépenses en immobilisations, santé publique, écoles de médecine et de médecine dentaire, administration d'assurance et coûts divers liés à la santé figurant dans le Tableau 9).

* Se reporter aux Tableaux 1 à 9 pour des notes de bas de page supplémentaires.
* Les écarts des totaux et pourcentages sont attribuables au fait qu'on les a arrondis.
* Pour une liste complète des sources et des méthodes de calcul, consulter les Sections 7.1 à 7.9 de l'Annexe II.

7. Annexe II : Sources d'information et méthodologies

7.0 CLASSIFICATION DES MALADIES

CODE CIM-9	NOM DU CHAPITRE DE LA CIM-9	TERME UTILISÉ DANS LE RAPPORT POUR LA CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE
001-139	Maladies infectieuses et parasitaires	MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES
140-239	Tumeurs	CANCER
240-279	Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires	MALADIES ENDOCRINIENNES ET CONNEXES
280-289	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	MALADIES SANGUINES
290-319	Troubles mentaux	TROUBLES MENTAUX
320-389	Maladies du système nerveux et des organes des sens	MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX ET DES ORGANES DES SENS
390-459	Maladies de l'appareil circulatoire	AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES
460-519	Maladies de l'appareil respiratoire	AFFECTIONS RESPIRATOIRES
520-579	Maladies de l'appareil digestif	MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
580-629	Maladies des organes génito-urinaires	AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES
630-676	Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches	GROSSESSE
680-709	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	AFFECTIONS CUTANÉES ET CONNEXES
710-739	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	AFFECTIONS MUSCULO-SQUELETTIQUES
740-759	Anomalies congénitales	ANOMALIES CONGÉNITALES
760-779	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	AFFECTIONS PÉRINATALES
780-799	Symptômes, signes et états morbides mal définis	AFFECTIONS MAL DÉFINIES
800-999	Lésions traumatiques	BLESSURES
V01-V82	Classification supplémentaire des facteurs influant sur l'état de santé et des motifs de recours aux services de santé	SOINS AUX BIENS-PORTANTS

CODE CIM-9	NOM DU SOUS-CATÉGORIE DE LA CIM-9	TERME UTILISÉ DANS LE RAPPORT POUR LA SOUS-CATÉGORIE
250	Diabète sucré	DIABÈTE
410-414	Cardiopathies ischémiques	CORONAROPATHIES
430-438	Maladies vasculaires cérébrales	ACCIDENTS CÉRÉBRO-VASCULAIRES (ACV)
490-496	Maladies pulmonaires obstructives chroniques et affections connexes	BRONCHITE CHRONIQUE/EMPHYSÈME/ASTHME
E810-E819	Accidents de la circulation impliquant des véhicules à moteur	ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

7.1 Coûts assumés par le consommateur canadien pour des médicaments

Les sources suivantes ont été utilisées par le Bureau de la surveillance pharmaceutique (anciennement le Bureau de la qualité des médicaments), Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-être social pour en arriver à une estimation du coût que le consommateur canadien a dû payer pour des médicaments en fonction des catégories des maladies de la CIM-8 :

1) IMS Canada. Canadian Pharmaceutical Market: Drug Store and Hospital Purchases, December 1986. Ambler: IMS America Ltd., 1987.
2) IMS Canada. Canadian Disease and Therapeutic Index, Diagnosis, Fourth Quarter 1986. Ambler: IMS America Ltd., 1987.
3) Bureau de la surveillance pharmaceutique. The Canadian Pharmaceutical Market 1986: Annual Review (Document interne). 1987. Direction des médicaments, Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada.

L'estimation des coûts des médicaments d'ordonnance et des médicaments en vente libre pour le consommateur calculée par le Bureau de la surveillance pharmaceutique a été fondée sur les données obtenues des deux enquêtes différentes d'IMS Canada mentionnées ci-dessus. Le point de départ était le volume Diagnosis du Canadian Disease and Therapeutic Index (CDTI) de 1986, dans lequel on identifiait les catégories de diagnostic en fonction de la CIM-8. Les données du CDTI étaient fondées sur des commentaires de médecins et ne pouvaient, par conséquent, traduire l'usage de médicaments par le patient. Toutefois, elles fournissent certaines indications concernant les courbes de consommation de médicaments en rapport avec le traitement des maladies.

Pour établir une estimation du coût des médicaments, on a analysé les données du CDTI afin de déterminer quelles classes de médicaments et quel pourcentage de chacune étaient mentionnés pour chaque classe diagnostique. L'étape suivante consistait à attribuer une valeur en dollars aux classes de médicaments mentionnées pour chaque catégorie de la CIM à l'aide des estimations d'IMS concernant le coût d'acquisition des médicaments achetés par les pharmacies et les hôpitaux. On rajustait ensuite les coûts de façon à obtenir une idée du prix d'achat qu'a dû payer le consommateur.

L'estimation finale du coût concerne les médicaments distribués par l'entremise de pharmacies et des hôpitaux seulement. Elle ne comprend pas les médicaments en vente libre vendus dans les établissements autre que des pharmacies, les médicaments d'ordonnance fournis par les médecins ou les cliniques de santé à l'extérieur des hôpitaux ni les dépenses en substances pharmaceutiques du gouvernement fédéral.

IMS n'a pas établi de code à l'égard des accidents de la circulation (E810-E819); elle procédait plutôt à un encodage de toute blessure résultant d'un accident dans la catégorie à laquelle appartenait la blessure en question. Par conséquent, le coût des médicaments attribuables aux accidents de la circulation n'était pas disponible.

Comme nous l'avons mentionné dans la discussion du présent rapport, une estimation préliminaire provenant d'une autre source, Les dépenses nationales de santé au Canada 1975-1987 (Santé et Bien-être social Canada, 1990), était de 1,3 milliards de dollars supérieure à celle du Bureau de la surveillance pharmaceutique à l'égard du coût total des médicaments pour 1986. L'écart dans l'estimation était probablement attribuable à la couverture quelque peu limitée des données d'IMS décrites ci-dessus, ainsi qu'à la différence entre les méthodes d'évaluation utilisées. Nous nous sommes servi des estimations fournies par le Bureau de la surveillance pharmaceutique dans le présent rapport parce qu'elles permettaient la répartition des coûts par catégorie de maladie. Pour obtenir une description détaillée de l'autre méthodologie utilisée pour établir le coût des médicaments, veuillez vous reporter à la section concernant les médicaments et les appareils médicaux de l'Annexe B des dépenses nationales de santé au Canada 1975-1985 (Santé et Bien-être social Canada, 1987).

7.2 Frais médicaux

Les frais médicaux du Tableau 2 ont été évalués à l'aide des sources d'informations suivantes :

1) Manitoba Health Services Commission, Annual Report 1985-1986. Manitoba, 1986. (Table IX, Medical services and costs by diagnostic category, 1985/86.)
2) Santé et Bien-être social Canada. Les dépenses nationales de santé au Canada 1975-1987 (Données préliminaires). Février 1990. Division de l'information sur la santé, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information. (Tableau 6, Dépenses totales de santé par categorie, Canada, 1975 à 1987.)

Malheureusement, aucune donnée nationale concernant la répartition moyenne des frais médicaux par catégorie diagnostique n'était disponible, mais le Manitoba disposait de données de ce genre (Source 1). On a présumé que les données des services médicaux du Manitoba (groupés selon la classification de la CIM-9) reflétaient la répartition à l'échelle nationale, bien que l'étendue des services médicaux couverts varie quelque peu d'une province à l'autre. Les données du Manitoba ne comprenaient pas les frais médicaux encourus hors de la province ni les services d'optométrie, d'hygiène buccale, de soins dentaires, de périodontie et de chiropractie.

Le coût total à l'échelle nationale des soins médicaux a été tiré de la deuxième source énumérée ci-dessus. Le total comprend le coût des honoraires professionnels fournis par des médecins. Les honoraires professionnels, qui sont payés principalement par l'entremise de programmes d'assurance-maladie provinciaux, représentent la plus grande part de cette dépense. Le paiement aux médecins à l'emploi d'hôpitaux, d'organismes de santé publique, etc. est compris dans la composante de coût direct concerné. Pour obtenir une description détaillée du total des frais médicaux figurant au Tableau 2, veuillez vous reporter à la section concernant les médecins de l'Annexe B des dépenses

nationales de santé au Canada 1975-1985 (Santé et Bien-être social Canada, 1987).

En résumé, la répartition procentuelle du Manitoba à l'égard des frais médicaux pour 1985-1986 en fonction de la catégorie diagnostique, multipliée par le total national de 1986 à l'égard des dépenses pour des services de médecin ont permis d'obtenir une estimation de la répartition des frais médicaux par catégorie diagnostique pour le Canada en 1986.

Le coût des autres services de professionnel de la santé (c'est-à-dire, dentistes, chiropraticiens, optométristes, physiothérapeutes, podiatres, infirmières de service privé et ostéopathes) est compris dans les dépenses supplémentaires liées à la santé non réparties par catégorie diagnostique du Tableau 9, Partie B. Dans le Tableau 11 et la Figure 3, le grand total des soins médicaux comprend la combinaison du coût des services de médecin (Tableau 2) et d'autres services professionnels (Tableau 9).

7.3 Frais hospitaliers

Les données relatives aux frais hospitaliers ont été tirées des sources suivantes :

1) Statistique Canada. La morbidité hospitalière : 1983-84 et 1984-85. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1989; Catalogue 82-206. (Tableaux de 1984-1985.)
2) Santé et Bien-être social Canada. Les dépenses nationales de santé au Canada 1975-1987 (Données préliminaires). Février 1990. Division de l'information sur la santé, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information. (Tableau 6, Dépenses totales de santé par categorie, Canada, 1975 à 1987.)
3) Bureau de la surveillance pharmaceutique. The Canadian Pharmaceutical Market 1986: Annual Review (Document interne). 1987. Direction des médicaments, Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada.

La répartition en pourcentage des jours passés à l'hôpital en 1984-1985 selon la catégorie diagnostique de la CIM-9 au moment du congé a été obtenue de l'ouvrage La morbidité hospitalière de Statistique Canada (Source 1). Cette répartition a ensuite été appliquée aux dépenses hospitalières totales pour 1986 présentées dans les données préliminaires des dépenses nationales de santé au Canada 1975-1987 (Source 2).

Les frais hospitaliers de 1986 comprenaient l'ensemble des dépenses des autorités fédérales et provinciales, des commissions d'accident du travail et du secteur privé. Le total comprenait le coût des médicaments fournis par les hôpitaux (IMS l'évalue à 420,8 millions de dollars dans la Source 3) qu'on avait, par conséquent, soustrait pour éviter un double comptage. Les autres composantes fournies par les hôpitaux, par exemple l'administration interne, les soins à domicile, les appareils et prothèses ainsi que la formation des travailleurs en milieu hospitalier n'étaient pas déduites du fait que le montant qu'ils avaient fourni était négligeable.

Les dépenses hospitalières du gouvernement fédéral comprenaient les paiements directs aux pourvoyeurs de services, à l'exclusion des crédits d'impôt et des contributions en argent comptant aux provinces, et les services fournis à des groupes spéciaux, par exemple, des anciens combattants et des membres des Forces armées, pour qui les soins relevaient du fédéral. Les dépenses hospitalières des gouvernements provinciaux comprenaient les dépenses des contributions en argent comptant du fédéral et des crédits d'impôt.

Les dépenses hospitalières des commissions d'accident du travail n'avaient trait uniquement qu'aux prestations de soins de santé reçus à l'hôpital. D'autres paiements, par exemple, la compensation salariale, les pensions, les allocations d'invalidité et les prestations de décès ont été incluses dans la Section 3.5.2 et dans le Tableau 5D. Les autres prestations de soins de santé octroyées hors du milieu hospitalier pour un accident de travail font partie intégrante des autres estimations de coût direct.

Le coût des hôpitaux du secteur privé représentait les montants facturés par les hôpitaux à l'égard des services rendus qui n'étaient pas payables par le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux ni la commission d'accident du travail. Ces montants comprenaient les frais marginaux à l'égard du surclassement de l'hébergement, de services rendus à des personnes non assurées, de services qui n'étaient pas nécessaires au plan médical et de frais d'utilisation.

7.4 Coûts liés à la recherche

Pour évaluer le coût de la recherche sur la santé au Canada en fonction de la catégorie de maladie pour l'exercice financier de 1986-1987, on s'est servi des sources suivantes :

1) Conseil de recherches médicales du Canada. Répertoire de recherches en santé au Canada 1987-88. Ottawa, 1987.
2) Statistique Canada. L'indice des prix à la consommation, septembre 1987. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1987; Catalogue 62-001. (Tableau 2, L'indice des prix à la consommation au Canada, toutes composantes (non rajusté en fonction de la saison), 1972-1987, 1981=100.)
3) The Traffic Injury Research Foundation of Canada. TIRF Annual Report 1987. Ottawa. (Dépenses de recherche pour 1986.)

On a puisé dans le Répertoire de recherche en santé au Canada 1987-88 les chiffres relatifs aux dépenses de recherche fondées sur les bourses et récompenses accordées par le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et les organismes bénévoles pour l'exercice financier de 1987-1988. Dans certains cas, on a fait état des dépenses de 1986-1987. Le Répertoire a été compilé en juillet 1987 et ne comprenait par conséquent aucune modification ni aucun ajout fait après cette date. De plus, certains organismes (principalement locaux et régionaux) ont choisi de ne pas être y inclus. Bien que le Répertoire n'ait pas été exhaustif, il reflétait la majorité des bourses et

récompenses accordées pour la recherche en sciences de la santé. Une liste des organismes subventionnaires compris dans le rapport figure ci-dessous.

Malheureusement, les bourses et récompenses n'ont pas été classées par catégorie de maladie. Par conséquent, les auteurs du présent rapport se sont servis de leur expérience professionnelle pour attribuer à chacun des projets énumérés, une catégorie diagnostique unique. On a créé une catégorie «Divers» pour toutes les dépenses qui ne pouvaient être classées selon une maladie. Ces dépenses comprenaient des conférences, colloques et bourses de recherche ainsi que des subventions générales pour la recherche provenant de facultés de médecine de diverses provinces. La dentisterie et la pharmacologie/toxicologie ont également fait l'objet d'une catégorie distincte non liée à la CIM. Tous les coûts liés à la recherche pour 1987-1988 ont été exprimés en dollars de 1986 au moyen de l'application de l'indice des prix à la consommation. Les dépenses de 1986 qui provenaient d'une autre source, savoir le rapport annuel de la TIRF de 1987 ont été ajoutées à la catégorie des blessures, ainsi qu'au coût total de la recherche.

L'estimation du coût total de la recherche en santé du Tableau 4 est assortie d'autres limites. Elle ne comprend pas les sources de financement pour la recherche canadienne provenant de l'étranger, la recherche entreprise par le gouvernement ni la recherche du secteur privé, par exemple, celle qui est faite par les sociétés pharmaceutiques. Certaines des autres sources de données relatives aux dépenses en recherche de la santé qui n'étaient pas comprises dans le Répertoire ont été réunies dans le Tableau 9, Partie C, sous la rubrique recherche. Les deux montants ont été additionnés et donnent le total du montant de la recherche du Tableau 11 et de la Figure 3.

Organismes subventionnaires de recherche en sciences de la santé compris dans le Tableau 4

Alberta Cancer Board

Alberta Cancer Foundation

Alberta Foundation for Nursing Research

Alberta Heritage Foundation For Medical Research

Alberta Lung Association

Fondation de la recherche sur la toxicomanie

Société Alzheimer du Canada

La Société d'arthrite

Association pulmonaire du Québec

Banting Research Foundation

B.C. Health Care Research Foundation

British Colombia Lung Association

Fondation canadienne de la fibrose kystique

Association canadienne du diabète

Fondation canadienne pour l'iléite et la colite

Canadian Fund for Dental Education

La Fondation canadienne des maladies du coeur

Fondation canadienne des maladies du foie

Association pulmonaire du Canada

Fondation E.A. Baker de l'Institut national canadien pour les aveugles

Société canadienne de la Croix rouge

La Société de recherche sur le cancer Inc.

Diabetes Canada

Easter Seal Research Institute of Ontario

Fonds de la recherche en santé du Québec

Gerontology Research Council of Ontario

Santé et Bien-être social Canada

Hospital for Sick Children Foundation

Société Huntington du Canada

Institut de recherche en santé et sécurité du travail du Québec

JP Bickell Foundation

La Fondation du diabète juvénile

Fondation canadienne du rein

Lung Foundation of British Colombia

Manitoba Health Research Council

Manitoba Lung Association

Conseil de recherches médicales du Canada

Société canadienne de la sclérose en plaques

L'Association canadienne de la dystrophie musculaire

Institut national du cancer du Canada

Institut national du Canada de la nutrition

Newfoundland Lung Association

Ontario Cancer Treatment and Research Foundation

Ontario Lung Association: Ontario Thoracic Society Research Fund

Ontario Mental Health Foundation

Ministère de la santé de l'Ontario

Ministère du travail de l'Ontario

Physician's Services Incorporated Foundation

Fondation pour la recherche de l'Association canadienne de l'industrie du médicament

Fondation canadienne de la rétinite pigmentaire

Saskatchewan Health Resarch Board

7.5.1. Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec

L'évaluation de la répartition des paiements du Régime de pensions du Canada (RPC) et du Régime de rentes du Québec (RRQ) à l'égard des pensions d'invalidité par catégorie diagnostique pour l'année 1986, a été calculée à l'aide des sources suivantes :

1) Santé et Bien-être social Canada. (Calculs inédits de l'année civile 1986 : Tableau, Paiements nets du Régime de pensions du Canada). Direction générale des programmes de la sécurité du revenu, 1987.
2) Régie des rentes du Québec. (Calculs inédits des paiements nets de 1986 du Régime de rentes du Québec selon le type de prestation). 1987.
3) Santé et Bien-être social Canada. (Calculs inédits du Régime de pensions du Canada: Tableau 1, Répartition des pensions d'invalidité par classe de diagnostic principal et par âge, juin 1986). Direction générale des programmes de la sécurité du revenu, 1987.

Les totaux pour l'année 1986 des paiements nets d'invalidité du RPC et du RRQ obtenus directement des Sources 1 et 2 ci-dessus ont été combinés avant qu'on puisse déterminer leur répartition par catégorie diagnostique. Les données du RPC de juin 1986 (Source 3) ont été considérées comme les plus représentatives de la répartition moyenne annuelle des pensions d'invalidité et ont par conséquent servi au calcul de la répartition procentuelle par catégorie diagnostique pour le Tableau 5A. On a ensuite multiplié par le total des paiements nets pour invalidité du RPC et du RRQ pour 1986.

Le Tableau 5B présente les paiements de prestation pertinents du RPC et du RRQ obtenus des Sources 1 et 2 et qui ne pouvaient être classés par catégorie d'affection. Ces paiements comprenaient des pensions aux survivants et aux orphelins, le paiement forfaitaire de prestation de décès ainsi que les paiements accordés aux enfants de cotisants invalides. Ce montant global a été ajouté aux dépenses supplémentaires pour la santé non classées par catégorie diagnostique de la Partie A du Tableau 9, ainsi qu'au grand total des pensions et prestations de la Figure 3 et du Tableau 11.

7.5.2. Assurance-chômage

Les prestations de maladie et de maternité constituaient les seules prestations d'assurance-chômage ayant trait à la santé. Les totaux de 1986 ont été obtenus directement de la source suivante :

Statistique Canada. Statistique sur l'assurance-chômage, décembre 1986. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1987; Catalogue 73-001. (Tableau 5, Activités de prestation, par genre de prestation.)

Les prestations de maladie comprenaient les paiements pour la maladie d'une durée de deux à quinze semaines. Le bénéficiaire devait avoir travaillé durant au minimum vingt semaines avant d'être admissible à ces prestations. Du fait que les prestations de maladie n'ont pas été ventilées par catégorie diagnostique, ce montant a été ajouté aux dépenses supplémentaires pour la santé non classées de la Partie A du Tableau 9.

L'inclusion des prestations de maternité dans le présent rapport a été faite à des fins d'exhaustivité, bien que la grossesse ne soit pas une maladie. Toutefois, la grossesse a trait à la santé, la femme enceinte ou qui accouche entraîne divers frais de soins de santé à un moment ou à un autre. Le montant des prestations d'assurance-chômage pour maternité a été inscrit dans la composante pensions et prestations du Tableau 10, sous la rubrique grossesse.

Il convient de remarquer que les dépenses à l'égard de ces deux classes de prestation d'assurance-chômage ont été incluses dans le grand total des pensions et prestations du Tableau 11 et de la Figure 3.

7.5.3 Accidents de travail

Le total national des dépenses d'accident de travail pour 1986 par catégorie diagnostique a été évalué à partir des sources suivantes :

1) Statistique Canada. Comptes nationaux des revenus et dépenses : estimations annuelles, 1977-1988. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1989; Catalogue 13-201. (Tableau 56, Paiements de transfert gouvernementaux au personnes.)
2) Commission des accidents du travail de l'Ontario. (Données non publiées). Toronto, 1988. (Tableau de réclamations réglées à partir de 1986, nombre de réclamations et coûts selon la CIM et le genre d'invalidité.)

Les dépenses nationales totales d'accident de travail pour 1986, à l'égard des demandes initiales et des demandes de renouvellement, ont été obtenues à partir de la première source énumérée ci-dessus. En tant que paiement aux particuliers, cette dépense était un chiffre global qui comprenait l'invalidité temporaire, les pensions aux travailleurs et certaines prestations de décès. Les dépenses d'accident de travail à l'égard des prestations de soins de santé n'ont pas été incluses ici, mais ont été incorporées dans diverses autres composantes de coût direct. Par conséquent, la dépense nationale en accident du travail a été sous-estimée dans cette section, mais pas dans le coût direct total des maladies et des blessures.

Parmi les autres composantes de coût direct qui comprenaient certaines dépenses à l'égard des accidents du travail, on retrouvait les médicaments (Tableau 1), les frais médicaux (Tableau 2), les frais hospitaliers (Tableau 3) et de nombreuses dépenses supplémentaires pour la santé non réparties par catégorie diagnostique qui figurent dans le Tableau 9. Ces dernières comprenaient toutes les composantes liées aux soins de santé figurant dans la Partie B (c'est-à-dire, les établissements non hospitaliers, les soins à domicile, les ambulances, les frais de dentiste, de chiropraticien, d'optométriste, de podiatre, d'ostéopathe, d'infirmière de services privés, de physiothérapeute ainsi que les frais à l'égard des appareils de correction visuelle et auditive ainsi que d'autres appareils) en plus des dépenses de santé publique, des dépenses en immobilisation et des diverses dépenses pour la santé comprises dans la composante administration de la Partie C.

Dans le Tableau 5D, la répartition en pourcentage par catégorie diagnostique était fondée sur la répartition des demandes initiales de 1986 d'accident du travail de l'Ontario (Source 2), après exclusion des paiements à l'égard des prestations de soins de santé. En résumé, on a calculé les dépenses d'accident du travail par catégorie diagnostique au

Canada pour 1986 en multipliant la répartition procentuelle de l'Ontario par les dépenses nationales de 1986 en accident du travail, à l'exclusion des paiements de soins de santé.

7.6 Pertes de revenus futurs en raison de mortalité prématurée

La valeur en dollars actuels de la perte de revenus futurs en raison de mortalité prématurée a été évaluée à l'aide des sources suivantes :

1) Statistique Canada. Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu, 1985. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1986; Catalogue 13-207.
2) Rice DP, Hodgson TA. Social and economic implications of cancer in the United States. Washington: US Government Printing Office, 1981; DHHS publication no. (PHS)81-1404. (Vital Health Statistics; series 3; no. 20).
3) Rice DP. Estimating the cost of illness. Washington: US Government Printing Office, 1966; PHS publication no. 947-6. (Health Economics Series; no. 6).
4) Shillington RE. Selected economic consequences of cigarette smoking (Document interne). Santé et Bien-être social Canada, 1977.
5) Collishaw NE, Myers G. Dollar estimates of the consequences of tobacco use in Canada, 1979. Can J Public Health 1984;75:192-199.
6) Statistique Canada. Tables de mortalité, Canada et provinces, 1980-82. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1984; Catalogue 84-532.
7) Statistique Canada. Causes de décès, La statistique de l'état civil Volume IV, 1986. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1988; Catalogue 84-203.
8) Statistique Canada. L'indice des prix à la consommation, septembre 1987. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1987; Catalogue 62-001. (Tableau 2, L'indice des prix à la consommation au Canada, toutes composantes (non rajusté en fonction de la saison), 1972-1987, 1981=100.)

La valeur en dollars actuels de revenus futurs par âge et par sexe a été tirée des données de 1985 par groupe d'âge et par sexe relatives à la moyenne du revenu annuel de particuliers (Source 1), à l'aide des méthodes suggérées dans les articles énumérés ci-dessus (Sources 2 à 5). On définissait comme particuliers ayant un revenu toute personne âgée de 15 ans ou plus qui recevait un certain revenu au cours de l'année de référence. Par conséquent, l'on considérait qu'il y avait absence de revenu entre l'âge de 0 et 14 ans. On a fait des rajustements en fonction de l'amélioration future de la productivité (2 % par année) et des gains futurs escomptés de 6 % par année (Source 4).

On a ensuite calculé le revenu perdu en raison de mortalité prématurée pour chaque personne, selon le sexe et le groupe d'âge, en accumulant la valeur rajustée du revenu futur au cours des années prévues selon l'espérance de vie (Source 6). Les valeurs résultantes ont ensuite été multipliées par le nombre de décès en 1986 pour chaque catégorie diagnostique, selon l'âge et le sexe (Source 7). On n'a fait aucune distinction entre les personnes qui faisaient partie de la population active au moment de leur décès et celles dont ce n'était pas le cas. On a ensuite fait la somme des résultats pour obtenir une estimation finale du revenu perdu. La valeur en dollars actuels du revenu futur perdu en raison de mortalité prématurée a été ramenée en dollars de 1986 par l'application de l'Indice des prix à la consommation, toutes composantes, à l'estimation de 1985 (Source 8).

7.7 Valeur annuelle du temps perdu en raison d'invalidité chronique

L'estimation de la valeur du revenu perdu en 1986 en raison de limitations d'activités majeures ou mineures a été faite à l'aide des sources suivantes :

1) Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada. L'Enquête Santé Canada, 1978-79 (Calculs inédits : Section V, Limitations d'activité). 1983.
2) Wilkins R, Adams OB. Healthfulness of Life: A Unified View of Mortality, Institutionalization, and Non-institutionalized Disability in Canada, 1978. Montreal: The Institute for Research on Public Policy, 1983.
3) Statistique Canada. Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu, 1985. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1986; Catalogue 13-207.
4) Statistique Canada. Le cancer au Canada, 1978. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1981; Catalogue 82-207. (Population estimée, par le sexe et groupe d'âge, Canada et les provinces, 1 juin 1978.)
5) Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada. La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1981; Catalogue 82-538F. (Tableau 67, Population selon d'âge et le sexe, répartie en fonction de l'activité principale et des limitations d'activité, Canada, 1978-79.)
6) Statistique Canada. Annuaire du Canada, 1988. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1987; Catalogue 11-402F. (Tableau 2.11, Population selon l'age, 1976, 1981 et 1986.)
7) Statistique Canada. L'Indice des prix à la consommation, septembre 1987. Ottawa: Approvisionnements et services Canada, 1987; Catalogue 62-001. (Tableau 2, L'indice des prix à la consommation au Canada, toutes composantes (non rajusté en fonction de la saison), 1972-1987, 1981=100.)
8) Statistique Canada. La statistique de l'hygiène mentale, 1985-86. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1989; Catalogue 83-204. (Hôpitaux généraux, congés, 1984-1985 : Tableau 6, Durée du séjour, selon l'âge et le sexe; Hôpitaux psychiatriques, 1985-1986 : Tableau 6, Durée du séjour, selon l'âge et le sexe.)

On a présumé que le temps perdu par des personnes qui ne faisaient pas partie de la population active était équivalent (si on se servait du revenu annuel moyen en

fonction de l'âge et du sexe) au temps de travail perdu. Toute limitation d'activité était prise en compte (avec un rajustement pondéré) plutôt que les seules limitations d'activité liées au travail.

On a puisé une estimation des jours de limitation d'activité dans les calculs inédits de la Section V de l'Enquête Santé Canada de 1978-1979 (Source 1). Même si la Section V classait la durée de la limitation de moins d'un mois à une limitation depuis la naissance, toute limitation d'une durée supérieure à un an était considérée comme une seule année de limitation aux fins du présent rapport. Une limitation d'activité d'une durée inférieure à un an était divisée en intervalles de quinze jours, de deux, de cinq ou de neuf mois; pour ce faire, on prenait le mois qui se situait au milieu des intervalles établis dans l'étude. On divisait ensuite les intervalles de limitation d'activité par catégorie diagnostique du temps établi en mois par douze mois afin de déterminer les années accumulées de limitation d'activité pour chaque activité.

La Section V de l'Enquête Santé Canada comprenait plusieurs degrés de limitation. À l'aide des méthodes de Wilkins et de Adams (Source 2), on a appliqué les pondérations 0,3, 0,4 et 0,5 à la proportion de la population souffrant d'une «certaine limitation», de «limitations majeures de l'activité» (travail, travail ménager, école), et d'«incapacités à réaliser une activité majeure», respectivement. On procédait ainsi en présumant qu'une journée d'invalidité ne signifiait pas nécessairement que la personne concernée ne pouvait effectuer aucune activité durant le jour visé.

Les chiffres résultants, multipliés par la moyenne du revenu annuel en fonction de l'âge et du sexe pour 1985, obtenus de la Source 3 (et présumés égaux tant pour ceux qui faisaient partie de la population active que ceux dont ce n'était pas le cas) déterminaient la valeur totale du temps perdu en raison d'invalidité chronique. Comme l'Enquête Santé Canada était une enquête sur échantillon, on a appliqué le rapport (1000) de la population âgée de 15 ans et plus en 1978 (Source 4) à celui de la population ayant fait l'objet de l'enquête (Source 5) de façon à faire une estimation globale pour le pays tout entier. On a ensuite rajusté les résultats afin de refléter la croissance de la population entre 1978 et 1986; pour ce faire, on a multiplié le rapport (1.1) de la population âgée de 15 ans et plus en 1986 (Source 6) par celui des personnes âgées de 15 ans et plus en 1978 (Source 4). La valeur du temps perdu a ensuite été établie en dollars de 1986; pour ce faire on a appliqué à l'estimation de 1985 l'Indice des prix à la consommation, toutes composantes (Source 7).

Lorsqu'on doit se servir de l'Enquête Santé Canada, Statistique Canada suggère que toute évaluation d'un nombre de jours inférieur à 16 doit être évitée, car ces nombres trop petits créeraient un écart trop grand par rapport au montant réel. On n'a pas tenu compte de ces avertissements dans notre rapport, et toutes les données disponibles ont été utilisées. Par conséquent, le coût des problèmes de santé qui peuvent ne pas avoir de grandes répercussions sur la perte de revenu en raison de limitation d'activité (par exemple les céphalées) pourrait être quelque peu trop bas ou trop élevé.

En plus de prendre en compte les ménages, l'Enquête Santé Canada tenait également compte des membres du ménage qui effectuaient un séjour temporaire dans les hôpitaux, à l'exception des patients de longue durée (91 jours ou plus). Par conséquent, on s'est servi d'autres méthodes pour prendre en compte la population qui devait faire un séjour de longue durée à l'hôpital, et le coût de la morbidité qui y était relié. Les autochtones habitant sur des réserves, ainsi que la population des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon n'ont également pas pris part à l'Enquête.

Les handicapés mentaux comptaient pour une portion importante de la population placée en établissement; par conséquent, on a évalué les revenus perdus de la population placée en établissement uniquement en tenant compte de la valeur annuelle de temps perdu par les handicapés mentaux. Il convient de remarquer qu'un certain nombre de personnes placées en foyers de soins infirmiers et dans d'autres établissements du genre le sont pour des raisons de maladie mentale, mais on n'a pu obtenir de données par catégorie de diagnostic pour ces établissements. Par conséquent, les résultats sont susceptibles de sous-évaluer, dans une certaine mesure, la valeur réelle du problème de la santé mentale chez les personnes âgées.

La valeur du temps perdu pour la population handicapée mentale était fondée sur la somme des valeurs des populations suivantes :

a) les ménages dont un membre souffre d'une limitation d'activité en raison de maladies psychiatriques (déjà calculée au moyen de la méthode de limitation d'activité à l'aide des données de l'Enquête Santé Canada);
b) les patients d'hôpitaux psychiatriques âgés de 15 ans et plus dont la durée du séjour était supérieure à 90 jours et qui s'y trouvaient pour des raisons de santé mentale;
c) les patients âgés de 15 ans et plus qui effectuaient un séjour supérieur à 90 jours dans l'unité psychiatrique d'un hôpital pour des raisons de santé mentale.

Pour évaluer le coût de la morbidité à l'égard des handicapés mentaux placés en établissement, on a présumé qu'ils auraient touché le même revenu annuel en fonction de l'âge et du sexe que la population non placée en établissement, s'ils n'avaient pas de fait été placés en établissement.

Comme l'Enquête Santé Canada tenait compte des ménages dont un membre effectue un séjour temporaire dans un hôpital, nous avons dû faire en sorte d'éviter un double comptage de ces séjours. Par conséquent, seuls les séjours d'une durée supérieure à 91 jours, répartis par âge et par sexe, dans des hôpitaux généraux (unités psychiatriques, 1984-1985) et dans des hôpitaux psychiatriques (1985-1986) ont été réunis pour permettre des calculs du total de jours de soins pour chaque genre de résidant, répartis selon l'âge et le sexe (Source 8). On considérait une durée de séjour supérieure à 365 jours comme une seule année en multipliant 365 jours par le nombre de résidants en fonction de l'âge et du sexe de la catégorie «plus de 365 jours». On appliquait ensuite une pondération de 0,5, présumant qu'une journée passée à l'hôpital était une restriction d'activité aussi grave qu'un «jour d'abandon des activités principales».

Pour déterminer le nombre d'années de travail perdues en raison d'un placement d'établissement, on divisait le nombre total de jours de soins par 365 jours. Le nombre total d'années perdues était ensuite multiplié par le revenu annuel en fonction de l'âge et du sexe de 1985 rajusté en fonction de l'Indice des prix à la consommation de 1986; ainsi, on arrivait à établir la valeur annuelle du temps perdu en raison d'un placement en établissement causé par des troubles

mentaux. Le résultat a été ajouté à la catégorie diagnostique des troubles mentaux, qui comprenait déjà les résultats de a) ci-dessus; on le rajoutait également à l'évaluation de la valeur totale annuelle de temps perdu en raison d'incapacité ou de capacité restreinte à réaliser une activité importante ou mineure (calculée plus tôt à l'aide des données de l'Enquête Santé Canada).

7.8 Valeur annuelle du temps perdu en raison d'invalidité temporaire

La valeur du temps perdu en raison d'invalidité temporaire pour 1986 a été évaluée à l'aide des sources d'information suivantes :

1) Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada. Enquête Santé Canada, 1978-1979. (Calculs inédits : Section I, Incapacité d'une durée de deux semaines : jours de réduction des activités et jours d'abandon des activités principales). 1983.
2) Wilkins R, Adams OB. Healthfulness of Life: A Unified View of Mortality, Institutionalization, and Non-institutionalized Disability in Canada, 1978. Montreal: The Institute for Research on Public Policy, 1983.
3) Statistique Canada. Le cancer au Canada, 1978. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1981; Catalogue 82-207. (Population estimée, par le sexe et groupe d'âge, Canada et les provinces, 1 juin 1978.)
4) Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada. La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1981: Catalogue 82-538F. (Tableau 67, Population selon l'âge et le sexe, répartie en fonction de l'activité principale et des limitations d'activité, Canada, 1978-79.)
5) Statistique Canada. Annuaire du Canada, 1988. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1987; Catalogue 11-402F. (Tableau 2.11, Population selon l'âge, 1976, 1981 et 1986.)
6) Statistique Canada. Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu, 1985. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1986; Catalogue 13-207.
7) Statistique Canada. L'Indice des prix à la consommation, septembre 1987. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1987; Catalogue 62-001. (Tableau 2, Indice des prix à la consommation au Canada, toutes composantes (non-rajusté en fonction de la saison), 1972-1987, 1981=100.)

Comme dans les sections précédentes, on a présumé que le temps perdu par les personnes qui ne faisaient pas partie de la population active était équivalent (si l'on se servait du revenu annuel moyen en fonction de l'âge et du sexe) au temps de travail perdu. Toute limitation d'activité a été prise en compte (et pondérée) plutôt que les seules limitations d'activité liées au travail.

Le nombre annuel de jours perdus en raison d'invalidité temporaire a été déterminé à partir de calculs inédits de l'Enquête Santé Canada (Source 1); pour ce faire on a accumulé, dans chaque catégorie de maladie, la somme des nombres de jours multipliée par le nombre de personnes de chaque catégorie. On a appliqué cette méthode séparément pour les parties de jours de réduction des activités (Section I-12) et les jours d'abandon des activités principales (Section I-11). Ces chiffres, multipliés par 26 périodes de deux semaines (la période de deux semaines utilisée dans l'Enquête était représentative de toute période de deux semaines au cours d'une année), donnaient une estimation du nombre annuel de jours perdus en raison d'une invalidité temporaire. Comme environ 50 % des portions d'invalidité de deux semaines étaient attribuables à des personnes qui souffraient d'une limitation d'activité à long terme et qui figuraient ailleurs dans l'Enquête (Section V) qui étaient incluses au Tableau 7 du présent rapport, on a rajusté des résultats afin d'éviter un double comptage.

En utilisant la théorie de Wilkins et Adams (Source 2) selon laquelle un jour d'invalidité ne signifie pas nécessairement que toutes les activités sont compromises pour la journée en question, on a appliqué une pondération de 0,3 au nombre annuel de parties de jours de réduction, et de 0,4 au nombre annuel de jours d'abandon des activités principales. On a ensuite réuni les résultats et divisé par 365 jours afin de déterminer le nombre d'années perdus en raison d'invalidité temporaire. On a ensuite appliqué le rapport (1000) de la population en 1978 âgée de 15 et plus (Source 3) aux personnes qui faisaient partie de l'échantillon de l'Enquête (Source 4) de façon à faire une estimation globale pour l'ensemble du pays. On a également appliqué un rapport de 1,1 afin de refléter le résultat de la croissance de la population sur le nombre de jours perdus entre 1978 et 1986 (Sources 3 et 5). Les nombres résultants ont ensuite été multipliés par le revenu annuel de 1985 en fonction de l'âge et du sexe (Source 6) afin de fournir une évaluation de la valeur annuelle du temps perdu en raison d'invalidité temporaire. Le chiffre a été ramené en dollars de 1986 à l'aide de l'Indice des prix à la consommation, toutes composantes (Source 7), appliqué à la valeur évaluée du temps perdu en 1985.

La catégorie «journées d'alitement» de la Section I-10 de l'Enquête Santé Canada n'a pas été incluse dans les jours d'invalidité de deux semaines. Nous avons évité de le faire en raison de la possibilité de double comptage de la population qui passait une journée au lit tout en faisant partie de la population considérée comme ayant subi des jours d'abandon des activités principales. En effet, il était logique de penser que la population qui subissait une perte d'activité principale durant la période de deux semaines était susceptible d'être confinée au lit. Si on avait fait le contraire, une grande proportion de la population qui comptait des journées d'alitement aurait fait l'objet d'un double comptage.

Le fait que l'Enquête Santé Canada ait été un sondage des ménages et, par conséquent, n'ait pas été représentative de la population placée en établissement n'aurait pas dû avoir beaucoup de répercussions sur la valeur du temps perdu en raison d'invalidité temporaire, car cette population contribuait beaucoup plus à la perte de revenu en raison d'invalidité à long terme. Toutefois, la non-représentation des autochtones habitant sur des réserves et la population des territoires pose une préoccupation beaucoup plus importante.

Il convient de remarquer que l'évaluation du nombre de jours inférieur à 16 a été incluse dans les calculs d'invalidité temporaire, contrairement

aux recommandations de Statistique Canada. Par conséquent, les estimations des problèmes de santé qui n'étaient pas des problèmes majeurs d'invalidité temporaire pourraient être quelque peu moins précises.

7.9 Dépenses supplémentaires directes liées à la santé

Les dépenses supplémentaires directes liées à la santé pour 1986 qui ne pouvaient être réparties par catégorie diagnostique ont été tirées des sources suivantes :

1) Santé et Bien-être social Canada. (Calculs inédits de l'année civile 1986 : Tableau, Paiements nets du Régime de pensions du Canada). Direction générale des programmes de la sécurité du revenu, 1987.
2) Régie des rentes du Québec. (Calculs inédits des paiements nets de 1986 du Régime de rentes du Québec par genre de prestation). 1987.
3) Santé et Bien-être social Canada. Statistiques de sécurité sociale, Canada et provinces 1960-61 à 1984-85. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1987; Catalogue H21-98/1987. (Tableau 154, Pensions d'invalidité aux anciens combattants et aux personnes à charge, paiements fédéraux par province et pour le Canada.)
4) Statistique Canada. Statistique sur l'assurance-chômage, décembre 1986. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1987; Catalogue 73-001. (Tableau 5, Activités de prestation, par genre de prestation.)
5) Santé et Bien-être social Canada. Les dépenses nationales de santé au Canada 1975-1987. (Données préliminaires). Février 1990. Division de l'information sur la santé, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information. (Tableau 6, Dépenses totales de santé par catégorie, Canada, 1975 à 1987.)
6) Santé et Bien-être social Canada. Les dépenses nationales de santé au Canada 1975-1985. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, 1987; Catalogue H21-99/1985F. (Tableau C-1, Estimation du coût total des dépenses des écoles de médecine et des écoles de médecine dentaire, par province, 1969-1970 à 1984-1985.)
7) L'Association des facultés de médecine du Canada. Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada. Volume 9, 1987. (Tableau 65, Dépenses pour la recherche biomédicale des facultés canadiennes de médecine par source de financement, 1981-1982 à 1985-1986.)

Les dépenses supplémentaires de santé non réparties par catégorie diagnostique ont été groupées en trois composantes de coût direct figurant dans le Tableau 9. Dans la composante des pensions et prestations (Partie A), les données du RPC/du RRQ étaient le montant combiné des paiements du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec pour 1986, obtenues directement des Sources 1 et 2 (également présentées dans le Tableau 5B). Les dépenses relatives à l'invalidité des anciens combattants et à des pensions de personnes à charge ont été calculées par la régression du log naturel des dépenses des exercices financiers 1973-1974 à 1984-1985 (Source 3) et par l'utilisation des modèles résultants pour évaluer la valeur de 1986-1987. Les prestations de maladie d'assurance-chômage de 1986 ont été obtenues directement de la Source 4 (également dans le Tableau 5C).

Toutes les dépenses énumérées dans la composante liée aux soins de santé (Partie B), ainsi que les points 1, 2, 4 et 5 de la composante administration (Partie C), provenaient directement des données préliminaires de 1986 des dépenses nationales de santé au Canada 1975-1987 (Source 5). La combinaison particulière des contributions par des autorités fédérales, provinciales ou locales, par les accidents du travail (prestations de soins de santé uniquement) ou par le secteur privé sont expliquées en détail dans l'Annexe B du rapport cité dans la Source 6, sous les rubriques appropriées. Les coûts liés aux écoles de médecine et de médecine dentaire pour 1986-1987 ont été évalués à partir du tableau précisé à la Source 6, à l'aide de l'application du modèle en séries chronologique du processus autorégressif de moyennes mobiles intégrées de Box-Jenkin sur les chiffres relatifs aux dépenses pour la période de 1969-1970 à 1984-1985.

Les dépenses de recherche pour 1985-1986 non réparties par catégorie diagnostique concernaient la recherche biomédicale effectuée dans les facultés canadiennes de médecine à l'aide de sources de financement fournies par l'Association des facultés de médecine du Canada (Source 7) qui n'étaient pas incluses dans le Tableau 4. Parmi ces sources de financement, on retrouvait le gouvernement fédéral (Conseil national de recherches, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie, ainsi que plusieurs autres organismes et ministères à l'exclusion du Conseil de recherches médicales et de Santé et Bien-être social Canada), le secteur privé (y compris les sociétés pharmaceutiques), des sources communautaires locales, des hôpitaux et universités, ainsi que certaines sources diverses et étrangères. Certains des organismes énumérés dans la Source 7 sous la rubrique gouvernements provinciaux, fondation provinciale sans but lucratif et fondation nationale sans but lucratif n'apparaissaient pas non plus dans les données fournies par le Conseil de recherches médicales et utilisées dans le Tableau 4. Toutefois, ces coûts ne comprennent pas les dépenses supplémentaires de recherche car on ne pouvait ventiler le montant en dollars par organisme. Par conséquent, ces dépenses supplémentaires en recherche dans les facultés de médecine d'universités canadiennes sont quelque peu sous-estimées.