INSTITUT C.D. HOWE INSTITUTE
Essential Policy Intelligence | Conseils indispensables sur les politiques

CYBERBULLETIN

16 décembre 2014

POLITIQUES DE LA SANTÉ

Le défi budgétaire d'une population vieillissante : planifier les coûts des soins de santé au Québec

De
Colin Busby, William B.P. Robson et Aaron Jacobs

« Les dépenses en santé et en services sociaux (...) entre 2003-2004 et 2013-2014 (...) ont augmenté de 5,6 % en moyenne annuellement. Les dépenses en santé sont particulièrement sensibles au changement dans la composition de la demande de services résultant du vieillissement de la population. Le vieillissement de la population explique près du quart de l'accroissement des dépenses de santé au cours de la dernière décennie. » (Gouvernement du Québec, *Budget 2014-2015 : Le défi des finances publiques du Québec*, p. 18)

Les pressions budgétaires découlant des dépenses de santé au Québec et, en particulier, de la contribution de la démographie à ces pressions constituent un point de tension continue. Depuis des années, un débat fait rage concernant les conséquences fiscales des changements démographiques; il s'agit en particulier de déterminer si les soins de santé financés par le secteur public à une population vieillissante imposeront des stress financiers aux gouvernements. Un camp a souligné le fait que le vieillissement lui-même n'ajoute pas plus d'un pour cent à l'augmentation annuelle des coûts de santé. Il soutient donc qu'il n'est pas urgent de réformer le traitement ou le financement des soins de santé (Barer et al. 1995; Evans et al. 2001). Si l'on permet l'augmentation des impôts et l'imposition de limites sur la rémunération des fournisseurs, affirme-t-on, le système est aussi soutenable que nous le voulons bien.

Le présent cyberbulletin fait partie d'une série qui décrit le défi fiscal associé au vieillissement et aux soins de santé financés par le secteur public dans chaque province. Nous sommes reconnaissants à Alexandre Laurin pour le calcul des coûts associés aux programmes, et remercions les membres du Conseil de politiques sur la santé de l'Institut C.D. Howe pour leurs commentaires dans la préparation de cette étude. Cependant, nous assumons la responsabilité des conclusions et de toute erreur, le cas échéant.

L'autre camp a souligné le fait qu'une augmentation d'un pour cent est importante, surtout lorsqu'elle est composée sur un grand nombre d'années. De plus, on soutient que le vieillissement ralentira la croissance de l'assiette fiscale, ce qui pourrait nuire aux soins de santé ainsi qu'à d'autres programmes majeurs, aux taux d'imposition et au contrôle de la dette (Robson 2001, 2007, 2010; Drummond et Burleton 2010; Dodge et Dion 2011; et Emery et al. 2012). Bien que ce camp reconnaisse que les glaciers se déplacent lentement, il souligne leurs répercussions considérables lorsqu'ils finissent par arriver. Il a donc tendance à préconiser des réformes majeures de la prestation et du financement des soins de santé, afin de minimiser l'impact d'une collision prochaine entre les programmes sensibles aux changements démographiques et d'autres priorités budgétaires, qui pourrait autrement s'avérer douloureuse.

Pendant que le débat a fait rage, le coût des soins de santé financés par le secteur public au Québec a augmenté, passant de 7,2 % du PIB provincial en 1991 à environ 8,3 % en 2014. En même temps, il a passé de 33 % des dépenses du gouvernement provincial sur les programmes à environ 35 % en 2014.

Quelles que soient les répercussions précises du vieillissement et ses interactions avec les changements en matière de soins, la ponction des soins de santé financés par le secteur public sur les ressources québécoises a augmenté. La citation ci-dessus, tirée du budget provincial, met en évidence le dilemme auquel le gouvernement est confronté. Dans quelle mesure la démographie imposera-t-elle des contraintes au budget du Québec à l'avenir?

Conjuguer les dépenses d'aujourd'hui avec la population de demain

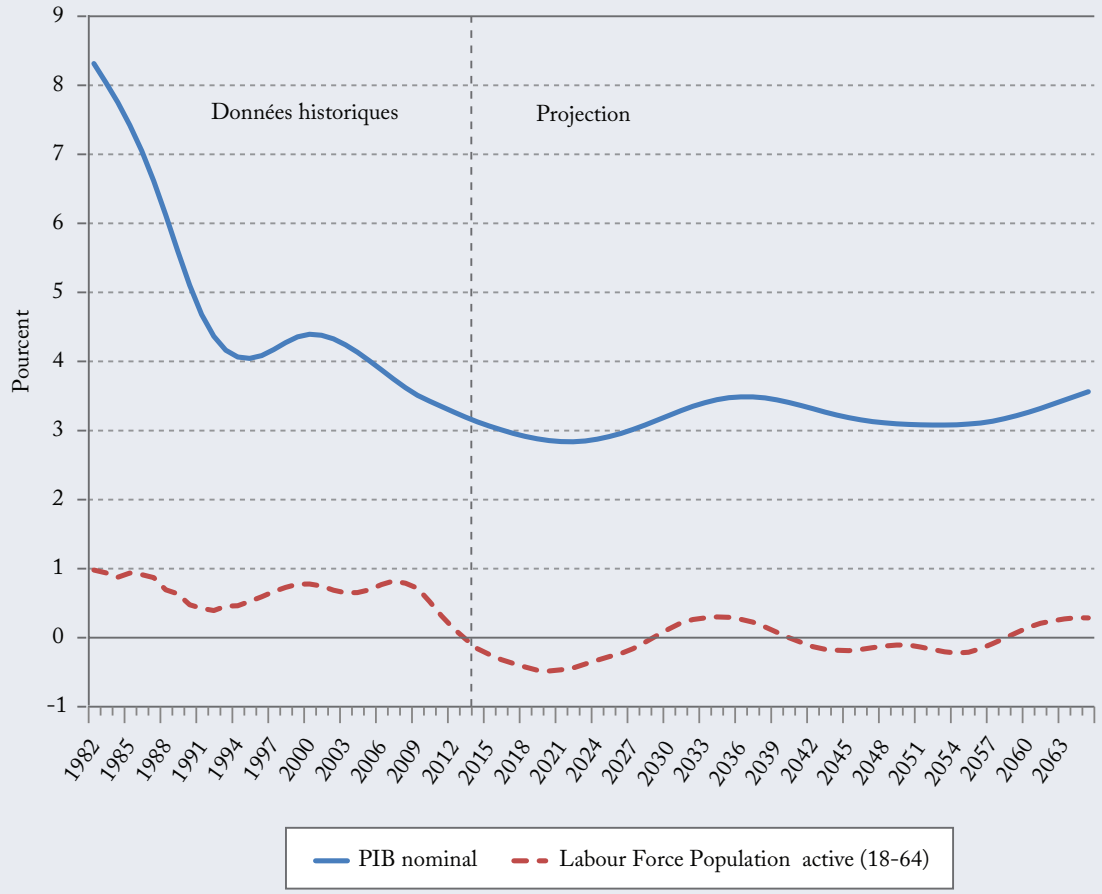
Nous abordons cette projection pour les 50 prochaines années avec une approche directe bien connue. Nous prévoyons la croissance de la population du Québec en utilisant les hypothèses intermédiaires suivantes : un taux de fertilité qui reste stable, à son niveau provincial de 2011; une augmentation de la longévité conforme au scénario d'amélioration « moyen » de Statistique Canada; une baisse jusqu'à zéro sur les dix prochaines années de l'émigration nette de la population vers les autres provinces; et le maintien à son niveau moyen de 1991 à 2013 de l'immigration internationale nette.

Nous multiplions ensuite la population active potentielle, c'est-à-dire le nombre de Québécois âgés de 18 à 64 ans, par un indice de production par travailleur potentiel. Cet indice augmente de 1,2 % par an, soit le taux enregistré par la mesure nationale équivalente de 1991 à 2013. Ces calculs fournissent à nos modèles des projections du produit intérieur brut (PIB) provincial réel du Québec, que nous convertissons en dollars nominals. (Le PIB provincial nominal est le PIB réel multiplié par le même taux d'inflation de 2 % qui, selon nous, devrait prévaloir à l'échelle nationale.)

Les répercussions du vieillissement sur la croissance future de la population active et le PIB attirent souvent peu d'attention dans le cadre du débat sur les dépenses de santé. Toutefois, ceux-ci augmenteront beaucoup plus lentement qu'au cours des dernières décennies (figure 1). Par conséquent, l'assiette fiscale du gouvernement augmentera donc plus lentement qu'au cours des années précédentes, réduisant encore plus la capacité du Québec à gérer la croissance des coûts des soins de santé.

Pour ce qui a trait aux pressions de coût sur les soins de santé, nous projetons les dépenses de santé provinciales pour chaque sexe dans 20 groupes d'âge et six types de dépenses. Les dépenses par personne pour chacun de ces groupes augmentent conformément à une mesure du volume de services fournis et à un indice

Figure 1: Croissance annuelle de la population active du Québec et du PIB, 1982 à 2064



Note : Les données du PIB et de la population active sont lissées afin de réduire l'effet des fluctuations à cout-terme sur les données historiques.

Source : calculs des auteurs présentés dans le texte.

de coûts. La mesure du volume, à savoir un indice de l'intensité des services, représente les dépenses pour tous les services fournis à une personne par le système de santé financé par le secteur public, corrigé pour éliminer les effets de l'inflation. Nos chiffres de base pour les chiffres par personne sont tirés des données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour 2012, ajustées au prorata en fonction des totaux réels récents.[1]

1 Pour nos prévisions, nous utilisons les données de l'ICIS par âge et par sexe par catégorie de santé pour 2010, avant de corriger les estimations pour 2011 et 2012 afin qu'elles correspondent aux dépenses de santé réelles et prévues tirées des comptes publics et des documents budgétaires. Cette méthode d'estimation génère une augmentation semblable aux estimations de l'ICIS sur le plan des dépenses pour 2011 et une augmentation plus importante pour 2012. Par rapport aux chiffres de l'ICIS, les dépenses de santé totales au Québec étaient de 13 millions de dollars plus élevées en 2012.

Nous estimons que l'intensité des services par personne augmentera à l'avenir au même taux que la production réelle par travailleur potentiel, à savoir 1,2 % par an. Sur le plan de l'augmentation des coûts, l'indice des prix à la consommation du gouvernement à l'échelle nationale de 1991 à 2012 a enregistré une croissance annuelle de 2,5 % par an, soit 0,5 % au-dessus de l'inflation globale.

Au cours des dernières années, nous avons observé une baisse de l'inflation des coûts de santé, ainsi qu'un taux de croissance beaucoup moins élevé des dépenses de santé globales. Nous hésitons à projeter les taux modérés récents de façon indéfinie, car nous nous rappelons les années 1990, où une période de retenue a été suivie d'un retour à une croissance rapide. Nous prévoyons donc une inflation des coûts des soins de santé à 1,3 % jusqu'en 2020, suivie d'un retour graduel vers la tendance historique.

Parce que la démographie touche également d'autres programmes au Québec, nous avons recours à des méthodes similaires, à savoir des indices d'intensité des services dans le cas de l'éducation et un indice des transferts dans le cas des prestations pour enfants et familles, multipliés par les populations et les indices de prix pertinents pour projeter leurs dépenses (l'encadré 1 décrit de façon plus détaillée les approches que nous avons adoptées pour les services de santé et pour ces autres programmes). Ainsi, nous pouvons voir si ces programmes compensent ou aggravent le défi budgétaire potentiel présenté par les soins de santé.

Les perspectives du Québec : tendances et passifs implicites

Nos prévisions indiquent que la part du PIB provincial représentée par les dépenses publiques de santé du Québec augmentera, passant de 8,3 % cette année à 12,2 % en 2035 et à 16,2 % en 2064. Même si l'on tient compte des autres programmes sensibles aux données démographiques, cela ne change pas les contraintes budgétaires éventuelles. Le gouvernement peut s'attendre à dépenser une part décroissante du PIB sur les prestations pour enfants et familles, en raison d'une baisse du nombre d'enfants par rapport à la population en âge de travailler. Toutefois, dans le domaine de l'éducation, le coût des services sur le plan de la main-d'œuvre fait plus que compenser cet effet démographique, entraînant à la hausse la proportion du PIB consacrée à ces programmes.

Par conséquent, la proportion de ces programmes par rapport au PIB augmente, passant de 15,2 % à 25,1 % sur la période de 50 ans (figure 2). Pour que le Québec puisse satisfaire ses exigences à partir de ses propres sources de revenus, la ponction fiscale du revenu de ses citoyens devrait augmenter de plus de moitié.

Comme le souligne la citation du budget, le gouvernement québécois ne signale aucune réduction des soins de santé. Ces attentes – à savoir l'ensemble d'avantages dont les gens bénéficient actuellement, moyennant un fardeau fiscal approximativement identique – créent des passifs implicites pour le gouvernement du Québec, parce pour répondre aux engagements pris dans le domaine de la santé, il lui faudra taxer une part plus élevée du revenu provincial à l'avenir.[2]

Une façon de quantifier ce passif prochain consiste à calculer la valeur actuelle des changements du poids de ces programmes sur le PIB au cours du prochain demi-siècle. En actualisant l'augmentation cumulative

2 Le parallèle avec les passifs explicites est simple : si le Québec décidait de couvrir les coûts plus élevés des programmes en empruntant plutôt qu'en augmentant ses taux d'imposition globaux, les passifs implicites deviendraient, avec le temps, une dette publique plus élevée.

Encadré 1. Projection des coûts des autres programmes sensibles aux données démographiques

Nous avons recours à des méthodes de projection similaires pour tous les programmes que nous examinons, c.-à-d. la multiplication des populations pertinentes par des indices de service spécifiques aux programmes ou l'intensité des transferts.*

Nous présumons que l'intensité des services, à savoir le volume de services fournis par personne dans les domaines des soins de santé et de l'éducation, augmente au même taux que la production par personne dans l'ensemble de l'économie. Cette hypothèse n'est pas entièrement arbitraire; en l'absence de bonnes mesures quantitatives de la qualité de la production, les mesures de l'activité dans les services non chiffrés, comme la santé et l'éducation, ont tendance à dépendre des intrants, qui sont des activités exigeantes sur le plan de la main-d'œuvre pour lesquelles les salaires, qui ont tendance à augmenter avec la productivité de l'économie dans son ensemble, constituent un intrant clé. Historiquement, l'intensité des services a augmenté à des taux annuels supérieurs au 1,2 % que nous postulons, et plus rapidement que la croissance de la productivité. Nous préférons les associer dans notre projection principale afin de nous assurer que les tendances à la hausse ou à la baisse dans les proportions de dépenses de santé et d'éducation par rapport au PIB ne dépendent pas d'hypothèses différentes concernant l'intensité des services d'une part et la croissance de la productivité d'autre part, mais sont plutôt des produits des changements démographiques et de l'inflation des coûts de la consommation gouvernementale comparée à l'inflation des coûts ailleurs.

Notre indice d'intensité des transferts pour les prestations pour les enfants et les familles ne change pas avec le temps : nous prenons donc pour hypothèse que la valeur réelle des transferts par personne dans le groupe d'âge pertinent reste constante.

Vous trouverez ci-dessous des commentaires supplémentaires concernant les projections relatives à des programmes autres que les programmes de santé :

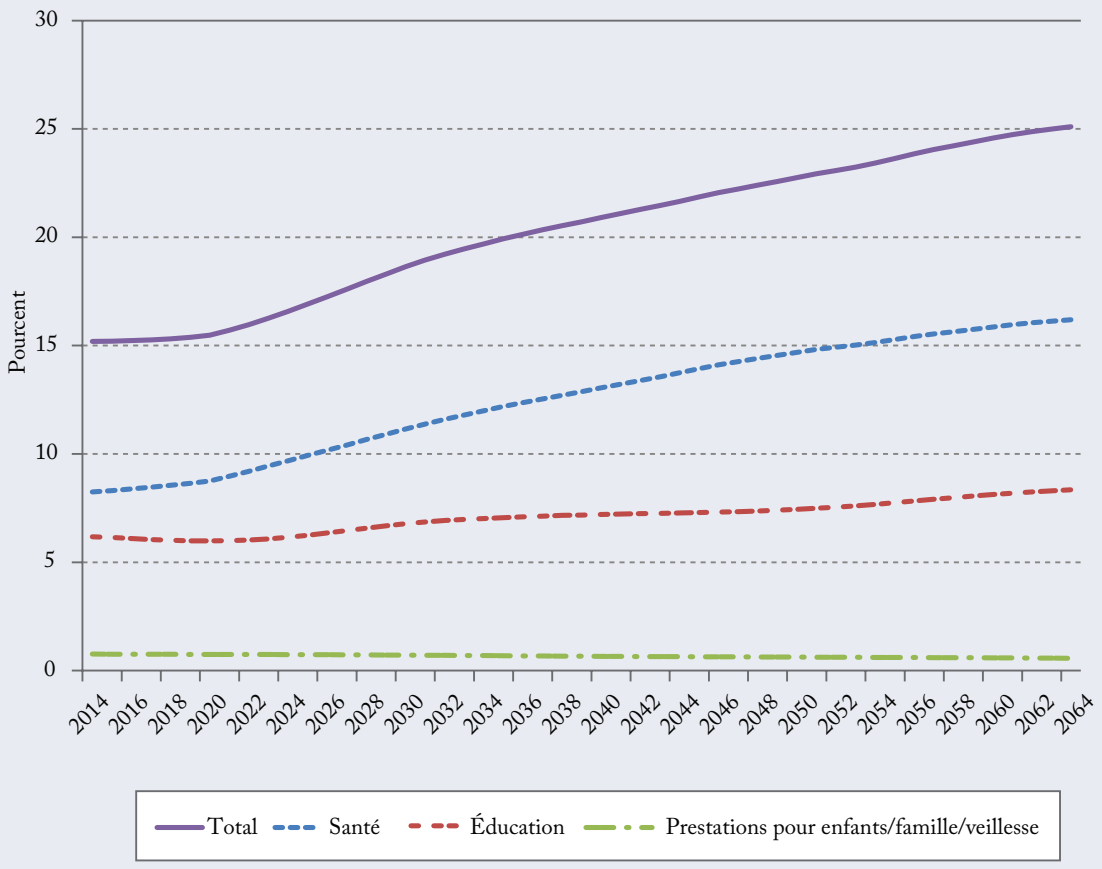
Éducation : les dépenses provinciales/locales sur les études primaires et secondaires pendant l'année de base sont calculées au moyen de données provenant des Indicateurs sommaires des écoles primaires et secondaires pour le Canada, les provinces et les territoires, 2005-2006 à 2009-2010 de Statistique Canada. Les dépenses sur les études postsecondaires pendant l'année de base proviennent de Statistique Canada (CANSIM, tableau 385-0001). Les dépenses provinciales sur les élèves du primaire et du secondaire sont déterminées par les populations provinciales âgées respectivement de 4 à 17 ans et de 18 à 24 ans. Nous multiplions ces populations par nos indices d'intensité des services. La population âgée de moins de 17 ans permet de déterminer la Subvention canadienne pour l'épargne-études, tandis que la population âgée de 18 à 24 ans et l'intensité des services déterminent les subventions fédérales accordées aux étudiants postsecondaires. Nous les multiplions par un indice non variable d'intensité des transferts.

Prestations pour les personnes âgées : les dépenses fédérales pour l'année de base proviennent des comptes publics. Les prestations provinciales pour l'année de base sont tirées de la Base de données et Modèle de simulation de politiques sociales (BD/MSPS), version 21.0, de Statistique Canada (la responsabilité associée à l'utilisation et à l'interprétation revient aux auteurs). Comme nous venons de le noter, les paiements provinciaux prennent pour hypothèse les mêmes indices d'échéancier des services ou d'intensité des transferts pour les populations provinciales âgées.

Prestations pour enfants et familles : les dépenses relatives à la Prestation fédérale universelle pour la garde d'enfants varient selon la population nationale d'enfants de 5 ans et moins; les dépenses relatives à d'autres prestations pour enfants varient selon la population pertinente, jusqu'à l'âge de 17 ans. Nous prenons pour hypothèse des indices non variables d'intensité des transferts. Bien qu'elles soient indexées en fonction de l'inflation, les prestations familiales fédérales versées par l'entremise du système d'impôt sont fondées sur le revenu; par conséquent, toute croissance du revenu réel réduit leur valeur réelle. Les simulations de la BD/MSPS indiquent que dans les scénarios modélisés ici, ces caractéristiques compensatoires ne modifient pas les dépenses nominales moyennes par enfant, hypothèse qui a également été envisagée pour les programmes provinciaux, dont l'importance est généralement bien moindre.

* Pour de plus amples détails sur les méthodes utilisés et la terminologie, voir Robson (2002) et Drummond et Burleton (2010).

Figure 2 : Programmes québécois sensibles aux données démographiques en proportion du PIB, 2014-2064



Source : calculs des auteurs présentés dans le texte.

des recettes fiscales moyennes de la province à partir de leur niveau actuel au rendement des obligations provinciales à long terme,[3] on voit que les passifs implicites de la province s'élèvent à 807 milliards de dollars, dont la quasi-totalité (685 milliards de dollars ou 85 %) concerne les soins de santé (voir le tableau 1).[4]

3 Cette étude utilise un taux d'actualisation nominal de 3,5 pourcent pour actualiser les coûts nominaux futurs.

4 Comme nous l'expliquons dans l'encadré 1, l'intensité de main-d'œuvre des services de santé (et d'éducation) justifie dans une certaine mesure l'établissement d'un lien entre l'intensité des services et la productivité de l'économie. L'hypothèse que les deux augmentent de front est clairement essentielle pour nos résultats de référence. Si le Québec parvenait à restreindre la croissance de l'intensité des services à 0,7 % par an, au lieu du 1,2 % prévu par notre hypothèse, les dépenses sensibles aux données démographiques atteindraient 22,3 % du PIB en 2064 et le passif non capitalisé s'élèverait à 668 milliards de dollars. Toutefois, historiquement, la croissance de l'intensité des services a eu tendance à dépasser celle de la productivité; si elle augmentait de 0,5 %, à 1,7 % par an, les dépenses sensibles aux données démographiques atteindraient 31,1 % du PIB en 2064 et le passif non capitalisé s'élèverait à 1,3 milliards de dollars.

Tableau 1 : Les obligations implicites du Québec dans un contexte national

Programmes sensibles aux données démographiques							
Région	**Santé**	**Éducation**	**Prestations pour les personnes âgées**	**Prestations pour les enfants/les familles**	**Tous les programmes**	**Tous les programmes en proportion du PIB (2014)**	**Tous les programmes par personne**
	milliards de dollars					*pourcent*	*$*
C.-B.	383,6	18,3	0,7	-1,2	401,4	171	87 029
AB	580,1	108,3	16,5	-0,6	704,3	204	171 999
SK	79,3	30,5	0,5	–	110,3	130	99 069
MB	90,6	27,4	0,0	0,0	118,0	189	92 775
ON	1 194,2	194,0	1,5	-6,4	1 383,3	195	101 265
QC	**681,9**	**139,6**	–	**-14,7**	**806,8**	**218**	**98 373**
N.-B.	67,7	8,3	0,0	0,0	76,0	233	100 678
N.-É.	89,1	9,3	–	0,0	98,4	247	104 814
I.P.-E.	13,0	2,5	–	–	15,5	263	106 538
T.-N.-L.	65,1	7,4	0,0	0,9	73,4	201	140 209
YT	9,0	1,0	–	–	10,0	387	274 687
T.N.-O.	13,9	2,8	–	–	16,7	370	380 070
NU	13,9	3,1	–	–	17,0	681	464 111
Provincial	3 244,6	545,6	19,2	-22,0	3 787,4	197	107 200
Gvt fédéral	0,0	-12,1	461,0	-21,1	427,8	22	12 100
Canada	3 281,4	540,4	480,2	-43,1	4 258,9	220	120 200

Source : calculs des auteurs présentés dans le texte.

Autrement dit, pour couvrir le coût additionnel de ces programmes sur 50 ans, la province aurait besoin d'environ 800 milliards de dollars en actifs génerant des revenus au même rythme que ses obligations à long terme. Ce chiffre représente presque 220 % du PIB, soit près de 100 000 $ par Québécois.

Pressions politiques et réactions

Un écart de financement aussi énorme laisse entendre une hausse massive de l'imposition provinciale, renforçant du même coup le cas en faveur des améliorations continues d'optimisation des ressources au sein du système de santé du Québec. De simples compressions à la rémunération des prestataires de services gouvernementaux ne suffira pas à neutraliser des pressions aussi importantes. Donc, quelles autres mesures seraient logiques?

Le faux espoir d'un sauvetage fédéral

Un thème qui revient régulièrement dans les discussions sur les pressions budgétaires qui affectent les provinces canadiennes est le rôle que pourrait jouer le gouvernement fédéral pour les aider, rôle souvent mentionné lorsque ces discussions émanent des premiers ministres et des autres fonctionnaires provinciaux.

Cette prescription est suspecte en principe. Les provinces et les territoires taxent essentiellement les mêmes assiettes de revenus qu'Ottawa, à savoir les revenus personnels, les profits des entreprises et les dépenses de consommation. Une grande partie de l'argent déjà transféré aux provinces par le gouvernement fédéral reflète simplement les différences dans la mesure où les deux ordres de gouvernement imposent ces assiettes, ce qui est une question d'histoire et de politique et non de logique ou d'économie. Si le gouvernement fédéral augmentait davantage ses transferts, le déséquilibre budgétaire, c'est-à-dire la mesure dans laquelle Ottawa est une machine d'imposition et de transfert qui fournit aux provinces les revenus qu'elles pourraient accumuler elles-mêmes pour s'acquitter de leurs fonctions constitutionnelles, deviendrait de plus en plus important. Comme les Canadiens des autres provinces, les Québécois seront en meilleure position pour rendre leur gouvernement provincial imputable de la prestation de soins de santé publics au Québec si la province recueille une plus grande partie des fonds nécessaires elle-même, et si elle le fait de façon visible.

L'appât de fonds fédéraux plus importants peut également faire l'objet d'une objection pratique. En dépit des plaintes des premiers ministres provinciaux, les principaux programmes de transfert du gouvernement fédéral, soit principalement le Transfert canadien en matière de santé, le Transfert canadien en matière de programmes sociaux, et la péréquation, ont augmenté considérablement au cours des quinze dernières années. En termes de dollars, ils ont plus que triplé depuis la fin des compressions fédérales en 1997-1998 : ils ont augmenté par rapport à l'économie et même encore plus par rapport à d'autres programmes du gouvernement fédéral.

Les transferts d'argent d'Ottawa au Québec ont presque triplé pendant cette période. Si une augmentation des transferts fédéraux était la réponse aux malheurs budgétaires de la province, cet argent aurait dû améliorer sa situation. Et pourtant, les déficits provinciaux globaux sont plus importants aujourd'hui qu'ils ne l'étaient après les restrictions fédérales de la fin des années 1990.

En fait, les transferts fédéraux d'argent vers le Québec s'établissaient à 6,5 milliards de dollars en 1997-1998 et le déficit provincial se situait à 2,1 milliards de dollars. En 2013-2014, les transferts fédéraux atteignaient 18,8 milliards de dollars, soit près du triple, et pourtant le déficit provincial a augmenté de quelque 50 %, passant à 3,1 milliards de dollars. Une interprétation raisonnable de cette expérience serait que les provinces ont réagi aux augmentations des transferts du gouvernement fédéral principalement en augmentant leurs dépenses, plutôt qu'en adoptant des réformes qui leur permettraient d'en avoir plus pour leur argent dans le cadre des services, y compris les soins de santé, à long terme.

Dans le cas du Québec, tout espoir de bénéficier d'augmentations substantielles des transferts fédéraux est particulièrement illusoire, tout simplement parce que la province est trop grosse pour un sauvetage à grande échelle. Comme l'indique un examen de nos résultats pour l'ensemble du pays présentés dans le tableau 1, des pressions similaires et parfois pires affecteront les autres provinces. Puisque toute hausse des transferts fédéraux nets vers le Québec serait faite au détriment des autres provinces, il est difficile de considérer cette option comme étant attrayante sur le plan économique ou politique. La pression imposée par les dépenses de santé sur les autres programmes et les impôts est un problème auquel le Québec devrait s'attaquer tout seul.

Le cas en faveur du préfinancement

Une façon d'atténuer les répercussions des augmentations de coûts dans certains services de santé serait de suivre l'exemple des réformes apportées à la fin des années 1990 à la Régie des rentes du Québec (RRQ), qui ont permis de la convertir d'un régime financé « par répartition » à un régime dans lequel une partie des primes recueillies aujourd'hui permettra de préfinancer les besoins futurs de ces mêmes participants. Parce que le Québec est depuis parvenu à modifier la RRQ afin de faire face aux développements économiques et démographiques défavorables, cette approche pourrait être encore plus attrayante du fait qu'elle a permis de faire face au stress économique au fil du temps.

De plus, certains régimes de médicaments et services de soins de longue durée sont semblables aux programmes de sécurité sociale dans le sens qu'il est possible pour la population de s'y préparer en accumulant un fonds de prévoyance pendant les premières années. Comme l'a recommandé la Commission Clair il y a plus d'une décennie en matière de soins de longue durée (Québec 2000), le Québec pourrait préfinancer de façon sélective certains programmes financés en mode « par répartition », afin que les « baby-boomers » puissent participer davantage aux coûts qui pèseraient autrement sur les épaules d'un nombre déclinant de leurs enfants et petits-enfants. Le préfinancement n'est pas approprié pour tous les programmes pour lesquels des augmentations de coûts sont à prévoir, mais il peut répartir de façon plus équitable les augmentations d'impôt nécessaires pour les services de santé qui, comme les pensions, sont en fonction de l'âge.[5]

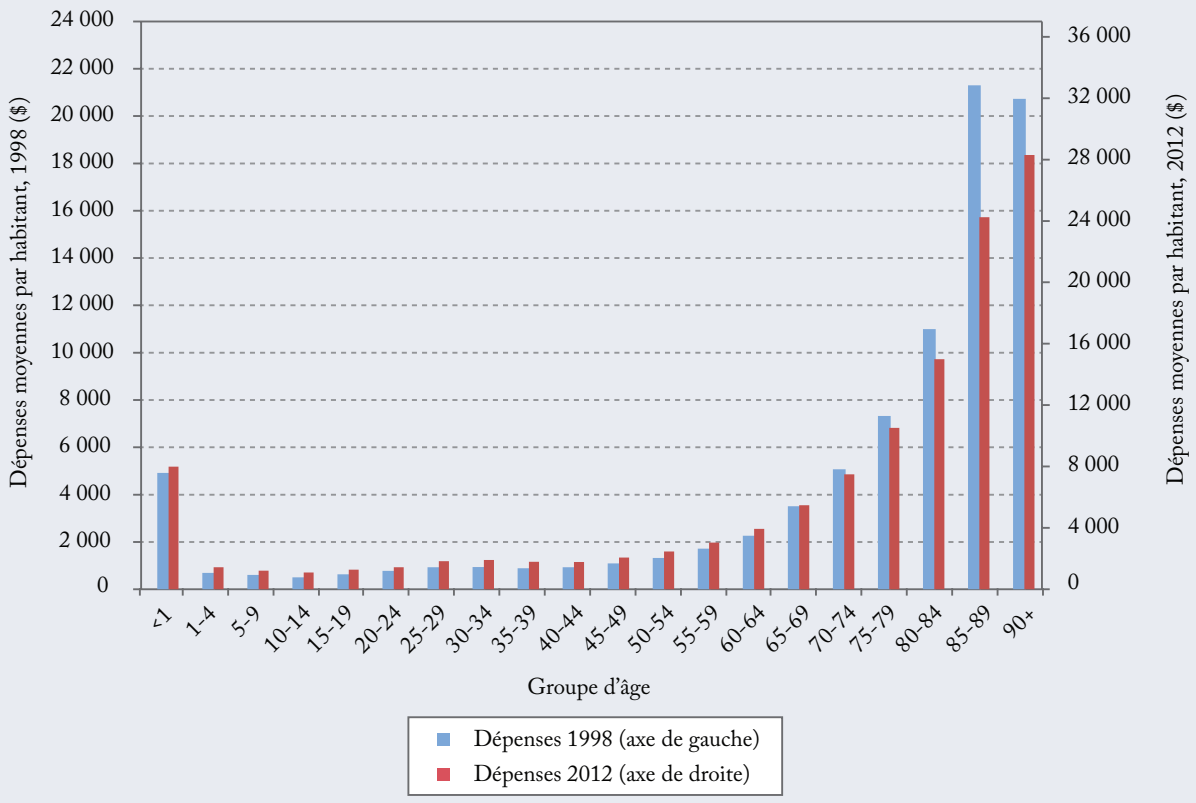
Réduction de la sensibilité des dépenses de santé au vieillissement

Contrairement aux pensions, qui constituent une promesse de verser une certaine somme d'argent, les soins de santé promettent des services, dont le coût et la qualité changent avec le temps. Le camp qui affirme que le vieillissement en lui-même n'est pas un problème important a eu tendance à souligner le fait que certains facteurs qui créent une corrélation aussi étroite entre les dépenses de santé par tête et l'âge, par exemple les taux d'hospitalisation élevés ou l'usage de certains médicaments, peuvent changer avec le temps (Evans et al. 2001). Dans la mesure où les dépenses de santé sont associées à la période de fin de la vie, la tendance à vivre plus longtemps et plus en santé pourrait signifier que les Québécois de l'avenir subiront des coûts de soins de santé qui seront inévitablement plus élevés à un âge plus tardif, ce qui retarderait les effets démographiques de notre modèle.

Il est évident que le sujet n'est pas simple. Comme le fait remarquer Felder (2013), les décisions de dépenses sont au moins partiellement motivées par l'espérance de vie du patient, et il est donc possible qu'une population

5 Robson (2002) et Stabile et Greenblatt (2010) expliquent cette idée pour d'autres provinces et d'autres programmes. Busby et Robson (2011) examinent en plus de détail le mécanisme de préfinancement.

Figure 3: Dépenses de santé moyennes par habitant, par groupe d'âge, Québec, 1998 et 2012



Remarque : les axes verticaux présentent les dollars nominaux à des fins de transparence; il s'agit en fait des montants réels fournis par l'ICIS. Nous aurions pu utiliser les dollars constants de l'une ou l'autre année, ou même de n'importe quelle année, ou encore des indices, car cette figure se concentre sur la distribution relative des dépenses de santé par âge pour ces deux années. Pour faciliter la comparaison entre les profils des dépenses par âge, nous avons défini les échelles verticales de façon à ce qu'environ la moitié des barres pour chaque année soient plus hautes (ou plus basses) que leurs homologues de l'autre année.

Source : ICIS (2014).

qui vit plus longtemps et plus en santé encourage une augmentation des dépenses sur les « jeunes personnes âgées ». Étant donné la difficulté de porter des jugements solides dans ce domaine, nous devons examiner ce qui s'est réellement passé dans le profil des dépenses de santé provinciales en fonction de l'âge au Québec, depuis les premières données fournies par l'ICIS en 1998.

Une comparaison entre les premières données de l'ICIS sur le Québec, en 1998, au profil pour 2012 (figure 3) révèle que les montants par tête relatifs consacrés au groupe le plus âgé (80 ans ou plus) ont chuté au cours de ces 13 années. Si l'on avait prévu en 1998 les répercussions de la démographie sur les dépenses de santé du Québec en 2012, on aurait suretimé les coûts totaux.

Tableau 2 : Dépenses de santé réelles par habitant par utilisation des fonds, Québec par rapport aux autres provinces

Région	Hôpitaux	Autres institutions	Médecins	Autres professionnels	Mé-dica-ments	Immo-bilisa-tions	Santé publique	Admin-istration	Autres dépenses de santé	Total
	dépenses par habitant 2012 (en dollars de 2014)									
C.-B.	1 745	218	901	39	227	184	379	46	285	4 024
AB	2 101	395	952	59	341	217	265	39	178	4 546
SK	1 706	618	874	32	308	226	425	47	305	4 541
MB	1 950	638	832	28	271	234	292	47	363	4 654
ON	1 457	405	953	32	343	169	264	32	171	3 826
QC	**1 409**	**537**	**707**	**29**	**321**	**289**	**117**	**48**	**160**	**3 617**
N.-B.	1 993	549	813	9	277	267	174	41	274	4 399
N.-É.	1 790	681	813	14	300	334	119	105	182	4 340
I.P.-E.	1 907	551	694	18	270	566	232	114	214	4 566
T.-N.-L.	2 350	781	867	21	299	359	189	72	364	5 302
CAN	1 627	446	876	34	316	222	245	44	203	4 013
10 = plus faibles dépenses										
Rang du Québec	10	7	9	5	3	4	10	4	10	10

Remarque : les chiffres sur les dépenses pour 2012 sont convertis en dollars de 2014 en utilisant l'indice implicite des prix des dépenses actuelles du gouvernement de l'ICIS. La catégorie « Autres professionnels » comprend les soins de santé administrés principalement par les professionnels de l'art dentaire et des soins de la vue; « Autres institutions » inclut les maisons de soins infirmiers et les établissements de soins résidentiels; « Santé publique » inclut les dépenses relatives à des éléments comme la sécurité des aliments et des médicaments, les inspections sanitaires, les activités de promotion de la santé, les programmes communautaires de santé mentale, les services infirmiers de santé publique, la prévention de la propagation des maladies et la promotion de la santé.

Source : Institut canadien d'information sur la santé. 2014

Un volet de la prestation de soins de santé au Québec est particulièrement sensible à la pression du vieillissement sur les coûts : on parle des soins de longue durée pour les personnes âgées. Bien plus que la moitié de la population aura besoin de soins continus à un moment quelconque de sa vie, chiffre qui passe à près des trois quarts après l'âge de 65 ans. Toutefois, les citoyens pensent à tort que les gouvernements couvriront la majorité des coûts de leurs soins futurs de longue durée. C'est parce que les subventions publiques accordées aux soins de longue durée dans les établissements ou à domicile sont généralement opaques ou mal comprises. L'ambiguïté des responsabilités publiques-privées actuelles pour le financement des soins de longue durée amenuise l'épargne privée et impose des pressions au domaine public pour combler la différence.

Toutefois, un rôle public accru dans ce domaine ferait augmenter les préoccupations relatives à l'équité entre les générations : c'est pourquoi les autorités provinciales doivent définir clairement jusqu'où elles couvriront les coûts futurs. Pour minimiser le lien entre les dépenses de santé publique et le vieillissement, les subventions publiques pour les soins de longue durée doivent s'adresser à ceux qui n'ont pas les moyens de les payer. En même temps, le gouvernement devrait exiger que ceux qui en ont les moyens absorbent une part significative des

Tableau 3 : Taux de croissance annuel des dépenses réelles par tête (1991-2013), Québec par rapport aux autres provinces.

Région	Hôpitaux	Autres institutions	Médecins	Autres professionnels	Mé-dica-ments	Immo-bilisa-tions	Santé publique	Admin-istration	Autres dépenses de santé	Total
	taux de croissance annuel des dépenses réelles par habitant (pourcent)									
C.-B.	1,7	-2,1	1,3	-1,9	2,4	3,0	6,6	-1,7	4,3	1,7
AB	1,5	3,1	2,3	-3,5	4,1	2,8	2,7	0,4	0,9	1,9
SK	1,2	1,3	2,8	-3,5	2,6	-1,7	4,3	0,8	4,7	1,7
MB	1,2	2,0	3,3	-0,6	5,6	3,2	4,6	0,5	4,1	2,3
ON	0,6	2,3	1,4	-0,1	4,0	4,6	5,5	0,0	1,3	1,6
QC	**1,0**	**1,3**	**2,7**	**-1,6**	**4,4**	**5,8**	**1,4**	**-1,3**	**1,6**	**1,8**
N.-B.	1,6	3,5	2,8	-2,8	2,7	-0,8	4,0	0,2	6,1	2,2
N.-É.	0,8	6,3	3,5	-4,4	3,0	4,3	2,3	5,7	6,4	2,5
I.P.-E.	2,1	2,5	3,0	-1,7	5,5	7,9	3,9	5,8	6,1	3,0
T.-N.-L.	2,3	3,7	4,1	0,6	4,7	10,5	4,9	2,8	7,4	3,5
CAN	1,1	1,6	2,0	-1,4	3,9	4,0	4,4	-0,3	2,5	1,8
10 = plus faible taux										
Rang du Québec	8	9	7	4	4	3	10	9	8	7

Remarques : le taux de croissance est calculé en tant que taux annuel composé provenant de moyennes des dépenses sur trois ans entre 1991 et 2013, où l'inflation de ces dépenses a été calculée en utilisant l'indice implicite de l'ICIS des prix des dépenses actuelles du gouvernement. La catégorie « Autres professionnels » comprend les soins de santé administrés principalement par les professionnels de l'art dentaire et des soins de la vue; « Autres institutions » inclut les maisons de soins infirmiers et les établissements de soins résidentiels; « Santé publique » inclut les dépenses relatives à des éléments comme la sécurité des aliments et des médicaments, les inspections sanitaires, les activités de promotion de la santé, les programmes communautaires de santé mentale, les services infirmiers de santé publique, la prévention de la propagation des maladies et la promotion de la santé.

Source : Institut canadien d'information sur la santé. 2014

coûts. Cela signifie d'établir les subventions gouvernementales et d'en faire la publicité clairement afin que les options privées (hausse de l'épargne et de l'assurance) augmentent afin de compléter les subventions publiques (Blomqvist et Busby 2014).

Réformes accessibles et évaluation des meilleures pratiques

Où le Québec pourrait-il regarder dans sa recherche pour l'optimisation des investissements dans les soins de santé? Parmi les domaines identifiés comme étant prometteurs par les experts, on peut citer :

- une meilleure intégration des soins de suivi pour les patients après leur congé de l'hôpital;
- l'établissement et l'utilisation plus large des dossiers médicaux électroniques auxquels les patients et leurs agents peuvent accéder à partir de différents endroits;

- un effort renouvelé et déterminé de réforme des soins primaires, avec le financement d'équipes de soins primaires grâce à un système de capitation mixte qui encourage la mobilité des patients (Forget 2014);
- des changements apportés à l'étendue des services qui permettraient à certaines spécialisations, comme les pharmaciens et les infirmières praticiennes, de fournir des services qui sont fournis aujourd'hui par des moyens plus coûteux;
- un plus grand recours aux données probantes économiques et cliniques afin de réduire les différences relatives aux diagnostics et à l'utilisation des traitements; et
- encouragment des patients à se responsabiliser face à leur propre santé et à s'en occuper.

Si l'on se tourne vers différents moyens de prestations, on voit que les provinces canadiennes présentent d'importantes différences en matière de dépenses dans des catégories majeures, ce qui pourrait ouvrir de nouvelles perspectives. Le Québec dépense moins que toute autre province sur le total des soins de santé et en particulier sur les médecins et la « santé publique », ce qui comprend la sécurité des aliments et des médicaments, les inspections sanitaires, les activités de promotion de la santé et les programmes communautaires de santé mentale (tableau 2 et tableau 3). À l'opposé, le Québec dépense davantage – et augmente plus rapidement ses dépenses – sur les « autres institutions », ce qui inclut les maisons de soins infirmiers et les maisons de soins résidentiels.

Ces différences en matière de dépenses sont significatives. Si les coûts associés aux maisons de soins infirmiers et les maisons de soins résidentiels étaient harmonisés avec la moyenne nationale, par exemple, les dépenses du Québec seraient réduites de quelque 750 millions de dollars par an. Toutefois, les dépenses de santé globales relativement peu élevées du Québec révèle sans doute l'accent mis sur les soins en établissements autres que les hôpitaux plus coûteux. Un examen plus formel des coûts et des avantages des différents modes de prestation au Québec comparativement aux autres provinces serait utile pour fournir aux Québécois un meilleur rendement pour leurs dépenses de santé.

Mot de la fin

La situation démographique du Québec, associée à une tendance historique qui a connu des augmentations annuelles importantes des dépenses de santé, signifie que la province doit continuer à mettre l'accent sur les gains d'efficacité lors de la prestation des soins et des innovations en matière de financement. En dépit des compressions récentes, les changements démographiques feront pression sur le budget du Québec au cours des décennies à venir. La trajectoire historique suggère une hausse importante des taux d'imposition de la province avec le temps. Elle suggère également que le passif implicite relativement aux dépenses de programmes sensibles aux changements démographiques est beaucoup plus importante que la taille de la dette provinciale qui reçoit tant d'attention. Face à ce défi, un préfinancement sélectif et une analyse comparative avec d'autres provinces pourraient aider le Québec à fournir des soins de santé de qualité dans un cadre budgétaire durable pour les années à venir.

Références

Barer, M.L., R.G. Evans and C. Hertzman. 1995. "Avalanche or Glacier? Health Care and the Demographic Rhetoric." *Canadian Journal on Aging* 14(2): 193-224.

Brown, Robert, and Uma Suresh. 2004. "Further Analysis of Future Canadian Healthcare Costs." *North American Actuarial Journal* 8(2). April.

Blomqvist, Ake, and Colin Busby. 2014. *Paying for the Boomers: Long-Term Care and Intergenerational Equity*. Commentary 415. Toronto: C.D. Howe Institute. September.

Busby, Colin, and William B.P. Robson. 2011. *A Social Insurance Model for Pharmacare: Ontario's Options for a More Sustainable, Cost Effective Drug Program*. Commentary 326. Toronto: C.D. Howe Institute. April.

Busby, Colin, and Jonathan Pedde. 2014. *Should Public Drug Plans be Based on Age or Income?* Commentary. Toronto: C.D. Howe Institute. November.

Canadian Institute for Health Information (CIHI). 2014. *National Health Expenditure Trends, 1975-2014*. Ottawa.

Drummond, Don, and Derek Burleton. 2010. "Charting a Path for Sustainable Healthcare In Ontario: 10 Proposals to Restrain Costs Without Compromising Quality of Care." TD Economics Special Report. Toronto: TD Bank Financial Group. May.

Emery, J.C. Herbert, David Still and Tom Cottrell. 2012. "Can We Avoid a Sick Fiscal Future? The Non-Sustainability of Health-Care Spending with an Aging Population." SPP Research Papers, Vol. 5, No. 31. October.

Evans, Robert G., Kimberlyn M. McGrail, Steven G. Morgan, Morris L. Barer, and Clyde Hertzman. 2001. "Apocalypse No: Population Aging and the Future of Health Care Systems." *Canadian Journal on Aging*, 20 (suppl. 1).

Felder, Stephan. 2013. "The Impact of Demographic Change on Healthcare Expenditure." *CESifo DICE Report 1/2013: Managing the Healthcare System*. Spring

Forget, Claude. 2014. *The Case of the Vanishing Quebec Physicians: How to Improve Access to Care*. Commentary 410. Toronto: C.D. Howe Institute. May.

Laurin, Alexandre. 2012. "Tuer la poule aux oeufs d'or : Les impacts des hausses d'impôt proposées au Québec." E-Brief. Toronto: C.D. Howe Institute. 2 October.

Office of the Chief Actuary. 2012. *Actuarial Report (11th) on the Old Age Security Program, as at 31 December 2009*. Ottawa: Office of the Superintendent of Financial Institutions.

Quebec, Commission d'etude sur les services de santé et les services sociaux. 2000. *Emerging Solutions: Report and Recommendations*. Quebec City.

Quebec. 2012. "Budget at a Glance 2012." Quebec City: Quebec.

Robson, William. 2002. *Saving for Health: Pre-Funding Health Care for an Older Canada*. Commentary 170. Toronto: C.D. Howe Institute. October.

_____. 2007. "Time and Money: The Challenge of Demographic Change and Government Finances in Canada." Backgrounder 109. Toronto: C.D. Howe Institute. December.

_____. 2010. "The Glacier Grinds Closer: How Demographics Will Change Canada's Fiscal Landscape." E-Brief. Toronto: C.D. Howe Institute. January.

Stabile, Mark, and Jacqueline Greenblatt. 2010. "Providing Pharmacare for an Aging Population: Is Prefunding the Solution?" IRPP Study 2. Montreal. February.

Statistics Canada. 2011. *Summary of Public School Indicators for the Provinces and Territories, 2005/06 to 2009/10*. Culture, Tourism and the Centre for Education Statistics: Research Papers. Cat no. 81-595-MWE2011095. Ottawa: Statistics Canada. November.

Le présent cyberbulletin est une publication de l'Institut C.D. Howe.

Colin Busby est analyste de politiques principal à l'Institut C.D. Howe.

William B.P. Robson est président et directeur général de l'Institut C.D. Howe.

Aaron Jacobs est stagiaire de recherche à l'Institut C.D. Howe.

Ce cyberbulletin est disponible à www.cdhowe.org.

Il est permis de reproduire ce texte, à condition que son contenu ne soit pas modifié et que la référence soit indiquée comme il se doit.