



7 février 2013

POLITIQUES DE LA SANTÉ

La gestion des coûts des soins de santé pour une population vieillissante : le défi fiscal que le Québec n'a pas encore relevé

De Colin Busby et William B.P. Robson

« Le budget de la santé continuera de croître à un rythme de 4,8 % par année. [...] [L]es cibles de croissance des dépenses de programmes sont établies à 1,8 % pour 2013-2014.... » *Discours Sur Le Budget, Budget du Québec 2013-2014* (pp. 8 et 23).

Le contraste entre la croissance rapide des dépenses de santé et l'accent général mis sur les restrictions dans le budget 2013 du Québec est le symbole d'une énorme tension continue. Depuis des années, un débat fait rage concernant les conséquences fiscales des changements démographiques; il s'agit en particulier de déterminer si la prestation de soins de santé financés par le secteur public à une population vieillissante imposera des stress financiers aux gouvernements. Un camp souligne le fait qu'en lui-même, le vieillissement ajoute au plus 1 pour cent aux augmentations annuelles des soins de santé et soutient qu'il ne crée aucun sentiment d'urgence relatif aux réformes des traitements ou du financement (Barer et al. 1995; Evans et al. 2001). Si les taxes peuvent augmenter et s'il est possible de restreindre les coûts en limitant la rémunération des prestataires, le système est aussi viable que nous voulons qu'il soit.

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 très reconnaissants à Alexandre Laurin pour le calcul des coûts associés aux programmes, et nous remercions Don Drummond, Herb Emery, Livio Di Matteo, Seamus Hogan, Al O'Brien, Paul Kershaw, Stuart Langdon, Mel McMillan, Kevin Milligan, John Richards, un critique anonyme, nos collègues de l'Institut C.D. Howe et les membres du conseil de compétitivité fiscale et du conseil de politique en santé de l'Institut C.D. Howe pour leurs commentaires sur les versions précédentes. Nous assumons la responsabilité des conclusions et de toute erreur, le cas échéant.

L'autre camp a souligné le fait qu'un pour cent par an est en fait un chiffre important lorsqu'il est composé sur de nombreuses années; de plus, le vieillissement ralentira la croissance de l'assiette fiscale, ce qui pourrait entraver d'autres priorités gouvernementales, comme d'autres programmes majeurs, des taux d'imposition raisonnables et le contrôle de la dette (Robson 2001, 2007, 2010; Drummond et Burleton 2010; Dodge et Dion 2011; et Emery et al. 2012). Les glaciers se déplacent lentement, et pourtant ils transforment le paysage : ce point de vue a tendance à considérer que le système actuel n'est pas viable – que l'évitement d'une collision douloureuse entre les priorités fiscales clés nécessite que des changements fondamentaux soient apportés au financement et à la prestation des soins de santé.

Pendant que le débat faisait rage, le coût des soins de santé financés par le secteur public au Québec a augmenté, passant de 7,2 % du produit intérieur brut (PIB) provincial en 1991 à environ 8,3 % en 2012. En même temps, ils sont passés de 33 % des dépenses de programmes du gouvernement provincial à environ 46 % en 2012, et sa proportion des recettes gouvernementales propres (autrement dit, les recettes tirées de l'impôt provincial et des autres sources contrôlées par la province plutôt que de fonds transférés par Ottawa) a également augmenté, passant de 41 % à environ 55 %.

Quelles que soient les répercussions précises du vieillissement et ses interactions avec les changements en matière de traitement, la ponction des soins de santé financés par le secteur public sur les ressources québécoises a augmenté. La citation ci-dessus tirée du discours sur le budget illustre la pression à la hausse provenant des dépenses de santé, dans une période de restrictions générales. Dans quelle mesure la démographie imposera-t-elle des contraintes au budget du Québec à l'avenir?

Les dépenses d'aujourd'hui et la population de demain

Nous en arrivons à cette question en adoptant une approche directe bien connue. Nous prévoyons la population du Québec en utilisant les hypothèses intermédiaires suivantes : un taux de fertilité qui reste stable, à son niveau de 2010; 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 1997 à 2011 de l'immigration internationale nette.

Nous multiplions ensuite la population active potentielle, que nous définissons comme constituée des Québécois âgés de 18 à 64 ans, par un indice de production par travailleur potentiel, qui augmente au taux enregistré par la mesure nationale équivalente de 1997 à 2011, à savoir 1,2 % par an. Cela fournit à notre modèle des prévisions du PIB provincial réel du Québec. Le PIB provincial nominal est le PIB réel multiplié par le même taux d'inflation de 2 % qui, selon nous, prévaut à l'échelle nationale.

Nous tournant ensuite vers le coût des programmes gouvernementaux sensibles aux données démographiques, nous prévoyons les dépenses provinciales de soins de santé pour 20 groupes d'âge de chaque sexe, pour 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 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 données initiales pour les chiffres par personne sont tirées des données de l'Institut canadien d'information sur la santé

(ICIS) pour 2010, ajustées au prorata en fonction des totaux réels récents.¹ 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 (voir l'encadré 1). Nous prenons également pour hypothèse que les coûts augmentent au rythme enregistré par l'indice des prix à la consommation du gouvernement pour l'ensemble du pays de 1997 à 2011, à savoir 2,4 % par an.²

Parce que la démographie touche d'autres programmes provinciaux 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 familiales, multipliés par les populations et les indices de prix pertinents pour prévoir également 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 fiscal potentiel présenté par les soins de santé.

Les perspectives pour le Québec : tendances et passifs implicites

Nos prévisions indiquent que la part du PIB représentée par les dépenses de santé du Québec financées par le secteur public augmentera, passant de 8,3 % cette année à 13,9 % en 2035 et à 17,2 % en 2062. Tenir compte des autres programmes sensibles aux données démographiques ne change pas les contraintes fiscales éventuelles. Le gouvernement peut s'attendre à dépenser une part décroissante du PIB sur les prestations familiales, 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 à forte intensité de 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 15,3 à 25,4 % sur la période qui nous concerne (figure 1). Pour que le Québec puisse répondre à ces besoins à même ses propres sources de revenus, il faudra une augmentation de plus de la moitié de la ponction fiscale prélevée à même les poches des Québécois.

La pression fiscale des coûts de santé croissants a également un volet intergénérationnel : les passifs implicites d'une approche « payez au fur et à mesure », lorsque les coûts d'un programme ne sont pas stables. Comme le souligne la citation du discours sur le budget, le gouvernement québécois ne signale aucune réduction des soins de santé. De surcroît, les propositions de taxes récentes, qui n'apporteront probablement que peu de recettes (Laurin 2012), ont davantage tiré leur source d'inspiration d'enjeux liés à la distribution que d'un besoin général de revenus; le gouvernement québécois ne signale pas non plus d'augmentation des

1 Pour nos prévisions, nous utilisons les dépenses réelles 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 des dépenses pour 2011 semblable aux estimations de l'ICIS, et une augmentation plus importante des dépenses pour 2012. Par rapport aux données de l'ICIS, les dépenses de santé totales au Québec sont de 13 millions de dollars plus élevées en 2012.

2 Pendant cette période, la Banque du Canada visait un taux d'inflation de 2 % et a obtenu une augmentation annuelle moyenne de l'indice des prix à la consommation d'exactement 2 %. L'indice de prix global pour la consommation du gouvernement a augmenté de 2,4 % par an sur la même période. Nous postulons que la même marge sera en vigueur à l'avenir.

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

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

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 en âge de travailler 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 à forte intensité de 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 nos projections 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 soient plutôt des produits des changements démographiques et de la tendance manifestée par l'inflation des coûts dans la consommation du gouvernement à dépasser l'inflation des coûts ailleurs; cette hypothèse est implicite dans nos projections.

Suivent maintenant des explications supplémentaires concernant les projections relatives à des programmes autres que les programmes de santé :

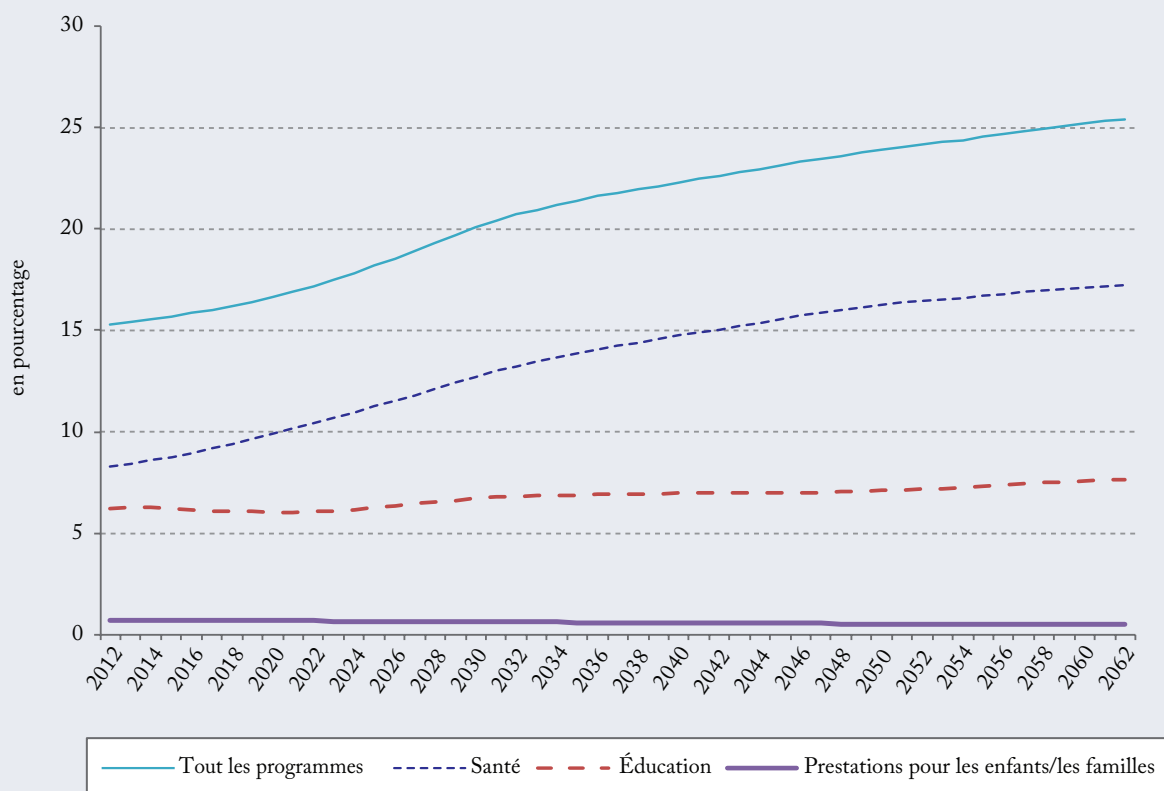
Éducation : les dépenses provinciales/locales sur les études primaires et secondaires pendant l'année de base sont calculées au moyen de données provenant des Indicateurs sommaires des écoles primaires et secondaires pour le Canada, les provinces et les territoires, 2005-2006 à 2009-2010 de Statistique 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. Notre indice d'intensité des transferts pour les prestations fédérales pour les personnes âgées est dérivé des projections des dépenses sur la Sécurité de la vieillesse, le Supplément de revenu garanti et les allocations par personne âgées de 65 ans ou plus, fournies par le Bureau de l'actuaire en chef. Parce que bon nombre de ces programmes dépendent du revenu et que le modèle de l'actuaire en chef prend pour hypothèse que le revenu augmente avec le temps, cet indice a tendance à baisser quelque peu en termes réels.

Prestations familiales : 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 prestations provinciales pour l'année de base sont tirées de la Base de données et Modèle de simulation de politiques sociales (BD/MSPS), version 20.0, de Statistique Canada (la responsabilité associée à l'utilisation et à l'interprétation revient à l'auteur). 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 d'Ottawa, hypothèse qui a également été prise pour les programmes provinciaux, dont l'importance est généralement bien moindre.

* Pour obtenir d'autres renseignements généraux sur la méthodologie et la terminologie utilisées, voir Robson (2002) et Drummond et Burleton (2010).

Figure 1 : Programmes québécois sensibles aux données démographiques en proportion du PIB, 2012-2062



Source : calculs des auteurs présentés dans le texte.

taux d'imposition globaux. Ces ententes politiques, 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 que 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.³

Une façon de quantifier ce passif consiste à calculer la valeur actuelle des changements des demandes de ces programmes sur le PIB au cours du prochain demi-siècle, ce qui correspond approximativement à l'espérance de vie moyenne du Québécois moyen. En actualisant l'augmentation cumulative des recettes fiscales moyennes de la province à partir de leur niveau actuel au rendement des obligations d'État à long terme, on voit que les passifs implicites de la province s'élèvent à 829 milliards de dollars, dont la quasi-totalité (768 milliards de

3 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.

dollars) concerne les soins de santé (voir le tableau 1).^{4,5} Autrement dit, pour couvrir les coûts supplémentaires de ces programmes, la province aurait besoin d'actifs d'une valeur d'environ 830 milliards de dollars ayant le même rendement que les obligations provinciales à long terme. Ce chiffre est plus du double du PIB provincial et correspond à environ 103 000 \$ par Québécois.

Pressions politiques et réactions

Selon nous, l'ampleur de cet écart de financement et la perspective d'une augmentation aussi massive des impôts provinciaux justifient le maintien d'améliorations en vue de l'optimisation des ressources dans le système de santé du Québec.

Historiquement, les transferts nets plus élevés provenant du gouvernement fédéral ont semblé être une façon attrayante d'échapper à la pression fiscale. Toutefois, les résultats présentés dans le tableau 1 laissent entendre que ces pressions seront ressenties ailleurs. D'ailleurs, le fait que le rapport entre les passifs implicites et le PIB est plus élevé dans certaines provinces rend peu probables les transferts fédéraux nets plus élevés. De surcroît, une simple compression de la compensation des prestataires de services gouvernementaux ne suffira pas à neutraliser des pressions aussi importantes. Quelles autres mesures seraient logiques?

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 « payez au fur et à mesure » à un régime dans lequel une partie des primes recueillies aujourd'hui permettra de préfinancer les prestations qui seront versées à ces mêmes participants à l'avenir. 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 au fil du temps.

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 19,7 % du PIB en 2062 et le passif non capitalisé s'élèverait à 446 milliards de dollars. Toutefois, historiquement, la croissance de l'intensité des services a eu tendance à dépasser celle de la productivité; si le Québec la laissait augmenter à 0,5 % plus rapidement que la productivité, à 1,7 % par an, les dépenses sensibles aux données démographiques atteindraient 31,9 % du PIB en 2062 et le passif non capitalisé s'élèverait à 1,2 billion de dollars.

5 Ce chiffre dépasse les 675 milliards de dollars calculés dans Robson (2010) principalement en raison du taux d'actualisation moins élevé utilisé dans la présente étude. Nous basons ces calculs sur l'obligation à long terme de l'Ontario parce que les rendements sont facilement disponibles en raison du marché profond et liquide; de plus, il est ainsi possible d'utiliser le même taux d'actualisation pour tous les gouvernements du Canada. Le recours aux rendements des obligations du gouvernement fédéral, qui sont inférieurs à ceux de l'Ontario, générerait des passifs plus élevés, alors que le recours aux rendements spécifiques au Québec générerait des passifs moins élevés.

Tableau 1 : Programmes québécois sensibles aux données démographiques, passifs implicites dans un contexte Canadien

	Santé	Éducation	Prestations pour les personnes âgées	Prestations pour les enfants/les familles	Tous les programmes	Tous les programmes en proportion du PIB (2012)	Tous les programmes par personne
	<i>en milliards de dollars\$</i>					<i>en pourcentage</i>	<i>(\$)</i>
C.-B.	415,2	6,4	0,4	(0,1)	421,9	192	91 474
AB	615,4	65,0	13,6	(0,8)	693,2	227	180 332
SK	82,0	15,3	0,3	-	97,6	131	91 897
MB	100,8	15,4	0,1	(0,1)	116,3	197	92 493
ON	1 398,3	89,8	2,4	(6,3)	1484,2	223	109 920
QC	767,7	79,0	-	(17,3)	829,4	242	103 344
N.-B.	78,2	5,5	0,4	(0,1)	84,0	266	111 745
N.-É.	99,1	2,4	0,2	-	101,7	263	107 713
I.P.-E.	14,0	0,6	-	-	14,5	269	99 244
T.-N.-L.	75,3	4,5	0,9	(0,1)	80,6	240	158 905
YK	9,0	0,6	-	-	9,5	369	263 744
T.N.-O.	12,5	1,4	-	-	13,9	278	321 187
NU	13,8	1,6	-	-	15,4	801	457 690
Totalité des provinces et des territoires	3 681,3	287,3	18,3	(24,6)	3 962,3	222	113 935
Gvt fédéral		(13,5)	424,7	(25)	386,2	22	11 105
CANADA	3 681,3	273,8	443,0	(49,6)	4 348,5	244	125 040

Source : calculs des auteurs présentés dans le texte.

Certains régimes de médicaments et services de soins de longue durée sont semblables aux programmes de bien-être social dans le sens que de nombreuses personnes en auront besoin et peuvent s'y préparer en accumulant un fonds de prévoyance pendant leurs plus jeunes 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 ponctuellement certains programmes de santé, afin que les enfants du baby-boom puissent participer davantage aux coûts qui pèseraient autrement sur les épaules de leurs enfants et de leurs petits-enfants, qui ne feront pas le poids. Le préfinancement n'est pas approprié pour tous les programmes pour lesquels des augmentations de coûts sont à prévoir, mais il peut répartir les augmentations d'impôt nécessaires pour certains services de santé qui, comme les pensions, sont en fonction de l'âge.⁶

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), ce qui pourrait atténuer les effets démographiques dans notre modèle.

Il est possible que le profil des dépenses de santé provinciales en fonction de l'âge pour le Québec ait bénéficié de tels changements. Une comparaison entre les premières données de l'ICIS en 1998 au profil pour 2010 (figure 2) 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. Toutefois, cette inspection n'est pas d'un grand réconfort : à l'opposé, les montants par tête consacrés aux personnes âgées plus jeunes (entre 70 et 79 ans), qui sont plus nombreuses, ont augmenté. Si l'on avait prévu en 1998 les répercussions de la démographie sur les dépenses de santé du Québec en 2010, on aurait légèrement exagéré l'impact du vieillissement.

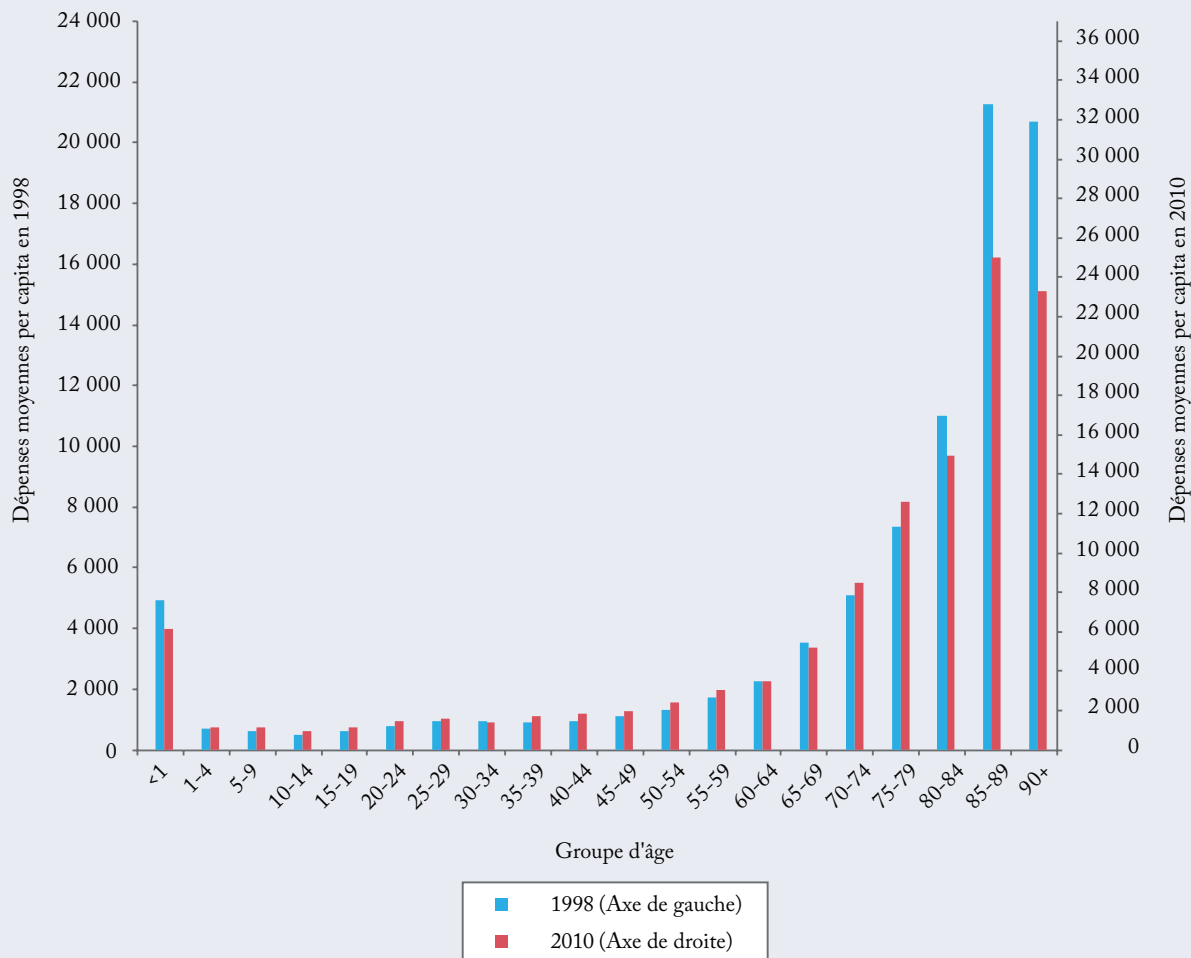
Évaluation des meilleures pratiques

Vers où le Québec pourrait-il se tourner dans sa recherche pour l'optimisation des investissements dans les soins de santé? Parmi les domaines identifiés comme étant prometteurs par les commentateurs, 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 entraînement continu vers les soins primaires fondés sur des équipes qui fournissent des soins non actifs par l'entremise d'un groupe de praticiens coordonnés, comme des médecins, des infirmières, des diététistes et des physiothérapeutes; et
- 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.

6 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 2 : Dépenses de santé moyennes par tête par groupe d'âge, Québec, 1998 et 2010



Remarque : les axes verticaux présentent les dollars historiques à des fins de transparence; ce sont les montants tels que 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 (2012) et calculs des auteurs.

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 les dépenses pour des éléments comme 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). 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 importantes. 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. Le fait que les dépenses de santé globales du Québec sont relativement peu élevées pourrait refléter les avantages globaux d'un accent plus important mis sur les soins prodigués dans les institutions autres que dans les hôpitaux; une enquête plus formelle sur les coûts et les avantages des différents modes de prestation au Québec par rapport aux autres provinces s'avérerait utile pour aider les Québécois à optimiser leurs investissements futurs en matière de soins de santé.

Conclusion

Malgré les dépenses de santé totales relativement peu élevées du Québec, la situation démographique de la province signifie qu'elle doit continuer à se concentrer sur les économies en matière de prestation et les innovations en matière de financement. Le fait que les dépenses de santé résistent tant aux efforts actuels de restrictions fiscales indique que la limitation de l'impact des soins de santé sur les budgets du gouvernement représentera un défi à long terme pour le Québec. La trajectoire actuelle semble indiquer d'importantes augmentations des recettes fiscales totales de la province au fil du temps, et les passifs implicites de la province associés aux programmes sensibles aux données démographiques sont beaucoup plus importants que la dette provinciale qui a fait l'objet de tant d'attention. Face à ce défi, le préfinancement sélectif et l'évaluation par rapport aux provinces qui optimisent mieux leurs ressources dans certains domaines pourraient aider le Québec à fournir des soins de santé de qualité dans un cadre fiscal viable, pendant de nombreuses années.

Tableau 2 : Dépenses de santé réelles par personne, par utilisation des fonds, le Québec par rapport aux autres provinces, 2010

	Hôpitaux	Autres institutions	Médecins	Autres professionnels	Médicaments	Immobilisations	Santé publique	Administration	Autres dépenses de santé	Total
<i>Dollars de 2012</i>										
C.-B.	1 466	245	796	34	213	245	310	33	310	3 652
AB	2 109	403	905	57	323	311	285	60	202	4 655
SK	1 657	638	793	24	301	146	379	27	274	4 239
MB	1 799	595	783	24	250	167	271	45	329	4 264
ON	1 380	389	901	28	344	236	292	34	161	3 765
QC	<u>1 392</u>	<u>531</u>	<u>653</u>	<u>24</u>	<u>316</u>	<u>220</u>	<u>122</u>	<u>59</u>	<u>150</u>	<u>3 468</u>
N.-B.	1 987	515	763	9	266	118	154	53	266	4 130
N.-É.	1 789	624	767	13	344	157	143	98	170	4 105
I.P.-E.	1 787	514	733	20	260	271	230	141	193	4 148
T.-N.-L.	2 352	763	810	16	276	296	171	63	202	4 948
CAN	1 545	436	815	30	310	233	248	47	198	3 861
<i>Taux de croissance annuel réel (de 1991 à 2010) en pourcentage</i>										
C.-B.	1,1	-1,5	1,2	-3,2	2,5	4,4	6,2	-2,4	4,8	1,5
AB	1,2	2,7	2,1	-3,6	4,4	6,3	5,1	3,2	2,2	2,2
SK	1,4	2,0	3,0	-4,2	3,7	-1,4	5,9	-1,1	5,1	2,1
MB	1,5	2,3	3,6	-1,0	6,3	1,6	5,3	0,9	4,7	2,5
ON	0,7	2,6	1,4	-1,3	4,7	6,9	6,9	0,8	1,0	1,9
QC	<u>0,2</u>	<u>5,5</u>	<u>2,0</u>	<u>-3,5</u>	<u>5,2</u>	<u>5,3</u>	<u>3,0</u>	<u>-0,5</u>	<u>4,5</u>	<u>1,9</u>
N.-B.	2,0	3,3	3,1	-3,3	3,4	-0,7	4,6	1,8	6,5	2,6
N.-É.	1,5	6,8	4,1	-4,6	4,6	3,0	3,5	7,1	7,3	3,0
I.P.-E.	1,5	2,1	3,5	-1,5	5,6	7,2	3,7	7,6	5,0	2,7
T.-N.-L.	3,0	5,2	4,4	-2,4	5,4	10,2	5,8	4,1	3,7	4,0
CAN	0,8	2,9	1,9	-2,5	4,5	5,2	5,8	0,4	3,2	2,0
Bleu (en simple souligné): dans le tiers inférieur ; Rouge (en double souligné): dans le tiers supérieur										
Classement des provinces (10 étant le rang le plus bas et 1 le rang le plus haut)										
Dépenses par tête	9	5	10	5	4	6	10	5	10	10
Taux de croissance	10	2	8	7	4	5	10	8	7	9

Remarque : les données pour 2010 sont converties en dollars de 2012 en utilisant l'indice implicite des prix des dépenses actuelles du gouvernement. De plus, comme les calculs de la croissance sont sensibles à l'année de base choisie, nous avons pris la moyenne de trois années autour de 1991 et de 2010 pour lisser les variations dans l'économie. 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 : ICIS (2012).

Bibliographie

- Barer, M.L., R.G. Evans et C. Hertzman. 1995. « Avalanche or glacier? Health care and the demographic rhetoric ». *Canadian Journal on Aging* 14(2): 193-224.
- Brown, Robert, et Uma Suresh. 2004. « Further Analysis of Future Canadian Healthcare Costs ». *North American Actuarial Journal* 8(2). Avril.
- Busby, Colin, et William B.P. Robson. 2011. *A Social Insurance Model for Pharmacare: Ontario's Options for a More Sustainable, Cost Effective Drug Program*. Commentaire 326. Toronto : Institut C.D. Howe. Avril.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2012. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2012*. Ottawa.
- Drummond, Don, et Derek Burleton. 2010. « Charting a Path for Sustainable Healthcare In Ontario: 10 Proposals to Restrain Costs Without Compromising Quality of Care ». Rapport spécial de TD Economics. Toronto : Groupe Financier Banque TD. Mai.
- Emery, J.C. Herbert, David Still et 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, n° 31, octobre.
- Evans, Robert G., Kimberlyn M. McGrail, Steven G. Morgan, Morris L. Barer, et Clyde Hertzman. 2001. « Apocalypse No: Population Aging and the Future of Health Care Systems ». *Canadian Journal on Aging*, 20 (suppl. 1).
- Laurin, Alexandre. 2012. « Tuer la poule aux oeufs d'or : Les impacts des hausses d'impôt proposées au Québec ». *Cyberbulletin de l'Institut C.D. Howe* 2 octobre.
- Bureau de l'actuaire en chef 2012. *11e Rapport actuariel sur le Programme de la sécurité de la vieillesse au 31 décembre 2009*. Ottawa : Bureau du surintendant des institutions financières.
- Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. 2000. *Les solutions émergentes*. Québec.
- Québec. 2012. « Discours sur le budget, Budget 2013-2014 ». Québec : Québec.
- Robson, William. 2002. *Saving for Health: Pre-Funding Health Care for an Older Canada*. Commentaire 170. Toronto : Institut C.D. Howe. Octobre.
- _____. 2007. « Time and Money: The Challenge of Demographic Change and Government Finances in Canada ». *Bulletin de recherche*. Toronto : Institut C.D. Howe. Décembre.
- _____. 2010. « The Glacier Grinds Closer: How Demographics Will Change Canada's Fiscal Landscape », E-brief. Toronto : Institut C.D. Howe. Janvier.
- Stabile, Mark, et Jacqueline Greenblatt. 2010. « Providing Pharmacare for an Aging Population: Is Prefunding the Solution? » Étude 2 du PARP. Montréal. Février.
- Statistique Canada. 2011. *Indicateurs sommaires des écoles primaires et secondaires pour le Canada, les provinces et les territoires, 2005-2006 à 2009-2010*. Culture, tourisme et Centre de la statistique de l'éducation : documents de recherche. N° de cat. 81-595-MWE2011095. Ottawa : Statistique Canada. Novembre.

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.

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.