



**PRISE EN COMPTE DES BESOINS AXÉS SUR L'ÂGE DANS
LES TRANSFERTS FÉDÉRAUX POUR LA SANTÉ**

Michael Holden
Division de l'économie

Le 11 décembre 2002

PARLIAMENTARY RESEARCH BRANCH
DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE

La Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les analystes peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
POINTS SAILLANTS.....	i
INTRODUCTION	1
INFORMATION GÉNÉRALE ET CONTEXTE	3
A. Vieillissement de la population canadienne.....	3
B. Différences dans la structure d'âge de la population des provinces et des territoires	4
C. Rapport entre l'âge et les dépenses en santé	7
CONTRIBUTION FÉDÉRALE AUX DÉPENSES PROVINCIALES EN SANTÉ.....	8
A. Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.....	9
B. Évaluation de la part du TCSPS consacrée à la santé	12
PRISE EN COMPTE DE L'ÂGE DANS LES TRANSFERTS FÉDÉRAUX POUR LA SANTÉ	14
A. Calcul de l'incidence de l'âge sur les besoins de fonds des provinces et des territoires au titre de la santé	14
B. Répartition du TCSPS en fonction des besoins axés sur l'âge.....	17
C. Questions et défis liés à la nouvelle répartition des transferts	19
CONCLUSION.....	20
BIBLIOGRAPHIE.....	21

POINTS SAILLANTS

- L'âge de la population influe considérablement sur le coût des soins de santé publics au Canada. Par conséquent, on prévoit qu'au fur et à mesure que la population vieillira, les dépenses des gouvernements au titre de la santé augmenteront.
- En raison, en partie, des différences dans les taux de natalité et les mouvements migratoires interprovinciaux, la structure d'âge de la population varie considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre. Cette situation a une incidence considérable sur les besoins de fonds des gouvernements provinciaux au titre des soins de santé.
- Les transferts fédéraux aux provinces pour la santé – actuellement effectués dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) – sont calculés selon un montant approximativement égal par habitant. De ce fait, ces transferts peuvent être considérés comme favorisant indirectement les provinces ayant une population plus jeune.
- Dans la présente étude, nous examinons comment la prise en compte des différences d'âge, d'une province et d'un territoire à l'autre, pourrait modifier la répartition des transferts fédéraux au titre de la santé dans l'ensemble du Canada.
- Dans la présente étude, nous concluons que cette nouvelle répartition accroîterait les transferts fédéraux versés à la Saskatchewan, au Manitoba, à la Colombie-Britannique et aux provinces Maritimes, mais que, par contre, l'Alberta, l'Ontario, Terre-Neuve-et-Labrador et les territoires verraient leurs transferts diminuer.



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

PRISE EN COMPTE DES BESOINS AXÉS SUR L'ÂGE DANS LES TRANSFERTS FÉDÉRAUX POUR LA SANTÉ

INTRODUCTION

Au Canada, l'âge de la population influe considérablement sur le coût des soins de santé financés par l'État. Les aînés consomment une plus grande proportion de soins de santé (tant pour ce qui est du volume que des coûts) que les plus jeunes. Par conséquent, au fur et à mesure que la population vieillit, on prévoit une augmentation de la tension sur les coûts du système de santé. Néanmoins, le vieillissement de la population canadienne ne s'effectue pas de façon uniforme partout au pays. Les mouvements démographique et migratoire ont entraîné des différences marquées dans la structure d'âge des populations provinciales. Ces différences créent des tensions plus fortes sur les coûts dans les provinces ayant une population plus âgée par rapport aux autres et allègent le fardeau des dépenses de celles dont la population est plus jeune.

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a mis cette réalité en lumière dans son rapport d'octobre 2002, intitulé *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, Volume six : Recommandations en vue d'une réforme*. Dans ce rapport, le comité fait part de son point de vue sur l'avenir du système de santé public au Canada. Il recommande, entre autres, que le financement fédéral pour la santé soit calculé de façon à tenir compte de l'incidence de l'âge sur les besoins de fonds des provinces dans ce secteur⁽¹⁾.

À l'heure actuelle, le gouvernement fédéral accorde un soutien financier aux systèmes de soins santé provinciaux par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Ce programme de transfert aide les provinces à financer leurs dépenses en matière de soins de santé et permet du même coup au gouvernement fédéral d'uniformiser les différents régimes d'assurance-maladie provinciaux par l'administration et la mise en oeuvre de normes nationales, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

(1) Dans son rapport, le comité sénatorial recommande que les contributions fédérales pour la santé soient pondérées en fonction de la proportion de la population de chaque province et territoire ayant plus de 70 ans. Il ne propose cependant aucune méthode précise pour ce faire.

Le TCSPS est une subvention inconditionnelle consentie aux provinces pour financer les soins de santé, l'enseignement postsecondaire et l'aide sociale. Les droits des provinces sont calculés en fonction d'un montant approximativement égal par habitant, et, par conséquent, ne tiennent pas compte des tensions particulières qui s'exercent sur les coûts dans chacune des provinces. Des facteurs comme la géographie et la densité de la population, par exemple, affectent le coût des soins de santé, mais ces effets sont, de par leur nature même, difficiles à évaluer.

Au contraire, les différences de structures d'âge d'une province et d'un territoire à l'autre exercent une pression claire sur les dépenses, qu'il est relativement facile de quantifier. Le TCSPS ne tenant pas compte de l'incidence de l'âge sur les obligations de dépenses des provinces, on peut considérer qu'il favorise indirectement les provinces ayant une population plus jeune. Une province ayant une proportion relativement faible de citoyens de 65 ans et plus fera face à des coûts par habitant inférieurs à ceux d'une province où une proportion plus importante de la population se situe dans les tranches d'âge supérieures. Les autres facteurs étant égaux par ailleurs, la contribution fédérale pour les dépenses provinciales en santé – par habitant – sera donc plus élevée dans les provinces où la population est plus jeune.

Dans la présente étude, nous examinons en quoi le fait de tenir compte de ces différences d'âge pourrait affecter la répartition des transferts fédéraux pour la santé dans l'ensemble du Canada. Nous ne visons pas à appuyer un plan d'action précis ou une méthode de réforme particulière, mais plutôt à nous pencher sur la question pour montrer l'ampleur de la réaffectation qui pourrait s'avérer nécessaire et la direction que prendrait cette mesure, si les transferts fédéraux pour la santé tenaient compte des tensions que l'âge exerce sur les coûts.

Après cette entrée en matière, nous traitons brièvement, dans un premier temps, du vieillissement de la population au Canada, des différences dans la structure d'âge des provinces et des territoires et de certains des facteurs à l'origine de ces différences. Nous examinons également le rapport entre l'âge et les dépenses en santé au Canada. Dans un second temps, nous donnons de l'information générale sur le TCSPS et expliquons en détail le calcul des transferts fédéraux aux provinces. Nous présentons également une évaluation de la part du TCSPS consacrée aux soins de santé.

Au terme de cet exposé, nous examinons dans un troisième temps, comment la prise en compte de l'âge à l'égard du volet santé du TCSPS pourrait modifier la répartition du

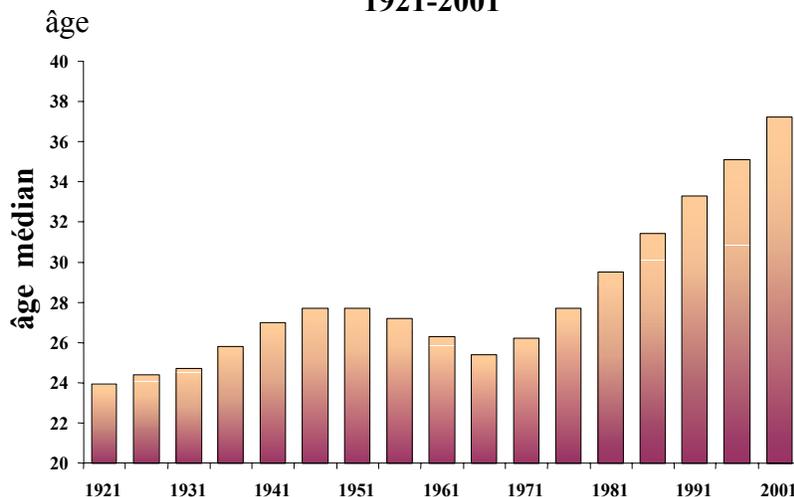
transfert. À partir d'une distribution de la population des provinces par groupes d'âge et d'un examen des coûts associés à la prestation des soins de santé à chacun de ces groupes, nous évaluons comment la prise en compte des différences entre les structures d'âge des provinces pourrait modifier la répartition des transferts fédéraux au titre de la santé.

INFORMATION GÉNÉRALE ET CONTEXTE

A. Vieillessement de la population canadienne

Le vieillissement graduel de la population canadienne n'est pas un phénomène récent. Depuis les années 20 – la période la plus éloignée pour laquelle nous disposons de données – l'âge moyen de la population canadienne s'est accru plus ou moins régulièrement. En 1921, l'âge médian au Canada (c.-à-d. l'âge de la personne se situant « au milieu » dans la population) était inférieur à 24 ans. Une génération plus tard, il avait grimpé à 27 ans.

**Graphique 1 – Vieillessement de la population au Canada
1921-2001**



Source : Statistique Canada.

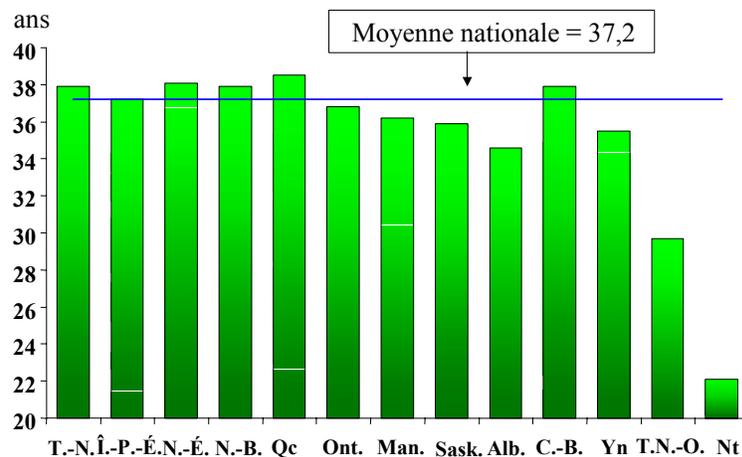
Cette tendance au vieillissement graduel a été temporairement interrompue par le baby-boom de la fin des années 40 et des années 50. Le nombre d'enfants nés au Canada au cours de cette période a grimpé en flèche, passant d'environ 330 000 par année immédiatement après la guerre à un sommet de près de 480 000 en 1959. Ainsi, le grand nombre de nouveaux-nés a temporairement fait baisser l'âge médian entre 25 et 26 ans pendant la plus grande partie des années 60.

Depuis lors, toutefois, l'âge médian a recommencé à croître. En raison d'un déclin impressionnant des taux de natalité au début des années 60 et du vieillissement de la génération du baby-boom, l'âge médian a rapidement grimpé au cours des décennies 70, 80 et 90. En 2001, l'âge médian au Canada avait atteint 37,2 ans.

B. Différences dans la structure d'âge de la population des provinces et des territoires

Bien que l'âge moyen au Canada soit aujourd'hui plus élevé qu'il y a trente ans, la tendance nationale masque des différences considérables à l'échelle du pays. Le graphique 2 indique l'âge médian des Canadiens par province, en 2001. En moyenne, le Québec a la population la plus âgée du Canada, avec un âge médian de 38,1 ans. L'Alberta est la province canadienne ayant la plus jeune population avec un âge médian relativement bas de 34,6 ans. Toutefois, les populations du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest sont nettement plus jeunes, avec des âges médians de 22,1 et 29,7 ans, respectivement.

Graphique 2 – Âge médian des Canadiens par province et par territoire, 2000-2001



Source : Statistique Canada.

Le graphique 2 montre en outre clairement un clivage entre l'Est et l'Ouest. Le Québec et les provinces de l'Atlantique ont les populations les plus âgées au Canada, alors que les populations de l'Ontario et des provinces des Prairies sont, en moyenne, nettement plus jeunes. La seule exception à ce clivage est la Colombie-Britannique, où certains facteurs, dont le climat hospitalier, amènent des gens à l'âge de la retraite à s'installer dans cette province.

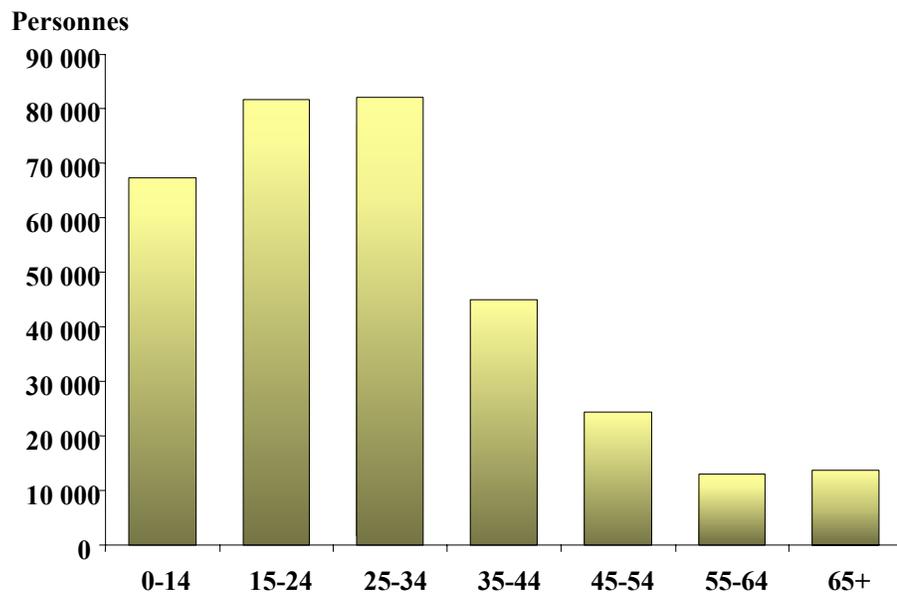
Les différences de structure d'âge d'une province à l'autre sont attribuables à la combinaison de plusieurs facteurs. Les deux principaux sont peut-être les taux de natalité et les tendances migratoires interprovinciales⁽²⁾. En partie à cause de la présence de populations autochtones relativement nombreuses, les provinces des Prairies et les trois territoires enregistrent les taux de natalité les plus élevés au Canada. Les taux de natalité les plus faibles sont ceux de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Colombie-Britannique, du Québec et de la Nouvelle-Écosse.

En matière de migration interprovinciale, chaque année, approximativement 1 p. 100 des Canadiens vont s'installer dans une autre province ou un autre territoire. En 2001, ce fut le cas de 327 119 Canadiens – la plus forte migration interprovinciale depuis 1990. Au cours des 30 dernières années, on a noté un courant d'émigration interprovinciale évident au Québec et dans les provinces de l'Atlantique (à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard), en Saskatchewan et au Manitoba. C'est au Québec et à Terre-Neuve-et-Labrador que l'exode a été le plus marqué. La Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario ont été les principaux bénéficiaires de ces mouvements migratoires.

La plupart des migrants interprovinciaux sont relativement jeunes. Comme le montre le graphique 3, en 2001, environ 71 p. 100 des migrants avaient moins de 35 ans. Près des deux-cinquièmes avaient entre 15 et 29 ans. Par conséquent, dans les provinces qui reçoivent effectivement des migrants interprovinciaux, la population tend à être plus jeune. L'Alberta et l'Ontario, en particulier, ont enregistré un afflux considérable de jeunes travailleurs au cours des dernières années.

(2) L'immigration est un autre facteur ayant une incidence considérable sur l'âge de la population. En 2001, environ 87 p. 100 des immigrants au Canada avaient moins de 45 ans. Par surcroît, près de 90 p. 100 des immigrants s'installent en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique.

Graphique 3 – Migrations interprovinciales par groupe d'âge, 2001



Source : Calculs de l'auteur à partir de données de Statistique Canada.

Les taux de natalité et les mouvements migratoires interprovinciaux conjugués ont affecté la distribution de la population par groupe d'âge dans l'ensemble des provinces. Dans les cinq provinces situées à l'extrême est du pays, une proportion inférieure de la population par rapport à la moyenne du pays se situe dans la tranche des 25-34 ans, alors qu'en Alberta, en particulier, on compte une importante proportion de jeunes en âge de travailler. Les destinations populaires pour la retraite, notamment la Colombie-Britannique, l'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse, comptent proportionnellement davantage de résidents ayant l'âge de la retraite. La Saskatchewan, grâce à son taux de natalité relativement élevé, est de toutes les provinces canadiennes celle où la proportion d'enfants de moins de 15 ans est la plus élevée. Parallèlement toutefois, des mouvements migratoires nets ont entraîné une absence relative de travailleurs d'âge moyen dans cette province, et une très grande partie de la population y est âgée de 75 ans et plus.

Tableau 1 – Distribution de la population par tranche d’âge, 2000

	(% du total)								
	<15	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
T.-N.-et-Lab.	17,4	14,9	14,2	16,8	15,6	9,4	6,6	3,9	1,2
Î.-P. É.	19,8	14,4	13,2	16,1	14,4	9,1	6,9	4,5	1,7
N.-É.	18,2	13,4	13,9	17,0	14,7	9,6	7,0	4,6	1,6
N.-B.	18,0	13,7	14,3	16,8	15,0	9,3	6,8	4,5	1,5
Québec	17,9	13,3	13,6	17,5	14,9	10,0	7,3	4,2	1,3
Ontario	19,5	13,1	14,7	17,4	13,8	9,0	7,0	4,2	1,3
Manitoba	21,0	13,9	13,8	15,9	13,3	8,6	6,8	4,9	1,8
Saskatchewan	21,6	15,0	12,7	15,4	12,6	8,3	7,2	5,2	2,1
Alberta	20,9	14,8	15,2	17,7	13,5	7,8	5,7	3,3	1,1
C.-B.	18,1	13,3	14,4	17,3	14,8	9,2	7,0	4,5	1,5
Yukon	21,3	14,0	14,9	19,6	16,3	8,5	3,7	1,4	0,3
T. N.-O.	27,5	15,4	17,5	18,1	11,9	5,6	2,7	1,1	0,3
Nunavut	37,8	17,9	17,2	12,3	8,6	3,7	1,9	0,5	0,2
Canada	19,1	13,5	14,3	17,3	14,2	9,1	6,9	4,2	1,4

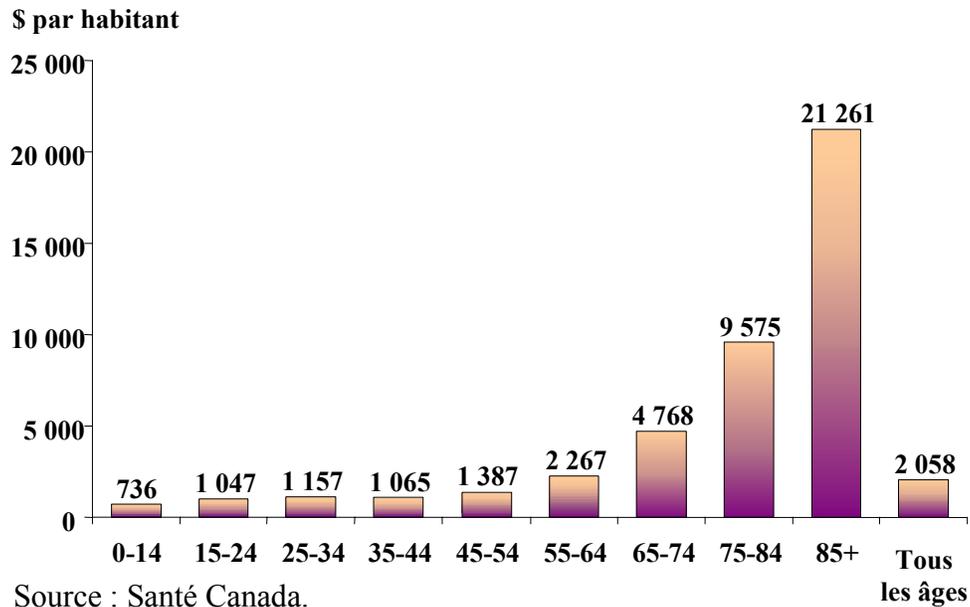
Source : Calculs de l’auteur à partir de données de Statistique Canada.

Note : Le tableau est basé sur des données de 2000 afin de correspondre aux plus récentes statistiques sur les dépenses en santé.

C. Rapport entre l’âge et les dépenses en santé

Ces différences dans la structure d’âge de la population des provinces a une incidence considérable sur le coût global des régimes publics d’assurance-maladie au Canada. Le graphique 4 montre les dépenses moyennes en santé par habitant, dans chaque province et territoire, par tranche d’âge, pour l’exercice 2000-2001 – dernière année pour laquelle nous disposons de données. Les coûts des soins de santé par habitant sont inférieurs pour les enfants de moins de 15 ans et sont relativement constants pour la grande majorité des Canadiens – en l’occurrence ceux qui ont entre 15 et 54 ans. Toutefois, au fur et à mesure que les gens approchent de l’âge de la retraite, les dépenses en santé par habitant commencent à croître de façon exponentielle. Le coût des services de santé prodigués à un Canadien de plus de 85 ans est de sept fois et demie supérieur à celui des services prodigués à des personnes ayant entre 55 et 64 ans.

Graphique 4 – Dépenses des provinces et des territoires au titre de la santé, par tranche d'âge, 2000-2001



En 2000-2001, les Canadiens de 65 ans et plus représentaient 12,5 p. 100 de la population nationale, mais faisaient l'objet de 49,7 p. 100 des dépenses des provinces et des territoires au titre de la santé. Comparativement, au cours de la même année, les Canadiens ayant entre 15 et 24 ans représentaient 13,5 p. 100 de la population, mais étaient à l'origine de seulement 6,8 p. 100 des dépenses des provinces et des territoires au titre de la santé.

CONTRIBUTION FÉDÉRALE AUX DÉPENSES PROVINCIALES EN SANTÉ

En quoi la prise en compte des différences d'âge, d'une province à l'autre, pourrait-elle affecter la répartition des transferts fédéraux versés aux provinces et aux territoires pour la santé? Avant de répondre à cette question, il est nécessaire de faire une brève parenthèse pour expliquer comment s'effectue actuellement la répartition des transferts fédéraux pour la santé.

A. Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux

Le TCSPS a été présenté dans le budget fédéral de 1995. Il résulte de la fusion de deux programmes antérieurs de transfert fédéral – le Financement des programmes établis (FPE) et le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) – en un programme de transfert global. La portée du TCSPS est la même que celles des programmes qui l'ont précédé : il représente la contribution fédérale annuelle aux régimes provinciaux d'assurance-maladie, à l'éducation postsecondaire et à l'aide sociale. Toutefois, comme il s'agit d'un transfert global, cette contribution n'est que théorique et les gouvernements provinciaux sont libres de le répartir comme bon leur semble.

Pour ce qui est de la structure et de la répartition, le FPE était l'archétype du TCSPS. Initialement introduit en 1977, le FPE était un transfert en deux volets contribuant aux dépenses provinciales pour la santé et l'éducation postsecondaire. Le volet de base du FPE était un transfert unique de points d'impôt : le gouvernement fédéral a réduit son taux d'imposition du revenu des particuliers de 13,5 points de pourcentage et le taux d'imposition des sociétés de un point de pourcentage. Les provinces ont alors augmenté leur taux d'imposition du même pourcentage, comblant ainsi l'écart. En conséquence, bien que le montant total des impôts payés par les Canadiens soit demeuré inchangé, une plus grande part de celui-ci est allée aux provinces.

Le second volet du FPE consistait en un versement annuel en espèces du gouvernement fédéral aux provinces. En 1977, la valeur du transfert en espèces était à peu près égale à celle du transfert de points d'impôt, mais elle a considérablement décliné depuis.

Aujourd'hui, le TCSPS est également un transfert en deux volets. À l'heure actuelle, il est réparti de telle façon que la valeur combinée des points d'impôt et du transfert en espèces est égale par habitant dans toutes les provinces⁽³⁾. Il est important de souligner que les versements annuels en espèces sont les seuls véritables transferts qui ont lieu; le transfert de points d'impôt ne s'est produit qu'une seule fois, en l'occurrence en 1977, et ne peut être retiré.

(3) Le TCSPS s'est graduellement orienté vers un transfert d'un montant égal par habitant en 2002-2003. Lors de la mise en oeuvre initiale du programme, le montant attribué à chaque province était directement proportionnel au montant consenti en vertu du FPE et du RAPC. Le FPE était un transfert d'un montant égal par habitant, mais le RAPC était un programme à frais partagés. Au moment de l'introduction du TCSPS, les transferts en vertu du RAPC au Québec et aux provinces de l'Atlantique étaient relativement élevés, alors que les transferts à l'Ontario, à l'Alberta et à la Colombie-Britannique étaient relativement peu élevés. La répartition initiale TCSPS illustre ces différences.

Toutefois, comme la *totalité* du TCSPS (versements en espèces plus transferts de points d'impôt) est répartie selon un montant égal par habitant, le transfert de points d'impôt figure toujours dans le calcul annuel qu'effectue le gouvernement fédéral pour établir les droits des gouvernements provinciaux. Plus précisément, une province riche comme l'Alberta est en mesure d'obtenir davantage de revenus par points d'impôt qu'une province moins riche comme le Nouveau-Brunswick. Par conséquent, le transfert en espèces du TCSPS est réparti de façon à contrebalancer ces différences pour que le *total* du transfert soit égal par habitant.

La structure de base du TCSPS comporte également deux autres facteurs de pondération aux droits en espèces. Le premier est les paiements de péréquation. Comme les points d'impôt transférés entraînent des recettes fiscales directes qui constituent une source de revenu provinciale, dans les provinces admissibles, ces points d'impôt sont soumis à la péréquation⁽⁴⁾. Par conséquent, dans ces provinces, la valeur des points d'impôt ne correspond pas uniquement aux recettes directes qu'ils permettent d'engranger, mais également à la péréquation. Les paiements de péréquation que reçoivent les provinces admissibles comme suite au transfert de points d'impôt sont compris dans le total des fonds auxquels elles ont droit au titre du TCSPS.

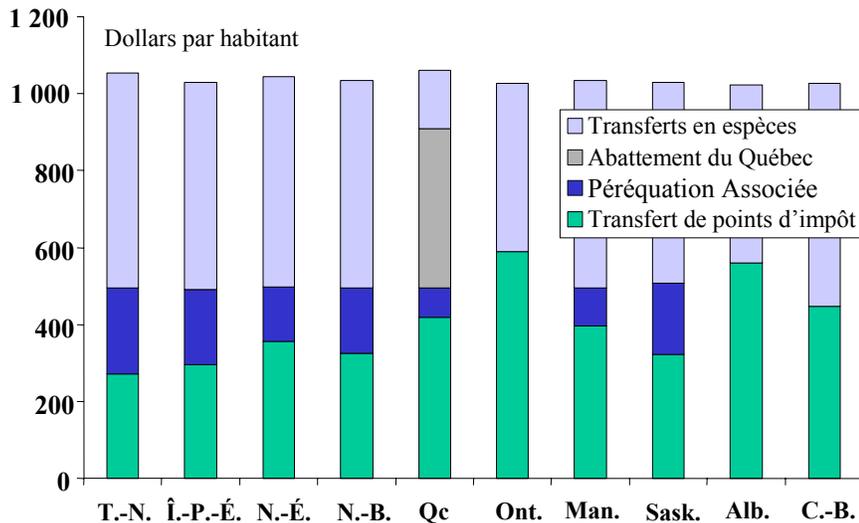
Le second facteur de pondération aux versements en espèces au titre du TCSPS est unique au Québec. Dans les années 60, le gouvernement fédéral a donné à toutes les provinces la possibilité d'accepter soit des versements fédéraux en espèces pour les programmes sociaux, soit un montant équivalent en transferts de points d'impôt. Le Québec est la seule province à avoir opté pour la deuxième solution. Comme ce transfert de points d'impôt remplace essentiellement les versements en espèces faits aux autres provinces, la valeur de ces points d'impôt est déduite des fonds prévus au titre du TCSPS pour le Québec. On parle généralement de l'abattement d'impôt du Québec.

Le montant du transfert global au titre du TCSPS varie d'année en année en

(4) Les provinces reçoivent des paiements de péréquation si leur capacité de produire des recettes autonomes est inférieure à la moyenne nationale. On mesure la capacité provinciale de produire des recettes en calculant les recettes que chaque province pourrait hypothétiquement recueillir (par habitant), si le taux d'imposition était identique dans toutes les provinces. Ce taux d'imposition identique correspond en fait à un taux d'imposition moyen appliqué aux dix provinces pour chaque catégorie de recettes provinciales. Si la capacité totale d'une province de produire des recettes s'avère inférieure à la moyenne, cette province devient alors admissible à des paiements de péréquation pour que ses recettes correspondent à la moyenne. Les provinces ayant des recettes supérieures à la moyenne ne sont pas admissibles à la péréquation.

fonction de la valeur de ses deux volets principaux. Les conditions économiques déterminent la valeur des points d'impôt (et celle de la péréquation qui y est associée) au cours de n'importe quelle année, alors que la valeur du transfert en espèces est actuellement établie par le gouvernement fédéral dans des engagements financiers échelonnés sur plusieurs années. En 2000-2001, la valeur totale du TCSPS, y compris le transfert de points d'impôt et les paiements de péréquation associés, s'est chiffrée à 31,9 milliards de dollars⁽⁵⁾. Le volet versements en espèces qui constitue le seul véritable transfert qui a eu lieu au cours de cet exercice a été évalué à 15,5 milliards de dollars.

Graphique 5 – Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux



Source : Calculs de l'auteur à partir de données de Finances Canada et de Statistique Canada.

Le graphique 5 montre la répartition des fonds au titre du TCSPS pour l'exercice 2000-2001⁽⁶⁾. Selon les plus récentes estimations, les versements au titre du TCSPS dans l'ensemble du Canada se sont chiffrés, en moyenne, à approximativement 1 037 \$ par habitant au

(5) Il est possible d'obtenir des estimations des transferts du TCSPS jusqu'à l'exercice 2002-2003 inclusivement. Toutefois, comme les dernières données disponibles sur les dépenses en santé sont celles de 2000-2001, pour des raisons d'uniformité, nous retenons, dans la présente section, les données du TCSPS de cet exercice.

(6) Les trois territoires ne sont pas inclus dans ce graphique parce que leurs droits au titre du TCSPS sont calculés différemment.

cours de ce même exercice⁽⁷⁾. Pour la plupart des provinces qui reçoivent des paiements de péréquation, la combinaison des points d'impôt et des paiements de péréquation associés était d'un peu moins de 500 \$ de ce total, les transferts en espèces constituant le reste. Pour l'Alberta et l'Ontario, la valeur des points d'impôt a été plus élevée que la valeur combinée des points d'impôt et des paiements de péréquation dans les autres provinces. Par conséquent, le versement annuel en espèces à l'Alberta et à l'Ontario a été moindre que dans les huit autres provinces.

B. Évaluation de la part du TCSPS consacrée à la santé

Il n'est pas aisé d'isoler le volet santé du TCSPS. Comme le TCSPS est une subvention globale, les provinces sont libres de répartir, comme bon leur semble, les fonds pour la santé, pour l'éducation postsecondaire et pour l'aide sociale. En fait, comme les transferts au titre du TCSPS entrent directement dans les recettes générales des provinces, les dépenses ne peuvent pas être directement associées au financement provenant du TCSPS. Par conséquent, il est impossible d'établir avec précision la contribution fédérale aux dépenses en santé dans chaque province⁽⁸⁾.

Néanmoins, il est possible d'en faire une évaluation théorique. Avant la création du TCSPS, ou de son archétype, en l'occurrence le FPE, les transferts au titre de la santé ne faisaient pas partie d'une subvention globale, mais étaient plutôt des programmes à frais partagés distincts. En se fondant sur le montant relatif des transferts versés avant la mise en place du FPE, il est possible d'établir quelle proportion du FPE était consacrée à la santé. Cette estimation peut ensuite s'appliquer au TCSPS.

Le ministère fédéral des Finances s'est livré à cet exercice en 2000 dans un document d'information intitulé *Aide fédérale dans le domaine de la santé au Canada*. Dans ce document, le gouvernement estime qu'en 1977, dans le cadre du FPE, 75 p. 100 des versements en espèces et 67 p. 100 des points d'impôt ont été consacrés à la santé. Les provinces étaient libres de répartir les fonds comme elles l'entendaient, mais on croit que ces proportions théoriques sont demeurées inchangées pendant toute la durée du FPE.

(7) Au cours de l'exercice 2000-2001, comme le TCSPS était encore en transition vers une répartition égale par habitant, la valeur réelle des droits par habitant varie légèrement d'une province à l'autre. Les valeurs vont d'un minimum de 1 020 \$ par habitant en Alberta à un maximum de 1 061 \$ par habitant au Québec.

(8) La question de la reddition de comptes s'est avérée un des éléments clés des rapports sur l'avenir des soins de santé au Canada récemment publiés par la Commission Romanow et par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

Lors de la fusion du FPE et du RAPC pour former le TCSPS, les transferts au titre du RAPC se sont ajoutés aux sommes versées au titre du FPE. Comme le RAPC était un programme à frais partagés, il comportait uniquement des versements en espèces. De ce fait, en vertu du nouveau TCSPS, le volet santé du transfert de points d'impôt est demeuré le même, à 67 p. 100. Toutefois, avec l'ajout des versements au titre du RAPC, le volet transferts en espèces du FPE/RAPC au titre de la santé, et par conséquent, les transferts en espèces du TCSPS, sont passés à 43 p. 100.

Cependant, la situation s'est mise à changer en 1999, quand le gouvernement fédéral a commencé à réinvestir dans le TCSPS et explicitement affecté de nouveaux fonds directement pour les dépenses en santé. Par conséquent, la portion du transfert en espèces théoriquement consacrée à la santé a commencé à croître. Le tableau 2 illustre les variations de la portion santé du TCSPS depuis 1999.

Comme l'indique le tableau, selon les calculs du ministère des Finances, pour l'exercice 2000-2001, la contribution du gouvernement fédéral est estimée à 18,9 milliards de dollars en versements en espèces et en transferts de points d'impôt pour les dépenses provinciales en santé, soit environ 614 \$ par habitant. De ce total de 18,9 milliards de dollars, environ 11 milliards de dollars représentent des transferts théoriques de points d'impôt et 7,9 milliards de dollars des versements en espèces.

Tableau 2 – Évaluation de la part du TCSPS consacrée à la santé					
(en milliards de dollars)					
	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04
Transfert en espèces					
<i>De l'affectation FPE/RAPC</i>					
43 p. 100 de :	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5
égale:	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4
<i>Plus</i>					
Du Budget 1999 :	2,0	2,0	2,5	2,5	2,5
Du Budget 2000 :		0,5	0,3	0,3	0,3
De l'Entente de sept. 2000			2,5	3,2	3,8
TCSPS en espèces pour la santé	7,4	7,9	10,6	11,3	11,9
Transfert de points d'impôt					
<i>De l'affectation du FPE/RAPC</i>					
67% de :	15,6	16,4	15,9	16,6	17,2
égale :	10,5	11,0	10,7	11,1	11,5
TCSPS en points d'impôt pour la santé	10,5	11,0	10,7	11,1	11,5
Total des transferts santé TCSPS	17,8	18,9	21,3	22,4	23,4

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de Finances Canada.

Note : Les chiffres ont été arrondis.

PRISE EN COMPTE DE L'ÂGE DANS LES TRANSFERTS FÉDÉRAUX POUR LA SANTÉ

A. Calcul de l'incidence de l'âge sur les besoins de dépenses des provinces et des territoires au titre de la santé

Afin d'évaluer l'incidence des différences de structure d'âge sur les obligations de dépenses des provinces et des territoires au titre de la santé, il faut une référence commune pour faire des comparaisons d'une province et d'un territoire à l'autre. Certaines données sur les dépenses en santé des provinces et des territoires, par groupes d'âge, sont disponibles, mais elles ne conviennent pas à la présente analyse. Dans une certaine mesure, les dépenses en santé des provinces et des territoires représentent non seulement les obligations de dépenses, mais aussi les priorités en matière de dépenses – les provinces et les territoires sont libres d'établir l'ampleur de leur budget annuel en santé. Par surcroît, outre l'âge, nombre d'autres facteurs exercent une pression sur les coûts. La géographie, la densité de population et la situation financière constituent quelques-uns des facteurs influant sur le montant que les gouvernements provinciaux et territoriaux dépensent au titre des services de santé publique au cours d'un exercice donné. Il faut examiner ces facteurs avant de pouvoir procéder à des comparaisons interprovinciales significatives.

Une façon relativement simple d'éliminer, ou du moins de réduire l'incidence de ces facteurs de pression sur les coûts, consiste à imputer de façon hypothétique un taux étalon de dépenses pour chaque groupe d'âge dans les provinces et les territoires (semblable au programme de péréquation du gouvernement fédéral). Si on suppose que pour chaque grand groupe d'âge, les provinces et les territoires devaient dépenser le même montant par personne au titre des soins de santé, il serait possible d'établir la moyenne nationale des dépenses en santé (MNDS). Le *total* du fardeau des dépenses des provinces et des territoires serait alors fonction de la structure d'âge de leurs populations respectives.

Une fois la moyenne nationale des dépenses en santé (MNDS) mise en place, l'étape suivante consiste à isoler l'incidence de la structure d'âge sur les obligations de dépenses. Pour des raisons de clarté, ce processus est illustré au tableau 3, à partir d'un exemple précis – en l'occurrence celui de la Nouvelle-Écosse. Les calculs ci-après renvoient directement au tableau 3.

La première étape du calcul est d'établir la différence entre la distribution, par groupes d'âge, de la population de la Nouvelle-Écosse et celle de toute la population du Canada. La distribution de la population de la Nouvelle-Écosse par groupe d'âge figure à la ligne D du tableau 3 et celle de la population nationale figure à la ligne B. En général, par rapport à la moyenne nationale, une plus grande proportion de la population de la Nouvelle-Écosse a passé le cap des 55 ans. Autrement dit, si la situation démographique de la Nouvelle-Écosse correspondait à la moyenne nationale, il y aurait davantage de jeunes et moins de Néo-Écossais figureraient dans les tranches d'âge supérieures comme c'est actuellement le cas. La ligne E illustre ce que serait la distribution de la population de la Nouvelle-Écosse (941 000 habitants en 2000) si elle correspondait à la moyenne nationale.

Tableau 3 – Calcul de l'incidence de l'âge sur les dépenses en santé de la Nouvelle-Écosse, 2000-2001

		<15	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	Total
Ligne	Population										
A	Canada (en milliers)	5 870,9	4 152,8	4 392,9	5 306,8	4 364,9	2 811,8	2 135,2	1 298,8	416,0	30 750,1
B	Distribution (%)	19,1	13,5	14,3	17,3	14,2	9,1	6,9	4,2	1,4	100
C	Nouvelle-Écosse (en milliers)	171,5	126,1	130,4	160,2	138,1	90,5	65,9	43,4	14,9	941,0
D	Distribution (%)	18,2	13,4	13,9	17,0	14,7	9,6	7,0	4,6	1,6	100
E (=B x 941,000)	Selon la distribution nationale (en milliers)	179,7	127,1	134,4	162,4	133,6	86,0	65,3	39,7	12,7	941,0
Moyenne nationale des dépenses en santé (MNDS)*											
F	\$ par habitant	736	1 047	1 157	1 065	1 387	2 267	4 768	9 575	21 261	2 058
Dépenses en santé de la Nouvelle-Écosse d'après la MNDS (en millions de dollars)											
G (=C x F)	Selon la distribution réelle de la pop.	126,2	132,0	150,9	170,6	191,5	205,2	314,0	415,2	317,3	2 022,8
H (=E x F)	Selon la distribution nationale de la pop.	132,2	133,0	155,5	173,0	185,3	195,0	311,5	380,6	270,6	1 936,7
Effets de la distribution d'âge en Nouvelle-Écosse sur les coûts provincial en santé											
I (=G-H)	millions de dollars	-6,0	-1,0	-4,6	-2,3	6,3	10,2	2,5	34,6	46,6	86,2
J (=I/C)	\$ par habitant	-35	-8	-35	-15	45	112	37	799	3 126	92

Source : Calculs de l'auteur à partir de données de Statistique Canada et de Santé Canada.

Note : Les chiffres ont été arrondis.

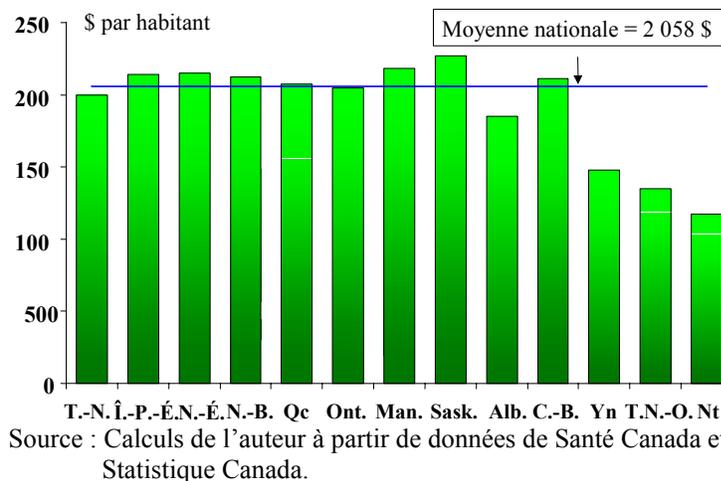
* Voir Graphique 4, p. 7.

La seconde étape consiste à établir l'incidence de cette différence de distribution de la population sur les besoins de dépenses de la Nouvelle-Écosse au titre de la santé. La multiplication de la moyenne nationale des dépenses en santé (MNDS) de la ligne F par les chiffres correspondants de la ligne C donne le coût national moyen du régime d'assurance-maladie en Nouvelle-Écosse, en fonction de la répartition démographique par groupes d'âge de la province. Le résultat de cette opération figure à la ligne G. Toutefois, si la répartition démographique de la Nouvelle-Écosse correspondait à la moyenne nationale, le fardeau de dépenses serait différent pour chaque groupe d'âge. Les chiffres ainsi obtenus figurent à la ligne H.

Enfin, les lignes I et J illustrent l'incidence, établie selon cette méthode, de la répartition démographique par âge sur les besoins de dépenses en santé de la Nouvelle-Écosse. En bref, on estime que la structure d'âge de la province – une plus grande proportion de personnes dans les tranches d'âge supérieures et un nombre d'enfants relativement inférieur – ajouterait 86 millions de dollars au coût des soins de santé en Nouvelle-Écosse, toutes choses étant égales par ailleurs. Sur une base par habitant, le fardeau additionnel de la structure de la population de la Nouvelle-Écosse sur les besoins de dépenses en santé dépasserait la moyenne nationale de 92 \$, se chiffrant à 2 150 \$ (2 058 \$ + 92 \$).

L'application du même calcul aux autres provinces et territoires permet d'évaluer le coût, pondéré en fonction de l'âge, des services de santé dans l'ensemble du Canada. Tel que l'indique le graphique 6, la Saskatchewan est la province où l'âge de la population exerce la plus forte pression sur les besoins de dépenses provinciaux au titre de la santé. C'est en Alberta, la province voisine, où la population est relativement jeune, que le coût des soins de santé est le moins élevé de toutes les provinces. Toutefois, les trois territoires du Nord ont de loin les structures de population les plus jeunes au Canada. De ce fait, le coût par habitant des services de santé (d'après la moyenne nationale des dépenses en santé) dans ces régions s'avère nettement inférieur à celui du reste du pays.

**Graphique 6 – Coût des soins de santé d'après (MNDS),
2000-2001**



À ce stade-ci, il importe de répéter que l'objectif du présent exercice est d'illustrer l'incidence de la répartition par âge sur les dépenses des provinces et des territoires au titre de la

santé. Une foule d'autres facteurs influent sur le coût des services de santé, particulièrement dans les territoires, où la population est dispersée et où les frais de transport et le coût de la vie sont élevés. Par conséquent, les dépenses en santé par habitant dans l'ensemble du Canada constituent vraisemblablement un piètre indicateur des besoins de dépenses des territoires.

B. Répartition du TCSPS en fonction des besoins axés sur l'âge

À partir d'une estimation des pressions sur les coûts attribuables à l'âge, dans chaque province et territoire, il s'avère relativement simple d'évaluer la répartition du TCSPS en fonction de l'âge. Chaque province et territoire serait admissible à un pourcentage du transfert national moyen par habitant, selon que les pressions sur les coûts attribuables à l'âge sont supérieures ou inférieures à la moyenne nationale. Si on revient à l'exemple de la Nouvelle-Écosse, pour l'exercice 2000-2001, les dépenses en santé par habitant au taux national moyen représentaient 104,5 p. 100 de la moyenne nationale (voir colonne B du tableau 4). Par conséquent, la Nouvelle-Écosse aurait reçu 104,5 p. 100 du transfert national moyen par habitant en santé si l'on avait tenu compte des pressions sur les coûts attribuables à l'âge. Le montant des transferts aux provinces et aux territoires, en fonction de la nouvelle répartition, figure dans la colonne E du tableau 4.

Tableau 4 – Prise en compte de la structure d'âge dans le volet santé du TCSPS, 2000-2001

	Besoins de dépenses pondérés en fonction de l'âge		Volet santé du TCSPS		Répartition du TCSPS en fonction de l'âge	Nouvelle répartition du TCSPS (\$ par habitant)	
	\$ par habitant	% de la moy. can.	\$ par habitant	montant égal par habitant (en \$)	\$ par habitant	de montant égal par habitant	d'après le transfert réel en 2000-2001
	A	B	C	D	E (=BxD)	F (=E-D)	G (=E-C)
T.-N.-et-Lab.	1 997,77	97,07	615,79	613,87	595,88	-17,99	-19,91
Î.-P. É.	2 142,44	104,10	603,09	613,87	639,03	25,16	35,94
N.-É.	2 149,69	104,45	611,08	613,87	641,19	27,32	30,11
N.-B.	2 123,67	103,19	606,93	613,87	633,43	19,56	26,50
Québec	2 072,18	100,68	620,42	613,87	618,07	4,20	-2,34
Ontario	2 048,11	99,51	618,50	613,87	610,89	-2,98	-7,61
Manitoba	2 183,79	106,11	606,38	613,87	651,36	37,49	44,98
Saskatchewan	2 270,66	110,33	605,58	613,87	677,27	63,40	71,69
Alberta	1 850,84	89,93	610,21	613,87	552,05	-61,82	-58,16
C.-B.	2 114,47	102,74	595,56	613,87	630,68	16,81	35,13
Yukon	1 480,84	71,95	578,96	613,87	441,69	-172,18	-137,27
T. N.-O.	1 350,45	65,62	812,65	613,87	402,80	-211,07	-409,85
Nunavut	1 172,49	56,97	634,25	613,87	349,72	-264,15	-284,53
Canada	2 058,10	100,00	613,87	613,87	613,87	0,00	0,00

Source : Calculs de l'auteur à partir de données de Statistique Canada et de Santé Canada.

Comment cette répartition des transferts en santé au titre du TCSPS, pondérée en fonction de l'âge, se compare-t-elle avec la répartition actuelle? Tel qu'indiqué précédemment, depuis quelques années, le TCSPS s'est orienté vers une répartition égale par habitant et le processus s'est terminé au cours de l'exercice 2002-2003. Toutefois, comme les plus récentes données sur les dépenses en santé par tranches d'âge correspondent à l'exercice 2000-2001, la transition était encore en cours pendant la période analysée dans la présente étude. Dans la colonne F du tableau 4, on peut voir le gain ou la perte par habitant dans les transferts en admettant que le TCSPS a été réparti selon un montant égal par habitant, dans l'ensemble du Canada, au cours de l'exercice 2000-2001. Dans la colonne G, on voit la nouvelle répartition des transferts en santé au titre de la TCSPS pour l'exercice 2000-2001. Cette distinction complique l'analyse de toute nouvelle répartition des transferts du TCSPS en fonction de l'âge.

Le Québec constitue l'exemple le plus évident à cet égard. Compte tenu de la structure d'âge de la population du Québec, les besoins de dépenses de cette province au titre de la santé pour l'exercice 2000-2001 ont légèrement dépassé la moyenne nationale. Par conséquent, en admettant que cette structure d'âge demeure inchangée dans l'avenir proche, le Québec serait admissible, d'ici 2002-2003, à des transferts en santé dépassant légèrement le montant égal par habitant. Cependant, au cours de l'exercice 2000-2001, le Québec recevait déjà une part supérieure à la moyenne des transferts au titre du TCSPS. De ce fait, la nouvelle répartition du TCSPS se traduirait par une *diminution* des droits du Québec pour cet exercice (voir colonne G du tableau 4). Une fois l'égalité des transferts du TCSPS par habitant entièrement atteinte, le Québec recevrait 100,7 p. 100 du transfert national moyen par habitant.

En comparaison avec la répartition effectuée pour l'exercice 2000-2001, la nouvelle répartition des transferts en santé au titre du TCSPS se traduirait par des augmentations de transferts pour les provinces Maritimes, la Saskatchewan, le Manitoba et la Colombie-Britannique. D'autre part, outre le Québec, tel qu'indiqué ci-dessus, Terre-Neuve-et-Labrador, l'Ontario, l'Alberta et les trois territoires verraient leurs droits diminuer (colonnes F et G).

Tous comptes faits, la Saskatchewan serait la province la plus avantagée (par habitant) par une nouvelle répartition des transferts en santé au titre du TCSPS qui tiendrait compte des différences d'âge de la population. Les droits par habitant se chiffreraient à approximativement 677 \$ – une augmentation d'environ 72 \$ par personne dans cette province, soit environ 12 p. 100 de plus que lors de l'exercice 2000-2001. En Alberta, la jeunesse relative

de la population allège le fardeau des dépenses en santé. Conséquemment, la nouvelle répartition des transferts en santé au titre du TCSPS réduirait les droits de l'Alberta d'environ 58 \$ par personne – une diminution d'environ 10 p. 100 de l'ensemble des droits. Pour ce qui est de l'incidence globale, la Colombie-Britannique serait la plus avantagée. Grâce à la nouvelle répartition, la Colombie-Britannique gagnerait 143 millions de dollars en transferts pour l'exercice 2000-2001. L'Alberta est la province qui perdrait le plus – au total, 174 millions de dollars pour ce même exercice.

C. Questions et défis liés à la nouvelle répartition des transferts

La nature du TCSPS – combinaison de transferts en espèces et de transferts de points d'impôt – complique un tant soit peu la nouvelle répartition des transferts pour tenir compte des pressions sur les coûts associées à l'âge. Comme le transfert de points d'impôt est théorique et ne peut être récupéré par le gouvernement fédéral, le volet transfert en espèces constitue le seul moyen d'effectuer une nouvelle répartition. En d'autres termes, le transfert de points d'impôt – et la péréquation qui y est associée – devraient être déduits du nouveau total des droits et le volet en espèces serait réparti entre les provinces et les territoires pour que l'affectation totale – points d'impôt compris – tienne compte de la structure d'âge.

Cela comporte deux défis. D'une part, dans le cas des trois territoires, en particulier les Territoires du Nord-Ouest, les populations sont jeunes et les pressions sur les coûts associées à l'âge sont faibles. Par conséquent, la réduction hypothétique des transferts au titre du TCSPS dépasse le montant des transferts en espèces. Autrement dit, le gouvernement fédéral devrait réduire la valeur de son transfert de points d'impôt afin de respecter les exigences de la nouvelle répartition – ce que par définition il ne peut pas faire.

D'autre part, du point de vue des provinces et des territoires, le transfert en espèces constitue la seule véritable contribution du gouvernement fédéral pour équilibrer les besoins de dépenses en santé. De ce fait, dans les provinces touchées par une diminution du soutien fédéral, les répercussions seraient plus graves que ne le laisse entrevoir la section précédente de la présente étude. Par exemple, il a été mentionné qu'advenant une nouvelle répartition, l'appui fédéral à l'Alberta serait inférieur d'approximativement 10 p. 100. Néanmoins, cette baisse de 10 p. 100 comprend le transfert de points d'impôt. Lorsqu'on examine uniquement le volet transferts en espèces, la diminution de l'appui fédéral s'avère encore plus marquée – atteignant environ 25 p. 100.

CONCLUSION

En grande partie à cause des variations des taux de natalité et de la structure des mouvements migratoires interprovinciaux, la distribution de la population par âge varie considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre. Ces différences dans la structure d'âge peuvent avoir une incidence considérable sur les coûts des services de santé, mais ne sont pas prises en compte dans la contribution fédérale aux dépenses en santé.

Au lendemain de la recommandation du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie selon laquelle il faudrait tenir compte du facteur âge dans le calcul des transferts fédéraux au titre de la santé aux provinces, nous nous sommes penchés, dans la présente étude, sur l'incidence de la prise en compte des pressions sur les coûts qu'exerce la structure d'âge à l'égard des transferts aux provinces et aux territoires au titre de la santé.

La méthode retenue ici nous permet de conclure que, en règle générale, la nouvelle répartition permettrait de réaffecter une partie des transferts de l'Alberta, de l'Ontario, de Terre-Neuve-et-Labrador et des trois territoires aux autres provinces. La Saskatchewan serait la principale bénéficiaire de ce type de réaffectation, parce que, à l'échelle nationale, sa structure d'âge entraîne le plus lourd fardeau de dépenses associées à l'âge. L'Alberta, pour sa part, serait la principale bienfaitrice, puisqu'elle a le fardeau le plus léger de toutes les provinces en raison du jeune âge de sa population.

Comme des réformes plus substantielles accompagneraient vraisemblablement toute réaffectation des transferts au titre de la santé (si une telle éventualité devait se concrétiser), les conclusions de la présente étude ne doivent ni être considérées comme une recommandation de réforme, ni comme un éventuel objectif en matière de politiques. L'étude ouvre la voie à un examen plus approfondi de la question parce qu'elle met en lumière la nécessité d'une nouvelle répartition tenant compte de l'âge, dans le calcul des transferts fédéraux au titre de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

- *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, Volume un : Le chemin parcouru*. Rapport intérimaire. Mars 2001.
- *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, Volume six: Recommandations en vue d'une réforme*. Rapport final. Octobre 2002.

Courchene, T. *Redistributing Money and Power: A Guide to the Canada Health and Social Transfer*. Observation 39. Institut C. D. Howe, Toronto, 1995.

Finances Canada. *Aide fédérale dans le domaine de la santé au Canada*. Document d'information. Ottawa, le 29 mars 2000. Accessible à www.fin.gc.ca/toce/2000/health_f.html.

Hobson, P. et F. St.-Hilaire. « Évolution des accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces ». Dans *Canada: The State of the Federation 1999/2000 – Toward a New Mission Statement for Canadian Fiscal Federalism*, H. Lazar (éd.), McGill-Queen's University Press, Kingston (Ontario), 2000.

Ministres de la Santé provinciaux et territoriaux. *Comprendre les coûts du système de santé du Canada*. Rapport intérimaire. Juin 2000.

Robson, W. *Will the Baby Boomers Bust the Health Budget? – Demographic Change and Health Care Financing Reform*. Commentaire n^o 148. Institut C. D. Howe, Toronto, février 2001.

Santé Canada. Direction générale de la politique de la santé et des communications. *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, 1980-1981 à 2000-2001*. Ottawa, août 2001.