



C.D. Howe Institute
Institut C.D. Howe

Institut C.D. Howe

COMMENTAIRE

CAHIERS SUR LA SANTÉ

La maladie chronique des dépenses en soins de santé : un diagnostic et un pronostic macroéconomiques

DE DAVID A. DODGE
ET RICHARD DION



Dans ce numéro...

Les auteurs font des projections des coûts des soins de santé sur les deux prochaines décennies et présentent quatre avenues possibles, mais difficiles, pour faire face à la montée chronique des dépenses.

L'ÉTUDE EN BREF

AU SUJET DES AUTEURS DE CE NUMÉRO

DAVID A. DODGE est
Conseiller principal chez
Bennett Jones LLP et est un
ancien gouverneur de la
Banque du Canada.

RICHARD DION est
Conseiller principal,
affaires, chez Bennet Jones
LLP et est un ancien
économiste avec la Banque
du Canada.

*Les recommandations de
l'Institut se fondent sur une
recherche de qualité menée
par des spécialistes de renom
et qui fait l'objet d'un
processus d'examen rigoureux
par les pairs.*

Ce *commentaire* examine, d'une perspective macroéconomique, la trajectoire des dépenses totales – publiques et privées – du secteur des soins de santé au Canada au cours des deux prochaines décennies. Nous voulons estimer la mesure dans laquelle les dépenses en soins de santé vont absorber une fraction plus importante du revenu que ce que nous avons vécu jusqu'à maintenant, dans le cadre de deux scénarios : i) une « ligne de base » calculée à partir de paramètres fondés sur l'expérience, et ii) un scénario « optimiste » calculé à partir de paramètres qui supposent une hausse sans précédent de l'efficacité du système de santé et une augmentation considérable de la capacité de croissance économique.

Même si des politiques nouvelles réussissaient de façon incroyable à augmenter la productivité et l'efficacité du système des soins de santé, les Canadiens feraient toujours face à des coûts croissants pour les soins de santé et auraient à faire des choix concernant la manière dont les gouvernements et les particuliers financeront ces coûts.

En plus de la hausse des dépenses effectuées par les particuliers et les employeurs pour les services de santé qui, à l'heure actuelle, ne sont pas assurés par les provinces, une combinaison de l'augmentation des impôts, de la réduction des services publics autres que les soins de santé, de l'augmentation des dépenses par les particuliers pour les services présentement financés par le gouvernement s'impose afin de gérer l'augmentation des dépenses relatives aux soins de santé. Sinon les normes liées aux soins de santé assurés par le gouvernement – files d'attente plus longues, services de moindre qualité – se détérioreront. Aucune de ces options n'est souhaitable; les Canadiens ne disposent d'aucune façon simple de gérer la hausse chronique des dépenses relatives aux soins de santé.

À PROPOS DE L'INSTITUT

L'Institut C.D. Howe est un centre de recherche non partisan ayant pour objectif d'améliorer le niveau de vie de tous les Canadiens en favorisant des politiques économiques et sociales sensées. L'Institut promeut ces politiques économiques et sociales par la recherche et la communication. Les activités de l'Institut se déroulent à l'échelle nationale et incluent des tables rondes sur les politiques, des présentations réalisées par son personnel dans les grands centres régionaux ainsi que devant les comités parlementaires. Les membres individuels et institutionnels de l'Institut sont issus du secteur des affaires, des universités et d'associations professionnelles à travers le pays.

INDÉPENDANT • RATIONNEL • PERTINENT

12,00 \$;
ISBN 978-0-88806-836-1
ISSN 0824-8001 (copie papier);
ISSN 1703-0765 (en ligne)

L'élargissement de la portée et de la qualité des services de santé, associé à des taux de croissance de la productivité apparemment peu élevés dans le secteur de la santé, a signifié que la part du revenu national consacrée aux soins de santé a connu une augmentation considérable au cours des dernières décennies.¹

Aux États-Unis, cette part a doublé depuis 1975; au Royaume-Uni, elle a augmenté de plus de 60 pour cent, et au Canada, elle a augmenté de plus de 70 pour cent, passant de 7 à 12 pour cent. Autrement dit, au Canada, au cours des quelque 35 dernières années, nous avons collectivement consacré, chaque année, 0,15 points de pourcentage supplémentaires en moyenne de notre revenu national aux services de santé que nous consommons. La croissance des dépenses réelles par personne dans le domaine des soins de santé a considérablement dépassé celle du revenu personnel par personne (graphique 1).² Si l'on exprime cela différemment, cela signifie qu'entre 1975 et 2009, nous avons choisi de consacrer en moyenne 13 pour cent de l'augmentation de notre revenu national par personne aux services de santé. Il faut noter que cette décision collective a laissé amplement de revenu supplémentaire qui a pu être consacré chaque année à la consommation d'autres produits et services, à l'investissement et à d'autres services publics.

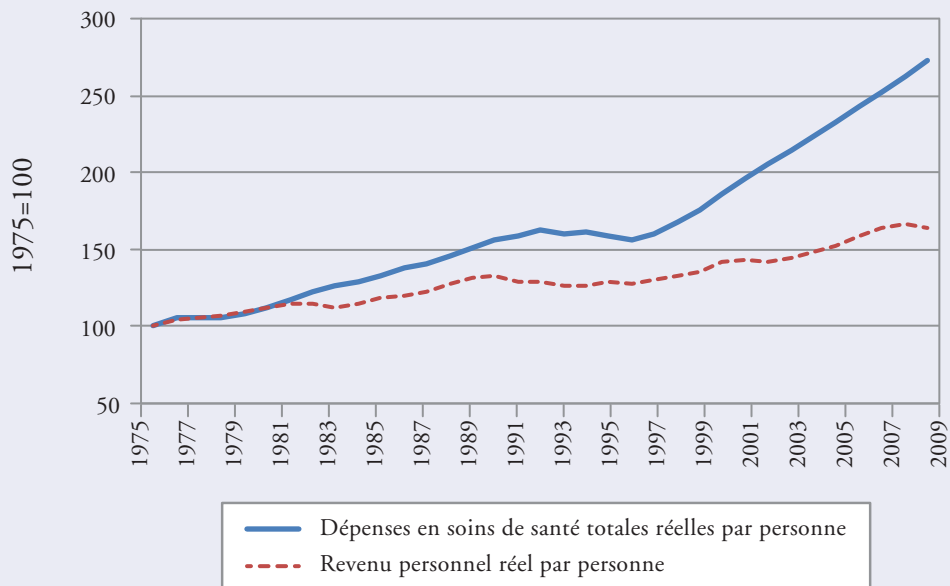
Nos décisions manifestes, publiques et privées, de consacrer une fraction considérable du revenu national par personne aux services de santé pendant les 35 dernières années traduisent le choix des Canadiens, étant donné : a) le taux de croissance du revenu national; b) la structure démographique du Canada; c) le prix relatif des services de santé;³ et 4) l'effet net de l'expansion de la portée et de la qualité possibles des services de santé, moins l'impact des nouvelles technologies sur la réduction des coûts. Si ces quatre facteurs étaient maintenus pendant les vingt prochaines années de la même manière que pendant les dernières décennies, il n'y a aucune raison de douter de la viabilité de la croissance continue, à un taux moyen de 0,15 points de pourcentage par an environ, de la part du revenu national consacrée aux soins de santé.⁴ En fait, c'est ce que nous pouvons attendre étant donné les choix manifestes faits par les Canadiens – et les Européens, et les Américains – au cours des dernières décennies.⁵

Dans ce rapport, nous avons un double objectif : premièrement, de projeter l'évolution des dépenses en soins de santé au cours des deux prochaines décennies dans le cadre d'un scénario de base et d'un scénario optimiste;⁶ et, deuxièmement, d'estimer les conséquences des taux de croissance projetés des dépenses en soins de santé sur le financement privé et public, faisant ainsi la lumière sur les choix difficiles que devront faire les Canadiens, même dans le cadre d'un scénario optimiste.

Nous remercions ceux qui ont révisé ce rapport pour leurs suggestions incroyablement utiles.

- 1 La productivité de la main-d'œuvre dans le secteur des soins de santé est assujettie à des erreurs de mesure considérables, parce qu'il est difficile de mesurer adéquatement les changements de qualité, les prix et les quantités dans ce secteur. Par exemple, tout manquement à différencier entre les véritables augmentations de prix et les améliorations de l'efficacité et de la qualité entraînerait une surestimation du prix véritable des soins de santé. Voir, par exemple, Sharpe, Bradley et Messinger (2007).
- 2 Les dépenses en soins de santé par personne et le revenu personnel par personne sont dégonflés par le prix des dépenses de consommation personnelles.
- 3 Ce prix relatif n'est pas le résultat de forces purement concurrentielles. Il traduit en partie les désirs et le pouvoir des fournisseurs dans un système de santé au sein duquel prévalent le pouvoir de négociation politique et les négociations relatives aux prix administrés.
- 4 Toutefois, « durable » ne signifie pas nécessairement « optimal » si le système de prestation est de moins en moins efficace ou performant.
- 5 Hall et Jones (2007) indiquent que si l'utilité marginale de la consommation autre que les soins de santé tombe suffisamment rapidement, alors au fur et à mesure que le revenu augmente, la consommation de soins de santé devient la voie la plus utile pour les dépenses, car elle peut acheter des années supplémentaires de bonne vie. Dans ce contexte, consacrer une part plus importante du revenu aux dépenses en soins de santé est un choix qui s'offre aux Canadiens et qui peut être viable.
- 6 La méthodologie basée sur les modèles qui se trouve à la base des projections du rapport entre les dépenses en santé et le PIB et les hypothèses sous-jacentes au cas de base et au cas optimiste sont expliquées dans Dodge et Dion (2011).

Graphique 1 : Dépenses en soins de santé totales et revenu personnel : 1975 = 100



Source: ICIS (2010) et calculs des auteurs.

Notre stratégie relative à la projection des dépenses en soins de santé consiste à combiner des projections séparées pour le PIB nominal et le rapport entre les dépenses en soins de santé et le PIB nominal. Nous commençons par développer des projections relatives à la croissance du PIB nominal pour le cas de base et le cas optimiste. Les cas de base reflètent les hypothèses du statu quo, alors que la projection optimiste incorpore les effets présumés des nouvelles initiatives politiques et des changements structuraux. Ensuite, nous générons une projection de base des dépenses en soins de santé totales canadiennes, publiques et privées, jusqu'en 2031, en tant que rapport avec le PIB, en simulant la réaction du rapport aux quatre moteurs susmentionnés.⁷ Nous élaborons également une projection optimiste du rapport entre les dépenses en soins de santé totales et le PIB en posant un jugement sur les effets plausibles des nouvelles politiques et des développements économiques alors qu'ils transmettent :

- une contribution nette moins importante de l'expansion de la portée des services à la croissance des dépenses, compte tenu des réductions de coûts permises par la technologie;
- une réduction du prix relatif des services de santé; et
- un effet moindre du vieillissement de la population sur les dépenses en soins de santé.

La combinaison des projections relatives au rapport entre les dépenses en soins de santé totales et le PIB et au PIB nominal, dans les deux cas dans le cadre du scénario de base et du scénario optimiste, génère alors deux trajectoires projetées pour les dépenses en soins de santé totales au Canada au cours des deux prochaines décennies. Chacune représente une trajectoire possible, le cas de base étant plus ou moins le résultat des hypothèses relatives au statu quo, tandis que le cas optimiste prend pour hypothèse des initiatives politiques et des changements structuraux sans précédent.

⁷ Notre analyse est analogue à une analyse macroéconomique de type « décomposition de la croissance » et n'est pas élaborée à partir de micro-fondations complexes. Elle constitue une généralisation des résultats empiriques concernant les déterminants des dépenses en soins de santé globales au cours des dernières décennies dans les pays développés.

Tableau 1 : Croissance annuelle potentielle du Canada : 2009-2031 (en %)

| | 2009-2012 | 2012-2016 | 2016-2021 | 2021-2031 |
|---|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | Croissance en pourcentage | | | |
| Composant cyclique du PIB | 0,8 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Population de 15 ans ou plus | 1,19 | 1,06 | 0,95 | 0,99 |
| Tendance relative au total des heures | 1,0 | 1,1 | 0,8 | 0,5 |
| <i>Cas optimiste</i> | 1,0 | 1,1 | 0,9 | 0,7 |
| Tendance en matière de productivité de la main-d'œuvre | 1,0 | 1,5 | 1,25 | 1,25 |
| <i>Cas optimiste</i> | 1,0 | 1,5 | 1,75 | 1,75 |
| Croissance potentielle réelle | 2,0 | 2,5 | 2,0 | 1,75 |
| <i>Cas optimiste</i> | 2,0 | 2,6 | 2,7 | 2,5 |
| Inflation intérieure | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 |
| Contribution des termes de l'échange | 0,5 | 0,25 | 0,0 | 0,0 |
| Croissance nominale du PIB | 5,25 | 4,75 | 4,0 | 3,75 |
| <i>Cas optimiste</i> | 5,25 | 4,9 | 4,7 | 4,5 |

Source: Calculs des auteurs.

PROJECTIONS RELATIVES À LA CROISSANCE DU REVENU

À plus long terme, le PIB nominal augmente à peu près au même rythme que la croissance économique réelle, lorsque l'économie fonctionne à plein rendement, corrigée pour l'inflation générale et les changements des prix à l'importation et à l'exportation – les termes de l'échange – comme nous pouvons le vérifier dans le tableau 1. À son tour, le taux de la croissance économique à plein rendement (un concept appelé croissance économique potentielle réelle) correspond approximativement à la somme des taux de croissance du nombre total d'heures travaillées et de la productivité de la main-d'œuvre, selon les tendances prévalentes. Dans le cadre de notre scénario de base, la croissance du PIB nominal diminue, passant de 4,8 pour cent pour la période

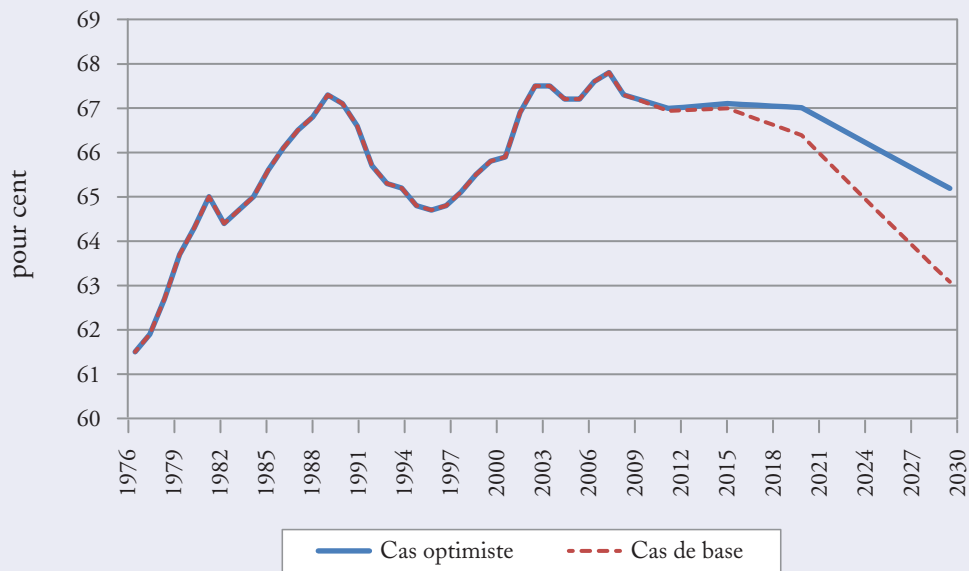
de 2012 à 2016 à 3,8 pour cent pendant les années 2020, principalement en raison d'une baisse de 0,8 pour cent de la croissance potentielle réelle, qui passe à 1,8 pour cent.⁸ Cette dernière découle principalement du vieillissement de la population, ce qui a pour effet de réduire presque de moitié la croissance du nombre total d'heures travaillées entre les périodes de 2012 à 2016 et de 2021 à 2031, en raison d'une baisse du taux de participation total à la main-d'œuvre (graphique 2).⁹ De plus, une légère décélération de l'inflation des prix du PIB, par l'entremise de gains plus lents des termes de l'échange, contribue au ralentissement de la croissance du PIB, mais pas au-delà de 2016.

Dans le cadre du cas optimiste, la croissance économique potentielle ralentit à peine entre les périodes de 2012 à 2016 et de 2021 à 2031, en raison d'une augmentation plus importante prévue du taux de participation du groupe âgé de

8 Dans ce rapport, nos projections du revenu et des dépenses en soins de santé totales sont séparées en 2016 afin de permettre une transition entre le court terme et le long terme, à la lumière du fait que les ajustements aux changements de politiques et le dénouement des chocs à court terme nécessitent tous deux un certain temps.

9 Un ralentissement du taux de croissance de la population âgée de 15 ans ou plus contribue également à une baisse de la croissance de la tendance des heures totales, mais beaucoup moins que la réduction de tendance de la participation à la main-d'œuvre à partir du milieu des années 2010, comme l'indique le tableau 1.

Graphique 2 : Taux de participation total à la main-d'œuvre (en %)



Source: Calculs des auteurs.

55 ans et plus attribuable à des initiatives de politique et d'autres facteurs, et en raison d'une croissance plus élevée de la tendance relative à la productivité attribuable au renouvellement des tentatives faites par le secteur privé de rattraper le niveau de productivité beaucoup plus élevé aux États-Unis. Par conséquent, la croissance du PIB nominal ralentit beaucoup moins que dans le cas de base, passant d'environ 5 pour cent pendant la période de 2012 à 2016 à 4,5 pour cent par an pendant les années 2020.

PROJECTIONS DU RAPPORT ENTRE LES DÉPENSES EN SOINS DE SANTÉ TOTALES ET LE PIB

Les dépenses en soins de santé totales, combinant les dépenses publiques et les dépenses privées, ont eu tendance à augmenter comme proportion du PIB depuis au moins la fin des années 1970.¹⁰

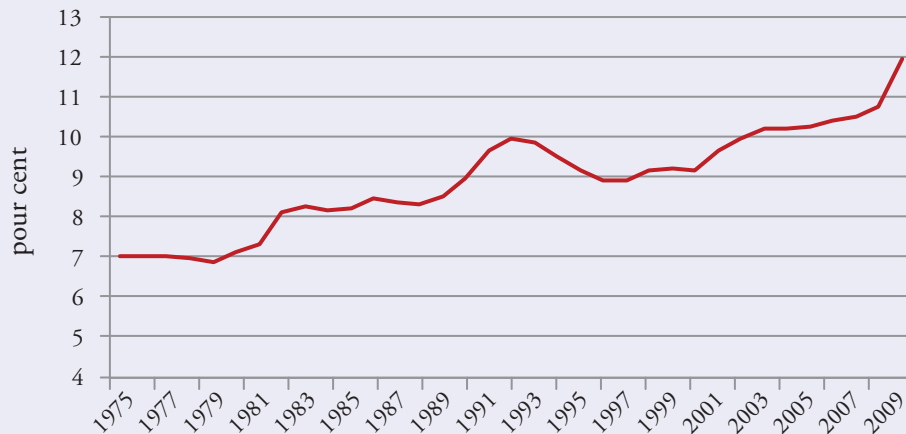
Elles se sont plus ou moins stabilisées entre 1983 et 1988 et ont diminué entre 1993 et 1997 en raison du repli fiscal, mais ont ensuite rebondi pour atteindre de nouveaux sommets pour toute la période en 2009 (graphique 3). Depuis 1975, les dépenses en soins de santé moyennes ont augmenté plus rapidement que le PIB nominal de 1,7 point de pourcentage par an, soit 8,3 pour cent par rapport à 6,6 pour cent.

Le moteur fondamental du changement du rapport entre les dépenses totales de santé et le PIB au fil du temps dans notre cadre est constitué des quatre facteurs suivants : i) les changements aux caractéristiques démographiques d'âge et de sexe dans la population; ii) les changements du prix des soins de santé par rapport au prix du PIB; iii) les changements de la qualité et de la portée des services médicaux; et iv) l'évolution du revenu personnel réel par rapport au PIB réel.¹¹ Si l'on suppose que la croissance des dépenses de soins de santé réelles par personne réagit d'égal à égal à une

10 Les données relatives aux dépenses en soins de santé proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé (2010). Ces dépenses couvrent les dépenses associées aux hôpitaux, aux autres institutions, aux médecins, aux soins dentaires, aux soins de la vue, aux autres services professionnels (dans le domaine de la santé), et aux médicaments, au capital, à la santé publique, à l'administration, à la recherche en santé et les autres dépenses diverses.

11 Voir Dodge et Dion (2011) pour obtenir une dérivation de ce cadre.

Graphique 3 : Dépenses en soins de santé en % du PIB



Source: Calculs des auteurs.

croissance du revenu réel par personne,¹² les changements de la croissance du revenu réel n'ont aucun impact sur l'évolution du rapport entre les dépenses en soins de santé et le PIB.¹³ Toutefois, une hausse (ou une baisse) de la croissance potentielle de la production ou du revenu mettrait à disposition plus (ou moins) de ressources pour la production et la consommation de tous les produits et services publics et privés dans l'économie. Pour une trajectoire donnée des dépenses en soins de santé par rapport au PIB au fil du temps, une croissance économique potentielle plus rapide permet une croissance plus rapide des dépenses publiques et privées sur les

produits et services autres que les soins de santé, sans pour autant augmenter l'endettement public ou privé par rapport au PIB.¹⁴

Données démographiques

Les changements des caractéristiques démographiques d'âge et de sexe de la population affectent les dépenses en soins de santé globales réelles par personne, parce que les dépenses en soins de santé moyennes par personne augmentent rapidement en fonction de l'âge des personnes, au-delà d'un seuil se situant vers le milieu de la quarantaine, comme l'illustre le graphique 4.¹⁵

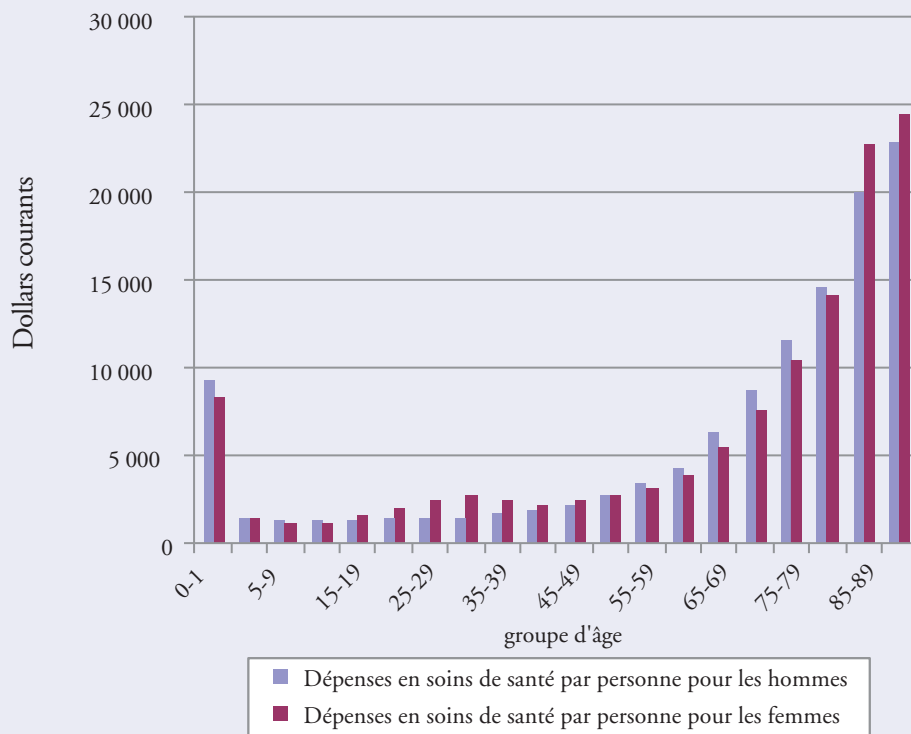
12 Une élasticité-revenu unitaire des dépenses en soins de santé réelles par personne se situe dans la fourchette des estimations empiriques basées sur des données globales. Voir, par exemple, Ginsburg (2008) et Smith, Newhouse et Freeland (2009).

13 Sauf par le biais d'effets indirects possibles sur la croissance du prix des soins de santé par rapport au prix du PIB, les changements de la qualité et de la portée des services médicaux, ou la croissance du revenu personnel réel par rapport au PIB réel. Nos projections ignorent ces effets indirects possibles en raison du manque de données empiriques sur ces relations.

14 Si l'on suppose une élasticité du revenu non unitaire, la chute projetée de la croissance potentielle réelle aurait un impact sur le taux de croissance du rapport des dépenses en soins de santé par rapport au PIB. Avec une élasticité inférieure à un, la chute projetée de la croissance potentielle réelle entraînerait une croissance plus rapide des dépenses en soins de santé par personne réelles et du rapport entre les dépenses en soins de santé et le PIB, toutes choses étant égales par ailleurs. Historiquement, la contribution du facteur technologique (déterminé résiduellement) à la hausse du rapport entre les dépenses en soins de santé et le PIB serait plus élevée qu'avec une élasticité-revenu unitaire. Si cette contribution plus importante était maintenue dépenses en soins de santé sur tout l'horizon des projections, les trajectoires des dépenses en soins de santé réelles par personne et du rapport entre les dépenses en soins de santé et le PIB seraient plus élevées pendant les 20 prochaines années que si l'on prend pour hypothèse une élasticité-revenu unitaire. L'inverse serait vrai avec une élasticité-revenu supérieure à un. Pour en savoir plus, voir Dodge et Dion (2011).

15 Les projections de population par groupes d'âge et de sexe sont tirées du scénario M1 (croissance moyenne) de Statistique Canada. Voir Statistique Canada (2010).

Graphique 4 : Dépenses en soins de santé par personne par groupe d'âge – 2008



Source: Calculs des auteurs.

De plus, cela se produit plus lentement pour les femmes que pour les hommes, jusqu'à la vieillesse. Par exemple, les dépenses en soins de santé par personne associées au groupe d'âge entre 65 et 74 ans sont plus importantes que celles associées au groupe d'âge entre 0 et 44 ans, par un facteur de 4,6 pour les hommes et de 3,2 pour les femmes (tableau 2). Une portion considérable des dépenses en soins de santé à vie est engagée peu avant le décès de la personne; par conséquent, un taux de mortalité qui augmente exponentiellement avec l'augmentation de l'âge au-delà d'un seuil au milieu de la vie est un moteur très important de la courbe des dépenses par rapport à l'âge. Dans

notre cas de base, il est pris pour hypothèse que le profil des dépenses par groupe d'âge en 2008 reste identique pendant les deux prochaines décennies. Dans notre cas optimiste, les indices des coûts de santé pour les groupes entre 65 et 74 ans et entre 75 et 84 ans, par rapport au groupe de référence entre 0 et 44 ans, sont inférieurs en moyenne de 8 pour cent pour la période entre 2016 et 2021, et de 15 pour cent pour la période entre 2021 et 2031.¹⁶ C'est conforme à l'hypothèse selon laquelle la cohorte de 44 à 65 ans est en meilleure santé que l'ancienne cohorte de 44 à 65 ans d'il y a 20 ans, ce qui entraînera moins de dépenses en soins de santé par personne qu'à l'heure actuelle lorsque

16 C'est le résultat de la réduction des indices de coûts de santé (de 2008) de 15 % pendant la période de 2021 à 2031, par rapport à 2016. Par conséquent, la contribution des changements aux caractéristiques démographiques d'âge et de sexe de la population à la croissance du rapport entre les dépenses en soins de santé et le PIB est réduite dans le cas optimiste par rapport au cas de base pendant la période entre 2016 et 2021, mais demeure inchangée par rapport au cas de base pendant la période entre 2021 et 2031, comme l'indique le tableau 3.

Table 2: Dépenses en soins de santé par personne par groupe d'âge – 2008

| Group d'âge | Dollars courants | | Indice, âge 0-44 = 1.00 | |
|--------------|------------------|--------|-------------------------|--------|
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| 0-44 | 1 590 | 2 030 | 1,00 | 1,00 |
| 45-64 | 2 990 | 2 890 | 1,88 | 1,42 |
| 65-74 | 7 330 | 6 400 | 4,61 | 3,15 |
| 75-84 | 12 690 | 12 080 | 7,98 | 5,95 |
| 85+ | 20 730 | 23 360 | 13,04 | 11,51 |

Source: ICIS (2010) et calculs des auteurs.

cette cohorte aura entre 65 et 84 ans, au cours des 20 prochaines années.¹⁷ Notez que cela agit par l'entremise d'un taux de morbidité moins élevé plutôt qu'un taux de mortalité moins élevé.

Prix relatif des soins de santé

Un changement du prix relatif des soins de santé peut avoir un effet sur les dépenses en soins de santé totales par l'entremise de l'offre et de la demande. Dans cet exercice, une hausse (baisse) n'a aucun effet négatif (positif) sur la demande parce qu'on suppose que cette dernière réagit peu aux changements des prix relatifs, ce qui correspond aux données empiriques (Smith, Newhouse et Freeland 2009). En pourcentage, on prévoit plutôt que les changements des prix relatifs des soins de santé seront reflétés positivement d'égal à égal¹⁸ dans les changements des dépenses en soins de

santé réelles par personne et du rapport entre les dépenses en soins de santé et le PIB.

Le prix des services de santé est fourni par le prix de la consommation des soins de santé des Comptes nationaux.¹⁹ Cet indice de prix est essentiellement contrôlé par l'évolution des salaires du secteur des soins de santé et les prix des médicaments. On suppose que la croissance de la productivité mesurée des travailleurs du secteur de la santé est proche de zéro, voire égale à cette valeur. Par rapport au prix implicite du PIB dans les Comptes nationaux, le prix de la consommation des soins de santé a augmenté de 0,7 pour cent par an entre 1991 et 2001, mais a diminué légèrement en moyenne entre 2001 et 2009 en raison de gains dans les termes de l'échange, qui ont fait augmenter le prix du PIB par rapport au prix de la consommation, ce qui comprend la consommation des services de santé.

17 Le travail effectué par Sanderson et Scherbov (2010) semble indiquer que lorsqu'ils établissent des prévisions concernant l'impact du vieillissement, les décideurs doivent tenir compte de l'augmentation de la longévité et de l'amélioration de l'état de santé, ce qui, selon eux, a pour effet de réduire considérablement la vitesse effective du vieillissement. Notez que les taux de morbidité inférieurs pour les groupes plus âgés sous-entendus par le cas optimiste peuvent être considérés comme contribuant aux taux de participation plus élevés des travailleurs plus âgés dans notre cas optimiste pour la croissance du revenu, par rapport à notre cas de base.

18 En termes économiques plus techniques, cela suppose une élasticité unitaire. Il vaut la peine de noter que le moteur des dépenses réelles est le prix de la consommation des soins de santé par rapport au prix de la consommation totale, alors que le moteur du rapport entre les dépenses en soins de santé et le PIB est le prix de la consommation des soins de santé par rapport au prix du PIB (voir Dodge et Dion [2011]).

19 Une autre mesure des changements de prix du secteur des soins de santé refléterait une moyenne pondérée des taux de croissance des différents prix des intrants, nette de la croissance de la productivité totale des facteurs du secteur des soins de santé. Des contraintes relatives aux données empêchent qu'une telle mesure soit estimée.

Dans notre cas de base, on projette que l'austérité fiscale et les gains des termes de l'échange réduisent davantage le prix relatif des soins de santé par rapport au PIB de 0,9 pour cent par an sur la période entre 2010 et 2012. La croissance du prix relatif retourne à 0 pour cent par an entre 2013 et 2016, et à la moyenne qu'elle avait enregistrée entre 1991 et 2009, soit 0,2 pour cent par an, par la suite. Par implication, le prix des soins de santé par rapport à la consommation totale augmente de 0,5 pour cent par an entre 2012 et 2016, et de 0,7 pour cent par an entre 2016 et 2031.

Dans notre cas optimiste, le prix de la consommation des soins de santé par rapport au PIB diminue de 0,5 pour cent par an entre 2012 et 2016 et de 0,3 pour cent par an entre 2016 et 2031, grâce à des gains de l'efficacité et peut-être une croissance plus lente des salaires du secteur des soins de santé par rapport au reste de l'économie, en raison de pressions fiscales. Par implication, le prix des soins de santé par rapport à la consommation totale reste stable pendant la période entre 2012 et 2016 et augmente de 0,2 pour cent par an entre 2016 et 2031.

Technologie

Les changements de la technologie et des pratiques médicales devraient avoir un impact important sur les dépenses en soins de santé. Par exemple, l'introduction d'un outil de diagnostic plus efficace mais plus coûteux pour le traitement d'une maladie particulière entraînerait une demande accrue pour les services de santé et ferait augmenter le coût des soins de santé. Comme il est presque impossible de mesurer directement le facteur technologique au niveau global, sa contribution aux taux de croissance des dépenses en soins de santé réelles par personne et du rapport entre les dépenses en soins de santé totales

et le PIB fait plutôt l'objet d'une estimation résiduelle : après avoir tenu compte de la croissance du revenu personnel par personne, des changements des caractéristiques démographiques d'âge et de sexe de la population et des changements des prix de la consommation des soins de santé par rapport à la consommation totale, le taux de croissance des dépenses en soins de santé réelles par personne entre 1996 et 2009 laisse un résiduel de 1,1 pour cent par an, que l'on impute à la « technologie ».²⁰ Ce facteur représente donc le quart de la croissance des dépenses en soins de santé réelles par personne entre 1996 et 2009. À titre de comparaison, on estime que la technologie représente entre 27 et 48 pour cent de la croissance des dépenses en soins de santé réelles par personne aux États-Unis pendant la période entre 1960 et 2007 (Smith, Newhouse et Freeland, 2009).²¹

Comme il s'agit d'un résiduel, la « technologie » pourrait refléter l'impact net de différents facteurs, comme les changements de la portée et de la qualité des services de santé, les améliorations technologiques relatives à la prestation des services, les changements au bien-être de la population, les changements de la répartition des spécialisations chez les médecins, et l'effet potentiellement stimulant de la quantité plus importante de ressources en matière de santé sur l'utilisation des services de santé. Toutefois, nous sommes d'accord avec l'opinion largement répandue selon laquelle les changements de la portée et de la qualité des services de santé, qui sont influencés de façon importante par les changements de la technologie médicale, constituent le facteur le plus fondamental se trouvant à la base du résiduel.

Dans notre projection de base, on suppose que la contribution de la technologie est la même que pendant la période entre 1996 et 2009 – ou, d'ailleurs, pour les périodes entre 1996 et 2001 et

20 Il vaut la peine de noter que l'importance du facteur « technologie » et la nature de ses moteurs peuvent différer considérablement entre le secteur public et le secteur privé du système de santé. Cet enjeu intéressant va au-delà de la portée de ce rapport.

21 Notez, toutefois, que le modèle dont se sont servis Smith, Newhouse et Freeland pour extraire un résiduel technologique n'est pas identique à celui utilisé dans le cadre de cette étude.

entre 2001 et 2009, comptant ainsi pour environ 1,1 point de pourcentage des taux de croissance annuels du rapport entre les soins de santé et le PIB. Toutefois, dans notre cas optimiste, cette contribution est réduite de 25 pour cent entre 2016 et 2021 et de 50 pour cent entre 2021 et 2031. Ces réductions, qui sont considérables étant donné la contribution stable de la technologie pendant la période entre 1996 et 2009, reflètent selon notre jugement une combinaison de trois facteurs possibles: de meilleurs incitatifs relatifs aux prix et des mesures de responsabilisation de bas en haut ayant pour résultat des traitements et des pratiques plus efficaces compte tenu des coûts, ou un taux d'augmentation plus lent de nouvelles procédures et de nouveaux médicaments, ou une création et une diffusion plus rapides de technologies permettant de réduire les coûts. Ces facteurs pourraient entraîner une réduction importante du taux de croissance des coûts, à condition que des efforts considérables soient déployés.

Résultats de la projection

Dans le cas de base, le vieillissement et la technologie représentent chacun environ la moitié de la croissance annuelle du rapport entre les dépenses en soins de santé totales et le PIB à partir de 2013 (tableau 3). Une augmentation du revenu personnel réel par rapport au PIB réel apporte une contribution appréciable entre 2001 et 2009, mais son profil stable par la suite n'a aucun effet sur le rapport pendant l'horizon des projections.²² Les changements des prix relatifs de la consommation des soins de santé font augmenter le rapport de 0,2 pour cent par an à partir de 2017. Le rapport entre les dépenses en soins de santé totales et le PIB augmente, passant

de près de 12 pour cent en 2009 à 18,7 pour cent en 2031 (graphique 5).

Dans le cas optimiste, l'augmentation du rapport entre les dépenses en soins de santé et le PIB est plus limitée que dans le cas de base, mais assez importante tout de même, puisqu'elle fait passer le rapport à 15,4 pour cent d'ici 2031. Les données démographiques, les prix relatifs et la technologie contribuent tous à la hausse moindre du rapport comparativement au cas de base (tableau 3).²³

Du point de vue des politiques, un résultat important de ces projections est le rôle très important joué par la technologie en tant que facteur du rapport entre les dépenses en soins de santé et le PIB. Cela en fait un domaine clé pour les initiatives en matière de politique de santé qui ciblent l'amélioration de l'efficacité du système de prestation et les incitatifs pour des interventions plus économiques en matière de soins de santé, par opposition au vieillissement, qui est tout aussi important mais qui sera peu influencé par les politiques de mode de vie sain et de santé au cours des 20 prochaines années.

IMPLICATIONS RELATIVES AUX DÉPENSES AUTRES QUE LES SOINS DE SANTÉ

Nos projections du rapport entre les dépenses en soins de santé et le PIB et le PIB nominal nous permettent de tracer la trajectoire des dépenses en soins de santé au cours des deux prochaines décennies. Dans notre cas de base, l'augmentation annuelle des dépenses en soins de santé nominales par personne est à la hausse, passant d'environ 250 \$ au cours de la dernière décennie à 675 \$ pendant les années 2020. Cela porterait les

22 Sauf des diminutions temporaires en 2010 et 2011, visibles dans le graphique 5. Le profil stable après 2011 ignore la possibilité que des changements de la part du revenu échouant à la main-d'œuvre ou des mouvements des termes de l'échange éloignent la croissance du revenu personnel réel de la croissance du PIB réel.

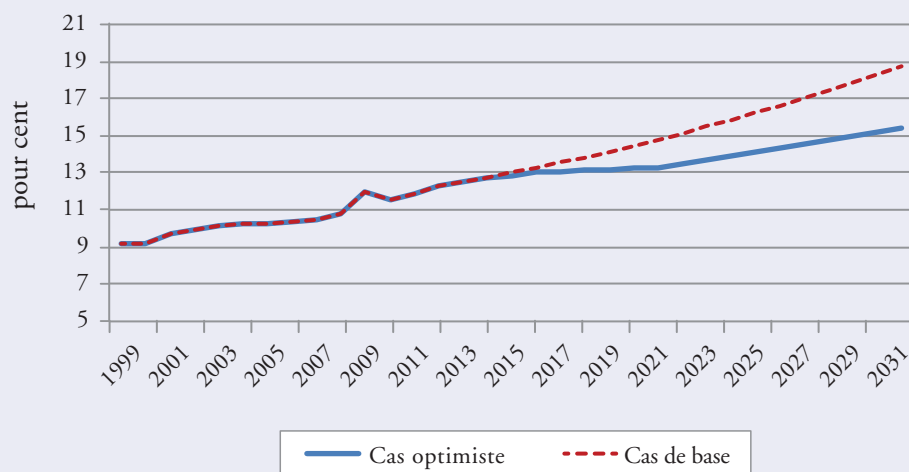
23 Notez qu'un « facteur d'interaction » positif est introduit provisoirement dans la projection afin de réduire le risque que l'effet de l'amélioration plus rapide des technologies permettant de réduire les coûts soit compté trois fois, lors de l'addition des trois chocs individuels relatifs aux coûts pour générer le cas optimiste (voir Dodge et Dion [2011]).

Tableau 3 : Croissance annuelle du rapport entre les dépenses en soins de santé et le PIB (en %)

| | 2001-2009 | 2009-2012 | 2012-2016 | 2016-2021 | 2021-2031 |
|---|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Croissance en pourcentage | | | | |
| Rapport entre les dépenses en soins de santé et le PIB (Cas de base) | 2,7 | 1,1 | 1,9 | 2,2 | 2,4 |
| <i>Cas optimiste</i> | 2,7 | 1,1 | 1,5 | 0,4 | 1,5 |
| Apports des facteurs suivants: | | | | | |
| Caractéristiques d'âge et de sexe de la population | 0,7 | 0,9 | 0,8 | 0,9 | 1,1 |
| <i>Cas optimiste</i> | 0,7 | 0,9 | 0,8 | -0,3 | 1,1 |
| Technologie | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 1,1 |
| <i>Cas optimiste</i> | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 0,8 | 0,5 |
| Prix relatif des soins de santé | -0,1 | -0,9 | 0,0 | 0,2 | 0,2 |
| <i>Cas optimiste</i> | -0,1 | -0,9 | -0,5 | -0,3 | -0,3 |
| Revenu personnel réel/PIB réel | 1,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| <i>Cas optimiste</i> | 1,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Effet d'interaction (Cas optimiste) | 0 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,2 |

Source: Calculs des auteurs.

Graphique 5 : Rapport entre les dépenses en soins de santé et le PIB (en %)



Source: Calculs des auteurs.

dépenses annuelles totales par personne après inflation à environ 7 400 \$ en 2021 et 10 700 \$ en 2031, en hausse par rapport aux près de 4 900 \$ de 2009. Même dans notre scénario optimiste, l'augmentation annuelle en dollars courants devrait s'établir à environ 600 \$ pendant les années 2020. En même temps, l'augmentation annuelle du PIB par personne dans notre cas de base passe d'environ 1 200 \$ pendant la dernière décennie à environ 2 200 \$ pendant les années 2020, et à environ 2 900 \$ dans notre cas optimiste fortement influencé par des politiques nouvelles. Notre cas de base implique que pendant les années 2020, les Canadiens consacreront 31 cents de chaque dollar d'augmentation de leur revenu nominal aux soins de santé, portant ainsi à près de 17 pour cent la part moyenne des dépenses en soins de santé dans le PIB. Même dans notre cas optimiste, 20 cents de chaque dollar supplémentaire de revenu seront consacrés aux soins de santé. Ces chiffres s'écartent grandement d'une moyenne d'environ 11 cents entre 1976 et 2011, mais ne diffèrent pas considérablement des quelque 20 cents de la première décennie du siècle courant.

Dans notre cas de base, le montant du revenu réel supplémentaire par personne, exprimé en dollars constants de 2009, qui resterait chaque année et pourrait être consacré à tous les autres biens et services, connaîtrait une baisse au cours des deux prochaines décennies, passant de 1 500 \$ en moyenne entre 2010 et 2012 à 1 000 \$ en moyenne entre 2021 et 2031, alors que dans notre cas optimiste elle connaîtrait une hausse, passant à 1 600 \$ (graphique 6). Il est évident que ce cas optimiste est préférable au cas de base; toutefois, dans ni l'un ni l'autre des cas, l'augmentation des dépenses en soins de santé ne « mange » la totalité des gains des revenus, ou même la majeure partie.

Bien que l'augmentation des coûts de santé ne mangera pas la majeure partie des augmentations du revenu national pendant les deux prochaines

décennies, des choix très difficiles s'imposeront quand même – particulièrement pour les gouvernements canadiens qui devront assumer la responsabilité de la prestation de la majeure partie de ces services et de tout transfert des coûts aux particuliers ou aux employeurs.

IMPLICATIONS RELATIVES AU FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ²⁴

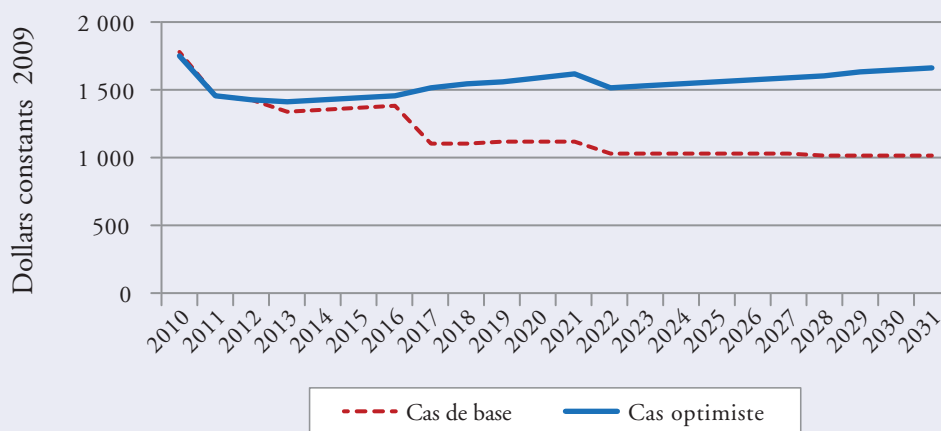
Entre 2012 et 2031, la croissance annuelle des dépenses en soins de santé s'établit en moyenne à 6,4 pour cent pour le cas de base et à 5,8 pour cent pour le cas optimiste. Cela se compare à une croissance nominale du PIB de 4 et de 4,6 pour cent respectivement. Il est donc prévu que les dépenses publiques et privées, comme portions du revenu supplémentaire, présentent une augmentation considérable dans le cas de base et une augmentation assez importante dans le cas optimiste.

Même dans le cadre d'un scénario optimiste, dans lequel les dépenses en soins de santé augmentent de 3,5 points de pourcentage sur les deux prochaines décennies, les simples citoyens devront consacrer une portion croissante de leur revenu supplémentaire à l'assurance médicale privée, aux dépenses directes pour les services de santé, ainsi qu'aux soins de longue durée, en supposant qu'aucun changement n'est apporté à la part du financement des soins de santé revenant au secteur privé.

Dans le cas de base, pour éviter que l'augmentation du rapport entre les dépenses en soins de santé totales et le PIB entraîne une hausse du rapport entre la dette publique et le PIB au cours des deux prochaines décennies, les gouvernements doivent soit augmenter leurs revenus, soit réduire leurs dépenses affectées à autre chose que la santé par l'équivalent d'environ 4,8 points de pourcentage du PIB, s'ils continuent de financer environ 70

²⁴ Voir également Ragan (2010).

Graphique 6 : Augmentation annuelle du PIB réel par personne disponible pour les dépenses autres que les soins de santé (en dollars constants de 2009)



Source: Calculs des auteurs.

pour cent des dépenses en soins de santé totales.²⁵ Même dans le cas optimiste, ils devront trouver des améliorations du revenu ou des contrôles des dépenses équivalant à environ 2,5 points de pourcentage du PIB. En même temps, dans ce cas optimiste, ils devront procéder à une refonte majeure du système de prestation des soins de santé et mettre en place des procédures structurales afin d'augmenter la productivité et la participation à la main-d'œuvre : ni l'un ni l'autre ne sera populaire sur le plan politique.²⁶

Si, après 2014, les transferts fédéraux aux provinces dans le domaine de la santé augmentent au même rythme que le PIB canadien nominal, la position budgétaire globale des gouvernements provinciaux pourrait connaître une détérioration importante au cours des prochaines décennies,

toutes choses étant égales par ailleurs. Par exemple, les dépenses en soins de santé du gouvernement de l'Ontario augmenteraient, passant de 43,5 milliards de dollars en 2009 à 154 milliards de dollars en 2031, si la croissance de ces dépenses avait lieu au même rythme que les dépenses en soins de santé totales du Canada dans le cas optimiste, soit 5,9 pour cent par an. Si, en même temps, les transferts fédéraux à l'Ontario dans le domaine de la santé augmentaient au même rythme que le PIB canadien dans le cas optimiste, soit 4,7 pour cent par an, le gouvernement ontarien devrait générer des revenus autonomes supplémentaires ou comprimer les dépenses des programmes non liés à la santé par un montant considérable pour chaque année entre 2010 et 2031, afin d'empêcher que l'augmentation du rapport entre les dépenses

25 Les revenus du gouvernement augmenteraient seulement un peu plus rapidement que le PIB nominal, en supposant que l'élasticité des revenus par rapport au PIB continue d'être légèrement supérieure à un. Cela implique que, toutes choses étant égales par ailleurs, les taux d'imposition devraient augmenter pour empêcher une augmentation du rapport entre l'endettement et le PIB étant donné une hausse du rapport entre les dépenses en soins de santé et le PIB. Sur le côté des dépenses, les dépenses sur d'autres programmes devraient augmenter moins rapidement que le PIB par l'entremise de réductions de services, d'une augmentation de la productivité de la main-d'œuvre dans le secteur public, ou d'une compression des salaires du secteur public par rapport à ceux du secteur privé.

26 Pour exacerber le problème, le vieillissement de la population globale pourrait imposer une pression à la hausse sur les taux d'intérêt à long terme, et par conséquent intensifier les coûts du service de la dette au cours des quarante prochaines années (Takats, 2010). La raison est que « [traduction] les prix des maisons sont déterminés conjointement avec le prix des actifs financiers. Par conséquent, si les prix des maisons affrontent des vents contraires, cela devrait également être le cas pour le prix des actifs financiers » (Takats 2010, p. 3). Avec le vieillissement, le pourcentage de la population qui désépargne ou épargne relativement peu et vend donc des actifs (immobiliers et financiers) pour financer sa retraite est à la hausse.

en soins de santé et le PIB génère une hausse du rapport entre l'endettement et le PIB. Autrement, l'Ontario devrait réduire la portée des services assurés.

CONCLUSION

Même si, au Canada, nous réussissons à augmenter de façon incroyable la productivité et l'efficacité du système de santé, soit notre cas optimiste, nous devons faire face à des choix difficiles, mais nécessaires, concernant la manière dont nous finançons les coûts croissants des soins de santé et gérons la part croissante du revenu supplémentaire qui leur est consacrée.

En plus de la hausse des dépenses effectuées par les particuliers – et les employeurs – pour des services qui, à l'heure actuelle, ne sont pas assurés par les provinces, une combinaison des mesures suivantes s'avérera nécessaire pour gérer la « maladie des dépenses » :

- 1) une réduction considérable des services publics, autres que les soins de santé, fournis par les gouvernements, et particulièrement les gouvernements provinciaux;
- 2) une augmentation des impôts requis pour financer la part publique des dépenses en soins de santé;
- 3) une augmentation des dépenses des particuliers en matière de services de santé qui sont actuellement assurés par les provinces, sous une forme quelconque de copaiement ou de désassurance des

services qui bénéficient actuellement de financement public;

- 4) une dégradation majeure des normes relatives aux services assurés par le gouvernement – files d'attente plus longues, services de moindre qualité – et le développement d'un système à financement privé qui fournit des soins de meilleure qualité à ceux qui acceptent de payer, comme au Royaume-Uni et dans bon nombre de pays européens. Cette option à « deux niveaux » aurait peu d'effet sur le taux de croissance des dépenses totales, mais comme l'option 3 ci-dessus, aurait pour effet de modifier la division entre le secteur public et le secteur privé et aurait des répercussions relatives à la répartition des revenus.

Aucune de ces options n'est attirante : il n'existe aucune façon simple de gérer la hausse chronique des dépenses en soins de santé. Dans ce rapport, nous avons tenté de diagnostiquer la maladie des dépenses et de fournir un pronostic de son évolution. Ce pronostic n'est pas favorable, même si nous réussissons à améliorer de façon incroyable l'efficacité de la prestation des soins de santé. Mais la maladie des dépenses doit être contrôlée. Maintenant, c'est aux Canadiens à tenir une discussion sérieuse concernant la façon de le faire.

Références

- Institut canadien d'information sur la santé. 2010. *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2010*. Ottawa : ICIS.
- Dodge, D.A., et R. Dion. 2011. « La maladie chronique des dépenses en soins de santé : mise en contexte et méthodologie. » Document de travail de l'Institut C.D. Howe.
- Ginsburg, P.B. 2008. « High and Rising Healthcare Costs: Demystifying U.S. Healthcare Spending ». Robert Wood Johnson Foundation, rapport de synthèse de recherche n° 16.
- Hall, R.E., et C.I. Jones. 2007. « The Value of Life and the Rise in Health Spending ». *The Quarterly Journal of Economics* (février), 39-72.
- Ragan, Chris. 2010. « Two Policy Challenges Driven by Population Aging ». *Policy Options* . Vol 31. N° 09, octobre.
- Sanderson, W.C., et S. Scherbov. 2010. « Remeasuring Aging ». *Science* (10 septembre) : p. 1287-1288.
- Sharpe, A. C. Bradley et H. Messinger.. 2007. « The Measurement of Output and Productivity in the Healthcare Sector in Canada: An Overview ». Centre d'étude des niveaux de vie, rapport de recherche 2007-06 (décembre).
- Smith, S., J.P. Newhouse et M.S. Freeland. 2009. « Income, Insurance, and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth? » *Health Affairs* 28 (5), p. 1276-1284.
- Statistique Canada. 2010. « Population Projections for Canada, Provinces and Territories, 2009 to 2036. » Cat. 91-520-XIE.
- Takats, E. 2010. « Ageing and Asset Prices ». BIS, documents de travail n° 318 (août).

Commentaire© de l'Institut C.D. Howe Institute offre une analyse périodique et un commentaire sur des questions de politiques publiques qui font l'actualité. La préparation de la copie aux fins de publication a été faite par Yang Zhao et James Fleming a édité le manuscrit. Comme pour toute publication de l'Institut, les opinions exprimées dans ce texte n'engagent que les auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles des membres de l'Institut ou de son conseil d'administration. Les citations sont permises à condition d'en mentionner la source.

Les personnes qui souhaitent commander cette publication sont priées de s'adresser aux Édition Renouf Publishing Company ltée, 5369, chemin Canotek, Ottawa, (Ontario) K1J 9J3; ou à l'Institut C.D. Howe, 67, rue Yonge, bureau 300, Toronto (Ontario) M5E 1J8. Le texte complet se trouve également sur la page web de l'Institut à l'adresse suivante www.cdhowe.org.





- March 2011 Laurin, Alexandre, Finn Poschmann and William B.P. Robson. "When Striking an Awkward Balance Means Striking Out: Budget 2011." C.D.Howe Institute e-brief.
- March 2011 Fortin, Pierre. *Staying the Course: Quebec's Fiscal Balance Challenge*. C.D. Howe Institute Commentary 325.
- March 2011 Fortin, Pierre. *Garder le Cap: le défi de l'équilibre budgétaire du Québec*. C.D. Howe Institut Commentaire 325
- March 2011 Ferede, Ergete, and Bev Dahlby. *The Marginal Cost of Public Funds for Provincial Governments*. C.D. Howe Institute Commentary 324.
- March 2011 Ragan, Christopher. "Fixing Canada's CPI: A Simple and Sensible Policy Change for Minister Flaherty." C.D.Howe Institute e-brief.
- February 2011 Hrudey, Steve E. *Safe Drinking Water Policy for Canada – Turning Hindsight into Foresight*. C.D. Howe Institute Commentary 323.
- February 2011 Bergevin, Philippe, and William B.P. Robson. *The Costs of Inflexible Indexing: Avoiding the Adverse Fiscal Impacts of Lower Inflation*. C.D. Howe Institute Commentary 322.
- February 2011 Ragan, Christopher. *Precision Targeting: The Economics – and Politics – of Improving Canada's Inflation-Targeting Framework*. C.D. Howe Institute Commentary 321.
- February 2011 Bruce, James P. "Protecting Groundwater: The Invisible but Vital Resource." C.D. Howe Institute Backgrounder 136.
- February 2011 Laurin, Alexandre, and William B.P. Robson. *A Faster Track to Fiscal Balance: The 2011 Shadow Budget*. C.D. Howe Institute Commentary 320.
- January 2011 Melino, Angelo. *Moving Monetary Policy Forward: Why Small Steps – and a Lower Inflation Target – Make Sense for the Bank of Canada*. C.D. Howe Institute Commentary 319.
- January 2011 Poschmann, Finn. *What Governments Should Do in Mortgage Markets*. C.D. Howe Institute Commentary 318.
- January 2011 Calmes, Christian, and Raymond Theoret. "Lifting the Veil: Regulation and Shadow Banking." C.D. Howe Institute e-brief.
- January 2011 Richards, John. "School Dropouts: Who Are They and What Can Be Done?" C.D. Howe Institute e-brief.
- December 2010 Longworth, David. "Warding Off Financial Market Failure: How to Avoid Squeezed Margins and Bad Haircuts." C.D. Howe Institute Backgrounder 135.
- December 2010 Moore, Kevin D., William Robson and Alexandre Laurin. *Canada's Looming Retirement Challenge: Will Future Retirees Be Able to Maintain Their Living Standards upon Retirement?* C.D. Howe Institute Commentary 317.
- December 2010 Green, Andrew, and Michael Trebilcock. *The Eco-Fee Imbroglia: Lessons from Ontario's Troubled Experiment in Charging for Waste Management*. C.D. Howe Institute Commentary 316.
- November 2010 Allan, David C., and Philippe Bergevin. *The Canadian ABS Market: Where Do We Go From Here?* C.D. Howe Institute Commentary 315.
- November 2010 Peters, Jotham, Chris Bataille, Nic Rivers and Mark Jaccard. *Taxing Emissions, Not income: How to Moderate the Regional Impact of Federal Environment Policy* C.D. Howe Institute Commentary 314.
- November 2010 Bliss, Michael. *Critical Condition: A Historian's Prognosis on Canada's Aging Healthcare System*. C.D. Howe Institute 2010 Benefactors Lecture.

APPUYEZ L'INSTITUT

Pour savoir plus sur les façons d'appuyer le travail essentiel que fait l'Institut C.D. Howe sur les politiques publiques, en faisant un don ou en devenant membre, veuillez consulter le site internet suivant www.cdhowe.org ou téléphonez au 416-865-1904. Informez-vous sur les activités de l'Institut et sur la façon de faire don à l'Institut. Vous recevrez un reçu pour votre don.

UNE RÉPUTATION D'INDÉPENDANCE ET D'IMPARTIALITÉ

La réputation qu'a l'Institut C.D. Howe de réaliser des recherches indépendantes, rationnelles, et pertinentes sur les politiques publiques est sa plus grande fierté. Il s'agit du fondement même de sa crédibilité et de l'efficacité de ses travaux. L'indépendance et l'impartialité sont les valeurs qui orientent la recherche, qui guident les actions de son personnel et qui limitent les contributions financières qu'acceptent l'Institut.

Pour en savoir plus sur nos politiques indépendantes et non partisans www.cdhowe.org.

Institut C.D. Howe
67, rue Yonge
Toronto, Ontario
M5E 1J8

Envoi de poste-publication
Enregistrement n° 40008848