



Financement de la santé : engloutir des milliards n'est pas la solution

Le système de santé au Canada souffre de plusieurs maux. Les listes d'attente qui ne cessent de s'allonger, les engorgements des urgences et le manque de personnel médical ne sont sûrement plus des nouvelles pour qui que ce soit. La situation n'a cessé d'empirer en parallèle avec l'importance croissante des dépenses consacrées à la santé au cours des dernières années et l'injection par les gouvernements de dizaines de milliards de dollars additionnels. Les dépenses en santé faites par les provinces ont augmenté de 30 milliards de dollars entre 1993 et 2003, et ce malgré les coupures dans les transferts fédéraux dans les années 1990.

Dans le débat actuel, la position adoptée par presque tous les partis politiques et les intervenants du milieu est que le système peut être maintenu moyennant quelques modifications d'organisation et l'injection de quelques milliards de dollars supplémentaires. Les désaccords touchent principalement le partage des pouvoirs et du financement entre les ordres de gouvernement. Et pourtant, on peut se demander si le système dans sa forme actuelle est viable financièrement.

État de la situation

Les dépenses totales en soins de santé au Canada s'élevaient à 121,43 milliards de dollars en 2003, soit 3840 \$ par personne. Elles représentent 10 % du produit intérieur brut (PIB), ce qui place le Canada au sixième rang de l'ensemble des pays de l'OCDE pour l'ampleur des dépenses. Un ajustement pour la population le classe même en tête de liste des pays avec accès universel aux soins de santé¹. Le secteur public compte pour 70 % des dépenses totales².

Les dépenses en santé au Canada n'ont cessé de gonfler au cours des dernières années. Les fonds consacrés à ce secteur par les gouvernements provinciaux ont crû de 194 % au cours des deux dernières décennies, ou de 5,9 % par an en moyenne.

En termes réels, donc en ajustant pour l'inflation, ces dépenses ont crû de 88 % soit de 3,4 % par an en moyenne, un taux de croissance plus élevé que celui du PIB canadien (3,08 %).

Les dépenses en santé accaparent une part de plus en plus importante des budgets des provinces. Les dépenses de programme (soit les dépenses budgétaires sur tous les postes excluant le service de la dette) ont en effet crû à un taux annuel moyen de 2,1 % entre 1983 et 2003, toujours en termes réels. C'est donc un écart de 1,3 % par année qui sépare les besoins grandissants en santé des ressources consacrées à tous les programmes par les gouvernements. Les dépenses de programme excluant les dépenses en santé ont crû de 1,3 % seulement, soit plus de deux fois moins que les dépenses en santé. La part des dépenses en santé dans les dépenses totales de programmes est ainsi passée de 32,1 % en 1983-84 à 41,3 % en 2002-03³.

Si l'on observe l'évolution au cours des cinq dernières années, la situation est encore plus préoccupante. La croissance des dépenses provinciales en santé en termes réels a été de 5,5 % par an en moyenne au cours de cette période alors que l'ensemble des dépenses de programmes n'a crû que de 3,1 % en moyenne.



¹ Le Canada ayant une population plus jeune que la plupart des pays européens, on s'attendrait à ce qu'il dépense moins que ces pays, ce qui n'est pas le cas. Des chercheurs de l'Institut Fraser ont examiné les dépenses en santé par rapport au PIB en ajustant pour des structures d'âge différentes, en particulier pour la part de la population de 65 ans et plus dans la population totale. Avec cet ajustement, le Canada se classe en peloton de tête des pays avec accès universel aux soins de santé, soit les pays de l'OCDE excluant le Mexique et les États-Unis. (Esmail Nadeem et Michael Walker, *How good is Canadian Health Care*, The Fraser Institute, Vancouver, 2004)

² Soixante-dix-neuf milliards de dollars (soit 65 % des dépenses totales) sont dépensés par les provinces (incluant les montants transférés par Ottawa) et six milliards de dollars sont dépensés directement par le gouvernement fédéral – par exemple, sur le personnel militaire – les commissions des accidents du travail et les municipalités. Le total des dépenses publiques s'élève donc à 85 milliards. Le secteur privé compte pour 30 % des dépenses totales, les dépenses privées incluant notamment les médicaments et les services de certains professionnels de la santé, comme les dentistes.

³ Voir l'annexe sur le site Web de l'IEDM pour les sources des données et les calculs (www.iedm.org).



La contribution financière d'Ottawa aux dépenses provinciales en santé a quant à elle augmenté de façon importante récemment, malgré des compressions entre 1993 et 1999 visant à assainir les finances publiques fédérales. En septembre 2000, le gouvernement fédéral annonçait un investissement de 23,4 milliards de dollars sur cinq ans. La dernière entente entre Ottawa et les provinces survenue en février 2003 prévoit un montant additionnel de 34,8 milliards de dollars sur cinq ans et le budget fédéral de 2004-2005 contient un ajout immédiat de 2 milliards de dollars à cette somme. Des discussions sont en cours entre les deux paliers de gouvernement et on peut s'attendre à d'autres annonces d'une augmentation de la contribution fédérale dans un avenir proche.

Augmentations futures

Les projections sur l'évolution de ces dépenses laissent entrevoir des augmentations au moins tout aussi importantes dans les années qui viennent. Les prévisions d'augmentation de coûts, de croissance économique ou de changements technologiques étant difficiles à évaluer et relativement incertaines, il peut être utile de se pencher d'abord sur la dimension la plus prévisible, à savoir les effets du vieillissement de la population. Parmi les données qui nous permettent de prédire une augmentation des coûts, celle-ci est la mieux établie. En effet, en matière de démographie, les prévisions sont relativement exactes. À moins d'une catastrophe imprévue, nous savons déjà assez bien quelles seront les proportions des divers groupes d'âge dans vingt ans, en particulier le groupe des

65 ans et plus. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population au Canada passera de 12,5 % en 2000 à 18,4 % en 2020 et 21,4 % en 2026. Or, environ 50 % des dépenses totales en santé dans la vie d'un individu se font après 65 ans.

Ainsi, si l'on tient compte exclusivement du vieillissement de la population tel que projeté par Statistique Canada, on peut prévoir que les dépenses en 2020 seront d'environ 23 % supérieures à leur niveau de 2000-2001. En d'autres mots, en appliquant à la population de 2000 la structure d'âge de la population de 2020, et en reprenant les données sur les dépenses par personne selon l'âge de 2000-2001, il ressort que les dépenses totales seraient 23 % plus élevées⁴. Ces résultats sont comparables à d'autres du Conference Board du Canada

qui montrent par exemple que le vieillissement entraînera une croissance annuelle moyenne de 1 % au cours des vingt prochaines années⁵.

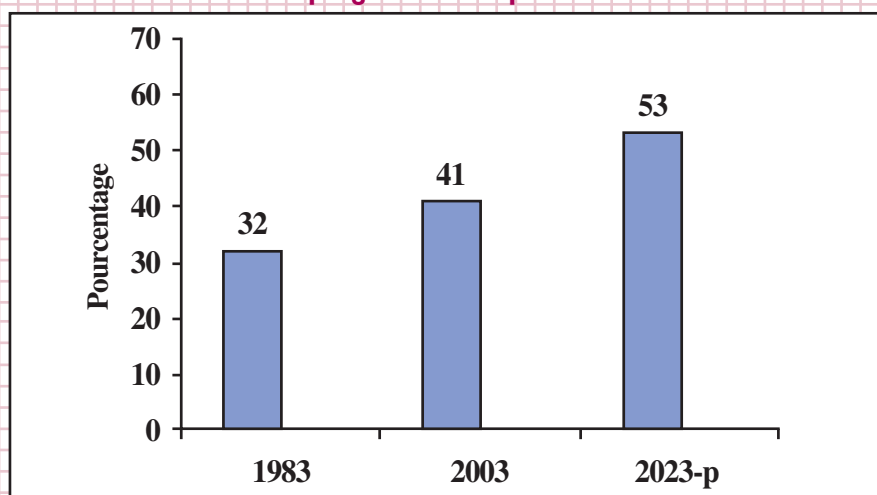
Cette augmentation des besoins en santé due au vieillissement de la population est difficilement compressible puisqu'elle provient de facteurs naturels sur lesquels nous n'avons aucun contrôle, à moins qu'on ne découvre une cure miraculeuse qui ramènerait

la santé des personnes de 85 ans à celle des jeunes de 18 ans. Notons que le phénomène de vieillissement commencera à se faire sentir en particulier à partir de 2011, année où les premiers baby boomers atteindront 65 ans. Cet effet ira en augmentant par la suite jusqu'à la fin des années 2020. En 2026 par exemple, le vieillissement à lui seul entraînera une augmentation des dépenses publiques en santé de 33 % par rapport à 2000.

C'est sans compter d'autres facteurs potentiels d'augmentation de dépenses tels le prix des médicaments, les coûts supplémentaires dus aux nouvelles technologies plus performantes mais

Figure 1

Part des dépenses en santé dans les dépenses de programme des provinces



Note : p = projections
Source : Institut canadien d'information sur la santé, ministère des Finances du Canada et calculs de l'auteur.

Si l'on tient compte exclusivement du vieillissement de la population, on peut prévoir que les dépenses en 2020 seront d'environ 23 % supérieures à leur niveau de 2000-2001.

⁴ Voir l'annexe sur le site Web de l'IEDM pour les sources des données et les calculs (www.iedm.org). 2000-2001 est la dernière année où des données détaillées sur les dépenses par groupe d'âge sont disponibles. Certains auteurs notent qu'il faut tenir compte non seulement du nombre de personnes âgées en général mais aussi du nombre de personnes âgées proches de la mort, sinon on risque de surestimer l'effet du vieillissement sur les dépenses puisqu'une grande partie des dépenses visant les personnes âgées sont effectuées dans l'année précédant la mort. Une étude pour les États-Unis suggère que la surestimation pourrait atteindre 15% si l'on fait des prévisions jusqu'en 2020. (Voir Sally Stearns and Edward C. Norton, « Time to include time to death? The future of health care expenditure predictions », *Health Economics*, 13, April 2004, p. 315-327)

⁵ Glenn Brimacombe, Pedro Antunes et Jane McIntyre, *The future cost of health care in Canada, 2000 to 2020. Balancing affordability and sustainability*, Conference Board of Canada, 2001.



plus coûteuses, des inefficacités dans la gestion du système, etc. Enfin, tout ceci ne tient pas compte d'éventuelles améliorations à la qualité des services fournis ou de réductions des listes d'attente par rapport à la situation actuelle. On pourrait dépenser des milliards de dollars supplémentaires pour répondre aux besoins nouveaux sans réussir à régler le problème des listes d'attente.

Il est difficile de faire des projections de dépenses des gouvernements pour les vingt prochaines années lorsque tant de facteurs sont incertains. Toute projection linéaire donne une information simplifiée dans la mesure où elle exclut les changements de cap qui pourraient survenir. Mais si l'on extrapole l'évolution des deux dernières décennies jusqu'en 2023, il est clair que l'importance relative des

dépenses publiques en santé ira toujours croissante. Comme on l'a vu, alors que la part de ces dépenses comptait pour 32 % des dépenses totales de programme en 1983-84 et 41 % en 2002-03, cette proportion pourrait grimper à 53 % en 2023⁶. La moitié des dépenses de programmes irait alors à la santé, laissant la portion congrue aux autres portefeuilles. Malgré une certaine exagération, le premier ministre du Québec, M. Jean Charest, avait raison de sonner l'alarme récemment en déclarant que « Au rythme où cela va, il ne va rester qu'un ministère dans quinze ans, celui de la Santé... Les autres n'existeront plus »⁷.

Une performance pas à la hauteur

Même si le Canada dépense relativement plus que plusieurs autres pays dont la population est plus vieille, comme la Suède ou le Japon, sa performance est moins impressionnante à plusieurs égards, si l'on se fie à différents indicateurs de comparaison internationale. Le Canada se place ainsi en 26e position des pays de l'OCDE pour le nombre de médecins avec

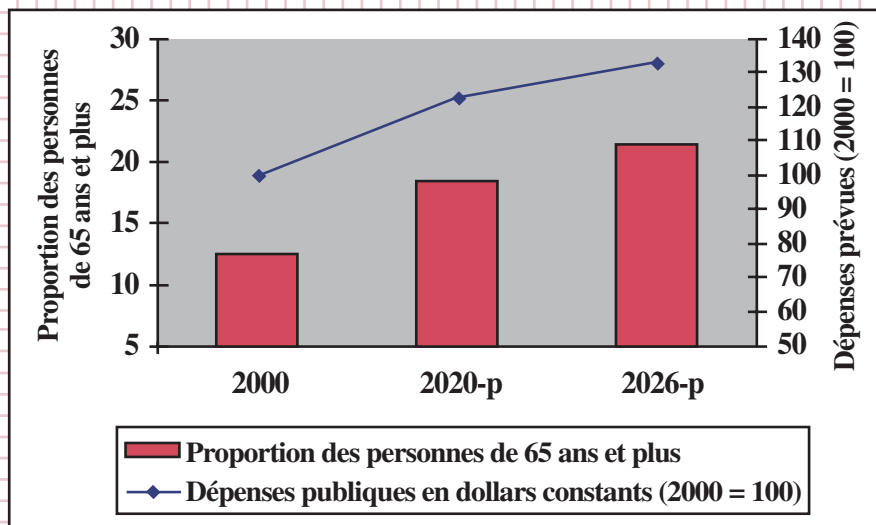
2,1 médecins par 1000 habitants, la moyenne étant de 2,9 médecins. Il se classe au 15e rang pour le nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) par million d'habitants.

Le temps d'attente pour différents services n'a cessé d'augmenter. Le temps médian entre la référence d'un médecin généraliste et la visite d'un spécialiste était en moyenne de 8,3 semaines en 2002-2003, toute spécialité confondue, contre 3,7 semaines en 1993, le temps d'attente estimé raisonnable étant de 4,8 semaines⁸. Le temps d'attente entre la visite d'un spécialiste et le début d'un traitement était de 9,5 semaines en 2002-03 contre 5,6 semaines en 1993. Le temps d'attente pour un test d'IRM était de 12,7 semaines en moyenne en

2003 contre 7,7 semaines en 1994. Des temps d'attente prolongés pour un traitement ou des tests diagnostiques ont incontestablement des effets négatifs très importants sur les patients - douleur, souffrance, complications médicales, effets psychologiques - sans compter les conséquences économiques dues à une baisse de la productivité, les absences au travail et la perte de revenu.

Figure 2

Effet du vieillissement sur les dépenses publiques prévues en santé



Note : p = projections
Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada et calculs de l'auteur.

Une étude comparant l'évolution de la situation dans cinq pays montre que celle du Canada s'est dégradée davantage que celle des autres pays étudiés⁹. Le pourcentage de personnes ayant besoin de chirurgies électives et devant attendre quatre mois ou plus est passé de 12 % en 1998 à 27 % en 2001. Quant au problème d'engorgement des urgences, autre phénomène préoccupant pour la santé des individus, il est difficile de faire

Même si le Canada dépense relativement plus que plusieurs autres pays dont la population est plus vieille, sa performance est moins impressionnante à plusieurs égards.

⁶ Les projections du Conference Board dans l'étude de Brimacombe, Antunes et McIntyre laissent entrevoir des résultats similaires.

⁷ Denis Lessard, « La santé accaparera tout dans 15 ans », *La Presse*, 6 avril 2004, p. A4.

⁸ Source : Nadeem Esmail et Michael Walker, *Waiting your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada*, Fraser Institute, 2003. Le temps d'attente estimé raisonnable est une moyenne des réponses de spécialistes sur les délais qu'ils jugent acceptables d'un point de vue clinique.

⁹ Robert Blendon et al., « Inequities in Health Care: A Five-Country Survey », *Health Affairs*, Vol. 21, No 3, May-June 2002.



Québec montrent que là également la situation s'est détériorée. Ainsi le pourcentage de personnes ayant occupé une civière à l'urgence durant 24 heures ou plus pendant le premier semestre de l'année est passé de 13 % en 1995 à 20 % en 2002, et pour le deuxième semestre de 14 à 22 %¹⁰.

Des éléments de solution

Le système de santé canadien s'est détérioré au cours des dernières années et ce malgré l'injection de milliards de dollars supplémentaires par les gouvernements. Une simple augmentation des dépenses publiques ne suffira pas à résoudre les problèmes ni à combler les besoins d'une population vieillissante. Des changements majeurs sont requis pour limiter les coûts en améliorant l'efficacité dans la fourniture de soins de santé. Cet objectif pourrait être atteint notamment en améliorant les incitations individuelles des utilisateurs et fournisseurs de soins et en permettant la concurrence. Jusqu'à maintenant la limitation des coûts s'est surtout faite par le rationnement des services et par la coercition.

Même si l'on admet que les besoins financiers du système iront en augmentant, il est illusoire de penser que l'État pourra à lui seul les combler. Une « contribution-santé » telle celle imposée par le gouvernement ontarien dans son dernier budget, ou encore la mise sur pied d'une « caisse santé » distincte du fonds consolidé de l'État et disposant d'un budget plus imposant, ne constituent en fait que des augmentations d'impôt. Or, le fardeau fiscal des Canadiens est déjà excessif et sans amélioration notable du système de santé public, les gouvernements ne pourront pas indéfiniment compter sur la volonté de payer des contribuables.

Pourquoi ne pas permettre aux patients de payer pour tous les soins, y compris ceux qui sont présentement couverts par le régime public ?

Le Canada reste l'un des rares pays au monde où il existe toujours un monopole public dans la fourniture de soins de santé jugés médicalement nécessaires. Les pays européens comme la France ou la Suède possèdent des secteurs privés parallèles et leurs systèmes de santé fonctionnent mieux que le nôtre. Pourquoi ne pas permettre aux patients de payer pour tous les soins (par l'entremise des RÉER ou d'assurances privées par exemple), y compris ceux qui sont présentement couverts par le régime public ?

Un sondage Léger Marketing commandé par l'IEDM indique que 51 % des Canadiens, et plus des deux tiers des Québécois, souhaitent que l'État permette à ceux qui veulent obtenir des soins plus rapidement dans le secteur privé de payer pour les obtenir. Les citoyens seront plus fortement incités à consacrer des ressources additionnelles si leur santé est directement concernée et s'ils ont l'impression d'avoir un meilleur contrôle sur le résultat, par opposition à engouffrer une plus grande partie de leurs impôts dans un système inefficace et incontrôlable. Cela permettrait par ailleurs de désengorger le secteur public puisque de nouvelles ressources seront disponibles.

De nombreuses avenues de réforme sont envisageables, même à l'intérieur du cadre de la loi canadienne de la santé¹¹. Il est temps de renverser les tabous qui nous empêchent d'envisager sérieusement ces alternatives.

¹⁰ Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique, *Éco-Santé Québec 2003*. Il s'agit d'un logiciel qu'on peut télécharger gratuitement sur le site <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/eco-sante2003.asp?E=p>. Il semble que les séjours de plus de 48 heures à l'urgence soient en baisse en 2004 par rapport à 2003 (voir Pascale Breton, « Les urgences soufflent un peu », *La Presse*, 14 juillet 2004). Il est cependant prématuré d'annoncer des réductions importantes vu l'absence de données détaillées suffisantes.

¹¹ Voir la Note économique *Réformes de la santé : Jusqu'où peut-on étirer l'élastique ?*, Institut économique de Montréal, avril 2003, disponible à http://www.iedm.org/etudes/etude21_fr.html.



Institut Économique
de Montréal

Institut économique de Montréal
6418, rue Saint-Hubert
Montréal (Québec)
Canada H2S 2M2
Téléphone: (514) 273-0969
Télécopieur: (514) 273-0967
Courriel: info@iedm.org
Site Web : www.iedm.org

L'Institut économique de Montréal (IEDM) est un institut de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Il œuvre à la promotion de l'approche économique dans l'étude des politiques publiques.

Fruit de l'initiative commune d'entrepreneurs, d'universitaires et d'économistes, l'IEDM n'accepte aucun financement public.

Abonnement annuel aux publications de l'Institut Économique de Montréal : 98,00 \$.

Président du conseil :
Adrien D. Pouliot
Président :
Michel Kelly-Gagnon

Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration.

La présente publication n'implique aucunement que l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit.

Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales à condition de mentionner la source.

© 2004 Institut économique de Montréal

Imprimé au Canada