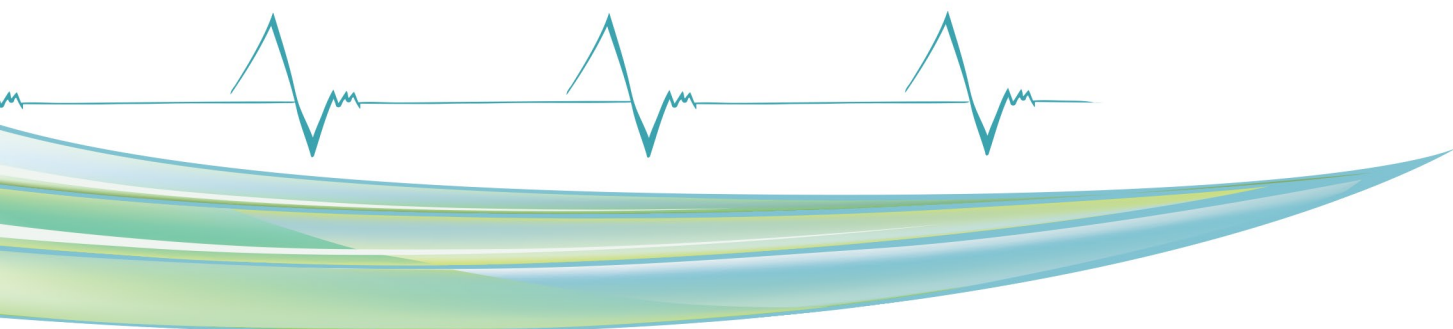


Viabilité du système de soins de santé du Canada et répercussions sur la révision du Transfert canadien en matière de santé en 2014

Septembre 2013



Parrainé par

Canadian
Institute of
Actuaries



Institut
canadien
des actuaires

SOCIETY OF ACTUARIES



LEVERT

Préparé par Stéphane Levert, FSA, FICA
Président, Stéphane Levert Services Conseils Inc.

© 2013 Institut canadien des actuaires et Society of Actuaries, tous droits réservés

Les opinions et conclusions formulées sont celles de l'auteur et ne représentent pas la position officielle ni l'opinion de l'Institut canadien des actuaires, de la Society of Actuaries ou de ses membres. L'Institut canadien des actuaires et la Society of Actuaries ne font aucune représentation et n'offrent aucune garantie quant à l'exactitude de l'information présentée.

Table des matières

Table des matières	i
Remerciements	iv
Avis de non-responsabilité.....	v
Sommaire	1
Chapitre 1—Introduction.....	4
Chapitre 2—Description du système de soins de santé du Canada	7
Introduction	7
Participation des administrations publiques	7
Portée de la protection	8
Système de prestation de soins de santé	9
Financement des soins de santé.....	10
Chapitre 3—Coût actuel du système des soins de santé du Canada.....	12
Commentaires sur les données.....	12
Coût actuel du système des soins de santé du Canada	13
Comparaison internationale	14
Éléments de mesure à projeter	15
Chapitre 4—Modèles économiques et démographiques.....	17
Modèle démographique	17
Considérations relatives à l’offre de médecins.....	18
Modèle économique.....	18
Chapitre 5—Projection des dépenses consacrées aux médecins.....	20
Introduction	20
Coûts actuels.....	20
Projections	22
Considérations relatives à l’offre de médecins.....	26
Chapitre 6—Projection des dépenses hospitalières.....	27
Introduction	27
Coûts actuels.....	27
Projections	29

Chapitre 7—Projection des « dépenses d’autres établissements »	34
Introduction	34
Coûts actuels	35
Projections	36
Chapitre 8—Projection des « dépenses d’autres professionnels »	40
Introduction	40
Coûts actuels	40
Projections	42
Chapitre 9—Projection des dépenses liées aux médicaments	46
Introduction	46
Coûts actuels	46
Projections	49
Chapitre 10—Projection des « autres dépenses de santé »	53
Introduction	53
Coûts actuels	54
Projections	55
Chapitre 11—Les Comptes publics et le Transfert canadien en matière de santé	58
Introduction	58
Effets sur les Comptes publics	59
Transfert canadien en matière de santé	61
Point de vue de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> de 1984	65
Chapitre 12—Répercussions sur le secteur privé et les autres secteurs publics	67
Introduction	67
Gouvernement fédéral	68
Administrations municipales	69
Caisses de sécurité sociale	70
Secteur privé (y compris les paiements directs)	71
Chapitre 13—Conclusion	72
Bibliographie	76
Annexe 1—Services assurés en vertu des programmes canadiens d’assurance-maladie	78
Annexe 2—Modèle de projection démographique	80
Population en 2011	80

Méthodologie de la projection démographique.....	81
Projections démographiques entre 2013 et 2037	85
Annexe 3—Projections économiques.....	87
Introduction	87
Paramètres de croissance du PIB réel.....	88
Prévision de croissance du PIB réel	89
Inflation générale.....	91
Annexe 4—Projections à l’aide de scénarios différents	92
Annexe 5—Comptes publics des provinces et des territoires	94
Introduction	94
Terre-Neuve-et-Labrador.....	94
Île-du-Prince-Édouard.....	95
Nouvelle-Écosse	96
Nouveau-Brunswick	97
Québec.....	98
Ontario.....	99
Manitoba.....	100
Saskatchewan	101
Alberta.....	102
Colombie-Britannique.....	103
Yukon	104
Territoires du Nord-Ouest.....	105
Nunavut.....	106
Annexe 6—Description du système de soins de santé des États-Unis	107
Introduction	107
Participation des administrations publiques	107
Portée de la protection	109
Système de prestation de soins de santé	109
Financement des soins de santé.....	110

Remerciements

L'auteur remercie la Society of Actuaries (SOA), l'Institut canadien des actuaires (ICA) et les membres suivants du Groupe de supervision du projet, de même que le personnel de la SOA et de l'ICA pour le temps consacré et les conseils prodigués pendant tout le projet de recherche.

Groupe de supervision du projet :

Faizel Alladina, FSA, FICA
Marc-André Belzil, FSA, FICA
Greg Durant, FSA, FICA
Gary Walters, FSA, FICA, FIA
Joyce Zhang, FSA

Personnel de la SOA :

Joseph De Dominicis, FSA, FICA
Bruce Iverson
Jan Schuh
Ronora Stryker, ASA, MAAA
Sara Teppema, FSA, FCA, MAAA

Personnel de l'ICA :

Les Dandridge
Chris Fievoli, FSA, FICA
Josée Racette

Avis de non-responsabilité

Le présent rapport doit être distribué en bloc. Aucun de ses éléments ne doit être utilisé dans un document remis à un organisme public.

Stéphane Levert Services Conseils Inc. et l'auteur déclinent toute responsabilité de perte ou dommage découlant d'une erreur ou d'une omission dans l'analyse du cabinet Stéphane Levert Services Conseils Inc. et dans le résumé des résultats, ou dans d'autres renseignements contenus dans le présent rapport. Celui-ci doit être examiné et envisagé comme un document complet destiné à l'enseignement et à la recherche.

Le présent rapport est diffusé par la Society of Actuaries et l'Institut canadien des actuaires. L'information qu'il renferme est issue d'hypothèses se voulant représentatives du contexte et raisonnables au moment de leur établissement. La Society of Actuaries, l'Institut canadien des actuaires, Stéphane Levert Services Conseils Inc. et l'auteur ne recommandent, n'encouragent ou n'appuient pas une utilisation particulière de l'information contenue dans le présent rapport. La Society of Actuaries, l'Institut canadien des actuaires, Stéphane Levert Services Conseils Inc. et l'auteur n'offrent aucune garantie, n'effectuent aucune déclaration et n'assument aucune responsabilité en regard de l'utilisation, y compris l'utilisation abusive, du présent rapport.

Sommaire

Le coût du système de soins de santé au Canada a augmenté de façon soutenue au cours des cinq dernières années, à l'instar des dépenses en soins de santé des provinces et des territoires; il a dépassé le taux d'inflation annuel de près de 4 %. Le financement et le contrôle du coût croissant des soins de santé fait l'objet d'importants débats et discussions au Canada. Même si les provinces et les territoires canadiens sont les principaux responsables de la prestation de leurs propres soins de santé, le gouvernement fédéral offre un soutien financier par le biais du Transfert canadien en matière de santé (TCS). Le présent rapport vise à évaluer les coûts futurs du système de soins de santé du Canada, d'en déterminer la viabilité sur une période de 25 ans et d'analyser les répercussions des changements que le gouvernement fédéral a proposé d'apporter au TCS le 19 décembre 2011.

Le présent rapport constate que, à défaut d'une intervention massive du gouvernement, le système de soins de santé du Canada n'est pas viable dans sa forme actuelle. Les principales constatations de l'analyse révèlent ce qui suit :

- En supposant qu'aucune mesure gouvernementale ne sera prise pour freiner les dépenses en soins de santé, on estime que les dépenses des provinces et des territoires en soins de santé enregistreront une croissance réelle de 5,1 % par année, passant de 44 % à l'heure actuelle à 103 % de l'ensemble de leurs revenus en 2037.
- Même en supposant certaines mesures de la part du gouvernement (pour le scénario de base, consulter l'Annexe 4) pour limiter les taux de croissance réels à 3,5 % (et réduire ainsi de 30 % les dépenses en soins de santé en 2037), les soins de santé absorberont quand même 69 % de la totalité des revenus dont disposeront les provinces et les territoires en 2037 (86 % de leurs revenus autonomes).
- Les changements que le gouvernement fédéral a proposé d'apporter au TCS influenceront sur l'ensemble des revenus dont disposeront les provinces et les territoires; ainsi, la fraction des dépenses en soins de santé des provinces et des territoires qu'assume le gouvernement fédéral passera de 21,0 % à l'heure actuelle à 14,3 % en 2037.
- Le nombre de médecins doit augmenter d'au moins 46 % au cours des 25 prochaines années uniquement pour satisfaire à la demande accrue de services en raison du vieillissement de la population et de la croissance démographique.

En bref, notre recherche révèle que pour préserver la viabilité de son système de soins de santé, le Canada devra limiter sensiblement l'augmentation du coût des soins, stimuler la croissance de son produit intérieur brut (PIB), majorer les impôts/droits, réduire ou éliminer d'autres programmes et services publics, ou utiliser une combinaison de ces mesures.

Contrairement aux études qui tentaient de prévoir le coût futur du système de soins de santé du Canada et d'en discuter en s'appuyant sur une démarche macroéconomique, nous recourons à une approche démographique et nous appliquons des techniques actuarielles pour saisir automatiquement la hausse du coût des soins de santé qui se rattache au vieillissement de la population. Le tableau ES.1 résume les constatations de la recherche sur les coûts assumés par les provinces et les territoires et fait ressortir le besoin de changements de taille qui devront être apportés aux politiques pour protéger le système de soins de santé du Canada.

Tableau ES.1 : Résumé des constatations

Résumé des constatations		2012	2037	
			Avec la formule actuelle du TCS	Avec la formule proposée pour le TCS
Dépenses en soins de santé des provinces et des territoires, selon des tendances historiques	G \$	135,0	466,7	
	% du PIB	8,1 %	18,9 %	
Dépenses en soins de santé des provinces et des territoires en supposant certaines mesures gouvernementales (Annexe 4)	G \$	135,0	315,2	
	% du PIB	8,1 %	12,7 %	
Dépenses en soins de santé en % des revenus autonomes des provinces et des territoires en supposant certaines mesures gouvernementales		55,1 %	85,9 %	
Dépenses en soins de santé en % de l'ensemble des revenus disponibles des provinces et des territoires		44,3 %	65,4 %	69,3 %
Transfert en espèces du Transfert canadien en matière de santé (TCS)	G \$	28,4	72,2	45,0
% des dépenses en soins de santé des provinces et des territoires financées par le TCS		21,0 %	22,9 %	14,3 %

Deux facteurs principaux expliquent la croissance estimée du pourcentage des budgets provinciaux et territoriaux des soins de santé :

- (1) la croissance réelle des dépenses en soins de santé (principalement en raison du vieillissement de la population);
- (2) la baisse de la croissance du PIB consécutive au vieillissement de la population et à la diminution du ratio de travailleurs canadiens par rapport à l'ensemble de la population.

Puisque chacun de ces facteurs exerce un effet important, toutes les solutions envisagées devront donc en tenir compte.

Les provinces et les territoires financent les dépenses en soins de santé à même leurs revenus autonomes et les transferts fédéraux en espèces. Ces montants comprennent le TCS, qui finance actuellement 21 % des dépenses en soins de santé des provinces et des territoires (28,4 milliards de dollars), et ce pourcentage demeurerait relativement stable si sa formule de calcul n'était pas modifiée (22,9 % ou 72,2 milliards de dollars) sur une période de 25 ans. Le 19 décembre 2011, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il entendait modifier le mode de calcul du TCS à compter du 1^{er} avril 2014. En vertu de la nouvelle formule, la part future du gouvernement fédéral chuterait à 14,3 % (45 milliards de dollars) en 2037.

Les revenus autonomes des provinces et des territoires croîtront à un taux annuel réel de 1,5 % au cours des 25 prochaines années, tandis que leurs revenus disponibles (en utilisant la formule actuelle de calcul du TCS) augmenteraient à un taux annuel réel de 1,9 %. Par conséquent, les dépenses en soins de santé accapareraient jusqu'à 86 % des revenus autonomes des provinces et des territoires en 2037 (55 % en 2012) et 65 % du total de leurs revenus disponibles (44 % en 2012). Si la formule proposée de calcul du TCS était appliquée, les provinces et les territoires engageraient 69 % du total de leurs revenus disponibles, ce qui signifie que les ressources à leur disposition pour financer les dépenses d'autres programmes ou pour le service de la dette seront davantage réduites à l'avenir.

En raison de ces taux de croissance élevés des dépenses en soins de santé, il sera presque impossible pour les provinces et les territoires de procéder au service de leur dette et de financer d'autres services (notamment l'éducation, le bien-être social et les infrastructures). Par conséquent, à défaut de changements importants (croissance accrue du PIB, hausse des impôts, contrôle rigoureux de la hausse du coût des soins de santé ou réduction d'autres programmes publics), le système des soins de santé du Canada s'effondrera.

Parmi les solutions visant à réduire l'effet de la hausse du coût des soins de santé sur les budgets des provinces et des territoires, mentionnons la croissance accrue du PIB. Dans le passé, les gains de productivité économique ont progressé de 1,3 % par année; compte tenu de l'augmentation de la population active, la croissance du PIB réel a atteint 2,7 % par année. Toutefois, la population active n'augmentera probablement qu'à un rythme de 0,4 % par année à l'avenir, d'où une croissance du PIB réelle de 1,7 % par année. Le retour à une croissance de 2,7 % par année du PIB réel, qui nécessiterait une augmentation annuelle de 1,0 % de la productivité économique (de 1,3 % à 2,3 %), permettrait de rapprocher les budgets des soins de santé des provinces et des territoires en 2037 de leur situation actuelle (53 % du total des revenus disponibles par rapport à 44 % en 2012).

Dans le présent rapport, nous confirmons que les provinces et les territoires éprouveront de la difficulté à financer les dépenses futures en soins de santé. Si le TCS n'est pas modifié, la part du total des revenus que les provinces et les territoires consacrent aux soins de santé passera de 44 % en 2012 à 65 % en 2037, ce qui entraînera fort probablement des compressions au titre des dépenses d'autres programmes ou des hausses d'impôt. Les changements proposés à l'affectation du TCS feront passer ce pourcentage de 65 % à 69 % en 2037, ce qui compliquera encore davantage la situation. Nous espérons que les décideurs tiendront compte des résultats de nos travaux lorsqu'ils élaboreront des stratégies de financement, tout en maintenant des normes de qualité élevées dans le système de soins de santé du Canada. Ces stratégies devront sans doute comprendre des initiatives visant à maîtriser le coût de la prestation des soins de santé, de même que des stimulants économiques ayant pour but d'accroître les revenus des provinces et des territoires. Ces éléments sont essentiels pour garantir la survie du système des soins de santé du Canada.

Chapitre 1—Introduction

Le système de soins de santé du Canada est régi par la *Loi canadienne sur la santé* de 1984, qui établit les normes relatives aux services de soins de santé assurés (notamment les services des médecins et des hôpitaux) auxquelles les provinces et les territoires doivent satisfaire pour bénéficier des fonds fédéraux. Ces normes portent sur l'intégralité, l'universalité, l'accessibilité, la transférabilité et l'administration publique.

Le coût du système de soins de santé du Canada ne cesse d'augmenter, les dépenses des provinces et des territoires en soins de santé ayant progressé à un taux annuel réel de 3,9 % entre 1997 et 2012 (en sus de l'inflation). Au cours de la même période, le secteur privé (y compris les paiements directs des Canadiens), qui finance environ 30 % de l'ensemble des dépenses en soins de santé, a vu ses dépenses augmenter à un taux annuel réel de 4,6 % (en plus de l'inflation). Au total, le système de soins de santé du Canada consomme des ressources équivalant à 12,4 % du produit intérieur brut (PIB), ou 5,4 % si l'on ne tient compte que des services des médecins et des hôpitaux.

[traduction] « En 2011, les dépenses de l'Ontario et du Québec en soins de santé accaparent plus de 50 % de l'ensemble des revenus. [...] Les projections établies à partir de la plus récente tendance de dix ans révèlent qu'en Saskatchewan, en Alberta, en Colombie-Britannique et au Nouveau-Brunswick, les dépenses du gouvernement dans le domaine de la santé sont en voie d'utiliser 50 % des revenus d'ici 2017. Au Manitoba et à l'Île-du-Prince-Édouard, les dépenses en santé atteindront 50 % du total des revenus disponibles d'ici 2028¹. En excluant les transferts fédéraux, les dépenses en santé utilisent 87,7 % de l'ensemble des revenus autonomes disponibles en Nouvelle-Écosse, 74,2 % au Nouveau-Brunswick, 71,9 % au Québec, 65,5 % à l'Île-du-Prince-Édouard, 63,1 % en Ontario, 62,8 % au Manitoba, 60,3 % à Terre-Neuve-et-Labrador, 55,2 % en Saskatchewan, 54,6 % en Colombie-Britannique et 48,0 % en Alberta².

Le gouvernement fédéral supporte les provinces et les territoires au moyen du Transfert canadien en matière de santé (TCS). En 2011, il a annoncé la révision de la formule de calcul des transferts en espèces du TCS. À compter de l'exercice 2017-2018, outre l'affectation de ces transferts aux provinces et aux territoires sur la base de montants en espèces égaux par habitant, l'ensemble des transferts en espèces du TCS cessera d'augmenter à un taux annuel nominal fixe de 6 %, comme c'est actuellement le cas; ils suivront plutôt la tendance du Produit intérieur brut (PIB), sous réserve d'une hausse minimale de 3 %.

La Conférence des Premiers ministres s'est opposée en bloc à cette mesure unilatérale du gouvernement fédéral. Le directeur parlementaire du budget (DPB) a également analysé les changements proposés à la formule de calcul, indiquant qu'elle créera des tensions excessives sur les provinces et les territoires, dans leurs efforts pour équilibrer leurs budgets.

¹ Skinner et Rovere ont décidé de ne pas afficher les données pour Terre-Neuve-et-Labrador et la Nouvelle-Écosse, car le total des revenus disponibles de ces provinces a augmenté au cours des dix dernières années au même rythme ou plus rapidement que les dépenses du gouvernement en santé.

² Skinner, Brett J. et Mark Rovere. *Canada's Medicare Bubble: Is Government Health Spending Sustainable without User-based Funding?* Studies in Health Care Policy, Fraser Institute, 2011.

[...] le DPB prévoit que la part des paiements en espèces fédéraux dans les dépenses en matière de santé des provinces et des territoires diminuera de 20,4 % en 2011-2012 à 18,6 % en moyenne sur la période de 2011-2012 à 2035-2036, à 13,8 % pendant les 25 années suivantes, puis à 11,9 % pendant le reste de la période visée par les projections. Cela finira par ramener le niveau de l'apport pécuniaire fédéral aux creux historiques observés de 1996-1997 à 2001-2002 dans le financement du TCSPS (Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux)³.

Le présent rapport a pour but de déterminer le coût futur du système de soins de santé du Canada, d'évaluer et d'analyser les répercussions des changements proposés pour la formule de calcul du TCS, et de mesurer la viabilité du système de soins de santé du Canada sur une période de 25 ans.

Dans plusieurs travaux de recherche, études, documents et articles, on a tenté de prévoir le coût futur du système de soins de santé du Canada et d'en discuter, certains d'entre eux adoptant une démarche macroéconomique. La caractéristique distinctive du présent rapport réside dans l'adoption d'une approche démographique et l'application de techniques actuarielles. Une telle approche présente un avantage évident : elle saisit automatiquement la hausse du coût des soins de santé qui se rattache au vieillissement de la population.

Le rapport est structuré de la manière suivante :

- Le chapitre 2 est de nature principalement éducative et il renferme une brève description du système de soins de santé du Canada.
- Le chapitre 3 vise à déterminer le coût actuel du système de soins de santé du Canada et à définir les paramètres qui seront projetés pour évaluer les effets des changements proposés au TCS sur la situation financière des provinces et des territoires.
- Le chapitre 4 présente le modèle démographique utilisé pour projeter les dépenses futures en soins de santé. On y examine des questions telles que le nombre de médecins. On y décrit également le modèle économique élaboré pour le présent rapport.
- Les chapitres 5 à 10 renferment une analyse des coûts actuels des types de dépenses en soins de santé ci-après, le développement des hypothèses de projection associées à ces dépenses, et leur projection sur les 25 prochaines années :
 - Chapitre 5—dépenses consacrées aux médecins
 - Chapitre 6—dépenses hospitalières
 - Chapitre 7—dépenses relatives aux autres établissements
 - Chapitre 8—dépenses liées aux autres professionnels
 - Chapitre 9—dépenses relatives aux médicaments
 - Chapitre 10—dépenses pour les autres soins de santé
- Le chapitre 11 groupe les projections pour chaque type de dépenses de soins de santé et les compare aux revenus disponibles des provinces et des territoires. Les changements proposés au TCS sont décrits et leurs effets sont débattus du point de vue de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984 et d'un point de vue élargi.
- Le chapitre 12 présente l'effet des dépenses en soins de santé projetées sur d'autres payeurs : le gouvernement fédéral, les administrations municipales, les caisses de sécurité sociale et le secteur privé (y compris les paiements directs effectués par les Canadiens).
- Le chapitre 13 résume les principales conclusions du présent rapport.

³ Matier, Chris. *Renouvellement du Transfert canadien en matière de santé : conséquences pour la viabilité financière aux niveaux fédéral et provincial-territorial*. Bureau du directeur parlementaire du budget, Ottawa, 2012.

Enfin, le rapport comprend des annexes qui permettent au lecteur de consulter de l'information plus détaillée, d'obtenir un point de vue supplémentaire et de mettre en contexte les points de discussions présentés dans le rapport.

Chapitre 2—Description du système de soins de santé du Canada

Le présent chapitre décrit brièvement le système de soins de santé du Canada⁴. Il ne se veut ni exhaustif ni global, mais tout simplement une façon d'en présenter le contexte au lecteur avant d'en analyser le coût. Dans le présent document, certaines différences et subtilités portant sur l'ensemble des programmes provinciaux et territoriaux de soins de santé ne seront pas abordées.

Introduction

Au Canada, les soins de santé sont principalement prodigués dans le cadre d'un régime d'assurance-maladie public, qui est en grande partie gratuit au point de service, et la plupart des services sont fournis par des entités privées. Le régime est régi par les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984, qui confère au gouvernement fédéral les leviers nécessaires pour garantir la qualité des soins, par le biais de normes nationales.

Dans le présent chapitre, nous décrivons le système de soins de santé du Canada en examinant : (1) la participation des administrations publiques; (2) la portée de la garantie des soins de santé; (3) le mode de prestation des soins; et (4) leur mode de financement.

Participation des administrations publiques

Au Canada, la prestation des soins de santé est réputée relever de la compétence des provinces et, en effet, les provinces et les territoires administrent directement la majeure partie du système de soins de santé. Pour sa part, le gouvernement fédéral établit des normes nationales en fournissant un soutien financier (en vertu du Transfert canadien en matière de santé (TCS)) aux provinces et aux territoires en relation avec leurs dépenses en soins de santé⁵. Selon les données internationales, en 2010, environ 71 % des dépenses en soins de santé au Canada ont été payées par des sources publiques, ce qui place le Canada en deçà de la plupart des pays membres de l'OCDE⁶.

⁴ L'annexe 6 renferme une brève description du système de soins de santé des États-Unis et décrit certaines différences entre le système de soins de santé des États-Unis et celui du Canada.

⁵ La *Loi constitutionnelle de 1867* (anciennement *Acte de l'Amérique du Nord britannique*, 1867) ne conférait pas explicitement à quiconque la responsabilité des soins de santé, car il s'agissait d'une question de moindre importance. La loi attribuait aux provinces la responsabilité de réglementer les hôpitaux; les provinces ont ensuite prétendu que leurs charges générales englobaient les soins de santé. Le gouvernement fédéral était d'avis que la santé publique relevait de la partie de ses attributions portant sur « la paix, l'ordre et le bon gouvernement ». Par la suite, le Comité judiciaire du Conseil privé a décidé que l'administration et la prestation des soins de santé relèveraient de la compétence des provinces et que le gouvernement fédéral serait chargé de protéger la santé et le bien-être de la population.

⁶ Données de l'OCDE sur la santé (2012).

Le plus vaste programme provincial-territorial de santé est de loin le régime d'assurance-maladie, qui se compose de deux programmes : (1) l'assurance-hospitalisation, qui a débuté en 1958⁷ et a été mise en place dans toutes les provinces et territoires en 1961; et (2) l'assurance médicale, lancée en 1968⁸ et en vigueur dans toutes les provinces et territoires en 1972. La *Loi canadienne sur la santé* de 1984 a établi les critères que les provinces et les territoires doivent respecter pour recevoir des subventions fédérales :

- *Intégralité* : tous les services de santé médicalement requis et fournis par les hôpitaux et les médecins doivent être couverts par le régime;
- *Universalité* : tous les résidents reconnus d'une province ou d'un territoire doivent avoir droit aux services de santé assurés offerts par le régime d'assurance-maladie provincial ou territorial selon des modalités uniformes;
- *Accessibilité* : l'accès raisonnable des assurés d'une province ou d'un territoire aux services hospitaliers et médicaux ne doit pas être entravé par l'imposition de frais;
- *Transférabilité* : le régime ne peut imposer une période d'attente de plus de trois mois aux nouveaux résidents et la protection doit être maintenue lorsqu'un résident déménage ou voyage au Canada ou se trouve temporairement à l'étranger;
- *Gestion publique* : le régime doit être géré sans but lucratif par une autorité publique⁹.

Il y a lieu de débattre du critère d'*intégralité* quant à l'étendue des éléments qui devraient être inclus dans les « services de santé assurés » en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984. Par le passé, la définition des services de santé assurés se limitait en grande partie aux soins offerts par les hôpitaux ou les médecins. Toutefois, depuis les années 1950 et 1960, les soins débordent du cadre de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984 et ils englobent dorénavant les soins à domicile et ceux offerts dans la collectivité.

En outre, le gouvernement du Canada gère directement des soins de santé pour des groupes tels les militaires et les détenus dans des établissements correctionnels fédéraux. Il offre aussi certains soins aux membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) et aux anciens combattants¹⁰. Les Premières Nations représentent le plus important groupe qui relève directement de la responsabilité du gouvernement fédéral, les affaires autochtones étant de compétence fédérale; le gouvernement garantit aux autochtones la couverture complète de leurs besoins en soins de santé.

Portée de la protection

À vrai dire, le régime d'assurance-maladie au Canada est un assemblage de programmes d'assurance-santé distincts – dix régimes provinciaux, trois territoriaux et un fédéral – dont la portée quant à la protection est très semblable. Ils couvrent les soins d'un médecin, la chirurgie et l'hospitalisation¹¹. Certains services ne sont toutefois pas compris ou la protection est limitée. Par exemple, les soins dentaires ne sont garantis que pour les enfants jusqu'à dix ans dans certaines

⁷ Avec l'adoption de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* en 1957, il convient de noter que certaines provinces avaient déjà appliqué des initiatives, notamment la Saskatchewan en 1946 et l'Alberta en 1950.

⁸ Avec l'adoption de la *Loi sur les soins médicaux* en 1966.

⁹ W.F. Bluhm, 2007.

¹⁰ Toutefois, ces groupes ont majoritairement recours au régime public.

¹¹ L'Annexe 1 présente une description plus détaillée des soins généralement garantis par les programmes canadiens d'assurance-maladie.

provinces¹², et les soins de la vue ne sont couverts que dans certaines provinces et, le plus souvent, que pour les enfants en deçà d'un certain âge.

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984, il n'est pas nécessaire que les médicaments sur ordonnance pour des patients externes soient couverts¹³, mais certaines provinces appliquent des programmes d'assurance-médicaments prévoyant une couverture pour certains groupes, notamment les aînés, les familles à faible revenu, les bénéficiaires de l'aide sociale, ou les personnes atteintes de certaines maladies. Le Québec applique un programme universel d'assurance-médicaments qui garantit à tous les résidents l'accès à une couverture des médicaments sur ordonnance, que ce soit en vertu de régimes collectifs privés offerts par l'employeur ou d'un programme d'assurance public. D'autres provinces couvrent le coût des médicaments sur ordonnance au-delà d'un certain niveau de revenu familial. Enfin, le secteur de l'assurance privée a convenu, à compter de 2013, de mettre en commun les coûts relatifs au remboursement de médicaments coûteux qu'assument actuellement les régimes privés entièrement assurés.

Système de prestation de soins de santé

Au Canada, les soins hospitaliers sont fournis par des hôpitaux à financement public; ce sont des établissements indépendants constitués à l'extérieur du cadre des gouvernements provinciaux mais qui sont tenus, en vertu de la loi, de respecter leurs budgets.

*Les ministères de la Santé ont confié l'administration courante et la gestion de ces services à de petits organismes publics, appelés en général autorités sanitaires régionales. [...] Toutefois, elles [les autorités sanitaires régionales] ne font pas la gestion des programmes de remboursement des médicaments prescrits ni des régimes de services médicaux, que les ministères provinciaux et territoriaux continuent d'administrer de manière centralisée. Simultanément, le gouvernement fédéral joue aussi un rôle important dans l'infrastructure de la santé au Canada, notamment dans la collecte de données, la recherche en santé, par l'intermédiaire des Instituts de recherche en santé du Canada, et la réglementation des médicaments, grâce à Santé Canada, au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés et à la Loi sur les brevets. En outre, le gouvernement fédéral est chargé d'assurer la santé des membres des Premières Nations et des Inuits [...]*¹⁴.

Même s'ils ne sont pas tenus de s'engager avec le programme d'assurance-maladie de leur province ou de leur territoire, la plupart des médecins le font, ce qui les oblige à fournir en exclusivité leurs services dans le cadre du programme de leur province ou de leur territoire. Ceux qui choisissent de ne pas s'engager avec le programme public sont libres de pratiquer la médecine en privé. Toutefois, l'assurance privée applicable aux soins hospitaliers et médicaux à l'extérieur du programme public est interdite si ces soins sont par ailleurs couverts par le programme provincial ou territorial¹⁵.

¹² L'article 9 de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984 précise que tous les programmes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé doivent couvrir « tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes ». Or, selon la définition établie à l'article 2 de la même loi, les services assurés se limitent aux services hospitaliers et médicaux, comme avant l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984, c'est-à-dire que les services de chirurgie dentaire ne sont couverts que s'ils sont fournis dans un hôpital.

¹³ Les médicaments administrés dans un établissement de santé pour des patients admis doivent toutefois être couverts par les programmes d'assurance-maladie des provinces et des territoires.

¹⁴ ICIS, 2011b.

¹⁵ En juin 2005, la Cour suprême du Canada a statué, dans l'affaire *Chaoulli c. Québec (Procureur général)* que l'interdiction imposée par le Québec au sujet de l'assurance-maladie privée des services médicalement requis était contraire à la *Charte [québécoise] des droits et libertés de la personne*, ouvrant éventuellement la porte à une plus

Les médecins de famille du Canada sont choisis par les particuliers. Un patient qui souhaite ou doit consulter un spécialiste doit être recommandé par un omnipraticien. La plupart des médecins touchent des honoraires pour chaque visite, à un taux négocié entre les provinces et les territoires et les associations médicales.

Chaque province et territoire réglemente la profession médicale au moyen d'un collège autonome des médecins et chirurgiens, qui est chargé d'homologuer les médecins, d'établir les normes de pratique, de faire enquête et d'imposer des mesures disciplinaires à ses membres.

Financement des soins de santé

Au Canada, l'assurance privée ne joue pas un rôle prépondérant dans le système global des soins de santé. Environ 30 % des coûts des soins de santé sont assumés par le secteur non public, y compris le secteur privé (sociétés d'assurance et régimes d'avantages sociaux privés) et les Canadiens qui effectuent des paiements directs. Ces sommes sont affectées en majeure partie à des services qui ne sont pas assurés ou seulement en partie assurés par l'assurance-maladie, notamment les médicaments sur ordonnance, les soins médicaux complémentaires, les soins dentaires et les soins de la vue. Approximativement les trois quarts des Canadiens ont une certaine forme d'assurance complémentaire privée, auprès de leur employeur pour la plupart d'entre eux. En 2012, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont financé 68 % des frais liés aux soins de santé des Canadiens¹⁶, ce qui a permis de couvrir la plupart des dépenses d'hôpital et de médecin et d'offrir aux patients des services généralement gratuits.

De façon générale, les dépenses en soins de santé sont payées par les provinces et les territoires à même les fonds provenant de leurs revenus généraux. Seule la Colombie-Britannique impose directement une prime mensuelle fixe à ses contribuables¹⁷; cette prime est éliminée ou réduite pour les contribuables à faible revenu. L'Ontario et le Québec imposent également une certaine forme de prime, parfois désignée taxe ou contribution, et qui est fonction du revenu. Les revenus généraux auxquels les provinces et les territoires ont accès pour financer le coût des soins de santé comprennent les charges sociales¹⁸ et l'impôt sur le revenu, les revenus ou tarifs non affectés à d'autres programmes, de même que les transferts fédéraux.

Le TCS¹⁹ est un transfert global dont les fonds sont utilisés par les provinces et les territoires afin de « maintenir les critères nationaux » des soins de santé publics au Canada (comme il est mentionné dans

grande participation du secteur privé dans le domaine des soins de santé. Jusqu'à présent, cette décision n'a pas engendré un mouvement important vers la mise sur pied d'un marché privé de l'assurance-maladie, car d'autres lois du Québec limitent ce marché à la chirurgie de l'œil, de la hanche et du genou, conformément à la décision de la Cour suprême.

¹⁶ ICIS, 2012b.

¹⁷ Jusqu'en 2008, l'Alberta imposait également des primes pour le Régime d'assurance-maladie de l'Alberta (RAMA). Ces primes ont été abolies.

¹⁸ Des cotisations sociales sont prélevées à Terre-Neuve-et-Labrador, au Québec, en Ontario, au Manitoba, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut.

¹⁹ Le TCS a été dissocié du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) le 1^{er} avril 2004 pour améliorer la reddition de comptes et la transparence des fonds fédéraux en matière de santé. De 1996 à 2004, les subventions fédérales pour l'assurance-maladie ont été jumelées à tous les autres paiements au titre des transferts sociaux dans le cadre du TCSPS.

la *Loi canadienne sur la santé* de 1984)²⁰. Le TCS se compose d'un transfert en espèces et d'un transfert de points d'impôt^{21,22}. Les niveaux annuels des transferts en espèces sont établis dans la loi jusqu'en 2013-2014, dans la foulée de l'*Accord de septembre 2004 sur la santé* entre le gouvernement fédéral et les provinces et les territoires²³; les montants augmentent de 6 % par année en raison de l'application d'un facteur de progression automatique. Bien que le TCS soit réparti sous forme de montant égal par habitant, le transfert en espèces ne l'est pas parce qu'il tient compte de la valeur des points d'impôt des provinces et des territoires.

Pour que le gouvernement fédéral puisse mettre en vigueur les normes énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé* de 1984, le TCS est réduit d'un montant équivalent aux frais relatifs à la surfacturation et aux autres frais que doivent payer les patients. Au départ, la contribution du gouvernement fédéral à l'assurance-maladie représentait 50 % du coût des soins de santé publics couverts. Ce pourcentage a sensiblement diminué au fil du temps et les dépenses en soins de santé ont largement dépassé les transferts fédéraux aux provinces et aux territoires. En 2012, le gouvernement fédéral assume une part d'environ 21 % des soins de santé publics couverts (près de 35 % si l'on ne tient compte que des dépenses relatives aux soins fournis par les hôpitaux et les médecins).

²⁰ En outre, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut reçoivent des transferts fédéraux en espèces dans le cadre de la formule de financement des territoires, qui représente un transfert inconditionnel du gouvernement fédéral pour permettre aux résidents des territoires d'avoir accès à une gamme de services publics (y compris les soins de santé) comparables à ceux offerts par les provinces, à des niveaux d'imposition comparables.

²¹ Des points d'impôt sont transférés lorsque le gouvernement fédéral convient d'abaisser son taux d'imposition pour que les provinces et les territoires puissent hausser les leurs d'un montant égal.

²² Au cours de l'exercice 2008-2009, les paiements effectués par le gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires en vertu du volet du transfert en espèces du TCS ont totalisé 22,6 milliards de dollars, et les montants relatifs au transfert de points d'impôt ont représenté 13,9 milliards de dollars (ministère des Finances du Canada).

²³ Les transferts en espèces dans le cadre du TCS atteindront 29 milliards de dollars de 2012 à 2013 et dépasseront 30 milliards de dollars de 2013 à 2014. Les transferts de points d'impôt se chiffreront à 14,7 milliards de dollars de 2012 à 2013 et ils continueront d'augmenter en fonction de la conjoncture économique (ministère des Finances du Canada).

Chapitre 3—Coût actuel du système des soins de santé du Canada

La discussion et l'établissement de projections du coût futur du système de soins de santé du Canada exigent une bonne compréhension des différents types de dépenses de soins de santé et des sources de financement pour lesquelles il existe des renseignements fiables. Afin d'éviter que l'utilisation des conclusions du présent rapport ne sème la confusion, il est justifié de recourir à des sources d'information objectives, indépendantes et généralement acceptées dans le contexte canadien et qui sont également citées dans d'autres travaux de recherche, études, documents et articles.

Dans le présent chapitre, nous présentons et analysons le coût actuel du système de soins de santé du Canada pour chaque type d'utilisation des fonds et pour chaque payeur. Nous définissons ensuite les éléments de mesure qui seront utilisés pour évaluer la viabilité du système et les répercussions des changements proposés au TCS sur la situation financière des provinces et des territoires.

Commentaires sur les données

Les dépenses relatives aux soins de santé peuvent être classées de diverses façons. Nous avons utilisé la base de données BDDNS de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) comme point de départ pour établir les prévisions. Cette démarche se justifie par le fait que les données de l'ICIS sont largement reconnues pour leur fiabilité et leur objectivité et qu'elles sont utilisées très fréquemment par d'autres chercheurs qui manifestent de l'intérêt pour les questions de politique publique rattachées aux soins de santé. En outre, elle offre l'avantage de permettre une répartition plus facile des composantes des dépenses. Le lecteur doit néanmoins tenir compte de l'avertissement formulé par l'ICIS :

Les estimations des dépenses de santé du secteur public [du Système de gestion financière (SGF) de Statistique Canada] sont moins élevées que celles qui sont déclarées par l'ICIS en raison de l'application de différentes méthodes de classification et de l'utilisation d'une définition plus restreinte des dépenses de santé dans le SGF²⁴.

Même si le Transfert canadien en matière de santé (TCS) est géré selon les exercices fiscaux se terminant le 31 mars de chaque année, nous examinons les dépenses en santé selon l'année civile. Ce choix est justifié par le fait que la base de données DNS fournit davantage de détails d'après l'année civile que selon l'exercice fiscal. Au chapitre 11, les paiements du TCS sont convertis de l'exercice fiscal à l'année civile, en utilisant des règles conformes à la méthodologie de l'ICIS.

L'année civile 2012 constitue le point de départ des projections. Il convient de noter que les chiffres de l'ICIS pour 2012 sont des estimations, qui sont acceptées comme telles pour lancer la discussion sur une base solide qui est largement reconnue.

Les données sur les dépenses en santé financées par les provinces et les territoires sont disponibles selon l'âge et le sexe pour certains types de dépenses. Elles ne sont toutefois disponibles que jusqu'à

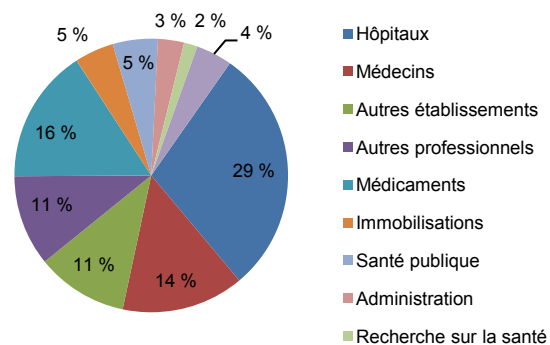
²⁴ ICIS, 2011c.

l'année 2010. Elles sont ensuite projetées jusqu'en 2012 de manière à s'assurer que les dépenses totales en santé, selon le type de dépense, correspondent aux estimations de l'ICIS. Elles sont également utilisées dans certains cas comme fondement des projections des dépenses en soins de santé financées par d'autres secteurs publics et privés, et directement par les Canadiens.

Coût actuel du système des soins de santé du Canada

Les dépenses en soins de santé sont ventilées à l'aide d'une matrice à deux dimensions, d'après les types de dépenses et de payeurs²⁵. La figure 3.1 présente la répartition des dépenses totales en soins de santé entre les divers types, tous payeurs confondus. À l'exception des dépenses se rapportant aux immobilisations, à la santé publique, à l'administration, à la recherche sur la santé et à d'autres dépenses en santé, cette figure révèle que les dépenses liées aux hôpitaux et aux médecins représentent environ 54 % de l'ensemble des dépenses en soins de santé. Par conséquent, environ 46 % des dépenses totales (près de la moitié) sont utilisées pour des services qui n'étaient initialement pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé* de 1984.

Figure 3.1 : Répartition des dépenses en soins de santé, 2012, selon l'utilisation des fonds



Source : ICIS, 2012b.

La figure 3.2 présente la répartition des dépenses totales en santé selon les payeurs. Ceux-ci comprennent le secteur public et le secteur privé, ce dernier renfermant les paiements effectués par des sociétés d'assurances²⁶ ou les régimes d'avantages sociaux parrainés par des employeurs et les paiements directs effectués par les Canadiens. Le secteur public est également réparti d'après les segments suivants :

- le secteur des administrations publiques provinciales et territoriales comprend les dépenses en soins de santé des provinces et des territoires, notamment les services qui bénéficient de l'aide financière du TCS;
- le secteur fédéral comprend les dépenses en soins de santé du gouvernement fédéral (hors TCS), habituellement uniquement pour certains groupes, notamment les Premières Nations²⁷, les militaires, les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) et les anciens combattants, de même que les dépenses directes pour la promotion de la recherche et de la santé;
- le secteur des administrations municipales englobe les dépenses en soins de santé des municipalités pour les services institutionnels, la santé publique et les soins dentaires dans certaines provinces. Les transferts de fonds provenant des provinces et des territoires ne sont pas pris en compte à ce poste, puisqu'ils sont présentés sous le secteur des administrations provinciales et territoriales;

²⁵ Les éléments inclus dans chaque type de dépenses en soins de santé sont définis aux chapitres 5 à 10.

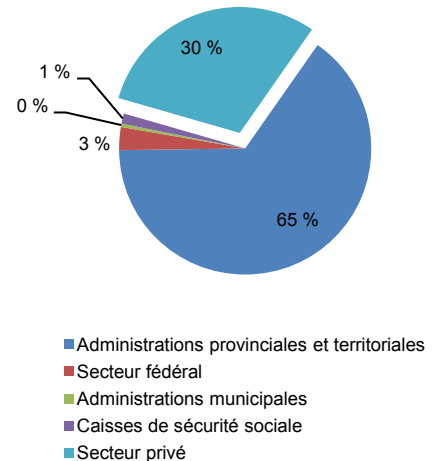
²⁶ Y compris les sociétés sans but lucratif et les frais d'administration, en plus d'autres dépenses de santé de type privé, par exemple les immobilisations privées et la recherche privée.

²⁷ Les Premières Nations constituent le plus vaste groupe dont le gouvernement fédéral assume la responsabilité directe, car les peuples autochtones relèvent de la compétence du gouvernement fédéral et ont obtenu la promesse de la prise en charge intégrale de leurs besoins en soins de santé.

- enfin, le secteur des caisses de sécurité sociale comprend les dépenses en soins de santé des commissions d'indemnisation des accidents du travail, majorées de la prime versée par les participants au fonds d'assurance-médicaments du Québec²⁸.

La figure 3.2 montre que les provinces et les territoires financent 65 % de l'ensemble des dépenses en soins de santé et le secteur privé, 30 % (y compris les paiements directs effectués par les Canadiens); le solde de 5 % revient aux autres participants du secteur public.

Figure 3.2 : Répartition des dépenses en soins de santé, 2012, par payeur



Source : ICIS, 2012b.

Comparaison internationale

Le tableau 3.1 présente une comparaison des dépenses en soins de santé au Canada et dans certains pays de l'OCDE; on peut y observer les soins financés par des sources publiques et des sources privées (y compris les paiements directs des Canadiens), par habitant. Les dépenses en soins de santé totales par habitant sont sensiblement inférieures (46 %) au Canada par rapport aux États-Unis. Toutefois, le Canada demeure le cinquième pays où les dépenses en soins de santé sont les plus élevées par habitant. En pourcentage du PIB, les États-Unis se distinguent toujours comme étant un pays ayant un régime de soins de santé coûteux, tandis que le Canada se situe au deuxième quartile des pays dont le régime des soins de santé est le plus coûteux.

²⁸ L'excédent des dépenses reliées aux médicaments qu'assume le Fonds d'assurance-médicaments du Québec sur les primes versées est financé à même les revenus généraux de la province et il est inclus dans le secteur des dépenses en soins de santé de l'administration provinciale.

Tableau 3.1 : Comparaison des dépenses en soins de santé du Canada et de certains pays de l'OCDE, 2010 (\$US)

Pays	Dépenses publiques en soins de santé		Dépenses privées et directes en soins de santé		Dépenses totales en soins de santé		Part des dépenses en soins de santé du régime public
	Par habitant	% du PIB	Par habitant	% du PIB	Par habitant	% du PIB	
Autriche	3 349	8,4 %	1 046	2,6 %	4 395	11,0 %	76 %
Belgique	3 000	7,9 %	969	2,6 %	3 969	10,5 %	76 %
Canada	3 158	8,1 %	1 287	3,3 %	4 445	11,4 %	71 %
Chili	579	3,9 %	623	4,1 %	1 202	8,0 %	48 %
République tchèque	1 578	6,3 %	306	1,2 %	1 884	7,5 %	84 %
Danemark	3 800	9,4 %	664	1,7 %	4,464	11,1 %	85 %
Estonie	1 020	5,0 %	274	1,3 %	1,294	6,3 %	79 %
Finlande	2 422	6,6 %	829	2,3 %	3 251	8,9 %	75 %
France	3 061	8,9 %	913	2,7 %	3 974	11,6 %	77 %
Allemagne	3 331	8,9 %	1 007	2,7 %	4 338	11,6 %	77 %
Hongrie	1 037	5,1 %	564	2,7 %	1 601	7,8 %	65 %
Islande	2 662	7,5 %	647	1,8 %	3 309	9,3 %	80 %
Irlande	2 585	6,4 %	1 133	2,8 %	3 718	9,2 %	70 %
Italie	2 359	7,4 %	605	1,9 %	2 964	9,3 %	80 %
Corée	1 185	4,1 %	850	3,0 %	2 035	7,1 %	58 %
Mexique	433	2,9 %	483	3,3 %	916	6,2 %	47 %
Nouvelle-Zélande	2 515	8,4 %	507	1,7 %	3 022	10,1 %	83 %
Norvège	4 607	8,0 %	781	1,4 %	5 388	9,4 %	86 %
Pologne	995	5,0 %	394	2,0 %	1 389	7,0 %	72 %
République slovaque	1 351	5,8 %	744	3,2 %	2 095	9,0 %	64 %
Slovénie	1 768	6,6 %	660	2,4 %	2 428	9,0 %	73 %
Suède	3 046	7,8 %	712	1,8 %	3 758	9,6 %	81 %
Suisse	3 437	7,4 %	1 833	4,0 %	5 270	11,4 %	65 %
Royaume-Uni	2 857	8,0 %	576	1,6 %	3 433	9,6 %	83 %
États-Unis	3 967	8,5 %	4 266	9,1 %	8 233	17,6 %	48 %

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2012

Éléments de mesure à projeter

Le Transfert canadien en matière de santé vise à aider les provinces et les territoires dans le financement des principes de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984; par conséquent, une *perspective stricte* des dépenses totales en soins de santé se limite aux services hospitaliers et de médecin (visés par la loi), considérés séparément des autres types de dépenses. Les coûts actuels de ces services de santé sont résumés au tableau 3.2. Les provinces et les territoires financent la presque totalité des coûts, avec l'aide du gouvernement fédéral au moyen du TCS; les services hospitaliers représentent 65 % de ces dépenses et ceux des médecins, 35 %. Il s'agit de la perspective de la *Loi canadienne sur la santé* invoquée au chapitre 11.

Tableau 3.2 : Dépenses en soins de santé, Perspective (stricte) de la *Loi canadienne sur la santé*, 2012 (en millions de dollars)

	Administrations provinciales et territoriales	Fédérales directes	Total	% du PIB
Dépenses de médecin	29 015,0	224,8	29 239,8	1,7 %
Dépenses d'hôpital	53 924,8	326,0	54 250,7	3,2 %
Total	82 939,8	550,8	83 490,6	5,0 %
	99,3 %	0,7 %	100,0 %	

Source : ICIS, 2012b.

Puis, afin de tenir compte des intérêts d'autres intervenants, une *perspective large* sur l'ensemble des dépenses en soins de santé prévoit également les dépenses en soins de santé qui ne sont pas nécessaires en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* et qui peuvent être financées par les provinces et les territoires ou d'autres intervenants (les administrations municipales, les caisses de sécurité sociale et le secteur privé, y compris les paiements directs). Le coût actuel de ces services de santé est résumé au tableau 3.3.

Tableau 3.3 : Dépenses en soins de santé, Perspective large, 2012 (en millions de dollars)

	Administrations provinciales et territoriales	Fédérales Directes	Administrations municipales	Caisses de sécurité sociale	Paiements du secteur privé et paiements directs	Total	% du PIB
Dépenses de médecin	29 015,0	224,8	0,0	316,5	400,4	29 956,7	1,8 %
Dépenses d'hôpital	53 924,8	326,0	36,2	370,9	5 864,9	60 522,7	3,6 %
Autres établissements	15 913,9	124,2	0,0	13,2	6 397,0	22 448,2	1,3 %
Autres professionnels	1 102,5	346,2	0,8	343,9	20 482,3	22 275,7	1,3 %
Médicaments	10 677,1	597,0	0,0	1 105,7	20 695,6	33 025,5	2,0 %
Autres dépenses de santé	24 318,4	4 495,4	842,7	592,4	8 939,2	39 188,1	2,3 %
Total	134 951,7	6 113,5	879,7	2 692,5	62 779,4	207 416,9	12,4 %
	65,1 %	2,9 %	0,4 %	1,3 %	30,3 %	100,0 %	

Source : ICIS, 2012b. Pour la définition des expressions « Autres établissements », « Autres professionnels » et « Autres dépenses de santé », consulter les chapitres 7, 8 et 10 respectivement.

Chapitre 4—Modèles économiques et démographiques

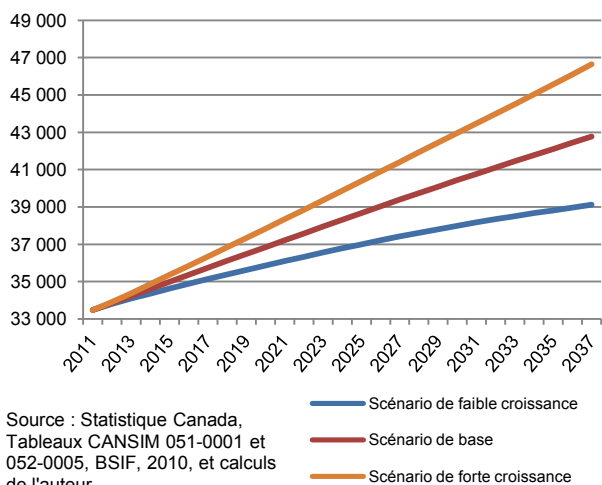
Le présent rapport se distingue de documents semblables par l'adoption d'une approche actuarielle en matière de projection des coûts futurs du système de soins de santé du Canada : plutôt que de projeter les dépenses en soins de santé à l'aide de techniques macroéconomiques, nous les avons modélisées en recourant à des hypothèses au sujet du profil démographique attendu. De même, nous avons évalué la capacité de l'économie canadienne d'absorber les coûts attendus du système de soins de santé en utilisant un modèle économique qui repose également sur des hypothèses démographiques.

Dans le présent chapitre, nous présentons brièvement le modèle démographique que nous avons utilisé dans nos travaux. Nous invitons le lecteur à consulter une analyse plus détaillée, à l'Annexe 2. Puis, nous nous attardons à des questions se rapportant à l'offre de médecins. Enfin, nous présentons le modèle économique et nous invitons le lecteur à consulter l'Annexe 3 pour plus de détails à ce sujet.

Modèle démographique

Notre point de départ est le profil démographique canadien publié par Statistique Canada à partir du recensement de 2011. Puis, nous avons analysé et utilisé les prévisions démographiques de Statistique Canada, et nous avons adopté le scénario de croissance moyenne présenté par Statistique Canada

Figure 4.1 : Projection de la population, Ensemble du Canada, 2011 à 2037 (en milliers)



comme notre scénario de base. Les projections reposent sur des hypothèses relatives à la fécondité, à la mortalité, à l'immigration internationale, à l'émigration et à la migration interprovinciale. À la figure 4.1, nous présentons des projections démographiques fondées sur des scénarios démographiques différents. Selon le scénario de base, la population canadienne devrait croître et passer de 33,9 millions en 2012 à 42,8 millions en 2037, une hausse de 0,9 % par année, ce qui est conforme à d'autres travaux de recherche, y compris ceux de Drummond²⁹. Par contre, ce taux de croissance équivaldrait à 0,6 % selon le scénario de faible croissance, et de 1,3 % d'après le scénario de forte croissance. L'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique devraient afficher une croissance plus rapide que la moyenne nationale; le Québec devrait

²⁹ Drummond, Don et Derek Burleton. *Charting a Path to Sustainable Healthcare in Ontario: 10 Proposals to Restrain Cost Growth Without Compromising Quality of Care*. TD Economics, 27 mai 2010.

montrer une courbe plus lente et les provinces de l'Atlantique une croissance marginale (à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard)³⁰.

Nous avons vérifié la sensibilité des résultats du présent rapport. Par exemple, nos travaux nous ont permis de constater que le scénario de faible croissance se traduirait par une baisse de 6,1 % des dépenses en soins de santé dans les provinces et les territoires dans 25 ans.

Considérations relatives à l'offre de médecins

Un important facteur de croissance du coût du système de soins de santé du Canada a trait au nombre de médecins. Tout d'abord, les médecins influent directement sur le coût du système de soins de santé en raison des sommes consacrées à leurs services. Ensuite, [traduction] « *[ils jouent un] rôle dans les autres coûts du système, par exemple la demande de tests de laboratoire, les procédures diagnostiques, la médication et l'admission de patients dans les établissements de soins.* »³¹ Dans certains cas, les administrations ont appliqué (et appliquent peut-être encore) des contrôles sur le nombre de médecins comme outil de limitation des coûts de santé. Par ailleurs, des groupes d'intérêt soutiennent qu'il y a pénurie de professionnels de la santé au Canada.

Dans le présent rapport, nous examinons les questions relatives à l'offre en adoptant un point de vue neutre et objectif. Nous avons constaté que le nombre de médecins devra augmenter d'au moins 46 % au cours des 25 prochaines années, uniquement pour satisfaire à la croissance de la demande en raison du vieillissement de la population.

Modèle économique

Les dépenses futures en soins de santé sont comparées à la capacité de l'économie canadienne et, plus précisément, à la situation financière des provinces et des territoires, pour évaluer la pérennité du système de soins de santé du Canada et déterminer les effets éventuels des changements proposés au Transfert canadien en matière de santé (TCS). Le facteur déterminant utilisé dans le présent rapport est le produit intérieur brut (PIB) exprimé en dollars constants de 2012.

L'Annexe 3 renferme une présentation détaillée du modèle économique adopté dans le présent document. En bref, le PIB réel est projeté à l'aide d'un modèle de croissance attendue de la population active, cohérent avec celui utilisé pour la projection des dépenses en soins de santé et d'un facteur de gain de productivité supposé de 1,31 % (qui correspond à la moyenne des 25 dernières années) en moyenne pour le Canada. La

Tableau 4.1 : Projections du PIB, Total Canada, 2012 à 2037 (en millions de dollars constants de 2012)

Année	Scénario de faible croissance	Scénario de base	Scénario de forte croissance
2012	1 675 443	1 676 310	1 677 115
2013	1 705 412	1 709 366	1 713 320
2014	1 735 000	1 742 226	1 749 461
2015	1 763 929	1 774 686	1 785 415
2016	1 791 761	1 806 251	1 820 676
2017	1 817 938	1 836 296	1 854 761
2018	1 841 954	1 864 421	1 887 066
2019	1 863 903	1 890 781	1 917 958
2020	1 885 009	1 916 258	1 948 268
2021	1 905 557	1 941 629	1 978 470
2022	1 925 094	1 966 228	2 008 371
2023	1 944 495	1 990 965	2 038 488
2024	1 964 528	2 016 412	2 069 843
2025	1 983 762	2 041 459	2 100 908
2026	2 003 394	2 066 947	2 132 792
2027	2 024 157	2 093 944	2 166 351
2028	2 044 647	2 121 088	2 200 502
2029	2 066 667	2 149 748	2 236 434
2030	2 089 958	2 181 737	2 276 986
2031	2 116 654	2 218 183	2 323 136
2032	2 145 711	2 258 035	2 374 077
2033	2 175 427	2 299 566	2 428 357
2034	2 205 052	2 342 380	2 484 968
2035	2 234 881	2 385 857	2 542 984
2036	2 265 378	2 430 366	2 602 593
2037	2 296 554	2 476 011	2 663 987

Source : Statistique Canada, Tableaux CANSIM 051-0001 et 384-0002, et calculs de l'auteur.

³⁰ Se reporter au tableau A2.10, à l'Annexe 2 pour connaître les taux de croissance attendus selon la province et le territoire, selon les trois scénarios démographiques.

³¹ Conference Board du Canada. 2004. *Understanding Health Care Cost Drivers and Escalators, 2004.*

prévision du PIB réel qui en découle figure au tableau 4.1. Selon le scénario de base, le PIB réel devrait croître globalement à un taux annuel de 1,6 % entre 2012 et 2037 (il augmenterait à des taux annuels de 1,3 % et 1,9 % respectivement si l'on utilisait les scénarios démographiques de faible croissance ou de forte croissance), ce qui est inférieur au taux de croissance réelle historique de 2,7 % que l'on a observé entre 1981 et 2008. Ce résultat s'explique par des facteurs démographiques : la population active devrait croître à un taux annuel de 0,4 % au cours des 25 prochaines années, alors qu'elle a augmenté par le passé à un rythme annuel de 1,4 %. Par conséquent, pour enregistrer une croissance économique future semblable à celle des années passées, il faudrait compter sur des gains de productivité futurs d'environ 1 % de plus, par exemple un niveau de 2,3 % plutôt que la moyenne historique de 1,31 %. Si des mesures étaient prises et donnaient les résultats escomptés, les dépenses totales des provinces et des territoires au titre des soins de santé équivalaient à 55,6 % de leurs revenus globaux, contrairement à 70,6 % selon le scénario de base. De même, elles nécessiteront 4,0 % moins de ressources économiques (PIB) qu'en vertu du scénario de base.

Chapitre 5—Projection des dépenses consacrées aux médecins

Les dépenses consacrées aux médecins constituent la deuxième utilisation en importance des fonds destinés aux soins de santé au Canada; elles représentent 14 % de toutes les dépenses en soins de santé, tous payeurs confondus, et 22 % des dépenses des provinces et territoires au titre des soins de santé. Dans le présent chapitre, nous examinons la structure actuelle des dépenses consacrées aux médecins, avant de les projeter sur les 25 prochaines années. Nous discutons par la suite de questions relatives à l'offre de médecins.

Introduction

Les dépenses consacrées aux médecins se composent principalement des paiements que versent les provinces et les territoires aux médecins et spécialistes dans le cadre de leurs programmes d'assurance-maladie³². Ces montants peuvent porter sur les services rendus dans des cliniques privées ou dans des hôpitaux. La rémunération des médecins inscrits dans le livre de paie d'hôpitaux ou d'autres organismes de santé publique n'est pas comprise dans cette catégorie.

Coûts actuels

Le tableau 5.1 présente les dépenses consacrées aux médecins selon le payeur et la province ou le territoire. On y constatera que les provinces et les territoires assument près de 97 % de toutes les dépenses liées aux médecins; il ne reste qu'une maigre tranche de 2 % aux autres secteurs publics. Le secteur privé (y compris les paiements directs effectués par les Canadiens) représentent un peu plus de 1 % des coûts, essentiellement parce que certains patients choisissent de recourir aux services de médecins qui ne sont pas engagés dans les programmes d'assurance-maladie du secteur public.

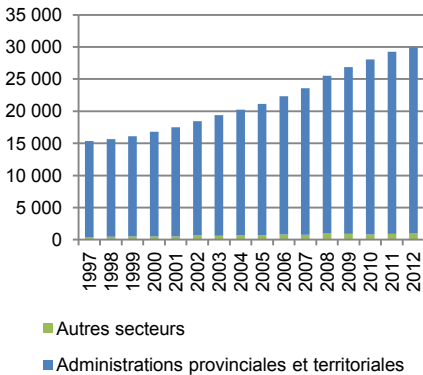
³² ICIS, 2012b. Par définition, les dépenses consacrées aux médecins « comprennent principalement les honoraires des médecins en exercice privé payés par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie. Les honoraires versés pour des services rendus dans les hôpitaux sont inclus lorsqu'ils sont payés directement aux médecins par les régimes. D'autres formes de revenus professionnels sont également incluses (salaires, vacation, capitation). »

Tableau 5.1 : Dépenses totales consacrées aux médecins, 2012, par payeur

Province/Territoire	Secteur des administrations provinciales/territoriales		Secteur privé et paiements directs		Total		
	Total (millions de \$)	Par habitant (\$)	Total (millions de \$)	Par habitant (\$)	Total (millions de \$)	Par habitant (\$)	% du PIB
Terre-Neuve-et-Labrador	451,8	887	1,9	4	461,9	907	2,0 %
Île-du-Prince-Édouard	103,3	706	0,4	2	104,9	717	2,0 %
Nouvelle-Écosse	741,1	783	10,2	11	764,7	808	2,2 %
Nouveau-Brunswick	590,3	781	3,7	5	607,2	803	2,1 %
Québec	5 643,6	702	148,4	18	5 834,2	726	1,7 %
Ontario	12 089,7	894	71,0	5	12 325,5	911	1,8 %
Manitoba	1 030,2	816	11,0	9	1 077,2	853	2,0 %
Saskatchewan	907,9	849	0,0	0	938,0	877	1,9 %
Alberta	3 518,6	913	79,2	21	3 733,7	969	1,4 %
Colombie-Britannique	3 807,4	819	74,5	16	3 975,8	856	1,9 %
Yukon	29,9	854	0,0	0	30,6	873	1,4 %
Territoires du Nord-Ouest	50,8	1 152	0,0	0	52,0	1 179	1,4 %
Nunavut	50,4	1 496	0,0	0	51,2	1 518	3,4 %
Total - Canada	29 015,0	832	400,4	11	29 956,7	859	1,8 %
Admin. prov./terr. Fédérales directes	29 015,0	832					
Caisses de sécurité sociale	224,8	6					
	316,5	9					
Total	29 556,3	848	400,4	11	29 956,7	859	1,8 %

Source : ICIS, 2012b.

Figure 5.1 : Dépenses historiques consacrées aux médecins, 1997 à 2012 (en millions de dollars constants de 2012)



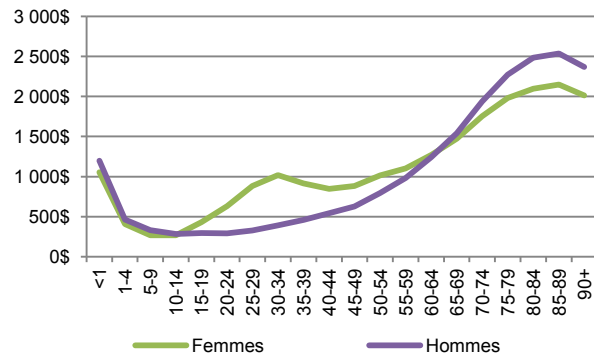
Il convient de noter qu'une proportion de 29,2 milliards de dollars en dépenses consacrées aux médecins (98 % des dépenses totales consacrées aux médecins) est en relation avec les services couverts prévus par la *Loi canadienne sur la santé* de 1984³³, qui est supportée par le Transfert canadien en matière de santé (TCS). En outre, ces dépenses représentent 35 % des dépenses totales en soins de santé visées par la *Loi canadienne sur la santé* de 1984.

La figure 5.1 révèle que les dépenses totales consacrées aux médecins ont augmenté à un rythme annuel réel de 4,5 %—en plus de l'inflation—au cours des 15 dernières années (elles sont passées de 15,4 milliards de dollars constants de 2012 en 1997 à 30,0 milliards en 2012). Entretemps, les dépenses par habitant consacrées aux médecins ont progressé à un taux annuel réel

de 3,5 %.

Les dépenses provinciales/territoriales par habitant consacrées aux médecins suivent la courbe de la figure 5.2, selon l'âge et le sexe. Les données réelles pour 2010 sont diffusées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Elles sont ensuite projetées à 2012 à l'aide du modèle démographique présenté au chapitre 4, en veillant à ce que les dépenses totales consacrées aux médecins correspondent à l'estimation figurant au tableau 5.1.

Figure 5.2 : Dépenses des provinces/territoires par habitant consacrées aux médecins, 2012



Source : ICIS, 2012b et calculs de l'auteur.

³³ Plus particulièrement, un montant de 29,0 milliards de dollars payé par les provinces et les territoires et 0,2 milliard payés directement par le gouvernement fédéral.

Après avoir consommé d'importantes ressources médicales au cours des premières années, un particulier enregistre le plus faible taux de consommation de sa vie—entre 5 ans et 14 ans pour les femmes et entre 5 ans et 29 ans pour les hommes—avant de voir son niveau de consommation de services d'un médecin remonter de façon progressive. Les femmes semblent recourir davantage aux services d'un médecin que les hommes pendant leur vie active—plus particulièrement aux âges de procréer—les coûts étant 160 % plus élevés entre 30 ans et 34 ans (28 % entre 50 ans et 54 ans). Les hommes utilisent dans une plus grande mesure les services d'un médecin aux âges plus avancés, leurs coûts étant supérieurs de 15 % entre 75 ans et 79 ans (18 % entre 85 ans et 89 ans).

Projections

Les dépenses réelles consacrées aux médecins entre 1996 et 2010 sont analysées pour déterminer les composantes de la croissance³⁴. Le tableau 5.2 indique que le vieillissement et la croissance démographique semblent exercer un effet constant dans l'ensemble des provinces et territoires; elles demeurent habituellement dans la fourchette 0,6 %/1,9 %, à l'exception de l'Alberta (en raison d'une

Tableau 5.2 : Composantes de la croissance des dépenses consacrées aux médecins, 1996 à 2010, selon la province et le territoire (en dollars constants de 2012)

Province	Vieillessement et croissance démographique	Inflation réelle des prix	Croissance réelle totale
Terre-Neuve-et-Labrador	0,6 %	5,7 %	6,3 %
Île-du-Prince-Édouard	0,6 %	5,9 %	6,5 %
Nouvelle-Écosse	1,0 %	4,5 %	5,5 %
Nouveau-Brunswick	0,8 %	4,6 %	5,4 %
Québec	1,5 %	2,6 %	4,0 %
Ontario	1,9 %	2,6 %	4,6 %
Manitoba	1,1 %	4,7 %	5,8 %
Saskatchewan	0,6 %	5,2 %	5,8 %
Alberta	2,9 %	4,9 %	7,8 %
Colombie-Britannique	1,9 %	1,5 %	3,4 %
Canada	1,8 %	3,0 %	4,8 %

Source : ICIS, 2012b et calculs de l'auteur.

importante migration interprovinciale positive découlant de l'essor du secteur pétrolier et gazier). L'inflation réelle des prix liée aux dépenses consacrées aux médecins, sans égard à l'âge et au sexe, a atteint en moyenne 3 %. Elle se compose : (1) d'augmentations de la rémunération des actes médicaux; (2) de tendances quant à l'utilisation des services d'un médecin par la population—principalement des fluctuations dans le nombre de médecins par habitant—sauf en raison du vieillissement et de la croissance démographique.

*Les coûts de la main-d'œuvre constituent un facteur important de l'inflation dans le secteur de la santé. Les domaines dans lesquels l'inflation s'est le plus manifestée sont les coûts des services des médecins et l'écart de la rémunération dans le secteur de la santé et de l'aide sociale [...] Les hausses relatives des frais et des honoraires liés aux services dispensés par les médecins devront absolument être surveillées à l'avenir par les décideurs du système de santé [...]*³⁵.

Utiliser les tendances observées historiquement dans la rémunération des médecins (en supposant que les dépenses par habitant augmenteront à un taux annuel réel de 3,0 %—en plus de l'inflation—pendant toute la période de projection) se traduirait par une croissance annuelle de 4,5 % des dépenses totales que les provinces et territoires consacrent aux médecins; ces dépenses passeraient donc de

³⁴ La ventilation des composantes de la croissance réelle suit la méthode suivante :

- Étape 1. Calculer le taux de croissance des dépenses réelles par habitant entre 1996 et 2010 en dollars constants, pour chaque cellule d'âge et de sexe, ce qui produit le taux d'augmentation—en plus de l'inflation—du prix des services de soins de santé fournis pour chaque cellule d'âge/de sexe.
- Étape 2. Puis, le taux réel d'augmentation pour chaque cellule d'âge/de sexe qui en découle est appliqué aux dépenses réelles totales en 1996. On obtient alors les dépenses totales qui proviendraient de « l'inflation réelle des prix » en supposant que la structure démographique ne change pas.
- Étape 3. Enfin, le résultat de l'étape 2 est soustrait des dépenses réelles totales en soins de santé en 2010. On obtient ainsi l'augmentation des dépenses associée à l'effet du vieillissement de la population et de la croissance démographique.

³⁵ ICIS, 2011b.

29,0 milliards de dollars (1,7 % du PIB) en 2012 à 88,4 milliards en dollars constants de 2012 (taux annuel réel de 3,6 % du PIB) en 2037³⁶. La part des dépenses consacrées aux médecins par les provinces et les territoires augmenterait à un rythme annuel réel de 4,6 %. Une telle hypothèse suppose que les tendances historiques se maintiendront, sans qu'aucune mesure ne soit prise pour maîtriser les coûts. Dans le présent rapport, nous estimons qu'il s'agit d'un scénario extrême, car il est très peu probable que les administrations laisseront ces dépenses monter en flèche, au point où elles deviendront tout simplement inabordables. Nous supposons donc que certaines mesures publiques indéterminées seront prises et qu'elles feront en sorte que la croissance future des dépenses se rapprochera à un certain point du taux d'inflation générale.

Par conséquent, le modèle de projection utilisé dans le présent rapport suppose que les dépenses réelles par habitant qui sont consacrées aux médecins progresseront à un taux annuel de 2,5 % par année au cours des cinq premières années et qu'elles diminueront par la suite (en raison des mesures prises pour contenir le taux de croissance) jusqu'à ce qu'elles atteignent 1,0 % en 2037, en plus de l'inflation générale et des effets combinés du vieillissement de la population et de la croissance démographique. Grâce aux mesures que devraient prendre les administrations pour limiter la hausse de la rémunération des médecins, les dépenses totales projetées consacrées aux médecins pour tous les payeurs équivalent à 67,1 milliards de dollars constants de 2012 en 2037 (en baisse par rapport aux 88,4 milliards si l'on suppose que les administrations ne prendront aucune mesure—une économie de 24 %).

Le tableau 5.3 résume les principales constatations issues de la projection des dépenses consacrées aux médecins par les provinces et les territoires et la sensibilité des hypothèses utilisées.

Tableau 5.3 : Sommaire des projections des dépenses des provinces/territoires consacrées aux médecins

Dépenses des provinces/territoires consacrées aux médecins					
(en millions de dollars constants de 2012, où ça s'applique)					
Croissance des dépenses	Augmentation annuelle attribuable au vieillissement et à la croissance démographique	Augmentation annuelle attribuable au coût réel	Augmentation annuelle totale	Dépenses totales des provinces/territoires consacrées aux médecins	en % du PIB
Tendances historiques de 1996 à 2010	1,8 %	3,0 %	4,8 %	2012 : 29 015	1,7 %
Projection selon la croissance historique du coût réel	1,6 %	3,0 %	4,6 %	2037 : 88 404	3,6 %
Projection selon le scénario de base	1,5 %	1,9 %	3,4 %	2037 : 67 076	2,7 %
Hypothèse de projection du scénario de base	Tendance de 2,5 % pendant cinq ans, chutant à 1,0 % après 25 ans				
Analyse de sensibilité					
Hypothèses de projection testées	Augmentation annuelle attribuable au vieillissement et à la croissance démographique	Augmentation annuelle attribuable au coût réel	Augmentation annuelle totale	Dépenses totales des provinces/territoires consacrées aux médecins	en % du PIB
Modèle démographique					
Optimiste : Faible croissance	1,3 %	1,9 %	3,1 %	2037 : 62 661	2,7 %
Pessimiste : Forte croissance	1,8 %	1,9 %	3,7 %	2037 : 71 630	2,7 %
Coût des services de médecins					
Optimiste : -1,0 %	1,5 %	0,9 %	2,4 %	2037 : 52 415	2,1 %
Pessimiste : +1,0 %	1,6 %	2,9 %	4,4 %	2037 : 85 631	3,5 %

³⁶ La méthodologie que nous avons adoptée consiste à appliquer les dépenses réelles par habitant que les provinces et territoires consacrent aux médecins à la démographie projetée pour obtenir les dépenses réelles totales consacrées aux médecins. Cette technique permet de saisir les effets combinés de la croissance démographique et du vieillissement. Elle contient également une hypothèse implicite, à savoir que le nombre réel de médecins suit la hausse des besoins d'une population vieillissante.

Le tableau 5.4 présente les dépenses projetées que les provinces et les territoires consacreront aux médecins entre 2012 et 2037 en vertu du scénario de base. Ces dépenses croîtront à un taux moyen de 3,4 % par année, en plus de l'inflation générale—1,9 % en raison de la hausse des prix et 1,5 % attribuable au vieillissement et à la croissance démographique. Nos travaux révèlent que les effets combinés du vieillissement et de la croissance démographique varient selon la province et le territoire; ils passent de 0,9 % à Terre-Neuve-et-Labrador et au Yukon à 1,8 % en Alberta et en Colombie-Britannique, la moyenne nationale se situant à 1,5 %, comme le précise la figure 5.3. Par contre, Drummond utilise un facteur tendanciel de 2,0 % en Ontario pour le vieillissement et la croissance démographique³⁷, par rapport à 1,5 % pour les services des médecins dans le présent rapport.

Figure 5.3 : Composantes de la croissance des dépenses projetées consacrées aux médecins, 2012 à 2036, Scénario de base (en dollars constants de 2012)

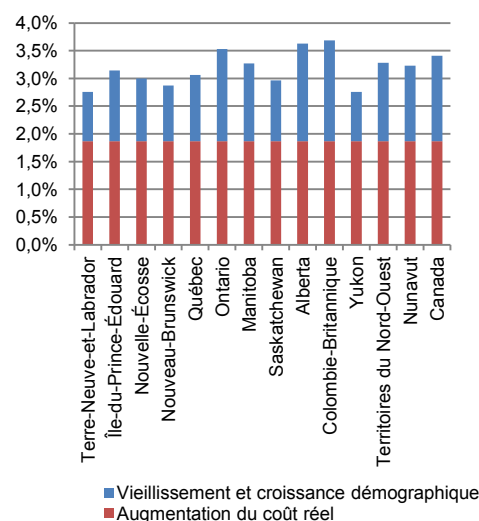


Tableau 5.4 : Dépenses projetées des provinces et des territoires consacrées aux médecins, 2012 à 2037, scénario de base (en millions de dollars constants de 2012)

Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	Yukon	Territoires du Nord-Ouest	Nunavut	Canada	% du PIB
2012	452	103	741	590	5 644	12 090	1 030	908	3 519	3 807	30	51	50	29 015	1,7 %
2013	469	108	770	613	5 872	12 631	1 071	940	3 680	3 985	31	53	53	30 275	1,8 %
2014	485	112	800	636	6 108	13 194	1 115	974	3 846	4 169	32	55	55	31 579	1,8 %
2015	503	116	830	660	6 353	13 776	1 159	1 009	4 019	4 360	33	57	57	32 932	1,9 %
2016	522	120	862	685	6 605	14 381	1 205	1 045	4 197	4 558	34	60	60	34 334	1,9 %
2017	541	126	896	711	6 866	15 011	1 253	1 083	4 383	4 765	35	62	62	35 793	1,9 %
2018	561	131	930	738	7 128	15 652	1 302	1 122	4 573	4 977	36	64	65	37 280	2,0 %
2019	580	136	964	765	7 394	16 305	1 353	1 161	4 765	5 193	38	67	68	38 788	2,1 %
2020	600	141	1 000	791	7 664	16 969	1 404	1 201	4 962	5 413	39	69	70	40 322	2,1 %
2021	620	146	1 035	819	7 934	17 644	1 456	1 241	5 161	5 637	40	72	73	41 878	2,2 %
2022	640	152	1 071	846	8 206	18 331	1 508	1 282	5 365	5 865	41	74	75	43 457	2,2 %
2023	660	157	1 107	874	8 478	19 024	1 561	1 323	5 573	6 098	43	77	77	45 052	2,3 %
2024	680	163	1 142	901	8 753	19 725	1 615	1 365	5 781	6 333	44	79	79	46 660	2,3 %
2025	699	168	1 178	927	9 027	20 434	1 669	1 407	5 996	6 571	46	82	83	48 287	2,4 %
2026	718	173	1 213	954	9 299	21 144	1 723	1 449	6 209	6 810	47	85	84	49 908	2,4 %
2027	737	179	1 248	980	9 567	21 853	1 777	1 491	6 426	7 050	48	88	86	51 530	2,5 %
2028	755	184	1 283	1 005	9 834	22 566	1 832	1 533	6 644	7 293	49	91	90	53 159	2,5 %
2029	773	189	1 316	1 031	10 097	23 278	1 886	1 575	6 864	7 536	50	94	92	54 781	2,5 %
2030	791	194	1 350	1 055	10 359	23 992	1 940	1 617	7 083	7 779	51	97	94	56 401	2,6 %
2031	807	199	1 382	1 078	10 614	24 698	1 994	1 657	7 301	8 019	52	99	96	57 997	2,6 %
2032	823	204	1 413	1 100	10 860	25 394	2 047	1 696	7 518	8 256	54	102	98	59 565	2,6 %
2033	838	208	1 443	1 121	11 100	26 083	2 099	1 736	7 734	8 492	55	105	100	61 113	2,7 %
2034	852	212	1 471	1 141	11 336	26 766	2 151	1 775	7 949	8 726	56	107	103	62 645	2,7 %
2035	866	217	1 500	1 162	11 564	27 440	2 202	1 812	8 162	8 958	58	109	105	64 154	2,7 %
2036	879	220	1 526	1 180	11 781	28 099	2 252	1 849	8 367	9 182	59	111	108	65 611	2,7 %
2037	892	224	1 552	1 197	11 998	28 760	2 302	1 885	8 575	9 407	59	114	112	67 076	2,7 %

Source : ICIS, 2012b et calculs de l'auteur.

³⁷ Drummond, Don et Derek Burleton. *Charting a Path to Sustainable Healthcare in Ontario: 10 Proposals to Restrain Cost Growth Without Compromising Quality of Care*. TD Economics, 27 mai 2010.

En outre, une réduction de 1,0 % par année du taux de croissance des dépenses réelles par habitant consacrées aux médecins abaisserait le taux de croissance attendu des dépenses que les provinces et les territoires consacrent aux médecins et les ferait passer de 3,4 % à 2,4 % par année; elle permettrait aux provinces et territoires de faire des économies correspondant à 22 % de leurs dépenses consacrées aux médecins et à 4,7 % de leurs dépenses totales en soins de santé au cours des 25 prochaines années.

Les dépenses directes du gouvernement fédéral consacrées aux médecins sont réputées augmenter en proportion de celles des provinces et des territoires, à un taux annuel réel de 3,4 %—en plus de l'inflation. Les dépenses payées par des caisses de sécurité sociale, par le secteur privé et directement par les Canadiens sont également présumées augmenter en proportion de celles des provinces et des territoires; toutefois, en ne tenant compte que de la population de 20 ans à 64 ans, afin de refléter le fait que, de façon générale, ces dépenses sont en relation avec la population active. Elles devraient augmenter à un taux annuel réel de 2,3 %—en plus de l'inflation.

Le tableau 5.5 résume les dépenses prévues consacrées aux médecins, par payeur, au cours des 25 prochaines années. Les services des médecins coûtent 1,8 % du PIB en 2012. Leur importance devrait croître et s'établir à 2,8 % en 2037.

Tableau 5.5 : Dépenses projetées consacrées aux médecins, 2012 à 2037, par payeur, scénario de base (en millions de dollars constants de 2012)

Années	Admin. prov./terr.	Gouver- nement fédéral	Admin. municipales	Caisses de sécurité sociale	Total – Secteur public	Secteur privé et paiements directs	Total	% du PIB
2012	29 015	225	0	316	29 556	400	29 957	1,8 %
2013	30 275	235	0	328	30 837	414	31 251	1,8 %
2014	31 579	245	0	339	32 163	428	32 592	1,9 %
2015	32 932	255	0	351	33 539	443	33 981	1,9 %
2016	34 334	266	0	363	34 963	457	35 421	2,0 %
2017	35 793	277	0	375	36 445	472	36 917	2,0 %
2018	37 280	289	0	386	37 955	485	38 441	2,1 %
2019	38 788	301	0	397	39 486	498	39 984	2,1 %
2020	40 322	312	0	407	41 042	511	41 552	2,2 %
2021	41 878	324	0	418	42 620	523	43 143	2,2 %
2022	43 457	337	0	427	44 221	534	44 755	2,3 %
2023	45 052	349	0	437	45 838	545	46 383	2,3 %
2024	46 660	362	0	446	47 468	556	48 024	2,4 %
2025	48 287	374	0	455	49 116	566	49 682	2,4 %
2026	49 908	387	0	463	50 758	576	51 333	2,5 %
2027	51 530	399	0	471	52 400	585	52 985	2,5 %
2028	53 159	412	0	478	54 049	594	54 643	2,6 %
2029	54 781	424	0	486	55 691	603	56 294	2,6 %
2030	56 401	437	0	494	57 331	614	57 945	2,7 %
2031	57 997	449	0	503	58 949	625	59 574	2,7 %
2032	59 565	462	0	513	60 539	637	61 177	2,7 %
2033	61 113	473	0	523	62 110	650	62 759	2,7 %
2034	62 645	485	0	533	63 664	662	64 326	2,7 %
2035	64 154	497	0	543	65 195	675	65 869	2,8 %
2036	65 611	508	0	553	66 673	687	67 360	2,8 %
2037	67 076	520	0	563	68 159	699	68 858	2,8 %

Considérations relatives à l'offre de médecins

Les tableaux 5.6 et 5.7 indiquent le nombre total de médecins et le nombre de médecins par habitant au Canada en 2010³⁸, de même que par rapport à l'offre par habitant dans d'autres pays industrialisés³⁹. Le Canada occupe le septième avant-dernier rang (sur 34) parmi les pays de l'OCDE au chapitre du nombre de médecins par habitant, et le dernier parmi les pays du G-7.

Tableau 5.6 : Comparaison du nombre de médecins au Canada et dans les pays de l'OCDE, 2012

	Par 1 000
Canada	2,03
États-Unis	2,44
Autres pays du G-7 :	
- France	3,27
- Allemagne	3,73
- Italie	3,68
- Japon	2,23
- Royaume-Uni	2,71
Moyenne du G-7	2,87
Moyenne de l'OCDE	3,10

Source : ICIS, 2011d et données de l'OCDE sur la santé 2012

Tableau 5.7 : Nombre de médecins, 2010, selon la province et le territoire

	par	
	Total	100 000
Terre-Neuve-et-Labrador	1 152	226
Île-du-Prince-Édouard	236	164
Nouvelle-Écosse	2 126	225
Nouveau-Brunswick	1 546	205
Québec	17 797	224
Ontario	25 044	189
Manitoba	2 311	186
Saskatchewan	1 778	169
Alberta	7 882	211
Colombie-Britannique	9 708	213
Yukon	72	210
Territoires du Nord-Ouest	34	78
Nunavut	13	39
Canada	69 699	203

Source : ICIS, 2011d

L'application du modèle démographique adopté à la courbe des dépenses actuelles par habitant consacrées aux médecins, selon l'âge et le sexe, suggère que l'offre de médecins augmentera d'environ 46 % en moyenne au Canada au cours de la période de projection de 25 ans, comme le montre le tableau 5.8. L'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique devront accroître le nombre de leurs médecins d'au moins 50 % pour uniquement satisfaire à la demande de services en raison du vieillissement de la population et de la croissance démographique, non pas pour combler un quelconque écart perçu; par ailleurs, les besoins seront moindres dans les provinces de l'Atlantique, au Québec et en Saskatchewan.

Il est intéressant de noter que la hausse suggérée de 46 % du nombre de médecins au Canada au cours de la période de projection de 25 ans est assez proche de l'écart actuel de 41 % entre le nombre de médecins par habitant au Canada et la moyenne des pays du G-7. Il convient toutefois de faire preuve de prudence, car aucune conclusion définitive ne peut être tirée de ce simple fait. L'écart actuel entre le Canada et la moyenne des pays du G-7 peut découler de différences structurelles dans la prestation des soins de santé, qui n'influe pas sur les résultats et qui n'est pas affectée par des facteurs démographiques différents. De même, il ne serait pas étonnant que les pays du G-7 modifient leurs façons d'offrir leurs soins de santé au cours des 25 prochaines années.

Tableau 5.8 : Augmentation implicite cumulative de l'offre de médecins, 2012 à 2037, selon la province et le territoire, scénario de base

Terre-Neuve-et-Labrador	24 %
Île-du-Prince-Édouard	37 %
Nouvelle-Écosse	32 %
Nouveau-Brunswick	28 %
Québec	34 %
Ontario	50 %
Manitoba	41 %
Saskatchewan	31 %
Alberta	53 %
Colombie-Britannique	56 %
Yukon	24 %
Territoires du Nord-Ouest	41 %
Nunavut	39 %
Canada	46 %

³⁸ ICIS, 2011d.

³⁹ Données de l'OCDE sur la santé, 2012.

Chapitre 6—Projection des dépenses hospitalières

De concert avec les services offerts par les médecins, les services hospitaliers sont au cœur de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984. Ils constituent la plus importante composante des dépenses, soit 29 % de toutes les dépenses en soins de santé provenant de toutes les sources de fonds et 40 % des dépenses en soins de santé des provinces et des territoires. Dans le présent chapitre, nous examinons d'abord la structure actuelle des dépenses hospitalières avant d'en effectuer une projection.

Introduction

Les dépenses hospitalières représentent le coût du traitement des patients dans des établissements reconnus comme des hôpitaux qui offrent des soins aux patients hospitalisés et des soins en consultation externe⁴⁰. Les traitements se composent habituellement de services diagnostiques et thérapeutiques fournis aux patients recevant des soins médicaux en continu. Les dépenses comprennent les salaires versés aux infirmières et aux médecins, et à d'autres professionnels qui figurent sur la liste de paye des hôpitaux⁴¹, le coût des médicaments et des fournitures médicales utilisés pendant la période d'hospitalisation, auxquels on ajoute les frais d'administration des hôpitaux.

Coûts actuels

Le tableau 6.1 présente les dépenses hospitalières par payeur et par province et territoire. Il démontre que les provinces et les territoires sont responsables de 89 % de toutes les dépenses hospitalières, alors que la part des autres secteurs publics est négligeable. Le secteur privé (y compris les paiements directs des Canadiens) représente moins de 10 % des dépenses; il finance essentiellement le coût de chambres privées et semi-privées.

Il convient de remarquer que 54,3 milliards de dollars des dépenses hospitalières⁴² (90 % des dépenses hospitalières totales) relèvent des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984. Elles comptent également pour 65 % des dépenses en soins de santé visées par la loi.

⁴⁰ ICIS, 2011c. Par définition, les hôpitaux sont des « établissements où les patients sont hébergés en fonction des besoins médicaux et où ils reçoivent des soins médicaux continus et des services diagnostiques et thérapeutiques connexes. Les hôpitaux sont agréés ou approuvés comme tels par un gouvernement provincial ou territorial ou sont exploités par le gouvernement du Canada. Ils comprennent les établissements fournissant des soins de courte durée, des soins prolongés et des soins pour patients atteints de maladies chroniques, des soins de réadaptation et de convalescence, des soins psychiatriques de même que les postes de soins infirmiers et les hôpitaux de régions éloignées ». Cette définition comprend les hôpitaux psychiatriques.

⁴¹ Cela signifie que tous les paiements faits aux médecins par le programme d'assurance-maladie des provinces et territoires ne sont pas pris en compte ici; ils sont plutôt réputés être des dépenses consacrées aux médecins et sont abordés au chapitre 5.

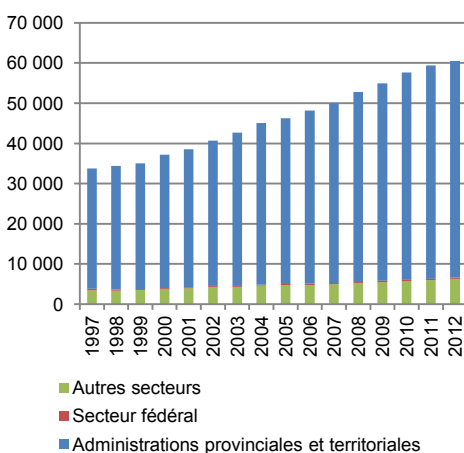
⁴² Correspond à la somme de 53,9 milliards de dollars payée par les provinces et les territoires et du montant de 0,3 milliard versé directement par le gouvernement fédéral.

Tableau 6.1 : Dépenses hospitalières totales, 2012, par payeur

Province/territoire	Secteur des administrations provinciales/territoriales		Secteur privé et paiements directs		Total		
	Total (millions de \$)	Par habitant (\$)	Total (millions de \$)	Par habitant (\$)	Total (millions de \$)	Par habitant (\$)	% du PIB
Terre-Neuve-et-Labrador	1 266,7	2 487	66,9	131	1 349,9	2 651	5,9 %
Île-du-Prince-Édouard	263,9	1 803	9,3	63	277,3	1 894	5,4 %
Nouvelle-Écosse	1 615,6	1 708	228,7	242	1 895,5	2 004	5,4 %
Nouveau-Brunswick	1 444,2	1 910	117,1	155	1 600,9	2 117	5,5 %
Québec	10 996,9	1 368	470,2	58	11 575,0	1 440	3,4 %
Ontario	18 314,2	1 354	3 375,8	250	21 936,2	1 621	3,3 %
Manitoba	2 306,7	1 828	222,8	176	2 549,1	2 020	4,7 %
Saskatchewan	1 868,8	1 747	117,1	109	2 025,3	1 893	4,0 %
Alberta	8 344,4	2 166	742,3	193	9 196,3	2 387	3,5 %
Colombie-Britannique	7 136,6	1 536	484,4	104	7 717,9	1 661	3,7 %
Yukon	70,9	2 023	4,5	128	76,3	2 177	3,4 %
Territoires du Nord-Ouest	150,1	3 406	21,8	496	172,7	3 920	4,5 %
Nunavut	145,7	4 321	4,0	118	150,2	4 453	9,9 %
Total - Canada	53 924,8	1 546	5 864,9	168	60 522,7	1 736	3,6 %
Admin. prov./terr.	53 924,8	1 546					
Fédéral – direct	326,0	9					
Admin. municipales	36,2	1					
Caisses de sécurité sociale	370,9	11					
Total	54 657,8	1 567	5 864,9	168	60 522,7	1 736	3,6 %

Source : ICIS, 2012b.

Figure 6.1 : Dépenses hospitalières historiques, 1997 à 2012 (en millions de dollars constants de 2012)



Source : ICIS, 2012b.

La figure 6.1 révèle que les dépenses hospitalières ont augmenté à un taux annuel réel de 4,0 % au cours des 15 dernières années—en plus de l’inflation—passant de 34,7 milliards de dollars constants de 2012 en 1997 à 60,5 milliards en 2012. Entretemps, les dépenses hospitalières par habitant ont progressé à un taux annuel réel de 2,9 % pendant la même période.

Le tableau 6.2 montre la répartition des dépenses hospitalières selon le type de dépense. Le Québec et le Nunavut sont exclus, car les dépenses relatives aux médicaments ne sont pas identifiables à l’heure actuelle pour le Québec et les données du Nunavut ne sont pas disponibles. Le tableau révèle que la rémunération constitue la plus importante composante des dépenses pour les hôpitaux, représentant de 60 % à 75 % des dépenses totales. Les médicaments ne représentent en moyenne que 3,5 % des dépenses totales.

Tableau 6.2 : Répartition des dépenses hospitalières par catégorie, exercice 2009-2010, selon la province et le territoire

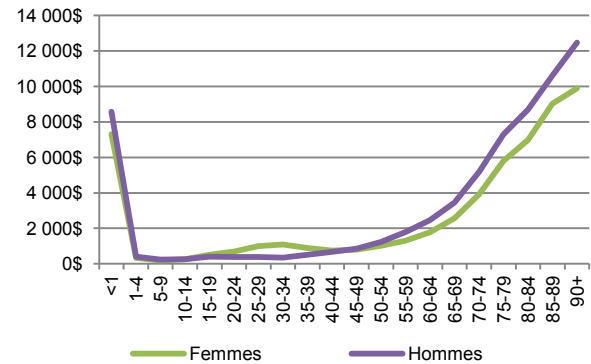
Province/territoire	Rémunération	Médicaments	Fournitures	Matériel	Immeubles et terrains	Impartition	Total
Terre-Neuve-et-Labrador	70,8 %	3,1 %	15,4 %	3,8 %	3,4 %	3,6 %	100,0 %
Île-du-Prince-Édouard	73,2 %	3,1 %	19,4 %	1,7 %	0,9 %	1,7 %	100,0 %
Nouvelle-Écosse	70,8 %	2,7 %	17,5 %	5,1 %	2,8 %	1,3 %	100,0 %
Nouveau-Brunswick	70,5 %	3,8 %	16,2 %	4,7 %	2,6 %	2,2 %	100,0 %
Ontario	66,1 %	3,8 %	19,2 %	5,8 %	3,1 %	2,1 %	100,0 %
Manitoba	65,4 %	2,2 %	14,7 %	4,1 %	2,5 %	11,1 %	100,0 %
Saskatchewan	74,9 %	2,3 %	15,4 %	3,8 %	2,4 %	1,2 %	100,0 %
Alberta	71,4 %	3,6 %	12,7 %	5,0 %	3,3 %	4,1 %	100,0 %
Colombie-Britannique	69,0 %	3,9 %	14,0 %	5,4 %	4,2 %	3,5 %	100,0 %
Yukon	60,1 %	2,4 %	18,6 %	3,6 %	8,5 %	6,8 %	100,0 %
Territoires du Nord-Ouest	66,4 %	2,7 %	23,9 %	1,5 %	2,8 %	2,6 %	100,0 %
Total - Canada	68,1 %	3,5 %	16,8 %	5,3 %	3,2 %	3,1 %	100,0 %

Source : ICIS, BDGC 2012

Les dépenses hospitalières par habitant des provinces et des territoires suivent la courbe de la figure 6.2, selon l'âge et le sexe. Les données réelles pour 2010 sont publiées par l'ICIS. Elles sont ensuite projetées en 2012 à l'aide du modèle démographique présenté au chapitre 4, en veillant à ce que les dépenses hospitalières totales qui en découlent correspondent à l'estimation affichée au tableau 6.1.

À l'exception des nouveau-nés, les dépenses hospitalières sont assez stables jusqu'à 50 à 54 ans, après quoi elles commencent à grimper. Les coûts pour les hommes augmentent plus rapidement que ceux des femmes (les coûts sont plus élevés dans une proportion de 21 % pour les hommes de 50 à 54 ans, 35 % plus élevés entre 65 et 69 ans, 26 % supérieurs entre 75 et 79 ans, et 18 % plus élevés de 85 à 89 ans). Les coûts relatifs aux femmes sont plus élevés entre 20 et 44 ans, c'est-à-dire aux âges de procréer. Il est intéressant de noter que le coût des nouveau-nés est presque aussi élevé que celui des soins prodigués entre 80 et 84 ans.

Figure 6.2 : Dépenses hospitalières par habitant des provinces et des territoires, 2012



Source : ICIS, 2011c.

Projections

Les dépenses hospitalières réelles entre 1996 et 2010 sont analysées pour déterminer les composantes de croissance. Le tableau 6.3 révèle que le vieillissement et la croissance démographique exercent un effet constant dans l'ensemble des provinces et territoires; elles demeurent habituellement dans la fourchette de 0,8 % à 2,2 %, à une exception près : l'Alberta, dont la croissance démographique était plus élevée que la moyenne en raison de l'essor du secteur du pétrole et du gaz.

L'inflation réelle des prix dans le secteur des dépenses hospitalières, sans égard à l'âge et au sexe, a atteint en moyenne 1,7 %, alors que la Saskatchewan a enregistré des hausses atteignant 4,9 %, le Québec étant en fin de peloton, avec 0,3 %. Elle se compose : (1) d'augmentations de la rémunération; (2) de l'évolution réelle du prix des fournitures et des frais de gestion des établissements; et (3) des tendances dans l'utilisation des services hospitaliers par la population, y compris le nombre de médecins et d'infirmières réglementées⁴³, à l'exception du vieillissement et de la croissance démographique.

Tableau 6.3 : Composantes de la croissance des dépenses hospitalières, 1996 à 2010, selon la province et le territoire (en dollars constants de 2012)

Province	Vieillessement et croissance démographique	Inflation réelle des prix	Croissance réelle totale
Terre-Neuve-et-Labrador	1,0 %	4,1 %	5,1 %
Île-du-Prince-Édouard	1,4 %	2,2 %	3,6 %
Nouvelle-Écosse	1,3 %	3,1 %	4,4 %
Nouveau-Brunswick	1,5 %	2,9 %	4,4 %
Québec	2,0 %	0,3 %	2,4 %
Ontario	2,2 %	1,1 %	3,2 %
Manitoba	1,3 %	2,8 %	4,1 %
Saskatchewan	0,8 %	4,9 %	5,6 %
Alberta	3,3 %	4,4 %	7,7 %
Colombie-Britannique	2,2 %	1,5 %	3,7 %
Canada	2,2 %	1,7 %	3,8 %

Source : ICIS, 2012b et calculs de l'auteur.

L'utilisation des tendances historiques observées des coûts hospitaliers (c'est-à-dire en supposant que les dépenses par habitant croîtront à un taux annuel réel de 1,7 %—en plus de l'inflation—pendant toute la période de projection) se traduirait par la croissance des dépenses hospitalières totales des provinces

⁴³ Il convient de noter que les honoraires des médecins ne sont pas compris dans les dépenses hospitalières. Malgré cela, l'offre de médecins constitue un facteur à prendre en compte, car la littérature suggère qu'ils exercent un contrôle important sur l'offre de soins et les procédures, notamment les tests diagnostiques et les chirurgies.

et des territoires à un rythme annuel réel de 3,9 %, soit de 53,9 milliards de dollars (3,2 % du PIB) en 2012 à 139,8 milliards en dollars constants de 2012 (5,6 % du PIB) en 2037.

Nous utilisons plutôt des hypothèses de projection développées à partir des différents types de dépenses hospitalières, mais qui produisent des résultats globaux semblables. Par conséquent, le modèle de projection utilisé dans le présent rapport jumelle les facteurs tendanciels qui suivent, sans tenir compte de l'inflation :

- 1,0 % pour la rémunération au cours des cinq premières années, puis passage progressif à 0,5 % après 25 ans;
- 5,0 % pour les médicaments au cours des cinq premières années, puis passage progressif à 3,0 % après 25 ans⁴⁴;
- 0,0 % pour les fournitures, le matériel, les immeubles et les terrains.

Les facteurs de pondération appliqués à chaque composante sont : 70 % pour la rémunération, 15 % pour les fournitures, 5 % pour le matériel, les immeubles et les terrains, 5 % pour les médicaments et 5 % pour l'impartition⁴⁵. Ces facteurs sont conformes aux constatations présentées au tableau 6.2.

De plus, un nouveau facteur de tendance est introduit pour saisir l'effet de l'innovation et de l'implantation de nouveaux traitements et technologies. Il est défini de manière à représenter 1,0 % des dépenses hospitalières totales au cours des cinq premières années pour ensuite passer progressivement à 0,5 % après 25 ans (pris en compte dans les augmentations des coûts réels à la figure 6.3). Ceci est conforme à une étude du Congressional Budget Office des États-Unis, qui estime que l'innovation représente entre 38 % et 65 % de la hausse totale du coût des soins de santé par habitant⁴⁶. En effet, on croit que les nouvelles technologies (y compris l'imagerie et les progrès en chirurgie et en génétique) expliquent de 27 % à 48 % de la croissance réelle des dépenses en soins de santé par habitant aux États-Unis entre 1960 et 2007⁴⁷. L'Institut C.D. Howe estime que le facteur technologique « résiduel » équivaut à un taux de croissance de 1,1 % du taux de croissance des dépenses réelles en soins de santé par habitant (entre 1996 et 2009)⁴⁸. Toutefois, Drummond utilise une hypothèse plus élevée (2,0 %) pour ce qu'il considère une « augmentation de l'intensité » qui, selon lui, [traduction] « est descendue à partir de 3 % au cours de la dernière décennie lorsque 1 % représentait un rattrapage après les compressions des années 1990 »⁴⁹.

⁴⁴ Il convient de recourir à des hypothèses de projection pour les médicaments administrés dans des hôpitaux qui diffèrent de celles utilisées pour projeter les dépenses au titre des médicaments, car des médicaments sont habituellement administrés dans les hôpitaux pour des troubles chroniques pour lesquels une pharmacothérapie novatrice (et coûteuse) est susceptible d'être offerte à l'avenir.

⁴⁵ Puisqu'aucun renseignement précis n'est disponible au sujet des éléments couverts par l'impartition hospitalière, nous projetons ces dépenses en supposant qu'elles sont semblables aux autres coûts pour les services hospitaliers. Plus particulièrement, le modèle projette séparément les dépenses se rapportant à la rémunération, aux médicaments, aux fournitures, au matériel, aux immeubles et aux terrains, puis divise les dépenses totales projetées par 0,95.

⁴⁶ U.S. Congressional Budget Office, *Technological Change and the Growth of Health Care Spending* (Washington, D.C.), CBO, 2008.

⁴⁷ Smith, Newhouse et Freeland, 2009.

⁴⁸ Dodge, David A. et Richard Dion. *La maladie chronique des dépenses en soins de santé : un diagnostic et un pronostic macroéconomiques*, Institut C.D. Howe, Commentaire, Cahiers sur la santé, n° 327, 2011.

⁴⁹ Drummond, Don et Derek Burleton. *Charting a Path to Sustainable Healthcare in Ontario: 10 Proposals to Restrain Cost Growth Without Compromising Quality of Care*. TD Economics, 27 mai 2010.

Tous éléments confondus, il en découle une tendance réelle moyenne de 1,8 %, sans tenir compte de l'effet du vieillissement et de la croissance démographique. Ce résultat est conforme aux tendances historiques observées.

Le tableau 6.4 résume les principales constatations issues de la projection des dépenses hospitalières par les provinces et les territoires et la sensibilité des hypothèses utilisées.

Tableau 6.4 : Sommaire des projections des dépenses hospitalières des provinces et des territoires

Dépenses hospitalières des provinces et des territoires					
(en millions de dollars constants de 2012, le cas échéant)					
Croissance des dépenses	Augmentation annuelle attribuable au vieillissement et à la croissance démographique	Augmentation annuelle attribuable au coût réel	Augmentation annuelle totale	Dépenses hospitalières totales des provinces/territoires	en % du PIB
Tendances historiques de 1996 à 2010	2,2 %	1,7 %	3,8 %	2012 : 53 925	3,2 %
Projection selon la croissance historique du coût réel	2,2 %	1,7 %	3,9 %	2037 : 139 774	5,6 %
Projection selon le scénario de base	2,2 %	1,8 %	3,9 %	2037 : 141 631	5,7 %
Hypothèse de projection en vertu du scénario de base	Rémunération - 70 %—tendance de 1,0 % pendant cinq ans, chutant à 0,5 % après 25 ans Fournitures, matériel, immeubles et terrains - 25 %—aucune tendance Médicaments - 5 %—tendance de 3 % pendant 25 ans Innovation—tendance de 1,0 % pendant cinq ans, chutant à 0,5 % après 25 ans				
Analyse de sensibilité					
Hypothèses de projection testées	Augmentation annuelle attribuable au vieillissement et à la croissance démographique	Augmentation annuelle attribuable au coût réel	Augmentation annuelle totale	Dépenses hospitalières totales des provinces/territoires	en % du PIB
Modèle démographique					
Optimiste : Faible croissance	1,9 %	1,8 %	3,7 %	2037 : 133 033	5,8 %
Pessimiste : Forte croissance	2,4 %	1,8 %	4,2 %	2037 : 150 392	5,6 %
Coût de la rémunération					
Optimiste : -1,0 %	2,2 %	1,2 %	3,4 %	2037 : 123 765	5,0 %
Pessimiste : +1,0 %	2,2 %	2,5 %	4,7 %	2037 : 169 643	6,9 %
Coût des médicaments					
Optimiste : -1,0 %	2,2 %	1,6 %	3,8 %	2037 : 137 564	5,6 %
Pessimiste : +1,0 %	2,2 %	1,9 %	4,1 %	2037 : 146 752	5,9 %
Coût des fournitures, du matériel, des immeubles et des terrains					
Pessimiste : +1,0 %	2,2 %	1,9 %	4,1 %	2037 : 148 012	6,0 %
Innovation					
Optimiste : -1,0 %	2,2 %	1,0 %	3,1 %	2037 : 116 342	4,7 %
Pessimiste : +1,0 %	2,2 %	2,8 %	5,0 %	2037 : 181 280	7,3 %

Le tableau 6.5 présente les dépenses hospitalières projetées des provinces et des territoires, entre 2012 et 2037.

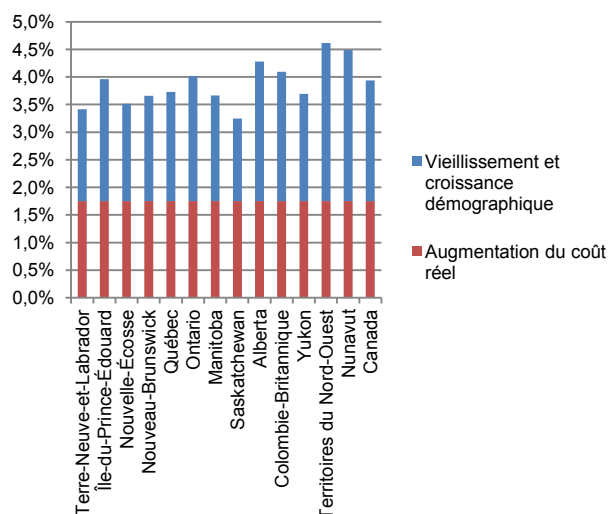
Tableau 6.5 : Dépenses hospitalières projetées par province et territoire, 2012 à 2037, scénario de base (en millions de dollars constants de 2012)

Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	Yukon	Territoires du Nord-Ouest	Nunavut	Canada	% du PIB
2012	1 267	264	1 616	1 444	10 997	18 314	2 307	1 869	8 344	7 137	71	150	146	53 925	3,2 %
2013	1 316	278	1 680	1 504	11 455	19 139	2 396	1 928	8 740	7 462	73	159	161	56 292	3,3 %
2014	1 365	289	1 744	1 565	11 937	19 998	2 487	1 993	9 146	7 798	76	168	166	58 732	3,4 %
2015	1 417	302	1 809	1 625	12 445	20 888	2 580	2 059	9 571	8 148	80	175	174	61 275	3,5 %
2016	1 475	315	1 880	1 690	12 982	21 819	2 680	2 127	10 015	8 513	82	186	182	63 948	3,5 %
2017	1 534	332	1 957	1 760	13 552	22 803	2 784	2 199	10 482	8 899	87	193	190	66 772	3,6 %
2018	1 598	347	2 036	1 835	14 133	23 818	2 890	2 275	10 966	9 299	92	203	200	69 692	3,7 %
2019	1 660	361	2 116	1 907	14 735	24 857	3 002	2 350	11 461	9 708	95	214	210	72 675	3,8 %
2020	1 725	379	2 200	1 980	15 350	25 927	3 115	2 431	11 978	10 129	98	223	218	75 752	4,0 %
2021	1 795	393	2 285	2 062	15 979	27 032	3 235	2 510	12 510	10 566	105	234	228	78 932	4,1 %
2022	1 865	408	2 376	2 145	16 623	28 193	3 358	2 597	13 069	11 026	107	249	237	82 254	4,2 %
2023	1 934	427	2 468	2 232	17 275	29 383	3 487	2 684	13 652	11 502	111	259	250	85 664	4,3 %
2024	2 008	443	2 559	2 317	17 958	30 600	3 620	2 777	14 244	11 990	117	271	258	89 162	4,4 %
2025	2 080	462	2 653	2 406	18 657	31 849	3 756	2 870	14 866	12 491	124	280	274	92 766	4,5 %
2026	2 155	481	2 746	2 496	19 370	33 127	3 894	2 966	15 499	13 006	129	298	279	96 445	4,7 %
2027	2 225	498	2 845	2 590	20 090	34 452	4 041	3 064	16 164	13 541	131	317	287	100 246	4,8 %
2028	2 299	518	2 944	2 686	20 834	35 816	4 193	3 166	16 853	14 093	137	334	316	104 190	4,9 %
2029	2 376	537	3 041	2 780	21 589	37 194	4 345	3 270	17 561	14 658	141	345	324	108 163	5,0 %
2030	2 453	555	3 142	2 876	22 364	38 605	4 498	3 377	18 282	15 232	147	364	334	112 227	5,1 %
2031	2 524	575	3 242	2 971	23 128	40 029	4 658	3 483	19 022	15 810	150	382	344	116 317	5,2 %
2032	2 597	596	3 343	3 071	23 884	41 485	4 826	3 588	19 784	16 403	156	398	355	120 485	5,3 %
2033	2 663	618	3 444	3 165	24 634	42 961	4 987	3 702	20 571	17 010	157	414	367	124 692	5,4 %
2034	2 732	637	3 540	3 262	25 373	44 450	5 157	3 814	21 363	17 620	167	426	377	128 916	5,5 %
2035	2 801	659	3 639	3 358	26 091	45 956	5 325	3 928	22 166	18 236	174	443	389	133 164	5,6 %
2036	2 866	678	3 733	3 450	26 769	47 456	5 496	4 038	22 962	18 842	175	453	409	137 328	5,7 %
2037	2 934	697	3 831	3 545	27 467	49 002	5 671	4 153	23 790	19 465	176	464	436	141 631	5,7 %

Source : ICIS, 2012b et calculs de l'auteur.

La figure 6.3 indique que les dépenses hospitalières devraient augmenter à un rythme moyen de 3,9 % par année en dollars constants de 2012—1,8 % en raison de la hausse des prix et 2,2 % à cause du vieillissement et de la croissance démographique. Les effets combinés de ces deux éléments varient selon la province et le territoire, et elles oscillent entre 1,5 % en Saskatchewan et 2,5 % en Alberta, voire 2,7 % au Nunavut et 2,9 % dans les Territoires du Nord-Ouest; la moyenne nationale se situe à 2,2 %. Par contre, Drummond utilise un facteur tendanciel combiné de 2,0 % en Ontario pour le vieillissement et la croissance démographique⁵⁰, par rapport à 2,2 % pour les services hospitaliers dans le présent rapport.

Figure 6.3 : Composantes des taux de croissance des dépenses hospitalières, 2012 à 2037, scénario de base



La sensibilité des provinces et des territoires au changement dans les hypothèses de projection des dépenses hospitalières a été évaluée. Voici quelques constatations :

⁵⁰ Drummond, Don et Derek Burleton. *Charting a Path to Sustainable Healthcare in Ontario: 10 Proposals to Restrain Cost Growth Without Compromising Quality of Care*. TD Economics, 27 mai 2010.

- La limitation de la croissance de la composante rémunération de 1,0 % par année au cours des 25 prochaines années permettrait d'abaisser le taux de croissance attendu des dépenses hospitalières des provinces et des territoires pour le faire passer de 3,9 % par année à 3,4 %, pour des économies de 13 % pour les provinces et les territoires à l'égard de leurs dépenses hospitalières et de 6 % au titre de leurs dépenses totales en soins de santé en 2037.
- La limitation de l'augmentation des coûts relatifs à l'innovation de 1,0 % par année exercerait un effet significatif pour les provinces et les territoires; le taux de croissance de leurs dépenses hospitalières passerait à 3,1 % (par rapport à 3,9 % en vertu du scénario de base) et leur permettrait d'enregistrer des économies équivalent à 18 % des dépenses hospitalières, à 8 % de leurs dépenses totales en soins de santé et à 6 % de leurs revenus disponibles en 2037.

Les dépenses hospitalières directes du gouvernement fédéral sont présumées croître de façon proportionnelle à celles des provinces et des territoires, à un taux annuel réel prévu de 3,9 %. Les dépenses payées par les administrations municipales, les caisses de sécurité sociale, le secteur privé et directement par les Canadiens sont également présumées augmenter en proportion de celles des provinces et des territoires, mais seulement en tenant compte du groupe des 20 ans à 64 ans pour refléter le fait que la majorité des dépenses hospitalières dont ils ont la charge sont associées à la population active. Les dépenses hospitalières devraient augmenter à un taux réel variant de 2,2 % à 2,3 %.

Le tableau 6.6 résume les dépenses hospitalières projetées, par payeur, au cours des 25 prochaines années. Les services hospitaliers utilisaient des ressources équivalent à 3,6 % du PIB en 2012. Selon les prévisions, leur importance économique devrait augmenter de près de 75 %, passant à 6,2 % du PIB en 2037.

Tableau 6.6 : Dépenses hospitalières projetées, 2012 à 2037, par payeur, scénario de base (en millions de dollars constants de 2012)

Années	Admin. prov./terr.	Gouvernement fédéral	Admin. municipales	Caisses de sécurité sociale	Total – Secteur public	Secteur privé et paiements directs	Total	% du PIB
2012	53 925	326	36	371	54 658	5 865	60 523	3,6 %
2013	56 292	340	37	383	57 053	6 061	63 114	3,7 %
2014	58 732	355	39	395	59 521	6 270	65 791	3,8 %
2015	61 275	370	40	408	62 093	6 484	68 578	3,9 %
2016	63 948	387	41	421	64 797	6 698	71 495	4,0 %
2017	66 772	404	42	434	67 651	6 911	74 562	4,1 %
2018	69 692	421	43	446	70 602	7 116	77 718	4,2 %
2019	72 675	439	45	457	73 616	7 310	80 927	4,3 %
2020	75 752	458	46	468	76 724	7 497	84 221	4,4 %
2021	78 932	477	47	478	79 934	7 679	87 613	4,5 %
2022	82 254	497	48	488	83 286	7 845	91 132	4,6 %
2023	85 664	518	48	497	86 727	8 009	94 736	4,8 %
2024	89 162	539	49	506	90 256	8 169	98 425	4,9 %
2025	92 766	561	50	515	93 892	8 318	102 210	5,0 %
2026	96 445	583	51	523	97 602	8 452	106 054	5,1 %
2027	100 246	606	52	530	101 434	8 577	110 011	5,3 %
2028	104 190	630	52	537	105 409	8 689	114 099	5,4 %
2029	108 163	654	53	545	109 414	8 806	118 220	5,5 %
2030	112 227	678	54	553	113 513	8 943	122 456	5,6 %
2031	116 317	703	55	564	117 639	9 112	126 751	5,7 %
2032	120 485	728	56	575	121 844	9 300	131 144	5,8 %
2033	124 692	754	57	587	126 090	9 494	135 584	5,9 %
2034	128 916	779	58	600	130 353	9 691	140 044	6,0 %
2035	133 164	805	60	612	134 641	9 892	144 533	6,1 %
2036	137 328	830	61	624	138 843	10 095	148 938	6,1 %
2037	141 631	856	62	637	143 186	10 298	153 484	6,2 %

Chapitre 7—Projection des « dépenses d'autres établissements »

Les dépenses relatives aux établissements qui ne sont pas des hôpitaux représentent un type de dépenses en croissance pour les secteurs tant privé que publics; elles comprennent les paiements directs effectués par les Canadiens. La demande de services pourrait augmenter davantage à l'avenir en raison du vieillissement de la population et des changements possibles dans l'organisation du système de soins de santé du Canada. Dans le présent chapitre, nous examinerons la structure actuelle des « dépenses d'autres établissements », avant de projeter ces montants.

Introduction

Les « autres établissements » comprennent, entre autres, les établissements de soins enregistrés pour les personnes âgées, les patients atteints de maladies chroniques ou les personnes handicapées, ou les personnes ayant des problèmes liés à l'alcool et aux drogues⁵¹. Ces dépenses ne sont pas, à proprement parler, couvertes en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984. Il convient néanmoins de savoir que ces coûts sont de plus en plus pris en charge par les administrations publiques, tout particulièrement dans le contexte du vieillissement de la population. La plupart des provinces et des territoires appliquent de rigoureux critères de revenu pour avoir accès à des établissements de soins de longue durée ou demandent que les patients versent des contributions qui sont fonction de leurs revenus.

⁵¹ ICIS, 2011c. « *Autres établissements – Les établissements de soins pour bénéficiaires internes (pour les patients atteints de maladies chroniques ou les handicapés qui résident à l'établissement de façon plus ou moins permanente) et qui sont approuvés, financés ou agréés par les ministères provinciaux ou territoriaux de la Santé et/ou des Services sociaux. Les établissements de soins pour bénéficiaires internes comprennent les foyers pour les personnes âgées (y compris les centres de soins infirmiers), les établissements pour les personnes ayant des déficiences physiques, des retards de développement, des déficiences psychiatriques, des problèmes liés à l'alcool et aux drogues et les établissements pour les enfants présentant des troubles affectifs. Les établissements offrant exclusivement des services de garde ou de nature domiciliaire et les établissements pour itinérants ou pour délinquants sont exclus.* »

Coûts actuels

Tableau 7.1 : « Dépenses totales d'autres établissements », 2012, par payeur

Province/territoire	Secteur des administrations provinciales/territoriales		Secteur privé et paiements directs		Total		
	Total (millions de \$)	Par habitant (\$)	Total (millions de \$)	Par habitant (\$)	Total (millions de \$)	Par habitant (\$)	% du PIB
Terre-Neuve-et-Labrador	378,9	744	87,0	171	468,0	919	2,0 %
Île-du-Prince-Édouard	79,2	541	47,0	321	127,4	870	2,5 %
Nouvelle-Écosse	640,3	677	152,0	161	802,6	848	2,3 %
Nouveau-Brunswick	405,9	537	140,6	186	550,3	728	1,9 %
Québec	4 138,4	515	1 885,5	234	6 070,7	755	1,8 %
Ontario	6 013,0	444	2 548,0	188	8 603,5	636	1,3 %
Manitoba	763,0	605	218,2	173	983,2	779	1,8 %
Saskatchewan	710,6	664	188,5	176	899,7	841	1,8 %
Alberta	1 565,0	406	352,2	91	1 926,1	500	0,7 %
Colombie-Britannique	1 123,6	242	738,1	159	1 880,4	405	0,9 %
Yukon	29,5	841	31,3	893	61,1	1 743	2,7 %
Territoires du Nord-Ouest	27,2	618	7,2	164	34,4	781	0,9 %
Nunavut	39,4	1 168	1,4	42	40,8	1 210	2,7 %
Total - Canada	15 913,9	456	6 397,0	183	22 448,2	644	1,3 %
Admin. prov./terr.	15 913,9	456					
Secteur fédéral	124,2	4					
Caisses de sécurité sociale	13,2	0					
Total	16 051,2	460	6 397,0	183	22 448,2	644	1,3 %

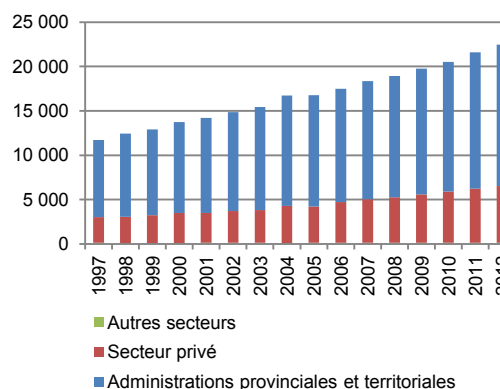
Source : ICIS, 2012b.

Le tableau 7.1 présente les « dépenses d'autres établissements », selon le payeur et la province ou le territoire. Il indique que les provinces et les territoires sont responsables de près de 71 % de toutes les « dépenses d'autres établissements » et que le secteur privé (y compris les paiements directs effectués par les Canadiens) intervient pour près de 29 % du total, ce qui ne laisse presque rien pour les autres secteurs publics.

La figure 7.1 révèle que les « dépenses d'autres établissements » ont augmenté à un taux annuel réel de 4,4 %—en plus de l'inflation—au cours des 15 dernières années, passant de 10,1 milliards de dollars constants de 2012 en 1997 à 22,4 milliards en 2012. Pendant la même période, les dépenses par habitant ont progressé à un taux annuel réel de 3,4 %. Il est intéressant de noter que les modèles de croissance historique des « dépenses d'autres établissements » ont été semblables, que les dépenses soient financées par les provinces et les territoires, le secteur privé ou les paiements directs.

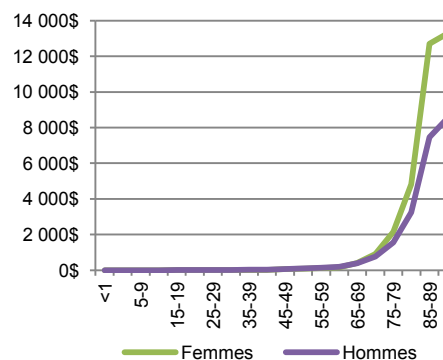
Les « dépenses d'autres établissements » par habitant dans les provinces et les territoires suivent la courbe de la figure 7.2, selon l'âge et le sexe. Les données réelles pour 2010 sont publiées par l'ICIS. Elles sont ensuite projetées en 2012 à l'aide du modèle démographique présenté au chapitre 4, en veillant à ce que le total des « dépenses d'autres établissements » corresponde aux estimations exposées au tableau 7.1.

Figure 7.1 : Dépenses historiques d'autres établissements, 1997 à 2012 (en millions de dollars constants de 2012)



Source : ICIS, 2012b.

Figure 7.2 : Dépenses d'autres établissements, par habitant des provinces et territoires, 2012



Source : ICIS, 2011c.

Le graphique indique que les « dépenses d'autres établissements » sont importantes pour les personnes âgées et que les femmes consomment sensiblement plus de ces services que les hommes, probablement parce qu'elles sont plus susceptibles de survivre à leur époux et que, par conséquent, elles ne bénéficient pas d'un soutien suffisant au foyer pour garantir leur autonomie.

Projections

Les « dépenses réelles d'autres établissements » entre 1996 et 2010 sont analysées pour déterminer les composantes de la croissance. Le tableau 7.2 indique que l'inflation réelle des prix des « dépenses d'autres établissements », sans égard à l'âge ou au sexe, a représenté en moyenne 4,1 %—en plus de l'inflation—et qu'elle a été marquée par de grandes variations entre les provinces et les territoires. Ces variations peuvent indiquer que la structure organisationnelle des « autres établissements » a largement évolué au cours de la période d'observation, et de diverses façons selon la province ou le territoire

Tableau 7.2 : Composantes de la croissance des « dépenses d'autres établissements », 1996 à 2010, selon la province et le territoire (en dollars constants de 2012)

Province	Vieillessement et croissance démographique	Inflation réelle des prix	Croissance réelle totale
Terre-Neuve-et-Labrador	-0,1 %	4,2 %	4,3 %
Île-du-Prince-Édouard	-0,4 %	4,8 %	4,4 %
Nouvelle-Écosse	0,6 %	8,0 %	8,5 %
Nouveau-Brunswick	0,7 %	4,9 %	5,6 %
Québec	1,8 %	7,5 %	9,3 %
Ontario	1,7 %	4,1 %	5,8 %
Manitoba	0,2 %	4,0 %	4,2 %
Saskatchewan	-0,5 %	5,4 %	4,9 %
Alberta	1,9 %	3,0 %	5,0 %
Colombie-Britannique	1,4 %	-2,9 %	-1,5 %
Canada	1,4 %	4,1 %	5,5 %

Le recours aux tendances historiques observées au chapitre des « dépenses d'autres établissements » (c'est-à-dire en supposant que les dépenses par habitant augmenteront à un taux annuel réel de 4,1 %—en plus de l'inflation—pendant toute la période de projection) se traduirait par la croissance des « dépenses d'autres établissements » dans les provinces ou les territoires à un taux annuel de 7,5 %, soit de 15,9 milliards de dollars (1,0 % du PIB) en 2012 à 97,5 milliards de dollars constants de 2012 (3,9 % du PIB) en 2037.

Le présent rapport utilise plutôt des hypothèses de projection qui reconnaissent les composantes des dépenses des « autres établissements » et qui sont compatibles avec les hypothèses utilisées pour projeter les dépenses hospitalières. Par conséquent, nous recourons à une combinaison des facteurs tendanciels qui suivent, amputés de l'inflation :

- 1,0 % pour la rémunération au cours des cinq premières années, puis passage à 0,5 % après 25 ans;
- 0,0 % pour les autres coûts.

Nous supposons également que 75 % des « dépenses actuelles d'autres établissements » sont liées à la rémunération. L'effet du vieillissement et de la croissance démographique est appliqué à ces facteurs tendanciels. Il en découle un taux annuel réel implicite d'augmentation de 3,9 %—en plus de l'inflation—qui correspond aux tendances historiques observées.

Les « dépenses réelles d'autres établissements » par habitant des provinces et territoires sont appliquées à la démographie projetée pour obtenir les « dépenses réelles totales d'autres établissements ».

Le tableau 7.3 résume les principales constatations issues de la projection des « dépenses d'autres établissements » des provinces et des territoires et les éléments sensibles des hypothèses utilisées.

Tableau 7.3 : Sommaire des projections de « dépenses d'autres établissements » des provinces et des territoires

« Dépenses d'autres établissements » des provinces et des territoires						
(en millions de dollars constants de 2012, le cas échéant)						
Croissance des dépenses	Augmentation annuelle attribuable au vieillissement et à la croissance démographique	Augmentation annuelle attribuable au coût réel	Augmentation annuelle totale	« Dépenses totales d'autres établissements » des provinces/territoires		en % du PIB
Tendances historiques de 1996 à 2010	1,4 %	4,1 %	5,5 %	2012 :	15 914	1,0 %
Projection selon la croissance historique du coût réel	3,4 %	4,1 %	7,5 %	2037 :	97 546	3,9 %
Projection selon le scénario de base	3,3 %	0,6 %	3,9 %	2037 :	41 603	1,7 %
Hypothèse de projection du scénario de base	Rémunération - 75 %—tendance de 1,0 % pendant cinq ans, chutant à 0,5 % après 25 ans Autres - 25 %—aucune tendance					
Analyse de sensibilité						
Hypothèses de projection testées	Augmentation annuelle attribuable au vieillissement et à la croissance démographique	Augmentation annuelle attribuable au coût réel	Augmentation annuelle totale	« Dépenses totales d'autres établissements » des provinces/territoires		en % du PIB
Modèle démographique						
Optimiste : Faible croissance	3,0 %	0,6 %	3,6 %	2037 :	38 931	1,7 %
Pessimiste : Forte croissance	3,6 %	0,6 %	4,2 %	2037 :	44 276	1,7 %
Coût de la rémunération						
Optimiste : -1,0 %	3,3 %	0,0 %	3,3 %	2037 :	35 722	1,4 %
Pessimiste : +1,0 %	3,3 %	1,4 %	4,8 %	2037 :	50 822	2,1 %
Autres coûts						
Pessimiste : +1,0 %	3,3 %	0,8 %	4,2 %	2037 :	44 051	1,8 %

Le tableau 7.4 présente les « dépenses d'autres établissements » des provinces et des territoires. Celles-ci augmenteront, en moyenne, à un taux annuel réel de 3,9 % (en plus de l'inflation), 0,6 % en raison de la hausse des prix et 3,3 % attribuables au vieillissement et à la croissance démographique.

Tableau 7.4 : « Dépenses projetées d'autres établissements » des provinces et des territoires, 2012 à 2037, scénario de base (en millions de dollars constants de 2012)

Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	Yukon	Territoires du Nord-Ouest	Nunavut	Canada	% du PIB
2012	379	79	640	406	4 138	6 013	763	711	1 565	1 124	30	27	39	15 914	1,0 %
2013	392	84	660	420	4 292	6 238	783	724	1 632	1 164	30	29	46	16 496	1,0 %
2014	404	86	676	433	4 445	6 460	801	740	1 698	1 204	31	38	48	17 064	1,0 %
2015	416	90	691	443	4 603	6 689	818	754	1 769	1 246	38	40	50	17 647	1,0 %
2016	434	92	714	457	4 767	6 928	838	767	1 842	1 289	38	42	52	18 260	1,0 %
2017	451	98	736	471	4 936	7 166	858	780	1 919	1 332	41	43	54	18 886	1,0 %
2018	470	102	760	487	5 098	7 412	877	797	1 995	1 378	43	47	57	19 524	1,1 %
2019	486	105	787	502	5 264	7 653	897	810	2 075	1 424	44	55	59	20 159	1,1 %
2020	506	111	812	517	5 433	7 906	918	827	2 158	1 471	44	57	60	20 820	1,1 %
2021	529	114	840	537	5 615	8 179	941	841	2 246	1 524	49	59	62	21 537	1,1 %
2022	552	118	876	557	5 802	8 484	966	861	2 342	1 581	51	65	64	22 320	1,1 %
2023	578	123	911	580	5 999	8 803	994	881	2 444	1 642	52	67	77	23 152	1,2 %
2024	607	127	946	601	6 222	9 137	1 024	903	2 549	1 706	55	70	78	24 026	1,2 %
2025	635	132	984	626	6 462	9 486	1 054	926	2 664	1 773	69	72	85	24 967	1,2 %
2026	667	138	1 025	652	6 729	9 869	1 088	954	2 787	1 849	73	84	84	25 998	1,3 %
2027	699	143	1 074	681	7 016	10 312	1 128	983	2 925	1 932	73	95	86	27 146	1,3 %
2028	735	149	1 125	712	7 322	10 788	1 173	1 017	3 074	2 021	77	101	93	28 387	1,4 %
2029	777	156	1 173	743	7 641	11 266	1 216	1 052	3 227	2 114	79	103	94	29 643	1,4 %
2030	817	162	1 225	775	7 976	11 756	1 259	1 089	3 384	2 208	84	115	95	30 945	1,4 %
2031	861	168	1 278	806	8 319	12 274	1 306	1 127	3 552	2 305	85	132	97	32 313	1,5 %
2032	905	178	1 339	846	8 674	12 891	1 365	1 173	3 745	2 421	96	144	101	33 878	1,5 %
2033	946	187	1 399	882	9 019	13 504	1 419	1 222	3 945	2 536	96	156	104	35 415	1,6 %
2034	991	194	1 454	919	9 374	14 105	1 475	1 272	4 142	2 651	108	157	103	36 948	1,6 %
2035	1 031	201	1 511	955	9 720	14 714	1 533	1 324	4 343	2 767	121	171	117	38 508	1,6 %
2036	1 073	209	1 564	990	10 058	15 320	1 591	1 376	4 545	2 880	121	173	121	40 020	1,7 %
2037	1 117	217	1 621	1 027	10 410	15 953	1 651	1 431	4 757	2 997	121	175	126	41 603	1,7 %

Source : ICIS, 2012b et calculs de l'auteur.

Les « dépenses d'autres établissements » relevant directement du gouvernement fédéral et de caisses de sécurité sociale sont présumées augmenter en proportion de celles des provinces et des territoires. On s'attend à ce qu'elles croissent à un taux réel de 3,9 %.

Puisqu'aucun renseignement fiable n'est disponible au sujet des « dépenses d'autres établissements » par habitant payées par le secteur privé et au moyen de paiements directs des Canadiens, nous ne supposons aucune différence au chapitre de ces coûts selon l'âge et le sexe. On s'attend qu'elles augmentent à un taux réel de 1,0 %, en raison de la croissance de la population active et de la hausse réelle des prix.

Le tableau 7.5 résume la projection des « dépenses d'autres établissements », par payeur, au cours des 25 prochaines années. Les dépenses liées aux établissements qui ne sont pas des hôpitaux équivalaient à 1,3 % du PIB en 2012. Leur poids économique devrait augmenter et atteindre 2,0 % du PIB en 2037.

Tableau 7.5 : « Dépenses projetées d'autres établissements », 2012 à 2037, par payeur, scénario de base
(en millions de dollars constants de 2012)

Années	Admin. prov./terr.	Gouver- nement fédéral	Admin. municipales	Caisses de sécurité sociale	Total – Secteur public	Secteur privé et paiements directs	Total	% du PIB
2012	15 914	124	0	13	16 051	6 397	22 448	1,3 %
2013	16 496	129	0	14	16 638	6 494	23 132	1,4 %
2014	17 064	133	0	14	17 211	6 589	23 800	1,4 %
2015	17 747	138	0	15	17 799	6 682	24 481	1,4 %
2016	18 260	142	0	15	18 418	6 771	25 188	1,4 %
2017	18 886	147	0	16	19 049	6 853	25 903	1,4 %
2018	19 524	152	0	16	19 693	6 927	26 620	1,4 %
2019	20 159	157	0	17	20 333	6 992	27 325	1,4 %
2020	20 820	162	0	17	21 000	7 052	28 051	1,5 %
2021	21 537	168	0	18	21 723	7 109	28 832	1,5 %
2022	22 320	174	0	18	22 512	7 162	29 674	1,5 %
2023	23 152	181	0	19	23 352	7 213	30 565	1,5 %
2024	24 026	187	0	20	24 233	7 265	31 498	1,6 %
2025	24 967	195	0	21	25 183	7 313	32 495	1,6 %
2026	25 998	203	0	22	26 223	7 361	33 584	1,6 %
2027	27 146	212	0	22	27 380	7 413	34 793	1,7 %
2028	28 387	221	0	23	28 632	7 463	36 095	1,7 %
2029	29 643	231	0	25	29 898	7 515	37 413	1,7 %
2030	30 945	241	0	26	31 212	7 576	38 788	1,8 %
2031	32 313	252	0	27	32 592	7 651	40 243	1,8 %
2032	33 878	264	0	28	34 171	7 736	41 906	1,9 %
2033	35 415	276	0	29	35 720	7 823	43 543	1,9 %
2034	36 948	288	0	31	37 267	7 912	45 179	1,9 %
2035	38 508	300	0	32	38 840	8 001	46 841	2,0 %
2036	40 020	312	0	33	40 366	8 089	48 455	2,0 %
2037	41 603	325	0	34	41 962	8 178	50 140	2,0 %

Chapitre 8—Projection des « dépenses d'autres professionnels »

Les dépenses liées aux professionnels de la santé qui ne sont ni des médecins, des infirmières autorisées (y compris toutefois le personnel infirmier en service privé) ou des pharmaciens représentaient 11 % des dépenses totales en soins de santé en 2012. Ces dépenses sont en grande partie prises en charge par le secteur privé et les paiements directs des Canadiens. Dans le présent chapitre, nous examinerons en premier lieu la structure actuelle des dépenses « d'autres professionnels », avant de projeter ces montants.

Introduction

Les « autres professionnels » comprennent tous les professionnels de la santé de pratique privée, notamment les dentistes, les denturologistes, les chiropraticiens, les optométristes, les massothérapeutes, les ostéopathes, les physiothérapeutes, les podiatres, les psychologues, le personnel infirmier en service privé et les naturopathes, mais non les médecins, les spécialistes et les pharmaciens⁵². Il n'était pas prévu que ces dépenses soient considérées comme des services de santé couverts par la *Loi canadienne sur la santé* de 1984.

Coûts actuels

Le tableau 8.1 présente les « dépenses d'autres professionnels »⁵³, selon le payeur et la province ou le territoire. Il indique que le secteur privé et les Canadiens (par leurs paiements directs) comptent pour 92 % de toutes les « dépenses d'autres professionnels »; les provinces et les territoires prennent en charge une autre tranche de près de 5 %, le solde revenant au gouvernement fédéral et aux caisses de sécurité sociale.

⁵² ICIS, 2011c. Les honoraires payés aux pharmaciens à l'extérieur des hôpitaux ne sont pas pris en compte à titre de « dépenses d'autres professionnels », mais plutôt comme des dépenses liées aux médicaments (chapitre 9).

⁵³ Les dépenses liées aux traitements de chirurgie buccale pratiqués à l'hôpital ne sont pas pris en compte dans ces dépenses, mais plutôt dans les dépenses hospitalières.

Tableau 8.1 : « Dépenses totales d'autres professionnels », 2012, par payeur

Province/territoire	Secteur des administrations provinciales/territoriales		Secteur privé et paiements directs		Total		
	Total (millions de \$)	Par habitant (\$)	Total (millions de \$)	Par habitant (\$)	Total (millions de \$)	Par habitant (\$)	% du PIB
Terre-Neuve-et-Labrador	11,6	23	203,1	399	225,1	442	1,0 %
Île-du-Prince-Édouard	2,5	17	65,1	445	69,4	474	1,3 %
Nouvelle-Écosse	13,2	14	576,6	610	621,4	657	1,7 %
Nouveau-Brunswick	6,7	9	416,4	551	436,2	577	1,5 %
Québec	203,4	25	4 269,6	531	4 593,5	571	1,4 %
Ontario	404,4	30	7 716,4	570	8 303,8	614	1,2 %
Manitoba	28,7	23	680,8	539	759,7	602	1,4 %
Saskatchewan	25,8	24	554,6	518	647,9	606	1,3 %
Alberta	235,2	61	2 729,5	708	3 037,9	789	1,2 %
Colombie-Britannique	162,8	35	3 233,1	696	3 509,2	755	1,7 %
Yukon	2,4	68	15,3	438	23,6	673	1,1 %
Territoires du Nord-Ouest	2,4	54	14,8	335	28,8	655	0,7 %
Nunavut	3,5	104	6,9	205	19,2	569	1,3 %
Total - Canada	1 102,5	32	20 482,3	587	22 275,7	639	1,3 %
Admin. prov./terr.	1 102,5	32					
Secteur fédéral	346,2	10					
Admin. municipales	0,8	0					
Caisses de sécurité sociale	343,9	10					
Total	1 793,4	51	20 482,3	587	22 275,7	639	1,3 %

Source : ICIS, 2012b.

Le tableau 8.2 isole les « dépenses d'autres professionnels » se rapportant aux soins dentaires et aux soins de la vue^{54,55}.

La figure 8.1 révèle que les « dépenses d'autres professionnels » ont augmenté à un taux annuel réel de 3,6 %—en plus de l'inflation—au cours des 15 dernières années, passant de 12,2 milliards de dollars constants de 2012 à 22,3 milliards en 2012. Toutefois, la part des « dépenses totales d'autres professionnels » dont les provinces et les territoires sont responsables n'a augmenté qu'au taux annuel réel de 0,9 % pendant la même période en raison du retrait de couverture de certains services rendus par « d'autres professionnels », passant de 1,0 milliard de dollars constants de 2012 en 1997 à 1,1 milliard en 2012 (ce qui signifie que les

« dépenses d'autres professionnels » du secteur privé (y compris les paiements directs effectués par les Canadiens) ont progressé à un taux annuel réel de 3,8 %—en plus de l'inflation). Entretemps, les dépenses par habitant ont augmenté à un taux annuel réel de 2,6 % (-0,1 % pour la part prise en charge par les provinces et les territoires, et 2,8 % pour celle revenant au secteur privé, y compris les paiements directs des Canadiens).

Tableau 8.2 : « Dépenses totales d'autres professionnels », selon le type de dépenses, 2012 (en millions de dollars)

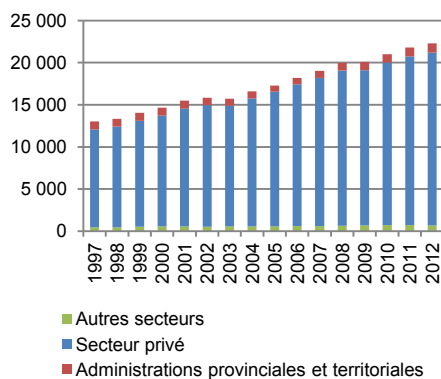
Type de dépenses	Secteur public	Secteur privé	Total
Soins dentaires			
Terre-Neuve-et-Labrador	10	89	99
Île-du-Prince-Édouard	3	35	39
Nouvelle-Écosse	16	274	290
Nouveau-Brunswick	11	257	268
Québec	178	2 164	2 342
Ontario	82	5 820	5 902
Manitoba	46	360	407
Saskatchewan	50	276	326
Alberta	169	1 616	1 785
Colombie-Britannique	138	2 088	2 226
Yukon	5	10	15
Territoires du Nord-Ouest	9	11	20
Nunavut	13	3	16
Total - Canada	732	13 004	13 736
Soins de la vue	350	4 510	4 860
Autres	711	2 969	3 680
Total	1 793	20 482	22 276

Source : CCPA, 2011, ICIS, 2012b et calculs de l'auteur.

⁵⁴ ICIS, 2011c. Par définition, les dépenses pour soins dentaires sont des « dépenses liées aux honoraires des dentistes (comprennent les assistants et les hygiénistes dentaires) et des denturologistes, de même que les coûts des prothèses dentaires, y compris les dentiers et les frais de laboratoire pour les couronnes et autres articles d'orthodontie », et les dépenses pour soins de la vue sont des « dépenses liées aux honoraires des optométristes et des opticiens d'ordonnance, de même que les dépenses encourues pour des lunettes et des lentilles cornéennes. »

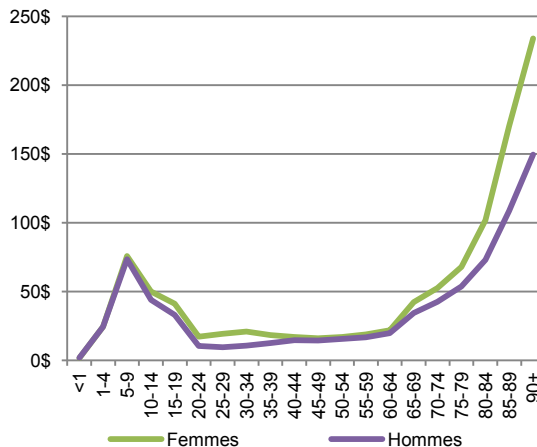
⁵⁵ La répartition des soins dentaires selon la province constitue un calcul *pro forma* de l'auteur, d'après les dépenses totales pour soins dentaires en 2012 et la répartition provinciale/territoriale pour 2010.

Figure 8.1 : « Dépenses historiques d'autres professionnels », 1997 à 2012 (en millions de dollars constants de 2012)



Source : ICIS, 2012b.

Figure 8.2 : « Dépenses d'autres professionnels », par habitant, des provinces et des territoires, 2012



Source : ICIS, 2012b.

Les « dépenses d'autres professionnels » par habitant des provinces et des territoires suivent la courbe de la figure 8.2, selon l'âge et le sexe. Les données réelles pour 2010 sont publiées par l'ICIS. Elles sont ensuite projetées à 2012 à l'aide du modèle démographique présenté au chapitre 4, en veillant à ce que les « dépenses totales d'autres professionnels » qui en découlent correspondent à l'estimation figurant au tableau 8.1. Il est important de noter que la figure 8.2 ne reflète que les dépenses des provinces et des territoires. Ces données diffèrent à coup sûr de celles qui portent sur le secteur privé (y compris les paiements directs effectués par les Canadiens), en raison de la concentration du secteur public dans le domaine des soins dentaires, du fait que sa clientèle se compose en grande majorité d'enfants, de personnes âgées et de personnes qui bénéficient de l'aide sociale, alors que le secteur privé puise la plus grande partie de sa clientèle auprès des régimes d'avantages sociaux collectifs parrainés par un employeur qui couvrent une population active canadienne.

Projections

Contrairement aux autres types de dépenses en soins de santé, l'analyse des dépenses historiques par habitant pour tenter d'isoler l'inflation réelle des prix n'est pas aussi utile pour les « dépenses d'autres professionnels ». Cette situation s'explique par le fait que les dépenses par habitant ne sont disponibles que pour les dépenses financées par les provinces et les territoires, qui ne comptent que pour moins de 5 % des « dépenses totales d'autres professionnels ». Il n'est donc pas aussi facile de projeter les « dépenses futures d'autres professionnels » en supposant que les tendances historiques se maintiendront à l'avenir.

Nous estimons que les tendances de la rémunération des dentistes pourraient suivre celles d'autres médecins et spécialistes, alors que la rémunération d'autres professionnels de la santé pourrait ne pas augmenter de façon aussi rapide. En outre, nous supposons que la croissance de leur rémunération respective diminuera après une certaine période (cinq ans) pour tenir compte d'une autre hypothèse, à savoir que la politique publique fera en sorte de faire converger cette croissance plus près du taux de l'inflation générale. Par conséquent, le modèle de projection utilisé dans le présent rapport jumelle les facteurs tendanciels qui suivent, sans tenir compte de l'inflation :

- 2,0 % pour les soins dentaires au cours des cinq premières années, puis en baisse jusqu'à 1,0 % après 25 ans;
- 1,0 % pour les soins de la vue au cours des cinq premières années, puis en baisse jusqu'à 0,5 % après 25 ans;
- 1,0 % pour d'autres types de soins au cours des cinq premières années, puis en baisse jusqu'à 0,5 % après 25 ans.

Pour les « dépenses d'autres professionnels » des provinces et des territoires, les coefficients de pondération appliqués à chaque type de soins sont : 40 % pour les soins dentaires, 20 % pour les soins de la vue et 40 % pour les autres types de soins, pour une tendance annuelle réelle moyenne de 1,1 %, sans tenir compte de l'effet du vieillissement et de la croissance démographique.

Les « dépenses réelles d'autres professionnels » par habitant des provinces et des territoires sont appliquées aux projections démographiques pour obtenir les « dépenses totales d'autres professionnels ».

Le tableau 8.3 résume les principales constatations de la projection des « dépenses d'autres professionnels » des provinces et territoires, de même que les éléments sensibles des hypothèses utilisées.

Tableau 8.3 : Sommaire des projections de « dépenses d'autres professionnels » des provinces et des territoires

« Dépenses d'autres professionnels » des provinces et des territoires					
(en millions de dollars constants de 2012, le cas échéant)					
Croissance des dépenses	Augmentation annuelle attribuable au vieillissement et à la croissance démographique	Augmentation annuelle attribuable au coût réel	Augmentation annuelle totale	« Dépenses totales d'autres professionnels » des provinces/territoires	en % du PIB
Tendances historiques de 1996 à 2010	-	-	0,1 %	2012 : 1 103	0,1 %
Projection selon la croissance historique du coût réel	-	-	0,1 %	2037 : 1 131	0,1 %
Projection selon le scénario de base	1,7 %	1,1 %	2,9 %	2037 : 2 241	0,1 %
Hypothèse de projection du scénario de base	Soins dentaires 40 %—tendance de 2,0 % pendant cinq ans, chutant à 1,0 % après 25 ans Soins de la vue 20 %—tendance de 1,0 % pendant cinq ans, chutant à 0,5 % après 25 ans Autres 40 %—tendance de 1,0 % pendant cinq ans, chutant à 0,5 % après 25 ans				
Analyse de sensibilité					
Hypothèses de projection testées	Augmentation annuelle attribuable au vieillissement et à la croissance démographique	Augmentation annuelle attribuable au coût réel	Augmentation annuelle totale	« Dépenses totales d'autres professionnels » des provinces/territoires	en % du PIB
Modèle démographique					
Optimiste : Faible croissance	1,4 %	1,1 %	2,5 %	2037 : 2 046	0,1 %
Pessimiste : Forte croissance	2,1 %	1,1 %	3,2 %	2037 : 2 445	0,1 %
Coût des soins dentaires					
Optimiste : -1,0 %	1,7 %	0,7 %	2,4 %	2037 : 2 017	0,1 %
Pessimiste : +1,0 %	1,8 %	1,6 %	3,4 %	2037 : 2 526	0,1 %
Coût des soins de la vue					
Optimiste : -1,0 %	1,7 %	1,0 %	2,7 %	2037 : 2 169	0,1 %
Pessimiste : +1,0 %	1,8 %	1,3 %	3,1 %	2037 : 2 355	0,1 %
Coût des autres soins					
Optimiste : -1,0 %	1,7 %	0,9 %	2,6 %	2037 : 2 097	0,1 %
Pessimiste : +1,0 %	1,8 %	1,5 %	3,3 %	2037 : 2 469	0,1 %

Le tableau 8.4 présente les « dépenses d'autres professionnels » des provinces et des territoires de 2012 à 2037. Celles-ci devraient croître à un taux annuel de 2,9 % en dollars constants de 2012 (1,1 % en

raison de la hausse des prix et 1,7 % pour tenir compte du vieillissement et de la croissance démographique.

Tableau 8.4 : « Dépenses projetées d'autres établissements » des provinces et des territoires, 2012 à 2037, scénario de base (en millions de dollars constants de 2012)

Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	Yukon	Territoires du Nord-Ouest	Nunavut	Canada	% du PIB
2012	12	2	13	7	203	404	29	26	235	163	2	2	4	1 103	0,1 %
2013	12	3	14	7	209	421	29	26	242	168	2	3	4	1 139	0,1 %
2014	12	3	14	7	216	437	30	27	249	173	3	3	4	1 176	0,1 %
2015	12	3	14	7	222	454	31	27	256	178	3	3	4	1 214	0,1 %
2016	12	3	15	7	228	472	32	28	264	183	3	3	4	1 254	0,1 %
2017	12	3	15	8	234	491	32	28	272	189	3	3	4	1 294	0,1 %
2018	12	3	15	8	240	510	33	29	280	195	3	3	4	1 336	0,1 %
2019	12	3	16	8	245	529	34	30	289	201	3	3	4	1 378	0,1 %
2020	12	3	16	8	251	550	35	30	297	206	3	3	4	1 420	0,1 %
2021	13	3	16	8	256	571	36	31	306	212	3	4	5	1 464	0,1 %
2022	13	3	17	9	261	594	37	31	314	218	4	4	5	1 510	0,1 %
2023	13	3	17	9	266	617	38	32	323	224	4	4	5	1 555	0,1 %
2024	13	4	18	9	272	641	39	33	331	230	4	4	5	1 601	0,1 %
2025	13	4	18	9	277	665	40	33	340	236	4	4	5	1 648	0,1 %
2026	13	4	18	10	282	691	41	34	348	242	4	4	5	1 696	0,1 %
2027	13	4	19	10	287	719	41	34	356	248	4	5	5	1 745	0,1 %
2028	13	4	19	10	291	749	42	35	364	254	4	5	5	1 795	0,1 %
2029	13	4	19	10	296	778	43	35	371	259	4	5	6	1 844	0,1 %
2030	13	4	19	11	300	808	44	35	378	265	5	5	6	1 894	0,1 %
2031	13	4	20	11	304	838	45	36	385	270	5	5	6	1 942	0,1 %
2032	13	4	20	11	308	870	46	36	392	276	5	5	6	1 993	0,1 %
2033	14	5	20	11	312	903	46	37	399	281	5	5	6	2 043	0,1 %
2034	14	5	20	12	315	935	47	37	405	286	5	5	6	2 092	0,1 %
2035	14	5	20	12	319	967	48	37	412	292	5	5	6	2 142	0,1 %
2036	14	5	20	12	322	1 000	49	38	418	297	5	5	6	2 191	0,1 %
2037	14	5	21	12	325	1 034	49	38	424	302	5	6	6	2 241	0,1 %

Source : ICIS, 2012b et calculs de l'auteur.

Les « dépenses directes d'autres professionnels » du gouvernement fédéral et des administrations municipales sont présumées augmenter de façon proportionnelle à celles des provinces et des territoires. Elles devraient croître à un taux réel de 2,9 %.

Puisque les seuls renseignements fiables sur les « dépenses d'autres professionnels » par habitant ont trait aux montants versés par les provinces et les territoires (surtout pour les personnes âgées et les moins nantis), nous préférons ne supposer aucune différence entre les « dépenses d'autres professionnels » par habitant selon l'âge et le sexe de la population active. En outre, les coefficients de pondération appliqués à chaque type de soins de santé sont changés et portés à 65 % pour les soins dentaires, à 20 % pour les soins de la vue et à 15 % pour les autres types de soins (comme l'indiquent les chiffres du tableau 8.2). Par conséquent, les « dépenses d'autres professionnels » payées par les caisses de sécurité sociale, par le secteur privé et par les Canadiens (par paiements directs) devraient augmenter à des taux réels de 1,7 % à 1,8 %.

Le tableau 8.5 résume la projection des « dépenses d'autres professionnels », par payeur, au cours des 25 prochaines années. Leur pondération sur l'économie canadienne demeurera en grande partie la même et elle devrait représenter 1,4 % du PIB en 2037, par rapport à 1,3 % en 2012.

Tableau 8.5 : « Dépenses projetées d'autres professionnels », 2012 à 2037, par payeur, scénario de base
(en millions de dollars constants de 2012)

Années	Admin. prov./terr.	Gouver- nement fédéral	Admin. munic.	Caisses de sécurité sociale	Total – Secteur public	Secteur privé et paiements directs	Total	% du PIB
2012	1 103	346	1	344	1 793	20 482	22 276	1,3 %
2013	1 139	357	1	352	1 849	21 001	22 851	1,3 %
2014	1 176	369	1	361	1 906	21 525	23 431	1,3 %
2015	1 214	381	1	369	1 966	22 049	24 014	1,4 %
2016	1 254	394	1	378	2 026	22 567	24 593	1,4 %
2017	1 294	406	1	386	2 088	23 073	25 161	1,4 %
2018	1 336	419	1	394	2 150	23 551	25 701	1,4 %
2019	1 378	433	1	401	2 212	24 001	26 213	1,4 %
2020	1 420	446	1	408	2 275	24 436	26 711	1,4 %
2021	1 464	460	1	414	2 340	24 862	27 201	1,4 %
2022	1 510	474	1	421	2 406	25 272	27 678	1,4 %
2023	1 555	488	1	427	2 472	25 675	28 148	1,4 %
2024	1 601	503	1	434	2 539	26 081	28 620	1,4 %
2025	1 648	518	1	440	2 607	26 472	29 079	1,4 %
2026	1 696	533	1	446	2 676	26 858	29 534	1,4 %
2027	1 745	548	1	452	2 746	27 253	29 999	1,4 %
2028	1 795	564	1	458	2 818	27 637	30 456	1,4 %
2029	1 844	579	1	465	2 890	28 030	30 920	1,4 %
2030	1 894	595	1	472	2 961	28 458	31 419	1,4 %
2031	1 942	610	1	479	3 033	28 931	31 963	1,4 %
2032	1 993	626	1	487	3 107	29 435	32 542	1,4 %
2033	2 043	641	1	496	3 181	29 949	33 130	1,4 %
2034	2 092	657	2	504	3 255	30 464	33 718	1,4 %
2035	2 142	673	2	512	3 328	30 974	34 302	1,4 %
2036	2 191	688	2	520	3 401	31 482	34 883	1,4 %
2037	2 241	704	2	529	3 476	31 990	35 465	1,4 %

Chapitre 9—Projection des dépenses liées aux médicaments

Les pharmacothérapies jouent un rôle de plus en plus important dans la prestation des soins de santé au Canada, et les dépenses qui s'y rattachent ont augmenté sensiblement au cours des dernières années. Dans le présent chapitre, nous examinerons d'abord la structure actuelle des dépenses liées aux médicaments, puis nous en tirerons des projections futures.

Introduction

Les médicaments sont habituellement répartis en médicaments sur ordonnance et sans ordonnance⁵⁶. Les dépenses comprennent les montants versés par un régime d'assurance public ou privé, de même que les paiements directs des Canadiens, et les sommes relatives aux médicaments en vente libre et les articles d'hygiène personnelle⁵⁷. Il est important de noter que les médicaments offerts dans les hôpitaux sont considérés comme des dépenses hospitalières, qui ont été abordées au chapitre 6.

D'un point de vue strict, les dépenses liées aux médicaments (pour les médicaments servis à l'extérieur d'un hôpital) ne sont pas considérées comme des services de santé couverts par la *Loi canadienne sur la santé* de 1984. Néanmoins, elles deviennent de plus en plus importantes sous l'angle de la politique publique suite à l'évolution de la pratique médicale en faveur de procédures moins invasives, de séjours hospitaliers plus courts et du recours accru à des pharmacothérapies (plus particulièrement à l'extérieur des hôpitaux, souvent à domicile).

Tableau 9.1 : Dépenses totales liées aux médicaments, 2012, par payeur

Province/territoire	Secteur des administrations provinciales/territoriales		Secteur privé et paiements directs		Total		
	Total (millions de \$)	Par habitant (\$)	Total (millions de \$)	Par habitant (\$)	Total (millions de \$)	Par habitant (\$)	% du PIB
Terre-Neuve-et-Labrador	157,0	308	384,0	754	554,5	1 089	2,4 %
Île-du-Prince-Édouard	36,4	249	97,8	668	137,6	940	2,7 %
Nouvelle-Écosse	320,0	338	740,3	783	1 097,5	1 160	3,1 %
Nouveau-Brunswick	195,7	259	617,6	817	839,8	1 110	2,9 %
Québec	2 521,2	314	5 077,5	631	8 547,6	1 063	2,5 %
Ontario	4 560,2	337	8 126,3	601	12 926,0	955	1,9 %
Manitoba	308,5	244	710,1	563	1 103,3	874	2,0 %
Saskatchewan	318,7	298	559,5	523	958,8	896	1,9 %
Alberta	1 274,2	331	2 005,0	520	3 363,2	873	1,3 %
Colombie-Britannique	969,8	209	2 336,1	503	3 418,0	736	1,6 %
Yukon	7,3	208	13,9	397	26,1	744	1,2 %
Territoires du Nord-Ouest	5,5	124	15,5	351	30,9	702	0,8 %
Nunavut	2,6	76	12,1	358	22,2	657	1,4 %
Total - Canada	10 677,1	306	20 695,6	593	33 025,5	947	2,0 %
Admin. prov./terr.	10 677,1	306					
Dép. fédérales directes	597,0	17					
Caisses de sécurité sociale	1 055,7	30					
Total	12 329,9	354	20 695,6	593	33 025,5	947	2,0 %

Source : ICIS, 2012b.

Coûts actuels

Le tableau 9.1 présente les dépenses liées aux médicaments, selon le payeur et la province ou le territoire. Il indique que le secteur privé et les Canadiens,

⁵⁶ ICIS, 2011c. Les dépenses liées aux médicaments portent sur les « médicaments prescrits et [aux] produits vendus sans ordonnance dans des commerces au détail. Les estimations représentent les coûts finaux pour les consommateurs et comprennent les honoraires professionnels, les majorations et les impôts appropriés. »

⁵⁷ ICIS, 2011c. Les articles d'hygiène personnelle renferment les « articles utilisés principalement pour promouvoir ou maintenir la santé, p. ex. les produits d'hygiène orale, les articles diagnostiques, tels que les bandes d'analyse pour le diabète, les articles médicaux, dont les produits pour l'incontinence. »

par le biais de paiements directs, sont responsables de 63 % des dépenses liées aux médicaments, les provinces et les territoires comptant pour 32 %.

Les provinces et les territoires offrent une assurance-médicaments sous les formes suivantes :

- Terre-Neuve-et-Labrador—applique un programme d'assurance-médicaments pour les personnes âgées, les bénéficiaires de l'aide sociale et les personnes atteintes de maladies chroniques; le programme est assorti d'une franchise qui est fonction du revenu. Une certaine protection est également offerte à d'autres personnes, encore une fois selon leur revenu.
- Île-du-Prince-Édouard—applique un programme d'assurance-médicaments pour les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies chroniques. Aucune autre protection n'est offerte.
- Nouvelle-Écosse—applique un programme volontaire d'assurance-médicaments pour les personnes âgées et les familles. Les cotisations sont fonction du revenu. Les résidents atteints de certaines maladies chroniques sont également admissibles à l'assurance-médicaments.
- Nouveau-Brunswick—applique un programme d'assurance-médicaments pour les personnes âgées à faible revenu. D'autres personnes âgées peuvent s'inscrire à un programme volontaire moyennant une surprime. Au moment de la rédaction du présent rapport, aucune protection n'était offerte aux autres résidents; toutefois, il semblerait qu'un programme est en voie de préparation.
- Québec—tous les résidents qui n'ont pas accès à un régime d'assurance-médicaments privé doivent s'inscrire à un programme d'assurance-médicaments public universel financé au moyen de cotisations basées sur le revenu⁵⁸.
- Ontario—applique aux personnes âgées un programme d'assurance-médicaments assujéti à une franchise qui est fonction du revenu. Un programme pour atténuer le coût des médicaments onéreux et qui est basé sur le revenu, est également disponible. La citation qui suit de l'Institut C.D. Howe illustre le Programme de médicaments de l'Ontario :

[traduction] « Les Ontariens de 65 ans et plus sont admissibles à l'assurance pour les médicaments sur ordonnance en vertu du Programme de médicaments de l'Ontario. Les résidents peuvent également être assurés aux termes du Programme s'ils résident dans des centres de soins de longue durée ou de soins spécialisés, s'ils reçoivent une aide financière d'Ontario au travail ou du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, s'ils bénéficient de services professionnels à domicile ou s'ils sont admissibles au Programme de médicaments Trillium⁵⁹ [...] Le Programme de médicaments de l'Ontario gère une liste de médicaments admissibles et analyse chaque demande exceptionnelle au cas par cas. La coassurance et des franchises sont intégrées au programme : les personnes âgées de 65 ans et plus vivant seules et ayant un revenu annuel de 16 018 \$ ou plus et les couples ayant un revenu de 24 175 \$ ou plus versent actuellement une franchise annuelle de 100 \$ et paient un honoraire de dispense pouvant atteindre 6,11 \$; les personnes dont le revenu est inférieur à ces montants paient 2 \$ pour chaque ordonnance. [...] En 2007, 69 % des bénéficiaires du Programme de médicaments de l'Ontario étaient des personnes âgées. »^{60,61}

⁵⁸ Il convient de noter que le Fonds de l'assurance médicaments du Québec se divise en deux parties aux fins du présent rapport : un montant correspondant aux cotisations des inscrits (apparentées à des primes d'assurance) est pris en compte dans le secteur des caisses de sécurité sociale, et (2) le solde, essentiellement financé par les revenus généraux de la province, est pris en charge par le secteur de l'administration provinciale.

⁵⁹ Le Programme de médicaments Trillium est destiné aux résidents de l'Ontario, peu importe leur âge, et qui ont des coûts de médicaments d'ordonnance élevés par rapport au revenu net de leur ménage.

⁶⁰ Les bénéficiaires du Programme de médicaments Trillium représentent environ 6 %; les autres bénéficiaires (25%) sont admissibles parce qu'ils reçoivent de l'aide sociale ou résident dans des centres de soins spéciaux (ministère de la Santé de l'Ontario et soins de longue durée 2009).

- Manitoba—applique un programme d'assurance-médicaments prévoyant une franchise établie en fonction du revenu et qui peut être remboursée par un régime privé.
- Saskatchewan—applique un programme d'assurance médicaments basé sur le revenu à l'intention des personnes âgées, un programme d'assurance-médicaments gratuit pour certains médicaments destinés aux moins de 15 ans, et un programme d'assurance-médicaments prévoyant une franchise établie en fonction du revenu et qui peut être remboursée par un régime privé.
- Alberta—applique un programme d'assurance-médicaments à l'intention des personnes âgées. D'autres personnes n'ayant pas accès à un régime d'assurance privé peuvent s'inscrire volontairement à l'assurance non collective de la Croix Bleue de l'Alberta moyennant une prime.
- Colombie-Britannique—applique un programme d'assurance-médicaments prévoyant une franchise établie en fonction du revenu et qui peut être remboursée par un régime privé.
- Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut—appliquent des programmes d'assurance médicaments à l'intention des personnes âgées, à titre de deuxième payeur, et les personnes atteintes de maladies chroniques (franchise en fonction du revenu au Yukon). Aucune assurance pour les autres résidents.

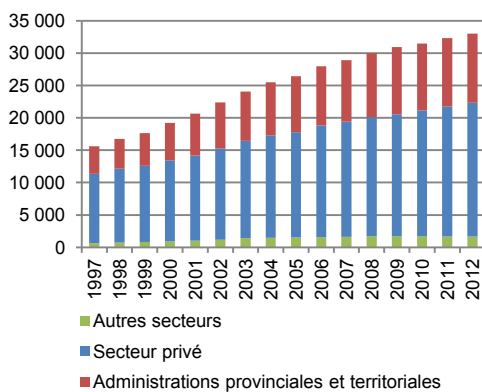
Comme l'indique le tableau 9.2, plus de 74 % des dépenses liées aux médicaments dans le secteur privé (y compris les paiements directs des Canadiens) portent sur des médicaments sur ordonnance, le reste étant réparti entre les médicaments en vente libre et les articles d'hygiène personnelle. En outre, les régimes privés⁶² remboursent environ les deux tiers du coût des médicaments sur ordonnance.

Tableau 9.2 : Dépenses privées liées aux médicaments, selon le type de dépenses, 2009 à 2012 (en millions de dollars constants de 2012)

	2009	2010	2011	2012
Remboursements de régimes d'avantages sociaux	9 295	9 717	s.o.	s.o.
Dépenses directes	4 593	4 740	s.o.	s.o.
Total partiel – Médicaments sur ordonnance	13 888	14 457	14 963	15 404
Médicaments en vente libre	2 889	2 779	s.o.	s.o.
Articles d'hygiène personnelle	2 086	2 178	s.o.	s.o.
Total partiel – Médicaments sans ordonnance	4 975	4 957	5 127	5 292
Total - Dépenses privées liées aux médicaments	18 863	19 414	20 090	20 696

Source : ICIS, 2011a, ICIS, 2012b.

Figure 9.1 : Dépenses historiques liées aux médicaments, 1997 à 2012 (en millions de dollars constants de 2012)



Source : ICIS, 2012b.

Il convient de noter que lorsque des Canadiens achètent des médicaments sans ordonnance, le gouvernement fédéral perçoit la taxe sur les produits et services (TPS); il en a tiré des revenus approximatifs de 0,2 milliard de dollars en 2012⁶³. On pourrait soutenir que ce montant pourrait être soustrait des coûts des soins de santé dont le gouvernement fédéral prétend assumer la charge. Par souci de simplicité, l'effet des revenus de TPS ou d'autres taxes sur le fardeau financier des différents payeurs des services de santé n'est pas pris en compte dans le présent rapport; il convient toutefois de souligner que les montants payés au titre de la TPS et d'autres taxes à l'achat de médicaments en vente libre et d'articles d'hygiène personnelle sont pris en compte dans les données sur les dépenses.

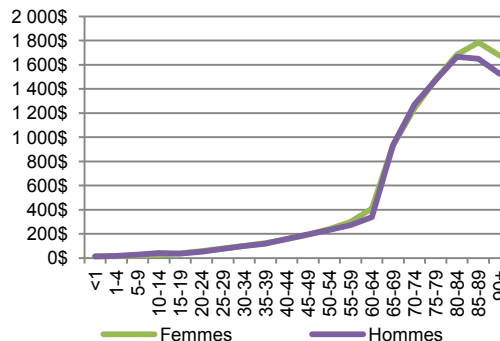
⁶¹ Busby, C. et W.B.P. Robson. *A Social Insurance Model for Pharmacare: Ontario's Options for a More Sustainable Cost-Effective Drug Program*, Institut C.D. Howe. 2011.

⁶² Y compris les remboursements des assureurs privés (en vertu de polices d'assurance individuelles et collectives) et de tous les régimes d'avantages sociaux (qu'ils soient autoassurés, pour services administratifs seulement ou entièrement assurés).

⁶³ Certaines provinces tirent également des revenus de la taxe de vente et de la taxe sur les primes, de même que de la TPS/TVH. Cependant, il est difficile d'évaluer les données, car les ventilations par provinces sont insuffisantes.

La figure 9.1 indique que les dépenses liées aux médicaments ont augmenté à un taux annuel réel de 5,1 %—en plus de l'inflation—au cours des 15 dernières années (la part assumée par les provinces et les territoires a toutefois progressé à un taux réel de 6,3 % et celle prise en charge par le secteur privé et par les Canadiens a enregistré une croissance réelle de 4,5 %. Entretemps, les dépenses par habitant ont marqué une hausse réelle de 4,0 % (5,2 % pour les provinces et les territoires et 3,4 % pour le secteur privé, y compris les paiements directs effectués par les Canadiens). Le fait que les dépenses totales et par habitant liées aux médicaments aient progressé plus rapidement dans le cas des provinces et des territoires que dans celui du secteur privé (y compris les paiements directs des Canadiens) est imputable au vieillissement, car les administrations publiques assurent les personnes plus âgées—le segment de la population qui connaît la croissance la plus rapide.

Figure 9.2 : Dépenses des provinces et des territoires pour les médicaments, par habitant, 2012



Source : ICIS, 2012b.

Les dépenses par habitant des provinces et des territoires au titre des médicaments suivent la courbe de la figure 9.2, selon l'âge et le sexe. Les données réelles de 2010 sont publiées par l'ICIS. Elles sont ensuite projetées en 2012 à l'aide du modèle démographique présenté au chapitre 4, en veillant à ce que les dépenses totales en médicaments correspondent à l'estimation figurant au tableau 9.1.

Les dépenses liées aux médicaments selon les provinces et les territoires augmentent normalement à partir des premiers âges jusqu'à 65 ans⁶⁴, après quoi elles montent en flèche, et sont multipliées par un facteur d'au moins 4 à 85 ans, avant d'amorcer une baisse. Cette baisse aux âges avancés peut être liée au fait que les aînés soumis à une pharmacothérapie peuvent être hospitalisés ou hébergés en centres de soins, et leurs coûts relatifs à la pharmacothérapie sont pris en compte dans ces catégories respectives (abordées aux chapitres 6 et 7).

Projections

Les dépenses réelles des provinces et des territoires pour les médicaments entre 1996 et 2010 sont analysées pour dégager les composantes de leur croissance. L'effet combiné du vieillissement et de la croissance démographique atteint en moyenne 2,9 % par année. L'inflation des prix réels des médicaments, sans égard à l'âge et au sexe, a atteint en moyenne 4,3 % par année—en plus de l'inflation—et la Saskatchewan a enregistré des hausses maximales de 9,2 % pendant que la Colombie-Britannique connaissait des taux très bas de 2,0 %. L'inflation des prix réels se compose : (1) de hausses des prix du marché; (2) de variations au chapitre du profil des médicaments prescrits; (3) de tendances au plan du recours à des pharmacothérapies (sauf en raison du vieillissement et de la croissance démographique) et (4) de l'arrivée de nouveaux médicaments.

⁶⁴ Il est important que le lecteur se rappelle que cette observation ne s'applique qu'à la population admissible aux régimes publics d'assurance-médicaments et qu'elle en répartit efficacement les coûts dans toute la population. Il doit reconnaître qu'une partie importante de la population ne profite pas de ces régimes. Le comportement des participants d'un régime d'avantages sociaux privé est vraisemblablement différent.

Tableau 9.3 : Composantes de la croissance des dépenses liées aux médicaments, 1996 à 2010, selon la province et le territoire (en dollars constants de 2012)

Province	Vieillessement et croissance démographique	Inflation réelle des prix	Croissance réelle totale
Terre-Neuve-et-Labrador	-	-	-
Île-du-Prince-Édouard	-	-	-
Nouvelle-Écosse	1,5 %	6,7 %	8,2 %
Nouveau-Brunswick	1,4 %	6,4 %	7,8 %
Québec	2,4 %	4,6 %	7,0 %
Ontario	2,6 %	3,9 %	6,5 %
Manitoba	-	-	-
Saskatchewan	0,8 %	9,2 %	9,9 %
Alberta	3,5 %	5,7 %	9,1 %
Colombie-Britannique	2,2 %	2,0 %	4,3 %
Canada	2,9 %	4,3 %	7,2 %

Source : ICIS, 2012b et calculs de l'auteur.

L'établissement d'une hypothèse pour la hausse future des dépenses liées aux médicaments pose un défi. D'une part, l'attente d'une augmentation du nombre et de l'intensité des pharmacothérapies n'est pas déraisonnable, ce qui permettra aux gens de quitter les hôpitaux pour retourner à la maison. Par conséquent, les dépenses liées aux médicaments pourraient augmenter plus rapidement et engendrer un effet compensateur correspondant au plan des coûts hospitaliers. Pendant ce temps, des médicaments très coûteux font leur entrée sur le marché et ils pourraient jouer eux-mêmes un rôle

très important même s'ils ne visent qu'une tranche très mince de la population. Par ailleurs, d'aucuns prétendent que certains facteurs pourraient contribuer à contenir les hausses du coût des médicaments :

[traduction] « [...] Les nombreuses pressions à la hausse qui s'exercent sur les coûts des régimes d'assurance-médicaments sont susceptibles de diminuer au cours des prochaines années en raison de l'échéance de brevets importants, de l'entrée sur le marché d'un plus grand nombre de médicaments génériques [...] et de la prise d'effet de récentes réformes des politiques dans le but de réduire les coûts. »⁶⁵

[...] On s'attend à ce que la proportion des médicaments génériques dans le marché des médicaments prescrits au Canada augmente au cours des prochaines années, car les brevets de nombreux médicaments vedettes arriveront à échéance. [...] Ces données suggèrent la possibilité de réaliser des économies substantielles grâce aux médicaments génériques, en particulier d'ici trois à cinq ans⁶⁶.

L'utilisation des tendances historiques observées au chapitre des dépenses liées aux médicaments (c'est-à-dire en supposant que les prix réels augmenteront à un taux annuel de 4,3 %—en plus de l'inflation—pendant toute la période de projection) se traduirait par l'augmentation des dépenses totales liées aux médicaments à un taux annuel réel de 5,2 %, passant de 33,0 milliards de dollars (2,0 % du PIB) en 2012 à 117,0 milliards (4,7 % du PIB) en 2037. La part des dépenses liées aux médicaments qui reviendrait aux provinces et aux territoires progresserait à un taux annuel réel de 5,9 %. Une telle hypothèse suppose que les tendances historiques se maintiendront à l'avenir et qu'aucune mesure ne sera prise pour contenir les coûts. Dans le présent document, nous supposons plutôt que des mesures seront prises pour limiter les coûts et pour faire tendre les augmentations futures des dépenses vers le taux de l'inflation générale.

Par conséquent, le modèle de projection suppose que les dépenses réelles par habitant qui sont liées aux médicaments progresseront à un taux annuel de 3 %.

Les dépenses réelles par habitant que les provinces et les territoires consacrent aux médicaments sont appliquées à la démographie projetée pour obtenir les dépenses totales réelles liées aux médicaments. Elles devraient augmenter à un taux annuel de 4,6 % en dollars constants de 2012—3,0 % en raison de la hausse des prix et 1,6 % à cause du vieillissement et de la croissance démographique.

⁶⁵ Busby, C. et W.B.P. Robson. *A Social Insurance Model for Pharmacare: Ontario's Options for a More Sustainable Cost-Effective Drug Program*, Institut C.D. Howe. 2011.

⁶⁶ ICIS, 2011b.

Le tableau 9.4 résume les principales constatations de notre projection des dépenses que les provinces et les territoires consacrent aux médicaments et les éléments de sensibilité des hypothèses utilisées.

Tableau 9.4 : Sommaire des projections des dépenses des provinces et territoires au titre des médicaments

Dépenses des provinces et territoires au titre des médicaments						
(en millions de dollars constants de 2012, le cas échéant)						
Croissance des dépenses	Augmentation annuelle attribuable au vieillissement et à la croissance démographique	Augmentation annuelle attribuable aux coûts réels	Augmentation annuelle totale	Dépenses totales des provinces et des territoires au titre des médicaments		en % du PIB
Tendances historiques de 1996 à 2010	2,9 %	4,3 %	7,2 %	2012 :	10 677	0,6 %
Projection selon la croissance historique du coût réel	1,6 %	4,3 %	5,9 %	2037 :	44 904	1,8 %
Projection selon le scénario de base	1,6 %	3,0 %	4,6 %	2037 :	32 818	1,3 %
Hypothèse de projection du scénario de base	Tendance de 3 % sur 25 ans					
Analyse de sensibilité						
Hypothèses de projection testées	Augmentation annuelle attribuable au vieillissement et à la croissance démographique	Augmentation annuelle attribuable aux coûts réels	Augmentation annuelle totale	Dépenses totales des provinces et des territoires au titre des médicaments		en % du PIB
Modèle démographique						
Optimiste : Faible croissance	1,4 %	3,0 %	4,4 %	2037 :	31 066	1,4 %
Pessimiste : Forte croissance	1,8 %	3,0 %	4,8 %	2037 :	34 596	1,3 %
Coût des médicaments						
Optimiste : -1,0 %	1,6 %	2,0 %	3,6 %	2037 :	25 715	1,0 %
Pessimiste : +1,0 %	1,6 %	4,0 %	5,6 %	2037 :	41 784	1,7 %

Le tableau 9.5 présente les dépenses projetées des provinces et des territoires au titre des médicaments, entre 2012 et 2037. Les dépenses directes du gouvernement fédéral et des caisses de sécurité sociale pour les médicaments sont réputées augmenter en proportion de celles des provinces et des territoires. Elles devraient croître à un taux réel de 4,6 %.

La courbe des dépenses par habitant consacrées aux médicaments par les provinces et les territoires, où la clientèle se compose principalement de personnes âgées et moins nanties, est très certainement différente de celle du secteur privé (y compris les paiements directs des Canadiens), qui comprend la population active. Par conséquent, il ne s'agit pas d'une base fiable pour projeter les dépenses privées liées aux médicaments (y compris les paiements directs des Canadiens). Aucun autre renseignement fiable n'étant disponible, ces données sont plutôt projetées en supposant qu'elles augmenteront à un taux annuel réel de 3 %, en plus de l'effet de l'augmentation de la croissance de la population active. Les dépenses du secteur privé dans les médicaments (y compris les paiements directs des Canadiens) devraient donc croître à un taux réel de 3,4 %.

Tableau 9.5 : Dépenses projetées des provinces et des territoires au titre des médicaments, 2012 à 2037, scénario de base (en millions de dollars constants de 2012)

Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	Yukon	Territoires du Nord-Ouest	Nunavut	Canada	% du PIB
2012	157	36	320	196	2 521	4 560	309	319	1 274	970	7	5	3	10 677	0,6 %
2013	164	38	335	205	2 639	4 806	322	332	1 344	1 017	8	6	3	11 217	0,7 %
2014	170	40	351	214	2 762	5 060	335	346	1 416	1 066	8	6	3	11 777	0,7 %
2015	177	42	367	224	2 890	5 325	350	361	1 492	1 117	8	6	3	12 362	0,7 %
2016	185	45	383	234	3 021	5 604	364	376	1 571	1 170	9	7	3	12 972	0,7 %
2017	192	47	400	245	3 156	5 895	379	392	1 654	1 226	9	7	3	13 606	0,7 %
2018	200	49	418	257	3 297	6 202	395	409	1 741	1 284	9	7	4	14 273	0,8 %
2019	208	51	436	269	3 445	6 528	411	427	1 833	1 344	10	8	4	14 973	0,8 %
2020	216	54	455	281	3 599	6 873	429	446	1 930	1 406	10	8	4	15 711	0,8 %
2021	224	56	475	295	3 756	7 234	447	466	2 030	1 472	11	8	4	16 478	0,8 %
2022	232	59	496	309	3 919	7 614	465	487	2 134	1 540	11	8	4	17 279	0,9 %
2023	241	62	517	324	4 086	8 011	484	508	2 242	1 610	11	9	5	18 111	0,9 %
2024	250	64	539	339	4 258	8 428	504	530	2 354	1 684	12	9	5	18 977	0,9 %
2025	258	67	562	354	4 435	8 871	525	553	2 471	1 762	12	9	5	19 886	1,0 %
2026	267	70	586	370	4 615	9 335	546	577	2 590	1 841	13	10	5	20 825	1,0 %
2027	276	73	610	386	4 795	9 812	568	602	2 712	1 923	13	10	5	21 787	1,0 %
2028	285	77	635	403	4 979	10 317	592	627	2 838	2 009	14	11	6	22 790	1,1 %
2029	294	80	660	420	5 167	10 839	615	653	2 968	2 097	14	11	6	23 825	1,1 %
2030	304	83	686	437	5 360	11 376	640	679	3 100	2 190	14	11	6	24 888	1,1 %
2031	313	87	711	454	5 553	11 910	666	706	3 234	2 286	15	12	7	25 951	1,2 %
2032	323	90	735	471	5 743	12 438	693	732	3 368	2 384	15	12	7	27 010	1,2 %
2033	332	94	759	487	5 935	12 980	720	759	3 505	2 486	16	12	7	28 094	1,2 %
2034	341	97	784	504	6 134	13 543	749	787	3 648	2 592	16	13	7	29 215	1,2 %
2035	351	100	810	523	6 339	14 124	778	815	3 796	2 701	17	13	8	30 377	1,3 %
2036	361	104	837	540	6 551	14 721	809	845	3 948	2 813	18	14	8	31 569	1,3 %
2037	372	108	864	559	6 772	15 347	841	876	4 108	2 930	18	15	8	32 818	1,3 %

Source : ICIS, 2012b et calculs de l'auteur.

Le tableau 9.6 résume les dépenses projetées au titre des médicaments, par payeur, au cours des 25 prochaines années. En 2012, les médicaments utilisaient des ressources économiques équivalent à 2,0 % du PIB. Leur importance devrait augmenter et atteindre 3,5 % d'ici 2037.

Tableau 9.6 : Dépenses projetées au titre des médicaments, 2012 à 2037, par payeur, scénario de base (en millions de dollars constants de 2012)

Années	Admin. prov./terr.	Gouvernement fédéral	Admin. municipales	Caisse de sécurité sociale	Total – Secteur public	Secteur privé et paiements directs	Total	% du PIB
2012	10 677	597	0	1 056	12 330	20 696	33 025	2,0 %
2013	11 217	627	0	1 109	12 953	21 478	34 430	2,0 %
2014	11 777	659	0	1 164	13 600	22 278	35 878	2,1 %
2015	12 362	691	0	1 222	14 276	23 096	37 372	2,1 %
2016	12 972	725	0	1 283	14 980	23 923	38 903	2,2 %
2017	13 606	761	0	1 345	15 713	24 754	40 467	2,2 %
2018	14 273	798	0	1 411	16 482	25 581	42 063	2,3 %
2019	14 973	837	0	1 481	17 291	26 405	43 695	2,3 %
2020	15 711	879	0	1 554	18 143	27 238	45 382	2,4 %
2021	16 478	921	0	1 629	19 029	28 092	47 121	2,4 %
2022	17 279	966	0	1 709	19 954	28 956	48 910	2,5 %
2023	18 111	1 013	0	1 791	20 914	29 844	50 758	2,5 %
2024	18 977	1 061	0	1 876	21 915	30 765	52 680	2,6 %
2025	19 886	1 112	0	1 966	22 964	31 704	54 668	2,7 %
2026	20 825	1 164	0	2 059	24 048	32 674	56 723	2,7 %
2027	21 787	1 218	0	2 154	25 159	33 694	58 853	2,8 %
2028	22 790	1 274	0	2 253	26 317	34 741	61 059	2,9 %
2029	23 825	1 332	0	2 356	27 513	35 842	63 355	2,9 %
2030	24 888	1 392	0	2 461	28 740	37 025	65 765	3,0 %
2031	25 951	1 451	0	2 566	29 969	38 319	68 287	3,1 %
2032	27 010	1 510	0	2 671	31 191	39 708	70 899	3,1 %
2033	28 094	1 571	0	2 778	32 443	41 168	73 611	3,2 %
2034	29 215	1 634	0	2 889	33 737	42 691	76 429	3,3 %
2035	30 377	1 699	0	3 004	35 079	44 271	79 350	3,3 %
2036	31 569	1 765	0	3 121	36 455	45 912	82 368	3,4 %
2037	32 818	1 835	0	3 245	37 898	47 621	85 519	3,5 %

Chapitre 10—Projection des « autres dépenses de santé »

Dans le présent chapitre, nous examinerons les dépenses de soins de santé liées aux immobilisations, à la recherche en santé, à la santé publique, à l'administration des régimes d'assurance-maladie et à d'autres dépenses. Nous analyserons d'abord la structure des « autres dépenses de santé » avant d'en projeter les composantes pour les années futures.

Introduction

Les « autres dépenses de santé » comprennent les catégories suivantes :

- Les dépenses d'immobilisations touchant les hôpitaux et les établissements, le matériel, etc.⁶⁷
- Les dépenses au titre de la santé publique, notamment l'innocuité des aliments et des médicaments, la promotion de la santé et les programmes de contrôle des maladies⁶⁸.
- Les frais d'administration des programmes d'assurance-maladie et les coûts de fonctionnement des organismes de la santé⁶⁹.
- La recherche sur la santé⁷⁰.
- Les soins à domicile, qui ne comprennent que le volet professionnel de la santé (notamment l'aide au bain, à l'alimentation), et non le volet aide à domicile (la préparation des repas, la tonte du gazon, par exemple).
- Le transport pour soins médicaux.
- Les appareils médicaux, les dispositifs et les prothèses.

Ces dépenses ne sont pas couvertes par la *Loi canadienne sur la santé* de 1984.

⁶⁷ ICIS, 2011c. Les immobilisations comprennent « les dépenses liées à la construction, à la machinerie, à l'équipement et à certains logiciels des hôpitaux, des cliniques, des postes de premiers soins et des établissements de soins pour bénéficiaires internes. Les immobilisations sont fondées sur la comptabilisation du coût complet ou la comptabilité de caisse. »

⁶⁸ ICIS, 2011c. Les dépenses encourues par les gouvernements et les organismes gouvernementaux comprennent « les dépenses liées à des éléments tels que l'innocuité des aliments et des médicaments, les inspections de santé, les activités de promotion de la santé, les programmes communautaires de santé mentale, les services infirmiers de santé publique, les mesures visant à prévenir la propagation des maladies transmissibles, la santé au travail axée sur la promotion et l'amélioration de la santé et de la sécurité en milieu de travail dans les organismes publics. »

⁶⁹ ICIS, 2011c. Par définition, les dépenses touchant l'administration sont des « dépenses liées aux coûts de la prestation des programmes d'assurance-maladie par les gouvernements et les compagnies d'assurance privées et tous les coûts de l'infrastructure requise pour le fonctionnement des ministères de la Santé. Les coûts administratifs des hôpitaux en exploitation, des programmes d'assurance-médicaments, des programmes de soins de longue durée et d'autres services de santé « non assurés » ne sont pas inclus dans la catégorie Administration, mais plutôt dans la catégorie du service (p. ex. hôpitaux, autres établissements, médicaments). »

⁷⁰ ICIS, 2011c. Par définition, les dépenses de recherche consacrées à la santé sont des « dépenses liées aux activités de recherche conçues pour approfondir la connaissance des déterminants de la santé, de l'état de santé ou des méthodes de prestation des soins de santé ainsi que les dépenses relatives à l'évaluation de la prestation des soins de santé ou de l'exécution des programmes de santé. Cette catégorie n'inclut pas la recherche effectuée par les hôpitaux ou les entreprises pharmaceutiques dans le cadre de l'élaboration d'un produit. Ces montants sont inclus dans les catégories des hôpitaux et des médicaments, respectivement. »

Coûts actuels

Le tableau 10.1 présente les « autres dépenses de santé », selon le payeur et la province ou le territoire. Il indique que le secteur public assume 77 % de ces autres dépenses, les provinces et les territoires intervenant pour près de 80 % de cette tranche.

Tableau 10.1 : « Autres dépenses de santé » totales, 2012, par payeur

Province/territoire	Secteur des administrations provinciales/territoriales		Secteur privé et paiements directs		Total		
	Total (millions de \$)	Par habitant (\$)	Total (millions de \$)	Par habitant (\$)	Total (millions de \$)	Par habitant (\$)	en % du PIB
Terre-Neuve-et-Labrador	377,0	740	101,8	200	534,6	1 050	2,3 %
Île-du-Prince-Édouard	137,1	937	25,2	172	210,8	1 440	4,1 %
Nouvelle-Écosse	588,1	622	215,8	228	963,9	1 019	2,7 %
Nouveau-Brunswick	452,1	598	172,7	228	743,7	983	2,6 %
Québec	4 746,2	590	1 635,6	203	7 355,2	915	2,2 %
Ontario	9 031,1	668	3 679,6	272	15 041,7	1 112	2,2 %
Manitoba	1 020,5	809	304,3	241	1 753,5	1 389	3,2 %
Saskatchewan	960,2	898	215,9	202	1 463,5	1 368	2,9 %
Alberta	2 809,8	729	1 248,7	324	4 763,3	1 236	1,8 %
Colombie-Britannique	3 942,9	849	1 326,6	286	5 984,3	1 288	2,9 %
Yukon	65,7	1 873	4,9	141	94,9	2 706	4,2 %
Territoires du Nord-Ouest	64,0	1 453	4,5	103	115,3	2 616	3,0 %
Nunavut	123,8	3 670	3,4	101	163,3	4 843	10,7 %
Total - Canada	24 318,4	697	8 939,2	256	39 188,1	1 124	2,3 %
Admin. prov./ter.	24 318,4	697					
Secteur fédéral	4 495,4	129					
Admin. municipales	842,7	24					
Caisses de sécurité sociale	592,4	17					
Total	30 248,9	867	8 939,2	256	39 188,1	1 124	2,3 %

Source : ICIS, 2012b.

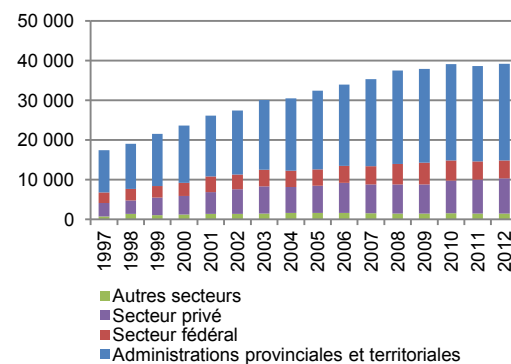
Le tableau 10.2 résume la répartition des dépenses, y compris les paiements directs des Canadiens, des secteurs public et privé selon la catégorie des « autres dépenses de santé ».

Tableau 10.2 : « Autres dépenses de santé », selon le type de dépenses, 2012 (en millions de dollars)

Type de dépenses	Secteur public			Secteur privé	Total
	Admin. prov./terr.	Autre secteur public	Total		
Immobilisations	7 101	369	7 470	2 131	9 601
Santé publique	8 855	2 178	11 033	0	11 033
Administration	1 637	959	2 595	3 839	6 434
Recherche sur la santé	s.o.	s.o.	1 890	1 381	3 272
Autre	s.o.	s.o.	7 260	1 588	8 848
Total	24 318	5 930	30 249	8 939	39 188

Source : ICIS, 2012b.

Figure 10.1 : « Autres dépenses de santé » historiques, 1997 à 2012 (en millions de dollars constants de 2012)



Source : ICIS, 2012b.

La figure 10.1 révèle que les « autres dépenses de santé » ont augmenté à un taux annuel réel de 5,6 %—en plus de l'inflation—au cours des 15 dernières années (la part prise en charge par les provinces et les territoires a toutefois progressé à un taux réel de 5,7 %), pendant que les dépenses par habitant ont crû à un taux réel de 4,5 % (la part prise en charge par les provinces et les territoires a atteint 4,6 %).

Projections

Les « autres dépenses de santé » ne peuvent être projetées de la même façon que d'autres dépenses, car les chiffres par habitant ne sont pas disponibles et, de toute manière, seraient peu significatifs. Chaque catégorie d'« autres dépenses de santé » est projetée séparément, puisque ces dépenses ne sont pas toutes influencées par des facteurs démographiques. Le recours aux tendances observées des « autres dépenses de santé » (c'est-à-dire en supposant qu'elles progresseront à un taux annuel réel de 5,6 %—en plus de l'inflation—pendant toute la période de projection) ferait en sorte que les « autres dépenses de santé » totales des provinces et des territoires passeraient de 24,3 milliards de dollars (1,5 % du PIB) en 2012 à 95,0 milliards (dollars constants de 2012) en 2037 (3,8 % du PIB). Les hypothèses utilisées dans le modèle sont les suivantes :

- Immobilisations—La croissance des dépenses d'immobilisations réelles suit celle de la population.
- Santé publique—Les dépenses sont supposées demeurer fixes en dollars constants de 2012 (ce qui signifie qu'elles augmenteront au rythme de l'inflation).
- Administration—Les frais sont présumés demeurer fixes en dollars constants de 2012.
- Recherche sur la santé—Les dépenses réelles sont présumées augmenter en fonction du PIB réel.
- Autres—Les autres dépenses réelles, qui comprennent les soins à domicile⁷¹, sont présumées augmenter en fonction de la croissance démographique, plus 1,0 % au cours des cinq premières années, puis suivre un taux décroissant jusqu'à 0,5 % en 2037, pour tenir compte des attentes selon lesquelles les provinces et les territoires intensifieront leurs efforts pour fournir des soins à l'extérieur des hôpitaux, en insistant davantage sur les soins à domicile.

Le tableau 10.3 résume les principales constatations issues de la projection des « autres dépenses de santé » des provinces et des territoires et les éléments de sensibilité des hypothèses utilisées.

⁷¹ Au plan technique, il serait justifié de faire varier les dépenses liées aux soins à domicile selon l'âge. Toutefois, aucune donnée par habitant selon l'âge et le sexe n'est disponible pour les « autres dépenses de santé ». Par conséquent, l'auteur n'a d'autre choix que de s'en remettre à une hypothèse de projection plus simple.

Tableau 10.3 : Sommaire des projections d'« autres dépenses de santé » des provinces et des territoires

« Autres dépenses de santé » des provinces et des territoires					
(en millions de dollars constants de 2012, le cas échéant)					
Croissance des dépenses	Augmentation annuelle attribuable au vieillissement et à la croissance démographique	Augmentation annuelle attribuable aux coûts réels	Augmentation annuelle totale	« Autres dépenses de santé » totales des provinces et des territoires	en % du PIB
Tendances historiques de 1996 à 2010	-	5,6 %	5,6 %	2012 : 24 318	1,5 %
Projection selon la croissance historique du coût réel	-	5,6 %	5,6 %	2037 : 94 957	3,8 %
Projection selon le scénario de base	-	0,8 %	0,8 %	2037 : 29 812	1,2 %
Hypothèse de projection du scénario de base	Immobilisations—tendance liée à la croissance démographique Santé publique—aucune tendance Administration—aucune tendance Recherche sur la santé—tendance liée à la croissance réelle du PIB Autres—tendance liée à la croissance démographique, plus 1,0 % pendant cinq ans, et passage à 0,5 % après 25 ans				
Analyse de sensibilité					
Hypothèse de projection testée	Augmentation annuelle attribuable au vieillissement et à la croissance démographique	Augmentation annuelle attribuable aux coûts réels	Augmentation annuelle totale	« Autres dépenses de santé » totales des provinces et des territoires	en % du PIB
<u>Modèle démographique</u>					
Optimiste : Faible croissance	-	0,6 %	0,6 %	2037 : 28 205	1,2 %
Pessimiste : Forte croissance	-	1,0 %	1,0 %	2037 : 31 508	1,2 %

Le tableau 10.4 résume les projections des « autres dépenses de santé » des provinces et des territoires, de 2012 à 2037, selon le scénario de base. Ces dépenses devraient augmenter à un taux réel de 0,8 %.

Tableau 10.4 : « Autres dépenses de santé » projetées des provinces et territoires, 2012 à 2037, scénario de base (en millions de dollars constants de 2012)

Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	Yukon	Territoires du Nord-Ouest	Nunavut	Canada	% du PIB
2012	377	137	588	452	4 746	9 031	1 020	960	2 810	3 943	66	64	124	24 318	1,5 %
2013	378	138	591	455	4 780	9 123	1 029	967	2 839	3 987	66	64	125	24 543	1,4 %
2014	379	139	595	457	4 815	9 215	1 039	973	2 868	4 031	66	65	125	24 767	1,4 %
2015	381	140	598	459	4 849	9 308	1 048	979	2 897	4 076	67	65	127	24 994	1,4 %
2016	382	142	602	462	4 882	9 401	1 057	986	2 925	4 121	67	66	128	25 220	1,4 %
2017	383	143	605	464	4 916	9 495	1 066	992	2 954	4 165	67	66	129	25 446	1,4 %
2018	385	144	608	467	4 948	9 587	1 075	999	2 983	4 209	68	67	131	25 671	1,4 %
2019	386	145	611	469	4 980	9 679	1 084	1 005	3 010	4 253	78	67	132	25 892	1,4 %
2020	388	146	615	471	5 011	9 771	1 093	1 011	3 038	4 297	68	67	133	26 111	1,4 %
2021	389	147	618	474	5 043	9 864	1 103	1 018	3 066	4 341	69	68	134	26 333	1,4 %
2022	390	148	621	476	5 073	9 957	1 112	1 024	3 093	4 386	69	68	135	26 553	1,4 %
2023	392	150	624	478	5 103	10 049	1 121	1 030	3 120	4 430	70	69	136	26 773	1,3 %
2024	393	151	627	480	5 134	10 143	1 130	1 037	3 147	4 474	70	69	137	26 992	1,3 %
2025	394	152	631	482	5 163	10 235	1 139	1 043	3 175	4 518	70	70	139	27 211	1,3 %
2026	395	153	633	485	5 192	10 328	1 148	1 049	3 201	4 563	71	70	139	27 428	1,3 %
2027	396	154	636	487	5 221	10 420	1 157	1 056	3 228	4 607	71	71	139	27 644	1,3 %
2028	398	155	639	489	5 250	10 512	1 167	1 062	3 255	4 651	72	71	141	27 861	1,3 %
2029	399	156	642	491	5 278	10 603	1 176	1 068	3 282	4 696	72	72	142	28 075	1,3 %
2030	400	157	645	492	5 306	10 695	1 185	1 075	3 309	4 740	72	72	143	28 291	1,3 %
2031	401	158	648	494	5 334	10 787	1 194	1 081	3 336	4 785	73	73	144	28 508	1,3 %
2032	402	159	651	496	5 362	10 881	1 204	1 088	3 363	4 829	73	73	144	28 726	1,3 %
2033	403	160	653	498	5 390	10 974	1 213	1 095	3 390	4 874	74	74	145	28 943	1,3 %
2034	404	161	656	500	5 418	11 066	1 223	1 101	3 417	4 919	74	74	147	29 161	1,2 %
2035	406	162	659	502	5 445	11 159	1 232	1 108	3 444	4 963	75	75	148	29 378	1,2 %
2036	407	163	662	504	5 472	11 251	1 242	1 115	3 471	5 007	75	75	149	29 593	1,2 %
2037	408	164	665	506	5 500	11 345	1 252	1 122	3 498	5 052	75	76	151	29 812	1,2 %

Source : ICIS, 2012b et calculs de l'auteur.

Le tableau 10.5 résume la projection des « autres dépenses de santé », par payeur, au cours des 25 prochaines années. Les « autres dépenses de santé » représentent le seul type de dépenses de soins de santé dont le poids dans l'économie canadienne devrait s'alléger, les dépenses associées devant diminuer et passer de 2,3 % du PIB en 2012 à 2,0 % en 2037.

Tableau 10.5 : « Autres dépenses de santé » projetées, 2012 à 2037, par payeur, scénario de base (en millions de dollars constants de 2012)

Années	Admin. prov./terr.	Gouvernement fédéral	Admin. munic.	Caisse de sécurité sociale	Total – Secteur public	Secteur privé et paiements directs	Total	% du PIB
2012	24 318	4 495	843	592	30 249	8 939	39 188	2,3 %
2013	24 543	4 537	851	598	30 529	9 026	39 555	2,3 %
2014	24 767	4 579	859	603	30 809	9 114	39 922	2,3 %
2015	24 994	4 622	866	609	31 091	9 201	40 292	2,3 %
2016	25 220	4 665	874	615	31 374	9 288	40 662	2,3 %
2017	25 446	4 707	882	620	31 656	9 373	41 029	2,2 %
2018	25 671	4 750	890	626	31 937	9 457	41 394	2,2 %
2019	25 892	4 792	898	631	32 214	9 540	41 753	2,2 %
2020	26 111	4 835	906	637	32 490	9 621	42 111	2,2 %
2021	26 333	4 878	915	643	32 769	9 703	42 471	2,2 %
2022	26 553	4 922	923	649	33 046	9 784	42 830	2,2 %
2023	26 773	4 966	931	654	33 324	9 865	43 189	2,2 %
2024	26 992	5 011	939	660	33 602	9 946	43 548	2,2 %
2025	27 211	5 056	948	666	33 881	10 027	43 907	2,2 %
2026	27 428	5 101	956	672	34 157	10 107	44 264	2,1 %
2027	27 644	5 147	965	678	34 434	10 189	44 623	2,1 %
2028	27 861	5 194	974	684	34 713	10 270	44 982	2,1 %
2029	28 075	5 241	983	691	34 989	10 351	45 341	2,1 %
2030	28 291	5 289	992	697	35 269	10 435	45 704	2,1 %
2031	28 508	5 339	1 001	704	35 552	10 522	46 074	2,1 %
2032	28 726	5 390	1 010	710	35 837	10 611	46 448	2,1 %
2033	28 943	5 441	1 020	717	36 121	10 701	46 822	2,0 %
2034	29 161	5 494	1 030	724	36 409	10 791	47 200	2,0 %
2035	29 378	5 547	1 040	731	36 695	10 882	47 577	2,0 %
2036	29 593	5 600	1 050	738	36 981	10 972	47 953	2,0 %
2037	29 812	5 644	1 058	744	37 258	11 065	48 322	2,0 %

Chapitre 11—Les Comptes publics et le Transfert canadien en matière de santé

Après avoir décrit le système de soins de santé du Canada, examiné son coût actuel, selon les types de dépenses, établi des hypothèses de projection et projeté les dépenses de soins de santé de 2012 à 2037, nous étudierons l'effet des dépenses futures en soins de santé sur la situation financière des provinces et des territoires.

Puis, nous décrirons le Transfert canadien en matière de santé (TCS), y compris la formule de calcul en vigueur et la nouvelle formule proposée par le gouvernement fédéral. Nous en évaluerons toutes les répercussions sur la situation financière des provinces et des territoires, de même que sur celle du gouvernement du Canada d'un point de vue général, et d'après la perspective limitée de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984.

Introduction

Les dépenses en soins de santé des provinces et des territoires ont augmenté progressivement à un taux annuel réel de 4,2 % (en plus de l'inflation)—1,0 % en raison du vieillissement et de la croissance démographique, et 3,2 % à cause de la hausse réelle des prix. En supposant que cette tendance se maintiendra, il en découlera que les dépenses totales de soins de santé des provinces et des territoires augmenteront à un taux annuel réel de 5,1 % (en plus de l'inflation) pour passer de 135,0 milliards de dollars (8,2 % du PIB) en 2012 à 466,7 milliards en dollars constants de 2012 (19,2 % du PIB) en 2037. Nous supposons plutôt que des politiques publiques indéterminées seront mises en œuvre pour limiter les hausses futures des coûts des soins de santé (ce qui entraînera effectivement des dépenses de soins de santé qui seront 30 % moins élevées en 2037 que si aucune mesure n'avait été appliquée). Les hypothèses adoptées se traduisent par un taux de croissance attendu des dépenses provinciales/territoriales au titre des soins de santé qui équivaut à 3,5 % de plus que l'inflation, comme en témoigne le tableau 11.1.

Tableau 11.1 : Sommaire des dépenses totales des provinces et des territoires au titre des soins de santé

Dépenses totales des provinces et des territoires au titre des soins de santé						
(en millions de dollars constants de 2012, le cas échéant)						
Croissance des dépenses	Augmentation annuelle attribuable au vieillissement et à la croissance démographique	Augmentation annuelle attribuable aux coûts réels	Augmentation annuelle totale	Dépenses totales des provinces et des territoires au titre des soins de santé		en % du PIB
Tendances historiques de 1996 à 2010	1,0 %	3,2 %	4,2 %	2012 :	134 952	8,2 %
Projection selon la croissance historique du coût réel	1,9 %	3,2 %	5,1 %	2037 :	466 716	19,2 %
Projection selon le scénario de base	1,9 %	1,6 %	3,5 %	2037 :	315 182	12,7 %

La figure 11.1 résume la projection des dépenses de soins de santé des provinces et des territoires. Selon notre modèle (qui suppose des mesures gouvernementales pour limiter le taux de croissance réel), elles devraient augmenter et passer de 135,0 milliards de dollars en 2012 à 315,2 milliards en 2037 (en

dollars constants de 2012). Cela représente une hausse réelle annualisée de 3,5 % (en plus de l'inflation). Selon le type de dépenses, les dépenses consacrées aux médecins devraient croître à un taux annuel réel de 3,4 % au cours des 25 prochaines années, les dépenses hospitalières à un taux annuel réel de 3,9 %, les « dépenses d'autres établissements » à un taux annuel réel de 3,9 %, les « dépenses d'autres professionnels » à un taux annuel réel de 2,9 %, les dépenses liées aux médicaments à un taux annuel réel de 4,6 % et les « autres dépenses de santé », à un taux annuel réel de 0,8 %.

En outre, la figure 11.1 présente l'évolution de la composante en espèces du TCS. Elle révèle que si on applique la formule de calcul actuelle, on s'attend que cette composante croisse et passe de 28,4 milliards de dollars en 2012 à 72,2 milliards en 2037, l'équivalent d'une hausse annuelle réelle de 4,0 %.

Puis, la figure 11.2 indique dans quelle mesure les dépenses totales prévues des provinces et des territoires au titre des soins de santé (en dollars constants de 2012) devraient se comparer au PIB réel pour certaines années de projection et chaque province et territoire. En moyenne pour le Canada, ces dépenses devraient augmenter sensiblement et passer de 8,2 % du PIB en 2012 à 12,7 % en 2037. On notera des différences à l'échelle provinciale et territoriale, car les provinces de l'Atlantique devront consacrer une plus grande part de leur économie aux soins de santé, plus particulièrement en raison d'un ralentissement démographique qui devrait toucher le niveau de la production économique et exercer également davantage de pressions sur le système des soins de santé à mesure que la population avancera en âge.

Effets sur les Comptes publics

Les effets de la hausse des dépenses de soins de santé feront en sorte qu'il sera plus difficile pour les provinces et les territoires d'équilibrer leurs budgets.

L'évaluation de ces effets exige une estimation des revenus disponibles futurs, des dépenses futures de programme (à l'exception des soins de santé) et des frais de la dette. Tous ces éléments seront touchés par des politiques budgétaires et sociales, et leur projection dépasse la portée de la présente étude.

Figure 11.1 : Répartition des dépenses totales des provinces et des territoires au titre des soins de santé, 2007 à 2037, scénario de base (en millions de dollars constants de 2012)

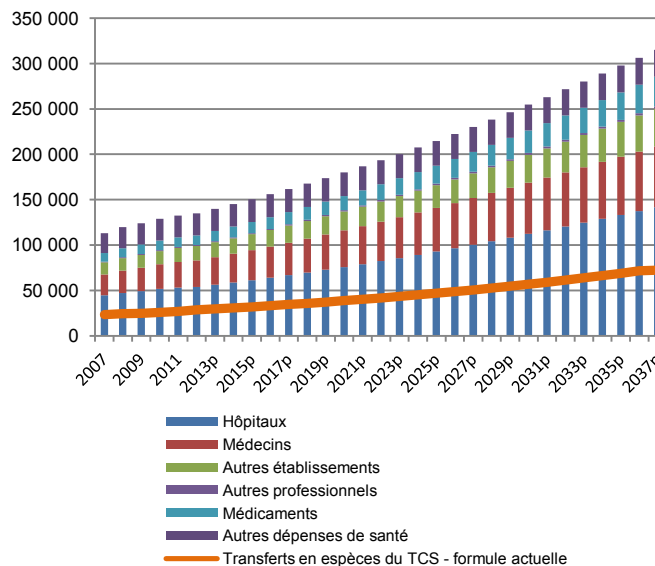
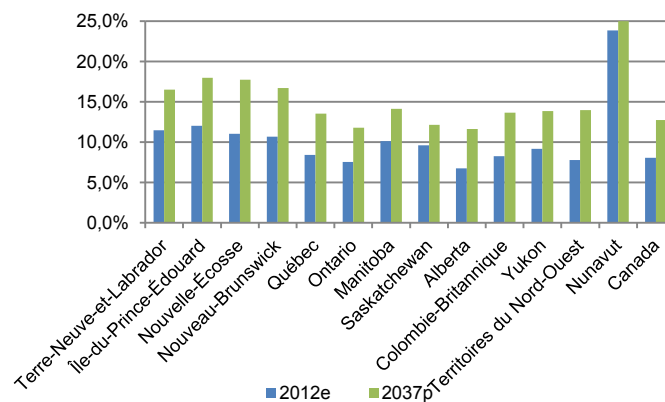


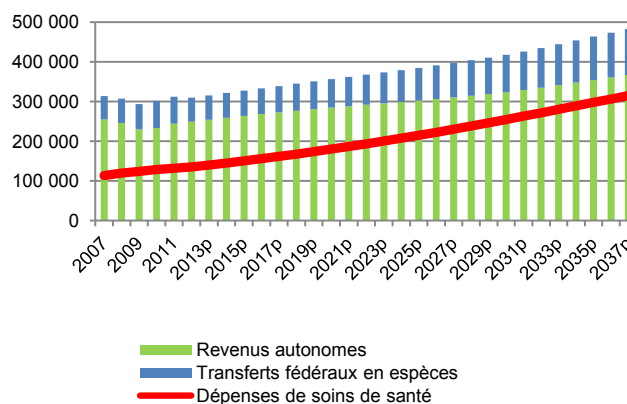
Figure 11.2 : Dépenses totales des provinces et des territoires au titre des soins de santé, certaines années (en % du PIB)



Nous comparerons plutôt les dépenses futures en soins de santé et les revenus futurs prévus des provinces et territoires, répartis en deux catégories :

- Les revenus autonomes—se composent principalement de l'impôt sur le revenu des particuliers et de l'impôt des sociétés, des taxes de vente, et de tous les droits de douane et d'accise et cotisations sociales. Aux fins du présent rapport, nous supposerons que les revenus autonomes augmentent au même rythme que le PIB. Nous poserons une hypothèse implicite à savoir que tous les taux d'imposition ne changeront pas au cours des 25 prochaines années et(ou) que des politiques publiques seront adoptées pour que la croissance des revenus autonomes demeure conforme à celle de l'économie (soit par des compressions au chapitre des programmes sociaux ou des hausses des taux d'imposition si la croissance des revenus autonomes n'atteint pas celle du PIB, et vice versa).
- Transferts fédéraux en espèces—Ces transferts se composent du TCS, du Transfert canadien en matière de programmes sociaux, du programme de péréquation et de tous les autres transferts en espèces du gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires. Le TCS est projeté selon la méthode décrite à la section suivante. Tous les autres transferts fédéraux en espèces devraient progresser à un taux équivalant à celui du PIB⁷².

Figure 11.3 : Dépenses totales des provinces et des territoires au titre des soins de santé par rapport à l'ensemble des revenus disponibles, 2007 à 2037, scénario de base (en millions de dollars constants de 2012)



La figure 11.3 indique dans quelle mesure l'ensemble des revenus disponibles des provinces et des territoires devrait se comparer aux dépenses totales en soins de santé des provinces et des territoires, selon la formule actuelle de calcul du transfert en espèces du TCS. Elle révèle qu'alors que les dépenses réelles en soins de santé devraient augmenter à un taux annuel de 3,5 %—en plus de l'inflation—l'ensemble des revenus disponibles, en dollars constants de 2012, devrait progresser à un rythme annuel de 1,9 % (croissance de 1,5 % des revenus autonomes et augmentation de 2,1 % des transferts fédéraux en espèces).

⁷² Dans les faits, certains transferts fédéraux en espèces ne progresseront pas au rythme de l'économie, du moins dans certaines provinces et certains territoires. Par exemple, il est raisonnable de supposer que les paiements de péréquation augmenteront en faveur des provinces et des territoires dont l'économie progresse plus lentement que la moyenne nationale. Nous utilisons quand même l'hypothèse selon laquelle tous les transferts fédéraux en espèces—à l'exception du TCS—augmentent à un taux équivalant à celui du PIB. Ainsi, il est plus facile d'établir et d'interpréter des projections. En outre, nous rappelons au lecteur que l'objet de notre recherche est axé sur le TCS, et que la discussion au sujet des autres transferts fédéraux en espèces n'est pas envisagée dans le présent document.

Figure 11.4 : Dépenses totales des provinces et des territoires au titre des soins de santé, certaines années, scénario de base (en % de l'ensemble des revenus autonomes)

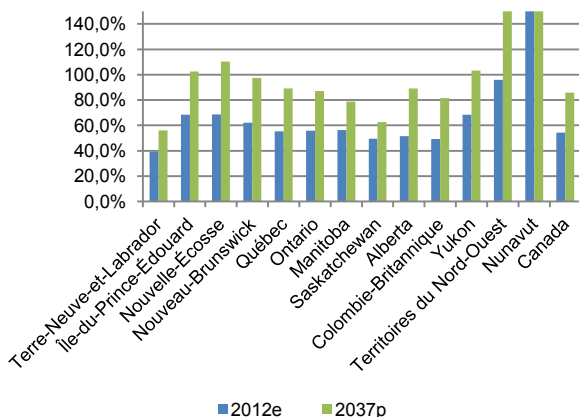
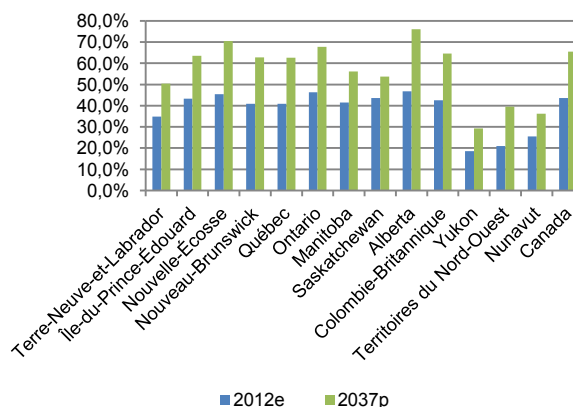
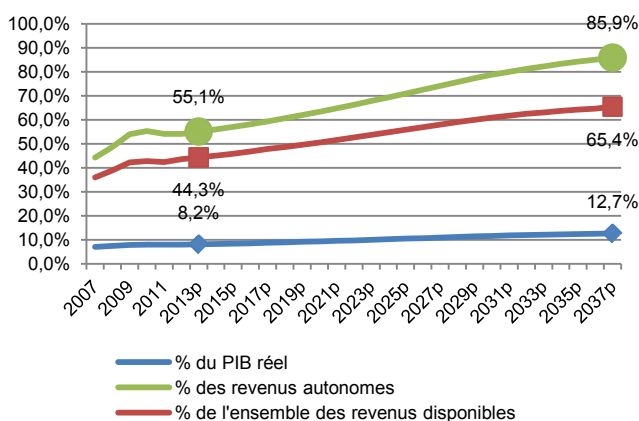


Figure 11.5 : Dépenses totales des provinces et des territoires au titre des soins de santé, certaines années, scénario de base (en % de l'ensemble des revenus disponibles), selon la formule actuelle de calcul du TCS



La figure 11.4 démontre que les dépenses en soins de santé accapareront une partie importante des revenus autonomes des provinces et des territoires, d'où une dépendance accrue aux transferts fédéraux. Il est intéressant de noter, comme l'indique la figure 11.5, que la part de l'ensemble des revenus disponibles (y compris les revenus autonomes et les transferts fédéraux en espèces) requise pour financer les dépenses en soins de santé sera plus élevée en 2037 dans des provinces telles l'Ontario et l'Alberta qu'à Terre-Neuve-et-Labrador.

Figure 11.6 : Dépenses totales des provinces et des territoires au titre des soins de santé par rapport au PIB réel, revenus autonomes et ensemble des revenus disponibles, 2007 à 2037, scénario de base, selon la formule actuelle de calcul du TCS



La figure 11.6 révèle que l'on s'attendrait que les dépenses totales au titre des soins de santé représentent environ 65 % des revenus disponibles des provinces et des territoires en 2037 (en supposant le maintien de la formule de calcul actuelle), en hausse par rapport aux 44 % enregistrés en 2012. Elles interviendront toutefois pour près de la totalité (86 %) de leurs revenus autonomes, ce qui signifie que les ressources dont disposent les provinces et les territoires pour financer d'autres dépenses de programme et payer les frais de la dette seront sensiblement réduites. Il en découle que d'autres programmes publics et sociaux devront être réduits et/ou des taxes/impôts et droits devront être majorés. Cette situation aura de nombreuses répercussions

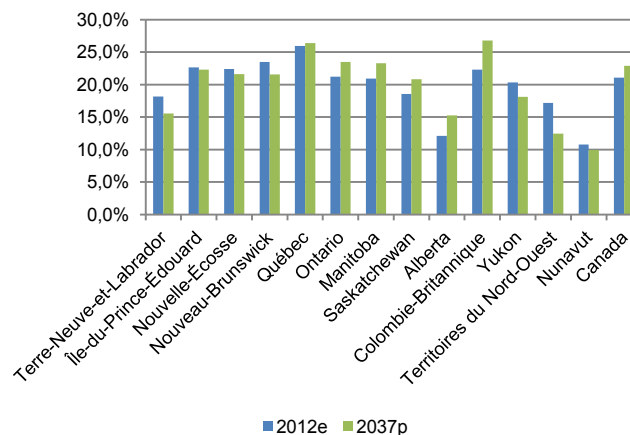
financières et sociales. Au chapitre de la capacité de l'économie canadienne à assumer le coût des soins de santé payés par les provinces et les territoires, il convient de noter qu'ils utiliseront près de 13 % des ressources économiques en 2037, par rapport à moins de 8 % en 2012.

Transfert canadien en matière de santé

Le gouvernement fédéral aide les provinces et les territoires à financer les dépenses en soins de santé au moyen du TCS. À l'heure actuelle, le TCS se compose de points d'impôt et de transferts en espèces.

- Les points d'impôt du TCS découlent du fait que le gouvernement fédéral a considérablement abaissé ses taux d'impôt sur le revenu à la fin des années 1970, et permis du fait même aux provinces et aux territoires d'utiliser cette marge de manœuvre fiscale. Les points d'impôt attribués au TCS dépendent de l'évolution de l'assiette fiscale (revenu des particuliers et bénéfice des sociétés) et ils devraient progresser au rythme de l'économie.
- Au départ, l'ensemble des transferts en espèces du TCS représentait des montants fixes pour les exercices 2004-2005 et 2005-2006⁷³, conformément aux dispositions de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*. Ils augmentent par la suite à un taux nominal annuel de 6 % jusqu'à l'exercice 2013-2014. L'ensemble des transferts en espèces du TCS est attribué à chaque province et chaque territoire de manière à ce que chaque province et chaque territoire reçoive un nombre total de crédits (points d'impôt et transferts en espèces) proportionnel à sa population (en d'autres termes, chaque province et chaque territoire a droit à un versement total égal par habitant en vertu du TCS, qui se traduit habituellement en transferts en espèces différents pour chaque province et chaque territoire)⁷⁴.

Figure 11.7 : Part des dépenses totales des provinces et des territoires au titre des soins de santé financées par le TCS, certaines années, selon la province et le territoire, scénario de base, formule de calcul actuelle



À l'aide de la formule de calcul actuelle, les transferts fédéraux en espèces associés au TCS financeront en moyenne 22,9 % de l'ensemble des dépenses en soins de santé des provinces et des territoires en 2037, à un niveau légèrement supérieur à celui de 2012 (21,0 %). La figure 11.7 présente la variation selon la province et le territoire.

⁷³ Dans le présent document, les transferts en espèces du TCS sont convertis d'une base d'année d'exercice à une base d'année civile en appliquant des règles conformes à celles adoptées par l'ICIS pour sa base de données DNS.

⁷⁴ En fait, un autre transfert en espèces, la « péréquation associée », permet d'obtenir ce résultat. Aux fins de notre rapport, la mention du transfert en espèces du TCS est réputée comprendre le paiement de « péréquation associée ». En outre, elle englobe le soi-disant Transfert visant la réforme des soins de santé, qui a été instauré au cours de l'exercice 2004-2005 pour aider les provinces à financer des initiatives relatives aux soins de base, aux soins à domicile et à la protection pour médicaments onéreux, et qui a représenté 24 % de l'ensemble des transferts en espèces du TCS au cours de l'exercice 2008-2009.

Deux changements importants visant la formule de calcul du TCS ont été proposés le 19 décembre 2011, aux fins de mise en vigueur le 1^{er} avril 2014 :

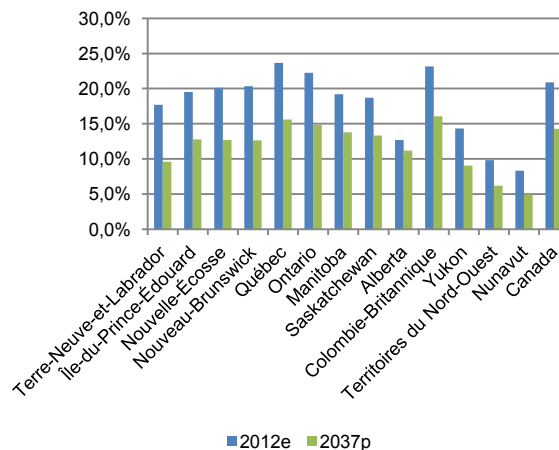
- D'abord, les transferts en espèces du TCS seront attribués différemment selon la province et le territoire. Ils sont actuellement fonction de l'ensemble des droits au TCS (points d'impôt et transferts en espèces) prenant la forme de montants égaux par habitant. À compter de l'exercice 2014-2015, ils seront attribués sur la base de transferts en espèces du TCS égaux par habitant. Le gouvernement fédéral s'est engagé à appliquer cette mesure dans le budget de 2007. Celle-ci devrait surtout avantager l'Alberta; à l'opposé, elle devrait désavantager le plus Terre-Neuve-et-Labrador.
- Puis, à compter de l'exercice 2017-2018, l'enveloppe globale des transferts en espèces du TCS augmentera à un taux annuel correspondant à une moyenne mobile de la croissance du PIB sur trois ans. Notons également une garantie supplémentaire selon laquelle l'ensemble des transferts en espèces progresseront d'au moins 3 % par année.

Tableau 11.2 : Réduction des transferts en espèces du TCS à la suite des changements proposés visant la formule de calcul, 2013 à 2037, scénario de base

	millions de dollars constants de 2012	% de l'ensemble des revenus disponibles
Terre-Neuve-et-Labrador	341	3,0 %
Île-du-Prince-Édouard	135	6,1 %
Nouvelle-Écosse	759	6,2 %
Nouveau-Brunswick	611	5,6 %
Québec	6 721	6,7 %
Ontario	10 537	5,9 %
Manitoba	1 120	5,3 %
Saskatchewan	711	4,0 %
Alberta	1 821	3,1 %
Colombie-Britannique	4 315	6,9 %
Yukon	41	2,7 %
Territoires du Nord-Ouest	53	2,5 %
Nunavut	42	1,8 %
Canada	27 208	5,6 %

Comme il a déjà été mentionné, à l'aide de la formule de calcul actuelle⁷⁵, le transfert en espèces du TCS devrait croître et passer de 28,4 milliards de dollars en 2012 à 72,2 milliards en 2037, soit une hausse réelle de 4,0 %. En vertu du changement proposé, le transfert en espèces passerait à 45,0 milliards de dollars, soit une augmentation réelle de 2,1 %. Le tableau 11.2 présente l'effet monétaire des changements proposés à la formule de calcul du TCS pour chaque province et chaque territoire. L'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Québec et la Colombie-Britannique seront les provinces les plus durement touchées par une réduction de plus de 6 % de l'ensemble de leurs revenus disponibles. Les répercussions sur le Nouveau-Brunswick, l'Ontario et le Manitoba seront légèrement moins prononcées, mais tout de même importantes; elles seront les moins dommageables pour Terre-Neuve-et-Labrador, la Saskatchewan, l'Alberta et les trois territoires. La grande gagnante sera l'Alberta, qui peut s'attendre à presque aucun changement au titre des transferts en espèces cumulatifs du TCS au cours de la période de projection couvrant les 25 prochaines années, car elle bénéficiera d'augmentations considérables en 2016.

Figure 11.8 : Part des dépenses totales des provinces et des territoires au titre des soins de santé financées par le TCS, certaines années, selon la province et le territoire, scénario de base, nouvelle formule de calcul proposée



⁷⁵ Par souci de simplicité, la « formule actuelle de calcul du TCS » s'entend de la formule en vigueur au cours de l'exercice 2011-2012. Dans le présent rapport, nous supposons qu'elle continuerait de s'appliquer pendant les 25 prochaines années. Toutefois, il est important de comprendre que le gouvernement ne s'est nullement engagé de façon formelle à continuer d'appliquer cette formule après l'exercice 2016-2017.

Selon la formule de calcul proposée, les transferts fédéraux en espèces associés au TCS financeront en moyenne 14,3 % (22,9 % d'après la formule de calcul actuelle) de l'ensemble des dépenses en soins de santé des provinces et des territoires en 2037, en baisse par rapport à 21,1 % en 2012. La figure 11.8 montre la variation selon la province et le territoire.

Il est évident que la formule de calcul du TCS proposée influera sensiblement sur la capacité des provinces et des territoires de continuer à supporter le système de soins de santé. En effet, comme le montre la figure 11.9, ces gouvernements devront trouver de nouvelles sources de financement correspondant à 8,6 % des dépenses totales en soins de santé d'ici 2037 (la différence entre 22,9 % des dépenses totales au titre des soins de santé des provinces et territoires qui seraient appuyées par le TCS en vertu de l'actuelle formule de calcul en 2037, et 14,3 % selon la nouvelle formule).

De même, la figure 11.11 indique que les dépenses totales en soins de santé des provinces et des territoires équivaldront à 69,3 % de l'ensemble de leurs revenus disponibles en vertu de la formule de calcul proposée. Il s'agit d'une hausse par rapport aux 65,4 % en vertu de la formule de calcul actuelle, ce qui signifie que l'écart financier supplémentaire en raison du changement apporté à la formule de calcul du TCS représentera 3,9 % de l'ensemble de leurs revenus disponibles.

Figure 11.9 : Comparaison de la part des dépenses totales des provinces et des territoires au titre des soins de santé financées par le TCS, en vertu des formules de calcul actuelle et proposée, 2007 à 2037, scénario de base

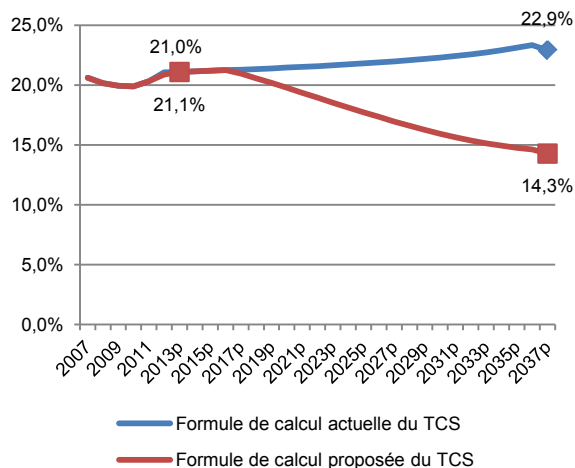


Figure 11.10 : Dépenses totales des provinces et des territoires au titre des soins de santé, certaines années, scénario de base (en % de l'ensemble des revenus disponibles) et formule de calcul proposée du TCS

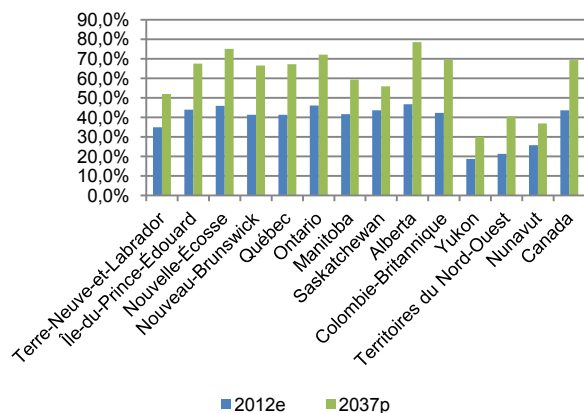
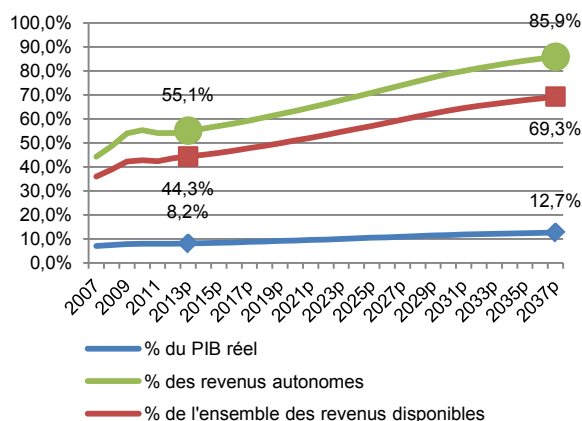


Figure 11.11 : Dépenses totales des provinces et des territoires au titre des soins de santé par rapport au PIB réel, revenus autonomes et ensemble des revenus disponibles, 2007 à 2037, scénario de base et formule de calcul proposée du TCS



Point de vue de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984

Pour s'assurer que l'étude soit aussi objective que possible, tenir dûment compte des obligations financières qu'assume déjà le gouvernement fédéral et répondre aux critiques selon lesquelles les conclusions de notre rapport présentent les provinces et les territoires comme des « victimes » des changements proposés au TCS, la question doit être abordée d'un point de vue différent : la *Loi canadienne sur la santé* de 1984.

Ce point de vue nouveau repose essentiellement sur les constatations faites jusqu'à maintenant dans le présent rapport, à deux modifications mineures près :

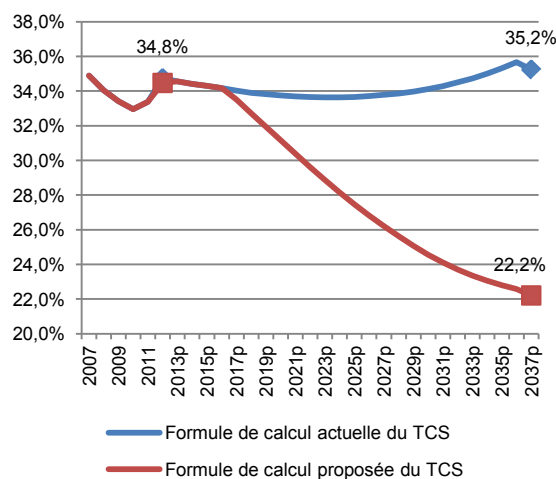
- Compte tenu du fait que l'engagement du gouvernement fédéral à appuyer les provinces et les territoires se limitait au départ aux services hospitaliers et à ceux des médecins, les dépenses associées à d'« autres établissements », à d'« autres professionnels », aux médicaments et à d'« autres dépenses liées à la santé » sont éliminées. Le gouvernement fédéral pourrait soutenir que ces dépenses sont le fruit des programmes sociaux mis en place par les provinces et les territoires (qui relèvent de leurs compétences respectives) dont il ne saurait être tenu responsable.
- Les dépenses directes du gouvernement fédéral au titre des services hospitaliers et des médecins s'ajoutent à sa contribution financière au système de soins de santé du Canada.

Nous pouvons ensuite démontrer que les dépenses projetées du gouvernement fédéral et des provinces et territoires au titre des services hospitaliers et de ceux des médecins devraient augmenter et passer de 83,4 milliards de dollars en 2012 à 208,7 milliards de dollars constants de 2012 en 2037, pour une augmentation annualisée réelle de 4,0 % en plus de l'inflation. En outre, le présent document démontre qu'à l'aide de la formule de calcul actuelle du TCS, la contribution totale du gouvernement fédéral pour les soins de santé devrait passer de 29,0 milliards de dollars en 2012 à 73,6 milliards de dollars constants de 2012 en 2037—une hausse réelle de 4,0 %. À la suite des changements proposés à la formule de calcul du TCS, la croissance d'ici 2037 devrait se limiter à 46,4 milliards de dollars constants de 2012 (une augmentation réelle de 2,1 %), ce qui réduirait sensiblement sa part des dépenses.

En appliquant la formule de calcul actuelle du TCS, la contribution du gouvernement fédéral au système de soins de santé du Canada équivaudra en moyenne à 35,2 % des dépenses totales du gouvernement fédéral et des provinces et territoires au titre des services hospitaliers et de médecins en 2037, en hausse par rapport à 34,8 % en 2012.

Par contre, si l'on utilise la formule de calcul proposée du TCS, la contribution du gouvernement fédéral au système de soins de santé du Canada correspondrait en moyenne à 22,2 % des dépenses

Figure 11.12 : Comparaison de la part des dépenses totales des provinces et des territoires au titre des soins de santé financées par le TCS, en vertu des formules de calcul actuelle et proposée, point de vue de la *Loi canadienne sur la santé*, 2007 à 2037, scénario de base



totales du gouvernement fédéral et des provinces et territoires pour les services hospitaliers et de médecins en 2037, en baisse par rapport à 34,8 % en 2012.

Encore une fois, si nous adoptons le point de vue plus étroit de la *Loi canadienne sur la santé*, nous parvenons à démontrer que la formule de calcul proposée du TCS influencerait sensiblement sur la capacité des provinces et des territoires à supporter le système des soins de santé du Canada. Comme l'indique la figure 11.12, d'ici 2037, les provinces et les territoires devront trouver de nouvelles sources de financement correspondant à 13,0 % de l'ensemble des dépenses liées aux services hospitaliers et de médecins.

Chapitre 12—Répercussions sur le secteur privé et les autres secteurs publics

Dans le chapitre précédent, nous avons présenté l'effet des dépenses projetées en soins de santé sur la situation financière des provinces et des territoires, et nous avons abordé l'objectif principal du présent rapport. Dans ce chapitre, nous reconnaissons que d'autres intervenants seront également touchés par les projections du présent rapport.

Introduction

Le tableau 12.1 affiche la répartition des dépenses en soins de santé, selon le type de service pour chaque payeur⁷⁶ en 2012. Ces chiffres ont été majoritairement traités au chapitre 3 et aux chapitres 5 à 10.

Tableau 12.1 : Dépenses totales en soins de santé, 2012, selon l'utilisation des fonds et le payeur (en millions de dollars)

Type de soins de santé	Admin. prov./terr.	Gouvernement fédéral	Admin. municipales	Caisses de sécurité sociale	Total – Secteur public	Secteur privé et paiements directs	Total
Médecins	29 153	225	0	316	29 556	400	29 957
Hôpitaux	53 925	326	36	371	54 658	5 865	60 523
Autres établissements	15 914	124	0	13	16 051	6 397	22 448
Autres professionnels	1 103	346	1	344	1 793	20 482	22 276
Médicaments	10 677	597	0	1 056	12 330	20 696	33 025
Autres dépenses en santé	24 318	4 495	843	592	30 249	8 939	39 188
Total	134 952	6 114	880	2 693	144 637	62 779	207 417

⁷⁶ Prière de consulter la définition de chaque payeur, au chapitre 3.

Gouvernement fédéral

Le tableau 12.2 présente les dépenses directes projetées du gouvernement fédéral au titre des soins de santé, selon le type de service, entre 2012 et 2037. Dans l'ensemble, ces dépenses augmenteront à un taux annuel réel de 1,9 %, contrairement à 3,5 % pour les provinces et les territoires. Cette situation s'explique par son exposition relative plus importante aux « autres dépenses de santé », par opposition aux dépenses hospitalières et celles consacrées aux médecins. À défaut de politiques visant à contrôler les coûts des soins de santé, les dépenses directes totales du gouvernement fédéral au titre des soins de santé progresseraient à un taux annualisé réel de 5,4 %.

Tableau 12.2 : Dépenses directes projetées du gouvernement fédéral au titre des soins de santé, 2012 à 2037, selon l'utilisation des fonds, scénario de base (en millions de dollars constants de 2012)

Années	Médecins	Hôpitaux	Autres établissements	Autres professionnels	Médicaments	Autres dépenses en santé	Total	en % du PIB
2012	225	326	124	346	597	4 495	6 114	0,4 %
2013	235	340	129	357	627	4 537	6 225	0,4 %
2014	245	355	133	369	659	4 579	6 340	0,4 %
2015	255	370	138	381	691	4 622	6 458	0,4 %
2016	266	387	142	394	725	4 665	6 579	0,4 %
2017	277	404	147	406	761	4 707	6 703	0,4 %
2018	289	421	152	419	798	4 750	6 830	0,4 %
2019	301	439	157	433	837	4 792	6 959	0,4 %
2020	312	458	162	446	879	4 835	7 092	0,4 %
2021	324	477	168	460	921	4 878	7 229	0,4 %
2022	337	497	174	474	966	4 922	7 370	0,4 %
2023	349	518	181	488	1 013	4 966	7 515	0,4 %
2024	362	539	187	503	1 061	5 011	7 662	0,4 %
2025	374	561	195	518	1 112	5 056	7 815	0,4 %
2026	387	583	203	533	1 164	5 101	7 971	0,4 %
2027	399	606	212	548	1 218	5 147	8 130	0,4 %
2028	412	630	221	564	1 274	5 194	8 295	0,4 %
2029	424	654	231	579	1 332	5 241	8 462	0,4 %
2030	437	678	241	595	1 392	5 289	8 632	0,4 %
2031	449	703	252	610	1 451	5 339	8 804	0,4 %
2032	462	728	264	626	1 510	5 390	8 980	0,4 %
2033	473	754	276	641	1 571	5 441	9 157	0,4 %
2034	485	779	288	657	1 634	5 494	9 337	0,4 %
2035	497	805	300	673	1 699	5 547	9 520	0,4 %
2036	508	830	312	688	1 765	5 600	9 704	0,4 %
2037	520	856	325	704	1 835	5 644	9 883	0,4 %
Taux de croissance	3,4 %	3,9 %	3,9 %	2,9 %	4,6 %	0,9 %	1,9 %	

Administrations municipales

Le tableau 12.3 présente les dépenses projetées des administrations municipales au titre des soins de santé, selon le type de service, entre 2012 et 2037. Ces dépenses augmenteront à un taux annuel réel global de 1,0 %. Cette situation s'explique par le fait que ces administrations ne prennent en charge aucune dépense relative aux médicaments et aux médecins, et que leurs dépenses portant sur les services hospitaliers sont limitées.

Tableau 12.3 : Dépenses projetées des administrations municipales au titre des soins de santé, 2012 à 2037, selon l'utilisation des fonds, scénario de base (en millions de dollars constants de 2012)

Années	Médecins	Hôpitaux	Autres établissements	Autres professionnels	Médicaments	Autres dépenses en santé	Total	en % du PIB
2012	0	36	0	1	0	843	880	0,1 %
2013	0	37	0	1	0	851	889	0,1 %
2014	0	39	0	1	0	859	898	0,1 %
2015	0	40	0	1	0	866	907	0,1 %
2016	0	41	0	1	0	874	916	0,1 %
2017	0	42	0	1	0	882	926	0,1 %
2018	0	43	0	1	0	890	935	0,1 %
2019	0	45	0	1	0	898	944	0,0 %
2020	0	46	0	1	0	906	953	0,0 %
2021	0	47	0	1	0	915	962	0,0 %
2022	0	48	0	1	0	923	971	0,0 %
2023	0	48	0	1	0	931	981	0,0 %
2024	0	49	0	1	0	939	990	0,0 %
2025	0	50	0	1	0	948	999	0,0 %
2026	0	51	0	1	0	956	1 008	0,0 %
2027	0	52	0	1	0	965	1 018	0,0 %
2028	0	52	0	1	0	974	1 027	0,0 %
2029	0	53	0	1	0	983	1 037	0,0 %
2030	0	54	0	1	0	992	1 047	0,0 %
2031	0	55	0	1	0	1 001	1 057	0,0 %
2032	0	56	0	1	0	1 010	1 068	0,0 %
2033	0	57	0	1	0	1 020	1 079	0,0 %
2034	0	58	0	2	0	1 030	1 090	0,0 %
2035	0	60	0	2	0	1 040	1 101	0,0 %
2036	0	61	0	2	0	1 050	1 112	0,0 %
2037	0	62	0	2	0	1 058	1 122	0,0 %
Taux de croissance	-	2,2 %	-	2,9 %	-	0,9 %	1,0 %	

Caisses de sécurité sociale

Le tableau 12.4 présente les dépenses projetées des caisses de sécurité sociale au titre des soins de santé, selon le type de service, entre 2012 et 2037. Ces dépenses augmenteront à un taux annuel réel de 3,1 %, ce qui est quelque peu comparable aux résultats pour les provinces et les territoires; toutefois, les caisses bénéficient du fait que leur clientèle est constituée en majeure partie de membres de la population active, qui devraient être en meilleure santé et qui sont assurément plus jeunes. À défaut de politiques visant à contrôler les coûts des soins de santé, les dépenses totales des caisses de sécurité sociale au titre des soins de santé progresseraient à un taux annualisé réel de 4,8 %.

Tableau 12.4 : Dépenses projetées des caisses de sécurité sociale au titre des soins de santé, 2012 à 2037, selon l'utilisation des fonds, scénario de base (en millions de dollars constants de 2012)

Années	Médecins	Hôpitaux	Autres établissements	Autres professionnels	Médicaments	Autres dépenses en santé	Total	en % du PIB
2012	316	371	13	344	1 056	592	2 693	0,2 %
2013	328	383	14	352	1 109	598	2 783	0,2 %
2014	339	395	14	361	1 164	603	2 877	0,2 %
2015	351	408	15	369	1 222	609	2 975	0,2 %
2016	363	421	15	378	1 283	615	3 074	0,2 %
2017	375	434	16	386	1 345	620	3 175	0,2 %
2018	386	446	16	394	1 411	626	3 279	0,2 %
2019	397	457	17	401	1 481	631	3 383	0,2 %
2020	407	468	17	408	1 554	637	3 491	0,2 %
2021	418	478	18	414	1 629	643	3 600	0,2 %
2022	427	488	18	421	1 709	649	3 712	0,2 %
2023	437	497	19	427	1 791	654	3 825	0,2 %
2024	446	506	20	434	1 876	660	3 942	0,2 %
2025	455	515	21	440	1 966	666	4 063	0,2 %
2026	463	523	22	446	2 059	672	4 184	0,2 %
2027	471	530	22	452	2 154	678	4 308	0,2 %
2028	478	537	23	458	2 253	684	4 435	0,2 %
2029	486	545	25	465	2 356	691	4 566	0,2 %
2030	494	553	26	472	2 461	697	4 702	0,2 %
2031	503	564	27	479	2 566	704	4 842	0,2 %
2032	513	575	28	487	2 671	710	4 985	0,2 %
2033	523	587	29	496	2 778	717	5 130	0,2 %
2034	533	600	31	504	2 889	724	5 280	0,2 %
2035	543	612	32	512	3 004	731	5 434	0,2 %
2036	553	624	33	520	3 121	738	5 590	0,2 %
2037	563	637	34	529	3 245	744	5 751	0,2 %
Taux de croissance	2,3 %	2,2 %	3,9 %	1,7 %	4,6 %	0,9 %	3,1 %	

Secteur privé (y compris les paiements directs)

Le tableau 12.5 présente les dépenses projetées du secteur privé (y compris les paiements directs effectués par les Canadiens) au titre des soins de santé, selon le type de service, entre 2012 et 2037. Ces dépenses augmenteront à un taux réel de 2,3 %, bénéficiant de la faible exposition relative du secteur privé aux dépenses liées aux services hospitaliers et des médecins, ce qui lui permet d'absorber la hausse des coûts liés aux médicaments. À défaut de politiques visant à contrôler les coûts des soins de santé, les dépenses totales du secteur privé (y compris les paiements directs effectués par les Canadiens) au titre des soins de santé progresseraient à un taux annualisé réel de 3,7 %.

Tableau 12.5 : Dépenses projetées du secteur privé (y compris les paiements directs) au titre des soins de santé, 2012 à 2037, selon l'utilisation des fonds, scénario de base (en millions de dollars constants de 2012)

Années	Médecins	Hôpitaux	Autres établissements	Autres professionnels	Médicaments	Autres dépenses en santé	Total	en % du PIB
2012	400	5 865	6 397	20 482	20 696	8 939	62 779	3,7 %
2013	414	6 061	6 494	21 001	21 478	9 026	64 475	3,8 %
2014	426	6 270	6 589	21 525	22 278	9 114	66 204	3,8 %
2015	443	6 484	6 682	22 049	23 096	9 201	67 954	3,8 %
2016	457	6 698	6 771	22 567	23 923	9 288	69 704	3,9 %
2017	472	6 911	6 853	23 073	24 754	9 373	71 437	3,9 %
2018	485	7 116	6 927	23 551	25 581	9 457	73 118	3,9 %
2019	498	7 310	6 992	24 001	26 405	9 540	74 746	4,0 %
2020	511	7 497	7 052	24 436	27 238	9 621	76 355	4,0 %
2021	523	7 679	7 109	24 862	28 092	9 703	77 967	4,0 %
2022	534	7 845	7 162	25 272	28 956	9 784	79 554	4,0 %
2023	545	8 009	7 213	25 675	29 844	9 865	81 151	4,1 %
2024	556	8 169	7 265	26 081	30 765	9 946	82 782	4,1 %
2025	566	8 318	7 313	26 472	31 704	10 027	84 399	4,1 %
2026	576	8 452	7 361	26 858	32 674	10 107	86 028	4,2 %
2027	585	8 577	7 413	27 253	33 694	10 189	87 711	4,2 %
2028	594	8 689	7 463	27 637	34 741	10 270	89 395	4,2 %
2029	603	8 806	7 515	28 030	35 842	10 351	91 148	4,2 %
2030	614	8 943	7 576	28 458	37 025	10 435	93 051	4,3 %
2031	625	9 112	7 651	28 931	38 319	10 522	95 160	4,3 %
2032	637	9 300	7 736	29 435	39 708	10 611	97 427	4,3 %
2033	650	9 494	7 823	29 949	41 168	10 701	99 784	4,3 %
2034	662	9 691	7 912	30 464	42 691	10 791	102 212	4,4 %
2035	675	9 892	8 001	30 974	44 271	10 882	104 693	4,4 %
2036	687	10 095	8 089	31 482	45 912	10 972	107 238	4,4 %
2037	699	10 298	8 178	31 990	47 621	11 065	109 851	4,4 %
Taux de croissance	2,3 %	2,3 %	1,0 %	1,8 %	3,4 %	0,9 %	2,3 %	

Nous avons envisagé la possibilité de limiter dans une certaine mesure les dépenses hospitalières projetées payées par le secteur privé et par les Canadiens (au moyen de paiements directs). En effet, ces dépenses se composent principalement des coûts imputés par les hôpitaux pour hébergement en chambre privée ou semi-privée qui, dans certains cas, sont assurés par des régimes d'avantages sociaux collectifs. On peut soutenir que l'augmentation de ces frais pourrait être limitée au taux de l'inflation générale, car ils ne sont pas autant touchés par le coût des thérapies, sauf en ce qui concerne la durée de séjour. Toutefois, on pourrait rétorquer qu'il n'est pas déraisonnable de supposer que les hôpitaux feront en sorte que ces coûts augmentent plus rapidement que le taux de l'inflation générale. En outre, si l'on adopte un point de vue plus large au sujet des dépenses hospitalières, sans égard au payeur, il convient de tenir compte que les frais assumés par un secteur représentent les revenus d'un autre secteur, ce qui signifie que le plafonnement de la hausse des dépenses hospitalières supportées par le secteur privé et par les paiements directs exigerait une hausse des dépenses hospitalières dont les provinces et les territoires assument la responsabilité. Par conséquent, à des fins de simplicité, nous supposons que les coûts imputés par les hôpitaux aux usagers pour l'hébergement suivront la hausse réelle des frais de fonctionnement des hôpitaux.

Chapitre 13—Conclusion

Le Canada est cinquième au classement des pays de l'OCDE où il en coûte le plus cher, par habitant, pour offrir des soins de santé; il consacre aux soins de santé des ressources équivalant à 11,4 % de son PIB. Environ 44 % de ces dépenses sont dirigées vers les hôpitaux et les médecins; les provinces et les territoires financent 65 % de l'ensemble des dépenses en soins de santé. En appliquant un point de vue étroit à l'ensemble des dépenses en soins de santé (point de vue de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984), qui limite les services de santé assurés à ceux des hôpitaux et des médecins), presque toutes les dépenses au titre des soins de santé (92 %) sont payées par les provinces et les territoires qui ont recours, entre autres sources de financement, au Transfert canadien en matière de santé (TCS). Les provinces et les territoires consacrent actuellement 44 % de l'ensemble de leurs revenus disponibles aux soins de santé (de 20 % dans les territoires à 46 % en Ontario et en Nouvelle-Écosse, et 47 % en Alberta). Le tableau 13.1 résume les dépenses actuelles des provinces et des territoires au titre des soins de santé.

Tableau 13.1 : Sommaire des dépenses actuelles en soins de santé, selon la province et le territoire, 2012

Province/Territoire	(en millions de dollars)							en % de		
	Médecins	Hôpitaux	Autres étab.	Autres prof.	Médi-caments	Autres dép. de santé	Total	PIB	Revenus autonomes	Ensemble des revenus disp.
Terre-Neuve-et-Labrador	452	1 267	379	12	157	377	2 643	11,5 %	39 %	35 %
Île-du-Prince-Édouard	103	263	79	3	36	137	622	12,0 %	68 %	44 %
Nouvelle-Écosse	741	1 616	640	13	320	588	3 918	11,0 %	69 %	46 %
Nouveau-Brunswick	590	1 444	406	7	196	452	3 095	10,7 %	62 %	41 %
Québec	5 644	10 997	4 138	203	2 521	4 746	28 250	8,4 %	55 %	41 %
Ontario	12 090	18 314	6 013	404	4 560	9 031	50 413	7,5 %	56 %	46 %
Manitoba	1 030	2 307	763	29	309	1 021	5 458	10,1 %	56 %	42 %
Saskatchewan	908	1 869	711	26	319	960	4 792	9,6 %	49 %	44 %
Alberta	3 519	8 344	1 565	235	1 274	2 810	17 747	6,7 %	52 %	47 %
Colombie-Britannique	3 807	7 137	1 124	163	970	3 943	17 143	8,2 %	49 %	42 %
Yukon	30	71	30	2	7	66	206	9,2 %	68 %	19 %
Territoires du Nord-Ouest	51	150	27	2	6	64	300	7,8 %	96 %	21 %
Nunavut	50	146	39	4	3	124	365	23,8 %	278 %	26 %
Total	29 015	53 925	15 914	1 103	10 677	24 318	134 952	8,1 %	54 %	44 %

Dans le présent rapport, nous projetons les dépenses futures en soins de santé de 2012 à 2037 à l'aide d'un modèle démographique mis au point par Statistique Canada. Selon le scénario de base, la population canadienne devrait croître à un taux annuel de 0,9 %. Puis, un modèle économique est établi pour projeter la croissance du PIB à l'aide du modèle démographique, ce qui donne sur une croissance prévue du PIB réel de 1,6 % par année en supposant des gains de productivité de 1,3 %.

Des projections sont d'abord établies en supposant que les tendances historiques observées des hausses de prix réels entre 1996 et 2010 se maintiendront à l'avenir. Les dépenses totales des provinces et territoires au titre des soins de santé augmenteraient ainsi à un taux annuel réel de 5,1 %—en plus de l'inflation—au cours des 25 prochaines années, et elles atteindraient 19,2 % du PIB alors que les provinces et les territoires utiliseraient toutes les ressources financières à leur disposition. De toute évidence, ce scénario n'est pas viable.

Plutôt que de simplement nous en remettre à des tendances historiques, nous posons une hypothèse explicite, à savoir que des politiques publiques seront mises en œuvre pour limiter les hausses futures du prix des soins de santé. D'après notre scénario de base, les dépenses des provinces et des territoires au

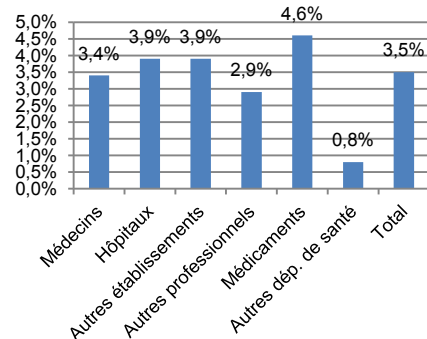
titre des soins de santé croîtraient à un taux annuel réel de 3,5 %—en plus de l'inflation—et seraient plus basses de plus de 30 % en 2037 que si aucune mesure n'avait été prise (voir le tableau 13.2).

S'agissant des types de dépenses, les dépenses des provinces et des territoires au titre des soins de santé devraient augmenter au rythme indiqué à la figure 13.1.

Tableau 13.2 : Sommaire des dépenses projetées en soins de santé, selon la province et le territoire, 2012 à 2037 (en millions de dollars constants de 2012)

	Actuel	Projection à l'aide de la tendance historique	Projection en vertu du scénario de base
	2012	2037	2037
Dépenses liées aux médecins	29 015	88 404	67 076
Dépenses hospitalières	53 925	139 774	141 631
Dépenses autres établissements	15 914	97 546	41 603
Dépenses autres professionnels	1 103	1 131	2 241
Dépenses pour médicaments	10 677	44 904	32 818
Autres dépenses de santé	24 318	94 957	48 322
Total – Dépenses soins de santé	134 952	466 716	315 182
en % du PIB	8,2 %	18,9 %	12,7 %
en % des revenus autonomes	54 %	127 %	86 %
en % total des revenus disponibles			
Formule de calcul actuelle			
TCS	44 %	97 %	65 %
Nouvelle formule calcul TCS	-	103 %	69 %
Taux de croissance réel	-	5,1 %	3,5 %

Figure 13.1 : Taux de croissance prévus des dépenses en soins de santé des provinces et territoires, 2012 à 2037, selon l'utilisation des fonds, scénario de base



En outre, à la suite du vieillissement de la population, nous estimons que le nombre de médecins devra augmenter d'au moins 46 % au cours des 25 prochaines années, uniquement pour suivre l'évolution de la demande de services de soins de santé.

Des analyses de sensibilité ont permis de déterminer les hypothèses auxquelles les provinces et les territoires sont les plus sensibles. Le tableau 13.3 présente un sommaire. Celui-ci révèle que les hypothèses portant sur la projection des soins de santé auxquelles les provinces et les territoires sont les plus sensibles sont la croissance démographique, le coût des services des médecins, la rémunération dans les hôpitaux, l'innovation dans les soins hospitaliers et la productivité de l'économie.

Tableau 13.3 : Sommaire de certaines analyses de sensibilité de la projection des soins de santé

Hypothèses testées	Optimiste/Pessimiste	Dépenses des provinces/territoires en soins de santé en 2037		
		millions de \$	Taux de croissance	% du PIB
Scénario de base	-	315 182	3,5 %	12,7 %
Scénario démographique	Faible croissance	296 090	3,2 %	12,0 %
	Forte croissance	334 847	3,7 %	13,5 %
Coûts liés aux médecins	-1,0 %	300 521	3,3 %	12,1 %
	+1,0 %	333 737	3,7 %	13,5 %
Rémunération dans les hôpitaux	-1,0 %	297 316	3,2 %	12,0 %
	+1,0 %	343 194	3,8 %	13,9 %
Innovation dans les hôpitaux	-1,0 %	289 893	3,1 %	11,7 %
	+1,0 %	354 831	3,9 %	14,3 %
Productivité de l'économie	-1,0 %	314 731	3,4 %	16,6 %
	+1,0 %	315 753	3,5 %	9,8 %

Même si les dépenses en soins de santé devraient augmenter à un taux annuel de 3,5 %, en dollars constants, au cours des 25 prochaines années, l'ensemble des revenus disponibles des provinces et des territoires progressera à un taux annuel de 1,9 %, en supposant que la formule de calcul actuelle du TCS n'est pas modifiée. Les dépenses en soins de santé devraient représenter environ 65 % des revenus disponibles des provinces et des territoires en 2037, et 86 % de leurs revenus autonomes. Ainsi, les ressources dont disposent les provinces et les territoires pour financer d'autres dépenses de programme

et pour payer les frais de leur dette seront sensiblement réduites. Pour ce qui est des valeurs extrêmes, l'Alberta consacrerait plus de 76 % de la totalité de ses revenus disponibles aux soins de santé en 2037.

Selon la formule de calcul actuelle, les transferts fédéraux en espèces associés au TCS financeraient 22,9 % des dépenses totales des provinces et des territoires au titre des soins de santé en 2037, ce qui représente une faible hausse par rapport à 21,0 % en 2012; les transferts en espèces du TCS devraient augmenter à un taux annuel réel de 4,0 % au cours des 25 prochaines années. Compte tenu des changements proposés à la formule de calcul, ces dépenses progresseraient à un taux annuel réel de 2,1 % et ne permettraient de financer qu'un bien maigre 14,3 % des dépenses en soins de santé en 2037. Les provinces et territoires devront trouver de nouvelles sources de financement correspondant à 8,6 % de l'ensemble des dépenses en soins de santé pour appuyer les répercussions des changements proposés à la formule de calcul du TCS. L'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Québec et la Colombie-Britannique seront les provinces les plus pénalisées par les changements proposés.

En raison de l'application de la formule de calcul proposée, les soins de santé devraient représenter plus de 69 % de l'ensemble des revenus disponibles pour les provinces et les territoires en 2037 et ce, dans toutes les provinces, sauf pour Terre-Neuve-et-Labrador, le Manitoba et la Saskatchewan. À l'exception des transferts fédéraux en espèces, les dépenses en soins de santé dépasseraient les revenus autonomes de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse et des territoires.

Dans le présent rapport, nous indiquons que le PIB réel projeté ne croîtra pas au même rythme que celui observé par le passé. Cette situation est attribuable aux facteurs démographiques, car le nombre de membres de la population active n'augmentera pas aussi rapidement qu'au cours des années passées. Néanmoins, la promulgation de politiques visant à rehausser les gains de productivité de l'économie à un niveau de 2,3 %, une augmentation de 1,0 % par rapport à l'hypothèse du scénario de base, pourrait permettre une croissance économique semblable à l'avenir. Cette situation pourrait faire en sorte que l'ensemble des revenus disponibles aux provinces et aux territoires augmentent à un taux annuel de 2,7 % au cours des 25 prochaines années, selon la formule de calcul actuelle du TCS (en hausse par rapport à 1,9 % selon le scénario de base). Les dépenses en soins de santé interviendraient alors pour environ 53 % de leurs revenus en 2037 (par rapport à 44 % en 2012), et elles représenteraient 67 % de leurs revenus autonomes (54 % en 2012). Il s'agit d'un meilleur résultat qu'en vertu du scénario de base; il n'en demeure pas moins que les provinces et les territoires éprouveraient de la difficulté à absorber les hausses des dépenses en soins de santé. En outre, la supposition d'une telle croissance économique sous-entend que les transferts en espèces du TCS augmenteraient à un taux annuel de 2,9 % en vertu de la formule de calcul proposée, et que le *Transfert canadien en matière de santé* financerait 17,3 % des dépenses en soins de santé des provinces et des territoires en 2037 (en baisse par rapport à 21,0 % en 2012).

Dans le présent rapport, notre attention porte principalement sur le financement du système des soins de santé du Canada. Mentionnons que Drummond a récemment formulé un argument selon lequel les Canadiens devraient obtenir une meilleure valeur pour chaque dollar consacré aux soins de santé, laissant sous-entendre que les problèmes ne se limitent pas aux coûts et au financement des soins de santé, et que la qualité et l'efficacité des soins peuvent également présenter des défis. Il prédit qu'à moins d'un changement, l'avenir du système des soins de santé du Canada est troublant. Parmi les solutions possibles, mentionnons [traduction] « *l'insistance accrue sur la promotion de la santé, la réorganisation du système pour le centrer sur le patient et faire en sorte qu'il soit mieux adapté aux besoins croissants en soins chroniques, et des méthodes de paiement des services dispensés par les*

hôpitaux et les médecins qui mettent l'accent sur la qualité des soins, l'efficacité et une meilleure utilisation de l'information. »⁷⁷

Par ailleurs, il est très possible que des forces interviendront pour contrôler efficacement les coûts croissants des soins de santé. Par exemple, l'Institut C.D. Howe estime que [traduction] « [...] trois facteurs possibles : i) de meilleurs incitatifs relatifs aux prix et des mesures de responsabilisation du bas vers le haut résultant en des traitements et des pratiques plus efficaces compte tenu des coûts, ii) ou un taux d'augmentation plus lent de nouvelles procédures et de nouveaux médicaments, iii) ou une création et une diffusion plus rapides de technologies permettant de réduire les coûts [...] pourraient entraîner une réduction importante du taux de croissance des coûts, à condition que des efforts considérables soient déployés. »⁷⁸ Les décideurs publics auraient avantage à se concentrer davantage sur les programmes visant à contrôler les facteurs de risque associés aux maladies chroniques afin de contenir les hausses futures des dépenses hospitalières et celles consacrées aux médecins.

En conclusion, le présent rapport fait la démonstration qu'à défaut de mesures de la part des gouvernements, il se pourrait que le système de soins de santé du Canada ne soit pas viable. Les initiatives fédérales et provinciales-territoriales devraient avoir pour but de limiter les hausses futures du coût des soins de santé, d'accroître la productivité de l'économie et de trouver des sources de financement supplémentaires ou nouvelles pour appuyer les principes de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984.

⁷⁷ Drummond, Don. *Therapy or Surgery? A Prescription for Canada's Health System*, Institut C.D. Howe, 2011.

⁷⁸ Dodge, David A. et Richard Dion. *La maladie chronique des dépenses en soins de santé : un diagnostic et un pronostic macroéconomiques*, Institut C.D. Howe, Commentaire, Cahiers sur la santé, n° 327, 2011.

Bibliographie

- Bluhm, W.F. et coll. *Group Insurance*. Actex Publications, 5th Edition, 2007.
- Busby, C. et W.B.P. Robson. *A Social Insurance Model for Pharmacare: Ontario's Options for a More Sustainable Cost-Effective Drug Program*. Institut C.D. Howe, 2011.
- Centre canadien de politiques alternatives (CCPA). *Putting Our Money Where Our Mouth Is: The Future of Dental Care in Canada*, 2011.
- Ministère des Finances du Canada.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2010*, 2011a.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits*, 2011b.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2011*, 2011c.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Base de données nationale sur les médecins 2009-2010*, 2011d.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens 2012*, 2012a.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2012*, 2012b.
- Dodge, David A. et Richard Dion. *La maladie chronique des dépenses en soins de santé : un diagnostic et un pronostic macroéconomiques*, Institut C.D. Howe, Commentaire, Cahiers sur la santé, n° 327, 2011.
- Matier, Chris. *Renouvellement du Transfert canadien en matière de santé : conséquences pour la viabilité financière aux niveaux fédéral et provincial-territorial*, Bureau du directeur parlementaire du budget, Ottawa, 2012.
- Bureau du surintendant des institutions financières Canada, Bureau de l'actuaire en chef (BSIF). *Rapport actuariel (25^e) du Régime de pensions du Canada au 31 décembre 2009*, 2010.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). *Données sur la santé 2012*, 2012.

- Régie des rentes du Québec (RRQ). *Analyse actuarielle du Régime de rentes du Québec au 31 décembre 2009*, 2010.
- Smith, S.D., J.P. Newhouse et M.S. Freeland. *Income, insurance and Technology: Why does health spending outpace economic growth?* Health Affairs 25, no. 2 (September-October), 2009.
- Statistique Canada. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2009 à 2036*, 2010.
- Statistique Canada. *Recensement de 2011*, 2012.
- Towers Watson. *Régimes publics d'assurance-maladie au Canada : Comparaison des régimes provinciaux et territoriaux*, 2010.
- U.S. Census Bureau.
- U.S. Congressional Budget Office. *Technological Change and the Growth of Health Care Spending*, 2008.
- U.S. Congressional Budget Office. *An Analysis of Health Insurance Premiums Under the Patient Protection And Affordable Care Act*, 2009.

Annexe 1—Services assurés en vertu des programmes canadiens d'assurance-maladie⁷⁹

Prestations assurées en vertu des programmes canadiens d'assurance-maladie :

- Les services hospitaliers :
 - Hébergement en salle;
 - Services de médecins, diagnostic, anesthésie, soins infirmiers, médicaments, fournitures et thérapie (ces services sont offerts en milieu hospitalier ou à l'externe);
 - Hébergement dans un centre de soins infirmiers ou dans un établissement de soins de longue durée (assurance partielle dans la plupart des provinces).
- Les services offerts par un médecin, y compris les services d'un omnipraticien, d'un spécialiste, d'un psychiatre, d'un chirurgien, d'un anesthésiste ou d'un obstétricien.
- D'autres professionnels (assurance variant sensiblement entre les provinces et les territoires⁸⁰) :
 - Chiropraticiens—certaine forme d'assurance, seulement au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique;
 - Massothérapeutes—certaine forme d'assurance, uniquement en Colombie-Britannique;
 - Naturopathes—certaine forme d'assurance, uniquement en Colombie-Britannique;
 - Physiothérapeutes—certaine forme d'assurance dans toutes les provinces, sauf en Nouvelle-Écosse;
 - Podiatres—certaine forme d'assurance, uniquement en Ontario, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique;
 - Ostéopathes—certaine forme d'assurance, uniquement en Alberta et en Colombie-Britannique;
 - Psychologues—certaine forme d'assurance, uniquement en Saskatchewan, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut.
- Les médicaments sur ordonnance pour les bénéficiaires de l'aide sociale et les résidents de plus de 65 ans dans la plupart des provinces et territoires⁸¹.
- Les prothèses et les appareils thérapeutiques.
- D'autres services diagnostiques, notamment les tests en laboratoire et les radiographies effectuées à l'extérieur d'un hôpital.
- Les soins dentaires :
 - Chirurgie buccale et dentaire nécessaire du point de vue médical et exécutée dans un hôpital (l'extraction et l'obturation ne sont habituellement pas assurées, sauf pour des complications médicales);

⁷⁹ La plus grande partie de l'information reproduite dans la présente annexe provient de Bluhm (2007) et de Towers Watson (2010).

⁸⁰ Dans bien des cas, les services ne sont assurés que lorsqu'ils sont offerts à l'hôpital.

⁸¹ Pour plus de précisions, consulter le chapitre 9.

- Les services diagnostiques, de prévention et de restauration mineure pratiqués à l'externe sont assurés comme suit :
 - Île-du-Prince-Édouard—aucune assurance;
 - Terre-Neuve-et-Labrador—aucune assurance;
 - Nouvelle-Écosse—assurance pour les jeunes enfants (moins de dix ans) et les aînés;
 - Nouveau-Brunswick—aucune assurance;
 - Québec—assurance pour les enfants et les aînés;
 - Ontario—assurance pour les enfants et les aînés;
 - Manitoba—assurance pour les enfants et les aînés;
 - Saskatchewan—assurance pour les enfants, les aînés et les bénéficiaires de l'aide sociale;
 - Alberta—assurance pour les enfants et les aînés;
 - Colombie-Britannique—assurance pour les enfants et les aînés;
 - Yukon—assurance pour les aînés;
 - Territoires du Nord-Ouest—assurance pour les aînés;
 - Nunavut—assurance pour les aînés.

- Assurance hors province :
 - Les frais hospitaliers et médicaux pour services reçus dans d'autres provinces sont habituellement remboursés selon le montant payable dans la province où le bénéficiaire est traité.
 - Les frais hospitaliers pour services reçus à l'étranger ne sont que partiellement remboursés (frais quotidiens); les frais médicaux assumés à l'étranger sont remboursés à hauteur du montant versé pour les mêmes traitements dans la province de résidence.

Annexe 2—Modèle de projection démographique

Population en 2011

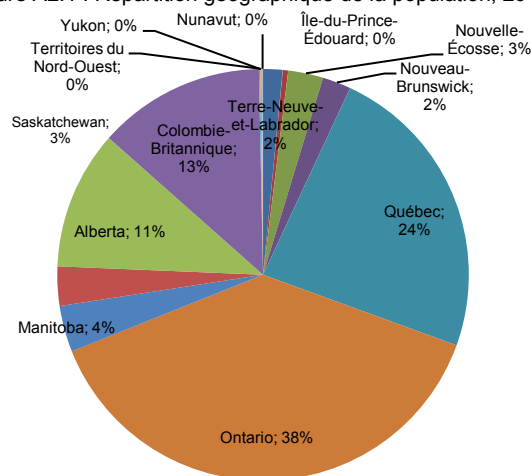
Dans le présent document, nous nous en remettons aux données démographiques publiées par Statistique Canada. Ces données reposent sur les résultats récemment diffusés au sujet du recensement de 2011⁸². Le tableau A2.1 et la figure A2.1 indiquent de quelle façon la population était répartie en 2011 selon la province ou le territoire, et selon l'âge et le sexe.

Tableau A2.1 : Répartition géographique de la population, 2011
(en milliers)

Province/Territoire	Hommes	Femmes	Total	Répartition
Terre-Neuve-et-Labrador	251	264	515	1,5 %
Île-du-Prince-Édouard	68	73	140	0,4 %
Nouvelle-Écosse	446	476	922	2,8 %
Nouveau-Brunswick	366	385	751	2,2 %
Québec	3 876	4 027	7 903	23,6 %
Ontario	6 263	6 589	12 852	38,4 %
Manitoba	595	614	1 208	3,6 %
Saskatchewan	512	522	1 033	3,1 %
Alberta	1 828	1 817	3 645	10,9 %
Colombie-Britannique	2 157	2 243	4 400	13,1 %
Yukon	17	17	34	0,1 %
Territoires du Nord-Ouest	21	20	41	0,1 %
Nunavut	16	16	32	0,1 %
Canada	16 414	17 063	33 477	100,0 %

Source : Statistique Canada, Recensement de 2011.

Figure A2.1 : Répartition géographique de la population, 2011



Source : Statistique Canada, Recensement de 2011

⁸² Il a fallu apporter certains rajustements, car le rapport du recensement de 2011 ne présentait pas de ventilations pour tous les groupes d'âge à la date d'utilisation des données. Ces rajustements reposent sur des estimations préliminaires postcensitaires, qui sont elles-mêmes fondées sur le recensement de 2006.

Le tableau A2.2 montre la répartition de la population selon l'âge et le sexe, et la province/le territoire.

Tableau A2.2 : Répartition de la population selon l'âge et le sexe, 2011, par province/territoire (en milliers)

	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	Yukon	Territoires du Nord-Ouest	Numavut	Canada
Femmes														
<1	2	1	4	4	43	69	8	7	25	21	0	0	0	184
1-4	10	3	17	14	172	275	30	27	94	86	1	1	2	732
5-9	12	4	22	18	196	347	36	31	107	107	1	1	2	884
10-14	13	4	24	20	205	372	38	32	108	116	1	1	2	936
15-19	14	5	27	20	237	403	41	34	113	125	1	2	1	1 024
20-24	15	5	30	24	248	437	42	36	130	146	1	2	1	1 117
25-29	15	4	27	21	247	421	40	35	144	147	1	2	1	1 106
30-34	15	4	27	22	264	411	38	33	134	139	1	2	1	1 091
35-39	17	4	30	25	250	446	39	31	130	146	1	1	1	1 122
40-44	20	5	32	26	258	469	39	31	126	161	1	2	1	1 171
45-49	22	6	39	32	315	544	46	38	141	182	2	2	1	1 368
50-54	22	6	40	32	325	508	45	39	137	181	1	2	1	1 338
55-59	22	5	37	31	296	448	40	35	115	167	1	1	1	1 198
60-64	20	5	34	28	260	393	35	29	91	148	1	1	0	1 045
65-69	15	4	26	21	216	311	27	23	67	113	1	0	0	823
70-74	10	3	18	14	149	216	19	16	46	78	0	0	0	570
75-79	8	2	15	12	131	194	17	16	41	66	0	0	0	505
80-84	6	2	12	10	107	158	15	14	33	55	0	0	0	411
85-89	4	1	8	7	68	106	11	10	21	37	0	0	0	272
90+	2	1	6	4	40	60	7	7	13	24	0	0	0	165
Total partiel	264	73	476	385	4 027	6 589	614	522	1 817	2 243	17	20	16	17 063
Hommes														
<1	2	1	5	4	45	72	8	7	26	22	0	0	0	193
1-4	10	3	18	15	181	289	31	28	100	91	1	1	2	769
5-9	13	4	23	19	204	365	38	32	112	112	1	1	2	926
10-14	14	4	26	21	214	392	41	33	113	122	1	1	2	984
15-19	15	5	28	22	243	420	42	35	116	130	1	2	2	1 061
20-24	16	5	32	24	254	456	44	39	138	154	1	2	2	1 164
25-29	14	4	26	21	248	406	39	36	148	146	1	2	1	1 092
30-34	14	3	24	21	263	377	37	33	137	132	1	2	1	1 045
35-39	16	4	27	23	253	410	38	30	134	136	1	2	1	1 076
40-44	18	5	29	25	258	443	38	30	128	151	1	1	1	1 130
45-49	21	6	37	30	318	524	44	37	143	174	1	2	1	1 339
50-54	21	5	37	31	314	486	45	38	139	168	2	2	1	1 289
55-59	21	5	34	29	288	423	40	35	118	159	1	1	1	1 156
60-64	19	5	32	27	248	366	33	28	91	141	1	1	0	994
65-69	14	4	24	20	195	282	25	22	63	107	1	0	0	757
70-74	10	2	17	14	135	195	17	15	44	74	0	0	0	524
75-79	7	2	12	10	102	160	14	13	35	60	0	0	0	416
80-84	4	1	8	7	69	115	10	10	25	43	0	0	0	293
85-89	2	1	4	4	33	58	6	6	12	22	0	0	0	147
90+	1	0	2	2	13	23	3	3	5	10	0	0	0	61
Total partiel	251	68	446	366	3 876	6 263	595	512	1 828	2 157	17	21	16	16 414
Total	515	140	922	751	7 903	12 852	1 208	1 033	3 645	4 400	34	41	32	33 477

Source : Statistique Canada, Recensement de 2011

Méthodologie de la projection démographique

Dans le présent rapport, nous établissons des projections au sujet des dépenses futures de santé engagées au cours des 25 prochaines années. Il convient donc de projeter les données démographiques de 2013 à 2037. Les projections publiées par Statistique Canada sont utilisées⁸³ et présentées en vertu de trois scénarios :

⁸³ En effet, Statistique Canada publie des projections jusqu'à l'année 2036. L'auteur les extrapole ensuite de façon linéaire jusqu'en 2037.

- Scénario de faible croissance
- Scénario de croissance moyenne⁸⁴
- Scénario de forte croissance.

Dans le présent rapport, nous définissons le scénario de croissance moyenne comme le scénario de base, les scénarios de faible et de forte croissance étant utilisés pour tester la sensibilité des projections du coût des soins de santé aux hypothèses démographiques.

Les projections reposent sur des hypothèses concernant la fécondité, la mortalité, l'immigration internationale, l'émigration et la migration interprovinciale.

Fécondité—Des hypothèses sont établies par Statistique Canada pour chaque province et territoire, d'après leurs propres variantes. Dans l'ensemble, l'hypothèse de fécondité pour le scénario de croissance moyenne est fixée à 1,7 enfant par femme, et l'âge moyen à la grossesse est fixé à 30,17 ans. Ces hypothèses sont valables pour les 25 prochaines années. En vertu du scénario de faible croissance, le taux de fécondité diminue progressivement pour atteindre 1,5 enfant par femme en 2036, l'âge moyen à la grossesse passant à 30,77 ans au cours de la même période. En vertu du scénario de forte croissance, le taux de fécondité passe à 1,9 enfant par femme et l'âge moyen à la grossesse augmente pour atteindre 30,37 ans. Le tableau A2.3 affiche les hypothèses de fécondité ultimes, en 2036.

Tableau A2.3 : Taux de fécondité projetés, 2036, selon la province et le territoire

Province/Territoire	Scénario de faible croissance	Scénario de base	Scénario de forte croissance
Terre-Neuve-et-Labrador	1,28	1,46	1,65
Île-du-Prince-Édouard	1,46	1,66	1,86
Nouvelle-Écosse	1,33	1,51	1,69
Nouveau-Brunswick	1,34	1,53	1,73
Québec	1,52	1,72	1,92
Ontario	1,44	1,63	1,81
Manitoba	1,73	1,98	2,23
Saskatchewan	1,78	2,03	2,30
Alberta	1,70	1,93	2,17
Colombie-Britannique	1,39	1,57	1,74
Yukon	1,41	1,61	1,80
Territoires du Nord-Ouest	1,87	2,14	2,41
Nunavut	2,53	2,93	3,35
Total Canada	1,50	1,70	1,90

Source : Statistique Canada, 2010.

À titre comparatif, l'hypothèse de fécondité utilisée par le Régime de pensions du Canada (RPC) prévoit 1,66 enfant par femme en 2007, puis 1,65 enfant en 2015, et ce nombre demeure constant par la suite⁸⁵. Ce nombre est légèrement inférieur au scénario de base. Pour sa part, le Régime de rentes du Québec (RRQ) suppose un taux de fécondité de 1,73 enfant par femme en 2010; ce taux diminue ensuite pour atteindre un niveau ultime de 1,65 enfant par femme en 2018⁸⁶. Encore une fois, ce taux est inférieur à celui supposé par Statistique Canada, comme l'indique le tableau A2.4, qui renferme une comparaison du nombre de naissances projetées par le RPC, le RRQ et Statistique Canada.

Tableau A2.4 : Comparaison du nombre projeté de naissances, certaines années (en milliers)

Années choisies	Canada sans le Québec (RPC)	Québec seulement (RRQ)	Total Canada (RPC+RRQ)	Scénario de base
2012	307	89	396	400
2013	310	89	399	405
2014	313	89	402	409
2015	315	89	404	413
2020	320	86	406	427
2025	315	82	397	429
2030	311	79	390	425
2035	s.o.	81	s.o.	433
2040	332	84	416	455

Source : Statistique Canada, 2010, BSIF, 2010 et RRQ, 2010.

⁸⁴ Statistique Canada présente également quatre variantes du scénario de croissance moyenne, ce qui porte à six le nombre total de scénarios. Les variantes sont liées à la migration interprovinciale.

⁸⁵ BSIF, 2010.

⁸⁶ RRQ, 2010.

Mortalité—Pour établir l'hypothèse des taux de mortalité, Statistique Canada utilise un modèle paramétrique (modèle de Li-Lee) fondé sur les changements observés dans les taux de mortalité, selon la province ou le territoire, entre 1981 et 2006, en saisissant les tendances récentes de l'amélioration de la longévité au Canada ainsi que le rétrécissement de l'écart entre les attentes au titre de l'espérance de vie des hommes et des femmes. Les scénarios de faible croissance et de forte croissance sont obtenus à l'aide d'intervalles de confiance de 1 % du modèle ARMMI utilisé pour projeter un paramètre du modèle de Li-Lee.

La comparaison des hypothèses de mortalité de Statistique Canada et celles utilisées par le RPC et le RRQ n'est pas aussi simple que pour l'hypothèse de fécondité. Il est plus facile de comparer le nombre projeté de décès qui en découle, comme l'indique le tableau A2.5. Le scénario de base semble projeter une population plus nombreuse à la fin de l'horizon.

Tableau A2.5 : Comparaison du nombre projeté de décès, certaines années (en milliers)

Années choisies	Canada sans le Québec (RPC)	Québec seulement (RRQ)	Total Canada (RPC+RRQ)	Scénario de base
2012	191	61	252	251
2013	194	62	256	255
2014	197	63	260	259
2015	201	64	265	263
2020	219	70	289	282
2025	242	76	318	304
2030	272	85	357	332
2035	s.o.	95	s.o.	368
2040	346	105	451	407

Source : Statistique Canada, 2010, BSIF, 2010 et RRQ, 2010.

Migration internationale—Le nombre supposé d'immigrants est établi par Statistique Canada à un nombre total fixe de 240 000 pour les années 2011 et 2012, selon le scénario de faible croissance, de 252 500 aux termes du scénario de base et de 265 000 en vertu du scénario de forte croissance. Ces chiffres proviennent directement des hypothèses de faible et de forte

Tableau A2.6 : Nombre projeté d'immigrants, 2036, selon la province et le territoire, et le scénario démographique (en milliers)

Province/Territoire	Scénario de faible croissance	Scénario de base	Scénario de forte croissance
Terre-Neuve-et-Labrador	0,4	0,5	0,7
Île-du-Prince-Édouard	0,7	1,0	1,3
Nouvelle-Écosse	2,1	2,8	3,6
Nouveau-Brunswick	1,3	1,7	2,2
Québec	39,3	52,9	68,3
Ontario	121,5	166,3	217,7
Manitoba	9,6	13,2	17,4
Saskatchewan	2,8	3,8	4,8
Alberta	22,3	30,2	39,2
Colombie-Britannique	44,5	60,8	79,6
Yukon	0,1	0,1	0,1
Territoires du Nord-Ouest	0,1	0,1	0,2
Nunavut	0,0	0,0	0,0
Total Canada	244,8	333,6	435,1

Source : Statistique Canada, 2010.

croissance du plan d'immigration 2009 de Citoyenneté et Immigration Canada. Pour les années 2013 à 2036, la population devrait croître à la suite de l'immigration à un taux de 6,0 par mille en vertu du scénario de faible croissance, de 7,5 par mille selon le scénario de base, et de 9,0 par mille d'après le scénario de forte croissance. Puis, le nombre total d'immigrants qui en découle est attribué à chaque province et territoire, selon l'âge et le sexe, d'après l'observation réelle pour les années 2006 à 2008. Le tableau A2.6 révèle le nombre projeté d'immigrants pour 2036.

Émigration—Statistique Canada établit une hypothèse d'importance moindre que celles de la fécondité, de la mortalité et de l'immigration; il s'agit de l'hypothèse d'émigration, qui est répartie en trois composantes :

- Émigrants—Le nombre de personnes qui quittent le Canada, en pourcentage de la population totale, est fixé pour toute la période de projection, à un niveau correspondant au taux moyen de l'émigration observée entre 1992 et 2008.
- Émigrants de retour—Le nombre de personnes qui retournent au Canada après un séjour à l'étranger équivaut à 44,5 % du nombre d'émigrants, ce qui correspond à l'observation moyenne de 1992 à 2008.

- Personnes temporairement à l'étranger—Le nombre de Canadiens qui sont temporairement à l'étranger est fixé à 21 180 personnes pour toute la période de projection.

Pour les trois composantes de l'émigration, les projections sont attribuées par province et territoire et selon l'âge et le sexe, conformément à la répartition réelle observée, entre 2006 et 2008. La même hypothèse est utilisée pour les scénarios de faible croissance, de base et de forte croissance.

Migration interprovinciale—Au cours des 30 dernières années, on a observé plusieurs variantes du mouvement des personnes entre les provinces et les territoires. Ainsi, Statistique Canada a établi quatre scénarios (dans le présent rapport, nous utilisons le scénario 1 de migration interne) :

- Scénario 1 de migration interne—La migration interprovinciale suit les tendances historiques de 1981 à 2008, qui reflètent les tendances à long terme au Canada. Ce scénario présente les mouvements favorables à l'Ouest du Canada et à l'Ontario et des mouvements moins favorables pour l'Est du Canada et le Québec.
- Scénario 2 de migration interne—La migration interprovinciale suit les tendances historiques de 1988 à 1996. Ce scénario est favorable à la Colombie-Britannique en raison de l'expansion continue des économies émergentes de l'Asie et du poids réduit de l'industrie manufacturière; ainsi, cette province est moins affectée par les difficultés économiques que les autres provinces et territoires.
- Scénario 3 de migration interne—La migration interprovinciale suit les tendances historiques de 2001 à 2006, qui reflètent la récente expansion du secteur pétrolier et gazier de l'Alberta. Cette période est également favorable au Québec.
- Scénario 4 de migration interne—La migration interprovinciale suit les tendances historiques de 2006 à 2008, qui reflètent les récents mouvements de la migration interne, notamment pour la Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador, où elle a progressé sensiblement, et pour l'Ontario, où elle a diminué considérablement à la suite des difficultés du secteur de l'automobile.

À des fins de comparaison, l'hypothèse de migration nette (c'est-à-dire l'excédent de l'immigration sur l'émigration) utilisée pour le RPC correspond à 0,58 % de la population. Pour sa part, le RRQ suppose une migration nette de 31 500 personnes pendant toute la période de projection. Le tableau A2.7 compare la migration nette projetée qui en découle en vertu du RPC et du RRQ et selon les projections aux termes du scénario de base. Encore une fois, conformément aux hypothèses de fécondité et de mortalité, Statistique Canada projette la population d'une manière qui la rend relativement plus importante à la fin de l'horizon.

Tableau A2.7 : Comparaison de la migration nette, certaines années (en milliers)

Années choisies	Canada sans le Québec (RPC)	Québec seulement (RRQ)	Total Canada (RPC+RRQ)	Scénario de base
2012	165	32	197	205
2013	162	32	194	215
2014	163	32	195	218
2015	164	32	196	221
2020	181	32	213	236
2025	195	32	227	250
2030	202	32	234	264
2035	s.o.	32	s.o.	278
2040	213	32	245	291

Source : Statistique Canada, 2010, BSIF, 2010 et RRQ, 2010.

Projections démographiques entre 2013 et 2037

Les hypothèses au sujet de la fécondité, de la mortalité, de l'immigration internationale, de l'émigration et de la migration interprovinciale sont groupées par Statistique Canada pour élaborer des projections de 2010 à 2036, à l'aide des estimations démographiques postcensitaires de 2009⁸⁷. Aux fins du présent rapport, les projections de 2013 à 2036 sont rajustées d'après une comparaison de la population projetée en 2011 et de la population selon le recensement de 2011. Ainsi, le modèle de projection doit utiliser l'année 2011 comme référence, en supposant que toute variance sera répartie de façon égale par province et territoire, et par cellules d'âge et de sexe. La projection démographique pour l'année 2037 est une extrapolation de l'année 2036.

Tableau A2.8 : Population projetée, Total Canada, 2011 à 2037, selon le scénario démographique (en milliers)

Années	Scénario de faible croissance	Scénario de base	Scénario de forte croissance	RPC
2011	33 477	33 477	33 477	
2012	33 803	33 854	33 899	34 773
2013	34 088	34 237	34 378	35 107
2014	34 359	34 617	34 866	35 435
2015	34 624	34 995	35 357	35 763
2016	34 886	35 371	35 850	
2017	35 141	35 744	36 344	
2018	35 389	36 116	36 841	
2019	35 629	36 482	37 338	
2020	35 867	36 847	37 837	37 393
2021	36 103	37 215	38 341	
2022	36 333	37 583	38 848	
2023	36 560	37 948	39 357	
2024	36 782	38 311	39 869	
2025	37 000	38 674	40 382	39 004
2026	37 212	39 031	40 895	
2027	37 417	39 386	41 408	
2028	37 614	39 740	41 924	
2029	37 807	40 087	42 439	
2030	37 991	40 432	42 956	40 462
2031	38 171	40 773	43 472	
2032	38 342	41 111	43 989	
2033	38 508	41 444	44 510	
2034	38 667	41 778	45 032	
2035	38 819	42 111	45 560	
2036	38 967	42 439	46 091	
2037	39 124	42 780	46 639	41 669

Source : Statistique Canada, Tableaux CANSIM 051-0001 et 052-0005, BSIF, 2010, et calculs de l'auteur.

Le tableau A2.8 présente les projections démographiques du Canada, de 2011 à 2037. La dernière colonne montre le chiffre de la projection démographique supposée par le RPC pour certaines années, entre le scénario de faible croissance et le scénario de base.

Les projections varient sensiblement selon la province et le territoire. Le tableau A2.9 montre la population projetée selon la province ou le territoire en vertu du scénario de base.

⁸⁷ Au moment de l'utilisation des données, Statistique Canada n'avait pas mis à jour ses prévisions démographiques après avoir publié les résultats du recensement de 2011. Par conséquent, nous nous en remettons aux travaux de Statistique Canada fondés sur les estimations démographiques postcensitaires de 2009.

Tableau A2.9 : Population projetée, 2011 à 2037, par province et territoire, scénario de base (en milliers)

Année	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	Yukon	Territoires du Nord-Ouest	Nunavut	Canada
2011	515	140	922	751	7 903	12 852	1 208	1 033	3 645	4 400	34	41	32	33 477
2012	515	141	926	754	7 967	13 019	1 221	1 040	3 694	4 468	34	42	32	33 854
2013	515	143	931	758	8 031	13 188	1 233	1 046	3 744	4 537	35	42	33	34 237
2014	515	144	936	761	8 093	13 358	1 246	1 052	3 794	4 607	35	43	33	34 617
2015	515	145	940	764	8 155	13 526	1 259	1 059	3 843	4 676	35	43	34	34 995
2016	516	147	945	767	8 215	13 694	1 272	1 066	3 892	4 745	35	43	34	35 371
2017	516	148	950	770	8 275	13 862	1 285	1 072	3 940	4 813	35	44	34	35 744
2018	517	150	954	774	8 334	14 028	1 298	1 079	3 988	4 881	35	44	35	36 116
2019	517	151	959	777	8 391	14 194	1 311	1 086	4 035	4 948	35	44	35	36 482
2020	517	152	964	779	8 447	14 360	1 324	1 093	4 081	5 015	35	44	35	36 847
2021	518	153	968	782	8 503	14 528	1 337	1 099	4 127	5 083	36	45	36	37 215
2022	518	154	973	786	8 558	14 697	1 350	1 106	4 173	5 151	36	45	36	37 583
2023	519	156	977	789	8 612	14 865	1 363	1 113	4 219	5 218	36	45	36	37 948
2024	519	157	982	791	8 665	15 033	1 376	1 119	4 263	5 286	36	46	36	38 311
2025	520	159	986	794	8 717	15 201	1 389	1 126	4 308	5 354	36	46	37	38 674
2026	520	160	990	797	8 768	15 369	1 402	1 133	4 352	5 422	37	46	37	39 031
2027	520	161	995	799	8 817	15 535	1 415	1 139	4 396	5 489	37	47	37	39 386
2028	520	162	999	801	8 865	15 702	1 428	1 146	4 439	5 556	37	47	37	39 740
2029	520	163	1 002	804	8 911	15 867	1 441	1 152	4 482	5 623	37	47	38	40 087
2030	521	164	1 006	806	8 956	16 030	1 453	1 158	4 525	5 689	37	48	38	40 432
2031	520	165	1 010	808	9 000	16 193	1 466	1 165	4 567	5 755	38	48	38	40 773
2032	520	167	1 013	810	9 043	16 355	1 479	1 171	4 609	5 820	38	49	38	41 111
2033	520	168	1 016	812	9 084	16 515	1 491	1 178	4 650	5 885	38	49	38	41 444
2034	520	169	1 019	813	9 126	16 675	1 504	1 184	4 692	5 950	39	49	39	41 778
2035	520	170	1 023	816	9 166	16 833	1 517	1 191	4 735	6 016	39	49	39	42 111
2036	520	170	1 026	817	9 205	16 991	1 530	1 197	4 775	6 080	39	50	39	42 439
2037	520	171	1 029	818	9 248	17 154	1 543	1 204	4 818	6 146	39	50	40	42 780

Source : Statistique Canada, Tableaux CANSIM 051-0001 et 052-0005, et calculs de l'auteur.

Les tableaux A2.10 et A2.11 présentent le taux annuel de croissance démographique au cours de la période de projection par province et par territoire pour l'ensemble de la population, de même que pour la population active. Selon le scénario de base, la population canadienne totale augmentera à un taux de 0,9 % par année; elle croîtra plus rapidement que la moyenne nationale en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique, elle progressera d'un maigre 0,6 % par année au Québec, et à un taux de près de 0 % dans les provinces de l'Atlantique—sauf à l'Île-du-Prince-Édouard. Parallèlement, le nombre de membres de la population active n'augmentera que de 0,4 % par année; dans les provinces de l'Atlantique, ce taux diminuera vraisemblablement au cours des 25 prochaines années.

Tableau A2.10 : Taux de croissance démographique, 2012 à 2037, selon la province et le territoire, et le scénario démographique

Province/Territoire	Scénario de faible croissance	Scénario de base	Scénario de forte croissance
Terre-Neuve-et-Labrador	-0,2 %	0,0 %	0,3 %
Île-du-Prince-Édouard	0,4 %	0,8 %	1,1 %
Nouvelle-Écosse	0,2 %	0,4 %	0,7 %
Nouveau-Brunswick	0,1 %	0,3 %	0,6 %
Québec	0,3 %	0,6 %	0,9 %
Ontario	0,7 %	1,1 %	1,5 %
Manitoba	0,6 %	0,9 %	1,3 %
Saskatchewan	0,3 %	0,6 %	0,9 %
Alberta	0,7 %	1,1 %	1,4 %
Colombie-Britannique	0,9 %	1,3 %	1,7 %
Yukon	0,3 %	0,5 %	0,8 %
Territoires du Nord-Ouest	0,4 %	0,7 %	1,0 %
Nunavut	0,4 %	0,8 %	1,1 %
Canada	0,6 %	0,9 %	1,3 %

Source : Statistique Canada, Tableaux CANSIM 051-0001 et 052-0005, BSIF, 2010, et calculs de l'auteur.

Tableau A2.11 : Taux de croissance du nombre de membres de la population active, 2012 à 2037, selon la province et le territoire, et le scénario démographique

Province/Territoire	Scénario de faible croissance	Scénario de base	Scénario de forte croissance
Terre-Neuve-et-Labrador	-1,0 %	-0,8 %	-0,7 %
Île-du-Prince-Édouard	-0,1 %	0,1 %	0,4 %
Nouvelle-Écosse	-0,5 %	-0,3 %	-0,1 %
Nouveau-Brunswick	-0,6 %	-0,4 %	-0,2 %
Québec	-0,2 %	0,0 %	0,3 %
Ontario	0,3 %	0,6 %	0,9 %
Manitoba	0,2 %	0,5 %	0,8 %
Saskatchewan	-0,1 %	0,1 %	0,3 %
Alberta	0,2 %	0,5 %	0,7 %
Colombie-Britannique	0,4 %	0,8 %	1,1 %
Yukon	-0,3 %	-0,1 %	0,2 %
Territoires du Nord-Ouest	-0,3 %	0,0 %	0,2 %
Nunavut	0,1 %	0,4 %	0,6 %
Canada	0,1 %	0,4 %	0,7 %

Source : Statistique Canada, Tableaux CANSIM 051-0001 et 052-0005, BSIF, 2010, et calculs de l'auteur.

Annexe 3—Projections économiques

Introduction

Dans la présente annexe, nous présentons la base de projection utilisée dans ce rapport pour prévoir la croissance économique, qui influencera à coup sûr le coût futur des soins de santé—que ce soit en raison de l'inflation des prix ou de la capacité de l'économie de consommer des soins de santé—et nous fournissons également une base au titre du financement de ces soins à partir de sources publiques et privées.

Le principal indicateur économique mentionné dans le présent document est le produit intérieur brut (PIB), défini comme la valeur des biens et services produits par les membres de la population active canadienne. Des projections sont préparées sur cette base, ce qui permet d'utiliser la croissance démographique projetée (voir le chapitre 4) et des hypothèses au sujet des gains de productivité attendus. La croissance du PIB se définit ainsi :

$$\Delta PIB_t = \frac{PIB_{t+1}}{PIB_t} - 1 = \frac{PA_{t+1}}{PA_t} \times (1 + \pi_t) \times (1 + GP_t) - 1,$$

où :

- PIB_t est le produit intérieur brut au temps t
- PA_t est le nombre de membres de la population active au temps t , c'est-à-dire le nombre de personnes entre 20 ans et 64 ans.
- π_t est le facteur d'inflation générale des prix au temps t
- GP_t est le facteur de gain de productivité au temps t .

Ici, le facteur de gain de productivité GP_t groupe les effets (1) des variations du pourcentage de la population de 20 ans à 64 ans qui participe à l'activité économique, (2) des dépenses en immobilisations et de l'introduction de nouvelles technologies réduisant le coût de production et(ou) permettant un rehaussement des niveaux de la production, (3) de l'évolution du niveau de la rémunération totale des membres de la population active, en dollars constants de 2012, y compris les impôts et taxes directs et indirects, et l'évolution globale du fardeau fiscal, et (4) des variations de la productivité réelle des participants à l'économie.

À l'aide de ce modèle, des projections du PIB sont établies pour chaque province et chaque territoire, à l'aide d'hypothèses spécifiques et raisonnables.

Paramètres de croissance du PIB réel

En se reportant à la formule de calcul de la croissance du PIB réel ΔPIB_t , qui a été abordée ci-devant, la formule $\Delta^R PIB_t$ peut se définir ainsi :

$$\Delta^R PIB_t = \frac{\Delta PIB_t}{1 + \pi_t} = \frac{PA_{t+1}}{PA_t} \times (1 + GP_t) - 1$$

Cela signifie que la prévision de la croissance du PIB réel n'exige que l'établissement d'hypothèses au sujet des projections de croissance démographique future—qui ont été abordées au chapitre 4—et des gains de productivité. Il faut quand même une hypothèse concernant l'inflation générale, comme il sera discuté plus loin dans la présente annexe, car le

Tableau A3.1 : Taux de croissance projetés du nombre de membres de la population active, 2012 à 2037, selon la province et le territoire, et le scénario démographique

Province/Territoire	Scénario de faible croissance	Scénario de base	Scénario de forte croissance
Terre-Neuve-et-Labrador	-1,0 %	-0,8 %	-0,7 %
Île-du-Prince-Édouard	-0,1 %	0,1 %	0,4 %
Nouvelle-Écosse	-0,5 %	-0,3 %	-0,1 %
Nouveau-Brunswick	-0,6 %	-0,4 %	-0,2 %
Québec	-0,2 %	0,0 %	0,3 %
Ontario	0,3 %	0,6 %	0,9 %
Manitoba	0,2 %	0,5 %	0,8 %
Saskatchewan	-0,1 %	0,1 %	0,3 %
Alberta	0,2 %	0,5 %	0,7 %
Colombie-Britannique	0,4 %	0,8 %	1,1 %
Yukon	-0,3 %	-0,1 %	0,2 %
Territoires du Nord-Ouest	-0,3 %	0,0 %	0,2 %
Nunavut	0,1 %	0,4 %	0,6 %
Canada	0,1 %	0,4 %	0,7 %

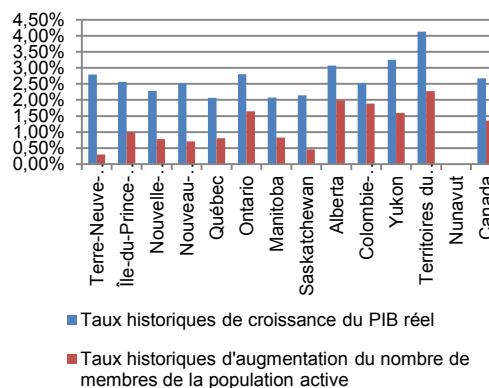
Source : Statistique Canada, tableaux CANSIM 051-0001 et 052-0005, et calculs de l'auteur.

Le transfert canadien en matière de santé progresse actuellement à un taux nominal annuel de 6 %. Le tableau A3.1 présente la croissance du nombre moyen de travailleurs actifs au cours des 25 prochaines années, selon la province et le territoire, à l'aide de scénarios démographiques différents. Il révèle que Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick subiront d'importantes baisses du nombre de membres de la population active en vertu de tous les scénarios, tandis que l'Ontario, le Manitoba, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Nunavut enregistreront

des gains à ce chapitre. Dans les autres provinces et territoires, le nombre de membres de la population active augmentera en vertu de certains scénarios démographiques, et il diminuera aux termes d'autres scénarios. Outre l'effet direct de la démographie sur les dépenses réelles projetées en soins de santé, cette situation aura des effets variables pour les provinces et les territoires sur leur capacité future d'accumuler des fonds au moyen des impôts, etc., et donc de supporter financièrement leurs systèmes respectifs de soins de santé. Dans l'ensemble, le nombre de membres de la population active au Canada augmentera au cours des 25 prochaines années, à un taux de 0,4 % en vertu du scénario de base, comparativement à 0,9 % pour la population totale.

Puis, nous devons poser une hypothèse au sujet du gain de productivité et nous devons l'utiliser de concert avec les facteurs de croissance démographique du modèle de croissance du PIB réel proposé dans le rapport. Cette hypothèse repose sur un examen de la croissance historique du PIB réel afin

Figure A3.1 : Taux historiques du PIB réel et d'augmentation du nombre de membres de la population active, 1981 à 2008, selon la province et le territoire



d'isoler la composante croissance du nombre de membres de la population active et ainsi obtenir le facteur de gain de productivité.

Tableau A3.2 : Gain de productivité, 1981 à 2008, selon la province et le territoire

Province/Territoire	Croissance du PIB réel	Augmentation du nombre de membres de la population active	Gain de productivité
Terre-Neuve-et-Labrador	2,79 %	0,30 %	2,49 %
Île-du-Prince-Édouard	2,56 %	0,99 %	1,55 %
Nouvelle-Écosse	2,28 %	0,78 %	1,50 %
Nouveau-Brunswick	2,50 %	0,71 %	1,78 %
Québec	2,06 %	0,80 %	1,25 %
Ontario	2,80 %	1,65 %	1,13 %
Manitoba	2,07 %	0,83 %	1,23 %
Saskatchewan	2,14 %	0,46 %	1,68 %
Alberta	3,07 %	1,98 %	1,07 %
Colombie-Britannique	2,52 %	1,88 %	0,63 %
Yukon	3,25 %	1,60 %	1,62 %
Territoires du Nord-Ouest	4,12 %	2,28 %	1,81 %
Nunavut	s.o.	s.o.	s.o.
Canada	2,68 %	1,35 %	1,31 %

Source : Statistique Canada, Tableaux CANSIM 051-0001 et 384-0002, et calculs de l'auteur.

La figure A3.1 présente les taux de croissance du PIB réel entre 1981 et 2008, et les taux de croissance du nombre de membres de la population active au cours de la même période, selon la province et le territoire.

Enfin, le tableau A3.2 affiche le gain de productivité historique selon la province et le territoire, entre 1981 et 2008, à l'aide du modèle de croissance du PIB réel.

Aux fins de prévision de la croissance de l'économie canadienne au cours des 25 prochaines années, nous supposons des gains

de productivité qui varient selon la province et le territoire et qui atteignent une moyenne globale de 1,31 % par année pour le Canada, ce qui correspond à l'observation faite entre 1981 et 2008, conformément aux hypothèses adoptées par d'autres chercheurs⁸⁸.

Prévision de croissance du PIB réel

Les tableaux A3.3, A3.4 et A3.5 présentent les prévisions du PIB réel obtenues pour les 25 prochaines années selon le scénario de base, de même qu'aux termes des scénarios démographiques de faible croissance et de forte croissance, et les taux de croissance de l'économie qui en découlent selon la province et le territoire.

⁸⁸ Par exemple, Busby et Robson (2011) mentionnent que la productivité des 18 ans à 64 ans a augmenté à des taux historiques de 1,5 %.

Tableau A3.3 : Taux de croissance projeté du PIB réel, 2012 à 2037, selon la province et le territoire, d'après le scénario démographique

Province/Territoire	Scénario de faible croissance	Scénario de base	Scénario de forte croissance
Terre-Neuve-et-Labrador	1,5 %	1,7 %	1,8 %
Île-du-Prince-Édouard	1,4 %	1,7 %	2,0 %
Nouvelle-Écosse	1,0 %	1,2 %	1,4 %
Nouveau-Brunswick	1,2 %	1,4 %	1,6 %
Québec	1,0 %	1,3 %	1,5 %
Ontario	1,4 %	1,7 %	2,1 %
Manitoba	1,4 %	1,8 %	2,1 %
Saskatchewan	1,6 %	1,8 %	2,0 %
Alberta	1,3 %	1,6 %	1,8 %
Colombie-Britannique	1,0 %	1,4 %	1,7 %
Yukon	1,3 %	1,5 %	1,9 %
Territoires du Nord-Ouest	1,5 %	1,8 %	2,0 %
Nunavut	1,9 %	2,2 %	2,4 %
Canada	1,3 %	1,6 %	1,9 %

Source : Statistique Canada, Tableaux CANSIM 051-0001 et 384-0002, et calculs de l'auteur.

Le PIB réel projeté devrait croître à un taux annuel de 1,6 % entre 2012 et 2037, ce qui est inférieur au taux de croissance historique réel de 2,7 % observé entre 1981 et 2008. Un tel écart s'explique principalement par des facteurs démographiques; le nombre de membres de la population active devrait augmenter à un taux annuel de 0,4 % au cours des 25 prochaines années, tandis qu'il a enregistré un taux annuel de croissance de 1,4 % dans le passé. Cela sous-entend que pour obtenir une croissance économique future semblable à la croissance passée, il faudrait que les gains de productivité augmentent d'environ 1,1 %, pour se fixer à 2,3 % plutôt que de demeurer au niveau supposé de 1,31 %.

Tableau A3.4 : PIB projeté, 2012 à 2037, Total - Canada, selon le scénario démographique (en millions de dollars constants de 2012)

Province/Territoire	Scénario de faible croissance	Scénario de base	Scénario de forte croissance
2012	1 675 443	1 676 310	1 677 115
2013	1 705 412	1 709 366	1 713 320
2014	1 735 000	1 742 226	1 749 461
2015	1 763 929	1 774 686	1 785 415
2016	1 791 761	1 806 251	1 820 676
2017	1 817 938	1 836 296	1 854 761
2018	1 841 954	1 864 421	1 887 066
2019	1 863 903	1 890 781	1 917 958
2020	1 885 009	1 916 258	1 948 268
2021	1 905 557	1 941 629	1 978 470
2022	1 925 094	1 966 228	2 008 371
2023	1 944 495	1 990 965	2 038 488
2024	1 964 528	2 016 412	2 069 843
2025	1 983 762	2 041 459	2 100 908
2026	2 003 394	2 066 947	2 132 792
2027	2 024 157	2 093 944	2 166 351
2028	2 044 647	2 121 088	2 200 502
2029	2 066 667	2 149 748	2 236 434
2030	2 089 958	2 181 737	2 276 986
2031	2 116 654	2 218 183	2 323 136
2032	2 145 711	2 258 035	2 374 077
2033	2 175 427	2 299 566	2 428 357
2034	2 205 052	2 342 380	2 484 968
2035	2 234 881	2 385 857	2 542 984
2036	2 265 378	2 430 366	2 602 593
2037	2 296 554	2 476 011	2 663 987

Source : Statistique Canada, Tableaux CANSIM 051-0001 et 384-0002, et calculs de l'auteur.

Tableau A3.5 : PIB réel projeté, 2012 à 2037, selon la province et le territoire, scénario de base (en millions de dollars constants de 2012)

Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	Yukon	Territoires du Nord-Ouest	Nunavut	Canada
2012	23 047	5 184	35 602	29 042	336 650	668 631	54 020	50 015	234 042	208 503	2 246	3 858	1 533	1 676 310
2013	23 451	5 295	36 122	29 521	342 205	683 469	55 118	51 091	269 176	212 197	2 292	3 915	1 578	1 709 366
2014	23 831	5 395	36 662	30 008	347 481	698 454	56 293	52 096	274 310	215 835	2 299	4 027	1 598	1 742 226
2015	24 208	5 491	37 204	30 457	352 640	713 455	57 422	53 147	279 337	219 323	2 336	4 057	1 672	1 774 686
2016	24 621	5 595	37 716	30 926	357 457	728 092	58 503	54 149	284 227	222 761	2 374	4 174	1 720	1 806 251
2017	24 974	5 708	38 228	31 349	362 051	742 181	59 549	55 109	288 815	226 028	2 402	4 205	1 761	1 836 296
2018	25 355	5 815	38 675	31 770	366 119	755 572	60 535	56 015	293 104	229 035	2 430	4 267	1 793	1 864 421
2019	25 722	5 899	39 074	32 175	369 688	768 339	61 482	56 836	297 082	231 872	2 459	4 374	1 844	1 890 781
2020	26 091	5 991	39 475	32 542	373 089	780 852	62 427	57 604	300 903	234 601	2 487	4 391	1 868	1 916 258
2021	26 472	6 077	39 860	32 905	376 516	793 211	63 355	58 429	304 604	237 303	2 516	4 502	1 942	1 941 629
2022	26 847	6 151	40 220	33 263	379 699	805 339	64 264	59 228	308 290	239 970	2 546	4 520	1 956	1 966 228
2023	27 271	6 246	40 524	33 631	382 817	817 471	65 178	60 066	312 033	242 623	2 587	4 601	1 982	1 990 965
2024	27 651	6 329	40 880	34 017	386 102	829 901	66 121	60 886	315 916	245 399	2 617	4 651	2 007	2 016 412
2025	28 023	6 420	41 244	34 367	389 410	841 954	67 027	61 756	319 787	248 109	2 611	4 752	2 064	2 041 459
2026	28 437	6 505	41 565	34 743	392 980	853 943	67 954	62 648	323 777	250 897	2 666	4 804	2 097	2 066 947
2027	28 865	6 591	41 925	35 128	397 147	866 079	68 962	63 626	328 157	253 827	2 721	4 873	2 106	2 093 944
2028	29 307	6 671	42 308	35 517	401 415	877 985	70 045	64 650	332 656	256 707	2 791	4 943	2 156	2 121 088
2029	29 743	6 760	42 702	35 958	406 118	890 316	71 170	65 733	337 511	259 746	2 798	5 051	2 206	2 149 748
2030	30 226	6 865	43 191	36 387	411 145	904 121	72 375	66 976	342 962	263 352	2 830	5 124	2 246	2 181 737
2031	30 715	7 003	43 797	36 931	417 154	919 709	73 770	68 385	349 005	267 375	2 889	5 216	2 298	2 218 183
2032	31 303	7 128	44 452	37 544	423 913	936 782	75 279	69 901	355 402	271 712	2 976	5 368	2 340	2 258 035
2033	31 902	7 255	45 157	38 211	431 159	954 611	76 878	71 483	361 949	276 148	3 025	5 445	2 407	2 299 566
2034	32 572	7 417	45 949	38 900	438 645	972 985	78 459	73 133	368 650	280 572	3 115	5 583	2 463	2 342 380
2035	33 307	7 591	46 711	39 628	446 276	991 746	80 058	74 794	375 344	285 075	3 180	5 704	2 507	2 385 857
2036	34 045	7 726	47 487	40 332	454 139	1 011 032	81 721	76 515	382 028	289 706	3 231	5 889	2 579	2 430 366
2037	34 803	7 865	48 284	41 055	462 232	1 030 776	83 427	78 286	388 873	294 443	3 286	6 088	2 656	2 476 011

Inflation générale

La projection des dépenses futures en soins de santé et de la production économique en termes réels élimine le besoin d'une hypothèse au sujet de l'inflation générale attendue. Tout de même, l'augmentation des transferts fédéraux en espèces à un taux annuel minimal de 6 % jusqu'à l'exercice 2016-2017, en vertu de la formule de calcul actuelle du Transfert canadien en matière de santé, signifie que les répercussions des changements proposés au Transfert peuvent être quelque peu influencées par les variations de l'inflation générale. Par conséquent, nous supposons dans le présent rapport que le facteur d'inflation générale équivaudra à 2,0 % en vertu du scénario de base, ce qui correspond à la cible de la Banque du Canada, conformément aux hypothèses posées par Drummond⁸⁹.

⁸⁹ Drummond, Don, et Derek Burleton. *Charting a Path to Sustainable Healthcare in Ontario: 10 Proposals to Restrain Cost Growth Without Compromising Quality of Care*. TD Economics, 27 mai 2010.

Annexe 4—Projections à l'aide de scénarios différents

Dépenses en soins de santé des provinces et des territoires (en millions de dollars constants de 2012, le cas échéant)						
TENDANCE HISTORIQUE DE 1996 À 2010						
Type de dépenses	Augmentation annuelle attribuable à ...			Dépenses réelles en soins de santé des provinces et des territoires		Hypothèses de projection
	Vieillis- sment et croissance démogra- phique	Coût réel	Total	2012	en % du PIB	
Médecins	1,8 %	3,0 %	4,8 %	29 015	1,7 %	s.o.
Hôpitaux	2,2 %	1,7 %	3,8 %	53 925	3,2 %	s.o.
Autres établissements	1,4 %	4,1 %	5,5 %	15 914	1,0 %	s.o.
Autres professionnels	-	-	0,1 %	1 103	0,1 %	s.o.
Médicaments	2,9 %	4,3 %	7,2 %	10 677	0,6 %	s.o.
Autres dépenses en santé	-	-	5,6 %	24 318	1,5 %	s.o.
Total			5,6 %	134 952	8,2 %	
PROJECTION À L'AIDE DE LA CROISSANCE DU COÛT RÉEL HISTORIQUE						
Type de dépenses	Augmentation annuelle attribuable à ...			Dépenses réelles en soins de santé des provinces et des territoires		Hypothèses de projection
	Vieillis- sment et croissance démogra- phique	Coût réel	Total	2037	en % du PIB	
Médecins	1,6 %	3,0 %	4,6 %	88 404	3,6 %	Tendance de 3,0 %
Hôpitaux	2,2 %	1,7 %	3,9 %	139 774	5,6 %	Tendance de 1,7 %
Autres établissements	3,4 %	4,1 %	7,5 %	97 546	3,9 %	Tendance de 4,1 %
Autres professionnels	-	-	0,1 %	1 131	0,1 %	Tendance de 0,1 %
Médicaments	1,6 %	4,3 %	5,9 %	44 904	1,8 %	Tendance de 4,3 %
Autres dépenses en santé	-	-	5,6 %	94 957	3,8 %	Tendance de 5,6 %
Total			5,1 %	466 716	18,9 %	
PROJECTION À L'AIDE DU SCÉNARIO DE BASE						
Type de dépenses	Augmentation annuelle attribuable à ...			Dépenses réelles en soins de santé des provinces et des territoires		Hypothèses de projection
	Vieillis- sment et croissance démogra- phique	Coût réel	Total	2037	en % du PIB	
Médecins	1,5 %	1,9 %	3,4 %	67 076	2,7 %	Tendance de 2,5 % pendant cinq ans, passant à 1,0 % après 25 ans
Hôpitaux	2,2 %	1,8 %	3,9 %	141 631	5,7 %	Rémunération 70 %—Tendance de 1,0 % pendant cinq ans, passant à 0,5 % après 25 ans; 25 % fournitures, matériel, immeubles et terrains—aucune tendance; 5 % médicaments—tendance de 3 % pendant 25 ans; Innovation—tendance de 1,0 % pendant cinq ans, passant à 0,5 % après 25 ans
Autres établissements	3,3 %	0,6 %	3,9 %	41 603	1,7 %	Rémunération 75 %—Tendance de 1,0 % pendant cinq ans, passant à 0,5 % après 25 ans; 25 % autres—aucune tendance
Autres professionnels	1,7 %	1,1 %	2,9 %	2 241	0,1 %	40 % soins dentaires—tendance de 2,0 % pendant cinq ans, passant à 1,0 % après 25 ans; 20 % soins de la vue—tendance de 1,0 % pendant cinq ans, passant à 0,5 % après 25 ans;

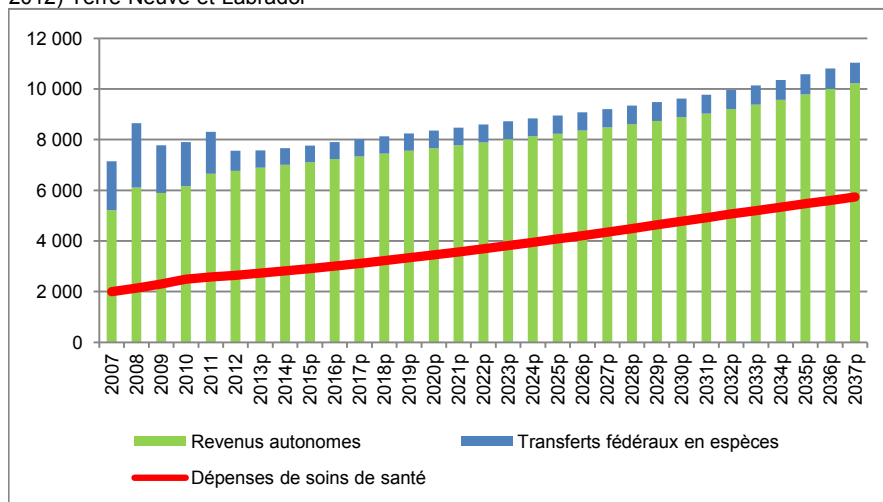
						40 % autres— tendance de 1,0 % pendant cinq ans, passant à 0,5 % après 25 ans.
Médicaments	1,6 %	3,0 %	4,6 %	32 818	1,3 %	Tendance de 3 % pendant 25 ans.
Autres dépenses en santé	-	-	0,8 %	48 322	1,2 %	Immobilisations—tendance de la croissance démographique; Santé publique—aucune tendance; Administration—aucune tendance; Recherche sur la santé—tendance de la croissance du PIB réel; Autres— tendance de la croissance démographique plus 1,0 % pendant cinq ans, passant 0,5 % après 25 ans.
Total				315 182	12,7 %	

Annexe 5—Comptes publics des provinces et des territoires

Introduction

Au chapitre 11, nous avons débattu de la pérennité de l'ensemble du système de soins de santé du Canada. Dans la présente annexe, nous afficherons certains résultats pour chaque province et chaque territoire. Tous les chiffres supposent que les changements proposés à la formule de calcul du Transfert canadien en matière de santé seront appliqués.

Figure A5.1 : Dépenses totales projetées des soins de santé par rapport à l'ensemble des revenus disponibles, 2007 à 2037 (en millions de dollars constants de 2012)-Terre-Neuve-et-Labrador



Terre-Neuve-et-Labrador

Tableau A5.1 : Sommaire des projections, scénario de base, 2012 à 2037, Terre-Neuve-et-Labrador

Années	(en millions de dollars constants de 2012)				Dépenses en soins de santé en % de			
	Dépenses provinciales en soins de santé	Revenus autonomes	Transferts fédéraux en espèces	Total - Revenus	PIB	Revenus autonomes	Total - Revenus	PIB
2012	2 643	6 773	785	7 558	23 047	39,0 %	35,0 %	11,5 %
2013	2 730	6 892	680	7 572	23 451	39,6 %	36,1 %	11,6 %
2014	2 816	7 003	656	7 659	23 831	40,2 %	36,8 %	11,8 %
2015	2 906	7 114	656	7 770	24 208	40,9 %	37,4 %	12,0 %
2016	3 011	7 236	669	7 904	24 621	41,6 %	38,1 %	12,2 %
2017	3 114	7 339	675	8 014	24 974	42,4 %	38,9 %	12,5 %
2018	3 227	7 451	681	8 132	25 355	43,3 %	39,7 %	12,7 %
2019	3 333	7 559	687	8 246	25 722	44,1 %	40,4 %	13,0 %
2020	3 447	7 668	693	8 360	26 091	45,0 %	41,2 %	13,2 %
2021	3 570	7 780	698	8 478	26 472	45,9 %	42,1 %	13,5 %
2022	3 692	7 890	703	8 593	26 847	46,8 %	43,0 %	13,8 %
2023	3 818	8 014	708	8 722	27 271	47,6 %	43,8 %	14,0 %
2024	3 950	8 126	713	8 839	27 651	48,6 %	44,7 %	14,3 %
2025	4 080	8 235	718	8 953	28 023	49,5 %	45,6 %	14,6 %
2026	4 216	8 357	723	9 080	28 437	50,4 %	46,4 %	14,8 %
2027	4 347	8 483	728	9 210	28 865	51,2 %	47,2 %	15,1 %
2028	4 486	8 613	733	9 346	29 307	52,1 %	48,0 %	15,3 %
2029	4 633	8 741	738	9 479	29 743	53,0 %	48,9 %	15,6 %
2030	4 778	8 883	744	9 627	30 226	53,8 %	49,6 %	15,8 %
2031	4 919	9 026	751	9 777	30 715	54,5 %	50,3 %	16,0 %
2032	5 063	9 199	758	9 957	31 303	55,0 %	50,8 %	16,2 %
2033	5 195	9 375	767	10 142	31 902	55,4 %	51,2 %	16,3 %
2034	5 334	9 572	776	10 349	32 572	55,7 %	51,5 %	16,4 %
2035	5 469	9 788	787	10 575	33 307	55,9 %	51,7 %	16,4 %
2036	5 600	10 005	798	10 803	34 045	56,0 %	51,8 %	16,4 %
2037	5 736	10 228	802	11 030	34 803	56,1 %	52,0 %	16,5 %
Taux de croissance	3,1 %	1,7 %	0,1 %	1,5 %	1,7 %			

Île-du-Prince-Édouard

Figure A5.2 : Dépenses totales projetées des soins de santé par rapport à l'ensemble des revenus disponibles, 2007 à 2037 (en millions de dollars constants de 2012)—Île-du-Prince-Édouard

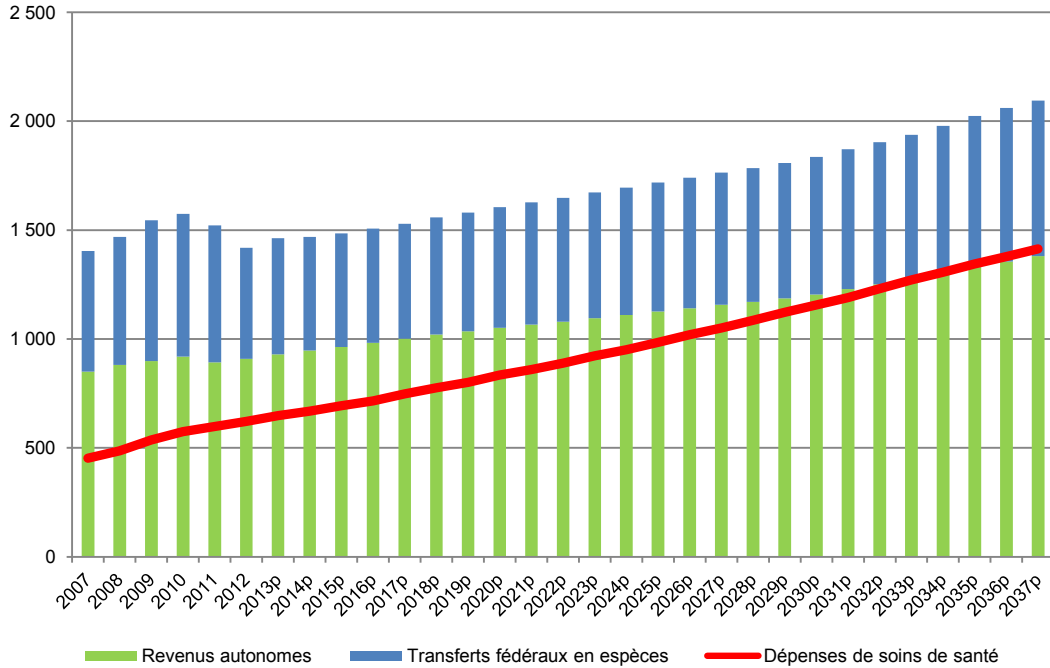


Tableau A5.2 : Sommaire des projections, scénario de base, 2012 à 2037, Île-du-Prince-Édouard

Années	(en millions de dollars constants de 2012)					Dépenses en soins de santé en % de		
	Dépenses provinciales en soins de santé	Revenus autonomes	Transferts fédéraux en espèces	Total - Revenus	PIB	Revenus autonomes	Total - Revenus	PIB
2012	622	910	509	1 419	5 184	68,4 %	43,9 %	12,0 %
2013	649	929	534	1 463	5 295	69,8 %	44,4 %	12,3 %
2014	669	947	522	1 469	5 395	70,7 %	45,6 %	12,4 %
2015	694	964	520	1 484	5 491	72,0 %	46,7 %	12,6 %
2016	716	982	525	1 507	5 595	72,9 %	47,5 %	12,8 %
2017	749	1 001	528	1 529	5 708	74,8 %	49,0 %	13,1 %
2018	776	1 020	537	1 558	5 815	76,1 %	49,8 %	13,3 %
2019	801	1 035	545	1 581	5 899	77,3 %	50,7 %	13,6 %
2020	835	1 051	553	1 605	5 991	79,4 %	52,0 %	13,9 %
2021	859	1 066	561	1 628	6 077	80,6 %	52,8 %	14,1 %
2022	888	1 079	568	1 647	6 151	82,3 %	53,9 %	14,4 %
2023	922	1 096	576	1 672	6 246	84,1 %	55,2 %	14,8 %
2024	952	1 111	584	1 694	6 329	85,7 %	56,2 %	15,0 %
2025	985	1 127	591	1 718	6 420	87,4 %	57,3 %	15,3 %
2026	1 019	1 141	599	1 741	6 505	89,3 %	58,6 %	15,7 %
2027	1 050	1 157	607	1 763	6 591	90,8 %	59,6 %	15,9 %
2028	1 086	1 171	614	1 784	6 671	92,8 %	60,9 %	16,3 %
2029	1 122	1 186	621	1 808	6 760	94,6 %	62,1 %	16,6 %
2030	1 156	1 205	631	1 835	6 865	96,0 %	63,0 %	16,8 %
2031	1 191	1 229	642	1 871	7 003	96,9 %	63,7 %	17,0 %
2032	1 231	1 251	653	1 903	7 128	98,5 %	64,7 %	17,3 %
2033	1 272	1 273	664	1 937	7 255	99,9 %	65,7 %	17,5 %
2034	1 306	1 301	677	1 979	7 417	100,3 %	66,0 %	17,6 %
2035	1 345	1 332	692	2 024	7 591	100,9 %	66,4 %	17,7 %
2036	1 379	1 356	704	2 060	7 726	101,7 %	66,9 %	17,8 %
2037	1 414	1 380	714	2 094	7 865	102,5 %	67,5 %	18,0 %
Taux de croissance	3,3 %	1,7 %	1,4 %	1,6 %	1,7 %			

Nouvelle-Écosse

Figure A5.3 : Dépenses totales projetées des soins de santé par rapport à l'ensemble des revenus disponibles, 2007 à 2037 (en millions de dollars constants de 2012)—Nouvelle-Écosse

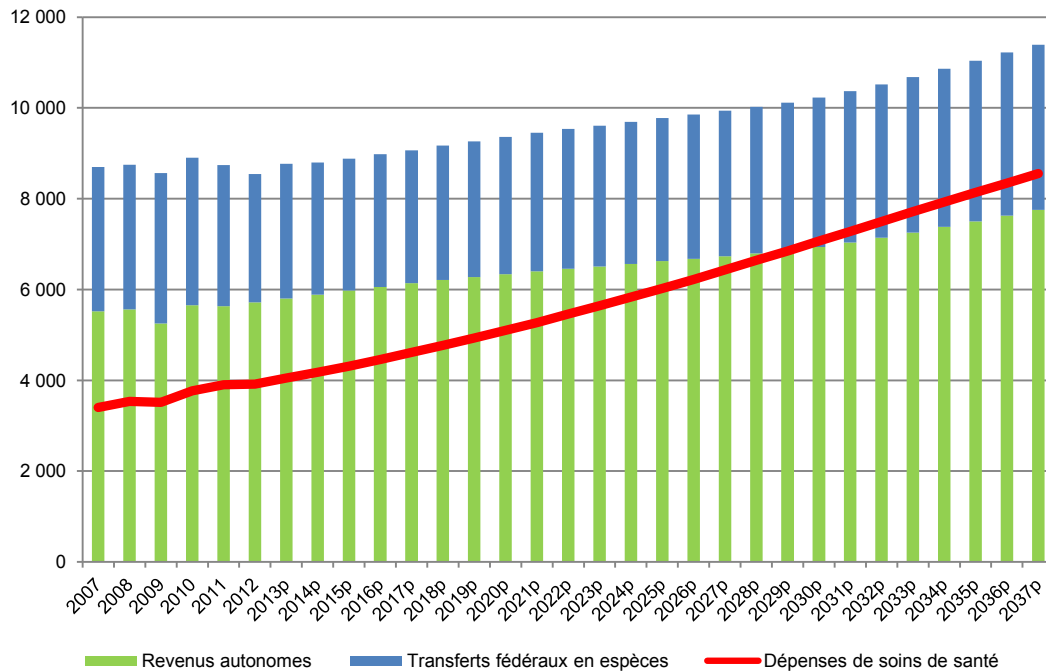


Tableau A5.3 : Sommaire des projections, scénario de base, 2012 à 2037, Nouvelle-Écosse

Années	(en millions de dollars constants de 2012)					Dépenses en soins de santé en % de		
	Dépenses provinciales en soins de santé	Revenus autonomes	Transferts fédéraux en espèces	Total - Revenus	PIB	Revenus autonomes	Total - Revenus	PIB
2012	3 918	5 717	2 827	8 545	35 602	68,5 %	45,9 %	11,0 %
2013	4 050	5 801	2 967	8 768	36 122	69,8 %	46,2 %	11,2 %
2014	4 178	5 888	2 912	8 799	36 662	71,0 %	47,5 %	11,4 %
2015	4 309	5 975	2 905	8 879	37 204	72,1 %	48,5 %	11,6 %
2016	4 456	6 057	2 921	8 978	37 716	73,6 %	49,6 %	11,8 %
2017	4 610	6 139	2 924	9 063	38 228	75,1 %	50,9 %	12,1 %
2018	4 768	6 211	2 959	9 169	38 675	76,8 %	52,0 %	12,3 %
2019	4 930	6 275	2 990	9 264	39 074	78,6 %	53,2 %	12,6 %
2020	5 098	6 339	3 020	9 359	39 475	80,4 %	54,5 %	12,9 %
2021	5 270	6 401	3 049	9 450	39 860	82,3 %	55,8 %	13,2 %
2022	5 458	6 459	3 076	9 535	40 220	84,5 %	57,2 %	13,6 %
2023	5 644	6 508	3 100	9 608	40 524	86,7 %	58,7 %	13,9 %
2024	5 830	6 565	3 126	9 691	40 880	88,8 %	60,2 %	14,3 %
2025	6 025	6 623	3 152	9 776	41 244	91,0 %	61,6 %	14,6 %
2026	6 222	6 675	3 177	9 852	41 565	93,2 %	63,2 %	15,0 %
2027	6 432	6 733	3 203	9 936	41 925	95,5 %	64,7 %	15,3 %
2028	6 645	6 794	3 231	10 026	42 308	97,8 %	66,3 %	15,7 %
2029	6 850	6 857	3 260	10 117	42 702	99,9 %	67,7 %	16,0 %
2030	7 067	6 936	3 294	10 230	43 191	101,9 %	69,1 %	16,4 %
2031	7 281	7 033	3 335	10 369	43 797	103,5 %	70,2 %	16,6 %
2032	7 500	7 139	3 380	10 519	44 452	105,1 %	71,3 %	16,9 %
2033	7 717	7 252	3 429	10 681	45 157	106,4 %	72,3 %	17,1 %
2034	7 926	7 379	3 484	10 863	45 949	107,4 %	73,0 %	17,3 %
2035	8 139	7 501	3 538	11 040	46 711	108,5 %	73,7 %	17,4 %
2036	8 342	7 626	3 594	11 220	47 487	109,4 %	74,4 %	17,6 %
2037	8 553	7 754	3 636	11 390	48 284	110,3 %	75,1 %	17,7 %
Taux de croissance	3,2 %	1,2 %	1,0 %	1,2 %	1,2 %			

Nouveau-Brunswick

Figure A5.4 : Dépenses totales projetées des soins de santé par rapport à l'ensemble des revenus disponibles, 2007 à 2037 (en millions de dollars constants de 2012)—Nouveau-Brunswick

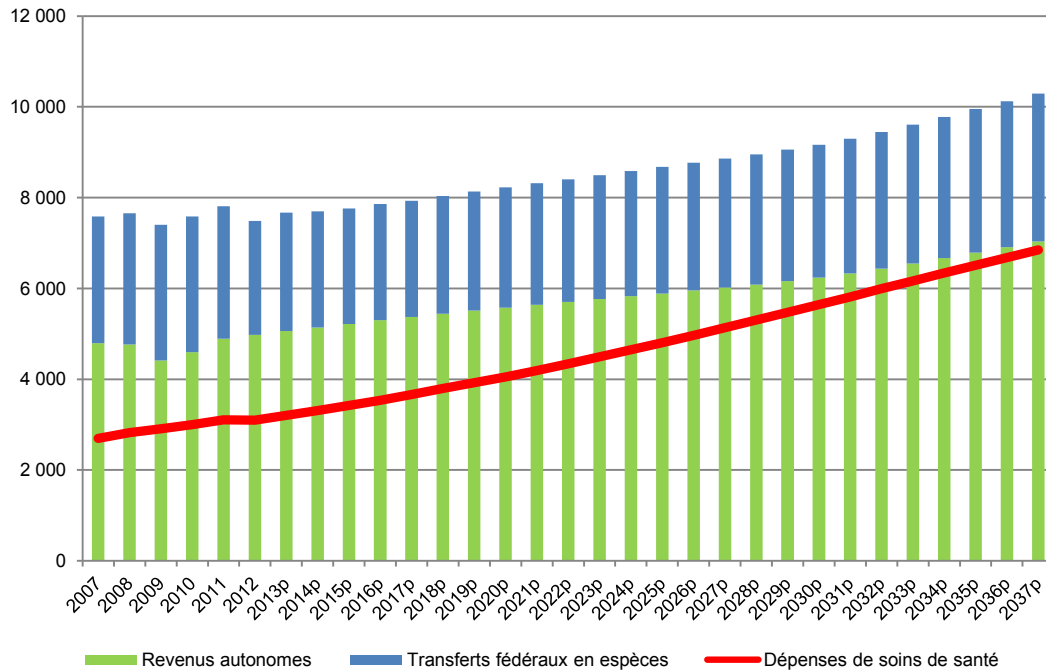


Tableau A5.4 : Sommaire des projections, scénario de base, 2012 à 2037, Nouveau-Brunswick

Années	(en millions de dollars constants de 2012)					Dépenses en soins de santé en % de		
	Dépenses provinciales en soins de santé	Revenus autonomes	Transferts fédéraux en espèces	Total - Revenus	PIB	Revenus autonomes	Total - Revenus	PIB
2012	3 095	4 976	2 509	7 485	29 042	62,2 %	41,3 %	10,7 %
2013	3 203	5 058	2 612	7 670	29 521	63,3 %	41,8 %	10,9 %
2014	3 313	5 142	2 554	7 696	30 008	64,4 %	43,0 %	11,0 %
2015	3 419	5 219	2 544	7 763	30 457	65,5 %	44,1 %	11,2 %
2016	3 537	5 299	2 558	7 857	30 926	66,7 %	45,0 %	11,4 %
2017	3 659	5 372	2 559	7 931	31 349	68,1 %	46,1 %	11,7 %
2018	3 792	5 444	2 592	8 036	31 770	69,7 %	47,2 %	11,9 %
2019	3 920	5 513	2 623	8 136	32 175	71,1 %	48,2 %	12,2 %
2020	4 049	5 576	2 651	8 227	32 542	72,6 %	49,2 %	12,4 %
2021	4 194	5 638	2 679	8 317	32 905	74,4 %	50,4 %	12,7 %
2022	4 342	5 700	2 705	8 405	33 263	76,2 %	51,7 %	13,1 %
2023	4 497	5 763	2 732	8 495	33 631	78,0 %	52,9 %	13,4 %
2024	4 647	5 829	2 760	8 589	34 017	79,7 %	54,1 %	13,7 %
2025	4 805	5 889	2 786	8 674	34 367	81,6 %	55,4 %	14,0 %
2026	4 966	5 953	2 813	8 766	34 743	83,4 %	56,6 %	14,3 %
2027	5 134	6 019	2 840	8 860	35 128	85,3 %	58,0 %	14,6 %
2028	5 305	6 086	2 868	8 954	35 517	87,2 %	59,2 %	14,9 %
2029	5 474	6 161	2 899	9 061	35 958	88,8 %	60,4 %	15,2 %
2030	5 646	6 235	2 930	9 165	36 387	90,6 %	61,6 %	15,5 %
2031	5 815	6 328	2 969	9 297	36 931	91,9 %	62,6 %	15,7 %
2032	5 995	6 433	3 012	9 445	37 544	93,2 %	63,5 %	16,0 %
2033	6 165	6 548	3 059	9 607	38 211	94,2 %	64,2 %	16,1 %
2034	6 339	6 665	3 109	9 774	38 900	95,1 %	64,9 %	16,3 %
2035	6 512	6 790	3 162	9 952	39 628	95,9 %	65,4 %	16,4 %
2036	6 676	6 911	3 214	10 125	40 332	96,6 %	65,9 %	16,6 %
2037	6 847	7 035	3 255	10 289	41 055	97,3 %	66,5 %	16,7 %
Taux de croissance	3,2 %	1,4 %	1,0 %	1,3 %	1,4 %			

Québec

Figure A5.5 : Dépenses totales projetées des soins de santé par rapport à l'ensemble des revenus disponibles, 2007 à 2037 (en millions de dollars constants de 2012)—Québec

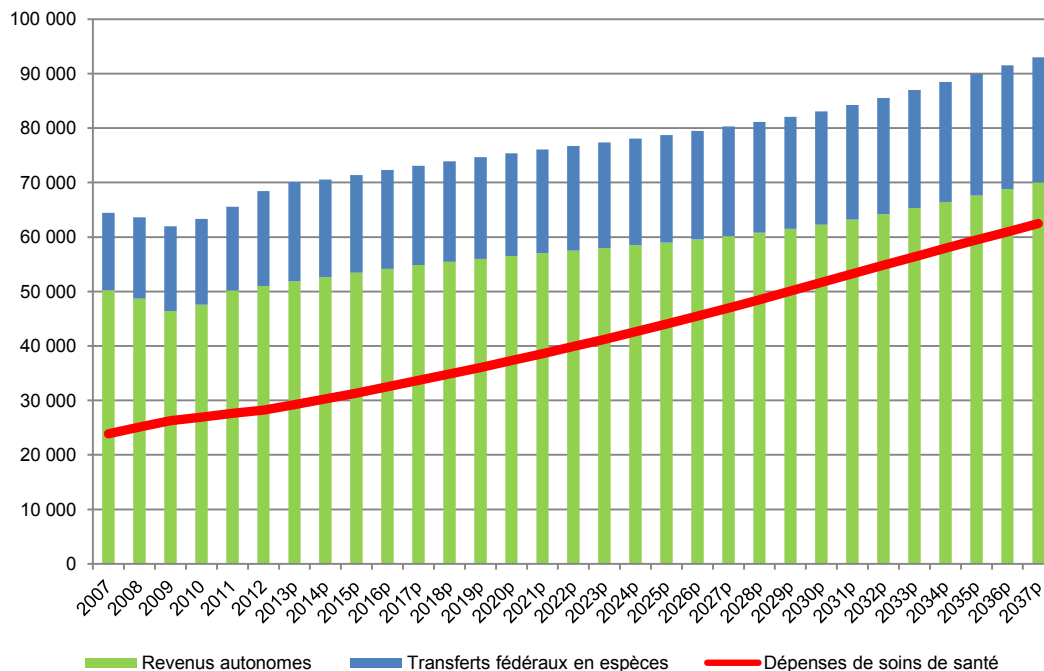


Tableau A5.5 : Sommaire des projections, scénario de base, 2012 à 2037, Québec

Années	(en millions de dollars constants de 2012)					Dépenses en soins de santé en % de		
	Dépenses provinciales en soins de santé	Revenus autonomes	Transferts fédéraux en espèces	Total - Revenus	PIB	Revenus autonomes	Total - Revenus	PIB
2012	28 250	51 002	17 431	68 433	336 650	55,4 %	41,3 %	8,4 %
2013	29 247	51 844	18 209	70 053	342 205	56,4 %	41,8 %	8,5 %
2014	30 282	52 643	17 903	70 546	347 481	57,5 %	42,9 %	8,7 %
2015	31 362	53 425	17 938	71 363	352 640	58,7 %	43,9 %	8,9 %
2016	32 487	54 155	18 143	72 297	357 457	60,0 %	44,9 %	9,1 %
2017	33 661	54 851	18 227	73 077	362 051	61,4 %	46,1 %	9,3 %
2018	34 845	55 467	18 455	73 922	366 119	62,8 %	47,1 %	9,5 %
2019	36 063	56 008	18 663	74 671	369 688	64,4 %	48,3 %	9,8 %
2020	37 307	56 523	18 858	75 381	373 089	66,0 %	49,5 %	10,0 %
2021	38 583	57 042	19 046	76 088	376 516	67,6 %	50,7 %	10,2 %
2022	39 885	57 524	19 222	76 747	379 699	69,3 %	52,0 %	10,5 %
2023	41 208	57 997	19 393	77 390	382 817	71,1 %	53,2 %	10,8 %
2024	42 595	58 494	19 567	78 061	386 102	72,8 %	54,6 %	11,0 %
2025	44 021	58 995	19 741	78 736	389 410	74,6 %	55,9 %	11,3 %
2026	45 486	59 536	19 922	79 458	392 980	76,4 %	57,2 %	11,6 %
2027	46 976	60 168	20 120	80 288	397 147	78,1 %	58,5 %	11,8 %
2028	48 510	60 814	20 322	81 136	401 415	79,8 %	59,8 %	12,1 %
2029	50 069	61 527	20 539	82 066	406 118	81,4 %	61,0 %	12,3 %
2030	51 665	62 288	20 769	83 058	411 145	82,9 %	62,2 %	12,6 %
2031	53 252	63 199	21 035	84 233	417 154	84,3 %	63,2 %	12,8 %
2032	54 831	64 223	21 333	85 556	423 913	85,4 %	64,1 %	12,9 %
2033	56 390	65 321	21 659	86 979	431 159	86,3 %	64,8 %	13,1 %
2034	57 950	66 455	22 004	88 458	438 645	87,2 %	65,5 %	13,2 %
2035	59 478	67 611	22 361	89 972	446 276	88,0 %	66,1 %	13,3 %
2036	60 953	68 802	22 729	91 531	454 139	88,6 %	66,6 %	13,4 %
2037	62 471	70 028	22 972	93 000	462 232	89,2 %	67,2 %	13,5 %
Taux de croissance	3,2 %	1,3 %	1,1 %	1,2 %	1,3 %			

Ontario

Figure A5.6 : Dépenses totales projetées des soins de santé par rapport à l'ensemble des revenus disponibles, 2007 à 2037 (en millions de dollars constants de 2012)—Ontario

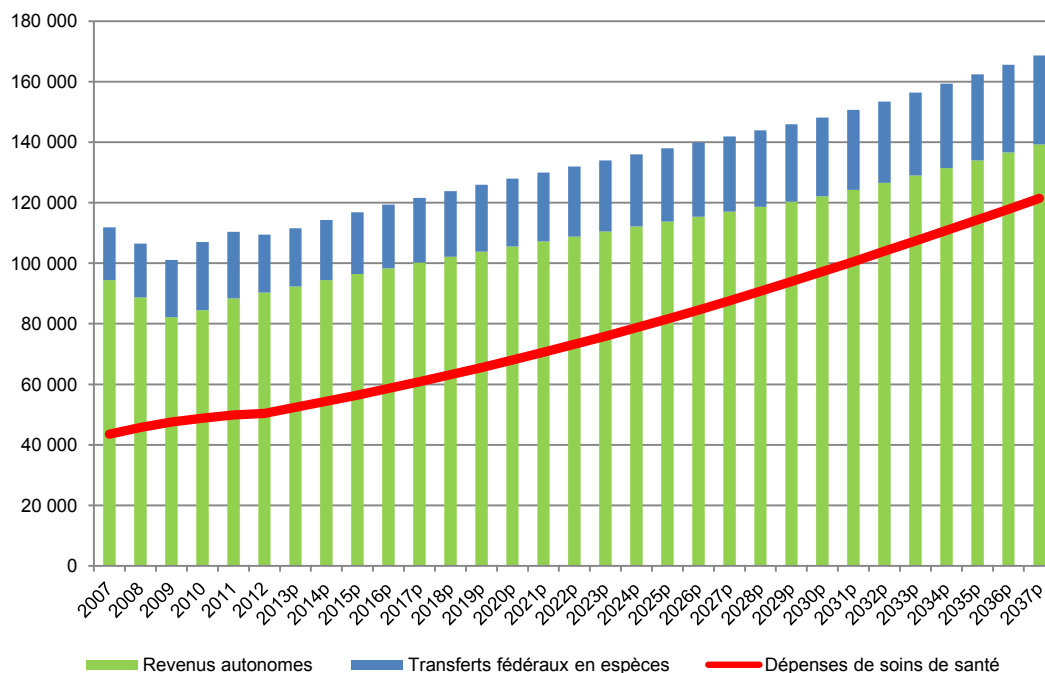


Tableau A5.6 : Sommaire des projections, scénario de base, 2012 à 2037, Ontario

Années	(en millions de dollars constants de 2012)				Dépenses en soins de santé en % de			
	Dépenses provinciales en soins de santé	Revenus autonomes	Transferts fédéraux en espèces	Total - Revenus	PIB	Revenus autonomes	Total - Revenus	PIB
2012	50 413	90 346	19 085	109 430	668 631	55,8 %	46,1 %	7,5 %
2013	52 358	92 351	19 234	111 584	683 469	56,7 %	46,9 %	7,7 %
2014	54 364	94 376	19 900	114 275	698 454	57,6 %	47,6 %	7,8 %
2015	56 441	96 402	20 459	116 862	713 455	58,5 %	48,3 %	7,9 %
2016	58 605	98 380	20 969	119 349	728 092	59,6 %	49,1 %	8,0 %
2017	60 861	100 284	21 288	121 572	742 181	60,7 %	50,1 %	8,2 %
2018	63 182	102 093	21 688	123 782	755 572	61,9 %	51,0 %	8,4 %
2019	65 551	103 818	22 072	125 891	768 339	63,1 %	52,1 %	8,5 %
2020	67 997	105 509	22 443	127 952	780 852	64,4 %	53,1 %	8,7 %
2021	70 524	107 179	22 801	129 980	793 211	65,8 %	54,3 %	8,9 %
2022	73 172	108 818	23 151	131 968	805 339	67,2 %	55,4 %	9,1 %
2023	75 888	110 457	23 497	133 954	817 471	68,7 %	56,7 %	9,3 %
2024	78 674	112 137	23 845	135 982	829 901	70,2 %	57,9 %	9,5 %
2025	81 540	113 765	24 190	137 955	841 954	71,7 %	59,1 %	9,7 %
2026	84 494	115 385	24 536	139 921	853 943	73,2 %	60,4 %	9,9 %
2027	87 568	117 025	24 887	141 912	866 079	74,8 %	61,7 %	10,1 %
2028	90 747	118 634	25 240	143 874	877 985	76,5 %	63,1 %	10,3 %
2029	93 959	120 300	25 603	145 903	890 316	78,1 %	64,4 %	10,6 %
2030	97 232	122 165	25 992	148 157	904 121	79,6 %	65,6 %	10,8 %
2031	100 537	124 272	26 414	150 686	919 709	80,9 %	66,7 %	10,9 %
2032	103 959	126 578	26 876	153 454	936 782	82,1 %	67,7 %	11,1 %
2033	107 404	128 988	27 373	156 361	954 611	83,3 %	68,7 %	11,3 %
2034	110 864	131 470	27 901	159 371	972 985	84,3 %	69,6 %	11,4 %
2035	114 361	134 005	28 449	162 454	991 746	85,3 %	70,4 %	11,5 %
2036	117 847	136 611	29 013	165 624	1 011 032	86,3 %	71,2 %	11,7 %
2037	121 441	139 279	29 341	168 620	1 030 776	87,2 %	72,0 %	11,8 %
Taux de croissance	3,6 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %			

Manitoba

Figure A5.7 : Dépenses totales projetées des soins de santé par rapport à l'ensemble des revenus disponibles, 2007 à 2037 (en millions de dollars constants de 2012)—Manitoba

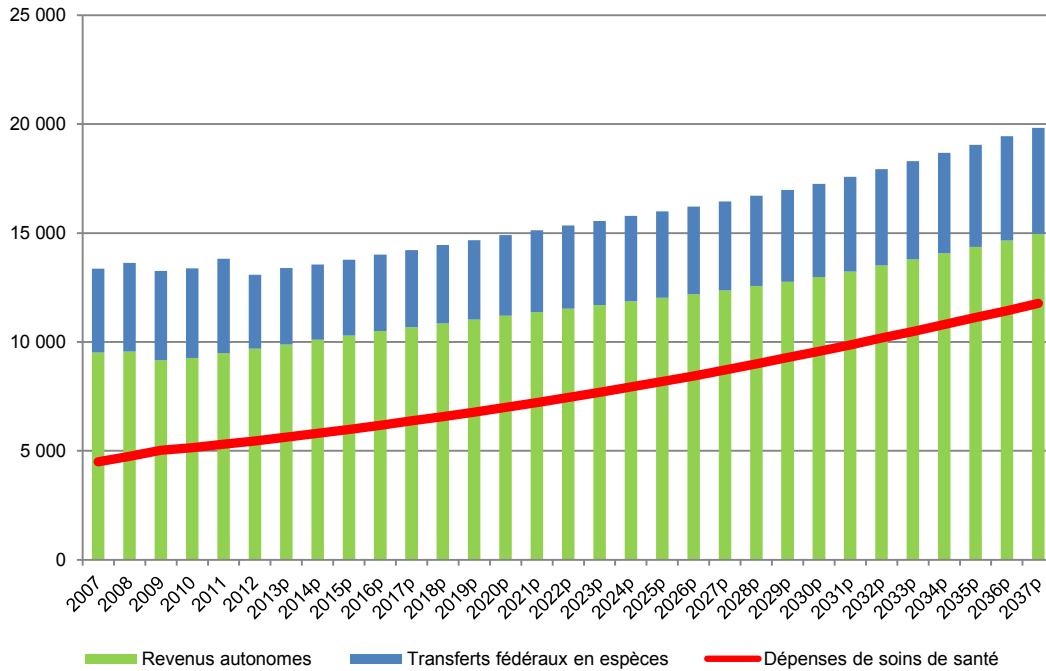


Tableau A5.7 : Sommaire des projections, scénario de base, 2012 à 2037, Manitoba

Années	(en millions de dollars constants de 2012)					Dépenses en soins de santé en % de		
	Dépenses provinciales en soins de santé	Revenus autonomes	Transferts fédéraux en espèces	Total - Revenus	PIB	Revenus autonomes	Total - Revenus	PIB
2012	5 458	9 690	3 390	13 080	54 020	56,3 %	41,7 %	10,1 %
2013	5 631	9 887	3 500	13 387	55 018	57,0 %	42,1 %	10,2 %
2014	5 807	10 098	3 454	13 552	56 293	57,5 %	42,8 %	10,3 %
2015	5 985	10 300	3 468	13 768	57 422	58,1 %	43,5 %	10,4 %
2016	6 175	10 494	3 510	14 004	58 503	58,8 %	44,1 %	10,6 %
2017	6 373	10 682	3 533	14 215	59 549	59,7 %	44,8 %	10,7 %
2018	6 572	10 858	3 593	14 451	60 535	60,5 %	45,5 %	10,9 %
2019	6 782	11 028	3 650	14 678	61 482	61,5 %	46,2 %	11,0 %
2020	6 993	11 198	3 706	14 903	62 427	62,5 %	46,9 %	11,2 %
2021	7 217	11 364	3 760	15 124	63 355	63,5 %	47,7 %	11,4 %
2022	7 447	11 527	3 813	15 340	64 264	64,6 %	48,5 %	11,6 %
2023	7 685	11 691	3 866	15 557	65 178	65,7 %	49,4 %	11,8 %
2024	7 932	11 860	3 919	15 780	66 121	66,9 %	50,3 %	12,0 %
2025	8 182	12 023	3 972	15 995	67 027	68,1 %	51,2 %	12,2 %
2026	8 439	12 189	4 025	16 214	67 954	69,2 %	52,0 %	12,4 %
2027	8 714	12 370	4 081	16 452	68 962	70,4 %	53,0 %	12,6 %
2028	8 999	12 564	4 141	16 706	70 045	71,6 %	53,9 %	12,8 %
2029	9 283	12 766	4 204	16 970	71 170	72,7 %	54,7 %	13,0 %
2030	9 565	12 982	4 270	17 252	72 375	73,7 %	55,4 %	13,2 %
2031	9 863	13 232	4 345	17 577	73 770	74,5 %	56,1 %	13,4 %
2032	10 181	13 503	4 426	17 929	75 279	75,4 %	56,8 %	13,5 %
2033	10 485	13 790	4 514	18 304	76 878	76,0 %	57,3 %	13,6 %
2034	10 802	14 074	4 603	18 676	78 459	76,8 %	57,8 %	13,8 %
2035	11 119	14 360	4 694	19 054	80 058	77,4 %	58,4 %	13,9 %
2036	11 438	14 659	4 788	19 447	81 721	78,0 %	58,8 %	14,0 %
2037	11 767	14 965	4 863	19 828	83 427	78,6 %	59,3 %	14,1 %
Taux de croissance	3,1 %	1,8 %	1,5 %	1,7 %	1,8 %			

Saskatchewan

Figure A5.8 : Dépenses totales projetées des soins de santé par rapport à l'ensemble des revenus disponibles, 2007 à 2037 (en millions de dollars constants de 2012)—Saskatchewan

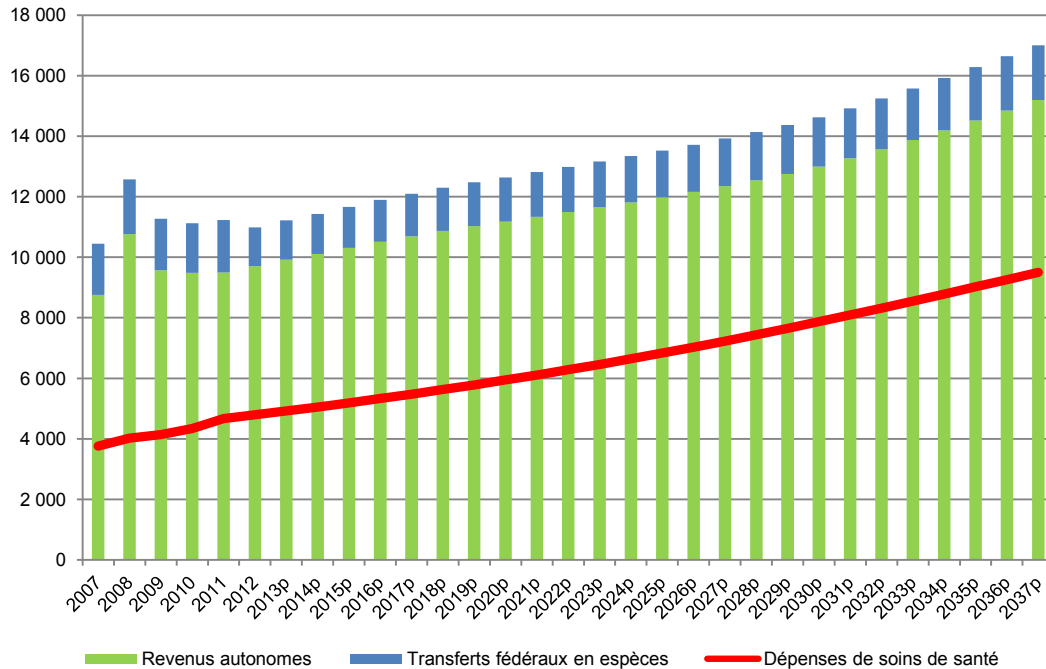


Tableau A5.8 : Sommaire des projections, scénario de base, 2012 à 2037, Saskatchewan

Années	(en millions de dollars constants de 2012)					Dépenses en soins de santé en % de		
	Dépenses provinciales en soins de santé	Revenus autonomes	Transferts fédéraux en espèces	Total - Revenus	PIB	Revenus autonomes	Total - Revenus	PIB
2012	4 792	9 705	1 282	10 987	50 015	49,4 %	43,6 %	9,6 %
2013	4 917	9 914	1 306	11 220	51 091	49,6 %	43,8 %	9,6 %
2014	5 053	10 109	1 326	11 435	52 096	50,0 %	44,2 %	9,7 %
2015	5 190	10 313	1 354	11 667	53 147	50,3 %	44,5 %	9,8 %
2016	5 330	10 508	1 387	11 895	54 149	50,7 %	44,8 %	9,8 %
2017	5 475	10 694	1 405	12 099	55 109	51,2 %	45,3 %	9,9 %
2018	5 631	10 870	1 425	12 295	56 015	51,8 %	45,8 %	10,1 %
2019	5 782	11 029	1 444	12 473	56 836	52,4 %	46,4 %	10,2 %
2020	5 947	11 178	1 461	12 639	57 604	53,2 %	47,1 %	10,3 %
2021	6 108	11 338	1 478	12 816	58 429	53,9 %	47,7 %	10,5 %
2022	6 282	11 493	1 494	12 987	59 228	54,7 %	48,4 %	10,6 %
2023	6 459	11 656	1 510	13 165	60 066	55,4 %	49,1 %	10,8 %
2024	6 645	11 815	1 526	13 340	60 886	56,2 %	49,8 %	10,9 %
2025	6 833	11 984	1 542	13 525	61 756	57,0 %	50,5 %	11,1 %
2026	7 029	12 157	1 558	13 715	62 648	57,8 %	51,3 %	11,2 %
2027	7 229	12 346	1 575	13 922	63 626	58,6 %	51,9 %	11,4 %
2028	7 439	12 545	1 593	14 138	64 650	59,3 %	52,6 %	11,5 %
2029	7 653	12 755	1 611	14 367	65 733	60,0 %	53,3 %	11,6 %
2030	7 871	12 996	1 632	14 628	66 976	60,6 %	53,8 %	11,8 %
2031	8 090	13 270	1 654	14 924	68 385	61,0 %	54,2 %	11,8 %
2032	8 313	13 564	1 679	15 243	69 901	61,3 %	54,5 %	11,9 %
2033	8 550	13 871	1 706	15 577	71 483	61,6 %	54,9 %	12,0 %
2034	8 786	14 191	1 736	15 927	73 133	61,9 %	55,2 %	12,0 %
2035	9 025	14 514	1 766	16 280	74 794	62,2 %	55,4 %	12,1 %
2036	9 261	14 848	1 798	16 646	76 515	62,4 %	55,6 %	12,1 %
2037	9 505	15 191	1 814	17 005	78 286	62,6 %	55,9 %	12,1 %
Taux de croissance	2,8 %	1,8 %	1,4 %	1,8 %	1,8 %			

Alberta

Figure A5.9 : Dépenses totales projetées des soins de santé par rapport à l'ensemble des revenus disponibles, 2007 à 2037 (en millions de dollars constants de 2012)—Alberta

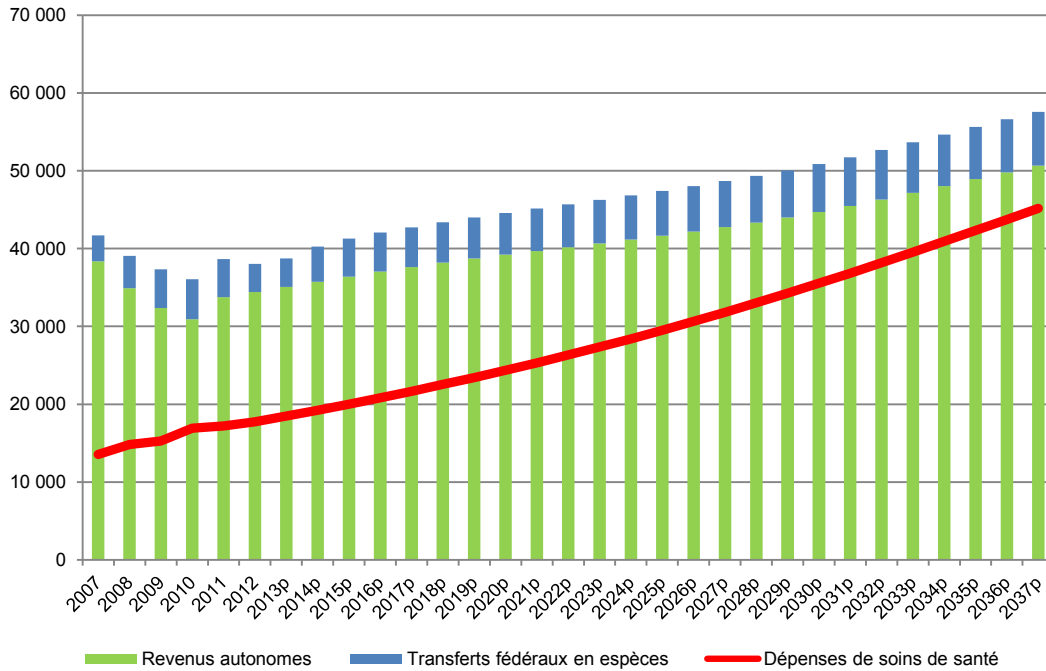


Tableau A5.9 : Sommaire des projections, scénario de base, 2012 à 2037, Alberta

Années	(en millions de dollars constants de 2012)					Dépenses en soins de santé en % de		
	Dépenses provinciales en soins de santé	Revenus autonomes	Transferts fédéraux en espèces	Total - Revenus	PIB	Revenus autonomes	Total - Revenus	PIB
2012	17 747	34 408	3 628	38 036	264 042	51,6 %	46,7 %	6,7 %
2013	18 477	35 077	3 643	38 720	269 176	52,7 %	47,7 %	6,9 %
2014	19 222	35 746	4 495	40 241	274 310	53,8 %	47,8 %	7,0 %
2015	20 003	36 401	4 873	41 274	279 337	55,0 %	48,5 %	7,2 %
2016	20 815	37 038	5 015	42 053	284 227	56,2 %	49,5 %	7,3 %
2017	21 663	37 636	5 102	42 738	288 815	57,6 %	50,7 %	7,5 %
2018	22 538	38 195	5 195	43 391	293 104	59,0 %	51,9 %	7,7 %
2019	23 433	38 714	5 284	43 997	297 082	60,5 %	53,3 %	7,9 %
2020	24 363	39 211	5 368	44 579	300 903	62,1 %	54,7 %	8,1 %
2021	25 319	39 694	5 448	45 141	304 604	63,8 %	56,1 %	8,3 %
2022	26 318	40 174	5 525	45 699	308 290	65,5 %	57,6 %	8,5 %
2023	27 355	40 662	5 602	46 263	312 033	67,3 %	59,1 %	8,8 %
2024	28 407	41 168	5 678	46 846	315 916	69,0 %	60,6 %	9,0 %
2025	29 511	41 672	5 753	47 426	319 787	70,8 %	62,2 %	9,2 %
2026	30 634	42 192	5 830	48 022	323 777	72,6 %	63,8 %	9,5 %
2027	31 811	42 763	5 909	48 672	328 157	74,4 %	65,4 %	9,7 %
2028	33 027	43 349	5 990	49 339	332 656	76,2 %	66,9 %	9,9 %
2029	34 273	43 982	6 073	50 055	337 511	77,9 %	68,5 %	10,2 %
2030	35 536	44 692	6 163	50 855	342 962	79,5 %	69,9 %	10,4 %
2031	36 831	45 480	6 259	51 738	349 005	81,0 %	71,2 %	10,6 %
2032	38 169	46 313	6 362	52 676	355 402	82,4 %	72,5 %	10,7 %
2033	39 544	47 167	6 475	53 641	361 949	83,8 %	73,7 %	10,9 %
2034	40 925	48 040	6 595	54 635	368 650	85,2 %	74,9 %	11,1 %
2035	42 322	48 912	6 720	55 632	375 344	86,5 %	76,1 %	11,3 %
2036	43 711	49 783	6 848	56 631	382 028	87,8 %	77,2 %	11,4 %
2037	45 153	50 675	6 908	57 583	388 873	89,1 %	78,4 %	11,6 %
Taux de croissance	3,8 %	1,6 %	2,6 %	1,7 %	1,6 %			

Colombie-Britannique

Figure A5.10 : Dépenses totales projetées des soins de santé par rapport à l'ensemble des revenus disponibles, 2007 à 2037 (en millions de dollars constants de 2012)—Colombie-Britannique

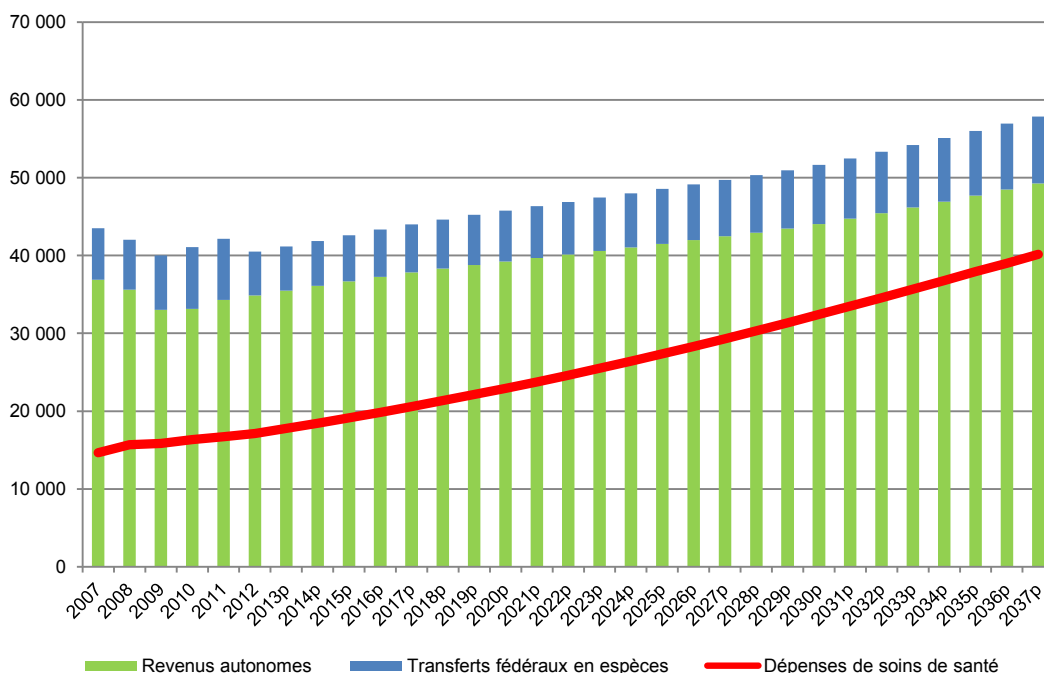


Tableau A5.10 : Sommaire des projections, scénario de base, 2012 à 2037, Colombie-Britannique

Années	(en millions de dollars constants de 2012)					Dépenses en soins de santé en % de		
	Dépenses provinciales en soins de santé	Revenus autonomes	Transferts fédéraux en espèces	Total - Revenus	PIB	Revenus autonomes	Total - Revenus	PIB
2012	17 143	34 879	5 636	40 515	208 503	49,1 %	42,3 %	8,2 %
2013	17 783	35 497	5 654	41 151	212 197	50,1 %	43,2 %	8,4 %
2014	18 440	36 106	5 754	41 860	215 835	51,1 %	44,1 %	8,5 %
2015	19 124	36 689	5 902	42 591	219 323	52,1 %	44,9 %	8,7 %
2016	19 834	37 264	6 080	43 344	222 761	53,2 %	45,8 %	8,9 %
2017	20 576	37 811	6 193	44 004	226 028	54,4 %	46,8 %	9,1 %
2018	21 342	38 314	6 312	44 626	229 035	55,7 %	47,8 %	9,3 %
2019	22 122	38 789	6 427	45 216	231 872	57,0 %	48,9 %	9,5 %
2020	22 923	39 245	6 537	45 782	234 601	58,4 %	50,1 %	9,8 %
2021	23 752	39 697	6 644	43 341	237 303	59,8 %	51,3 %	10,0 %
2022	24 617	40 143	6 748	46 891	239 970	61,3 %	52,5 %	10,3 %
2023	25 506	40 587	6 850	47 437	242 623	62,8 %	53,8 %	10,5 %
2024	26 418	41 051	6 953	48 004	245 399	64,4 %	55,0 %	10,8 %
2025	27 351	41 505	7 056	48 561	248 109	65,9 %	56,3 %	11,0 %
2026	28 311	41 971	7 160	49 131	250 897	67,5 %	57,6 %	11,3 %
2027	29 302	42 461	7 267	49 728	253 827	69,0 %	58,9 %	11,5 %
2028	30 320	42 943	7 374	50 317	256 707	70,6 %	60,3 %	11,8 %
2029	31 360	43 451	7 485	50 937	259 746	72,2 %	61,6 %	12,1 %
2030	32 414	44 055	7 604	51 658	263 352	73,6 %	62,7 %	12,3 %
2031	33 475	44 728	7 730	52 458	267 375	74,8 %	63,8 %	12,5 %
2032	34 569	45 453	7 868	53 321	271 712	76,1 %	64,8 %	12,7 %
2033	35 679	46 195	8 015	54 210	276 148	77,2 %	65,8 %	12,9 %
2034	36 794	46 935	8 172	55 107	280 572	78,4 %	66,8 %	13,1 %
2035	37 916	47 689	8 335	56 023	285 075	79,5 %	67,7 %	13,3 %
2036	39 020	48 463	8 503	56 966	289 706	80,5 %	68,5 %	13,5 %
2037	40 154	49 256	8 586	57 841	294 443	81,5 %	69,4 %	13,6 %
Taux de croissance	3,5 %	1,4 %	1,7 %	1,4 %	1,4 %			

Yukon

Figure A5.11 : Dépenses totales projetées des soins de santé par rapport à l'ensemble des revenus disponibles, 2007 à 2037 (en millions de dollars constants de 2012)—Yukon

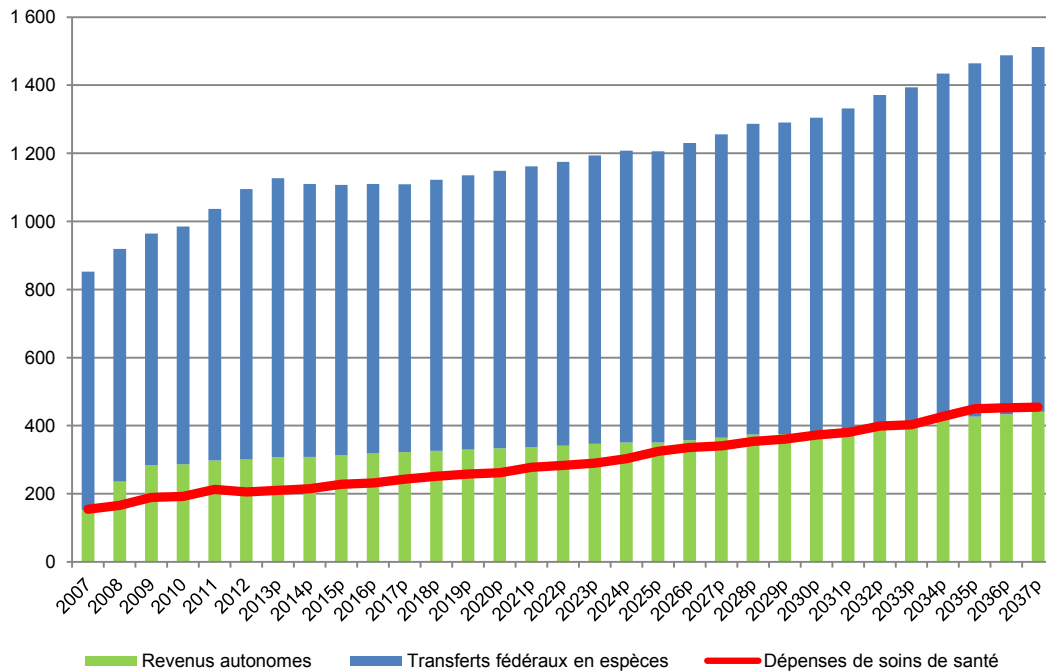


Tableau A5.11 : Sommaire des projections, scénario de base, 2012 à 2037, Yukon

Années	(en millions de dollars constants de 2012)					Dépenses en soins de santé en % de		
	Dépenses territoriales en soins de santé	Revenus autonomes	Transferts fédéraux en espèces	Total - Revenus	PIB	Revenus autonomes	Total - Revenus	PIB
2012	206	301	794	1 095	2 246	68,3 %	18,8 %	9,2 %
2013	210	307	820	1 127	2 292	68,3 %	18,6 %	9,2 %
2014	215	308	801	1 110	2 299	69,7 %	19,4 %	9,3 %
2015	228	313	793	1 107	2 336	72,7 %	20,6 %	9,7 %
2016	232	318	792	1 110	2 374	72,7 %	20,9 %	9,8 %
2017	243	322	787	1 109	2 402	75,4 %	21,9 %	10,1 %
2018	252	326	796	1 122	2 430	77,2 %	22,4 %	10,4 %
2019	258	330	805	1 135	2 459	78,2 %	22,7 %	10,5 %
2020	262	334	815	1 148	2 487	78,5 %	22,8 %	10,5 %
2021	277	337	824	1 162	2 516	82,2 %	23,9 %	11,0 %
2022	283	341	834	1 175	2 546	82,9 %	24,1 %	11,1 %
2023	290	347	847	1 194	2 587	83,7 %	24,3 %	11,2 %
2024	303	351	857	1 208	2 617	86,2 %	25,1 %	11,6 %
2025	325	350	855	1 205	2 611	92,8 %	27,0 %	12,4 %
2026	336	358	873	1 230	2 666	94,0 %	27,3 %	12,6 %
2027	340	365	891	1 256	2 721	93,2 %	27,1 %	12,5 %
2028	354	374	913	1 287	2 791	94,5 %	27,5 %	12,7 %
2029	361	375	915	1 290	2 798	96,2 %	28,0 %	12,9 %
2030	373	380	925	1 305	2 830	98,3 %	28,6 %	13,2 %
2031	380	387	944	1 332	2 889	98,1 %	28,5 %	13,2 %
2032	399	399	972	1 371	2 976	100,0 %	29,1 %	13,4 %
2033	402	406	988	1 394	3 025	99,2 %	28,9 %	13,3 %
2034	427	418	1 017	1 435	3 115	102,3 %	29,8 %	13,7 %
2035	450	426	1 038	1 464	3 180	105,5 %	30,7 %	14,2 %
2036	452	433	1 055	1 488	3 231	104,3 %	30,4 %	14,0 %
2037	454	441	1 072	1 513	3 286	103,1 %	30,0 %	13,8 %
Taux de croissance	3,2 %	1,5 %	1,2 %	1,3 %	1,5 %			

Territoires du Nord-Ouest

Figure A5.12 : Dépenses totales projetées des soins de santé par rapport à l'ensemble des revenus disponibles, 2007 à 2037 (en millions de dollars constants de 2012)—Territoires du Nord-Ouest

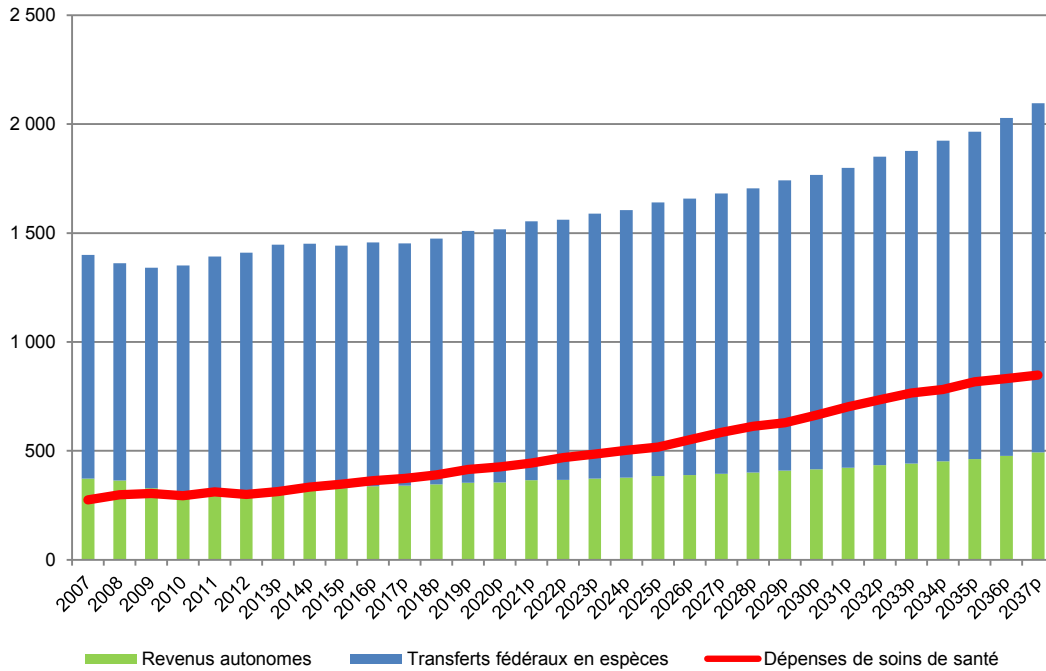


Tableau A5.12 : Sommaire des projections, scénario de base, 2012 à 2037, Territoires du Nord-Ouest

Années	(en millions de dollars constants de 2012)					Dépenses en soins de santé en % de		
	Dépenses territoriales en soins de santé	Revenus autonomes	Transferts fédéraux en espèces	Total - Revenus	PIB	Revenus autonomes	Total - Revenus	PIB
2012	300	313	1 097	1 410	3 858	95,9 %	21,3 %	7,8 %
2013	314	317	1 129	1 447	3 915	98,8 %	21,7 %	8,0 %
2014	335	326	1 124	1 450	4 027	102,5 %	23,1 %	8,3 %
2015	347	329	1 114	1 442	4 057	105,5 %	24,0 %	8,6 %
2016	363	338	1 118	1 457	4 174	107,3 %	24,9 %	8,7 %
2017	374	341	1 112	1 453	4 205	109,7 %	25,8 %	8,9 %
2018	390	346	1 128	1 474	4 267	112,9 %	26,5 %	9,2 %
2019	414	355	1 156	1 510	4 374	116,8 %	27,4 %	9,5 %
2020	427	356	1 161	1 517	4 391	120,0 %	28,2 %	9,7 %
2021	444	365	1 189	1 554	4 502	121,5 %	28,5 %	9,9 %
2022	469	366	1 194	1 561	4 520	128,0 %	30,1 %	10,4 %
2023	485	373	1 215	1 588	4 601	129,9 %	30,5 %	10,5 %
2024	503	377	1 229	1 606	4 651	133,3 %	31,3 %	10,8 %
2025	517	385	1 255	1 640	4 752	134,2 %	31,5 %	10,9 %
2026	551	389	1 268	1 658	4 804	141,6 %	33,3 %	11,5 %
2027	586	395	1 286	1 681	4 873	148,3 %	34,8 %	12,0 %
2028	613	401	1 305	1 706	4 943	152,9 %	35,9 %	12,4 %
2029	629	409	1 333	1 742	5 051	153,7 %	36,1 %	12,5 %
2030	664	415	1 352	1 767	5 124	159,9 %	37,6 %	13,0 %
2031	703	423	1 376	1 799	5 216	166,2 %	39,1 %	13,5 %
2032	734	435	1 415	1 850	5 368	168,8 %	39,7 %	13,7 %
2033	766	441	1 436	1 877	5 445	173,6 %	40,8 %	14,1 %
2034	782	453	1 472	1 924	5 583	172,8 %	40,7 %	14,0 %
2035	817	462	1 503	1 965	5 704	176,7 %	41,6 %	14,3 %
2036	832	477	1 551	2 028	5 889	174,4 %	41,0 %	14,1 %
2037	849	493	1 602	2 095	6 088	172,0 %	40,5 %	13,9 %
Taux de croissance	4,2 %	1,8 %	1,5 %	1,6 %	1,8 %			

Nunavut

Figure A5.13 : Dépenses totales projetées des soins de santé par rapport à l'ensemble des revenus disponibles, 2007 à 2037 (en millions de dollars constants de 2012)—Nunavut

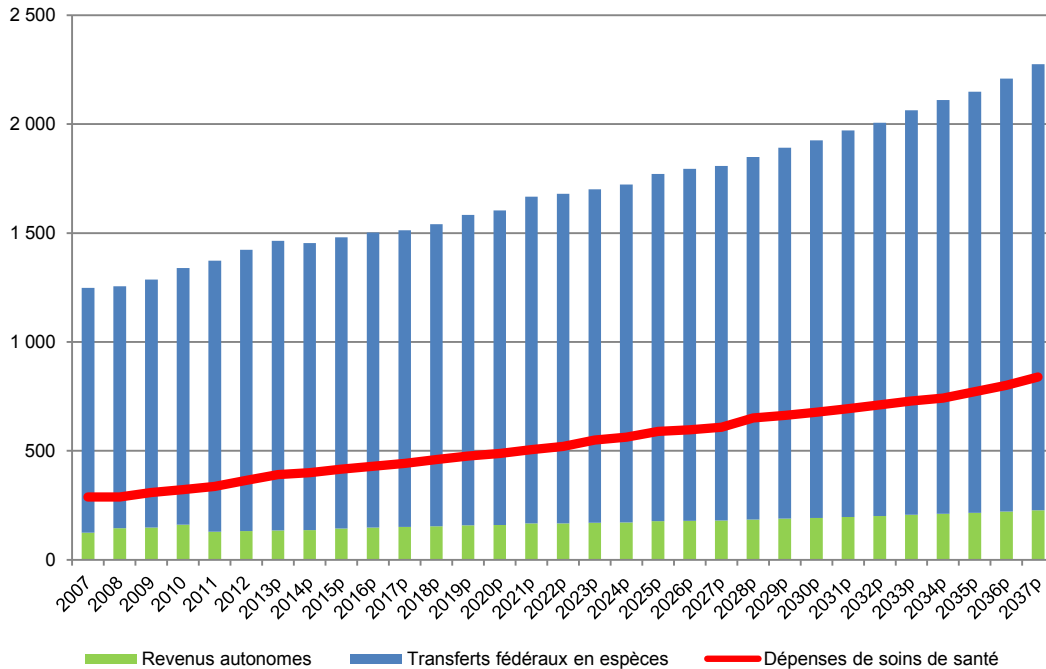


Tableau A5.13 : Sommaire des projections, scénario de base, 2012 à 2037, Nunavut

Années	(en millions de dollars constants de 2012)					Dépenses en soins de santé en % de		
	Dépenses territoriales en soins de santé	Revenus autonomes	Transferts fédéraux en espèces	Total - Revenus	PIB	Revenus autonomes	Total - Revenus	PIB
2012	365	132	1 291	1 423	1 533	277,7 %	25,7 %	23,8 %
2013	392	135	1 329	1 464	1 578	289,2 %	26,8 %	24,8 %
2014	401	137	1 316	1 453	1 598	292,2 %	27,6 %	25,1 %
2015	416	143	1 336	1 480	1 672	289,9 %	28,1 %	24,9 %
2016	429	148	1 354	1 502	1 720	290,8 %	28,6 %	25,0 %
2017	442	151	1 361	1 513	1 761	292,6 %	29,2 %	25,1 %
2018	460	154	1 386	1 540	1 793	299,1 %	29,9 %	25,7 %
2019	476	158	1 426	1 584	1 844	300,8 %	30,1 %	25,8 %
2020	489	160	1 444	1 604	1 868	304,8 %	30,5 %	26,2 %
2021	506	167	1 500	1 667	1 942	303,7 %	30,4 %	26,1 %
2022	520	168	1 512	1 679	1 956	309,9 %	31,0 %	26,6 %
2023	550	170	1 531	1 701	1 982	323,4 %	32,3 %	27,8 %
2024	563	172	1 550	1 723	2 007	326,7 %	32,7 %	28,0 %
2025	590	177	1 594	1 771	2 064	333,2 %	33,3 %	28,6 %
2026	597	179	1 614	1 794	2 091	332,6 %	33,3 %	28,5 %
2027	609	181	1 627	1 807	2 106	336,6 %	33,7 %	28,9 %
2028	651	185	1 664	1 849	2 156	351,9 %	35,2 %	30,2 %
2029	663	189	1 702	1 892	2 206	350,2 %	35,1 %	30,1 %
2030	677	193	1 733	1 926	2 246	351,4 %	35,2 %	30,2 %
2031	693	197	1 773	1 970	2 298	351,4 %	35,2 %	30,2 %
2032	711	201	1 805	2 006	2 340	354,1 %	35,4 %	30,4 %
2033	729	207	1 856	2 063	2 407	352,9 %	35,3 %	30,3 %
2034	743	211	1 899	2 111	2 463	351,5 %	35,2 %	30,2 %
2035	771	215	1 933	2 148	2 507	358,5 %	35,9 %	30,8 %
2036	801	221	1 988	2 209	2 579	361,9 %	36,3 %	31,1 %
2037	839	228	2 047	2 275	2 656	368,1 %	36,9 %	31,6 %
Taux de croissance	3,4 %	2,2 %	1,9 %	1,9 %	2,2 %			

Annexe 6—Description du système de soins de santé des États-Unis

Le présent chapitre décrit brièvement le système de soins de santé des États-Unis en identifiant certaines différences et subtilités entre le système de soins de santé des États-Unis et celui du Canada. Il ne se veut ni exhaustif ni global. Le chapitre 2 renferme des renseignements supplémentaires concernant le système de soins de santé du Canada.

Introduction

Le Canada et les États-Unis avaient tous les deux des systèmes de soins de santé semblables avant que le Canada ne restructure le sien au cours des années 1960 et 1970. Ils offrent maintenant un ensemble différent de mécanismes de financement; la principale différence se situe au chapitre du mode d'application de l'assurance-maladie.

Nous décrivons le système de soins de santé des États-Unis en examinant : (1) la participation des administrations publiques; (2) la portée de la garantie des soins de santé; (3) le mode de prestation des soins; et (4) leur mode de financement.

Participation des administrations publiques

Les administrations publiques du Canada et des États-Unis participent de près aux soins de santé. La principale caractéristique qui les différencie a trait à l'assurance-maladie.

Au Canada, la prestation de soins de santé est réputée relever de la compétence des provinces et, en effet, les provinces et les territoires administrent directement la majeure partie du système de soins de santé avec le soutien financier du gouvernement fédéral. Aux États-Unis, les programmes publics couvrent directement 31 % de la population⁹⁰, y compris les aînés, les personnes handicapées, les enfants, les anciens combattants et une certaine partie des moins bien nantis. Les programmes de santé parrainés par l'administration nationale comprennent :

- Le Federal Employees Health Benefits Program—gère un réseau de concours qui offre des soins aux fonctionnaires et rentiers civils.
- Indian Health Service—fournit des soins aux Américains autochtones faisant partie de tribus reconnues.
- Medicaid/State Health Insurance Assistance Program (SHIP)—destiné de façon générale aux personnes à faible revenu dans certaines catégories, notamment les enfants, les femmes enceintes et les personnes handicapées (programme administré par les États).

⁹⁰ U.S. Census Bureau, 2010.

- Medicare—s'adresse généralement aux citoyens et aux résidents à long terme de 65 ans et plus et aux personnes handicapées.
- Military Health System⁹¹—offre des soins aux membres actifs et retraités de l'Armée américaine et à leurs personnes à charge.
- State Children's Health Insurance Program (CHIP)—offre une assurance-maladie pour les enfants de familles à faible revenu qui ne sont pas admissibles à Medicaid (programme administré par les États).
- Veterans Health Administration—offre des soins aux anciens combattants, aux membres de leurs familles et à leurs survivants, dans des centres médicaux et des cliniques.

Les États-Unis étaient l'un des deux pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) n'offrant pas de régime d'assurance-maladie universel, après que le Mexique eut mis sur pied un programme universel de soins de santé en 2008; l'autre pays est la Turquie⁹².

Le 23 mars 2010, la Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) a été promulguée; cette loi prévoit d'importants changements au chapitre de l'assurance-maladie qui seront appliqués progressivement jusqu'en 2018 et qui instaureront effectivement le concept de régime d'assurance-maladie universel aux États-Unis. Le 28 juin 2012, la Cour suprême des États-Unis a confirmé la constitutionnalité de la majeure partie de la PPACA⁹³. En bref, cette loi renferme, entre autres, les dispositions suivantes :

- rendre admissibles à Medicaid les personnes dont le revenu peut atteindre 133 % du plafond fédéral de la pauvreté (FPF)⁹⁴;
- subventionner les primes d'assurance des personnes dont le revenu peut atteindre 400 % du PFP afin de limiter leurs primes directes maximales pour qu'elles représentent entre 2 % et 9,8 % du revenu familial;
- fournir des incitatifs aux employeurs pour qu'ils offrent des régimes collectifs d'assurance-maladie;
- interdire le refus d'assurance et le refus de demandes de règlement sur la base de maladies préexistantes;
- mettre sur pied des bourses de l'assurance-maladie;
- interdire aux sociétés d'assurance de plafonner les dépenses annuelles;
- appuyer la recherche médicale.

⁹¹ Y compris TRICARE, qui offre prestations pour services de santé civils au personnel militaire, aux retraités et à leurs personnes à charge.

⁹² Une première étape vers un régime de soins de santé universel a été franchie par l'adoption de la *Massachusetts 2006 Health Reform Statute*, qui (1) oblige tous les résidents à acheter de l'assurance-maladie (à moins qu'ils n'en aient pas les moyens), (2) subventionne les régimes d'assurance de sorte que presque tous puissent se payer de l'assurance-maladie; (3) prévoit un « fonds de protection de la santé » qui paiera les traitements nécessaires des personnes qui ne peuvent trouver de l'assurance-maladie abordable ou qui n'y sont pas admissibles. En juillet 2009, le Connecticut a mis sur pied un régime appelé SustiNet, dans le but d'atteindre un taux de protection en assurance-maladie de 98 % pour ses contribuables d'ici 2014.

⁹³ *National Federation of Independent Business v. Sebelius*.

⁹⁴ En 2016, le PFP devrait se fixer à environ 11 800 \$ pour une personne vivant seule et à environ 24 000 \$ pour une famille de quatre personnes (U.S. Congressional Budget Office, 2009).

En mai 2011, le Vermont est devenu le premier État à conférer à l'assurance-maladie le statut de « droit de la personne » et à rendre l'État responsable d'un régime d'assurance-maladie qui satisfait le mieux les intérêts de ses résidents.

Portée de la protection

Dans les faits, le régime d'assurance-maladie au Canada est un assemblage de programmes d'assurance-santé distincts dont la portée au titre de la protection est très semblable. Ils couvrent les soins d'un médecin, la chirurgie et l'hospitalisation.

De façon générale, les programmes d'assurance-maladie publics aux États-Unis portent sur les soins de santé pour patients hospitalisés admissibles. Dans certains cas, les soins externes et les services médicaux sont également pris en charge, de même que les médicaments sur ordonnance. Les soins dentaires pour les enfants peuvent aussi faire partie des soins couverts. L'*Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* (EMTALA) garantit l'accès du public aux services d'urgence : le traitement d'urgence ne peut être refusé pour défaut de preuve d'assurance ou d'autres éléments probants concernant la capacité de payer⁹⁵.

Système de prestation de soins de santé

Le mode de prestation des soins de santé n'est pas sensiblement différent au Canada et aux États-Unis, sauf pour ce qui est de la liberté de choix et de l'exploitation publique ou privée des établissements.

Aux États-Unis, les soins de santé sont offerts par de nombreuses entités juridiques distinctes qui appartiennent en grande partie au secteur privé, qui les exploite, quoique le gouvernement fédéral et celui des États, de même que les administrations de comtés et les municipalités possèdent également certains établissements. En outre, le département de la Défense exploite des hôpitaux de campagne et des hôpitaux permanents (le système de santé militaire) pour offrir aux militaires actifs des soins de santé financés par l'Armée. La Veterans Health Administration exploite des hôpitaux réservés aux anciens combattants. Enfin, l'Indian Health Service exploite des établissements réservés aux Autochtones américains provenant de tribus reconnues.

Une vaste réglementation est appliquée aux soins de santé par le gouvernement fédéral et les États; elle englobe l'homologation des fournisseurs de soins de santé dans les États, de même que la vérification et l'approbation de produits pharmaceutiques et d'appareils médicaux par la Food and Drug Administration. Ces organismes de réglementation ont pour mandat de protéger les patients contre les soins de santé inefficaces. De plus, les États réglementent le marché de l'assurance-maladie privée, ce qui oblige les sociétés d'assurance de personnes à assumer certaines procédures⁹⁶.

⁹⁵ Cependant, l'EMTALA ne supprime pas le droit de l'hôpital de réclamer le paiement des soins de santé prodigués. En outre, la loi ne prévoit pas l'accès aux soins offerts hors de la salle d'urgence pour les patients qui ne peuvent les payer, pas plus qu'elle ne prévoit les soins préventifs et le suivi d'un médecin de premier recours.

⁹⁶ Cependant, les mandats confiés aux États ne s'appliquent pas de façon générale aux régimes de soins de santé autofinancés offerts par de grands employeurs, qui sont exonérés des lois d'État en vertu d'une disposition de préemption dans la *Employee Retirement Income Security Act* (ERISA).

Les particuliers qui ont accès à l'assurance-maladie privée ou publique sont généralement limités aux établissements de santé qui acceptent le type particulier d'assurance-santé pour lequel ils sont assurés. Les visites à des établissements à l'extérieur du réseau du régime ne sont habituellement pas assurées, ou le patient doit assumer un pourcentage plus élevé du coût.

De façon générale, les médecins et les hôpitaux sont payés directement par les patients ou par les régimes d'assurance pour les services qu'ils fournissent, habituellement sous forme de rémunération à l'acte⁹⁷.

Financement des soins de santé

Comme nous l'avons déjà mentionné, le financement est l'un des principaux critères de différenciation des systèmes de soins de santé du Canada et des États-Unis, plus particulièrement en ce qui concerne l'assurance-maladie. De façon générale, au Canada, les dépenses en soins de santé sont payées par les provinces et les territoires à l'aide des fonds provenant de leurs revenus généraux. Cependant, une tranche d'environ 30 % du coût des soins de santé est assumée par le secteur non public, y compris le secteur privé (sociétés d'assurance et régimes d'avantages sociaux privés) et les Canadiens qui effectuent des paiements directs. Ces sommes sont affectées en majeure partie à des services qui ne sont pas assurés ou en partie assurés par l'assurance-maladie, notamment les médicaments sur ordonnance, les soins médicaux complémentaires, les soins dentaires et les soins de la vue.

Aux États-Unis, l'assurance-maladie est maintenant principalement fournie par le secteur public; près des deux tiers des dépenses en soins de santé sont issues de programmes tels Medicare, Medicaid, TRICARE, le Children's Health Insurance Program et la Veterans Health Administration.

En 2010, environ 84 % des Américains avaient accès à l'assurance-maladie, sous une forme ou sous une autre, qu'elle soit offerte par l'employeur (55 %), en vertu d'un régime privé (10 %) ou de programmes de l'État (31 %)⁹⁸. Les travailleurs assurés en vertu d'un régime collectif de leur employeur doivent habituellement assumer une partie du coût de l'assurance, et c'est généralement l'employeur qui choisit la société d'assurance. La plupart des travailleurs assurés doivent également effectuer d'autres paiements lorsqu'ils consomment des services de soins de santé, sous forme de franchises et de coassurance. Les Américains dont l'employeur n'offre pas de régime d'assurance-maladie, de même que les travailleurs indépendants et les chômeurs, doivent acheter eux-mêmes l'assurance. L'adoption de la Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) encourage les employeurs à fournir une protection à leurs travailleurs et facilite l'accès à l'assurance pour les moins bien nantis et les personnes qui ne sont pas en santé.

Au titre des sources de financement des programmes publics de soins de santé, mentionnons les charges sociales et l'impôt sur le revenu. Les régimes privés sont financés à même les cotisations des employés et des employeurs, de même que les franchises et la coassurance. En outre, les administrations publiques contribuent indirectement au financement des régimes collectifs privés en accordant un régime fiscal avantageux. De même, le gouvernement offre aux investisseurs dans des

⁹⁷ Il existe d'autres modèles d'assurance en vertu desquels la rémunération n'est pas à l'acte. Des organisations de soins de santé intégrés et des régimes de paiement par capitation par personne sont des exemples de situations où des médecins et/ou des établissements touchent des honoraires fixes pour fournir des soins, quel qu'en soit l'intensité.

⁹⁸ U.S. Census Bureau, 2010. Il existe un certain chevauchement à l'égard de ces chiffres.

comptes d'épargne-santé un abri fiscal intégral au taux de l'impôt marginal le plus élevé. Enfin, la PPACA propose de nouvelles sources de financement, un ensemble varié de taxes, droits et mesures d'épargne, notamment de nouvelles taxes pour le programme d'assurance-maladie à l'intention des contribuables à revenu élevé, des taxes sur les salons de bronzage, des compressions visant le programme « Medicare Advantage » en faveur de l'assurance-maladie classique, et des droits sur les appareils médicaux et les sociétés pharmaceutiques. Notons également une pénalité fiscale pour les citoyens qui n'achètent pas le programme d'assurance-maladie ou ne s'y inscrivent pas (à moins qu'ils n'en soient dispensés en raison de leur faible revenu ou pour d'autres motifs).