

Disparités en matière d'hospitalisation selon le statut socioéconomique chez les hommes et les femmes

Résumé

La présente analyse porte sur les disparités en matière de taux d'hospitalisation entre les groupes socioéconomiques des régions métropolitaines de recensement du Canada. Elle s'appuie sur des études précédentes qui ont illustré les disparités en matière d'hospitalisation selon le statut socioéconomique au Canada : les groupes dont le statut socioéconomique est faible présentent invariablement des taux d'hospitalisation supérieurs¹⁻⁸. Les études canadiennes indiquent également que le lien entre le statut socioéconomique et la santé varie selon le sexe^{9, 10}.

La recherche révèle l'existence d'une variabilité des taux d'hospitalisation qui serait attribuable à des différences dans l'accès aux soins de santé primaires, y compris le nombre de médecins¹¹⁻¹³. La présente analyse porte essentiellement sur les conditions propices aux soins ambulatoires et les maladies mentales, car l'hospitalisation pour ces problèmes de santé peut être évitée grâce à des soins de santé primaires adéquats^{14, 15}.

L'analyse tente de répondre aux questions de recherche suivantes : Y a-t-il des disparités en matière de taux d'hospitalisation entre les groupes socioéconomiques chez les hommes et les femmes? L'ampleur et les coûts de ces disparités varient-ils selon le sexe?

Principales conclusions

Les disparités en matière d'hospitalisation entre les groupes socioéconomiques existent chez les deux sexes, et ce, pour les conditions propices aux soins ambulatoires et les maladies mentales. Elles sont systématiquement observées dans toutes les régions métropolitaines de recensement du Canada.

- L'ampleur des disparités est généralement plus grande chez les hommes que chez les femmes lorsqu'elle est mesurée en fonction des taux excédentaires d'hospitalisationⁱ.

i. Le taux excédentaire d'hospitalisation est la somme des écarts en matière de taux d'hospitalisation entre le groupe socioéconomique le plus élevé et chacun des groupes plus faibles, convertie en un taux par 100 000 habitants.



Analyse en bref

Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

Programme de coordination de l'image de marque

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

- Chez les deux sexes, les taux excédentaires associés au statut socioéconomique représentent environ 33 % à 40 % des taux d'hospitalisation.
- En ce qui concerne les conditions propices aux soins ambulatoires, les taux excédentaires sont significativement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Les coûts estimés des hospitalisations excédentaires sont de 89 millions de dollars pour les hommes et de 71 millions de dollars pour les femmes.
- En ce qui concerne les maladies mentales, les taux excédentaires d'hospitalisation sont aussi plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Les coûts excédentaires totaux sont estimés à 123 millions de dollars pour les hommes et à 125 millions de dollars pour les femmes (fondés sur des populations de 10,2 millions d'hommes et de 10,7 millions de femmes en milieu urbain au Canada).

Introduction

La recherche montre que les Canadiens de tous les âges vivant dans les régions socioéconomiques défavorisées enregistrent une utilisation plus élevée des services de santé¹⁻⁸. Les récents rapports de l'administrateur en chef de la santé publique et du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations, ainsi qu'un rapport international de l'Organisation mondiale de la Santé, soulèvent les préoccupations concernant l'ampleur des disparités en matière de santé associées au statut socioéconomique pour de multiples mesures de la santé¹⁶⁻¹⁸. L'Organisation mondiale de la Santé a aussi souligné l'importance de tenir compte du genre dans les efforts et les interventions visant à promouvoir l'équité en santé¹⁶. Une façon de viser l'équité des sexes dans le système de santé consiste à mettre en évidence divers types de données sur les hommes et les femmes (p. ex. selon l'emplacement géographique et le statut socioéconomique)¹⁹.

Des recherches ont démontré que le lien entre le statut socioéconomique et la santé varie selon le sexe^{3, 9, 20}. Par exemple, des études ont montré que les disparités en matière d'espérance de vie entre les groupes socioéconomiques étaient plus importantes chez les hommes que chez les femmes^{10, 21}. Une étude canadienne a montré que ces différences entre le groupe de revenu le plus élevé et le plus faible étaient de 7,4 ans chez les hommes et de 4,5 ans chez les femmes¹⁰. Une autre étude a conclu que les disparités en matière de santé étaient aussi plus prononcées chez les hommes que chez les femmes en ce qui concerne le cancer du poumon, les maladies circulatoires, les maladies de l'appareil digestif et l'alcoolisme²⁰.

De nouvelles analyses ci-incluses portent sur les mesures des disparités en matière d'hospitalisation selon le statut socioéconomique chez les femmes et les hommes vivant dans les régions métropolitaines de recensement du Canada. La présente analyse est un prolongement des travaux antérieurs de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, qui portent sur le lien entre la santé et le statut socioéconomique. Le rapport *Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*, publié en 2008, montre que les taux d'hospitalisation étaient invariablement plus élevés chez les personnes vivant dans les régions socioéconomiques défavorisées dans chacune des 15 régions métropolitaines de recensement étudiées⁷. La présente analyse poursuit les travaux antérieurs en étudiant les disparités en matière de taux d'hospitalisation entre les groupes socioéconomiques, chez les femmes et les hommes, séparément. De plus, elle examine les mesures de l'ampleur des disparités et les coûts estimés.

Une des raisons proposées expliquant les disparités en matière de santé entre les groupes socioéconomiques, appuyée par les taux d'hospitalisation supérieurs au sein des populations à faible revenu, est l'accès variable aux soins de santé primaires^{14, 22}. La pertinence de l'infrastructure de soins primaires du système de santé a été liée positivement aux résultats désirés pour la santé¹¹⁻¹³. Par conséquent, les problèmes d'accès aux soins de santé primaires pourraient contribuer aux taux d'hospitalisation supérieurs, comme il est observé chez les populations à faible revenu. Cette situation est particulièrement vraie pour les problèmes de santé pouvant être gérés en consultation externe par un fournisseur de soins de santé primaires. En conséquence, les résultats recherchés dans la présente analyse portent sur les conditions propices aux soins ambulatoires et les maladies mentales — l'hospitalisation pour ces problèmes de santé peut être évitée au moyen de soins préventifs et de la gestion à temps des maladies dans un établissement de soins ambulatoires, comme une unité de soins de santé primaires^{14, 15, 23, 24}.

Terminologie

Hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) — Les hospitalisations en soins de courte durée liées aux CPSA comprennent celles où le diagnostic principal consistait en l'une des sept affections suivantes : épilepsie, maladie pulmonaire obstructive chronique, asthme, insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire, hypertension, angine et diabète²⁵. Voir l'annexe A pour obtenir de plus amples renseignements sur les sources de données.

Les taux d'hospitalisation en raison de CPSA ne sont calculés que pour les patients âgés de moins de 75 ans; ceci correspond environ à l'espérance de vie établie dans les pays développés (ainsi, les décès survenant avant l'âge de 75 ans sont considérés comme prématurés et potentiellement évitables)^{26, 27}.

Hospitalisations liées à une maladie mentale — Les hospitalisations liées à une maladie mentale comprennent celles où le diagnostic principal était associé à un code du chapitre 5 (Troubles mentaux et du comportement) de la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé²⁸. De plus, les hospitalisations liées à une maladie mentale déclarées au Système d'information ontarien sur la santé mentale, par les hôpitaux généraux de l'Ontario disposant de lits de santé mentale réservés pour adultes, sont incluses. Voir l'annexe A pour obtenir de plus amples renseignements sur les sources de données.

Statut socioéconomique — L'indice de défavorisation de l'Institut national de santé publique du Québec est utilisé pour mesurer le statut socioéconomique à l'échelle des aires de diffusionⁱⁱ, selon les données du recensement de 2006^{30, 31}. Les facteurs sociaux (état matrimonial, conditions de vie) et matériels (revenu, éducation, emploi) sont combinés dans l'indice. Les aires de diffusion de chacune des 33 régions métropolitaines de recensement du Canada ont été classées dans l'un des cinq groupes, ou quintiles, représentant chacun une région au degré différent de défavorisation socioéconomique. Les habitants des régions au statut socioéconomique le plus élevé sont les moins défavorisés, représentant 20 % de la population totale de chacune des régions métropolitaines de recensement selon le classement des régions; ceux vivant dans les régions au statut socioéconomique le plus faible forment les 20 % les plus défavorisés (voir l'annexe B pour obtenir des précisions).

Sexe — Dans la présente analyse, le mot « sexe » est utilisé plutôt que « genre » parce que la population étudiée est répartie en hommes et femmes selon le sexe des personnes dans leur dossier d'hospitalisation. Aucune partie des résultats obtenus ne pourrait permettre d'extrapoler le rôle des relations de genre (sociales) par rapport au sexe biologique (ou l'interaction entre les deux). Les analyses aux présentes ne se prêtent pas à de telles études.

ii. Selon Statistique Canada, une aire de diffusion (AD) est une petite région géographique regroupant généralement de 400 à 700 habitants. Les AD couvrent toutes les provinces et tous les territoires du Canada et constituent les plus petites unités de répartition des données de recensement²⁹.

Résultats

Les analyses précédentes de l'Initiative sur la santé de la population canadienne ont montré que les taux d'hospitalisation pour de multiples indicateurs de santé étaient systématiquement plus élevés chez les personnes vivant dans les régions à statut socioéconomique faible que chez les groupes vivant dans les régions à statut socioéconomique moyen ou élevé dans l'ensemble des régions métropolitaines de recensement⁷. Les nouvelles analyses ci-incluses examinent de plus près les disparités entre les groupes socioéconomiques selon le sexe en plus d'étudier l'ampleur et les coûts de ces disparités.

Taux d'hospitalisation selon le sexe

D'une perspective de la santé de la population, celle-ci visant à améliorer la santé et à réduire les disparités, il est considéré bénéfique pour les populations de présenter de faibles taux d'hospitalisation en raison de CPSA ou d'une maladie mentale. Il est également souhaitable que les disparités entre les groupes socioéconomiques soient faibles. Ainsi, avant d'examiner et de comparer les disparités en matière d'hospitalisation, les taux d'hospitalisation actuels sont fournis pour les hommes et les femmes.

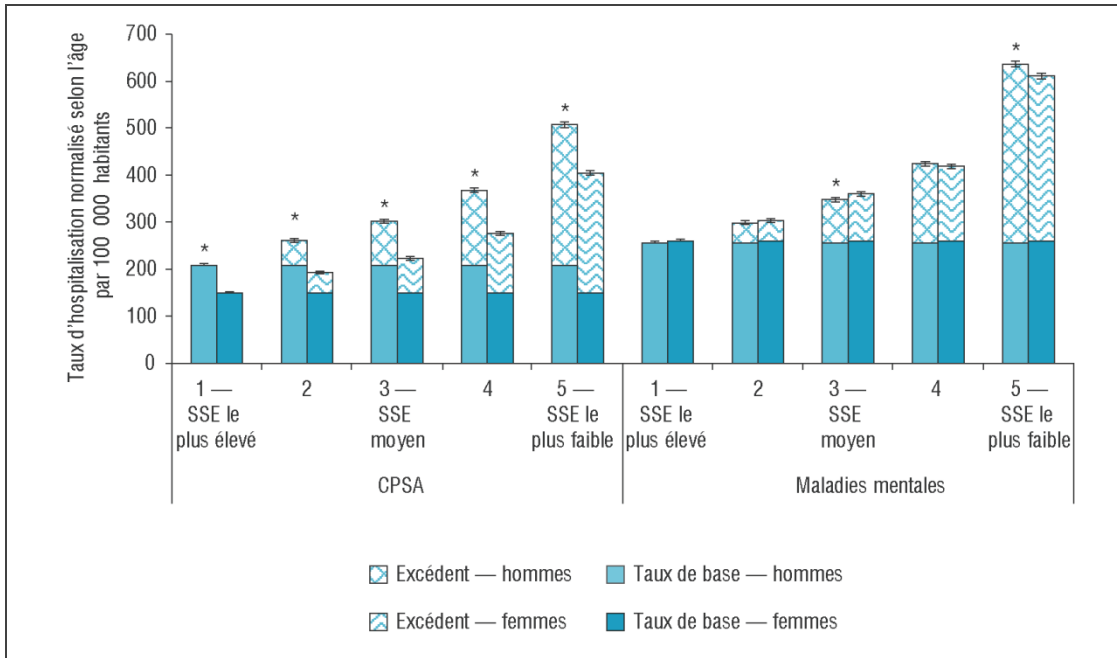
Comme le montre la figure 1, les taux d'hospitalisation en raison de CPSA étaient systématiquement et significativement plus élevés chez les hommes que chez les femmes, et ce, dans chaque groupe de statut socioéconomique. Cette tendance est observée dans toutes les régions métropolitaines de recensement (voir l'annexe C). En ce qui concerne les maladies mentales, les écarts en matière de taux d'hospitalisation entre les sexes étaient moins systématiques et moins marqués. Des disparités significatives n'ont été observées qu'au sein du groupe de statut socioéconomique moyen, où les femmes présentaient des taux supérieurs, et du groupe de statut socioéconomique faible, où le taux était plus élevé chez les hommes. Les résultats des analyses par région n'ont pas révélé une tendance constante concernant les différences entre les sexes en matière de taux d'hospitalisation liés à une maladie mentale.

- Les taux d'hospitalisation en raison de CPSA étaient significativement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. La situation était la même au sein de tous les groupes socioéconomiques.
- En ce qui concerne les maladies mentales, les différences entre les taux selon le sexe étaient irrégulières. Les femmes avaient tendance à présenter des taux plus élevés que les hommes dans le même groupe socioéconomique en analysant l'ensemble des régions métropolitaines de recensement.

Disparités en matière de taux d'hospitalisation

La figure 1 illustre les disparités en matière d'hospitalisation pour les deux problèmes de santé et les deux sexes, dans l'ensemble des 33 régions métropolitaines de recensement. La tendance observée, appelée un gradient, indique que plus le groupe de statut socioéconomique est faible, plus le taux d'hospitalisation est élevé. Pour comparer l'ampleur des disparités en matière de taux d'hospitalisation entre les hommes et les femmes, une mesure sommaire de l'excédent a été utilisée. L'excédent se rapporte aux taux dépassant ceux observés au sein du groupe au plus bas taux. Comme l'illustre la figure 1, le taux au sein du groupe de statut socioéconomique le plus élevé est significativement inférieur aux taux des autres groupes, et ce, pour les deux problèmes de santé. Cette tendance est observée dans la plupart des régions métropolitaines de recensement (voir l'annexe C). Ainsi, pour ces analyses, le groupe de statut socioéconomique le plus élevé est la référence (le groupe de base auquel tous les autres sont comparés), et son taux d'hospitalisation devient le taux de base. Dans la figure, les couleurs foncées représentent le taux de base tandis que les couleurs pâles illustrent les taux excédentaires. Le taux excédentaire d'hospitalisation total, ou l'ampleur de la disparité, pour un problème de santé est calculé en additionnant les taux excédentaires de tous les groupes de statut socioéconomique et en convertissant la somme en un taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants.

Figure 1 : Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge, selon le statut socioéconomique et le sexe



Remarques

* Différence significative entre les hommes et les femmes à un niveau de confiance de 95 %.

L'analyse présente les résultats pour l'ensemble des 33 régions métropolitaines de recensement. Les résultats par région métropolitaine de recensement et les écarts entre les groupes de statut socioéconomique se trouvent à l'annexe C.

Sources

Base de données sur les congés des patients, de 2005-2006 à 2007-2008, et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2006-2007 et 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, de 2005-2006 à 2007-2008, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Mesurer l'ampleur des disparités

Pour comparer les écarts observés dans les résultats des groupes de population, différentes mesures peuvent être utilisées pour résumer l'ampleur des disparités. Le choix de la mesure peut dépendre selon si les écarts observés se révèlent un seuil ou un gradient. Lors d'un effet de seuil, il y a un écart entre le taux d'un groupe et ceux de tous les autres groupes, parmi lesquels il y a peu de différence⁶. Dans ces cas, le rapport entre les taux les plus bas et les plus élevés peut servir à mesurer l'ampleur de la disparité.

Dans le cas de disparités caractérisées par un gradient, comme l'illustre la figure 1, une mesure qui tient compte de tous les groupes (et non seulement du groupe le plus élevé et le plus faible) peut être utilisée pour décrire l'ampleur des disparités observées. Ces deux types de mesure, adaptés de recherches précédentes^{6, 32, 33}, sont utilisés dans la présente analyse.

Taux excédentaire total d'hospitalisation — La somme de tous les écarts en matière de taux d'hospitalisation entre le groupe de statut socioéconomique le plus élevé (groupe de référence ou de base) et chacun des groupes de statut socioéconomique inférieur. La somme est convertie en un taux par 100 000 habitants en la divisant par 5 (le nombre de groupes dans la population totale) pour obtenir un taux qui est comparable au taux d'hospitalisation global et entre les hommes et les femmes.

Ratio de l'excédent par rapport au total — Le ratio de la somme des taux excédentaires d'hospitalisation par rapport au taux d'hospitalisation global dans l'ensemble des groupes socioéconomiquesⁱⁱⁱ. Ce ratio peut être interprété comme la proportion du taux d'hospitalisation global qui peut être attribuée aux hospitalisations excédentaires au sein des groupes socioéconomiques plus faibles²⁸.

Selon la recherche portant sur la mesure des disparités, les mesures absolues et relatives sont valides et les deux devraient être envisagés^{32, 34}. Le taux excédentaire d'hospitalisation représente une mesure *absolue*, comme il reflète la différence dans les taux entre les groupes de statut socioéconomique. Le ratio de l'excédent par rapport au taux d'hospitalisation global représente une mesure *relative* parce qu'il compare l'excédent par rapport au taux global. Dans certains cas, les mesures absolues et relatives ne donnent pas les mêmes résultats. Dans la présente analyse, l'accent est mis sur la mesure absolue pour estimer les coûts associés aux hospitalisations excédentaires.

Ampleur des disparités en matière d'hospitalisation entre les groupes socioéconomiques

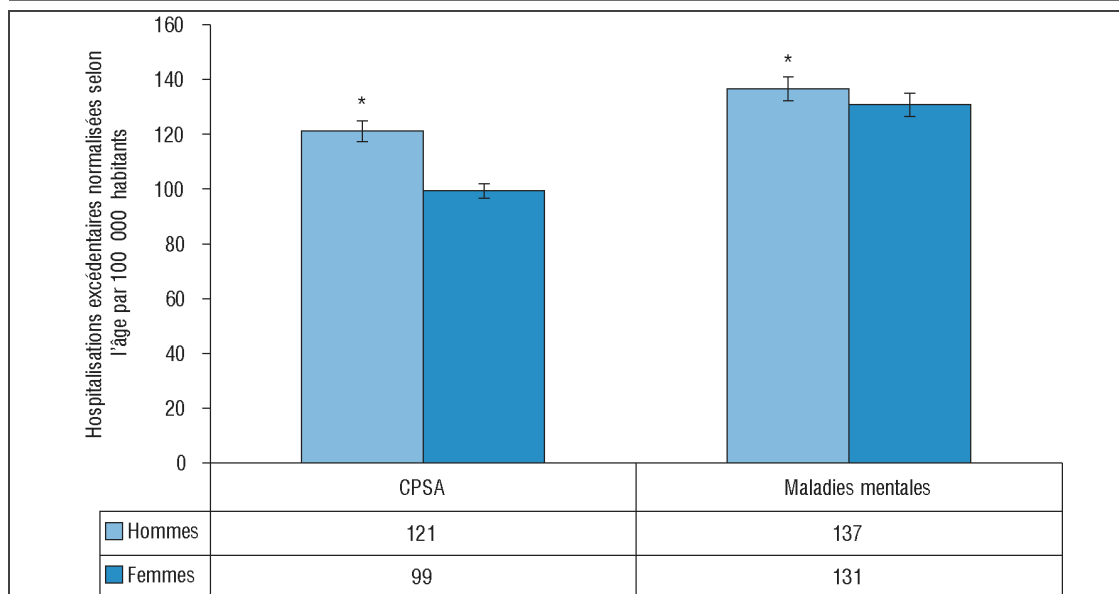
La présente analyse traite de l'ampleur des disparités au moyen de différentes méthodes. D'abord, les taux excédentaires d'hospitalisation totaux sont calculés et comparés entre les hommes et les femmes. Ces taux excédentaires totaux sont ensuite comparés au taux global pour l'ensemble des groupes de statut socioéconomique afin de déterminer la proportion du taux d'hospitalisation global évaluée comme étant l'excédent.

Les taux excédentaires d'hospitalisation sont-ils plus élevés chez les hommes ou chez les femmes?

La figure 2 montre les différences dans l'ampleur des disparités en matière d'hospitalisation dans l'ensemble des groupes de statut socioéconomique entre les hommes et les femmes. Le taux excédentaire d'hospitalisation en raison de CPSA, normalisé selon l'âge, était estimé à 121 par 100 000 hommes, un résultat significativement supérieur aux 99 hospitalisations excédentaires par 100 000 femmes. En ce qui concerne les maladies mentales, les taux excédentaires d'hospitalisation étaient plus proches entre les hommes (137 par 100 000 habitants) et les femmes (131 par 100 000 habitants); cependant, l'écart demeure significatif. Les taux excédentaires étaient significativement plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans environ un tiers (11 sur 33) des régions métropolitaines de recensement pour les cas de CPSA et dans sept régions pour les cas de maladie mentale (voir l'annexe D).

iii. Il s'agit d'une variante de l'indice de disparité, où le ratio est la somme de l'excédent divisée par le groupe de référence, qui ne représente pas toujours le total.

Figure 2 : Taux excédentaires d'hospitalisation, normalisés selon l'âge, chez les hommes et les femmes



Remarques

* Différence significative entre les hommes et les femmes à un niveau de confiance de 95 %.

L'analyse présente les résultats pour l'ensemble des 33 régions métropolitaines de recensement. Les résultats par région métropolitaine de recensement se trouvent à l'annexe D.

Sources

Base de données sur les congés des patients, de 2005-2006 à 2007-2008, et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2006-2007 et 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, de 2005-2006 à 2007-2008, ministère de la Santé et des Services sociaux.

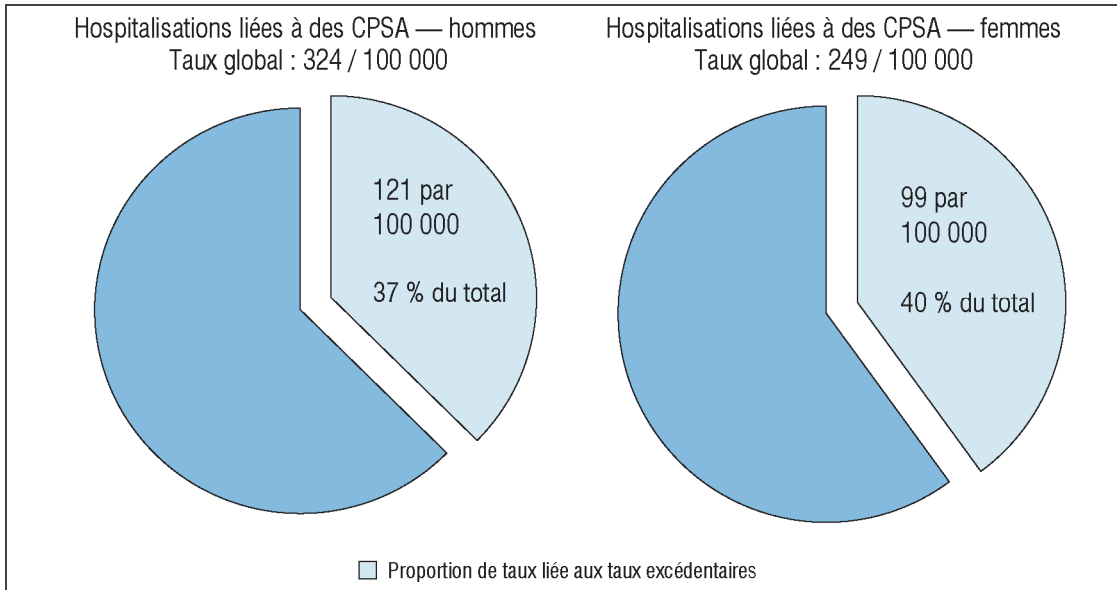
Quelle proportion du taux d'hospitalisation est excédentaire?

Les figures 3 et 4 illustrent la proportion du taux d'hospitalisation global évaluée comme excédentaire pour les CPSA et les maladies mentales, respectivement. Les hospitalisations excédentaires chez les groupes de statut socioéconomique faible, par rapport au groupe le plus élevé, représentaient 37 % du taux d'hospitalisation global en raison de CPSA chez les hommes et 40 % du même taux chez les femmes. À noter que lorsque les taux excédentaires étaient utilisés (une mesure absolue), les hommes présentaient des disparités plus importantes que les femmes. Cependant, lorsque la proportion excédentaire du taux global était estimée (une mesure relative), les hommes n'enregistraient plus de disparités plus importantes. Cette contradiction entre la mesure absolue du taux excédentaire et la mesure relative de la proportion s'explique par le taux d'hospitalisation global en raison de CPSA relativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (c'est-à-dire, le ratio de 121 sur 324 hospitalisations chez les hommes est inférieur au ratio de 99 sur 249 hospitalisations chez les femmes). Ainsi, comparativement aux femmes, les hommes présentaient des taux d'hospitalisation globaux en raison de CPSA plus élevés et, par conséquent, des taux excédentaires d'hospitalisation supérieurs. Cependant, l'excédent était supérieur chez les femmes lorsque la proportion du taux excédentaire par rapport au taux d'hospitalisation global en raison de CPSA, pour chaque sexe, était prise en considération. Ces résultats soulignent l'importance de tenir compte des mesures relatives et absolues dans l'examen des disparités.

En ce qui concerne les maladies mentales, l'excédent représentait environ un tiers du taux d'hospitalisation global chez les hommes (35 %) et les femmes (33 %). Dans ce cas, le taux excédentaire d'hospitalisation était aussi proportionnellement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (137 sur 392 hospitalisations contre 131 sur 391 hospitalisations, respectivement). Que les hospitalisations soient liées à des CPSA ou à une maladie mentale, autant chez les hommes que chez les femmes, environ la moitié du taux excédentaire était attribuable au groupe de statut socioéconomique le plus faible (ces analyses ne figurent pas dans ce document).

- Lorsque l'ampleur des disparités est mesurée en fonction des taux excédentaires d'hospitalisation, elle est supérieure chez les hommes.
 - Les taux excédentaires d'hospitalisation sont significativement plus élevés chez les hommes que chez les femmes, que les hospitalisations soient liées à des CPSA ou à une maladie mentale.
- Chez les hommes et les femmes, de 33 % à 40 % des taux d'hospitalisation liés à des conditions propices aux soins ambulatoires ou à une maladie mentale sont évalués comme étant des taux excédentaires associés aux groupes de statut socioéconomique plus faible.

Figure 3 : Proportion du taux excédentaire d'hospitalisation en raison de CPSA selon le sexe



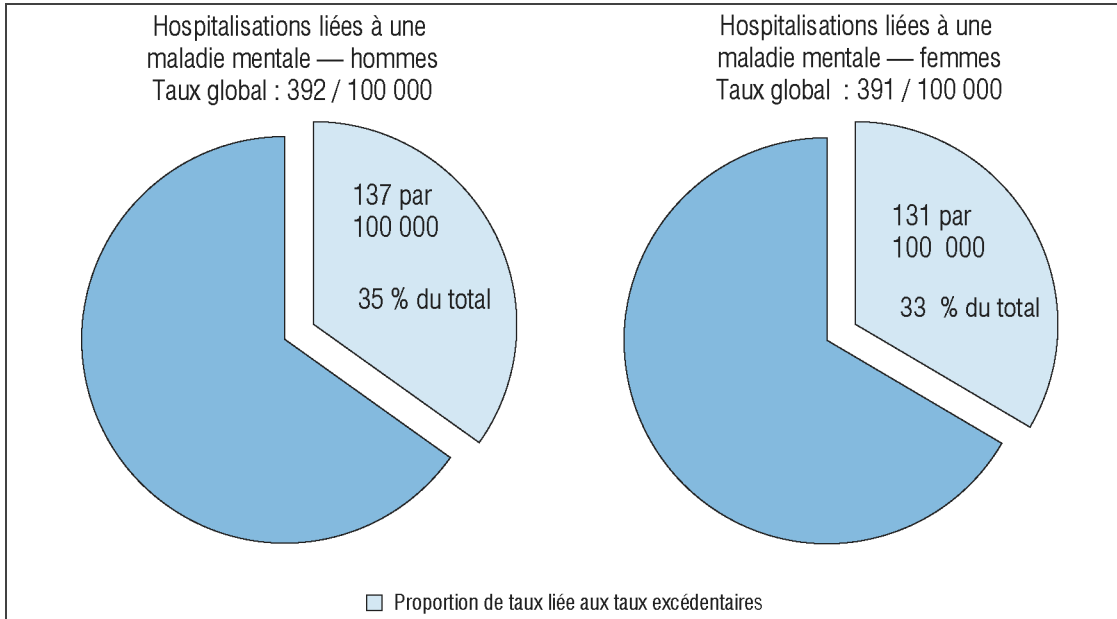
Remarque

L'analyse présente les résultats pour l'ensemble des 33 régions métropolitaines de recensement.

Sources

Base de données sur les congés des patients, de 2005-2006 à 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, de 2005-2006 à 2007-2008, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Figure 4 : Proportion du taux excédentaire d'hospitalisation en raison d'une maladie mentale selon le sexe



Remarque

L'analyse présente les résultats pour l'ensemble des 33 régions métropolitaines de recensement.

Sources

Base de données sur les congés des patients, de 2005-2006 à 2007-2008, et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2006-2007 et 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, de 2005-2006 à 2007-2008, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Quels sont les coûts estimés associés aux taux excédentaires d'hospitalisation?

Les coûts des hospitalisations en soins de courte durée présentés dans la présente analyse sont fondés sur les estimations fournies dans un rapport de l'ICIS, publié en 2008³⁵. Le coût moyen (pondéré selon le problème de santé) d'un séjour en soins de courte durée en raison de CPSA était estimé à 7 559 \$ pour les hommes et à 7 139 \$ pour les femmes. Pour les hospitalisations liées à une maladie mentale, le coût était estimé à 8 821 \$ pour les hommes et à 8 935 \$ pour les femmes. Fait important, le coût estimé d'une hospitalisation en soins de courte durée en raison de CPSA est plus élevé chez les hommes alors que le coût d'une hospitalisation liée à la maladie mentale est légèrement plus élevé chez les femmes (voir les annexes D et E pour en savoir plus sur les définitions des variables et les estimations de coûts). Comme ces coûts estimés s'appliquaient en 2004-2005, ils risquent d'être sous-estimés.

Les estimations des coûts totaux et excédentaires pour une population de 100 000 habitants sur une période d'un an sont présentées dans le tableau 1. Elles sont fondées sur le coût moyen des hospitalisations en soins de courte durée et présupposent que le coût d'une hospitalisation est le même pour tous les groupes de statut socioéconomique. Le coût moyen des hospitalisations liées à des CPSA chez les hommes était estimé à 2,4 millions de dollars (par 100 000 habitants). De ce montant, on estimait que près de 1 million de dollars provenait des hospitalisations au sein des groupes de statut socioéconomique faible, un taux qui était excédentaire par rapport au taux de base observé chez le groupe au statut socioéconomique le plus élevé. Chez les femmes, on estimait qu'environ 700 000 \$ du coût total de 1,8 million de dollars provenaient des hospitalisations excédentaires. Comme les taux d'hospitalisation et le coût moyen pour une hospitalisation liée à des CPSA sont significativement inférieurs chez les femmes, le coût total estimé de l'excédent est également inférieur chez ce groupe. Encore une fois, environ la moitié des coûts associés à l'excédent était attribuable à la disparité observée au sein du groupe de statut socioéconomique le plus faible.

En ce qui concerne les maladies mentales, le coût total estimé des hospitalisations en soins de courte durée était similaire pour les hommes et chez les femmes. Pour chacun des sexes, le coût associé à l'excédent total d'hospitalisations représentait environ 1,2 million de dollars du total estimé à 3,5 millions de dollars par 100 000 habitants (environ un tiers du coût de l'ensemble des hospitalisations liées à une maladie mentale). Du coût excédentaire, un peu plus de la moitié est attribuable au groupe de statut socioéconomique le plus faible. En d'autres termes, malgré le gradient croissant des taux d'hospitalisation associé à un statut socioéconomique décroissant à la figure 1, la grande partie des hospitalisations excédentaires et leurs coûts associés sont attribuables au groupe socioéconomique le plus faible.

Tableau 1 : Coûts totaux et excédentaires par 100 000 habitants par année

| | Conditions propices aux soins ambulatoires | | | | Maladies mentales | | | |
|--|--|-------------|--------------|-------------|-------------------|-------------|--------------|-------------|
| | Hommes | Pourcentage | Femmes | Pourcentage | Hommes | Pourcentage | Femmes | Pourcentage |
| Coût total (taux / 100 000 x coût moyen) | 2 449 000 \$ | | 1 778 000 \$ | | 3 458 000 \$ | | 3 494 000 \$ | |
| Coûts excédentaires totaux de tous les groupes de statut socioéconomique (taux excédentaire / 100 000 x coût moyen) | 916 000 \$ | 37 % | 710 000 \$ | 40 % | 1 208 000 \$ | 35 % | 1 170 000 \$ | 33 % |
| Coûts excédentaires totaux du groupe de statut socioéconomique le plus faible (taux du groupe de SSE 5 / 500 000 x coût moyen) | 452 000 \$ | 18 % | 364 000 \$ | 20 % | 670 000 \$ | 19 % | 625 000 \$ | 18 % |

Remarque

Les estimations de coûts représentent les coûts moyens annuels par 100 000 habitants (de 2005-2006 à 2007-2008), normalisés selon l'âge.

Sources

Base de données sur les congés des patients, de 2005-2006 à 2007-2008, et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2006-2007 et 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, de 2005-2006 à 2007-2008, ministère de la Santé et des Services sociaux; Institut canadien d'information sur la santé, *Coût des séjours en soins de courte durée selon l'affection au Canada 2004-2005*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.

Que représentent ces coûts normalisés selon l'âge par 100 000 habitants pour la population totale? Pour environ 10,2 millions d'hommes dans l'ensemble des régions métropolitaines de recensement, le coût total associé aux maladies mentales par année serait de 352 millions de dollars (10 185 000 / 100 000 x 3,46 millions de dollars). On estime qu'environ 123 millions de dollars de ce coût total proviennent des hospitalisations au sein des groupes de statut économique faible (c'est-à-dire, les taux excédentaires). En d'autres termes, si les hommes de tous les groupes socioéconomiques présentaient des taux d'hospitalisation identiques à celui du groupe au statut socioéconomique le plus élevé en ce qui concerne les maladies mentales, un montant annuel évalué à 123 millions de dollars pourrait être économisé. En ce qui concerne les CPSA, les coûts excédentaires représentent environ 90 millions de dollars des 238 millions de dollars des coûts totaux estimés (tableau 2).

On estime que 10 705 320 femmes vivaient dans les régions métropolitaines de recensement en 2006. Comme les coûts chez les femmes sont fondés sur une population plus nombreuse, les coûts totaux ne peuvent être directement comparés entre les sexes. Chez les femmes, les coûts excédentaires représentaient 71 millions de dollars, ou 40 %, des coûts totaux associés aux CPSA et 125 millions de dollars, ou 34 %, des coûts totaux associés à une maladie mentale. Voir l'annexe E pour obtenir de plus amples renseignements.

Tableau 2 : Estimations des coûts totaux et excédentaires pour la population totale, régions métropolitaines de recensement du Canada, 2006

| | Conditions propices aux soins ambulatoires | | | | Maladies mentales | | | |
|--|--|-------------|-------------|-------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| | Hommes | Pourcentage | Femmes | Pourcentage | Hommes | Pourcentage | Femmes | Pourcentage |
| Coût total | 238 060 000 | | 177 640 000 | | 352 200 000 | | 374 040 000 | |
| Coûts excédentaires totaux de tous les groupes socioéconomiques | 89 040 000 | 37 % | 70 940 000 | 40 % | 123 040 000 | 35 % | 125 250 000 | 33 % |
| Coûts excédentaires du groupe socioéconomique le plus faible seulement | 43 940 000 | 18 % | 38 970 000 | 22 % | 68 240 000 | 19 % | 66 910 000 | 18 % |

Remarque

Fondé sur les estimations de la population du recensement de 2006 dans toutes les régions métropolitaines de recensement où le statut socioéconomique était disponible.

Sources

Recensement de 2006, Statistique Canada; Base de données sur les congés des patients, de 2005-2006 à 2007-2008, et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2006-2007 et 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, de 2005-2006 à 2007-2008, ministère de la Santé et des Services sociaux; Institut canadien d'information sur la santé, *Coût des séjours en soins de courte durée selon l'affection au Canada 2004-2005*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.

- Chez les hommes, les coûts excédentaires sont estimés à 89 millions de dollars pour les CPSA et à 123 millions de dollars pour les maladies mentales. Chez les femmes, ces coûts sont estimés à 71 millions de dollars pour les CPSA et à 125 millions de dollars pour les maladies mentales.
- En ce qui concerne les deux sexes et les hospitalisations liées à des CPSA et aux maladies mentales, les coûts excédentaires totaux sont estimés à plus de 400 millions de dollars.
- Le groupe de statut socioéconomique le plus faible représente environ la moitié de l'ensemble des coûts excédentaires estimés.

Discussion

La présente analyse va dans le sens des études nationales et internationales précédentes indiquant que les gens ayant un statut socioéconomique plus faible présentent un état de santé moins bon — par exemple, des taux d'hospitalisation⁸ et de mortalité élevés^{9, 21} et une espérance de vie moindre^{10, 16} — par rapport à ceux ayant un statut socioéconomique élevé. De plus, l'analyse présentée étoffe la documentation existante sur les disparités en matière de santé en examinant et en présentant les différences entre les sexes.

Pour les deux sexes, les résultats de l'analyse indiquent qu'il y a un rapport inverse entre le statut socioéconomique et les hospitalisations, selon lequel un statut socioéconomique faible est associé à des taux élevés. Pour comparer l'ampleur des disparités entre les hommes et les femmes, nos analyses ont estimé les taux excédentaires d'hospitalisation ainsi que la proportion du taux global représentant l'excédent. Les taux excédentaires d'hospitalisation se sont révélés plus élevés chez les hommes que chez les femmes pour les CPSA et les maladies mentales, dans l'ensemble des 33 régions métropolitaines de recensement. Chez les hommes et les femmes, environ 33 % à 40 % du taux d'hospitalisation global représentent l'excédent.

Les disparités en matière de santé associées au statut socioéconomique se reflètent dans les coûts pour le système de soins de santé. Les analyses ont montré que si les hommes de tous les groupes socioéconomiques présentaient des taux d'hospitalisation identiques à ceux du groupe au statut socioéconomique le plus élevé, un montant annuel estimé à 123 millions de dollars pourrait être économisé en ce qui concerne les maladies mentales et 89 millions de dollars dans le cas des CPSA. Chez les femmes, la même hypothèse se traduit potentiellement en économies pour le système de l'ordre de 71 millions de dollars et 125 millions de dollars pour les CPSA et les maladies mentales, respectivement. Ainsi, environ 400 millions de dollars d'économies potentielles pourraient être réalisées en éliminant les disparités en matière de taux d'hospitalisation associés au statut socioéconomique — un montant comparable au budget d'exploitation annuel 2010 pour la promotion de la santé dans la province la plus peuplée du Canada³⁶.

D'autres études devraient viser une meilleure compréhension des causes des différences observées en matière d'utilisation des services de santé selon le statut socioéconomique et le sexe. Ces études devraient tenir compte des différences en matière de prévalence des maladies³⁷⁻³⁹, du besoin de services de santé pour des problèmes précis, du recours aux soins de santé et des habitudes de vie^{13, 40, 41}. Par exemple, des analyses connexes de l'Initiative sur la santé de la population canadienne portant sur la prévalence des maladies mentales et de l'asthme (une des sept CPSA) ont montré une présence systématiquement plus élevée de maladies mentales au sein des groupes de statut socioéconomique faibles par rapport aux groupes de statut socioéconomique élevé. Les différences étaient cependant moins prononcées en ce qui concerne l'asthme. Les différences entre les sexes n'étaient pas prises en compte⁴. Pour étudier la pertinence des soins pour les CPSA et les maladies mentales, de futures analyses devraient examiner d'autres facteurs selon le sexe, notamment la prévalence, les habitudes de vie, les soins primaires et l'autogestion des patients.

Les analyses ci-incluses doivent être interprétées dans un contexte canadien, où tous les résidents ont l'accès universel aux hôpitaux et aux soins d'un médecin en consultation externe, sans égard à leur capacité de payer⁴². Les résultats de l'analyse appuient les observations précédentes selon lesquelles les disparités en matière d'utilisation des services de soins de santé entre les groupes socioéconomiques persistent au sein du système public de soins de santé du Canada^{7, 9, 17, 43}; ils sont également cohérents avec d'autres recherches canadiennes sur l'utilisation des soins de santé. Par exemple, une étude canadienne récente comparant les taux et les coûts d'utilisation des soins de santé entre différents groupes de revenu a montré que les résidents à faible revenu étaient plus susceptibles d'être hospitalisés et de recevoir un médicament, mais moins susceptibles de visiter un médecin en soins de santé primaires que les résidents à revenu moyen ou élevé⁸. Les différences en matière d'utilisation des soins de santé étaient attribuables, en partie, à une prévalence plus élevée des maladies chez les résidents à faible revenu. De plus, on estimait que les résidents à faible revenu absorbaient environ 40 % des coûts totaux des soins de santé, y compris le recours à des médecins et à des médicaments ainsi que les hospitalisations. Ces conclusions sont comparables aux estimations de coûts des hospitalisations en soins de courte durée décrites dans la présente analyse.

Les tendances concernant les taux d'hospitalisation liés aux CPSA et à des maladies mentales relativement au statut socioéconomique soulèvent d'autres questions plus complexes qui ne peuvent être abordées dans la présente analyse. Les coûts associés aux taux excédentaires d'hospitalisation estimés doivent donc être interprétés avec prudence. D'autres études sont nécessaires pour clarifier les cas dans lesquels les taux d'hospitalisation élevés pour certains problèmes de santé sont le résultat de l'utilisation évitable des services de santé et reflètent des besoins plus importants de soins médicaux pour les hommes et les femmes de tous les groupes de statut socioéconomique.

Conclusion

Il existe une tendance constante concernant les disparités en matière de taux d'hospitalisation entre les groupes socioéconomiques chez les hommes et les femmes. Les présentes analyses appuient les conclusions sur les disparités en matière de santé déjà soulignées au Canada et ailleurs : autant chez les hommes que chez les femmes, le nombre d'hospitalisations augmente à mesure que le statut socioéconomique diminue. Cependant, la force de cette relation dépend, dans une certaine mesure, du sexe et du type d'hospitalisation. De plus, les analyses examinent l'ampleur et les coûts des disparités entre les groupes socioéconomiques. Les disparités étaient généralement plus grandes chez les hommes que chez les femmes, particulièrement pour les CPSA. Les disparités en matière d'hospitalisation représentent 33 % à 40 % des coûts totaux, le groupe le plus défavorisé absorbant la plus grande partie des coûts.

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne

L'Initiative sur la santé de la population canadienne, une composante de l'Institut canadien d'information sur la santé, a été mise sur pied en 1999. Sa mission comporte deux volets :

- aider à mieux comprendre les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités;
- contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens.

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé souhaite remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à la réalisation de la présente Analyse en bref. L'équipe de projet de l'Initiative sur la santé de la population canadienne responsable de l'élaboration du rapport comprend : Jean Harvey, Monika Slovinec-D'Angelo, Keith Denny, Lisa Corscadden, Sadiq Raji, Mike Jewer, Riley McIlwain et Sarah Ellard.

De précieux conseils et contributions ont été offerts par d'autres employés, dont Jean-Marie Berthelot, Jeremy Veillard, Ruolz Ariste, Chantal Couris et Michele Arthur. De plus, Yanyan Gong, Dave Paton et Joseph Emmanuel Amuah ont offert leur aide sur le plan méthodologique. Nous souhaitons enfin remercier Philippe Gamache de l'Institut national de santé publique du Québec pour son aide précieuse.

Le présent rapport a également profité du soutien et des contributions d'autres membres de l'équipe travaillant à la diffusion, à la traduction, à la mise en page, à la révision, aux communications et à la conception Web.

Annexe A : Sources et méthodes

Sources de données

La Base de données sur les congés des patients (BDPC) de l'ICIS contient des données sur les sorties des patients hospitalisés de partout au Canada; les données sont soumises directement à l'ICIS par les hôpitaux participants de chaque province et territoire, sauf ceux du Québec. La Base de données sur les congés des patients a été utilisée pour extraire les cas d'hospitalisation en soins de courte durée liés aux CPSA et aux maladies mentales^{iv}, en fonction du diagnostic principal, de 2005-2006 à 2007-2008. Pour le Québec, les données sur l'hospitalisation de 2005-2006 à 2007-2008 proviennent du Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les données du Système d'information ontarien sur la santé mentale⁴⁴ ont également été utilisées pour extraire les hospitalisations pour lesquelles le diagnostic principal était associé à une maladie mentale, pour les périodes 2006-2007 et 2007-2008. Ces données incluaient celles sur les patients de partout au pays, hospitalisés dans un hôpital général de l'Ontario disposant de lits en santé mentale pour patients adultes.

Méthodes

Le nombre d'hospitalisations des trois années a été regroupé. Pour les hommes et les femmes, les analyses sont fondées sur 99 355 et 80 574 hospitalisations liées à des CPSA, respectivement, et sur 120 379 et 131 911 hospitalisations liées à une maladie mentale, respectivement. Les taux ont été calculés en utilisant le nombre total, divisé par la population totale du groupe socioéconomique et par sexe. Les populations de 2005-2006 et 2007-2008 ont été projetées à l'aide des données des recensements de 2001 et 2006, pour obtenir la population totale des années regroupées. Les taux d'hospitalisation ont ensuite été normalisés selon l'âge et ajustés à l'aide d'une méthode directe de normalisation basée sur la population canadienne au 1^{er} juillet 1991.

Un examen des différences entre les proportions a été mené pour comparer les taux d'hospitalisation entre les hommes et les femmes selon le statut socioéconomique, ainsi qu'entre le groupe socioéconomique le plus élevé et les groupes de statut socioéconomique plus faibles chez les hommes et les femmes, séparément. Les estimations de la variance ont été calculées en fonction des groupes normalisés selon l'âge utilisés. Un examen de la variance entre les proportions a été mené afin de comparer l'ampleur des disparités chez les hommes et les femmes. Les écarts ont été mesurés en additionnant la différence entre le taux de chaque groupe de statut socioéconomique et celui du groupe le plus élevé; la somme est convertie en un taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants. Toutes les comparaisons ont été testées à un niveau de confiance de 95 %.

Les estimations de coûts pour la population totale étaient fondées sur les résultats du recensement de 2006 pour l'ensemble des hommes et des femmes vivant dans toutes les régions métropolitaines de recensement où le statut socioéconomique était disponible. Les estimations des coûts associés à la maladie mentale étaient fondées sur 10 185 025 hommes et 10 705 320 femmes. En ce qui concerne les CPSA, comme les estimations ne sont calculées que pour les personnes âgées de moins de 75 ans, la population totale était estimée à 9 720 845 hommes et 9 991 230 femmes.

iv. Les données incluent les sorties des établissements de soins de courte durée seulement (les établissements psychiatriques sont exclus).

Annexe B : Indice de défavorisation

Mesurer les disparités selon le statut socioéconomique

Afin de mesurer le statut socioéconomique à l'échelle des aires de diffusion, l'indice de défavorisation de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a été utilisé pour classer les régions géographiques de chacune des 33 régions métropolitaines de recensement dans l'un des cinq groupes. Chaque groupe représente environ 20 % de la population, classée en quintile selon le statut socioéconomique de la région. L'indice de défavorisation de l'INSPQ inclut les composantes matérielle et sociale liées à la santé et permet de présenter les données à l'échelle des aires de diffusion de Statistique Canada³¹. Toutes les composantes sont tirées des résultats du recensement de 2006 (des questionnaires abrégés et complets). Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon dont ces composantes ont été définies et calculées, veuillez consulter Pampalon et coll., 2009³¹.

Composantes de l'indice de défavorisation de l'INSPQ³¹ :

Composante matérielle

- pourcentage de personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires
- taux d'emploi
- revenu moyen

Composante sociale

- pourcentage de familles monoparentales
- pourcentage de personnes vivant seules
- pourcentage de personnes séparées, divorcées ou veuves

Chaque aire de diffusion des 33 régions métropolitaines de recensement a reçu une note individuelle selon l'indice de défavorisation matérielle de l'INSPQ. Ces notes étaient présentées sur une échelle de 1, représentant le groupe au statut socioéconomique le plus élevé, à 5, représentant le groupe au statut socioéconomique le plus faible, avec les points intermédiaires 2, 3 et 4. En tout, une note liée à la composante matérielle et une autre liée à la composante sociale ont été attribuées à 32 765 aires de diffusion situées dans les 33 régions métropolitaines de recensement. Le tableau B1 illustre le processus de combinaison des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation afin de calculer une note globale ou combinée.

Tableau B1 : Combinaison des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation de l'INSPQ^v

| | | Composante sociale | | | | |
|-----------------------|------------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | | Quintile 1 | Quintile 2 | Quintile 3 | Quintile 4 | Quintile 5 |
| Composante matérielle | Quintile 1 | 1 — le plus élevé | 1 — le plus élevé | 1 — le plus élevé | 2 | 3 — moyen |
| | Quintile 2 | 1 — le plus élevé | 2 | 2 | 3 — moyen | 4 |
| | Quintile 3 | 1 — le plus élevé | 2 | 3 — moyen | 4 | 5 — le plus faible |
| | Quintile 4 | 2 | 3 — moyen | 4 | 4 | 5 — le plus faible |
| | Quintile 5 | 3 — moyen | 4 | 5 — le plus faible | 5 — le plus faible | 5 — le plus faible |

Voici quelques exemples de combinaison des composantes matérielle et sociale :

- Une aire de diffusion classée dans le quintile 1 pour la composante matérielle et dans le quintile 3 pour la composante sociale aurait une mesure combinée de 1, ou ferait partie du groupe de statut socioéconomique le plus élevé.
- Une aire de diffusion classée dans le quintile 4 pour la composante matérielle et dans le quintile 3 pour la composante sociale serait considérée comme un 4, un des points intermédiaires de l'échelle.

v. Seules les aires de diffusion situées dans les 33 régions métropolitaines de recensement étudiées ont été incluses dans la présente Analyse en bref.

Annexe C : Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge par région métropolitaine de recensement et statut socioéconomique

| RMR | Groupe de SSE | Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge | | | |
|--------------------|--------------------|---|--------|----------------------------|--------|
| | | CPSA | | Maladies mentales | |
| | | Taux par 100 000 habitants | | Taux par 100 000 habitants | |
| | | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| 33 RMR combinées | 1 — le plus élevé | 208 | 150 | 256 | 260 |
| | 2 | 261* | 193* | 299* | 304* |
| | 3 — moyen | 302* | 223* | 348* | 360* |
| | 4 | 368* | 276* | 424* | 419* |
| | 5 — le plus faible | 507* | 405* | 636* | 611* |
| Victoria | 1 — le plus élevé | 158 | 132 | 412 | 378 |
| | 2 | 212* | 161 | 429 | 529* |
| | 3 — moyen | 288* | 282* | 709* | 650* |
| | 4 | 256* | 196* | 565* | 482* |
| | 5 — le plus faible | 361* | 338* | 856* | 827* |
| Vancouver | 1 — le plus élevé | 176 | 133 | 360 | 322 |
| | 2 | 219* | 157* | 361 | 350* |
| | 3 — moyen | 253* | 176* | 431* | 423* |
| | 4 | 324* | 217* | 530* | 470* |
| | 5 — le plus faible | 404* | 276* | 822* | 690* |
| Abbotsford-Mission | 1 — le plus élevé | 298 | 170 | 448 | 475 |
| | 2 | 310 | 227 | 528 | 468 |
| | 3 — moyen | 322 | 219 | 571* | 564 |
| | 4 | 406* | 323* | 815* | 766* |
| | 5 — le plus faible | 701* | 513* | 1 222* | 1 110* |
| Kelowna | 1 — le plus élevé | 283 | 158 | 324 | 428 |
| | 2 | 333 | 274* | 499* | 531* |
| | 3 — moyen | 441* | 335* | 631* | 668* |
| | 4 | 484* | 408* | 680* | 914* |
| | 5 — le plus faible | 492* | 318* | 901* | 1 017* |
| Edmonton | 1 — le plus élevé | 147 | 112 | 192 | 213 |
| | 2 | 216* | 188* | 236* | 268* |
| | 3 — moyen | 282* | 221* | 297* | 355* |
| | 4 | 340* | 289* | 391* | 411* |
| | 5 — le plus faible | 498* | 405* | 546* | 558* |

| RMR | Groupe de SSE | Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge | | | |
|---------------|--------------------|---|--------|----------------------------|--------|
| | | CPSA | | Maladies mentales | |
| | | Taux par 100 000 habitants | | Taux par 100 000 habitants | |
| | | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| Calgary | 1 — le plus élevé | 157 | 124 | 209 | 271 |
| | 2 | 215* | 202* | 276* | 336* |
| | 3 — moyen | 264* | 217* | 324* | 404* |
| | 4 | 339* | 249* | 453* | 477* |
| | 5 — le plus faible | 430* | 357* | 556* | 611* |
| Saskatoon | 1 — le plus élevé | 182 | 123 | 216 | 176 |
| | 2 | 246* | 198* | 243 | 302* |
| | 3 — moyen | 352* | 225* | 363* | 428* |
| | 4 | 446* | 448* | 396* | 414* |
| | 5 — le plus faible | 718* | 459* | 679* | 554* |
| Regina | 1 — le plus élevé | 267 | 274 | 255 | 304 |
| | 2 | 442* | 352* | 339* | 348 |
| | 3 — moyen | 520* | 304 | 418* | 470* |
| | 4 | 684* | 518* | 557* | 515* |
| | 5 — le plus faible | 1 181* | 892* | 945* | 888* |
| Winnipeg | 1 — le plus élevé | 137 | 123 | 267 | 291 |
| | 2 | 223* | 143 | 284 | 357* |
| | 3 — moyen | 259* | 259* | 385* | 405* |
| | 4 | 350* | 270* | 540* | 510* |
| | 5 — le plus faible | 539* | 431* | 835* | 883* |
| Thunder Bay | 1 — le plus élevé | 463 | 281 | 502 | 505 |
| | 2 | 398 | 332 | 627* | 555 |
| | 3 — moyen | 638* | 438* | 814* | 801* |
| | 4 | 615* | 492* | 1 005* | 1 052* |
| | 5 — le plus faible | 1 092* | 940* | 1 771* | 2 061* |
| Grand Sudbury | 1 — le plus élevé | 368 | 286 | 404 | 454 |
| | 2 | 551* | 455* | 618* | 619* |
| | 3 — moyen | 396 | 323 | 518* | 493 |
| | 4 | 429 | 431* | 743* | 667* |
| | 5 — le plus faible | 640* | 584* | 1 340* | 1 473* |
| Barrie | 1 — le plus élevé | 272 | 233 | 297 | 261 |
| | 2 | 332 | 273 | 347 | 439* |
| | 3 — moyen | 336 | 284 | 367 | 385* |
| | 4 | 488* | 407* | 539* | 613* |
| | 5 — le plus faible | 452* | 505* | 739* | 633* |

| RMR | Groupe de SSE | Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge | | | |
|------------------------|--------------------|---|--------|----------------------------|--------|
| | | CPSA | | Maladies mentales | |
| | | Taux par 100 000 habitants | | Taux par 100 000 habitants | |
| | | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| Windsor | 1 — le plus élevé | 239 | 169 | 211 | 278 |
| | 2 | 358* | 202 | 338* | 329* |
| | 3 — moyen | 357* | 270* | 405* | 373* |
| | 4 | 498* | 290* | 563* | 554* |
| | 5 — le plus faible | 567* | 524* | 1 010* | 977* |
| London | 1 — le plus élevé | 194 | 177 | 224 | 229 |
| | 2 | 255* | 188 | 274* | 252 |
| | 3 — moyen | 301* | 232* | 355* | 378* |
| | 4 | 367* | 281* | 402* | 492* |
| | 5 — le plus faible | 480* | 445* | 645* | 723* |
| Guelph | 1 — le plus élevé | 286 | 125 | 56 | 111 |
| | 2 | 311 | 222* | 118* | 126 |
| | 3 — moyen | 441* | 220* | 123* | 108 |
| | 4 | 443* | 305* | 226* | 207* |
| | 5 — le plus faible | 544* | 499* | 254* | 170* |
| Brantford | 1 — le plus élevé | 369 | 346 | 337 | 373 |
| | 2 | 414 | 277 | 354 | 326 |
| | 3 — moyen | 556* | 304 | 577* | 591* |
| | 4 | 750* | 477* | 569* | 472 |
| | 5 — le plus faible | 896* | 733* | 1 076* | 827* |
| Kitchener | 1 — le plus élevé | 208 | 147 | 265 | 305 |
| | 2 | 250* | 168 | 331* | 407* |
| | 3 — moyen | 301* | 221* | 368* | 365* |
| | 4 | 392* | 286* | 592* | 638* |
| | 5 — le plus faible | 498* | 397* | 772* | 782* |
| St. Catharines-Niagara | 1 — le plus élevé | 341 | 287 | 379 | 406 |
| | 2 | 317 | 286 | 433 | 397 |
| | 3 — moyen | 511* | 390* | 734* | 685* |
| | 4 | 542* | 419* | 731* | 656* |
| | 5 — le plus faible | 690* | 537* | 1 107* | 948* |
| Hamilton | 1 — le plus élevé | 240 | 147 | 214 | 217 |
| | 2 | 264 | 182* | 228 | 241 |
| | 3 — moyen | 419* | 270* | 334* | 384* |
| | 4 | 375* | 255* | 371* | 359* |
| | 5 — le plus faible | 617* | 471* | 573* | 610* |

| RMR | Groupe de SSE | Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge | | | |
|-----------------|--------------------|---|--------|----------------------------|--------|
| | | CPSA | | Maladies mentales | |
| | | Taux par 100 000 habitants | | Taux par 100 000 habitants | |
| | | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| Toronto | 1 — le plus élevé | 193 | 127 | 244 | 240 |
| | 2 | 239* | 171* | 264* | 268* |
| | 3 — moyen | 265* | 193* | 290* | 303* |
| | 4 | 311* | 225* | 345* | 355* |
| | 5 — le plus faible | 408* | 288* | 499* | 488* |
| Oshawa | 1 — le plus élevé | 182 | 179 | 173 | 302 |
| | 2 | 276* | 205 | 252* | 289 |
| | 3 — moyen | 262* | 224* | 250* | 359* |
| | 4 | 324* | 230* | 295* | 375* |
| | 5 — le plus faible | 549* | 425* | 573* | 691* |
| Peterborough | 1 — le plus élevé | 329 | 343 | 368 | 385 |
| | 2 | 269 | 204* | 323 | 278* |
| | 3 — moyen | 367 | 222* | 385 | 451 |
| | 4 | 534* | 409 | 600* | 494 |
| | 5 — le plus faible | 897* | 668* | 948* | 946* |
| Kingston | 1 — le plus élevé | 173 | 156 | 231 | 245 |
| | 2 | 258* | 168 | 463* | 321* |
| | 3 — moyen | 355* | 315* | 569* | 482* |
| | 4 | 378* | 320* | 536* | 460* |
| | 5 — le plus faible | 620* | 507* | 1026* | 890* |
| Ottawa-Gatineau | 1 — le plus élevé | 145 | 109 | 230 | 253 |
| | 2 | 170* | 133* | 265* | 260 |
| | 3 — moyen | 211* | 195* | 336* | 326* |
| | 4 | 282* | 257* | 405* | 400* |
| | 5 — le plus faible | 438* | 413* | 606* | 634* |
| Montréal | 1 — le plus élevé | 216 | 151 | 249 | 216 |
| | 2 | 301* | 218* | 319* | 278* |
| | 3 — moyen | 352* | 238* | 321* | 307* |
| | 4 | 393* | 304* | 350* | 330* |
| | 5 — le plus faible | 502* | 411* | 472* | 403* |
| Trois-Rivières | 1 — le plus élevé | 216 | 141 | 259 | 283 |
| | 2 | 256 | 194 | 258 | 303 |
| | 3 — moyen | 316* | 254* | 358* | 354 |
| | 4 | 362* | 312* | 382* | 406* |
| | 5 — le plus faible | 537* | 465* | 932* | 959* |

| RMR | Groupe de SSE | Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge | | | |
|------------|--------------------|---|--------|----------------------------|--------|
| | | CPSA | | Maladies mentales | |
| | | Taux par 100 000 habitants | | Taux par 100 000 habitants | |
| | | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| Sherbrooke | 1 — le plus élevé | 241 | 176 | 310 | 298 |
| | 2 | 326* | 226 | 309 | 378* |
| | 3 — moyen | 432* | 268* | 481* | 437* |
| | 4 | 425* | 382* | 555* | 552* |
| | 5 — le plus faible | 644* | 595* | 889* | 778* |
| Québec | 1 — le plus élevé | 243 | 148 | 321 | 295 |
| | 2 | 267 | 185* | 313 | 368* |
| | 3 — moyen | 290* | 210* | 438* | 351* |
| | 4 | 354* | 236* | 473* | 483* |
| | 5 — le plus faible | 498* | 373* | 696* | 621* |
| Saguenay | 1 — le plus élevé | 399 | 281 | 114 | 133 |
| | 2 | 375 | 291 | 143 | 156 |
| | 3 — moyen | 480 | 394* | 158 | 168 |
| | 4 | 528* | 403* | 217* | 189* |
| | 5 — le plus faible | 752* | 608* | 280* | 244* |
| Saint John | 1 — le plus élevé | 264 | 210 | 106 | 200 |
| | 2 | 432* | 366* | 269* | 189 |
| | 3 — moyen | 464* | 389* | 176* | 197 |
| | 4 | 627* | 436* | 248* | 333* |
| | 5 — le plus faible | 847* | 833* | 466* | 416* |
| Moncton | 1 — le plus élevé | 426 | 226 | 401 | 437 |
| | 2 | 395 | 349* | 407 | 467 |
| | 3 — moyen | 477 | 468* | 567* | 725* |
| | 4 | 708* | 444* | 704* | 705* |
| | 5 — le plus faible | 797* | 647* | 1 116* | 920* |
| Halifax | 1 — le plus élevé | 247 | 163 | 128 | 143 |
| | 2 | 259 | 198 | 164* | 168 |
| | 3 — moyen | 292 | 213* | 136 | 220* |
| | 4 | 460* | 305* | 228* | 223* |
| | 5 — le plus faible | 449* | 495* | 351* | 341* |
| St. John's | 1 — le plus élevé | 240 | 195 | 119 | 173 |
| | 2 | 368* | 255* | 247* | 193 |
| | 3 — moyen | 379* | 391* | 225* | 263* |
| | 4 | 605* | 466* | 274* | 320* |
| | 5 — le plus faible | 628* | 437* | 549* | 413* |

Remarques

* Différence significative par rapport aux données du groupe au statut socioéconomique le plus élevé à un niveau de confiance de 95 %.

Les cases en bleu foncé indiquent que les taux chez les hommes sont significativement supérieurs à ceux observés chez les femmes. Les cases en bleu pâle montrent les taux significativement supérieurs chez les femmes. Les cases blanches indiquent qu'il n'y a pas de différence significative.

Sources

Base de données sur les congés des patients, de 2005-2006 à 2007-2008, et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2006-2007 et 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, de 2005-2006 à 2007-2008, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Annexe D : Taux excédentaires d'hospitalisation normalisés selon l'âge par région métropolitaine de recensement

| | Hospitalisations excédentaires normalisées selon l'âge Taux par 100 000 habitants | | | |
|---|--|--------|-------------------|--------|
| | CPSA | | Maladies mentales | |
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| Toutes les régions métropolitaines de recensement | 121 | 99 | 137 | 131 |
| Victoria | 97 | 90 | 182 | 195 |
| Vancouver | 99 | 59 | 141 | 129 |
| Abbotsford | 109 | 120 | 269 | 202 |
| Kelowna | 124 | 141 | 283 | 284 |
| Edmonton | 150 | 131 | 140 | 148 |
| Calgary | 124 | 106 | 155 | 149 |
| Saskatoon | 207 | 168 | 163 | 199 |
| Regina | 352 | 194 | 248 | 201 |
| Winnipeg | 165 | 122 | 195 | 198 |
| Thunder Bay | 178 | 216 | 442 | 490 |
| Grand Sudbury | 109 | 130 | 321 | 287 |
| Barrie | 104 | 107 | 161 | 205 |
| Windsor | 165 | 122 | 294 | 224 |
| London | 125 | 88 | 156 | 186 |
| Guelph | 119 | 149 | 99 | 33 |
| Brantford | 228 | 81 | 246 | 145 |
| Kitchener | 122 | 97 | 201 | 194 |
| St. Catharines-Niagara | 139 | 97 | 298 | 212 |
| Hamilton | 143 | 118 | 130 | 145 |
| Toronto | 90 | 74 | 84 | 91 |
| Oshawa | 137 | 74 | 136 | 101 |
| Peterborough | 150 | 26 | 157 | 126 |
| Kingston | 184 | 137 | 334 | 235 |
| Ottawa-Gatineau | 104 | 112 | 138 | 122 |
| Montréal | 137 | 113 | 93 | 91 |
| Trois-Rivières | 121 | 132 | 179 | 178 |
| Sherbrooke | 173 | 153 | 199 | 191 |
| Québec | 87 | 82 | 127 | 129 |
| Saguenay | 108 | 114 | 68 | 45 |
| Saint John | 263 | 237 | 147 | 67 |
| Moncton | 135 | 201 | 238 | 214 |
| Halifax | 94 | 112 | 73 | 76 |
| St. John's | 204 | 154 | 164 | 99 |

Remarque

Les cases en bleu foncé indiquent que les taux chez les hommes sont significativement supérieurs à ceux observés chez les femmes à un niveau de confiance de 95 %.

Sources

Base de données sur les congés des patients, de 2005-2006 à 2007-2008, et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2006-2007 et 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, de 2005-2006 à 2007-2008, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Annexe E : Estimations des coûts

Coûts des hospitalisations en soins de courte durée

Les coûts des hospitalisations en soins de courte durée indiqués dans la présente analyse sont fondés sur les estimations fournies dans le rapport de l'ICIS intitulé *Coût des séjours en soins de courte durée selon l'affection au Canada 2004-2005*, publié en 2008. Les estimations pour les CPSA et les maladies mentales sont fondées sur les coûts unitaires présentés dans le tableau E1.

Tableau E1 : Coût unitaire des hospitalisations en soins de courte durée liées aux CPSA et aux maladies mentales selon le sexe

| Coût unitaire des hospitalisations en soins de courte durée | Hommes | Proportion attribuable à l'affection | Femmes | Proportion attribuable à l'affection |
|---|-----------|--------------------------------------|-----------|--------------------------------------|
| Coût moyen associé aux maladies mentales | 8 821 \$ | 100 % | 8 935 \$ | 100 % |
| CPSA | | | | |
| Angine de poitrine | 5 858 \$ | 16 % | 5 274 \$ | 10 % |
| Asthme | 2 344 \$ | 18 % | 2 815 \$ | 19 % |
| Maladie pulmonaire obstructive chronique | 8 353 \$ | 24 % | 7 772 \$ | 31 % |
| Diabète | 10 507 \$ | 13 % | 9 991 \$ | 14 % |
| État de grand mal et autres convulsions épileptiques | 7 927 \$ | 9 % | 7 626 \$ | 9 % |
| Insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire | 10 392 \$ | 18 % | 9 168 \$ | 14 % |
| Hypertension | 11 712 \$ | 2 % | 10 950 \$ | 2 % |
| Coût moyen pondéré associé aux CPSA | 7 559 \$ | | 7 139 \$ | |

Remarques

Le coût unitaire est le coût moyen estimé des patients hospitalisés en soins de courte durée par séjour.

Le coût moyen associé aux CPSA a été pondéré selon la proportion de l'ensemble des hospitalisations liées aux CPSA attribuable à l'état sous-jacent. Le coût associé à la maladie pulmonaire obstructive chronique est le coût estimé des maladies chroniques des voies respiratoires inférieures à l'exception de l'asthme.

Limites

En raison de différences dans les critères d'inclusion des codes de la CIM-10 pour définir les CPSA et les maladies mentales entre la Base de données sur les congés des patients et le rapport *Coût des séjours en soins de courte durée selon l'affection au Canada 2004-2005*, les coûts fournis dans la présente analyse doivent être interprétés seulement comme des estimations brutes.

Les rémunérations à l'acte versées aux médecins de même que les autres coûts comme les frais remboursables sont exclus.

Les coûts unitaires des hospitalisations en soins de courte durée liées aux CPSA ou aux maladies mentales sont exprimés en dollars de 2004. Ils n'ont pas été réajustés en fonction de l'inflation ou de la variation potentielle des coûts des hospitalisations au fil des années.

Références

1. M. M. Agha et coll., « Relationship Between Social Inequalities and Ambulatory Care–Sensitive Hospitalizations Persists for up to 9 Years Among Children Born in a Major Canadian Urban Center », *Ambulatory Pediatrics*, vol. 7, n° 3 (2007), p. 258-262.
2. N. Roos et coll., « Who Are the High Hospital Users? A Canadian Case Study », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 8, n° 1 (2003), p. 5-10.
3. S. W. Hwang et coll., « Age- and Sex-Specific Income Gradients in Alcohol-Related Hospitalization Rates in an Urban Area », *Annals of Epidemiology*, vol. 15, n° 1 (2005), p. 56-63.
4. Institut canadien d'information sur la santé, *Exploring Urban Environments and Inequalities in Health—CPHI Data Briefs Cover Canada's 33 Census Metropolitan Areas [Explorer les milieux urbains et les inégalités en matière de santé — les survols de données de l'ISPC couvrent les 33 régions métropolitaines de recensement du Canada]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2010. Internet : <http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=cphi_cma_canada_2010_e>.
5. Institut canadien d'information sur la santé, *Injury Hospitalizations and Socio-Economic Status [Les hospitalisations à la suite d'une blessure et le statut socioéconomique]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2010.
6. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Indicators 2010 [Indicateurs de santé 2010]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2010.
7. Institut canadien d'information sur la santé, *Reducing Gaps in Health: A Focus on Socio-Economic Status in Urban Canada [Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.
8. M. Lemstra et coll., « High Health Care Utilization and Costs Associated With Lower Socio-Economic Status: Results From a Linked Dataset », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 100, n° 3 (2009), p. 180-183.
9. Michèle Dupont et coll., *Inégalités sociales et mortalité des femmes et des hommes atteints de cancer au Québec, 1994-1998*, Québec (Qc), Institut national de santé publique du Québec, 2004, p. 1-11.
10. C. N. McIntosh et coll., « Income Disparities in Health-Adjusted Life Expectancy for Canadian Adults, 1991 to 2001 », *Health Reports* [« Disparités selon le revenu dans l'espérance de vie ajustée sur la santé chez les adultes au Canada, 1991 à 2001 », *Rapports sur la santé*], vol. 20, n° 4 (2009), p. 55-64.
11. B. Starfield et coll., « The Effects of Specialist Supply on Populations' Health: Assessing the Evidence », *Health Affairs* (2005). Internet : <<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/hlthaff.w5.97v1?ct>>.
12. J. N. Laditka et coll., « More May Be Better: Evidence of a Negative Relationship Between Physician Supply and Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions », *Health Services Research*, vol. 40, n° 4 (2005), p. 1148-1166.
13. Z. Ansari et coll., « Access to Health Care and Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions », *Medical Care Research and Review*, vol. 63, n° 6 (2006), p. 719-741.
14. J. Billings et coll., « Impact of Socioeconomic Status on Hospital Use in New York City », *Health Affairs*, vol. 12, n° 1 (1993), p. 162-173.
15. T. L. Campbell et coll., « Do Physicians Who Diagnose More Mental Health Disorders Generate Lower Health Care Costs? », *Journal of Family Practice*, vol. 49, n° 4 (2000), p. 305-310.
16. Organisation mondiale de la Santé, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health [Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé]*, Genève (Suisse), OMS, 2008. Internet : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf>.
17. Agence de la santé publique du Canada, *The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada: Addressing Health Inequalities [Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique : s'attaquer aux inégalités en santé]*, Ottawa (Ont.), ministre de la Santé, 2008.

18. Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *A Healthy, Productive Canada: A Determinant of Health Approach [Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé]*, Ottawa (Ont.), Sénat du Canada, 2009.
19. Sarah Payne, *Policy Brief 12: How Can Gender Equity Be Addressed Through Health Systems?*, Copenhague (Danemark), Organisation mondiale de la Santé, 2010.
20. Nancy A. Ross et coll., *Unpacking the Socioeconomic Health Gradient: A Canadian Intra-Metropolitan Research Program [Analyse des gradients de santé socio-économiques : programme canadien de recherche intra-métropolitaine]*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2006, p. 1-146.
21. J. P. Mackenbach et coll., « Socioeconomic Inequalities in Mortality Among Women and Among Men: An International Study », *American Journal of Public Health*, vol. 89, n° 12 (1999), p. 1800-1806.
22. R. Fang et coll., « Disparities in Chronic Disease Among Canada's Low-Income Populations » [« Disparités dans les maladies chroniques entre les populations à faible revenu au Canada »], *Preventing Chronic Disease*, vol. 6, n° 4 (2009). Internet : <http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/oct/08_0254.htm>.
23. J. Caminal et coll., « The Role of Primary Care in Preventing Ambulatory Care Sensitive Conditions », *European Journal of Public Health*, vol. 14, n° 3 (2004), p. 246-251.
24. K. M. Magruder et D. E. Yeager, « Mental Health Problems in Primary Care: Progress in North America », *European Journal of Psychiatry*, vol. 21, n° 1 (2007), p. 55-61.
25. Institut canadien d'information sur la santé, *Technical Note: Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) [Note technique : conditions propices aux soins ambulatoires]*, 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=tech_acsc_2010_e>.
26. New South Wales Health, *The Health of the People of New South Wales—Report of the Chief Health Officer*. Internet : <http://www.health.nsw.gov.au/publichealth/chorep/bod/bod_intro.asp>.
27. Institut canadien d'information sur la santé, *National Consensus Conference on Population Health Indicators—Final Report [Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population — rapport final]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 1999.
28. Organisation mondiale de la Santé, *International Classification of Diseases (ICD)*. Internet : <<http://www.who.int/classifications/icd/en/>>.
29. Statistique Canada, *2006 Census Dictionary—Dissemination Area (DA) Definition [Dictionnaire du recensement de 2006 — aire de diffusion (AD) — définition]*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2007. Internet : <<http://www12.statcan.ca/english/census06/reference/dictionary/geo021.cfm>>, catalogue no. 92-566-XWE.
30. R. Pampalon et G. Raymond, « A Deprivation Index for Health and Welfare Planning in Quebec », *Chronic Diseases in Canada* [« Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec », *Maladies chroniques au Canada*], vol. 21, n° 3 (2000), p. 104-113.
31. R. Pampalon et coll., « A Deprivation Index for Health Planning in Canada », *Chronic Diseases in Canada* [« Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada », *Maladies chroniques au Canada*], vol. 29, n° 4 (2009), p. 178-191. Internet : <<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/29-4/index-eng.php#e>>.
32. M. Shaw et coll., *The Handbook of Inequality and Socioeconomic Position*, Bristol (Royaume-Uni), Policy Press, 2007.
33. J. N. Percy et K. G. Keppel, « A Summary Measure of Health Disparity », *Public Health Reports*, vol. 117, n° 3 (2002), p. 273-280.
34. J. Mackenbach et A. E. Kunst, « Measuring the Magnitude of Socio-Economic Inequalities in Health: An Overview of Available Measures Illustrated With Two Examples From Europe », *Social Science and Medicine*, vol. 44, n° 6 (1997), p. 757-771.
35. Institut canadien d'information sur la santé, *The Cost of Acute Care Hospital Stays by Medical Condition in Canada, 2004–2005 [Coût des séjours en soins de courte durée selon l'affection au Canada 2004-2005]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.

36. Ministère des finances de l'Ontario, *Ministry of Health Promotion—The Estimates 2010–11—Summary* [Ministère de la Promotion de la santé — budget des dépenses 2010-2011 — sommaire]. Consulté le 8 août 2010. Internet : <<http://www.fin.gov.on.ca/en/budget/estimates/2010-11/volume1/MHP.html>>.
37. F. Mo et coll., « Prevalence of Diabetes and Cardiovascular Comorbidity in the Canadian Community Health Survey 2002–2003 », *The Scientific World Journal*, vol. 6 (2006), p. 96-105.
38. H. U. Wittchen et coll., « DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, vol. 51, n° 5 (1994), p. 355-364.
39. A. M. Moller-Leimkuhler, « Gender Differences in Cardiovascular Disease and Comorbid Depression », *Dialogues in Clinical Neuroscience*, vol. 9, n° 1 (2007), p. 71-83.
40. C. Sanmartin et N. Ross, « Experiencing Difficulties Accessing First-Contact Health Services in Canada: Canadians Without Regular Doctors and Recent Immigrants Have Difficulties Accessing First-Contact Healthcare Services », *Healthcare Policy*, vol. 1, n° 2 (2006), p. 103-119.
41. R. Sodjinou et coll., « Obesity and Cardio-Metabolic Risk Factors in Urban Adults of Benin: Relationship With Socio-Economic Status, Urbanisation, and Lifestyle Patterns », *BMC Public Health*, vol. 8 (2008), p. 84.
42. J. K. Iglehart, « Revisiting the Canadian Health Care System », *New England Journal of Medicine*, vol. 342, n° 26 (2000), p. 2007-2012.
43. M. Lemstra et coll., « Health Disparity by Neighbourhood Income », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, n° 6 (2006), p. 435-439.
44. Institut canadien d'information sur la santé, *Ontario Mental Health Reporting System, Data Quality Documentation, 2007–2008* [Qualité des données de 2007-2008 du Système d'information ontarien sur la santé mentale], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.