

Rapport

**Le vieillissement de la  
population québécoise :  
conséquences sur le  
financement des dépenses  
publiques de santé**

présenté au

**Conseil de la santé et du bien-être**

par

**Anne Lefebvre, B.A.  
Lee Soderstrom, Ph.D.**

Département des sciences économiques

Université McGill

Novembre 2000



## **Préface**

*Des inquiétudes importantes sont à l'origine de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, qui a initié ses travaux le 20 juin 2000 et qui a rendu public son rapport le 17 janvier 2001. Ces inquiétudes portaient notamment sur les facteurs d'accélération des coûts du système que représenteraient le vieillissement de la population et le développement technologique. En conséquence, on s'inquiétait de la viabilité du système public et du besoin d'un plus grand recours au financement privé des services. L'organisation des services et la gouverne du système de services suscitaient eux aussi beaucoup d'interrogations.*

*Pour apporter une contribution à cette réflexion, le Conseil de la santé et du bien-être a demandé à trois groupes d'universitaires de faire des études sur les thèmes de l'impact du vieillissement sur les coûts du système, la participation du public aux décisions du système, et la contribution du secteur privé au système.*

*La présente étude sur l'impact du vieillissement sur les coûts du système, que rend publique le Conseil, a été réalisée par Lee Soderstrom et Anne Lefebvre, du Département de sciences économiques, à l'Université McGill.*

*Au nom du Conseil de la santé et du bien-être, je remercie bien sincèrement ces auteurs. Toutefois, comme il se doit, les opinions formulées dans l'étude n'engagent que leurs auteurs.*

*La présidente,*

*Hélène Morais*



## **SOMMAIRE**

La fraction de la population québécoise âgée de 65 ans et plus augmentera graduellement au cours des 50 prochaines années. En conséquence, les dépenses publiques associées aux soins de santé augmenteront graduellement. Les conséquences de ce développement pour le système de soins québécois soulèvent beaucoup de controverses. Une controverse majeure concerne le rôle du gouvernement dans le financement futur des services de soins. Ce travail a pour but d'éclaircir cette question.

Une analyse complète du vieillissement de la population devrait inclure une analyse de l'évolution de la population totale. Parmi les raisons du vieillissement de la population, il faut tenir compte du fait que le taux de croissance de la population est en train de ralentir. Il est donc difficile de discuter l'effet du vieillissement sur le financement public si l'on ne discute pas aussi l'effet de l'évolution de la population totale. De plus, l'effet total de ces deux développements est très pertinent pour les analyses et les discussions sur l'avenir des dépenses publiques en santé. Dans ce rapport nous concentrons donc l'attention sur l'effet total de ces deux changements démographiques sur les dépenses publiques et le financement public. Cependant, nous analysons également l'effet du vieillissement de la population lui-même. Nos conclusions quant à l'effet du vieillissement de la population et quant à l'effet total des changements démographiques sont sensiblement les mêmes.

### **Les changements démographiques et les dépenses de santé**

Notre analyse et celle des autres chercheurs indiquent que, contrairement à la croyance populaire, le vieillissement de la population et l'évolution de la population totale ne devraient pas causer de nouveaux problèmes financiers majeurs pour le Québec au cours des prochaines années :

- Selon les projections les plus récentes, la proportion de personnes âgées au Québec augmentera graduellement au cours des 30 prochaines années et les coûts associés aux soins de santé augmenteront graduellement en conséquence. Le fardeau financier annuel du vieillissement de la population devrait être similaire au fardeau observé au cours des dernières années. Au pire, les hausses annuelles des dépenses devraient être un peu plus élevées que par le passé, mais la différence devrait être minime.
- Le taux de croissance de la population totale devrait diminuer pendant les 25 prochaines années. Puis, selon les projections, après 2026 la population elle-même devrait diminuer.
- Les dépenses publiques de santé devraient augmenter par seulement 1,5 % par année en moyenne pendant les 30 prochaines années. Cette augmentation prévue est très semblable à celle que le Québec a connue au cours des trois dernières décennies.

- Ce vieillissement de la population n'est pas un nouveau phénomène. Le taux de croissance de la fraction de la population âgée de 65 ans et plus au cours des années à venir sera semblable au taux qui a prévalu au cours des dernières décennies. En conséquence, le fardeau financier du vieillissement au cours des années à venir devrait donc être sensiblement le même qu'au cours des 30 dernières années. Pendant cette période, il n'a pas contribué de façon importante à la hausse des dépenses de santé. Selon une étude québécoise, après l'ajustement pour l'inflation, seulement 37 % de l'augmentation des coûts médicaux des personnes âgées entre 1982 et 1992 est attribuable au vieillissement. Selon une autre étude, il ne compte que pour environ 25 % à 33 % de la hausse des dépenses totales publiques de santé entre 1981 et 1991. En effet, si le vieillissement avait été le seul facteur responsable de l'augmentation des dépenses (ajustée pour l'inflation), celles-ci auraient connu une hausse beaucoup plus modeste.
- Comme par le passé, la croissance économique devrait faciliter le financement des dépenses additionnelles. Selon les projections les plus récentes, la population en âge de travailler déclinera probablement pendant les 30 prochaines années. Toutefois, notre analyse indique qu'une hausse plausible annuelle de la productivité des travailleurs devrait nous permettre d'avoir accès à plus de soins de santé ainsi qu'à davantage d'autres produits et services. Le vieillissement de la population et l'évolution de la population totale ne devraient donc pas forcer les Québécois à réduire leur niveau de vie. De plus, cette conclusion demeure valide même si nous tenons compte de certaines complications : les hausses des salaires dans le domaine de la santé, indépendamment du vieillissement, le déclin possible du nombre de travailleurs au Québec, et finalement l'effet des innovations technologiques coûteuses.

La raison principale de la hausse des dépenses (ajustée pour l'inflation) au cours des dernières décennies a été l'augmentation de la consommation de services de santé par personne par les personnes âgées, et non l'augmentation du nombre brut de personnes âgées. Les raisons de cette augmentation ne sont pas très bien comprises, et il y a beaucoup d'incertitude quant à savoir si la valeur de ces services additionnels justifie leurs coûts.

En conséquence, si les tendances démographiques se maintiennent, l'augmentation des dépenses au cours des prochaines décennies ne sera pas déterminée par le vieillissement de la population. C'est-à-dire, elle ne sera pas déterminée par la croissance du nombre brut de personnes âgées. L'augmentation sera en grande partie déterminée par ce qu'il adviendra du nombre moyen des services par personne âgée. Les préoccupations au sujet des dépenses de santé futures devraient nous inciter dès maintenant à examiner les services qui sont rendus aux personnes âgées de façon à limiter la hausse de l'utilisation, au cours des prochaines décennies, aux services qui en valent vraiment la peine au plan économique.

De plus, le Québec a le temps nécessaire de bien planifier ses stratégies pour ce faire. Il n'est pas nécessaire de le faire rapidement au cours des prochains douze mois. Selon les projections les plus récentes, la hausse des dépenses de santé ne se déclarera pas avec la force d'un ouragan dès 2001 ou 2002. Au contraire, elle se manifestera graduellement, année après année, comme par le passé.

### **Répercussions sur les politiques du financement**

L'augmentation des dépenses publiques de santé suite au vieillissement de la population et à l'évolution de la population totale ne justifie pas une augmentation du rôle du financement privé. Selon notre analyse, le gouvernement devrait disposer de revenus additionnels suffisants pour absorber la hausse modeste des dépenses de santé au cours des 30 prochaines années. La croissance économique amène automatiquement une hausse des revenus gouvernementaux. De plus, il est raisonnable de s'attendre à ce que le gouvernement fédéral continuera annuellement d'augmenter un peu ses transferts pour la santé. Le vieillissement ne provoquera donc pas une crise financière pour le gouvernement, sauf si celui-ci réduit de façon importante les taux d'imposition.

Par ailleurs, une augmentation du financement privé n'est pas une solution désirable au problème prétendu de la hausse des dépenses de santé. Il serait préférable de compter sur le financement public. Si nous avons recours au financement privé, nous risquerions de réduire l'équité sociale et l'efficacité économique, et en particulier l'efficacité du système de santé. Notre analyse nous suggère que le financement privé ne peut pas améliorer grandement l'efficacité de l'économie. Si le financement privé augmentait, les impôts pourraient être réduits, mais les ménages et les entreprises paieraient pour les soins de santé un montant semblable à la réduction d'impôts.

Toutefois, on devrait se demander pour quels services le financement public est justifié ? C'est-à-dire, quels services le Québec devrait financer pour les personnes âgées ? Certainement, les services de soins de santé. Toutefois, jusqu'où sommes-nous prêts à aller ? Incombe-t-il à la société de financer les soins qui n'ont souvent rien de médical comme les soins hygiéniques, les services culinaires, etc. ? Cette question sur les limites de la responsabilité publique de payer les services pour les personnes âgées est importante et elle est loin d'être résolue. Il serait donc peut-être bénéfique de donner au Conseil de la santé et du bien-être le mandat d'encourager des discussions publiques sur cette question, puis de faire des recommandations au gouvernement.

### **Un système de santé public plus performant**

Bien qu'une crise financière n'est pas prévue au cours des prochaines années, le Québec gagnera s'il peut alléger le fardeau de la hausse des dépenses suite au vieillissement de la population et à l'évolution de la population totale. Le Québec a amplement le temps de bien développer un plan d'action, parce que la hausse des dépenses de santé se manifestera graduellement, année après année, comme par le passé.

Pour alléger le fardeau de la hausse des dépenses publiques, deux stratégies sont capitales. Premièrement, le Québec devrait promouvoir la croissance économique rapide et soutenue. Si on a un haut taux de croissance, le fardeau financier de la hausse des dépenses sera plus petit.

Deuxièmement, le gouvernement devrait améliorer la performance du système de santé de façon à limiter l'augmentation des dépenses. Dans ce rapport, nous discutons brièvement de ce que le Québec devrait faire. Deux choses nous semblent particulièrement importantes :

- Le Québec devrait faire plus d'efforts au cours des prochaines années qu'auparavant pour évaluer la façon dont on conduit les problèmes majeurs de santé des personnes âgées. Si les tendances historiques décrites ci-dessus se maintiennent, l'augmentation des dépenses au cours des prochaines décennies sera déterminée en grande partie par la croissance du nombre moyen de services par personne âgée, et non par la croissance du nombre brut de personnes âgées. Il y aura aussi beaucoup d'incertitude quant à savoir si la valeur de ces services additionnels justifie leurs coûts. Les préoccupations au sujet des dépenses de santé futures devraient donc inciter le Québec dès maintenant à examiner plus prudemment les services qui sont rendus aux personnes âgées. Ce n'est pas une question de rationner les services dans le système public, mais de déterminer les services qui valent la peine d'être fournis. Comme disent les économistes, il faut pourvoir seulement les services qui sont efficaces, c'est-à-dire dont la valeur des effets bénéfiques de santé dépasse les coûts de production.

Le gouvernement pourrait donner un mandat à l'Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (AETMIS) pour évaluer les services qui sont rendus aux personnes âgées. Afin de réaliser ce mandat, l'Agence aurait besoin de plus de ressources.

- Le Québec devrait aussi poursuivre des politiques encourageant le développement des technologies nouvelles qui produiront des économies importantes. Certainement, nous pourrions gagner de quelques nouvelles méthodes de diagnostic, et de nouveaux traitements, même si ces services sont coûteux. Mais, le Québec pourrait gagner aussi des nouveaux services qui produisent des économies (la chirurgie d'un jour, les nouveaux médicaments qui réduisent les hospitalisations). Pour encourager le développement de cette sorte d'innovation, le gouvernement devrait allouer une partie plus importante de son budget de recherche aux projets qui visent le développement de ces innovations. Avec une politique de ce genre, le Québec pourrait limiter les changements nets des dépenses relativement au vieillissement de la population et aux innovations technologiques.

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
1. NOTRE AVENIR : TROIS PROJECTIONS.....	13
A) Projections du vieillissement de la population.....	13
B) Projections des dépenses publiques de santé.....	17
C) Projections des revenus totaux (PIB).....	19
D) Commentaires.....	20
2. L'ANALYSE.....	23
A) L'effet du vieillissement de la population sur les dépenses de santé : expérience historique.....	23
B) Les effets de la croissance économique.....	26
C) Les changements technologiques dans le secteur de la santé.....	34
D) Le Québec n'est pas seul à faire face au vieillissement de sa population.....	38
3. LES CONSÉQUENCES SUR LES POLITIQUES SOCIALES.....	39
A) Encourager la croissance économique.....	39
B) Améliorer la performance du système de santé.....	40
1) La prévention des maladies.....	40
2) L'efficacité du système de santé.....	41
3) Les nouvelles technologies.....	42
4. UN RÔLE PLUS IMPORTANT POUR LE FINANCEMENT PRIVÉ ?.....	45
A) Les répercussions des changement démographiques sur les budgets gouvernementaux.....	45
B) Les effets de l'augmentation du financement privé.....	47
1) Effets du financement privé sur l'efficacité économique.....	48
2) Effets du financement privé sur l'équité sociale.....	49
C) Sommaire.....	51
CONCLUSION.....	53
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	57



## LISTE DES TABLEAUX ET DES ILLUSTRATIONS

### Tableau 1

Le vieillissement de la population québécoise, 1971-2051 ..... 14

### Tableau 2

Le vieillissement des populations des pays industrialisés ..... 16

### Illustration 1

La croissance économique et la hausse des dépenses santé..... 28

### Illustration 2

L'effet du vieillissement sur les coûts de santé ..... 29

### Illustration 3

La croissance économique et le fardeau de la hausse des dépenses de santé ..... 32

### Illustration 4

La croissance économique et le fardeau de la hausse des dépenses  
de dépenses de santé quand le nombre de travailleurs diminue ..... 34

### Illustration 5

La croissance économique et le fardeau financier suite  
au vieillissement et aux innovations technologiques ..... 36

### Illustration 6

Les revenus nécessaires comparés aux revenus disponibles.....46



## INTRODUCTION

La fraction de la population québécoise âgée de 65 ans et plus augmentera graduellement au cours des 50 prochaines années. En conséquence, les coûts publics associés aux soins de santé augmenteront graduellement. Toutefois, les conséquences de ces développements pour le système de soins québécois soulèvent beaucoup de controverses. Une controverse majeure concerne le rôle du gouvernement dans le financement futur des services de soins. Ce travail a pour but d'éclaircir cette question.

Plusieurs prétendent qu'étant donné le vieillissement de la population au cours des prochaines années, le Québec ne sera pas en mesure de payer tous les services qui sont présentement financés publiquement. Pour cette raison, disent-ils, il deviendra nécessaire d'augmenter le rôle du financement privé. D'autres insistent sur le fait que le vieillissement ne causera pas de crise financière et que le financement public demeurera viable. Selon eux, le gouvernement devrait être en mesure d'absorber l'augmentation des dépenses de soins qu'entraînera le vieillissement de la population, en particulier si l'on améliore l'efficacité du système de santé et si l'économie croît à un taux raisonnable.

Notre analyse des conséquences du vieillissement de la population sur le financement du système québécois de santé comporte quatre parties. La première partie présente un résumé des plus récentes projections portant sur les changements démographiques au Québec et leurs répercussions sur les dépenses de santé au cours des 50 prochaines années. Une analyse des projections relatives au produit intérieur brut (PIB) est également présentée. Ce résumé sert de point de départ à notre discussion. Avant de pouvoir discuter des implications financières du vieillissement, il est primordial de comprendre l'ampleur des changements prévus et leur échéance. Les répercussions du vieillissement sur les politiques sociales varient beaucoup selon qu'il s'agit de changements mineurs ou majeurs, et s'ils se manifestent graduellement plutôt qu'immédiatement.

De plus, ce résumé nous rappelle qu'il y aura deux changements démographiques importants, le vieillissement de la population et l'évolution de la taille de la population totale. Parmi les raisons du vieillissement de la population, il faut tenir compte du fait que le taux de croissance de la population est en train de ralentir. Il est donc difficile de discuter l'effet du vieillissement sur le financement public si l'on ne discute pas aussi l'effet de l'évolution de la population totale. De plus, l'effet total de ces deux développements est très pertinent pour les analyses et les discussions sur l'avenir des dépenses publiques en santé. Dans ce rapport nous concentrons donc l'attention sur l'effet total de ces deux changements démographiques sur les dépenses publiques et le financement public. Cependant, nous analysons également l'effet du vieillissement de la population lui-même. Nos conclusions quant à l'effet du vieillissement de la population et quant à l'effet total des changements démographiques sont sensiblement les mêmes.

Dans la deuxième partie, nous mettons de l'avant quatre éléments qui doivent faire partie de toute analyse des effets du vieillissement de la population et de l'évolution de la population totale sur les politiques sociales :

- Nous considérons l'expérience du Québec relativement au vieillissement de la population pendant les 30 dernières années. L'examen de cette expérience est pertinent puisque le taux de vieillissement de la population qui prévaudra au cours des prochaines décennies sera très semblable au taux que nous avons connu par le passé. Ainsi, l'effet du vieillissement sur les dépenses à venir sera semblable à celui que nous avons connu au cours des trois dernières décennies. Si le vieillissement de la population n'a pas été une source majeure d'augmentation des dépenses par le passé, il ne le sera probablement pas dans le futur.
- Nous tentons de déterminer si la croissance économique permet au Québec d'absorber l'augmentation des dépenses de santé découlant du vieillissement et de l'évolution de la population. Même si plusieurs économistes ont prédit que la croissance économique devrait nous permettre d'absorber une grande partie de la hausse des dépenses, cette théorie a récemment été remise en question. Il est donc important de clarifier cette question.
- Les changements technologiques joueront également un rôle important dans le système de santé au cours des années à venir. Il est donc important de déterminer si la croissance économique est assez importante pour permettre au Québec d'absorber l'augmentation des dépenses attribuable aux innovations technologiques et les changements démographiques.
- Nous examinons jusqu'à quel point les autres provinces et les autres pays seront aux prises avec des problèmes de financement des soins de santé semblables à ceux du Québec. Si le Québec n'est pas le seul à faire face au vieillissement de la population, les conséquences du vieillissement sur ses politiques sociales ne seront pas les mêmes.

Avant de considérer l'avenir du financement public, il est utile de prendre en compte d'autres façons de réduire le fardeau de la hausse des dépenses publiques de santé qu'entraîne le vieillissement et l'évolution de la population. La troisième partie porte brièvement sur des possibilités de promouvoir la croissance économique rapide et soutenue de façon à alléger le fardeau financier. Elle porte aussi sur des possibilités d'améliorer la performance de notre système de santé de façon à réduire le taux d'augmentation des dépenses. Cette discussion est basée sur des résultats des analyses dans la deuxième partie.

Finalement, la quatrième section traite de la capacité du gouvernement d'absorber la hausse des dépenses. Dans cette section, nous considérons deux aspects de cette question : premièrement, la hausse des dépenses de santé provoquera-t-elle une crise financière pour le gouvernement ? Plusieurs prétendent que le financement privé est

nécessaire afin d'éviter une crise majeure. Deuxièmement, quel serait l'effet du financement privé additionnel sur l'efficacité économique et l'équité sociale ? Même si une crise est peu probable, on peut se demander s'il est préférable d'augmenter le financement public plutôt que le financement privé pour absorber la hausse des dépenses.



## 1. NOTRE AVENIR : TROIS PROJECTIONS

Dans cette section, nous résumons les plus récentes projections pour le Québec. En premier lieu, il est question de l'ampleur du phénomène du vieillissement de la population. Ensuite, nous abordons le sujet des projections portant sur la hausse des dépenses publiques de santé et nous terminons par un aperçu des projections de la croissance de l'économie au Québec au cours des prochaines décennies.

Cette information nous permettra de mieux mettre en valeur les discussions qui suivront et servira de point de référence aux arguments qui seront énoncés. Avant d'être en mesure de développer des politiques sociales efficaces, il est important de se familiariser avec l'ampleur des effets du vieillissement ainsi qu'avec l'échéancier de ces effets. Il est aussi primordial de se rappeler que le vieillissement de la population touche le Québec depuis plusieurs années déjà. L'analyse du passé peut nous aider à mieux prévoir et à mieux comprendre ce qui arrivera au cours des prochaines décennies.

Dans ce travail, nous nous inspirons principalement d'une étude récente préparée pour le Groupe de travail interministériel sur les changements démographiques et le vieillissement (Groupe de travail 2000). Les données démographiques présentées dans ce rapport proviennent en grande partie d'une étude réalisée récemment par l'Institut de la statistique du Québec<sup>1</sup>.

### A) Projections du vieillissement de la population

Selon les projections les plus récentes, au cours des 40 prochaines années, la fraction de la population qui est âgée de plus de 65 ans augmentera de façon marquée en raison de l'arrivée du groupe dit des « baby-boomers » dans ce segment de la population. Toutefois, ce phénomène démographique sera semblable à celui que nous avons connu au cours des 30 dernières années.

Il est très difficile de prédire l'évolution de la structure d'âge de la population québécoise. Son développement dépend de facteurs qui sont difficiles à prévoir, tels que le taux de natalité, l'immigration et le taux de mortalité. Toutefois, plusieurs chercheurs québécois ont obtenu des résultats concordants quant aux prédictions de ces phénomènes. À l'instar du Groupe de travail (2000), nous utilisons les projections réalisées par l'Institut de la statistique du Québec, en particulier les projections se rapportant au scénario A (Thibeault et Gauthier 1999). Il s'agit d'un scénario moyennement conservateur, dans lequel les chercheurs supposent une fécondité de 1,5 enfant par femme, une immigration nette de 12 000 personnes par année et une régression du taux de mortalité de l'ordre de 1,5 % par année. Ces hypothèses reflètent les conditions qui prévalent présentement au Québec et les résultats pour les autres scénarios développés par l'Institut ne diffèrent pas grandement des résultats pour le scénario A. Bien sûr, les

---

1. <http://www.stat.gouv.qc.ca>

**Tableau 1**  
**Le vieillissement de la population québécoise, 1971-2051**

Année	Population Totale ('000s)	Taux de croissance Annuelle moyenne	Pourcentage de la Population 65+	Naissances par 1 000 personnes	Indice de fécondité	Décès par 1 000 personnes	Espérance de vie Hommes	Espérance de vie Femmes
1971	6137,4		6,9	15,27	1,94	6,71	68,55	75,42
1976	6396,7	0,8	7,7	15,32	1,74	6,85	69,44	76,95
1981	6547,7	0,5	8,8	14,55	1,57	6,53	71,18	78,87
1986	6708,0	0,5	9,8	12,61	1,37	7,00	72,16	79,65
1991	7064,7	1,0	11,0	13,78	1,65	6,97	73,69	80,84
1996	7274,0	0,6	12,0	11,70	1,56	7,19	74,60	80,99
<b>Projections (A) :</b>								
2001	7407,8	0,4	12,9	10,05	1,50	7,78	75,45	81,68
2006	7540,0	0,4	13,9	9,70	1,50	8,20	76,28	82,37
2011	7646,7	0,3	15,7	9,51	1,50	8,66	77,09	83,03
2016	7729,1	0,2	18,3	9,33	1,50	9,14	77,88	83,67
2021	7784,4	0,1	21,1	9,05	1,50	9,68	78,65	84,30
2026	7801,2	0,0	24,3	8,50	1,50	10,36	79,40	84,90
2031	7768,2	-0,1	26,9	8,05	1,50	11,23	80,13	85,48
2036	7688,9	-0,2	27,8	7,92	1,50	12,22	80,84	86,04
2041	7573,9	-0,3	28,3	7,95	1,50	13,09	81,53	86,58
2046	7435,3	-0,4	29,0	7,99	1,50	13,67	82,20	87,10

Source : L'Institut de la statistique du Québec<sup>2</sup>

prédictions à court terme (par exemple, pour 2006) sont plus précises que celles pour l'avenir éloigné (par exemple, en 2040). Des données historiques ainsi que les projections basées sur le scénario A sont présentées dans le Tableau 1.

Ces données démontrent clairement que la population du Québec augmentera au cours des prochaines décennies. Elle atteindra un maximum d'environ 7,8 millions d'habitants en 2026 pour ensuite décliner. Durant le 21<sup>e</sup> siècle, le taux de croissance annuelle passera sous la barre de 0,5 % (le taux qui dominait pendant les années 80) et déclinera graduellement pour enfin devenir négatif en 2026. Ces prédictions sont une conséquence du faible taux de natalité au Québec.

2. *Ibid.*

L'expression « vieillissement de la population » fait référence au phénomène de l'évolution de la proportion de la population qui est âgée de 65 ans et plus. En 1996, 12 % de la population québécoise faisait partie de ce groupe d'âge. Au cours des prochaines décennies, cette proportion augmentera de façon continue pour éventuellement doubler et atteindre 29,4 % de la population en 2051. Le phénomène du vieillissement de la population n'est pas nouveau. Entre 1971 et 1996, la proportion de personnes âgées au sein de la population québécoise a aussi presque doublé, passant de 6,9 % à 12 %.

Deux raisons expliquent ce phénomène (voir le Tableau 1). Premièrement, l'indice de fécondité a diminué de façon marquée après la naissance des « baby-boomers » et il continue de baisser. En conséquence, même si le nombre de naissances par femme demeure constant au cours des prochaines années, le nombre de naissances par 1 000 personnes continuera de chuter, et ce, parce qu'il y aura de moins en moins de personnes en âge de procréer. De plus, l'espérance de vie continuera à augmenter, ce qui fait qu'il y aura de plus en plus de personnes âgées.

Le vieillissement de la population se produit à un rythme assez lent. Au cours des dix prochaines années, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus n'augmentera que de 12,9 % à 13,9 % entre 2001 et 2006 et passera à 15,7 % en 2011. Les changements les plus importants surviendront de 2010 à 2020. Ainsi, la proportion de la population âgée ne doublera pas au cours des dix prochaines années. Les effets du vieillissement sur l'utilisation des services de santé et sur les dépenses de santé se produiront graduellement pendant une période de 30 ans.

De plus, les données du Tableau 1 démontrent que le phénomène du vieillissement de la population n'est pas nouveau. Entre 1971 et 1996, la proportion de personnes âgées au sein de la population québécoise a presque doublé, et les projections suggèrent qu'elle doublera de nouveau entre 1996 et 2026. En fait, le taux de vieillissement de la population au cours des prochaines décennies devrait ressembler à celui qui a prévalu au cours des 30 dernières années. Le taux pour la présente décennie pourrait être inférieur à celui des années passées. Ce n'est qu'entre 2010 et 2030 que le taux de vieillissement pourrait dépasser celui que nous avons connu au cours des dernières années, mais il s'agira d'une différence assez minime<sup>3</sup>.

Il y aura deux changements démographiques importants, le vieillissement de la population et l'évolution de la taille de la population totale. Parmi les raisons du vieillissement de la population, il faut tenir compte du fait que le taux de croissance de la population est en train de ralentir et que la population totale déclinera après 2026. Il est donc difficile de discuter l'effet du vieillissement sur le financement public si l'on ne discute pas aussi l'effet de l'évolution de la population totale. Ces effets sur le

---

3. Entre 1971 et 1996, la proportion de la population âgées de 65 ans et plus a augmenté à un taux moyen de 2,2 % par année. Au cours des dernières années, ce taux de croissance a diminué. Les plus récentes projections suggèrent qu'il n'atteindra pas de nouveau le taux de 2,2 % avant la fin de cette décennie. Toutefois, ce taux atteindra en moyenne 3,0 % par année entre 2011 et 2025.

financement sont interreliés. L'effet total de ces deux développements est très pertinent pour les analyses et les discussions sur l'avenir des dépenses publiques en santé. Dans ce rapport, nous concentrons donc l'attention sur l'effet total de ces changements démographiques sur les dépenses publiques et le financement public. Cependant, nous analysons également l'effet du vieillissement de la population lui-même. Nos conclusions quant à l'effet du vieillissement de la population et quant à l'effet total des changements démographiques sont sensiblement les mêmes.

Deux autres observations méritent notre attention. Premièrement, selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec, la proportion de la population âgée de 65 ans et plus qui a 80 ans et plus n'augmentera pas de façon significative avant le début des années 2030. Actuellement, 23 % de la population âgée de 65 ans et plus a 80 ans et plus. Selon les projections, cette proportion sera 25 % en 2005 et 24 % en 2026. Puis, elle augmentera à 27% en 2031 et 32 % en 2036.

Deuxièmement, le Québec n'est pas la seule juridiction à être aux prises avec un tel problème (voir le Tableau 2). Les autres provinces et les autres pays industrialisés sont aux prises avec le même dilemme (Denton et Spencer 1995, Groupe de travail 2000).

**Tableau 2**

**Le vieillissement des populations des pays industrialisés**

Pays	Pourcentage de la population âgée 65 ans et plus				
	1950	1995	2010	2030	2050
Allemagne	9,7	15,5	20,0	27,6	32,2
Canada	7,7	12,0	14,6	24,8	30,1
Espagne	7,3	15,4	18,6	27,2	40,2
États-Unis	8,3	12,5	13,2	20,6	21,7
France	11,4	15,0	16,9	24,7	29,6
Italie	8,3	16,8	21,0	30,3	39,1
Japon	4,9	14,6	21,8	28,8	36,3
Royaume-Uni	10,7	15,9	17,4	24,8	29,1
Suisse	9,6	14,3	17,0	27,7	34,2
Suède	10,3	17,6	19,7	26,4	29,4
Québec	5,7	12,0	15,7	26,9	29,4

Source : Groupe de travail<sup>4</sup>

4. Groupe de travail (2000), p. 11.

Toutefois, le Québec est l'une des quelques juridictions où la proportion de personnes âgées ne dépassera pas 30 % de la population totale en 2050. De plus, les changements se déclarent plus tardivement au Québec et au Canada que dans le reste des pays industrialisés. Par exemple, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus en Suède était plus élevé en 1995 (17,6 %) qu'il ne le sera en 2010 au Québec (15,7 %). Ainsi, le Québec pourra observer comment les autres provinces et pays industrialisés règlent la situation et sera en mesure de s'en inspirer.

## **B) Projections des dépenses publiques de santé**

La fraction de la population qui est âgée de 65 ans et plus augmentera donc au cours des prochaines années. Conséquemment, les dépenses de santé, aussi bien privées que publiques, augmenteront indubitablement aussi car, en moyenne, une personne âgée consomme plus de soins de santé qu'une personne de moins de 65 ans. Toutefois, l'information que nous possédons suggère que cette hausse des frais de santé sera comparable à celle que nous avons connue au cours des vingt dernières années. Cette section a pour but de présenter les projections concernant la hausse de frais publics de santé causée par le vieillissement de la population<sup>5</sup>.

Les données présentées ici sont tirées d'une étude réalisée par Rochon (1994) portant sur les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses publiques de santé au Québec ainsi que de l'étude réalisée pour le Groupe de travail (2000). Dans ces deux études, les chercheurs calculent les effets des « changements démographiques » sur les dépenses de santé. Ces données incluent les changements dans le nombre total de personnes composant la population ainsi que les changements dans la structure d'âge (le vieillissement) de la population.

Les dépenses de santé du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec englobent les dépenses de sept secteurs d'activité : santé physique, intégration sociale, santé mentale, adaptation sociale, santé publique, administration et la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les trois secteurs les plus importants sont la santé physique (37 % des dépenses en 1991), l'intégration sociale, qui inclut les soins de longue durée, le maintien à domicile et autres services d'aide (24 % des dépenses) et la RAMQ (13 % des dépenses).

---

5. Il est important de noter que les données reproduites ici font état de la projection se rapportant à la hausse des dépenses publiques dans le secteur de la santé. Une analyse plus complète devrait également inclure la hausse des dépenses privées et des dépenses de pension ainsi que la baisse des dépenses sociales et des dépenses d'éducation. Toutefois, comme les autres analystes, nous ne considérons dans ce travail que les implications pour le système de santé public.

Rochon calcule que les changements démographiques ont causé une hausse des dépenses publiques de santé de l'ordre de 1,8 % entre 1981 et 1991, et que ce taux se maintiendra au cours des prochaines décennies jusqu'en 2026.

Le Groupe de Travail, tout en utilisant une méthodologie semblable à celle de Rochon, mais en utilisant des données un peu plus récentes (1997-1998), obtient des résultats similaires à ceux de Rochon. Il conclut que « L'impact des changements démographiques est souvent associé à l'augmentation de la demande résultant de la forte augmentation de la population âgée. Or, l'augmentation des dépenses publiques sera dans les trois prochaines décennies relativement constante, atteignant près de 1,5 % par an. La pression relative sur les dépenses ne sera pas différente de celle des trois dernières décennies<sup>6</sup> ».

Bien que l'impact des changements démographiques ne change pas à l'avenir, il y aura un changement dans les contributions indépendantes du vieillissement de la population et de l'évolution de la population aux augmentations des dépenses. Parce que le taux de la croissance de la population diminuera, la contribution de l'évolution de la population aux augmentations des dépenses diminuera aussi.

Par contre, la contribution du vieillissement de la population aux augmentations des dépenses s'agrandira. En 2001, les dépenses publiques augmenteront 1,0 % à cause du vieillissement. (De plus, les dépenses augmenteront 0,5 % à cause de la croissance de la population.) En comparaison, en 2011, les dépenses augmenteront de 1,2 % à cause du vieillissement. En 2021, selon les projections, elles augmenteront de 1,4 %; et en 2031, de 1,6 %. Après 2031, la contribution du vieillissement commencera à diminuer. Ainsi, en 2041, les dépenses publiques n'augmenteront que de 1,3 % à cause du vieillissement.

Notez que l'accélération dans le taux annuel de croissance des dépenses publiques à cause du vieillissement ne sera jamais énorme. En 2011, dans 10 ans, le taux de croissance annuel des dépenses sera seulement de 0,2 point de pourcentage plus haut qu'en 2001. En 2021, dans 20 ans, le taux de croissance sera seulement de 0,4 point plus élevé qu'en 2001. La différence maximale de 0,6 point n'arrivera seulement qu'en 2031, dans 30 ans, et par la suite, la différence diminuera rapidement.

Ces projections ne soutiennent pas l'argument que le vieillissement de la population causera une accélération effrayante dans les augmentations des dépenses publiques. Parce que l'accélération sera petite, elle ne provoquera pas des problèmes financiers importants. Cette conclusion heureuse n'est pas surprenante si l'on regarde bien les projections démographiques ci-dessus, qui démontrent que l'accélération du taux de vieillissement sera plus élevée. De plus, l'effet sur les dépenses de l'accélération due au vieillissement de la population sera contrebalancé par la diminution du taux de croissance de la population totale.

Ainsi, il semble que les changements démographiques auraient le même modeste effet sur les dépenses au cours des années à venir que par les années passées. Ce résultat est

---

6. Groupe de travail (2000), p.24.

important étant donné l'affirmation répétée voulant que le vieillissement de la population cause une hausse importante des coûts au cours des prochaines décennies. Ce résultat n'est cependant pas étonnant étant donné que les changements démographiques à venir devraient être semblables à ceux que nous avons déjà connus.

### **C) Projections des revenus totaux (PIB)**

Comme nous le verrons en détail dans la prochaine partie, la facilité avec laquelle le Québec sera en mesure d'absorber la hausse des dépenses de santé dépendra en partie de la hausse de nos revenus totaux, c'est-à-dire de la hausse du produit intérieur brut (PIB) du Québec. Dans les paragraphes qui suivent, nous présentons les prévisions du Groupe de travail portant sur les effets des changements démographiques sur le PIB au cours des prochaines décennies.

Les projections démographiques les plus récentes de l'Institut de la statistique du Québec suggèrent que la population âgée de 20 à 59 ans déclinera au cours des 50 prochaines années (Thibeault et Gauthier 1999). Selon le scénario A, la population en âge de travailler au Québec pourrait décliner de 23,3 % entre 2005 et 2051, ce qui équivaut à un déclin de 0,6 % par année. Par conséquent, à moins d'un changement important dans le taux de participation au marché du travail, ces projections impliquent une baisse du nombre total de travailleurs. Selon le Groupe de travail, cette baisse limitera le niveau de la production au Québec. Donc, le taux de croissance de notre produit intérieur brut (PIB) sera limité.

Le Groupe de travail conclut que :

« L'influence des changements démographiques sur l'évolution des dépenses et de la richesse collective (PIB) seront donc à l'opposé. D'ici 2010, l'écart est peu important, les dépenses augmentant légèrement alors que la richesse demeure à peu près constante. Par la suite cependant, le fossé entre l'évolution des dépenses publiques et la richesse collective ne cesse de se creuser.<sup>7</sup> »

Ce résultat persiste même si un scénario plus optimiste que le scénario A est accepté. Même une hausse modérée des taux de natalité et d'immigration au Québec résulterait en une baisse de la population active. Les divers scénarios ont des conséquences uniquement sur la période du déclin ou encore sur son importance, mais ils n'enrayent pas le déclin. Selon Thibeault et Gauthier (1999), le pessimisme de ces projections reflète les bas taux de natalité et d'immigration observés au Québec au cours des dernières décennies. Les « baby boomers » gonflent présentement les rangs de la population active au Québec. Lorsqu'ils prendront leur retraite, ils seront remplacés par un groupe qui est beaucoup moins nombreux.

---

7. *Ibid.*, p. 44.

Toutefois, ces prévisions du PIB nous semblent s'avérer trop pessimistes. Par exemple, si les entreprises en viennent à un point où le manque d'employés force une hausse des salaires, plusieurs personnes qui ne travailleraient pas autrement ou qui auraient décidé de chercher un emploi à l'extérieur du Québec pourraient se joindre aux travailleurs québécois. Autrement dit, le taux de participation au sein de la population active augmentera. De plus, les projections ne prennent pas en compte l'augmentation de la productivité (le produit par travailleur). L'examen historique de la question nous enseigne qu'il est raisonnable de s'attendre à ce que la productivité augmente régulièrement dans le futur grâce :

- à une hausse du capital humain disponible (par exemple, des travailleurs mieux formés);
- à une hausse du capital (par exemple, plus de machines );
- aux innovations technologiques (par exemple, les nouveaux ordinateurs plus performants).

Selon le scénario A, le nombre de travailleurs devrait diminuer de 0,6 % par année. Une hausse de la productivité de l'ordre de seulement 0,6 % par année viendrait donc annuler l'effet de cette baisse du nombre de travailleurs. L'examen des données historiques indique que la productivité devrait normalement croître de plus de 0,6 % par année. Par conséquent, même si le nombre de personnes sur le marché du travail décline, le PIB devrait augmenter, mais à un rythme inférieur à celui qui aurait prévalu si le nombre de travailleurs avait augmenté ou était resté stable.

## **D) Commentaires**

Pour récapituler, nous avons conclu que :

- la fraction de la population âgée augmentera graduellement au cours des 50 prochaines années;
- le taux de croissance de la population totale diminuera graduellement au cours des 25 prochaines années, et puis la population totale diminuera;
- les dépenses publiques de santé augmenteront graduellement en conséquence de ces changements démographiques, et les effets sur les dépenses de ces changements seront semblables aux effets démographiques au cours des trois dernières décennies;
- les augmentations annuelles des dépenses publiques à l'avenir, à cause du vieillissement de la population, devraient être similaires aux augmentations observées au cours des dernières années. Au pire, les augmentations devraient être un peu plus élevées que par le passé, mais la différence devrait être minime;
- la population en âge de travailler déclinera probablement au cours de cette période, ce qui ralentira la croissance du PIB. Toutefois, contrairement aux projections du

Groupe de travail, le PIB devrait continuer à augmenter, mais à un rythme inférieur à celui qui aurait prévalu si le nombre de travailleurs avait augmenté.

Notons que tous ces changements ne surviendront pas au cours des prochains mois ou même pendant les prochaines années. Ils se produiront graduellement et seront échelonnés sur 50 ans. Par conséquent, les décideurs publics disposent d'un échéancier très souple pour faire face aux problèmes entraînés par le vieillissement de la population. Cela veut dire qu'ils auront suffisamment de temps pour bien examiner la situation et pour prendre les décisions qui s'imposent.

De plus, il importe de réitérer que les prédictions soient peu précises, surtout celles qui tentent de prédire des données loin dans l'avenir. Plus la projection est éloignée, plus le risque de voir certaines des variables changer est grand. Les projections des événements qui se produiront dans 30, 40 ou 50 ans sont normalement susceptibles de subir de multiples révisions. Les prédictions avec lesquelles nous travaillons sont en particulier sujettes aux changements du taux de natalité, de l'immigration, de participation au marché du travail et de la productivité.

Trois économistes européens ont critiqué les méthodes couramment utilisées pour établir les projections de la hausse des coûts liés au vieillissement de la population (Zweifel, Felder et Meiers 1999). Ils démontrent que si les personnes âgées vivent de plus en plus longtemps, les méthodes analogues à celles utilisées par Rochon (1994) et le Groupe de travail (2000) ont tendance à surestimer la hausse des coûts. Cette hausse des coûts, entraînée par l'augmentation des personnes très âgées, ne sera pas importante au cours des 25 prochaines années. Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, la proportion de la population québécoise composée de personnes très âgées (80 ans et plus) ne changera probablement pas avant les années 2030. La surestimation de la hausse des dépenses après 2030 pourrait donc être importante.



## 2. L'ANALYSE

Afin de bien juger les effets des changements démographiques pour le financement des services de santé, il est nécessaire de bien comprendre les quatre sujets que nous discutons dans cette partie :

- l'expérience du Québec par rapport au vieillissement de la population et à l'augmentation des dépenses de santé au cours des 30 dernières années;
- les effets de la croissance économique sur le financement des frais de santé;
- les conséquences des changements technologiques dans le secteur de la santé sur l'évolution des dépenses de santé;
- l'expérience des autres pays quant au vieillissement de la population.

### **A) L'effet du vieillissement de la population sur les dépenses de santé : expérience historique**

Les projections que nous venons de voir démontrent qu'au cours des années à venir, la population du Québec vieillira lentement mais sûrement. Toutefois, ce phénomène n'est pas nouveau. C'est-à-dire, la fraction de la population âgée de 65 ans et plus augmente régulièrement depuis plus de 30 ans. Le taux de vieillissement de la population au cours des prochaines décennies ne sera probablement que légèrement plus élevé que le taux qui a prévalu au cours des dernières décennies. En conséquence, nous tentons ici de prédire l'impact du vieillissement de la population sur les dépenses de santé au cours des prochaines années en analysant l'expérience passée. Si le vieillissement de la population n'a pas été un facteur majeur causant la hausse des dépenses par le passé, il risque de jouer de nouveau un rôle limité au cours des années à venir.

Plusieurs études démontrent que la hausse des dépenses de santé au cours des 30 dernières années n'est pas attribuable à la croissance du nombre de personnes âgées mais à la hausse du nombre de services utilisés en moyenne par personne âgée. En moyenne, une personne âgée aujourd'hui utilise davantage de services qu'il y a 25 ans. En conséquence, la proportion de l'augmentation des coûts attribuable au vieillissement de la population est peu élevée. Selon une étude québécoise réalisée par Demers (1996), qui révèle qu'en ne tenant pas compte de l'inflation, seulement 37 % de l'augmentation des coûts pour les services médicaux prodigués aux personnes âgées de 65 ans et plus entre 1982 et 1992 est attribuable à la croissance de la population âgée. L'autre 63 % de la hausse des coûts est attribuable à la hausse de l'utilisation moyenne des services médicaux par personne âgée.

Rochon (1994) a réalisé une étude portant sur l'importance des changements démographiques sur le total des coûts publics des soins aigus et des soins de longue durée au Québec entre les années 1981 et 1991. Après avoir ajusté les données pour tenir

compte de l'inflation, elle conclut que l'effet combiné du vieillissement de la population et de la croissance de la population totale est responsable pour environ la moitié de l'augmentation des dépenses publiques. En effet, il semble que le vieillissement de la population ne compte que pour environ 25 % à 33 % de la hausse des dépenses<sup>8</sup>.

Barer *et al.* (1995) résumant plusieurs études réalisées au Canada traitant de cette question. Comme les études québécoises, ces études indiquent que la partie la plus importante de la hausse des dépenses de santé survenue au cours des 40 dernières années est attribuable non pas au vieillissement de la population âgée mais à la hausse de l'utilisation moyenne des services de santé par personne âgée. La moyenne d'utilisation de services de santé par personne âgée de nos jours a augmenté par rapport à la moyenne qui prévalait il y a 20 ou 30 ans. Par exemple, selon Nair (1991), le nombre d'hospitalisation *par 1 000 habitants* a décliné entre 1961 et 1992 pour les patients âgés de moins de 65 ans, mais les séparations ont augmenté de 30,84 % pour celles âgées de 65 à 74 ans et de 39,68 % pour les personnes âgées de 75 ans et plus. Barer trouve qu'environ un tiers de la hausse de l'utilisation des services hospitaliers par les personnes âgées durant cette période est attribuable à l'augmentation du nombre de personnes âgées, tandis que deux tiers de la hausse reflètent l'augmentation dans l'utilisation moyenne des services par personne âgée<sup>9</sup>. Les personnes âgées subissent plus d'interventions chirurgicales, tandis que la population en général en subit moins que par le passé<sup>10</sup>.

Plusieurs chercheurs ont tenté de cerner les causes de cette augmentation marquée de l'usage des services de santé par personne âgée. Barer (1995) note que le nombre de patients recevant des soins hospitaliers de longue durée a augmenté considérablement. En 1969, les patients hospitalisés pendant plus de 60 jours représentaient 19,9 % de l'occupation des hôpitaux en Colombie-Britannique. De 1985 à 1986, ces patients représentaient 48,5 % des jours hospitaliers (Evans *et al.* 1989). Ainsi, près de la moitié des lits d'hôpitaux étaient occupés par des personnes âgées qui y résidaient pour une période de plus de 60 jours. En fait, les chercheurs notent que 0,5 % de tous les patients absorbaient 25 % des services hospitaliers.

Hertzman *et al.* (1990) ont cerné les catégories de diagnostics qui ont vu une augmentation importante du nombre de patients âgés en Colombie Britannique. Selon ces chercheurs, environ un tiers de la hausse de services est attribuable aux patients qui sont atteints de démence et de sénilité, tandis qu'un quart de cette hausse serait attribuable aux séquelles chroniques d'infarctus. De plus, environ 10 % de cette hausse étaient liés aux maladies du coeur, 15 % à l'arthrite et 14 % à l'hémiplégie et à la quadriplégie<sup>11</sup>. Cette hausse de l'utilisation pourrait être attribuable à plusieurs facteurs. En premier lieu, elle pourrait représenter une augmentation de la prévalence de ces conditions dans la population étudiée. Bien que cette explication soit attrayante, les chercheurs n'ont pas

---

8. Rochon (1994), p. 36.

9. Barer *et al.* (1995), p. 202.

10. *Ibid.*, p. 206.

11. Hertzman *et al.* (1990) p. 822.

réussi à la confirmer, la prévalence de ces maladies étant demeurée relativement stable tout au long de l'étude.

Une autre théorie voudrait que les méthodes de soins se soient perfectionnées et qu'elles produisent un meilleur résultat grâce à un séjour prolongé à l'hôpital. Malheureusement, selon Hertzman, les conditions énumérées ci-dessus sont souvent incurables et les traitements sont souvent peu sophistiqués. Comme l'indique Hertzman :

« Peu des conditions identifiées comme sources majeures de la hausse de l'utilisation des services hospitaliers (...) sont considérées comme des conditions nécessitant des diagnostics ou encore des thérapies qui font appel à la haute technologie. Ainsi, la hausse de l'utilisation des services hospitaliers par les personnes âgées n'est pas entraînée par les innovations technologiques<sup>12</sup> ».

Finalement, ces chercheurs suggèrent que la façon de traiter les patients a peut-être changé. En particulier, le manque de soutien familial pourrait avoir forcé plusieurs personnes âgées à se tourner vers le système hospitalier après un déclin de leur autonomie. Il pourrait aussi s'agir d'un changement du comportement des médecins : plusieurs études démontrent que les décisions des médecins sont influencées par plusieurs facteurs, incluant leur méthode de rémunération. Roos (1992), dans une étude réalisée en 1992 au Manitoba, conclut que les médecins disposent de beaucoup de latitude lorsque vient le temps de décider si un patient âgé doit oui ou non être hospitalisé.

Roos et Shapiro (1981) observent qu'une petite proportion des personnes âgées est responsable pour une grande proportion des dépenses en soins de santé. Ces patients souffrent généralement de l'un des diagnostics énumérés par Hertzman (voir ci-dessus). Ces chercheuses observent que nous avons la possibilité de concentrer nos efforts de recherche afin de trouver des solutions plus abordables à ces problèmes de santé et ainsi réduire de beaucoup les frais qui y sont rattachés.

Dans une autre étude réalisée au Manitoba, Roos, Montgomery et Roos (1987) indiquent que l'utilisation faite par les personnes âgées des services de santé n'est pas reliée à leur âge mais bien à l'imminence de leur décès. La plus grande partie des frais de santé est occasionnée dans les quelques mois précédant la mort d'une personne. Les chercheurs indiquent que les personnes qui meurent à un âge plus avancé ont tendance à occasionner plus de dépenses que celles qui meurent plus jeunes. Cette différence est attribuable à une utilisation plus intensive des services pour les personnes non-autonomes. Spillman et Lubitz (2000) ont obtenu des résultats comparables lors d'une étude menée aux États-Unis.

Comme le constatent Barer *et al.* (1995), les chercheurs connaissent mal actuellement les causes ayant entraîné la hausse de l'utilisation des services de santé au cours des

---

12. *Ibid.*, p. 827.

dernières années par les personnes âgées. De plus, l'effet des services additionnels sur la santé des personnes âgées demeure incertain. Il est donc impossible en ce moment de déterminer si les dépenses pour les services additionnels rendus aux personnes âgées sont justifiées par la valeur de ces services additionnels pour les patients.

En conclusion, les données pour le Québec et les autres provinces indiquent que, au cours des 30 dernières années, le vieillissement de la population n'a eu qu'un effet assez limité sur les dépenses de santé. Le plus important facteur déterminant la croissance de ces dépenses a été la hausse du nombre moyen des services utilisés par personne âgée. Des conclusions similaires peuvent être tirées pour plusieurs autres pays. Comme nous l'avons déjà indiqué (voir le Tableau 2), la proportion de la population âgée 65 ans et plus est différente dans chaque pays. Toutefois, des analyses comparées de plusieurs pays révèlent qu'il n'existe pas de lien important entre la structure d'âge des pays et les dépenses de santé (Leibovitch 1998, Reinhardt 2000). Ces dernières varient surtout selon les politiques des différents pays et l'organisation des services de santé dans chaque pays.

Cette analyse historique nous apporte une leçon intéressante. Elle met en évidence le fait que les affirmations selon lesquelles le vieillissement de la population plongera le système de santé dans les difficultés financières ne sont pas justifiées. Au cours des dernières années, le vieillissement de la population n'a eu qu'un effet limité sur les dépenses. En fait, si le vieillissement de la population était la seule cause de la hausse des dépenses de santé, l'augmentation des dépenses aurait été très modeste. De plus, selon les projections, cette tendance se maintiendra au cours des prochaines années.

Cette analyse indique aussi que la cause principale de la hausse à venir des dépenses de santé sera la croissance du niveau d'utilisation des services par personne chez les personnes âgées. Heureusement, le gouvernement peut influencer le nombre et les types de services qui seront utilisés, comme nous l'expliquerons dans la troisième partie. Le Québec possède donc une certaine marge de manœuvre nous permettant de déterminer quels seront les services prodigués par notre système de santé. Notre destin n'a donc pas déjà été déterminé par le taux de naissances au cours des dernières décennies. Si le Québec le désire, il peut se concentrer sur la provision des services qui rapportent une « valeur sociale » plus élevée. Il s'agit de déterminer les priorités de notre société.

## **B) Les effets de la croissance économique**

Plusieurs analystes et planificateurs du domaine de la santé soutiennent que la croissance économique devrait faciliter l'absorption de la hausse des dépenses de santé. Si l'économie québécoise croît à un taux modeste, il sera facile pour le Québec de faire face à la hausse des dépenses publiques, puisque le gouvernement aura l'argent nécessaire à sa disposition (la croissance économique entraînant une hausse des revenus d'impôts). Cet argument a récemment été mis en doute par Henripin (1994) et par les plus récentes projections démographiques. Nous devons donc préciser jusqu'à quel point la croissance économique facilitera l'absorption des dépenses accrues relatives aux soins de santé et

engendrées par les changements démographiques, y compris le vieillissement de la population.

Nous définissons l'expression « croissance économique » de la façon suivante : *La croissance économique représente l'augmentation de la production totale, le produit intérieur brut (PIB). Elle dépend de deux facteurs, soit l'augmentation de la production totale par employé (c'est-à-dire l'augmentation de la productivité), et l'augmentation du nombre de travailleurs.* Afin de simplifier cette discussion, nous présumerons d'abord que le nombre de travailleurs demeure constant. Ainsi, l'économie croît au même taux que la productivité. Toutefois, étant donné le déclin projeté du nombre de travailleurs au cours des prochaines décennies, nous reviendrons plus tard sur ce point.

Dans les analyses qui suivent, nous centrons l'attention sur les implications du vieillissement et de l'évolution de la population pour le financement public. Tel que projeté par le Groupe de travail, nous faisons l'hypothèse que le taux annuel de la croissance des dépenses publiques sera de 1,5 % à cause des changements démographiques. Nos résultats peuvent être également interprétés comme indicateurs des implications du vieillissement de la population pour le financement public. Toutefois, ces résultats sont pessimistes. Ils surestiment le fardeau financier du vieillissement, parce que, pour les 25 prochaines années, le taux annuel de la croissance des dépenses publiques sera moins que 1,5 %, comme expliqué ci-dessus.

D'abord, examinons le lien entre la croissance économique et les dépenses de santé. Il est important de reconnaître que, en général, la croissance économique nous permet de dépenser plus pour les services de soins et plus pour d'autres produits et services. Considérons premièrement une situation dans laquelle les dépenses en santé augmenteraient au même rythme que la croissance économique. Supposons que le PIB et les dépenses de santé croissent à un rythme de 1 %. Alors, les consommateurs seraient en mesure de consommer 1 % plus de services de santé et 1 % plus d'autres produits et services que par le passé (voir l'illustration 1 pour les détails). Comme les dépenses de santé ne représentent qu'environ 10 % des revenus totaux au Québec, la hausse des frais de santé n'absorbe qu'une partie de l'augmentation de la croissance économique. Ainsi, même si les dépenses de santé augmentent, la croissance économique nous permet de consommer plus de produits et de services<sup>13</sup>.

De plus, même si le taux de croissance des dépenses de santé s'avérait plus élevé que le taux de croissance de l'économie, la société serait toujours en mesure d'acheter plus de

---

13. Pour les problèmes discutés dans cette section, les analystes et planificateurs cherchent généralement à déterminer si le rapport entre les dépenses en santé et le PIB change. Toutefois, des changements à la hausse dans les dépenses de santé par rapport au PIB peuvent avoir des implications différentes pour le niveau de vie de la population. S'il n'y a pas de croissance économique, l'accès aux autres biens et services doit diminuer. Mais, s'il y a de la croissance suffisante, les Québécois peuvent consommer plus de services de santé et davantage d'autres biens et services. Nous utilisons donc ici une méthode d'analyse différente qui a pour avantage d'indiquer plus précisément les changements dans l'accès aux services de santé ainsi qu'à l'accès aux autres biens et services, publics ou privés, qui découlent des changements dans les dépenses de santé et le PIB.

produits et de services que par le passé. Supposons que la production augmente de 1 % tandis que les dépenses de santé augmentent de 2 %. Alors, même si les dépenses de santé ont crû plus rapidement que le PIB, les citoyens seront tout de même en mesure de consommer plus de produits et services que par le passé. L'illustration présentée ci-dessus, indique que la croissance économique permettrait aux citoyens d'augmenter leur consommation de produits et services de 0,9 % (c'est-à-dire de 8 \$).

Le même raisonnement s'applique dans le cas où nous faisons face à un déclin du nombre de travailleurs. Si ce nombre baisse de 0,6 % et si la croissance de la productivité est de 1,6 %, l'effet total serait une hausse des revenus de l'ordre de 1 %, qui serait suffisante pour permettre une augmentation de 1 % de la consommation de soins de santé et une augmentation de 1 % de la consommation des autres produits et services.

### **Illustration 1**

#### **La croissance économique et la hausse des dépenses de santé**

---

##### **Situation de base (2000)**

PIB	<u>1 000 \$</u>
Dépenses de santé	100 \$
Autres produits et services	900 \$

En 2000, la société dépense 100 \$ pour les soins de santé et 900 \$ pour d'autres produits ou services. En 2001, supposons qu'une hausse de la productivité des travailleurs fait passer le PIB à 1 010 \$, soit une hausse de 1 % par rapport à l'année précédente. De plus, supposons que les dépenses de santé augmentent aussi de 1 %. Ces dépenses passent alors à 101 \$. Il reste donc 909 \$ pour d'autres dépenses, soit 9 \$ de plus que l'année précédente. L'accès à d'autres produits et services augmenterait aussi de 1 %.

---

Utilisant ce genre d'analyse, plusieurs analystes ont affirmé que le vieillissement de la population ne causera pas un problème majeur (Barer *et al.* 1995, Denton et Spencer 1995). Même si le taux de croissance des dépenses dépasse le taux de croissance de l'économie, ces analystes argumentent que la hausse des dépenses pourrait être absorbée par la croissance économique et que le vieillissement ne réduirait pas notre niveau de vie. Ces analystes notent aussi que, plus la croissance économique sera rapide, plus notre capacité d'absorber l'accroissement des dépenses de santé découlant du vieillissement de la population sera grande. En effet, si l'économie croît rapidement, les Québécois disposeront de plus de revenus personnels avec lesquels ils pourront financer plus de soins de santé et acheter aussi plus d'autres produits et services. Quant au financement public des services de soins additionnels, avec le système fiscal actuel, les revenus du gouvernement augmenteront avec la croissance économique. De plus, avec une croissance économique rapide, s'il faut augmenter les taux d'impôt pour absorber les dépenses additionnelles, les Québécois seront plus enclins à l'accepter puisque leurs revenus après l'impôt auront augmenté.

Par ailleurs, quelques analystes ne sont pas du même avis. Le Groupe de travail n'a pas tenu compte de la croissance économique dans ses projections des revenus. La raison pour laquelle il omet cette variable tient à la note de pessimisme que Jacques Henripin (1994) apporte quant à l'importance de la croissance économique. Selon lui, la croissance économique ne permettra pas d'enrayer le problème financier du vieillissement de la population.

Afin de saisir l'argument de Henripin, il importe de bien comprendre la méthodologie employée par ceux qui projettent les effets des changements démographiques sur les dépenses de santé. L'illustration 2 dépeint leur méthodologie : Les chercheurs déterminent d'abord les dépenses annuelles moyennes de chaque groupe d'âge au sein de la population. Présumons qu'il y ait deux groupes d'âge, celui composé des personnes de moins de 65 ans et l'autre, composé des personnes âgées de 65 ans et plus. Supposons aussi que les dépenses par personne pour les jeunes soient 1 000 \$ durant l'année de référence (2000) et de 2 000 \$ pour les personnes âgées.

**Illustration 2**  
**L'effet du vieillissement sur les coûts de santé**

Groupe d'âge	Nombre de personnes en l'an 2000	Coûts par personne En l'an 2000	Coûts totaux en l'an 2000
<b>Année de référence (2000)</b>			
- 65	1 000 000	1 000 \$	1,0 milliard \$
65 +	<u>500 000</u>	2 000 \$	<u>1,0 milliard \$</u>
Total	1 500 000		2,0 milliards \$
<b>Année 2020</b>			
-65	500 000	1 000 \$	0,5 milliards \$
65+	<u>1 000 000</u>	2 000 \$	<u>2,0 milliards \$</u>
Total	1 500 000		2,5 milliards \$

Puis, afin de calculer l'effet du vieillissement sur les dépenses de santé en l'an 2020, les chercheurs déterminent le nombre de personnes qui seront dans chaque groupe en 2020 et le multiplient par les dépenses par personne. Supposons par exemple que la population de moins de 65 ans diminue de 500 000 tandis que la population âgée augmente de 500 000 personnes. La conséquence de ce vieillissement de la population serait une augmentation des dépenses de santé de l'ordre de 0,5 milliard, qui passerait de 2,0 à 2,5 milliards de dollars. Si notre PIB augmentait lui aussi de 25 % durant cette période de vingt ans, la société québécoise serait en mesure d'augmenter les dépenses de santé de 25 % et les dépenses pour les autres produits et services de 25 %.

Toutefois, ces calculs sont réalisés en se basant sur l'hypothèse que les dépenses de santé demeurent constantes pour les personnes de moins de 65 ans (1 000 \$) ainsi que pour les personnes âgées (2 000 \$). Les chercheurs supposent que les personnes appartenant aux deux groupes continuent d'utiliser les mêmes services et que ceux-ci sont prodigués aux mêmes coûts que par le passé, c'est à dire que les prix des fournitures (médicaments, bandages etc.) et les salaires des intervenants demeurent constants. Bien qu'il soit raisonnable dans cette analyse d'émettre l'hypothèse que le nombre moyen de services par personne et le prix des fournitures demeurent constants, Henripin prétend qu'il n'est pas judicieux de faire la même hypothèse pour les salaires des intervenants dans le domaine de la santé. Il soutient que la croissance de l'économie devrait entraîner une hausse des salaires réels dans tous les secteurs, incluant celui de la santé. La raison est la suivante : si les salaires réels augmentent dans les autres secteurs de l'économie suite à la croissance économique, les salaires des employés du secteur de la santé devraient aussi augmenter, que ce soit par l'entremise de négociations salariales orchestrées par les syndicats ou par la loi des marchés (des employés dans le secteur de la santé choisissent un emploi dans une industrie mieux rémunérée, le nombre d'employés dans ce secteur diminue et le gouvernement se voit forcer d'augmenter les salaires pour attirer des employés compétents). D'une façon ou d'une autre, nous pouvons nous attendre que les salaires dans le domaine de la santé augmentent à peu près au même rythme que ceux dans les autres secteurs.

Autrement dit, la croissance économique devrait augmenter non seulement le PIB, mais aussi les salaires dans le secteur de la santé. Ainsi, même sans le phénomène du vieillissement de la population, les dépenses de santé devraient augmenter. Supposons que les salaires dans le secteur de la santé augmentent au même taux que les salaires dans les autres secteurs de l'économie et que ceux-ci augmentent au taux de la croissance économique. Étant donné le fait que les salaires représentent actuellement environ 75 % des dépenses dans le domaine de la santé, les dépenses en santé devraient augmenter par environ 75 % de la croissance économique, et ce, même s'il ne survient aucun changement démographique causant l'augmentation de l'utilisation des services. Par conséquent, Henripin conclut que la croissance économique offre très peu de compensation pour la hausse des dépenses due au vieillissement.

Cependant, Henripin est trop pessimiste. L'argument qu'il avance à propos de la hausse des salaires dans le domaine de la santé est aisément justifié; il est difficile de concevoir que les salaires dans le domaine de la santé n'augmentent pas au même rythme que dans les autres secteurs. Toutefois, ceci ne veut pas dire que la croissance économique n'est pas importante. Même si nous acceptons l'hypothèse selon laquelle les salaires dans le secteur de la santé sont liés à l'augmentation de la productivité, la croissance économique peut néanmoins amortir la hausse des dépenses découlant des changements démographiques. En effet, avec une croissance économique modérée, la société québécoise serait en mesure d'avoir accès à plus de services de santé et d'autres produits et services.

Afin de comprendre comment ceci peut être possible, considérons une situation dans laquelle les dépenses publiques dans le secteur de la santé augmentent au taux de 1,5 % par année à cause des changements démographiques (tel que cela est projeté par le Groupe de travail), que les dépenses de santé sont 10 % du PIB et que les salaires dans le secteur de la santé augmentent au même taux que la productivité. Comme les calculs présentés dans l'illustration 3 le démontrent, sans croissance économique, l'accès aux autres produits et services diminuerait de 0,17 % par année (scénario 0). Dans ce scénario, les changements démographiques réduisent l'accès de la société aux autres produits et services et notre niveau de vie diminue un peu. Toutefois, si la croissance économique est de l'ordre de 1 % (scénario 1), l'accès aux services de santé croîtrait de 1,5 %, tandis que l'accès aux autres produits et services augmenterait de 0,86 %. Contrairement au scénario 0, il n'y a pas de réduction dans l'accès aux autres produits et services. De plus, si le taux de croissance venait à atteindre 2 % (scénario 2), l'accès aux autres produits et services augmenterait de 1,88 %. Ainsi, la croissance économique permet d'amortir la hausse des dépenses causée par le vieillissement de la population et d'améliorer aussi son niveau de vie.

Bien sûr, si la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus ne devait pas augmenter, l'augmentation de l'accès aux autres produits et services serait plus grande. Avec un taux de croissance de l'économie de l'ordre de 1 %, l'accès aux autres produits et services augmenterait de 1,03 % au lieu de 0,86 %. Avec un taux de croissance de 2 %, l'augmentation de l'accès à ces autres produits et services serait de l'ordre de 2,03 % au lieu de 1,88 %. Toutefois, ces différences sont minimes puisque les dépenses de santé ne représentent que 10 % du PIB. En conséquence, une hausse de 1 % des dépenses de santé implique une diminution d'un peu plus de 0,1 % des dépenses pour les autres produits et services.

Conséquemment, nous tirons la conclusion que la croissance économique aidera le Québec à absorber la hausse des dépenses en santé attribuable aux changements démographiques. Même si les salaires dans le secteur de la santé augmentent au même rythme que la croissance économique, un taux de croissance rapide est important pour deux raisons. Premièrement, la croissance économique nous permettra d'augmenter notre niveau de vie malgré le vieillissement de la population. Les Québécois disposeront de plus de revenus qu'ils pourront allouer au financement des soins de santé<sup>14</sup> et ils pourront en même temps consommer davantage d'autres produits et services. Quant au financement public des services de soins additionnels, avec notre système fiscal actuel, les revenus du gouvernement augmenteront plus que les revenus personnels.

Deuxièmement, avec une croissance économique rapide, s'il faut augmenter les taux d'imposition pour financer des dépenses publiques additionnelles, les Québécois

---

14. Si l'économie croît rapidement, les Québécois disposeront de plus d'argent qu'ils pourront allouer au financement des soins de santé, que ce soit par l'entremise d'une hausse des taxes, des primes d'assurances ou encore des paiements directs.

l'accepteront plus facilement parce que leurs revenus, après impôts, augmenteront tout de même de façon importante.

### Illustration 3

#### La croissance économique et le fardeau de la hausse des dépenses de santé

---

##### Situation de base (2000)

PIB	1 000 \$
Dépenses de santé (10 % du PIB)	100 \$
Autres dépenses	900 \$

Sources de la croissance des dépenses de santé

* Changements démographiques	1,5 %
* Croissance des salaires	75 % du taux de croissance de la productivité

##### Scénario 0 : Croissance du PIB de 0 %

PIB 2001	<u>1 000,0 \$</u>	
Dépenses de santé	101,5 \$	(= 100 + 1,5)
Autres dépenses	898,5 \$	(= 900 - 1,5)
Résultat : L'accès aux services de santé augmente de 1,5 % et l'accès aux autres produits et services diminue de -0,17 %		

##### Scénario 1 : Croissance du PIB de 1 %

PIB 2001	<u>1 010,00 \$</u>	(= 1 000 + 10)
Dépenses de santé	102,25 \$	(= 100 + 1,5 + 0,75*1)
Autres dépenses	907,75 \$	(= 900 + 10 - (1,5 + 0,75*1) )
Résultat : L'accès aux services de santé augmente de 1,5 % et l'accès aux autres produits et services augmente de 0,86 %		

##### Scénario 2 : Croissance du PIB de 2 %

PIB 2001	<u>1 020 \$</u>	(= 1 000 + 20)
Dépenses de santé	103 \$	(= 100 + 1,5 + 0,75*2)
Autres dépenses	917 \$	(= 900 + 20 - (1,5 + 0,75*2) )
Résultat : L'accès aux services de santé augmente de 1,5 % et l'accès aux autres produits et services augmente de 1,88 %		

---

Plus précisément, cela signifie qu'il sera plus facile de faire face aux dépenses additionnelles en santé si le taux de croissance économique est de 2 % que s'il est de nul. Il est donc essentiel de promouvoir une croissance rapide de l'économie.

Le même argument s'applique à une deuxième critique possible à cette affirmation que la croissance économique nous aidera à absorber la hausse des dépenses en santé, soit que nous ne tenons pas compte du déclin du nombre de travailleurs qui surviendra au cours

des prochaines décennies. L'étude réalisée par le Groupe de travail prévoit que la population en âge de travailler déclinera en moyenne de 0,6 % par année au cours des 40 années à venir. Si ces prédictions s'avèrent justes, un taux de croissance de la productivité de 1 % équivaldrait à une hausse du PIB de seulement 0,4 %.

Même si l'on accepte cet argument, il est toujours possible qu'un taux de croissance économique assez élevé puisse couvrir la hausse des dépenses de santé attribuable au vieillissement et qu'il reste assez d'argent pour permettre à la société québécoise d'augmenter aussi ses dépenses pour les autres produits et services. Considérons l'illustration 4. Nous présumons que le nombre de travailleurs décline de 0,6 % par année et, comme dans l'illustration 3, que la productivité croît de 1 % par année, que les salaires dans le secteur de la santé croissent au même rythme que la productivité et que les changements démographiques entraînent une hausse des dépenses de santé de l'ordre de 1,5 % par année. Dans ce cas, l'accès des Québécois aux services de santé croîtrait de 1,5 % et l'accès aux autres produits et services de 0,19 % seulement.

Bien sûr, dans ce scénario, l'augmentation de l'accès aux autres produits et services sera moins marquée dans la mesure où le nombre de travailleurs n'aura pas diminué. Toutefois, notre niveau de vie ne devrait pas diminuer même si le nombre de travailleurs décline. De plus, comme nous l'avons expliqué ci-dessus, nous considérons que les prévisions sont pessimistes; la hausse du PIB devrait être supérieure à celle qui est prévue.

Nous concluons donc que, avec une croissance raisonnable de la productivité, la hausse des dépenses de santé à cause des changements démographiques ne diminue pas l'accès aux autres produits et services. Il sera possible d'avoir un niveau de vie plus élevé et d'avoir accès aux services de santé plus facilement. De plus, l'ampleur de la croissance économique déterminera l'ampleur du fardeau que les Québécois devront assumer. Plus le taux de croissance économique sera élevé, plus il sera facile de supporter la hausse des frais de santé amenée par les changements démographiques.

## Illustration 4

### La croissance économique et le fardeau de la hausse des dépenses de santé quand le nombre de travailleurs diminue

---

#### Situation de base (2000)

PIB	1 000 \$
Dépenses de santé (10 % du PIB)	100 \$
Autres dépenses	900 \$

#### Sources de la croissance de PIB

* Croissance de la productivité	1,0 %
* Déclin du nombre de travailleurs	- 0,6 %

#### Sources de la croissance des dépenses de santé

* Changements démographiques	1,50 %
* Croissance des salaires	0,75 %
(75 % du taux de croissance de la productivité (1 %))	

#### Résultat (l'année 2001)

PIB 2001	1 004,00 \$	(= 1 000 + 10 - 6)
Dépenses de santé	102,25 \$	(= 100 + 1,5 + 0,75*1)
Autres dépenses	901,75 \$	(= 900 + 4 - (1,5 + 0,75*1) )

Résultat : L'accès aux services de santé augmente de 1,5 % et l'accès aux autres biens et services augmente de 0,19 %

---

## C) Les changements technologiques dans le secteur de la santé

L'autre source de la hausse des frais liés aux soins de santé, qui a aussi attiré beaucoup d'attention, provient des changements technologiques. Plusieurs s'accordent pour dire que de nouvelles méthodes de diagnostics, de nouvelles procédures chirurgicales ainsi que de nouveaux médicaments viendront augmenter les coûts de la provision pour les services de santé. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (2000), la hausse des dépenses de santé attribuable aux changements technologiques serait de l'ordre de 1,5 % en moyenne par année au cours des prochaines décennies.

Cette prévision n'est toutefois pas clairement justifiée. Par exemple, il est difficile de comprendre ce que les planificateurs entendent lorsqu'ils prédisent une hausse du nombre de services de santé liée aux changements technologiques. Ils désignent certainement les services additionnels qui découlent de l'introduction de nouvelles méthodes utilisées pour diagnostiquer et traiter certaines maladies. Incluent-ils aussi la hausse des services qui ne sont pas liés aux innovations technologiques? Comme nous l'avons expliqué

précédemment dans ce rapport, Barer *et al.* (1995), Demers (1995) et d'autres chercheurs suggèrent que ce sont ces derniers changements qui ont entraîné la hausse des dépenses de santé au cours des dernières décennies.

Lors de nos calculs, nous utiliserons l'hypothèse du Ministère, selon laquelle les changements technologiques augmenteront les dépenses en santé de 1,5 % par année en moyenne. Lorsque combinée avec la hausse de 1,5 % des dépenses découlant des changements démographiques, cette prévision implique une hausse annuelle totale des dépenses de santé de l'ordre de 3 %. La croissance économique pourrait absorber une partie des coûts additionnels. L'illustration 5 illustre cette affirmation. Étant prudents, nous supposons, comme dans nos calculs précédents, que le nombre de travailleurs décline de 0,6 % annuellement. Même si la hausse de la productivité devait être modeste, la hausse des dépenses de santé n'implique pas de diminution de l'accès aux autres produits et services. Si la productivité croît à un taux de 1 % (scénario 1), l'accès aux autres produits et services restera inchangé. Toutefois, si la productivité croît à un taux plus élevé, le niveau de vie augmentera lui aussi. Finalement, si elle croît à un taux de 2 % (scénario 2), l'accès aux autres produits et services augmentera de 1,06 %.

Bien sûr, sans les changements démographiques et sans changements technologiques, l'augmentation de l'accès aux autres produits et services serait plus grande. Cependant, la différence serait minime. Dans l'exemple ci-dessus, avec un taux de croissance de la productivité de 2 %, le PIB augmenterait de 1,40 % et l'accès aux autres produits et services de 1,38 % au lieu de 1,06 %. En conséquence, le vieillissement de la population et les changements technologiques réduiraient la croissance de notre accès aux autres produits de seulement 0,32 points de pourcentage. La différence serait de 0,33 points de pourcentage avec un taux de croissance de la productivité de 1 %. De telles différences ne devraient pas causer de crise financière. Les différences sont minimes parce que les dépenses de santé ne représentent que 10 % du PIB. En conséquence, une hausse de 1 % des dépenses de santé implique une diminution d'un peu plus que 0,1 % des dépenses pour les autres produits et services.

Néanmoins, même s'il n'y a pas de crise financière, le Québec devrait se préoccuper de la hausse des dépenses causée par les changements démographiques et les innovations technologiques. Cette hausse sera causée par une augmentation de l'usage des services coûteux. Supposons qu'une partie importante des services additionnels apporte peu d'amélioration à la santé des patients ou qu'ils sont prodigués de façon non efficace. Il s'agit donc de services qui n'en valent pas vraiment la peine sur le plan économique. En conséquence, si le Québec peut éviter l'utilisation de services inefficaces, le bien-être de notre société sera amélioré. La hausse des dépenses serait moins élevée et donc l'accès aux autres produits et services serait facilité.

## Illustration 5

### La croissance économique et le fardeau financier suite aux changements démographiques et aux innovations technologiques

---

#### Situation de base (2000)

PIB	1000 \$
Dépenses de santé (10 % du PIB)	100 \$
Autres biens	900 \$

#### Sources de la croissance du PIB

* Croissance de la productivité	
* Déclin du nombre de travailleurs	-0,6 %

#### Sources de la croissance des dépenses de santé

* Changements démographiques	1,50 %	
* Changements technologiques	1,50 %	
* Croissance des salaires	75 %	du taux de croissance de la productivité

#### Scénario 1 : Croissance de la productivité de 1 %

PIB	1 004,00 \$	(= 1000 + 10 - 6)
Dépenses de santé	103,75 \$	(= 100 + 1,5 + 1,5 + 0,75*1)
Autres dépenses	900,25 \$	(= 900 + 4 - (1,5 + 1,5 + 0,75*1) )

Résultats : L'accès aux services de santé augmente de 1,5 % et l'accès aux autres biens et services augmente de 0,03 %

#### Scénario 2 : Croissance de la productivité de 2 %

PIB	1014,00 \$	(= 1000 + 20 - 6)
Dépenses de santé	104,50 \$	(= 100 + 1,5 + 1,5 + 0,75*2)
Autres dépenses	909,50 \$	(= 900 + 14 - (1,5 + 1,5 + 0,75*2) )

Résultat : L'accès aux services de santé augmente de 1,5 % et l'accès aux autres biens et services augmente de 1,06 %

---

De plus, il importe aussi de comprendre que le Québec peut jouer un rôle sur l'augmentation des dépenses. Dans nos calculs ci-dessus, nous présumons que les dépenses de santé augmentent de 1,5 % par année en raison des changements démographiques et de 1,5 % en raison des changements technologiques. Toutefois, nous ne devrions pas conclure qu'une hausse des dépenses de 3,0 % par année en moyenne est inévitable. La société québécoise dispose d'une certaine marge de manœuvre. Il est vrai que le vieillissement de la population a été déterminé en grande partie à l'avance par le nombre de naissances au cours des dernières années. Toutefois, le Québec peut certainement influencer l'augmentation des dépenses de santé attribuable à l'augmentation du nombre moyen de services par personne et le coût des services utilisés. Les services utilisés par personne ainsi que leurs coûts sont déterminés par les décisions

des chercheurs, des médecins, des autres professionnels de la santé, des patients, des gestionnaires du système de santé, etc. Si le Québec le veut, il est en mesure d'influencer leurs décisions et, par conséquent, l'augmentation des dépenses à venir.

Par exemple, le Québec peut modifier l'effet des innovations technologiques sur les dépenses. Au cours des 30 dernières années, quoique certaines innovations aient augmenté les dépenses, d'autres ont permis une réduction des dépenses. Quoique les nouveaux traitements et les nouvelles thérapies, qui ont une incidence directe sur les dépenses de santé, reçoivent le plus d'attention, mais il existe aussi plusieurs innovations qui réduisent les dépenses de santé :

- nouvelles méthodes permettant de gérer les problèmes de santé à un coût moindre (les chirurgies d'un jour, certains médicaments qui traitent des maladies mentales et éliminent la nécessité d'hospitaliser les patients pour de longues périodes de temps);
- nouvelles méthodes permettant de réduire les coûts de production de certains services (buanderie, repas);
- nouvelles méthodes de gestion plus efficaces (gestion informatisée).

En conséquence, l'effet des innovations technologiques sur les dépenses de santé au cours des prochaines décennies dépendra de la nature de ces innovations. Si la plupart sont dispendieuses, les innovations technologiques causeront une hausse des dépenses de santé. Toutefois, si la plupart ont pour effet de réduire les coûts, les innovations technologiques n'augmenteront pas nécessairement les dépenses de santé. En conséquence, il est important de se demander si le Québec a la capacité d'influencer le type d'innovations qui seront introduites. Autrement dit, il devrait dès maintenant trouver des façons d'encourager le développement et l'implémentation d'innovations permettant de réduire le coût des services. Alors, le Québec serait en mesure de réduire la hausse de dépenses attribuable aux changements technologiques. Nous reviendrons à cette question dans la prochaine partie.

Il y a aussi une deuxième façon d'influencer les dépenses de santé. Des chercheurs, des planificateurs et des décideurs dans le domaine de la santé se préoccupent déjà depuis plusieurs années de l'augmentation des dépenses découlant de la hausse de l'utilisation des services de santé. En particulier, ils s'interrogent sur l'efficacité de ces services additionnels et cherchent à déterminer si la valeur des bénéfices apportés par ces services justifie leurs coûts additionnels. Pour plusieurs services, il est très difficile de trouver une réponse à cette question. La littérature scientifique sur ce problème est très étendue. Barer (1995), qui a porté sa réflexion sur l'augmentation de l'utilisation des services de santé par les personnes âgées dans les trente dernières années, a remarqué qu'il y a beaucoup d'incertitude à propos de « l'efficacité et la pertinence des changements observés dans les tendances de pratique médicale<sup>15</sup> ».

---

15. Barer *et al.* (1995), p. 218-220.

Pour éviter une hausse des dépenses non justifiée au cours des prochaines années, le Québec pourrait donc mieux évaluer les services et examiner leurs coûts. Il pourrait aussi tenter de limiter les services additionnels à ceux qui sont efficaces et pour lesquels la valeur des bénéfices justifie les coûts additionnels. Ce sujet sera traité dans la prochaine section.

#### **D) Le Québec n'est pas seul à faire face au vieillissement de sa population**

Comme nous l'avons déjà indiqué, les autres provinces, les États-Unis et plusieurs autres pays feront face au même problème engendré par le vieillissement de leurs populations (voir Tableau 2). Ainsi, il est dans l'intérêt de tous ces pays, et non seulement du Québec, d'investir dans la recherche et le développement de méthodes visant à réduire les coûts associés au traitement des personnes âgées. Plusieurs pays effectuent des études ayant pour but de déterminer l'efficacité de divers traitements de même que les traitements les plus abordables. Le Québec devrait être en mesure de profiter grandement des résultats de ces recherches. Il faudrait donc développer des stratégies pour chercher et utiliser cette information. Nous reviendrons à cette question dans la prochaine partie.

De plus, il importe de comprendre que les coûts associés aux soins de santé vont probablement augmenter dans tous les pays, et non seulement au Québec. Ainsi, la position compétitive du Québec au sein de l'économie globale ne devrait pas être touchée de façon importante par le vieillissement de notre population. Peu importe leur système de santé, tous les pays devront prévoir des sommes supplémentaires pour couvrir les dépenses liées aux soins de santé. À cet effet, ils devront augmenter les impôts et taxes pour les particuliers et les employeurs, ou encore, augmenter les primes d'assurance des familles et des employeurs. De plus, certains patients pourraient avoir à payer eux-mêmes les services de santé qu'ils consomment. De cette façon, même si le Québec devait augmenter les taxes et les impôts, il ne serait pas trop désavantagé par rapport à ses compétiteurs, et ce, même si les dépenses de santé devaient croître.

### **3. LES CONSÉQUENCES SUR LES POLITIQUES SOCIALES**

Comme nous l'avons vu précédemment, les projections les plus récentes suggèrent que les changements démographiques, y compris le vieillissement de la population, augmenteront les dépenses de santé au cours des prochaines décennies. Nous discutons ici de trois types de stratégies possibles pour alléger le fardeau de ces augmentations :

- encourager la croissance économique rapide et soutenue de façon à alléger le fardeau financier;
- améliorer la performance de notre système de santé de façon à réduire l'augmentation des dépenses;
- augmenter le rôle du financement privé pour couvrir l'augmentation des dépenses de santé de façon à réduire le fardeau du gouvernement et des contribuables.

La troisième stratégie sera explorée plus en détail que les deux autres puisqu'elle reçoit généralement plus d'attention au sein des débats actuels sur le vieillissement de la population. Cette stratégie sera abordée dans la quatrième partie.

Une remarque préliminaire : il est primordial de comprendre que le Québec dispose d'un certain laps de temps pour développer des politiques solides en ce qui concerne le vieillissement. Il n'est donc pas nécessaire d'implanter rapidement une solution au cours des six à douze prochains mois. Le vieillissement ne créera aucun nouveau problème. En effet, comme nous l'avons déjà noté, l'augmentation des dépenses se manifesterait assez lentement. De plus, les répercussions du vieillissement sur les dépenses de santé au Québec ne devraient pas être très différentes au cours des années à venir de celles des années passées. Au cours des dernières décennies, les changements démographiques n'ont pas créé de sérieux problèmes de financement.

#### **A) Encourager la croissance économique**

Comme nous l'avons déjà expliqué, la croissance économique peut aider le Québec à minimiser le fardeau financier du vieillissement de la population et nous offrir aussi plus de ressources pour améliorer notre niveau de vie. Il est certain que le vieillissement ne forcera pas les Québécois à réduire leur niveau de vie. Le Québec devrait avoir accès à plus de services de santé ainsi qu'à plus d'autres produits et services, même si la croissance économique est seulement modeste.

Ainsi, en encourageant la croissance économique au Québec, nous pouvons faciliter le financement de l'augmentation des dépenses de santé. Plus le taux de croissance sera élevé, plus le revenu réel des Québécois sera grand. Étant donné notre système d'imposition, ceci se traduira aussi par une augmentation des revenus gouvernementaux. De plus, si une augmentation limitée des impôts devenait nécessaire, il serait plus facile de convaincre les citoyens de l'accepter car leur niveau de vie augmentera tout de même beaucoup.

Le gouvernement du Québec devrait donc encourager l'implantation de politiques visant à encourager une croissance économique vigoureuse. Plusieurs options sont possibles. Par exemple, on pourrait insister davantage sur l'éducation. En effet, si les travailleurs de demain sont plus instruits, ils seront en mesure d'être plus productifs et d'augmenter la croissance économique. Les politiques pour encourager l'éducation peuvent prendre plusieurs formes : une campagne contre le décrochage, de nouveaux programmes pour les métiers de pointe, des programmes de prêts et bourses plus généreux, des frais de scolarité moins élevés, etc. Une autre façon de faciliter une croissance plus vigoureuse serait que le Québec, de concert avec les autres provinces, tente d'influencer les politiques de croissance économique du gouvernement fédéral. Le taux canadien de croissance a été faible au cours des dix dernières années, et, en conséquence, celui de la croissance québécoise.

## **B) Améliorer la performance du système de santé**

Nous présentons ici brièvement trois stratégies qui sont souvent proposées afin d'améliorer l'efficacité du système de santé. L'adoption de ces stratégies améliorerait la santé des Québécois et réduirait l'augmentation des dépenses de santé. De plus, même si les dépenses augmentaient, la société québécoise aurait une meilleure raison de croire que les augmentations étaient justifiées.

### **1) La prévention des maladies**

D'abord, il serait possible de donner encore plus d'importance à la prévention des maladies. La littérature sur la prévention est très étendue, allant des discussions des propositions spécifiques (par exemple, la réduction du tabagisme) à des analyses des limites de telles stratégies (par exemple, l'incertitude quant à l'étendue de la réduction possible des coûts avec la prévention). Plusieurs planificateurs ont suggéré qu'on devrait donner plus d'importance à la prévention (Evans *et al.*, 1994). La Commission Rochon (1987) a mis l'accent sur l'importance de promouvoir l'utilisation de stratégies préventives. Le Conseil économique du Canada (1987) mentionne aussi l'utilisation de stratégies préventives visant à réduire les dépenses de santé pour les personnes âgées ainsi qu'améliorer la santé de celles-ci.

Afin d'encourager le développement de cette stratégie, le gouvernement pourrait peut-être mandater le Conseil de la santé et du bien-être de concevoir des programmes de prévention prometteurs. Pour être attrayants, les programmes devraient réduire les dépenses de santé, et les économies ne devraient pas être dominées par des effets négatifs sur la santé.

## 2) L'efficacité du système de santé

L'amélioration de l'efficacité du système de santé réduirait l'ampleur de la hausse des dépenses. Pour ce faire, il faudra porter plus d'attention à la façon dont le système est organisé et administré. Les études portant sur ce type de réforme sont trop nombreuses pour être discutées ici en détail, mais certains thèmes sont récurrents (Soderstrom 1994) :

- projets pour améliorer la gestion du système de santé, dont une décentralisation importante de la gestion (régionalisation) et une meilleure information sur l'utilisation appropriée des services (par exemple, l'évaluation des technologies nouvelles);
- projets pour améliorer le comportement des personnes et institutions responsables de produire les services, dont une modification des systèmes de paiement des hôpitaux et des médecins (par exemple, paiement par personne traitée);
- projets pour améliorer l'utilisation de la main-d'œuvre (par exemple, la substitution des omnipraticiens par des infirmières);
- projets visant à réduire le nombre de personnes utilisant les services hospitaliers, en particulier une augmentation de l'utilisation des services de soins à domicile et d'autres services assumés par la communauté.

Pour ce qui est des mesures plus spécifiques au problème du vieillissement de la population, il sera important de mesurer l'efficacité avec laquelle les problèmes des personnes âgées sont résolus ou du moins gérés. Comme nous l'avons déjà expliqué, plusieurs chercheurs soutiennent qu'il y a beaucoup d'incertitude quant à la valeur des avantages pour la santé apportés par l'utilisation de plusieurs services par les personnes âgées au cours des 30 dernières années. De plus, on se demande si les avantages valent les coûts additionnels de ces services (Barer *et al.* 1995).

La hausse des dépenses ne se manifesterait pas dans un avenir rapproché. Il est donc propice de mandater maintenant une organisation pour évaluer au cours des prochaines années la façon dont les problèmes de santé majeurs des personnes âgées seront gérés. Les résultats devraient aider le Québec à mieux gérer ces problèmes au cours des prochaines décennies. Peut-être que le gouvernement devrait accorder ce mandat à l'Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé<sup>16</sup>.

Finalement, le Québec pourrait encourager la fourniture de certains services par le secteur privé lorsque des recherches utilisant des méthodes valables indiquent que cette privatisation peut améliorer l'efficacité économique. Toutefois, les études qui ont été réalisées à ce sujet jusqu'à maintenant ont tendance à rejeter l'hypothèse populaire selon laquelle le secteur privé est plus efficace que le secteur à but non lucratif. Il existe pourtant une exception : il semblerait que, pour ce qui est de l'hébergement des

---

16. Cette nouvelle agence succède au Conseil d'évaluation des technologies de la santé.

personnes âgées, les centres d'hébergement privés soient plus efficaces que ceux qui sont publics<sup>17</sup>.

### 3) Les nouvelles technologies

Il sera impératif de faciliter le développement et l'adoption des nouvelles technologies permettant au Québec de réduire ses coûts de soins de santé. Comme nous l'avons expliqué plus haut, cette stratégie nous permettra de limiter l'augmentation des dépenses de santé dues au vieillissement et aux nouvelles technologies coûteuses.

Aujourd'hui, l'amélioration de l'efficacité du système de santé est un but louable, comme nous l'avons déjà mentionné. Toutefois, le vieillissement de la population est un phénomène qui durera environ 30 ans, et il ne sera pas possible de le compenser année après année en rationalisant le système. Le Québec doit donc adopter une autre stratégie lui permettant d'améliorer l'efficacité du système de santé de façon constante : il devrait faciliter l'introduction continue de nouvelles technologies qui réduiront les coûts de santé. Ces nouvelles technologies pourraient réduire les besoins pour certains services dispendieux (par exemple, le développement des nouveaux programmes de prévention), réduire les coûts de production de certains services (par exemple, les radiographies, la buanderie, la gestion) et réduire les coûts associés à la gestion de certains problèmes de santé particuliers (par exemple, la chirurgie d'un jour).

Le Québec pourrait utiliser au moins deux méthodes afin d'encourager ce genre de changement technologique : premièrement, le gouvernement pourrait choisir d'allouer une plus grosse part de son budget de recherche et développement pour des projets qui visent à développer ce type des nouvelles technologies. Bien entendu, le bien-être d'une société peut être amélioré par la découverte de nouvelles technologies dispendieuses pour traiter les maladies sérieuses. Toutefois, le bien-être des Québécois peut aussi être amélioré par la découverte de technologies plus économiques permettant de traiter les patients ou de produire certains services. Les ressources qui sont épargnées peuvent être

---

17. Voici un petit sommaire de la littérature : (a) Plusieurs études américaines concluent que les hôpitaux publics et privés aux États-Unis ont des coûts et une qualité de soins similaires. Toutefois, les hôpitaux privés réclament des frais plus élevés (Keeler 1992; Vita 1990, Watt 1986; Zuckerman et.al 1994). (b) Aux États-Unis, les cliniques à but lucratif offrant des soins de dialyse ont des coûts moins élevés, mais la qualité des soins est inférieure à ceux qui sont offerts dans les cliniques à but non lucratif (Garg 1999; Griffiths 1994). (c) De Coster (1998) observe que les cliniques privées offrant des chirurgies pour les cataractes au Manitoba attirent plusieurs clients mais que l'existence de telles cliniques réduit l'accès aux soins publics pour ceux qui ne sont pas prêts à payer les 1000 \$ que coûte l'opération. (d) Plusieurs études réalisées aux États-Unis démontrent que les clients de médecins qui possèdent un intérêt dans des cliniques effectuant des tests de laboratoire, des services d'imagerie ainsi que des services de physiothérapie ont plus de chance de se voir prescrire de tels services (Hilman 1990). (e) Finalement, il existe au moins un service pour lequel la privatisation semble être indiquée. Plusieurs études réalisées aux États-Unis indiquent que les foyers pour personnes âgées privés réclament des frais moindres que les institutions publiques tout en prodiguant la même qualité de soins (Aaronson 1994, Holmes 1996).

utilisées pour produire et consommer une plus grande quantité d'autres produits et services, publics et privés.

Deuxièmement, le gouvernement pourrait encourager l'utilisation de nouvelles technologies qui ont été développées à l'étranger et qui réduisent les coûts. Comme nous l'avons déjà noté, plusieurs autres provinces et pays auront aussi un avantage financier à concevoir de telles technologies, puisqu'ils feront face eux aussi aux problèmes engendrés par le vieillissement de la population. Afin d'encourager l'utilisation des technologies créées à l'étranger, le gouvernement pourrait mandater l'Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé pour cerner et évaluer les nouvelles technologies conçues ailleurs et qui pourraient potentiellement réduire les coûts des soins au Québec.



## **4. UN RÔLE PLUS IMPORTANT POUR LE FINANCEMENT PRIVÉ ?**

Comme nous l'avons indiqué dans la première partie, le Groupe de travail prévoit une augmentation des dépenses publiques de l'ordre de 1,5 % par année au cours des 40 prochaines années à cause des changements démographiques. Ce taux d'augmentation, comme nous l'avons démontré dans la deuxième partie, ne devrait pas provoquer de crise financière au sein de la société québécoise. Nous examinons ici en détail les retombées de cette augmentation sur les finances publiques. Plusieurs analystes argumentent que le gouvernement ne devra pas augmenter son financement pour les services de santé. Selon eux, afin de trouver du financement additionnel, il devrait avoir recours à plus de financement privé. Nous considérons deux aspects de cette question ici : premièrement, la hausse des dépenses de santé provoquera-t-elle un problème financier majeur pour le gouvernement ? Plusieurs prétendent que le financement privé est nécessaire afin d'éviter une crise majeure. Deuxièmement, quel serait l'effet du financement privé additionnel sur l'efficacité économique et l'équité sociale ? Même si une crise est peu probable, on peut se demander s'il est préférable d'augmenter le financement public plutôt que le financement privé pour absorber la hausse des dépenses.

### **A) Les répercussions des changements démographiques sur les budgets gouvernementaux**

Afin de déterminer les répercussions du vieillissement de la population et de l'évolution de la population totale sur les budgets gouvernementaux, il faut comparer les revenus additionnels nécessaires à cause du vieillissement avec les revenus additionnels disponibles. Plus précisément, il faut comparer l'augmentation des revenus publics nécessaires pour absorber la hausse projetée des dépenses de santé et l'augmentation projetée des revenus publics.

Considérons d'abord la croissance des revenus nécessaires pour faire face à la hausse des dépenses. Bien qu'une augmentation de 1,5 % par année de ces dépenses soit prévue au cours des 30 prochaines années, cela ne signifie pas que les revenus de l'État devront eux aussi augmenter de 1,5 % par année. En effet, les dépenses de santé représentent environ un tiers des dépenses du gouvernement québécois. Ainsi, comme il est indiqué dans l'illustration 6, scénario 1, une hausse de seulement 0,5 % des recettes fiscales serait requise pour financer une croissance de 1,5 % des dépenses de santé. (Si nous tenons également compte de la hausse projetée des dépenses causée par l'introduction de nouvelles technologies, les dépenses de santé devraient augmenter de 3 % par année, ce qui implique que les recettes fiscales devront croître de 1 % par année (scénario 2)).

Toutefois, il est intéressant aussi de noter que ces taux de croissance des dépenses de 1,5 % ou de 3 % ne tiennent pas compte des mesures que nous avons suggérées précédemment pour améliorer l'efficacité. Supposons que ces mesures aient du succès et que le taux annuel de croissance des dépenses de santé soit limité à environ 1 % ou 2 %.

Alors, le taux de croissance des revenus publics nécessaire serait d'environ 0,33 % (0,67 %) (scénarios 3 et 4).

Considérons maintenant la croissance projetée des revenus gouvernementaux. Ceux-ci devraient augmenter, et ce pour un certain nombre de raisons. Étant donné le régime actuel d'imposition, le Groupe de travail (2000) prédit que les revenus du gouvernement devraient augmenter de 9 % entre 1998 et 2030, soit une hausse de 0,3 % par année<sup>18</sup>. Cette projection tient compte du déclin projeté du nombre de travailleurs ainsi que des impôts additionnels payés par une population de personnes âgées en pleine expansion. L'écart qui demeure entre la hausse des dépenses publiques nécessaires (0,5 à 1 %) et la hausse des revenus publics projetés (0,3 %) semble faible (voir Illustration 6, les scénarios 1 et 2). Si les mesures prises pour améliorer l'efficacité réduisent les dépenses futures, l'écart sera plus petit (scénarios 3 et 4).

### Illustration 6

#### Les revenus nécessaires comparés aux revenus disponibles

##### Situation de base

Dépenses de santé (33 % des revenus publics totaux)	100 \$
Revenus totaux publics	300 \$

##### Scénario 1 : les dépenses de santé augmentent de 1,5 % par année

La hausse de financement nécessaire	1,50 \$
Le taux de croissance des revenus totaux nécessaires	0,5 %
Le taux de croissance des revenus projetés	0,3 %

5

##### Scénario 2 : les dépenses de santé augmentent de 3,0 % par année

La hausse de financement nécessaire	3,00 \$
Le taux de croissance des revenus totaux nécessaires	1,0 %
Le taux de croissance des revenus projetés	0,3 %

##### Scénario 3 : les dépenses de santé augmentent de 1,0 % par année

La hausse de financement nécessaire	1,00 \$
Le taux de croissance des revenus totaux nécessaires	0,33 %
Le taux de croissance des revenus projetés	0,3 %

##### Scénario 4 : les dépenses de santé augmentent de 2,0 % par année

La hausse de financement nécessaire	2,00 \$
Le taux de croissance des revenus totaux nécessaires	0,67 %
Le taux de croissance des revenus projetés	0,3 %

Le Groupe de travail ne considère pas cependant l'effet de la croissance économique sur les revenus gouvernementaux dans ses prédictions. Comme nous l'avons expliqué dans la

18. Groupe de travail (2000), p. 49.

deuxième partie, même si les salaires dans le système de santé augmentent au même taux que la croissance économique, celle-ci nous aidera tout de même à faire face à la hausse des dépenses engendrées par le vieillissement. Avec la croissance économique, les revenus publics augmenteraient de plus de 0,3 % par année. Mentionnons également que notre système actuel d'imposition progressif fait en sorte que lorsque les salaires augmentent, plus de personnes se retrouvent dans les couches d'imposition plus élevées et donc le taux d'augmentation des revenus des gouvernements dépasse le taux de croissance économique.

En outre, le gouvernement fédéral vient tout juste de promettre une augmentation substantielle des transferts fédéraux dans le domaine de la santé pour les cinq prochaines années. Il est raisonnable de s'attendre que ces transferts continuent d'augmenter un peu au cours des années à venir.

En conséquence, les données disponibles suggèrent que le vieillissement de la population et l'évolution de la population ne devraient pas provoquer une crise financière pour le gouvernement. Avec le système fiscal québécois actuel, il nous semble raisonnable de s'attendre que le gouvernement soit en mesure d'absorber la hausse des dépenses de santé attribuable au vieillissement au cours des 30 prochaines années. Toutefois, si le gouvernement réduit de façon marquée les taux d'imposition, il pourrait trouver difficile de financer des hausses de dépenses de santé dans le futur.

## **B) Les effets de l'augmentation du financement privé**

Même si on ne prévoit pas de crise financière, on peut se demander s'il est préférable d'augmenter le financement public plutôt que le financement privé afin de réduire le fardeau financier du gouvernement et des contribuables en ce qui a trait aux soins de santé. Il nous faut donc comparer les effets d'une augmentation du financement public à ceux d'une augmentation du financement privé, c'est-à-dire que nous considérons ici les différences de l'une ou l'autre augmentation sur l'efficacité de l'économie québécoise et l'équité sociale.

Le financement de certains services pourrait être privatisé de plusieurs façons. Les patients pourraient payer eux-mêmes, au moyen d'une assurance privée, certains services, en particulier les services prodigués par des cliniques privées. (En ce moment, le coût d'un examen de la vue n'est pas couvert par notre régime public pour les personnes âgées de 18 à 65 ans. Il existe aussi certaines cliniques à Montréal où les patients peuvent obtenir une image MRI plus rapidement, à condition d'être en mesure de payer.) Un ticket modérateur (frais d'utilisateur) serait une autre possibilité pour les services hospitaliers et médicaux. La forme particulière de cette privatisation n'est pas utile pour la discussion qui suit; les résultats sont les mêmes, quelle que soit la formule utilisée.

Pour justifier le financement privé, il n'est pas suffisant de démontrer qu'il réduirait les dépenses publiques. Si le rôle du financement privé augmentait, les dépenses publiques diminueraient probablement. Supposons que les frais augmentent de 1 000 \$

conséquemment au vieillissement de la population et que les personnes âgées paient ces 1 000 \$. De cette façon, les dépenses en santé du gouvernement demeureraient inchangées; elles n'augmenteraient pas de 1 000 \$. Toutefois, les dépenses totales (publiques et privées) de santé augmenteraient quand même de 1 000 \$ pour les Québécois. En conséquence, en lui-même, ce changement dans le mode de financement ne profite pas aux Québécois. Même avec le financement privé, la hausse des dépenses totales attribuable au vieillissement demeure la même, soit 1 000 \$. Cette privatisation ne fait donc que redistribuer le fardeau financier des contribuables aux patients.

Les économistes s'accordent pour dire que, pour que le financement privé soit justifié, il est nécessaire de démontrer qu'il améliore soit l'efficacité économique, soit l'équité sociale. Nous examinons ici ces deux possibilités. Ces questions sont vastes et nous ne pouvons pas prétendre offrir ici une analyse complète de tous ses aspects. Une discussion complète serait trop complexe et trop longue. Nous nous limiterons donc ici à résumer certains des points-clés. Toutefois, nos conclusions sont les mêmes que celles que nous aurions obtenues si nous avions présenté une analyse exhaustive de la question.

### **1) Effets du financement privé sur l'efficacité économique**

La privatisation du financement serait peut-être en mesure d'améliorer l'efficacité économique si elle rendait le système de santé ou l'économie générale plus efficace. Ici, nous considérons la possibilité d'obtenir au moins l'un de ces résultats.

#### *Effacité du système de santé*

Si le Québec augmentait le rôle du financement privé, il y aurait probablement un impact négatif sur l'efficacité du système de santé parce qu'il est probable que la privatisation de l'assurance privée entraîne une augmentation des frais d'administration du système de santé. Woolhandler et Himmelstein (1991) comparent les coûts d'administration au Canada et aux États-Unis. Le système de santé américain dépend en grande partie du financement privé. Ces chercheurs démontrent que les coûts d'administration du système américain sont plus élevés que les coûts du système canadien et que la différence est substantielle. Les Américains dépensent 2,5 % de leur PIB en coûts d'administration pour leur système de santé, tandis que le pourcentage pour le Canada est de 0,5 %. La privatisation augmente ces coûts pour trois raisons distinctes, soit les coûts plus élevés associés à la vente de polices d'assurance, les coûts plus élevés de perception des primes d'assurance et les coûts administratifs beaucoup plus élevés liés au paiement des factures.

Considérons ensuite la possibilité que les patients paient eux-mêmes une partie de leurs services. Il existe beaucoup de travaux portant sur l'effet des tickets modérateurs sur l'efficacité du système de santé, et les résultats s'appliquent aussi aux situations où les patients paient la totalité des frais pour les services dans les cliniques privées. La plupart de ces travaux indiquent que les tickets modérateurs n'améliorent pas l'efficacité d'un système de santé (Evans 1995, Rice 1998, Soderstrom 1987). La Saskatchewan a imposé pour les services hospitaliers et médicaux des frais d'utilisation élevés entre 1968 et

1972. Toutefois, les coûts totaux (publics et privés) pour ces services sont demeurés inchangés (Beck et Horne 1980). De plus, lorsque les gens réduisent leur consommation de services de santé lorsqu'ils doivent payer pour obtenir ces services, ils n'éliminent pas uniquement des services qui ont peu d'importance pour leur santé, ils peuvent également se priver de soins essentiels (Lohr 1986). Lorsqu'un ticket modérateur important a été introduit au Québec pour l'acquisition de médicaments par les personnes âgées, le coût total des médicaments pour ce groupe a diminué. Cependant, ce ticket modérateur a eu un effet pervers sur la santé des personnes âgées (Tamblyn 1999). En conséquence, il n'est pas évident que l'usage d'un ticket modérateur ait amélioré l'efficacité de notre régime d'assurance médicaments.

### *Efficacité de l'économie générale*

L'argument conventionnel veut que, si l'on augmente le rôle du financement privé, il soit possible d'améliorer l'efficacité de l'économie. Le raisonnement est le suivant : la réduction des dépenses de santé absorbées par le gouvernement se traduirait en une baisse d'impôts pour les contribuables. Si les impôts étaient moins élevés, les travailleurs auraient un revenu net plus élevé et ils auraient donc plus d'incitatifs financiers à travailler davantage et à économiser plus d'argent, ce qui pourrait encourager les investissements. De plus, les entreprises trouveraient le Québec plus attrayant.

Il y a toutefois des problèmes avec ce raisonnement. Ce projet exigerait que les ménages paient eux-mêmes une partie des frais de leurs services de santé (ou du moins, ils devraient souscrire à une assurance privée, ce qui entraînerait des frais d'administration plus élevés). En conséquence, le niveau de vie des Québécois ne s'améliorerait pas nécessairement, parce que les fonds épargnés à l'impôt devraient en partie être utilisés pour couvrir ces frais. De plus, à l'instar des Américains, les travailleurs québécois feraient pression sur leurs employeurs pour qu'ils aient une assurance privée. Ceci se traduirait en une augmentation des coûts pour les employeurs. En conséquence, lorsque nous considérons les effets économiques nets des réductions d'impôts et des diverses augmentations des coûts des primes d'assurance privée pour la population et les employeurs, il n'est pas évident que le financement privé aurait un effet positif important sur l'efficacité de l'économie.

## **2) Effets du financement privé sur l'équité sociale**

Nous concentrons maintenant notre attention sur l'argument familier selon lequel le financement privé réduit l'équité sociale. Dans cette perspective, on pourrait justifier une augmentation du financement privé si on pense que les riches sont surimposés par rapport aux personnes ayant des revenus moins élevés. Toutefois, beaucoup de discussions sur l'équité sociale se concentrent sur la situation des personnes qui ne sont pas riches. Plusieurs Québécois croient qu'il est important que le revenu d'un patient n'ait pas d'impact sur la quantité ou la qualité des soins qu'il reçoit, et ils croient qu'il est également essentiel que le fardeau financier des services utilisés ne soit pas trop élevé pour ce patient.

Des recherches indiquent que lorsque les patients doivent payer eux-mêmes une partie de leurs services de santé, ils risquent d'en réduire le nombre et ces réductions visent des services essentiels à la santé. Les personnes ayant un revenu peu élevé réduisent leur usage des services (Beck 1974, Tamblyn *et al.* 1999) de même que celles ayant un revenu plus élevé (Lohr *et al.* 1986, MacDonald *et al.* 1974).

On discute beaucoup actuellement un genre de projet de privatisation selon lequel chaque personne peut choisir de payer elle-même pour des services reçus dans des cliniques privées. Bien que les mêmes services soient offerts aussi dans le système public, l'accès aux services serait plus rapide dans ces cliniques privées. Par ailleurs, ce projet entraînerait des problèmes d'équité. Les personnes jouissant de revenus plus élevés auraient un accès plus facile aux services de santé. De plus, l'accès aux services dans le système public serait limité étant donné que les médecins auraient un incitatif financier plus grand à travailler dans les cliniques privées que dans les hôpitaux publics (DeCoster 1998). Quand les patients paient les services dans les cliniques privées, ces cliniques peuvent généralement offrir aux médecins une meilleure rémunération que les hôpitaux publics. Finalement, si les listes d'attente dans le système public sont longues, les personnes ayant des revenus limités se verraient contraintes d'utiliser les cliniques privées. Les frais auraient des répercussions plus sérieuses pour ces personnes que pour les riches en ce qui concerne l'achat d'autres produits et services.

Toutefois, pour quels services le principe d'équité sociale implique-t-il que le financement public soit important ? Les Québécois sont généralement d'avis qu'il est injuste qu'une personne doive réduire de façon significative son niveau de vie afin d'être en mesure de payer pour ses soins de santé. La plupart d'entre nous s'accordent aussi pour dire que les services hospitaliers et médicaux ainsi que les médicaments essentiels devraient être accessibles à chaque personne, indépendamment de son revenu. De plus, plusieurs pensent que les services professionnels essentiels prodigués à la maison devraient être accessibles selon le même principe. Par ailleurs, jusqu'où sommes-nous prêts à aller ? Ces mesures devraient-elles s'appliquer aux soins quotidiens prodigués aux personnes âgées en foyer d'accueil ? Incombe-t-il à la société de fournir à ces personnes des soins qui n'ont souvent rien de médical comme les soins hygiéniques, les services culinaires, etc. ?

Ces questions sont cruciales dans le contexte des soins prodigués aux personnes âgées puisque, dans plusieurs cas, celles-ci ne sont plus autonomes. Est-ce la responsabilité du gouvernement de payer pour les soins non médicaux qui leur sont prodigués ? Plusieurs chercheurs ont démontré que les coûts des soins de longue durée, y compris les coûts pour les services non médicaux, augmentent substantiellement pour les personnes âgées de plus de 80 ans ainsi que dans la période qui précède la mort (Groupe de travail 2000, Spillman et Lubitz 2000). Étant donné l'augmentation constante du nombre de personnes vivant jusqu'à un âge avancé, il devient impératif que le Québec prenne une décision à ce sujet.

Quant à savoir à qui incombe la responsabilité de payer les services de santé et les services sociaux des personnes âgées, il s'agit d'une question d'éthique qui n'a point été résolue et que l'on a tendance à mettre de côté. Il s'agit d'un problème épineux car il s'adresse aux valeurs de notre société.

Cette question sur les limites de la responsabilité publique de payer les services pour les personnes âgées est importante et elle est loin d'être résolue. Il serait donc peut-être bénéfique de donner au Conseil de la santé et du bien-être le mandat d'encourager des discussions publiques sur cette question, puis de faire des recommandations au gouvernement.

### **C) Sommaire**

Nous ne trouvons pas attrayant le projet d'augmenter le rôle du financement privé, et ce, pour deux raisons :

- les données disponibles nous suggèrent qu'il n'est pas nécessaire de privatiser le financement. Avec le système fiscal actuel, au cours des prochaines années, la hausse des revenus publics devrait être adéquate pour faire face à la hausse des dépenses publiques de santé découlant des changements démographiques. Une crise financière est improbable;
- afin de financer les dépenses additionnelles résultant du vieillissement de la population et de l'évolution de la population totale, il serait préférable de compter sur le financement public. Si nous avions recours au financement privé additionnel, nous risquerions de réduire l'équité sociale et l'efficacité économique, et en particulier l'efficacité de notre système de santé. Nous doutons que le financement privé ait un avantage important sur l'efficacité de l'économie.

Afin de minimiser le fardeau financier du gouvernement causé par les changements démographiques, il nous semble préférable d'encourager la croissance économique et de limiter la croissance des dépenses comme nous l'avons suggéré dans la partie trois ci-dessus.



## CONCLUSION

En ce qui concerne les changements démographiques et les dépenses de santé pour les 50 prochaines années, les projections québécoises les plus récentes sont les suivantes :

- la proportion de la population québécoise âgée de 65 ans et plus augmentera graduellement au cours des 50 prochaines années;
- le taux annuel de croissance de la population totale diminuera graduellement au cours des 25 prochaines années, et par la suite la population totale diminuera;
- les dépenses publiques de santé augmenteront graduellement en conséquence de ces deux changements démographiques. De plus, les effets sur les dépenses de ces changements seront semblables aux effets démographiques observés au cours des trois dernières décennies;
- la population en âge de travailler déclinera probablement au cours de cette période, ce qui ralentira la croissance du PIB. Toutefois, contrairement aux projections du Groupe de travail (2000), nous pensons que le PIB devrait continuer à augmenter, mais à un rythme inférieur à celui qui aurait prévalu si le nombre de travailleurs avait augmenté.

La prévision selon laquelle les coûts publics de santé augmenteront à la suite des changements démographiques n'est pas nouvelle. Par ailleurs, il nous semble que peu de décideurs connaissent bien les prévisions selon lesquelles le taux futur de croissance de ces coûts demeurera semblable au taux de croissance des 30 dernières années. De plus, ils ne prêtent pas attention aux prévisions selon lesquelles la croissance des coûts futurs ne se manifesterait que graduellement. Ces changements démographiques et économiques ne surviendront pas dans les prochains mois ou même au cours des cinq prochaines années. Ils s'opéreront graduellement et s'échelonneront sur 50 ans.

Contrairement à la croyance populaire, notre analyse tout au long de ce rapport indique que le vieillissement de la population et l'évolution de la population totale ne devraient pas causer de problèmes financiers majeurs pour le Québec au cours des prochaines années :

- Le vieillissement de la population comme tel n'a pas créé de problèmes financiers sérieux au cours des dernières décennies au Québec ou ailleurs. Comme nous l'avons démontré, le vieillissement n'a pas contribué de façon importante à la hausse des dépenses de santé. En effet, s'il avait été le seul facteur responsable de l'augmentation des dépenses, celles-ci n'auraient pas beaucoup augmenté. De plus, selon les projections, le taux de croissance de la fraction de la population âgée de 65 ans et plus au cours des années à venir sera semblable au taux qui a prévalu au cours des dernières décennies. Le fardeau financier du vieillissement devrait donc être similaire

au fardeau au cours des dernières années. Au pire, la hausse des dépenses sera un peu plus élevée que par la passé, mais la différence devrait être très petite.

- Selon plusieurs chercheurs, la principale cause de la hausse des dépenses de santé (après ajustement pour l'inflation) au cours des dernières décennies est l'augmentation de la consommation moyenne de services par personne âgée, et non l'augmentation du nombre de personnes âgées. Comme nous l'avons indiqué, les raisons de cette augmentation ne sont pas très bien comprises, et il y a beaucoup d'incertitude quant à savoir si la valeur de ces services additionnels justifie leurs coûts. Donc, si les tendances démographiques se maintiennent, l'augmentation des dépenses au cours des prochaines décennies sera donc en grande partie déterminée par ce qu'il adviendra du nombre moyen des services par personne âgée. Les préoccupations au sujet des dépenses de santé futures devraient nous inciter dès maintenant à examiner les services qui sont rendus aux personnes âgées de façon à limiter la hausse de l'utilisation au cours des prochaines décennies aux services qui en valent vraiment la peine sur le plan économique.
- Comme par le passé, la croissance économique devrait faciliter le financement des dépenses supplémentaires entraînées par le vieillissement de la population et l'évolution de la population totale. Ces changements démographiques ne devrait pas forcer les Québécois à réduire éventuellement leur niveau de vie. Même avec une hausse modeste de la productivité des travailleurs au cours des prochaines années, les Québécois devraient avoir accès à plus de services de santé ainsi qu'à plus d'autres produits et services. De plus, cette conclusion demeure valable même si nous tenons compte de certaines complications comme : la hausse des salaires dans le domaine de la santé indépendamment du vieillissement, le déclin possible du nombre de travailleurs au Québec et l'effet sur les coûts de santé des nouvelles innovations technologiques. Par conséquent, il nous semble probable que le gouvernement n'aura pas besoin d'augmenter les taxes ou les impôts pour absorber la croissance des dépenses publiques de santé. Toutefois, le besoin de financer les dépenses additionnelles attribuables aux changements démographiques limitera les concessions fiscales possibles.
- Le Québec n'est pas le seul à faire face au vieillissement de sa population; d'autres provinces et pays connaîtront le même changement démographique. En conséquence, le Québec devrait être capable de profiter des efforts des chercheurs étrangers qui trouvent des méthodes moins coûteuses de gestion des problèmes de santé des personnes âgées. De plus, le Québec ne sera pas la seule province où la baisse des taux de taxe et d'imposition ou des primes d'assurance privée sera limitée par la hausse des dépenses de santé. Ainsi, le Québec ne sera pas considérablement désavantagé face à ses partenaires économiques.

Toutes ces projections et analyses ont de sérieuses répercussions sur les politiques publiques. La plus importante, le vieillissement de la population et l'évolution de la

population totale ne justifient pas une augmentation du rôle du financement privé dans le secteur de la santé pour deux raisons :

- Les prévisions disponibles, ainsi que notre analyse, indiquent que le gouvernement devrait disposer de revenus additionnels suffisants pour faire face à la hausse des dépenses de santé au cours des 30 prochaines années. La croissance économique mène automatiquement à une hausse des revenus gouvernementaux. De plus, il est raisonnable de s'attendre que le gouvernement fédéral continue d'augmenter graduellement ses transferts pour la santé. Le vieillissement ne provoquera donc pas une crise financière pour le gouvernement, sauf si celui-ci réduit de façon considérable les taux d'imposition.
- Notre analyse suggère aussi qu'une augmentation du rôle de financement privé n'est pas une solution désirable du prétendu problème de la hausse des dépenses de santé. Il serait préférable de compter sur le financement public. Si le Québec a recours au financement privé, il y aura un risque de réduire notre équité sociale et l'efficacité économique, et en particulier l'efficacité de notre système de santé. Nous doutons que le financement privé puisse améliorer grandement l'efficacité de l'économie. Si on augmente le rôle de ce financement, les impôts seront réduits, mais les ménages et les entreprises paieront eux-mêmes pour les soins de santé un montant semblable à la réduction de leurs impôts.

Le Québec est tout de même en mesure d'alléger le fardeau de la hausse des dépenses causée par le vieillissement de la population :

- Il sera important d'encourager la croissance économique. Celle-ci devrait faciliter le financement des dépenses de santé plus élevées, qu'elles soient causées par le vieillissement, les innovations technologiques ou encore un usage plus intensif des services de santé.
- Il faudra aussi faire plus d'efforts pour limiter la hausse des dépenses de santé. Ceci ne veut pas dire de couper arbitrairement dans les budgets de santé. Au contraire, comme nous l'avons indiqué, il est essentiel de faire plus d'efforts que par le passé pour augmenter l'efficacité du système. C'est-à-dire, qu'il faudra évaluer, au cours des prochaines années, la façon dont les problèmes majeurs de santé des personnes âgées seront gérés. On devrait limiter l'augmentation des services à ceux qui sont efficaces et dont la valeur pour les patients est supérieure à leur coût. Le Québec devrait aussi faciliter l'introduction continue de nouvelles technologies à celles qui réduiront les coûts de santé.

Finalement, on doit reconnaître que le Québec a le temps nécessaire de bien planifier ses stratégies pour alléger le fardeau de la hausse des dépenses. Comme le virage ambulatoire devrait nous l'indiquer, qui veut aller loin ménage sa monture. Il n'est pas nécessaire de changer hâtivement l'organisation de notre système de santé au cours des prochains douze mois. Selon les projections les plus récentes, la hausse des dépenses de

santé ne se déclarera pas avec la force d'un ouragan dès 2001 ou 2002. Elle se manifestera plutôt graduellement, année après année, comme par le passé.

À la lumière des projections, analyses et conclusions présentées dans ce rapport, nous trouvons pertinents comme conclusion les mots récents de Morris Barer, un économiste à l'Université de Colombie-Britannique qui a fait beaucoup d'études sur les conséquences du vieillissement de la population :

« Jusqu'à maintenant, les effets du vieillissement de la population comme tel sur les dépenses de santé ont été assez limités. ... Les projections suggèrent que les effets à venir, quoique non sans conséquences, apparaîtront graduellement et se situeront en deçà des capacités des taux historiques de croissance économique. Toutefois, malgré que ces résultats aient été plusieurs fois confirmés, comme un phare perdu dans le brouillard, ils sont demeurés obscurcis par l'affirmation répétée que le vieillissement de la population causera la faillite de notre système de santé. ... Toutefois, le fait est que les forces entraînant les dépenses de santé aient peu de liens avec les changements démographiques et soient en grande partie sous notre contrôle. Les dépenses de santé ne constituent pas une fin prédéterminée, il nous revient collectivement de les influencer<sup>19</sup> ».

---

19. Barer *et al.* (1995), p. 195.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AARONSON, W.E., J.S. ZINN et M.D. ROSKO (1994) « Do For-Profit and Not-for-Profit Nursing Homes Behave Differently ? » *The Gerontologist*, 34(6) : 775-786.
- BARER, M., R.G. EVANS et C. HERTZMAN. « Avalanche or Glacier ? Health Care and the Demographic Rhetoric », *La revue canadienne du vieillissement*, 14(2) : 193-224.
- BECK, R.G. (1974). « The effects of Copayment on the Poor », *Journal of Human Resources*, 9 : 129-142.
- \_\_\_\_\_, HORNE, J.M. (1980). « Utilization of Publicly Insured Health Services in Saskatchewan Before, During and After Copayment », *Medical Care*, 18 : 787-806.
- BLACK, C., N.P. ROOS, B. HAVENS et L. MacWILLIAMS (1995). « Rising Use of Physician Services by the Elderly : The Contribution of Morbidity », *La revue canadienne du vieillissement*, 14(2) : 225-244.
- BROOK, R.H., *et al.* (1983). « Does Free Care Improve Adults' Health ? Results from a Randomized Controlled Trial », *New England Journal of Medicine*, 309 : 1426-1433.
- COMMISSION ROCHON (1987). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Les Publications du Québec, 803 p.
- CONSEIL ÉCONOMIQUE DU CANADA (1987). « Les avances en soins préventifs », en *Troisième âge et soins de santé*, Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, p. 79-106.
- DECOSTER, C., *et al.* (1998), *Surgical Wait Times in Manitoba*, Manitoba Center for Health Policy and Evaluation, University of Manitoba, 82 p.
- DEMERS, M. (1996). « Factors Explaining the Increase in Cost for Physician Care in Quebec's Elderly Population », *Canadian Medical Association Journal*, 155(11) : 1555-1560.
- DENTON, F.T. et B.G. SPENCER. (1985). « Demographic Change and the Cost of Publicly Funded Health Care », *La revue canadienne du vieillissement*, 14(2) : 174-192.
- EVANS, R.G., M. BARER, C. HERTZMAN, G.M. ANDERSON, I.R. PULCINS et J. LOMAS (1989). « The long good-bye : The great transformation of the British Columbia Hospital System », *Health Services Research*, 24(4) : 435-459.
- \_\_\_\_\_, *et al.* (1994). *Why are Some People Healthy and Others Not ? The Determinants of Health of Populations*, Aldine De Gruyter, 378 p.
- \_\_\_\_\_, BARER, M.L. et G.L. STODDART (1995). « User Fees for Health Care : Why A Bad Idea Keeps Coming Back », *La revue canadienne du vieillissement*, 14(2) : 360-390.
- FEENY D (1994). « Technology Assessment and Health Policy in Canada », in *Limits to Care : Reforming Canada's Health System in an Age of Restraint*, (A. Blomqvist and D. Brown, eds), C.D. Howe Institute, p. 295-326.

- GARG, P.P., *et al.* (1999). « Effect of the Ownership of Dialysis Facilities on Patients' Survival and Referral for Transplantation », *New England Journal of Medicine*, 341(22) : 1653-1660.
- GRIFFITHS, R.I., ROWE *et al.* (1994). « The Production of Dialysis by For-Profit versus Not-for-Profit Freestanding Renal Dialysis Facilities », *Health Services Research*, 29(4) : 473-487.
- GROUPE DE TRAVAIL (1999). *La Complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé au Québec*, gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 107 p.
- GROUPE DE TRAVAIL (2000). *Les Changements démographiques et le Vieillissement : Impacts sur les Services et les Dépenses publiques*, Rapport préliminaire, Préparé par l'équipe de rédaction et soumis au Group de travail sur les changements démographiques et le vieillissement, 67 p.
- HENRIPIN, J. (1994). « The Financial Consequences of Population Aging », *Analyse de politiques*, 20(1) : 78-94.
- HERTZMAN, C., I.R. PULCINS, M. BARER, R.G. EVANS, G.M. ANDERSON et J. LOMAS (1990). « Flat on your Back or back to your flat ? Sources of increased hospital services utilization among the elderly in British Columbia », *Social Sciences and Medicine*, 30(7) : 819-828.
- HILLMAN, B.J. *et al.* (1990). « Frequency and Costs of Diagnostic Imaging in Office Practice : A Comparison of Self-Referring and Radiologist-Referring Physicians », *New England Journal of Medicine*, 323(23) : 1604-1608.
- HOLMES, J.S. (1996). « The Effects of Ownership and Ownership Change on Nursing Home Industry Costs », *Health Services Research*, 31(3) : 327-346.
- KEELER, E.B., L.V. RUBENSTEIN *et al.* (1992). « Hospital Characteristics and Quality of Care », *JAMA*, 268(13) : 1709-1717.
- LEIBOVITCH, E. *et al.* (1998). « Health Care Expenditures and the Aging of the Population in Canada », *Striking a Balance : Health Care Systems in Canada and Elsewhere*, volume 4 : National Forum on Health, Éditions Multi-modes, Sainte-Foy, Québec, p. 288-306.
- LOHR, K.N. *et al.* (1986). « Effect of Cost-Sharing on Use of Medically Effective and Less Effective Care », *Medical Care*, 24(9 supp), pp. S31-S38.
- MCDONALD, A.D. *et al.* (1974). « Effects of Quebec Medicare on Physician Consultations for Selected Symptoms », *New England Journal of Medicine*, 291(3) : 649-652.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). « Financement : état de la situation et perspectives », 10 p.
- NAIR, C. (1991). « Trends in Hospital Inpatient Utilization », *Health Reports* 3(2) : 189-197.
- REINHARDT, U. (2000). « Health Care for the Aging Baby Boom : Lessons from Abroad », *Journal of Economic Perspectives*, 14(2) : 71-84.
- RICE, T. (1998). *The Economics of Health Reconsidered*, Health Administration Press : Chicago, Illinois, 194 p.

- ROCHON, M. (1994). *Impact des changements démographiques sur l'évolution des dépenses publiques de santé et de services sociaux*, Collection : Études et Analyses, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 97 p.
- ROOS, N.P. (1992). « Hospitalization Style of Physicians in Manitoba : the Disturbing Lack of Logic in Medical Practice », *Health Services Research*, 27(3) : 361-384.
- \_\_\_\_\_, MONTGOMERY & L.L. ROOS (1987). « Health Care Utilization in the Years Prior to Death », *The Milbank Quarterly*, 65(2) : 231-253.
- \_\_\_\_\_, E. SHAPIRO (1981). « The Manitoba Longitudinal Study on Aging », *Medical Care*, 19(6) : 644-657.
- SODERSTROM, L. (1987). *Privatization : Adopt or Adapt ?*, Synthèse critique 36, Commission d'Enquête sur les services de santé et les services sociaux, Les Publications Québec, 237 p.
- \_\_\_\_\_. (1994). « Health Care Reform in Canada : Restructuring the Supply-Side », in *Limits to Care : Reforming Canada's Health System in an Age of Restraint*, (A. Blomqvist and D. Brown, eds), C.D. Howe Institute, pp. 249-251.
- SPILLMAN, B.C., et J. LUBITZ (2000). « The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-term Care », *New England Journal of Medicine*, 342(19) : 1409-1415.
- TAMBLYN, R, *et al.* (1999). *Rapport d'évaluation de l'impact du régime général de l'assurance médicaments : Résumé*, ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 28 p.
- THIBEAULT, N., et H. GAUTHIER (1999). « Perspectives de la population du Québec au XXI<sup>e</sup> siècle : changements dans le paysage de la croissance », *Données sociodémographiques en bref*, février 1999, 3(2) : 1-6.
- VITA, M.G. (1990). « Exploring Hospital Production Relationships with Flexible Functional Forms », *Journal of Health Economics*, 9(1) : 1-22.
- WATT, J.M. *et al.* (1986). « The Comparative Economic Performance of Investor-owned Chain and Not-for-Profit Hospitals », *New England Journal of Medicine*, 314 : 89-96.
- WOOLHANDLER, S. et D.U. HIMMELSTEIN (1991). « The Deteriorating Administrative Efficiency of the U.S. Health Care System », *New England Journal of Medicine*, 324(18) : 1253-1258.
- ZUCKERMAN, S., J. HADLEY et I. IEZZONI (1994). « Measuring Hospital Efficiency with Frontier Cost Functions », *Journal of Health Economics*, 13(3) : 255-280.
- ZWEIFEL, P., S., FELDER et M. MEIERS (1999). « Aging of population and health care expenditure : a red herring ? » *Health Economics*, 8(6) : 485-497.