

2013s-45

**Les dépenses en santé du gouvernement du Québec,
2013-2030 : projections et déterminants**

*Nicholas-James Clavet, Jean-Yves Duclos, Bernard Fortin,
Steeve Marchand, Pierre-Carl Michaud*

Série Scientifique
Scientific Series

**Montréal
Décembre 2013**

© 2013 *Nicholas-James Clavet, Jean-Yves Duclos, Bernard Fortin, Steeve Marchand, Pierre-Carl Michaud.*
Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source,
incluant la notice ©.

Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

CIRANO

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Québec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO

Partenaire majeur

Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie

Partenaires corporatifs

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque Laurentienne du Canada
Banque Nationale du Canada
Banque Scotia
Bell Canada
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du Québec
Fédération des caisses Desjardins du Québec
Financière Sun Life, Québec
Gaz Métro
Hydro-Québec
Industrie Canada
Investissements PSP
Ministère des Finances et de l'Économie
Power Corporation du Canada
Rio Tinto Alcan
State Street Global Advisors
Transat A.T.
Ville de Montréal

Partenaires universitaires

École Polytechnique de Montréal
École de technologie supérieure (ÉTS)
HEC Montréal
Institut national de la recherche scientifique (INRS)
McGill University
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.

Les cahiers de la série scientifique (CS) visent à rendre accessibles des résultats de recherche effectuée au CIRANO afin de susciter échanges et commentaires. Ces cahiers sont écrits dans le style des publications scientifiques. Les idées et les opinions émises sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas nécessairement les positions du CIRANO ou de ses partenaires.

This paper presents research carried out at CIRANO and aims at encouraging discussion and comment. The observations and viewpoints expressed are the sole responsibility of the authors. They do not necessarily represent positions of CIRANO or its partners.

ISSN 2292-0838 (en ligne)

Partenaire financier

Enseignement supérieur,
Recherche, Science
et Technologie
Québec 

Les dépenses en santé du gouvernement du Québec, 2013-2030 : projections et déterminants

Nicholas-James Clavet^{} Jean-Yves Duclos[†], Bernard Fortin[‡] Steeve Marchand[§]
Pierre-Carl Michaud^{**}*

Résumé

Les données de l'Institut canadien d'information en santé (ICIS) et le modèle de micro-simulation dynamique de SIMUL permettent à la fois de projeter les dépenses en santé du Québec jusqu'en 2030 et d'en évaluer l'importance par rapport au PIB et aux revenus de l'État. Un scénario plausible prévoit que les dépenses publiques en santé augmenteront de 31,3 G\$ à 61,1 G\$ de 2013 à 2030, passant de 8,4 % à 13,5 % du PIB et de 42,9 % à 68,9 % des revenus totaux du gouvernement du Québec. De cette croissance de 29,8 milliards des dépenses publiques en santé, environ 12,3 G\$ proviendra des effets du vieillissement de la population, 3,8 G\$ sera dû à l'accroissement de la population par l'effet de l'immigration, et 18,2 G\$ proviendra de la croissance des coûts structurels des soins de santé. Pour maintenir constante la part des dépenses en santé, il faudrait sous ce scénario augmenter de 60 % tous les impôts et toutes les taxes du gouvernement du Québec et ce, tout en supposant que l'assiette fiscale n'en soit pas affectée.

Mots clés : santé, changements démographiques, vieillissement, finances publiques

^{*} CIRPEE, Univ. Laval. (nicholas-james.clavet@ecn.ulaval.ca)

[†] CIRPEE, Univ. Laval, CIRANO (jean-yves.duclos@ecn.ulaval.ca)

[‡] CIRPEE, Univ. Laval, CIRANO (bernard.fortin@ecn.ulaval.ca)

[§] CIRPEE, Univ. Laval. (steeve.marchand@ecn.ulaval.ca)

^{**} CIRPEE, UQÀM, CIRANO. (pcmichaud@gmail.com)

1 Introduction

Le budget 2013-2014 du Gouvernement du Québec évaluait les dépenses publiques en santé¹ à 31,3 milliards de dollars, soit 42,9% des dépenses publiques totales du gouvernement du Québec.² (Le second poste de dépenses en importance, l'éducation, représentait pour sa part 16,5 milliards de dollars, soit 22,8% des dépenses totales.) Étant donné l'ampleur de ces dépenses, il est naturel de se préoccuper de leur évolution prévisible, d'autant plus qu'il est anticipé que la croissance de la population, son vieillissement et l'augmentation soutenue des coûts structurels des soins de santé exerceront une pression significative sur ces dépenses au cours des prochaines années.

Des travaux antérieurs ont déjà tenté de prédire les dépenses futures en santé du gouvernement du Québec; voir par exemple Godbout et al. (2009), Lefebvre (2010) et Dao et al. (2012). Une augmentation marquée des dépenses publiques en santé y est prévue; elles pourraient doubler d'ici 2030 en dollars constants. (Les résultats en dollars de l'ensemble de la note sont exprimés en dollars constants de 2013.)

Au-delà de ces statistiques agrégées, il apparaît utile de saisir les effets séparés des facteurs fondamentaux de croissance des dépenses publiques en santé de manière à identifier lesquels sont les plus critiques à cette croissance et lesquels pourraient, ou devraient, éventuellement être corrigés. Le modèle de micro-simulation dynamique de SIMUL (voir Clavet et al. 2011) est particulièrement bien conçu pour procéder à ces calculs. Combiné aux données de l'Institut canadien d'information en santé (ICIS 2012), ce modèle permet de différencier les effets prévisibles de la croissance naturelle de la popu-

lation, de son vieillissement, de l'immigration et de la croissance des coûts structurels des soins de santé sur les coûts totaux du système.

Les prévisions économiques du modèle de micro-simulation permettent par ailleurs de prévoir l'évolution de la part des dépenses publiques en santé dans le PIB du Québec et dans les revenus totaux du gouvernement québécois, ce qui représente une contribution importante et originale aux perspectives du Québec de demain. Ces informations sont entre autres choses utiles pour mieux saisir la capacité des finances publiques et de l'économie en général à soutenir les perspectives de croissance des dépenses publiques en santé. Elles permettent aussi de mieux comprendre l'ampleur et l'urgence des défis à relever en termes de saine gestion et de réforme éventuelle du système de soins de santé.

Le scénario le plus plausible prévoit que les dépenses publiques en santé augmenteront de 29,8 G\$ de 2013 à 2030, passant de 8,4% à 13,5% du PIB et de 42,9% à 68,9% des revenus totaux du gouvernement du Québec. De cette croissance de 29,8 milliards des dépenses publiques en santé, environ 14,4 G\$ proviendra des effets du vieillissement de la population, 3,8 G\$ sera dû à l'accroissement de la population par l'effet de l'immigration, et 18,2 G\$ proviendra de la croissance des coûts structurels des soins de santé.³ Cette croissance à long terme des dépenses pourrait ainsi dépasser celle prévue à moyen terme lors du dernier budget du gouvernement du Québec; le manque à gagner serait de 11 G\$ en 2030 selon un scénario plausible.

La section suivante procède à une brève description du modèle de micro-simulation et des hypothèses permettant de projeter les dépenses publiques en santé du Québec jusqu'en 2030. Les projections de dépenses publiques de santé, des

1. Les dépenses publiques en santé rapportées dans cette note sont les dépenses budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux. Elles incluent ainsi les dépenses en services sociaux. Elles excluent les dépenses en santé du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS), qui représentent 4,4% des dépenses totales en santé (dépenses budgétaires et FINESSS). Ces procédures n'affectent pas les conclusions principales de l'analyse.

2. Seules les dépenses budgétaires sont considérées dans les dépenses publiques totales du gouvernement du Québec.

3. Il est à noter que la somme des effets du vieillissement de la population, de l'immigration et de la croissance des coûts structurels n'est pas exactement égale à la valeur de l'augmentation totale des dépenses en santé puisqu'il existe une interaction entre les effets; la croissance des coûts structurels affecte ainsi l'importance de l'effet du vieillissement de la population et de l'effet de l'immigration sur les dépenses en santé.

effets contrefactuels et la part projetée des dépenses publiques en santé dans le PIB sont ensuite présentées. La dernière section résume et conclut.

2 Le modèle

2.1 SIMUL

La projection des dépenses publiques de santé repose sur l'évolution de la structure d'âge et de sexe de la population québécoise et sur l'évolution des dépenses publiques en santé par habitant. Les projections démographiques sont puisées du modèle dynamique de SIMUL. Elles captent ainsi les principaux phénomènes démographiques tels que les naissances, les décès, l'immigration et l'émigration. L'ensemble de ces agrégats est calibré sur les prévisions de l'ISQ (2009).

Le modèle de micro-simulation projette aussi l'évolution économique du Québec et de sa population jusqu'en 2030 — voir Clavet et al. (2011) pour le détail des calculs et des prévisions. Cela inclut la participation au marché du travail, les revenus de travail et du capital, l'épargne ainsi qu'un portrait des finances publiques du gouvernement du Québec au cours des 20 prochaines années.

Le Graphique 1 présente l'évolution de la distribution d'âge entre 2013 et 2030 telle que projetée par le modèle dynamique de SIMUL. On y voit que le nombre de personnes de plus de 65 ans sera beaucoup plus important en 2030 qu'en 2013. Cependant, la taille du reste de la distribution restera plutôt stable entre 2013 et 2030.

Les projections des dépenses publiques en santé par catégorie d'âge et par sexe utilisent aussi les dépenses en santé par habitant au Québec de 2010 publiées par l'ICIS. Le Graphique 2 présente ces dépenses par sexe et par groupe d'âge. On remarque que les dépenses publiques en santé par année par habitant sont un peu plus élevées que 5 000 \$ pour les moins d'un an. Pour les groupes d'âge suivants, les dépenses publiques sont plus faibles avant de commencer à augmenter significativement au début de la cinquantaine. Il faut attendre le groupe d'âge des 65 à 69 ans pour que

les dépenses en santé par habitant se rapprochent du 5 000 \$ initial. Il s'ensuit pour les âges supérieurs une augmentation rapide des coûts en santé par habitant. Ceux-ci atteignent les 23 000 \$ pour les hommes et les femmes de 90 ans et plus. Les dépenses publiques en santé sont plus faibles pour les hommes dans les groupes d'âge centraux (15-19 ans à 45-49 ans); les coûts en santé des femmes sont toutefois plus faibles que ceux des hommes dans les groupes d'âge aux extrémités de la distribution (moins d'un an à 10-14 ans et 50-54 ans et plus), à quelques exceptions près (80-84 ans et 85-89 ans).

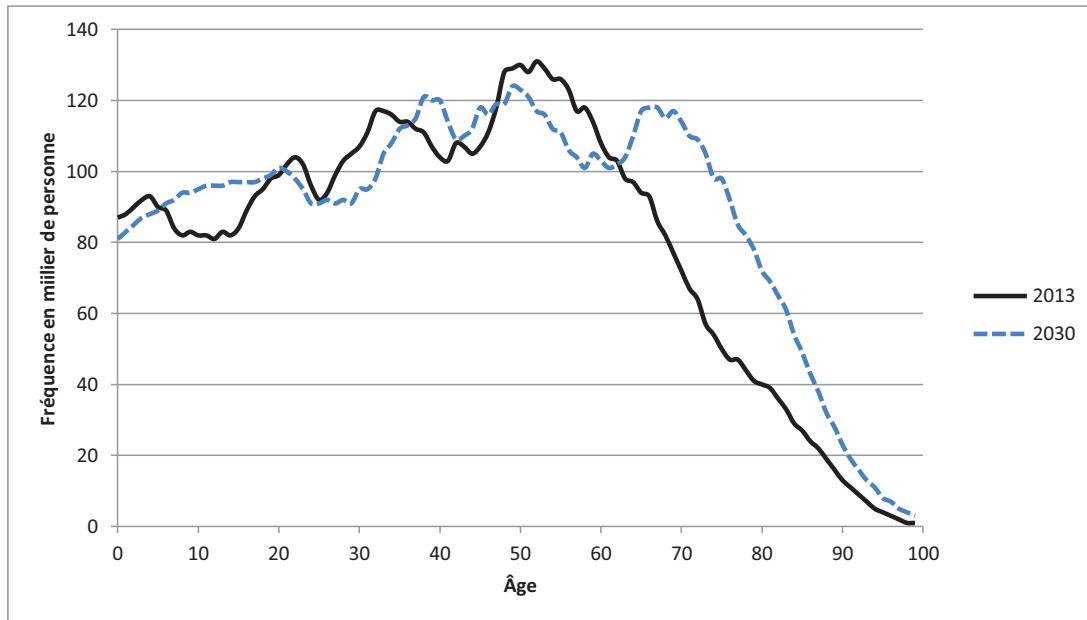
2.2 Estimation de la croissance des coûts structurels

Une croissance soutenue des coûts des soins de santé par âge et par sexe a été observée au cours des années. Nous dénotons cette croissance comme celle des "coûts structurels" de soins de santé. À défaut d'une modélisation détaillée de l'évolution de l'état de santé à travers les individus, de l'évolution de la technologie médicale et de celle de la demande et de l'offre de soins de santé, il est difficile de prédire l'évolution de ces coûts structurels à long terme. Les hypothèses qui sont faites ici sur la valeur de long terme des coûts structurels des soins de santé se basent donc sur leur évolution relativement récente. En utilisant les dépenses publiques observées en santé entre 2004⁴ et 2010 (ICIS 2012), et en contrôlant pour l'augmentation des dépenses publiques dues aux facteurs démographiques, on prévoit un taux de croissance moyen de 2,1% est estimé. Cependant, si on élimine de ce calcul l'effet de la croissance exceptionnellement élevée entre 2008 et 2009 (4,5%), un taux de croissance annuel moyen de 1,7% est obtenu.

Il n'existe pas de consensus dans la littérature sur la valeur de ce taux de croissance des coûts structurels. Dao et al. (2012) ainsi que Lefebvre (2010) ont utilisé un taux de 1,7% dans leurs prévisions.

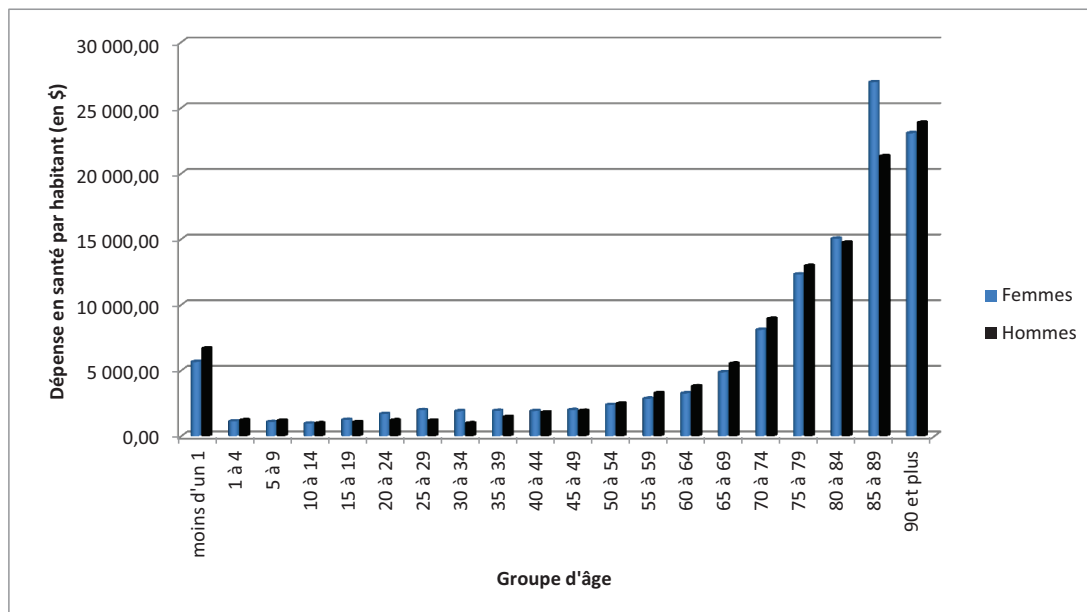
4. L'année 2004 a été choisie comme point de départ puisque c'est l'année à partir de laquelle le modèle de micro-simulation dynamique de SIMUL débute ses projections.

GRAPHIQUE 1 – Population selon la catégorie d'âge



Sources : Calculs des auteurs à l'aide du modèle de microsimulation dynamique de SIMUL

GRAPHIQUE 2 – Dépenses publiques en santé par habitant selon le groupe d'âge en 2010



Sources : ICIS (2012)

Godbout et al. (2009) ont préféré un taux de 1,5%. Dans un rapport sur les tendances des dépenses en santé de l'ICIS (2012), on retrouve des données permettant d'évaluer un taux de croissance historique des coûts structurels d'en moyenne 2,1% par année entre 1998 et 2010 au Québec (ICIS 2012). Nous qualifierons de plausible ce scénario de croissance de 2,1%. Comme des divergences de points de vue et une incertitude existent toutefois sur la valeur future des taux de croissance des coûts structurels, quatre de ces taux sont utilisés ci-dessous : 0,4%, 1,7% et 2,1%. Un taux de croissance nul est aussi employé puisqu'il permet de comparer l'effet sur les dépenses publiques en santé des facteurs démographiques à l'effet de la croissance des coûts structurels.

3 Les projections

3.1 Dépenses totales

En combinant l'évolution démographique et celle des coûts structurels, on obtient des prévisions de dépenses publiques de santé de 2013 à 2030. (2030 est l'année à laquelle se terminent les projections courantes du modèle dynamique de SIMUL.) S'établissant à 31,3 milliards de dollars, les dépenses publiques de santé du gouvernement du Québec représentent déjà en 2013 une somme considérable. Le Graphique 3 montre leur valeur prédite selon quatre taux de croissance des coûts structurels et selon le taux de croissance de 4,8% des dépenses nominale en santé prévu par le [Gouvernement du Québec \(2012\)](#)⁵.

On constate que le taux de croissance des coûts structurels a un impact important sur l'évolution prédite des dépenses publiques en santé. À un taux de croissance de 0%, on prévoit que les dépenses publiques passeront de 31,3 G\$ en 2013 à 42,9 G\$ en 2030, soit une augmentation de 11,7 G\$ (scénario

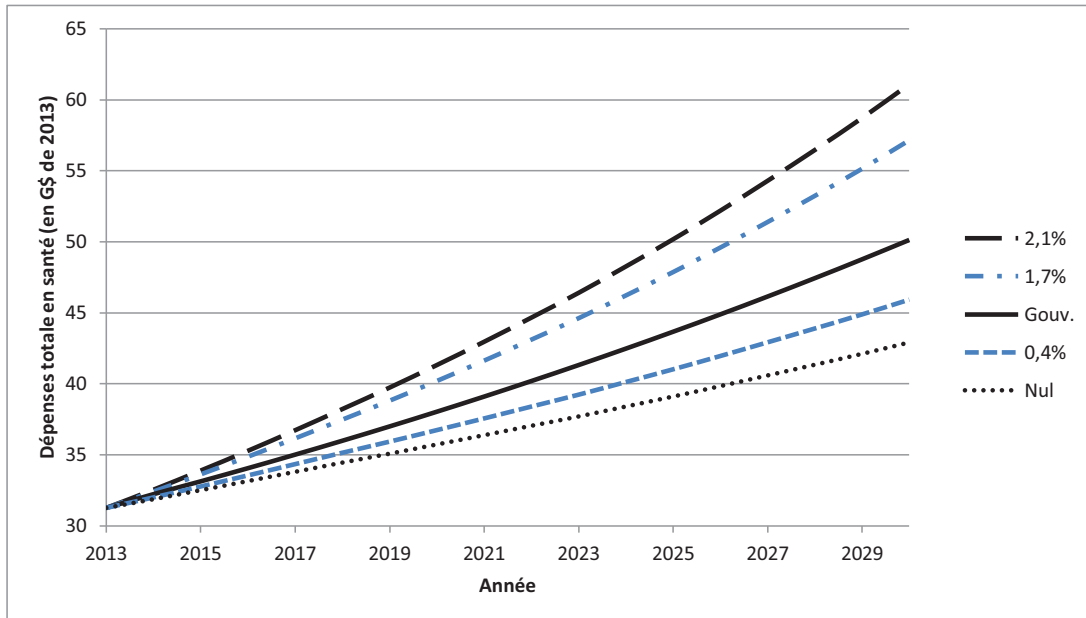
2). Avec un taux de croissance des coûts structurels de 2,1%, on retrouve plutôt des dépenses publiques de santé de 61,1 G\$ en 2030 — une différence de 18,2 G\$. Les taux de croissance de 0,4% et de 1,7% entraînent pour leur part des augmentations de 14,7 G\$ et de 25,9 G\$ entre 2013 et 2030. Sous le scénario (Gouv.) de croissance nominale de 4,8%, les dépenses en santé augmenteront de 18,9 G\$ pour atteindre 50,1 G\$ en 2030. Cette courbe de dépenses se situe dans le Graphique 3 entre le scénario du taux de croissance structurel de 0,4% et celui de 1,7%. On remarque que l'écart entre cette courbe et les courbes des taux de croissance structurels des dépenses en santé de 1,7% et de 2,1% se creuse avec les années. Cet écart atteint en 2030 une valeur de 7,1 G\$ avec un taux de 1,7% et de 11 G\$ avec un taux de 2,1%.

Il est possible d'analyser l'évolution des dépenses publiques de santé sous l'angle séparé du vieillissement, de la croissance naturelle de la population et de l'immigration. Cela est fait dans le Tableau 1, qui présente la variation des dépenses en santé entre 2013 et 2030 selon différents scénarios de structure d'âge et de croissance des coûts structurels. La ligne "Structure d'âge" indique si le facteur vieillissement de la population est pris en compte dans les calculs (c'est le cas pour les scénarios "flexibles"). La ligne "Croiss. coûts structurels" donne le taux de croissance des coûts structurels appliqué dans les calculs. La ligne "Non immigrants" fournit l'effet de la croissance démographique naturelle (et du vieillissement dans les scénarios flexibles) sur les dépenses totales. La ligne "Immigrants" donne l'effet de l'immigration nette et la ligne "Total" donne l'effet total.

Ainsi, dans le premier scénario du Tableau 1, la structure d'âge est maintenue constante entre 2013 et 2030 ; plus précisément, quoique le nombre total de Québécois varie dans ce scénario entre 2013 et 2030, le modèle est calibré de manière à ce que les proportions de personnes par groupe d'âge soient les mêmes en 2030 qu'en 2013. En supposant un taux de croissance des coûts structurels de 0%, ce premier scénario fournit alors la variation des dépenses publiques en santé qui surviendrait si la taille de la population évoluait telle que proje-

5. Un taux d'inflation de 2% est utilisé pour ramener ce taux nominal à un taux réel de 2,8%. De plus, les dépenses publiques en santé par habitant de 2010 ont été majorées de 12% en 2013 pour obtenir la valeur des dépenses en santé prévue par le [Gouvernement du Québec \(2012\)](#) pour l'exercice 2013-2014.

GRAPHIQUE 3 – Projection des dépenses publiques de santé entre 2013 et 2030 selon différents taux de croissance des coûts structurels



Sources : Calculs des auteurs à l'aide de SIMUL, des données de l'ICIS (2012) et du [Gouvernement du Québec \(2012\)](#)

tée, mais que cette population ne « vieillissait » pas. Dans ce contexte, la variation entre 2013 et 2030 des dépenses publiques de santé est évaluée à 3,4 G\$.

Le Tableau 1 désagrége aussi la croissance totale en un effet dû à la croissance naturelle de la population et à un effet dû à l'immigration. L'effet de la croissance naturelle est obtenu en retirant du modèle les immigrants arrivant au-delà de l'année 2013 ainsi que leurs enfants nés au Québec suite à leur arrivée. L'effet de l'immigration est donné par la différence entre la variation des dépenses publiques de santé avec la présence des immigrants et de leurs enfants depuis 2013 et la variation en leur absence. Le Tableau 1 indique que, dans le scénario 1, l'augmentation des dépenses publiques en santé provient essentiellement de l'immigration et que la croissance naturelle a même un effet négatif sur celles-ci. D'une part, l'immigration a pour effet d'augmenter les dépenses publiques en santé tout simplement parce qu'elle entraîne une augmentation de la population; d'autre part, en l'ab-

sence d'immigration, un déclin de la population totale entre 2013 et 2030 serait observé, ce qui entraînerait une diminution des dépenses en santé, toujours en supposant l'absence de vieillissement de la population.

Le scénario 2 maintient l'hypothèse du taux de croissance des coûts structurels des soins de santé à 0%, mais permet à la structure d'âge de la population d'évoluer — ce pourquoi il est dit « flexible ». La variation des dépenses publiques de santé est beaucoup plus importante dans ce contexte : elle se situe à près de 12 G\$, dont 9 G\$ surviendrait même en absence d'immigration. En sa présence, celle-ci entraînerait une augmentation supplémentaires des dépenses publiques de santé de 2,7 G\$.

Tel qu'observé dans le Graphique 1, l'évolution des dépenses publiques de santé réagit fortement au taux de croissance structurelle des soins de santé. On obtient une augmentation de 14,7 G\$ des dépenses publiques de santé entre 2013 et 2030 lorsque le taux est de 0,4% (scénario 3). La variation des dépenses publiques de santé est de

TABLEAU 1 – Variation des dépenses publiques de santé entre 2013 et 2030 selon différents scénarios (en G\$)

	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3	Scénario 4	Scénario 5
Structure d'âge	Fixe	Flexible	Flexible	Flexible	Flexible
Croiss. coûts structurels	0,0%	0,0%	0,4%	1,7%	2,1%
Non immigrants	-0,605	8,954	11,778	22,298	25,994
Immigrants	3,607	2,700	2,890	3,597	3,845
Total	3,002	11,654	14,668	25,895	29,839

Sources : Calculs des auteurs

11,8 G\$ sans immigration selon ce scénario. L'immigration amènerait donc des dépenses supplémentaires de 2,9 G\$. Le passage à un taux de croissance structurelle de 1,7% fait augmenter les dépenses de 14,7 G\$ (scénario 3) à 25,9 G\$ (scénario 4). Dans ce dernier scénario, 22,3 G\$ proviendraient de la population présente au Québec en 2013 et 3,6 G\$ proviendraient des nouveaux immigrants et de leurs enfants.

Le scénario 5 avec un taux de croissance structurelle des dépenses en santé de 2,1% mène à une augmentation des dépenses publiques de santé de 29,8 G\$. 3,8 G\$ sont attribuables à l'immigration nouvelle et 26 G\$ à l'évolution de la population déjà présente en 2013.

Le Tableau 2 présente l'effet du vieillissement de la population sur les dépenses publiques de santé selon la croissance des coûts structurels. On obtient cet effet par la différence entre les dépenses publiques de santé dans le contexte où la structure d'âge est flexible et dans celui où la structure d'âge est fixe. Dans les deux contextes, le taux de croissance structurelle des soins de santé est maintenu le même. Concrètement, l'effet du vieillissement de la population avec un taux de croissance structurelle de 0% est égal à la différence de variation des dépenses en santé entre le scénario 1 et 2 du Tableau 1. Cet effet est évalué à 8,7 G\$.

La première ligne du Tableau 2 représente l'effet du vieillissement de la population en l'absence d'immigration entre 2013 et 2030. La deuxième ligne correspond à l'impact de l'immigration sur l'effet du vieillissement. On voit que l'immigration entraîne

une diminution des dépenses publiques de santé de 0,9 G\$ à taux de croissance structurelle des dépenses de 0%. Il faut rappeler que ce résultat est obtenu en comparant une situation où la structure d'âge des nouveaux immigrants et de leurs enfants est identique à celle de la population de 2013 à une situation où la structure d'âge de ces immigrants leur est propre. Cet effet négatif est cohérent avec l'idée généralement reçue que l'immigration atténue l'effet du vieillissement en tirant vers le bas la moyenne d'âge de la population. Les autres colonnes du Tableau 2 montrent que l'ampleur des effets de vieillissement augmente avec le taux de croissance structurelle, atteignant 12,3 G\$ pour le taux de 2,1%.

3.2 Dépenses en pourcentage du PIB

L'évolution des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB permet d'évaluer dans quelle mesure les dépenses de santé varieront en proportion de la richesse de la société québécoise. Les dépenses publiques en santé en pourcentage du PIB du Québec de 2013 à 2030 sont obtenues en calculant le pourcentage des dépenses de santé rapportées dans le Tableau 1 par rapport aux projections du PIB provenant du modèle dynamique de SIMUL. Ces projections prévoient une augmentation réelle moyenne de 1,2% par année du PIB réel entre 2013 et 2030 — voir Clavet et al. (2011).

Le Graphique 4 présente les projections des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB entre 2013 et 2030. La croissance des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB est pro-

TABLEAU 2 – Effet total du vieillissement de la population sur les dépenses publiques de santé (en G\$) selon la croissance des coûts structurels

	Croiss. coûts structurels			
	0,0%	0,4%	1,7%	2,1%
Non immigrants	9,559	10,230	12,731	13,609
Immigrants	-0,906	-0,970	-1,207	-1,290
Total	8,652	9,260	11,524	12,319

Sources : Calculs des auteurs

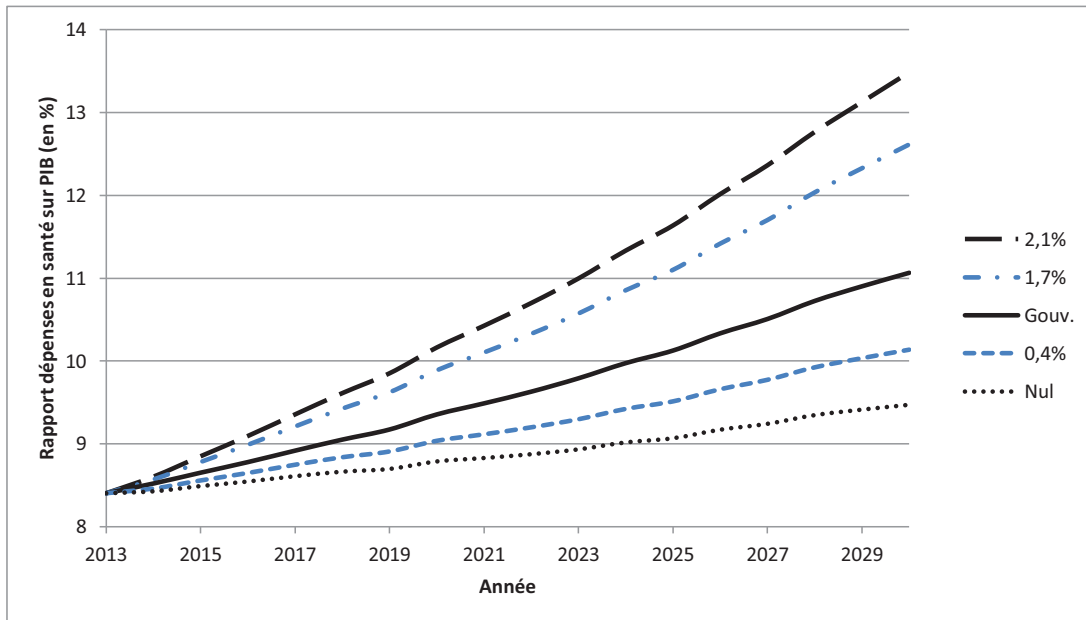
portionnellement moins rapide que la croissance des dépenses totales en valeur réelle du Graphique 3; l'augmentation anticipée du PIB adoucit légèrement l'effet de la hausse des dépenses en santé. Cependant, cet adoucissement ralentit avec le temps car il est estimé que le taux de croissance du PIB diminue légèrement avec le temps. Parallèlement au Graphique 3, le taux de croissance structurelle des soins de santé a un effet important sur l'évolution du pourcentage des dépenses publiques en santé par rapport au PIB. Le pourcentage des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB passe de 8,4% en 2013 à 9,5% en 2030 lorsque le taux de croissance structurelle des coûts en santé est nul. Il atteint toutefois en 2030 une valeur de 10,1% pour un taux de croissance structurelle de 0,4%, une valeur de 12,6% pour un taux de 1,7% et une valeur de 13,5% pour un taux de 2,1%. Entre le taux de croissance structurelle des dépenses en santé de 0% et celui de 2,1%, il existe un écart notable de 4 points de pourcentage du PIB. Par ailleurs, le pourcentage des dépenses publiques de santé en proportion du PIB obtenu à l'aide du taux de croissance des dépenses en santé prévu lors du dernier budget du gouvernement du Québec atteint 11,1% en 2030. Il est inférieur de 2,4 points de pourcentage au pourcentage des dépenses publiques de santé en proportion du PIB obtenu avec un taux de croissance structurel des dépenses en santé de 2,1%.

Le Tableau 4 présente de manière analogue au Tableau 1 la variation des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB entre 2013 et 2030 et ce, selon 5 scénarios. Les variations sont éga-

lement désagrégées de manière à différencier la variation due à l'évolution démographique naturelle et celle due à l'arrivée de nouveaux immigrants et de leurs enfants. Le pourcentage des dépenses publiques de santé par rapport au PIB diminuerait de 0,8 point de pourcentage s'il n'y avait pas de « vieillissement » de la population entre 2013 et 2030 et si le taux de croissance structurelle des soins de santé était de 0%. Sans immigration, cette diminution serait encore plus grande à 1,6 points de pourcentage. La variation du pourcentage des dépenses publiques de santé par rapport au PIB devient positive (1,1 points de pourcentage) dès qu'on introduit le vieillissement de la population (scénario 2). De plus, dans ce scénario, l'immigration prend le second rang en termes d'importance dans l'augmentation des dépenses totales en pourcentage du PIB, comparativement au premier rang dans le scénario 1. Les dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB augmentent de 1,7 points de pourcentage lorsqu'un taux de croissance structurelle des coûts de santé de 0,4% est employé. Cette variation passe à 4,2 points de pourcentage pour un taux de 1,7% et à 5,1 points de pourcentage pour un taux de 2,1%.

L'expression des dépenses de santé en pourcentage du PIB expose encore mieux l'apport marginal des nouveaux immigrants et de leurs enfants dans l'augmentation des dépenses publiques de santé. Il est également plus clair à l'aide du pourcentage des dépenses en santé par rapport au PIB dans le Tableau 3 que l'immigration est loin d'être suffisante pour diminuer significativement l'effet du vieillissement de la population. Notons aussi que l'effet du

GRAPHIQUE 4 – Projection des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB entre 2013 et 2030 selon différents taux de croissance des coûts structurels



Sources : Calculs des auteurs à l'aide de SIMUL, des données de l'ICIS (2012) et du Gouvernement du Québec (2012)

vieillessement de la population n'explique qu'une partie de la variation des dépenses publiques en santé. D'une part, Pour de faible croissance des coûts structurels, l'effet du vieillissement est plus important que celui de la croissance des dépenses totales en santé (1,9 points de pourcentage contre 1,1 points de pourcentage à un taux de 0% et 2,0 points de pourcentage contre 1,7 points de pourcentage à un taux de 0,4%) puisqu'une *diminution* du pourcentage des dépenses publiques en santé aurait été projetée en absence de vieillissement de la population. D'autre part, pour une croissance des coûts structurelles plus forte, l'effet du vieillissement est inférieur à la variation totale des dépenses publiques en santé en pourcentage du PIB (2,5 points de pourcentage contre 4,2 points de pourcentage à un taux de 1,7% et 2,7 points de pourcentage contre 5,1 points de pourcentage à un taux de 2,1%). La croissance des coûts structurels des soins de santé est aussi un important facteur de croissance des dépenses totales en santé.

3.3 Dépenses publiques en pourcentage des revenus totaux du gouvernement

Le rapport des dépenses publiques de santé sur les revenus du gouvernement du Québec permet de saisir la pression que ces dépenses appliqueront sur les autres postes de dépenses du gouvernement ou sur le besoin d'augmenter les revenus du gouvernement. Le calcul de ce rapport se fait en supposant que la croissance des revenus budgétaires du gouvernement du Québec est égale à celle du PIB.

Le Graphique 5 montre l'évolution des dépenses publiques de santé en pourcentage des revenus budgétaires du gouvernement du Québec entre 2013 et 2030 selon les quatre taux de croissance des coûts structurels déjà mentionnés et le taux de croissance des dépenses de santé prévu lors du dernier budget du gouvernement du Québec. Selon ces prévisions de croissance des dépenses, le

TABLEAU 3 – Variation des dépenses publiques de santé en point de pourcentage du PIB entre 2013 et 2030 selon différents scénarios

	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3	Scénario 4	Scénario 5
Structure d'âge	Fixe	Flexible	Flexible	Flexible	Flexible
Croiss. coûts structurels	0,0%	0,0%	0,4%	1,7%	2,1%
Non immigrants	-1,64	0,47	1,09	3,42	4,23
Immigrants	0,80	0,60	0,64	0,79	0,85
Total	-0,84	1,07	1,73	4,21	5,08

Sources : Calculs des auteurs

TABLEAU 4 – Effet total du vieillissement de la population sur les dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB selon le taux de croissance des coûts structurels

	Croiss. coûts structurels			
	0,0%	0,4%	1,7%	2,1%
Non immigrants	2,11	2,26	2,81	3,00
Immigrants	-0,20	-0,21	-0,27	-0,28
Total	1,91	2,04	2,54	2,72

Sources : Calculs des auteurs

pourcentage des dépenses publiques par rapport aux revenus budgétaires du gouvernement passera de 42,9% en 2013 à 56,5% en 2030.⁶ On remarque toutefois dans ce graphique que le pourcentage des dépenses publiques par rapport aux revenus budgétaires du gouvernement atteindra 68,9% en 2030, soit une augmentation moyenne par année de 1,5 points de pourcentage sous le scénario d'un taux de croissance structurelle des coûts des soins de santé de 2,1%.

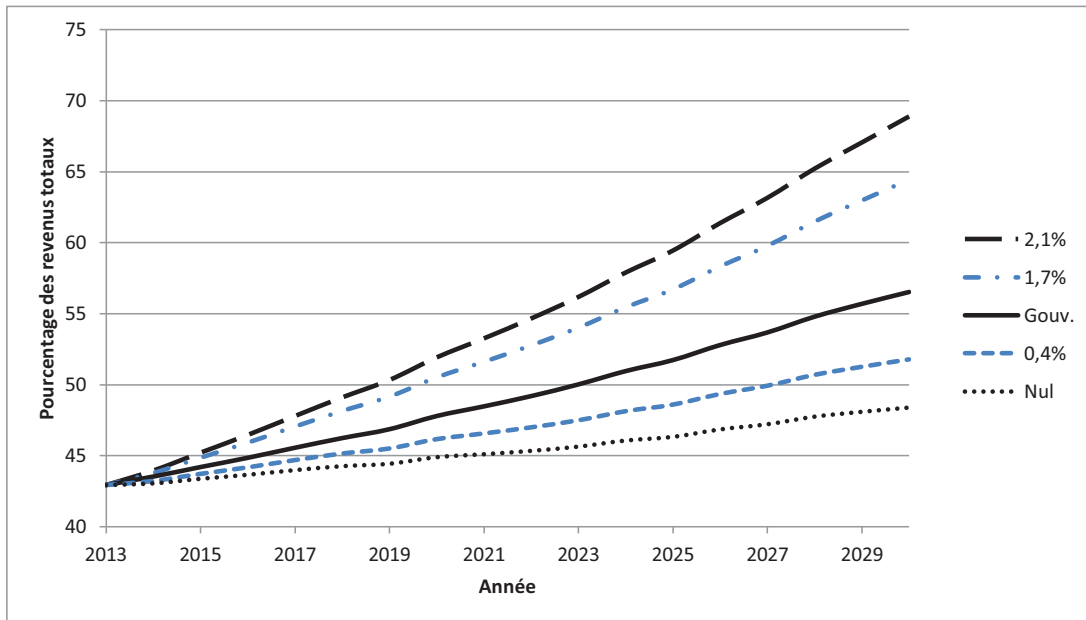
Pour maintenir la part des dépenses publiques en santé constante en proportion des revenus du gouvernement selon ce scénario de croissance structu-

relle de 2,1%, il faudrait en 2030 une augmentation supplémentaire des revenus prévus du gouvernement de 53,6 G\$. Il est par ailleurs prévu que les revenus du gouvernement augmentent de 15,9 G\$ pour passer de 72,8 G\$ en 2013 à 88,7 G\$ en 2030. Il serait ainsi nécessaire que ces revenus augmentent plutôt à 142,3 G\$ pour que le ratio des dépenses publiques de santé sur les revenus de l'État soit le même en 2030 qu'en 2013. Cela équivaudrait à une hausse de près de 60% de la charge fiscale globale du gouvernement du Québec.

La croissance du pourcentage évaluée avec un taux de croissance structurelle des dépenses de santé de 1,7% serait de l'ordre de 21,5 points de pourcentage entre 2013 et 2030, et de 1,3 points de pourcentage par année en moyenne. Le pourcentage des dépenses publiques par rapport aux revenus budgétaires du gouvernement atteindrait alors 64,4% en 2030 dans ce contexte. Un taux de croissance structurelle des coûts de santé de 0% ferait augmenter le pourcentage des dépenses pu-

6. Si nous avons tenu compte des dépenses du FINESSS dans les dépenses publiques en santé, ce fonds faisant partie des fonds spéciaux dans la comptabilité gouvernementale, il aurait été nécessaire d'ajouter aux revenus budgétaires du gouvernement les revenus provenant de l'ensemble des fonds spéciaux. Cette approche aurait fait légèrement diminuer la valeur des dépenses publiques de santé en pourcentage des revenus du gouvernement. Ce pourcentage aurait été de 39,7% en 2013. Ce changement n'aurait occasionné aucune modification importante aux conclusions de l'analyse.

GRAPHIQUE 5 – Projection des dépenses publiques de santé en pourcentage des revenus totaux du gouvernement du Québec entre 2013 et 2030 selon différents taux de croissance des coûts structurels



Sources : Calculs des auteurs à l'aide de SIMUL, des données de l'ICIS (2012) et du Gouvernement du Québec (2012)

bliques en santé dans les revenus de l'État à 48,4% en 2030 — ce faible taux de croissance structurelle est toutefois malheureusement peu probable étant donné le taux historique récent de croissance structurelle de 2,1% entre 1998 et 2010.

4 Conclusion

Cette note projette l'évolution des dépenses publiques de santé au Québec de 2013 à 2030 à l'aide de ses principaux déterminants : le vieillissement de la population, la croissance structurelle du coût des soins de santé, l'évolution démographique naturelle et l'immigration. Cette évolution est présentée sous l'angle des dépenses publiques totales, des dépenses publiques en pourcentage du PIB et des dépenses publiques en pourcentage des revenus budgétaires du gouvernement. Cinq constats importants se dégagent de l'analyse.

Le constat le plus important est que la gestion

de la croissance des dépenses publiques en santé constitue certainement le plus grand enjeu social des prochaines années au Québec. La taille de cet enjeu est considérable ; le scénario de croissance structurelle le plus plausible prévoit que près des 70% des revenus budgétaires du gouvernement du Québec seront consacrés aux dépenses publiques en santé dans à peine 17 ans. Il est évidemment difficile d'imaginer qu'un gouvernement puisse consacrer une telle proportion de ses ressources à la seule mission d'assurer des soins de santé à sa population.

Un deuxième constat est que les prévisions de croissance des dépenses en santé mentionnées dans le dernier budget du gouvernement du Québec sont inférieures aux perspectives de croissance de ces dépenses sous des scénarios plausibles de croissance des coûts structurels. Sous le scénario d'un taux de croissance structurel de 2,1%, le manque à gagner par rapport aux projections du dernier budget serait de 11 G\$ en 2030. Les prévi-

sions du dernier budget ne permettent de soutenir à long terme qu'un taux de croissance des coûts structurels de soins de santé de l'ordre de 0,9%.

Un troisième constat est que la croissance du nombre d'immigrants aura un effet relativement faible sur l'évolution des dépenses publiques de santé entre 2013 et 2030. Sous le scénario plausible d'une croissance des coûts structurels de l'ordre de 2,1%, les nouveaux arrivants et leurs enfants feront croître les dépenses publiques en santé de 3,8 G\$ entre 2013 et 2030.

Un quatrième constat est que le vieillissement de la population aura un effet majeur sur les dépenses publiques de santé au cours des 17 prochaines années. À lui seul, ce facteur démographique fera croître de 12,3 G\$ les dépenses totales en santé (supposant à nouveau un taux de croissance structurelle des dépenses publiques en santé de 2,1%) et de 2,7 points de pourcentage leur part dans le PIB.

Un dernier constat est que la croissance structurelle du coût des soins de santé est un enjeu encore plus important que celui des changements démographiques et du vieillissement de la population. Sous un scénario de constance de ces coûts structurels, l'augmentation totale des dépenses publiques en santé entre 2013 et 2030 ne serait que de 11,7 G\$; la part de ces dépenses publiques dans le PIB n'augmenterait que d'un peu plus d'un point de pourcentage, et la part de ces dépenses publiques dans les revenus budgétaires du gouvernement ne passerait que de 42,9% à 48,4%. Sous un scénario davantage fidèle à l'évolution récente de ces coûts structurels, les dépenses publiques en santé augmenteront plutôt de 29,8 G\$ et représenteront 13,5% du PIB et 68,9% des revenus budgétaires de l'État québécois en 2030.

Notons finalement que cette étude ne tient pas compte des effets des changements futurs dans la santé de la population sur les dépenses en santé. Elle n'incorpore pas non plus les effets sur ces dépenses en santé de la variation de la composition de la population (en termes de niveaux d'éducation, de participation au marché du travail, d'autonomie financière et de composition familiale). Ces effets sont potentiellement importants et seront par

ailleurs intégrés dans le cadre de développements prochains du programme de recherche SIMUL.

Références

- CLAVET, N.-J., J.-Y. DUCLOS, B. FORTIN, ET S. MARCHAND (2011) : "Le Québec, 2004-2030 : une analyse de micro-simulation," Rapport de recherche, Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organisations (CIRANO), [Lien vers le document](#).
- DAO, H., L. GODBOUT, ET P. FORTIN (2012) : "Les dépenses de fin de vie sont-elles déterminantes dans la projection des dépenses de santé?," dans *Le vieillissement démographique : de nombreux enjeux à déchiffrer*, pp. 175–192. Institut de la statistique du Québec, Québec.
- GODBOUT, L., S. ST-CERNY, P.-A. BOUCHARD ST-AMANT, P. FORTIN, ET M. ARSENEAU (2009) : "Nouvelles perspectives démographiques, mêmes défis budgétaires," *Cahiers québécois de démographie*, 38 (1), 193–209.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2012) : "Plan Budgétaire : Budget 2013-2014," Document de Travail, Québec.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2012) : "Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2012," Document de Travail, Ottawa (Ont.).
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2009) : "Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056," Document de travail, ISQ, Québec.
- LEFEBVRE, M. (2010) : "Les finances publiques du Québec : l'heure des choix a sonné," Document de Travail, Conference Board du Canada, Ottawa.