

Commission sur  
l'avenir des soins de santé  
au Canada



Commission on the  
Future of Health Care  
in Canada

ÉTUDE N° 25

---

# Quel effet aura le vieillissement de la population sur les besoins et les coûts liés aux soins de santé dans l'avenir prévisible?

par

**Seamus Hogan**

University of Canterbury, Nouvelle-Zélande

et

**Sarah Hogan**

University of Canterbury, Nouvelle-Zélande



octobre 2002

N° de catalogue CP32-79/25-2002F-IN

ISBN 0-662-87881-7

**Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que celles du ou des auteurs, toutes ces études furent soumises à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen des études par des pairs. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.**

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

# Table des matières

<b>Points saillants</b>	<b>iv</b>
<b>Sommaire</b>	<b>v</b>
<b>1 Introduction</b>	<b>1</b>
<b>2 Les faits essentiels</b>	<b>3</b>
Données démographiques de base	3
La relation entre vieillissement et dépenses	5
<b>3 Décomposition et tendances des dépenses passées et projection future</b>	<b>6</b>
<b>4 Analyse de sensibilité</b>	<b>10</b>
4.1 Analyse de chaque source d'incertitude	10
Incertitudes au sujet des tendances démographiques	10
Tendances sur le plan de la santé de la population	11
L'effet lié au coût de mourir	12
Investissements en capital spécifiques à une génération	13
Changement technologique	14
Changements suscités par les politiques	15
Augmentations générales des coûts attribuables au vieillissement	16
<b>5 Conséquences de la projection de référence et analyse de sensibilité</b>	<b>18</b>
<b>6 Orientations générales en matière de politiques</b>	<b>19</b>
6.1 Réforme du système	19
6.2 Le préfinancement	21
6.3 Une stratégie du vieillissement	25
6.4 Planification des ressources humaines	25
<b>7 Conséquences pour le gouvernement fédéral</b>	<b>27</b>
<b>8 Commentaires de conclusion</b>	<b>30</b>
<b>Notes</b>	<b>31</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>32</b>

## Points saillants

Cette étude s'intéresse aux pressions financières que le vieillissement de la population pourrait exercer sur le système de santé du Canada. Après avoir donné un aperçu général des tendances démographiques et de l'évolution du système de santé, les auteurs procèdent à une décomposition et à une projection des données sur les dépenses, qui servent de fondement à l'élaboration de recommandations sur le plan des politiques. Cette décomposition et cette projection révèlent que :

- jusqu'à maintenant, l'effet estimatif du vieillissement de la population sur la croissance des dépenses de santé a été limité par rapport à celui des autres facteurs, et
- même lorsque la génération du boom des naissances arrivera à l'âge marqué par des dépenses de santé élevées, le vieillissement de la population demeurera une source de pression secondaire sur les coûts du système de santé.

L'analyse de sensibilité indique :

- que toute projection de la croissance des dépenses dans le secteur de la santé comporte un large intervalle de confiance, et
- que l'élément d'incertitude peut-être le plus important a trait aux ressources humaines du secteur de la santé. Des études indiquent qu'au cours des cinquante prochaines années, le nombre de médecins diminuera de 30 p. 100 et qu'environ la moitié de la baisse sera attribuable au départ à la retraite des médecins de la génération du boom des naissances.

Sur la base de la projection et de l'analyse de sensibilité, l'étude débouche sur les recommandations suivantes quant à la façon dont les gouvernements devraient aborder les défis financiers que pourrait poser le vieillissement de la population, tout en reconnaissant l'incertitude élevée qui subsiste quant à l'ampleur de ces défis :

- ne pas envisager de réforme du système qui ne pourrait se justifier d'elle-même;
- financer au préalable les obligations prévisibles dans le secteur de la santé en constituant un fonds réservé à cette fin;
- traiter le vieillissement de la population comme une question de finances publiques et non comme une question propre au système de santé, en évitant la tentation d'élaborer une « stratégie du vieillissement » qui orienterait les dépenses de santé actuelles vers des programmes visant à réduire les pressions futures sur le système;
- conserver la souplesse requise pour faire face aux problèmes futurs en reconnaissant la nécessité de consacrer une partie des ressources actuelles à l'accroissement de l'offre de main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

Le gouvernement fédéral devrait :

- augmenter le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) à mesure que la population vieillit, en sus de toute autre augmentation justifiée par l'accroissement des coûts, la progression des revenus, etc.;
- lier le TCSPS à la situation démographique de chaque province, de sorte que des transferts plus généreux seraient versés aux provinces dont la population est plus âgée;
- financer à l'avance les augmentations futures des transferts aux provinces pour leur permettre de constituer un fonds de réserve en vue de répondre aux besoins futurs d'une population plus âgée;
- reconnaître qu'il est en meilleure posture financière que de nombreuses provinces et qu'il devrait ainsi donner l'exemple en finançant au préalable les obligations futures.

## Sommaire

La présente étude aborde la question du vieillissement de la population du point de vue des pressions financières qui pourraient éventuellement s'exercer sur le système de santé du Canada et de la réaction appropriée des gouvernements à ces pressions.

Un examen sommaire des données démographiques révèle qu'au cours des 75 dernières années, les changements survenus dans les profils de mortalité, de fertilité et de migration ont contribué à hausser l'âge moyen de la population canadienne de 10 ans, et de 5 à 12 p. 100 le pourcentage de la population âgée de plus de 65 ans. Cependant, parce que la génération du boom des naissances qui a suivi la Deuxième Guerre mondiale a actuellement moins de 65 ans, le pourcentage de la population âgée de plus de 65 ans est inférieur à ce qu'il serait en l'absence du boom des naissances. Par conséquent, dans une cinquantaine d'années, lorsque les membres de la génération du boom des naissances seront pour la plupart décédés, la fraction de la population âgée de plus de 65 ans sera plus élevée qu'aujourd'hui. Cela signifie que la situation actuelle, en ce qui a trait à l'âge de la population, est relativement favorable.

Le vieillissement de la population canadienne a été une cause importante de l'incidence accrue de nombreuses maladies chroniques; comme les dépenses de santé par habitant augmentent très rapidement après l'âge de 65 ans, le vieillissement de la population pourrait faire augmenter à la fois les besoins et les dépenses. Les tendances démographiques indiquent aussi que nous pourrions enregistrer une baisse de 30 p. 100 du nombre de médecins au Canada au cours des 50 prochaines années.

Une décomposition des données sur les dépenses de santé révèle toutefois que le vieillissement de la population a été, et demeurera vraisemblablement, une source de pression secondaire sur les dépenses de santé par rapport aux autres facteurs; néanmoins, les projections indiquent que le vieillissement de la population aura engendré, à lui seul, une hausse de plus de 30 p. 100 des dépenses réelles de santé par habitant d'ici 2030.

L'analyse de sensibilité de la projection faite dans la présente étude aborde plusieurs sources éventuelles d'incertitude : l'incertitude démographique, l'incertitude des tendances de la santé de la population, l'incertitude au sujet de la relation dépenses-âge, et les changements possibles liés à l'âge dans le coût global des services de santé.

L'analyse de sensibilité débouche sur la constatation qu'il y a une large bande d'incertitude entourant toute projection de la croissance des dépenses dans le secteur de la santé, qui découle des nombreux éléments d'incertitude en présence et non uniquement d'une insuffisance des données ou de l'analyse empirique, de sorte que des travaux de recherche et des analyses supplémentaires ne réduiront pas de façon sensible l'incertitude à laquelle fait face le système de santé du Canada.

Il semble donc clair que les gouvernements doivent accepter ce degré élevé d'incertitude et centrer leurs efforts sur la gestion du risque — en tenant compte de cette incertitude dans la planification future. Il se dégage donc de l'étude quatre grandes orientations en matière de politiques pour les gouvernements.

Premièrement, le vieillissement de la population ne devrait pas servir de prétexte à une réforme du système de santé. Ce système peut profiter de diverses améliorations sur le plan de l'efficacité, mais le vieillissement de la population ne devrait pas être utilisé pour exempter les partisans d'une réforme de justifier les changements qu'ils proposent sur la base des seuls avantages qu'ils offrent.

Deuxièmement, les gouvernements devraient financer à l'avance les obligations prévisibles en matière de santé publique liées au vieillissement de la population en constituant un fonds réservé qui servirait à défrayer l'impact du vieillissement sur les dépenses futures. La situation budgétaire actuelle permettrait aux gouvernements de gérer les effets éventuels du vieillissement sur les soldes budgétaires s'ils résistent à la tentation d'exploiter favorablement le présent contexte pour financer les programmes courants, mais les conséquences pourraient être sérieuses s'ils négligent de le faire.

Troisièmement, les gouvernements devraient envisager la question du vieillissement comme un problème de finances publiques, en évitant la tentation d'élaborer une « stratégie du vieillissement » pour canaliser les dépenses de santé actuelles vers des programmes et des projets visant à réduire la demande future. Ils ne devraient pas considérer les dépenses actuelles comme un *investissement* — une voie de rechange à des mesures d'économie permettant de dégager les ressources requises pour répondre aux besoins futurs d'une population vieillissante, parce que le degré élevé d'incertitude entourant l'efficacité de ces programmes signifie qu'une telle stratégie d'investissement comporterait un risque très élevé.

Quatrièmement, afin de conserver la souplesse requise pour faire face aux problèmes futurs, les gouvernements devraient reconnaître la nécessité de consacrer dès aujourd'hui des fonds à l'accroissement de l'offre de main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Étant donné que l'offre de main-d'œuvre réagit lentement aux transformations du marché du travail, les conditions doivent commencer à changer *maintenant* pour qu'il y ait suffisamment de ressources humaines dans le secteur de la santé dans l'avenir. Il serait donc probablement prudent que les gouvernements utilisent une part importante des ressources financières actuelles pour hausser la rémunération des prestataires de soins de santé plutôt que de tenter d'augmenter la quantité de services de santé offerte.

Bien que les gouvernements provinciaux assument la plus grande partie de la responsabilité pour la prestation des services de santé publique, et qu'ils devront ainsi assumer la plus grande part de l'incidence du vieillissement de la population sur le secteur de la santé, la présence du gouvernement fédéral dans ce secteur exige qu'il prenne aussi des initiatives en vue d'atteindre le meilleur équilibre qui soit entre l'équité et l'efficacité. Dans la présente étude, il est recommandé au gouvernement fédéral :

- d'augmenter le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) à mesure que la population vieillit, en sus de toute autre augmentation justifiée par l'accroissement des coûts, la progression des revenus, etc.;
- de lier le TCSPS à la situation démographique de chaque province, de sorte que des transferts plus importants soient versés aux provinces dont la population est plus âgée;

- de financer à l'avance les augmentations futures des transferts aux provinces pour leur permettre de constituer un fonds réservé en vue de répondre aux besoins futurs d'une population plus âgée;
- de reconnaître qu'il est dans une meilleure posture financière que de nombreuses provinces et qu'il devrait donner l'exemple en finançant à l'avance les obligations futures.

La conclusion générale qui se dégage de la présente étude est que les pressions que le vieillissement de la population exercera vraisemblablement sur le système de santé sont réelles, mais suffisamment limitées pour pouvoir être gérées sans difficulté. Le plus grand risque posé par le vieillissement de la population est qu'en rejetant les scénarios apocalyptiques de ceux qui y voient un problème majeur, les gouvernements et le public canadien pourraient en venir à faire preuve de complaisance et négliger de prendre des initiatives dès maintenant, c'est-à-dire au moment où il est encore relativement facile de le faire.



## **Introduction**

La préoccupation au sujet du vieillissement ne se limite pas au débat sur l'avenir des soins de santé et les Canadiens ne sont pas les seuls à ressentir cette préoccupation. De nombreux pays doivent faire face à une augmentation éventuelle du pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus, soit en raison du vieillissement de la génération du boom des naissances, comme dans les nations occidentales, soit en raison d'une augmentation de l'espérance de vie, qui a déjà eu des effets particulièrement marqués dans certains pays, notamment au Japon. La principale préoccupation soulevée par le vieillissement de la population est que cela a tendance à accroître les dépenses publiques devant être consacrées aux pensions de retraite, aux soins de santé et à d'autres services, tout en réduisant simultanément le pourcentage de la population qui peut fournir les ressources nécessaires par le truchement des impôts sur le revenu.

Il y a toute une gamme d'opinions au sujet de l'incidence future du vieillissement de la population sur le système de santé au Canada : certains prédisent un avenir sombre et évoquent le spectre du vieillissement pour justifier des changements structurels majeurs au système de santé publique ou des changements au système de transferts fédéraux aux provinces. D'autres insistent sur le fait que les problèmes liés au vieillissement ont été exagérés et qu'aucune initiative particulière ne doit être prise. Le premier point de vue est le plus souvent exprimé dans les médias ou dans l'arène politique, ainsi que dans le rapport largement diffusé des provinces sur les facteurs de coût<sup>1</sup>. La documentation scientifique a tendance à diffuser le second point de vue (voir, par exemple, Evans et coll., 2001a, et les références citées dans cet ouvrage), bien que certaines études adoptent le point de vue que le vieillissement, tout en ne constituant pas la menace redoutable décrite par certains, *pose* une préoccupation sérieuse qui exigerait certaines interventions immédiates sur le plan des politiques (p. ex. Robson, 2001).

Le point de départ de toute analyse de ce genre est une projection future des tendances actuelles en tenant compte de l'évolution démographique, mais de nombreux éléments d'incertitude entourent le prolongement des tendances actuelles. La diversité des conclusions auxquelles on arrive quant à l'impact du vieillissement sur le système de santé découle en partie de divergences sur les hypothèses que l'on devrait faire au moment de projeter les tendances actuelles et, en partie, de divergences sur la façon d'interpréter les projections et d'en tirer des conclusions. Dans cette étude, nous présentons une projection de base simple pour ensuite examiner les divers facteurs qui pourraient causer une déviation par rapport à la tendance de base. Puis, nous explorons les conséquences de cette analyse sur le plan des politiques.

Un certain nombre de questions se posent au sujet de l'incidence du vieillissement de la population sur les soins de santé, l'état de santé et le système de santé. La présente étude met l'accent sur les conséquences du vieillissement de la population pour le financement des systèmes de santé publique au Canada, plutôt que sur les questions de prestation comme les niveaux de service et les divers mécanismes de prestation.

Le principal message qui ressort de l'étude est qu'il y a une incertitude suffisamment grande au sujet de l'effet du vieillissement pour appuyer des conclusions pessimistes ou optimistes, selon les hypothèses retenues parmi une vaste sélection de possibilités raisonnables. Notre analyse des politiques est donc axée sur la recherche d'une démarche prudente compte tenu de

*Quel effet aura le vieillissement de la population  
sur les besoins et les coûts liés aux soins de santé dans l'avenir prévisible?*

l'incertitude inhérente. La conclusion à laquelle nous arrivons est que la question du vieillissement est sérieuse et ne peut être négligée, mais qu'elle ne requiert pas l'adoption de mesures draconiennes, comme une réforme en profondeur du système de santé. Ce qui importe, toutefois, est de prendre immédiatement la décision de faire des économies dans le but spécifique de pouvoir répondre aux besoins accrus dans l'avenir, plutôt que de dépenser aujourd'hui en pensant naïvement qu'une stratégie du vieillissement conçue dans le contexte actuel se révélera parfaitement adaptée à l'avenir. Enfin, le poste où l'on devrait sans délai accroître les dépenses est celui de la rémunération des ressources humaines du secteur de la santé, afin d'éviter une pénurie dans les années à venir.

## **2 Les faits essentiels**

Dans la présente section, nous présentons brièvement les faits essentiels au sujet du vieillissement de la population canadienne, de la relation entre l'âge et la consommation de soins de santé, et de la relation entre l'âge et les dépenses en soins de santé. Ces faits essentiels fourniront l'assise nécessaire aux projections présentées dans la section suivante et aux conséquences qui en découlent sur le plan des politiques, que nous examinons dans le reste de l'étude.

### ***Données démographiques de base***

Au cours des 70 dernières années, la structure démographique de la population canadienne a changé sensiblement, la part de la population âgée de plus de 65 ans passant de 5 à 12 p. 100 et celle de la population âgée de plus de 85 ans passant de 0,2 à 0,8 p. 100. Cette tendance a entraîné une augmentation de l'âge moyen des Canadiens de près de 10 ans. Les changements survenus dans les profils de mortalité et de migration et un taux de fertilité fluctuant ont contribué à cette augmentation.

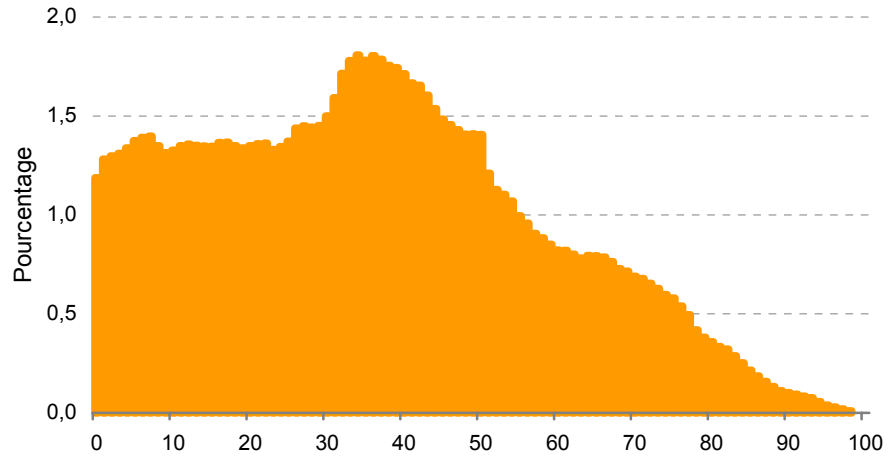
Le motif le plus important à l'origine de la préoccupation actuelle à l'égard du vieillissement est le vieillissement de la génération du boom des naissances qui a suivi la Seconde Guerre mondiale, lequel est attribuable à la forte hausse de la fertilité immédiatement après la guerre, suivie d'un fléchissement constant de la fertilité à compter des années 60. La baisse de la fertilité postérieure au boom des naissances est un élément clé de l'explication de l'incidence du boom des naissances : initialement, le boom des naissances a provoqué une forte baisse de l'âge moyen de la population, à cause de l'augmentation soudaine et importante du nombre d'enfants. Mais lorsque le taux de fertilité a recommencé à fléchir, la population a vieilli parallèlement à la génération du boom des naissances parce que cette cohorte représente une fraction très importante de la population. Mais à l'heure actuelle, du fait que la génération du boom des naissances se trouve dans la quarantaine et la cinquantaine, la fraction de la population ayant plus de 65 ans est inférieure à ce qu'elle aurait été si le taux de fertilité était demeuré constant. En conséquence, dans environ cinquante ans, lorsque les membres de la génération du boom des naissances seront pour la plupart décédés, la fraction de la population qui est âgée sera plus élevée qu'à l'heure actuelle. Ces tendances sont illustrées à la figure 1, qui montre la répartition de la population canadienne selon l'âge en 1997; la figure 2 fait voir l'évolution historique et prévue de la fraction de la population âgée de plus de 65 ans.

Alors que le vieillissement de la génération du boom des naissances qui a suivi la Deuxième Guerre mondiale est la principale raison pour laquelle le vieillissement occupe une place importante dans les débats sur les politiques, il importe de noter que les cycles de fertilité n'ont pas été la principale cause du vieillissement au cours du dernier siècle. Au contraire, le déclin constant des taux de mortalité durant cette période, pour tous les groupes d'âge, a entraîné une augmentation continue de la fraction des cohortes successives ayant atteint un âge avancé.

*Quel effet aura le vieillissement de la population  
sur les besoins et les coûts liés aux soins de santé dans l'avenir prévisible?*

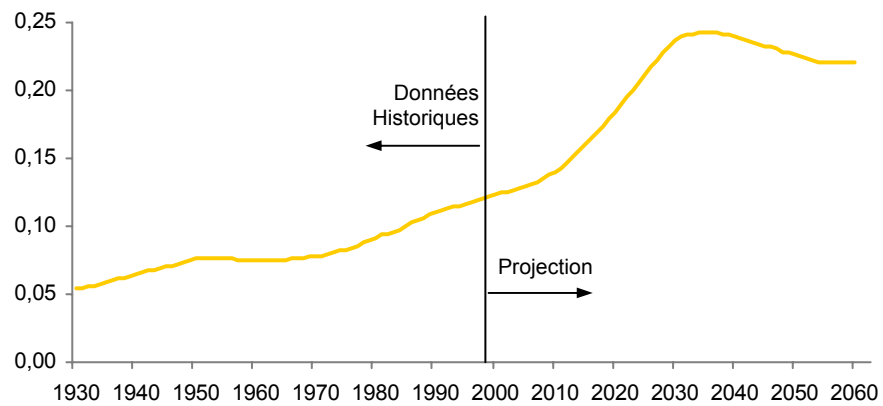
**FIGURE 1 : Structure d'âge de la population**

Répartition de la population canadienne en 1997



Source : Statistique Canada.

**FIGURE 2 : Fraction de la population âgée de 65 ans et +**



Sources : Données historiques, Statistique Canada; projections de la population, Santé Canada, 2002.

Puisque l'évolution des taux de mortalité dépend essentiellement de facteurs à long terme tels les changements au niveau de la nutrition, des médicaments, des soins de santé et du comportement, ces taux suivent habituellement une tendance à long terme plutôt que d'afficher un comportement cyclique. On peut donc s'attendre à ce que les taux de mortalité continuent de baisser dans l'avenir (mais à un rythme plus lent que par le passé) et, ainsi, accentuent les pressions engendrées par le vieillissement de la génération du boom des naissances.

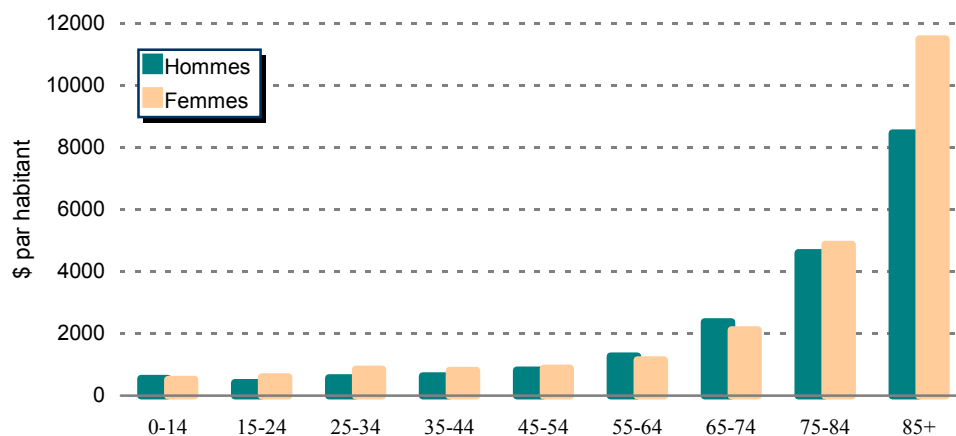
### La relation entre vieillissement et dépenses

Le fait que la santé d'une personne ait tendance à se détériorer avec l'âge est évident et clairement corroboré par les données disponibles; on devrait donc s'attendre à une augmentation correspondante des dépenses de santé avec l'âge. Cette relation est confirmée par la figure 3, où les dépenses de santé totales (publiques et privées) sont ventilées selon les groupes d'âge et le sexe, et où l'on peut voir que les dépenses de santé par habitant augmentent très rapidement après l'âge de 65 ans<sup>2</sup>. Bien que les données sur les dépenses de santé par groupe d'âge n'aient pas toujours une grande fiabilité, il est assez évident que ces données traduisent une vérité fondamentale.

Le fait que les dépenses semblent augmenter rapidement peu après l'âge de 65 ans explique que la fraction de la population âgée de plus de 65 ans soit la mesure sommaire la plus couramment utilisée de l'âge de la population. L'évolution des dépenses après l'âge de 65 ans révèle aussi pourquoi le vieillissement suscite une telle préoccupation à l'heure actuelle : la génération du boom des naissances a encore moins de 65 ans, mais elle approche rapidement de ce seuil et les premiers membres de cette génération auront 65 ans en 2011. Le choix de l'âge de 65 ans comme ligne de partage entre les jeunes et les vieux est quelque peu arbitraire, mais il importe de noter qu'aucune des projections présentées dans l'étude ne dépend de ce seuil.

La combinaison d'une population vieillissante et d'un lien positif entre l'âge et les dépenses est à l'origine des préoccupations au sujet de l'avenir du système de santé car les deux phénomènes sont à la base des projections montrant une escalade des dépenses.

FIGURE 3 : Dépenses de santé, 1980-1981



Source : Santé Canada.

### **3 Décomposition et tendances des dépenses passées et projection future**

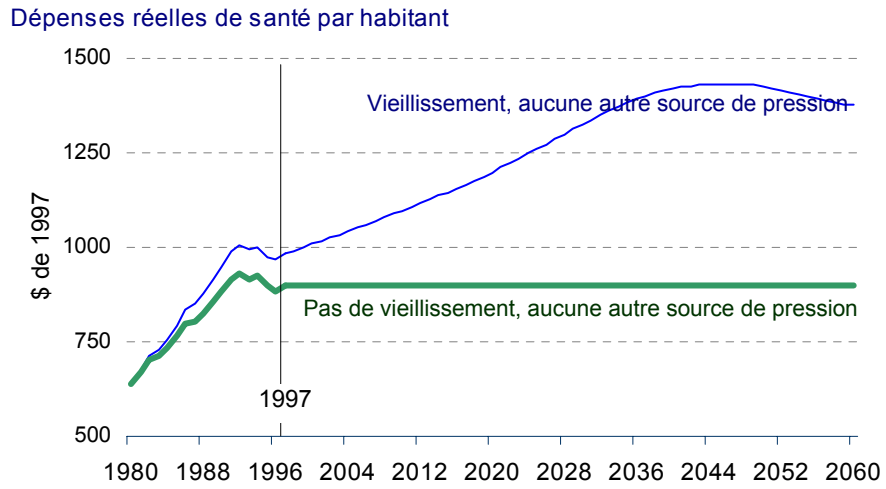
Dans cette section, nous décrivons brièvement une projection de référence de la contribution du vieillissement à l'accroissement futur des dépenses de santé. Cette projection sert de cadre au reste de l'étude. Les conséquences sur le plan des politiques examinées dans le reste du document sont centrées sur les questions suivantes : Les hausses projetées des dépenses auraient-elles des répercussions sérieuses si elles se réalisaient? Cette projection est-elle raisonnable? Comment peut-on prendre en considération les sources d'incertitude qui entourent cette projection?<sup>3</sup>

Il y a eu une augmentation significative des dépenses de santé ces vingt dernières années. Mais le vieillissement n'est pas le seul facteur à l'origine de l'accroissement des dépenses de santé : une partie de l'augmentation peut être imputable à d'autres facteurs, notamment les pressions salariales dans le secteur de la santé et le développement de technologies nouvelles. On peut déterminer l'effet du vieillissement sur les dépenses de santé en décomposant les données sur les dépenses en différents effets. Une telle décomposition est illustrée à la figure 4. Pour la période antérieure à 1997, la ligne supérieure montre les dépenses totales de santé, tandis que la ligne inférieure montre quelles auraient été les dépenses de santé si la population était demeurée à son niveau de 1980 et si les dépenses de santé par habitant, pour chaque groupe d'âge et sexe, avaient changé de la façon observée durant la période 1980-1997. Cette ligne représente donc le changement dans les dépenses de santé qui ne peut être imputé au vieillissement et qui doit donc être attribuable à d'autres facteurs. L'effet du vieillissement est la différence entre cette valeur et le total. Manifestement, l'effet estimatif du vieillissement sur l'accroissement des dépenses de santé a été modeste par rapport à celui des autres facteurs, comme le confirme la figure 5, où l'on peut voir que le vieillissement n'a représenté que 0,5 p. 100 de la croissance annuelle moyenne de 2,5 p. 100.

Le tableau se présente différemment lorsque nous faisons une projection des sources de pression qui agissent sur les dépenses. Cette projection est aussi présentée aux figures 4 et 5. Si nous supposons que la relation entre les dépenses réelles de santé par habitant et l'âge demeurera fixe à son niveau de 1997 (la dernière année de la période visée par l'ensemble de données sur les dépenses employé dans la présente étude), tandis que la population vieillira selon une projection démographique simple, le vieillissement à lui seul engendrera une augmentation annuelle moyenne des dépenses de santé d'environ 0,9 p. 100 au cours des 30 prochaines années. L'effet cumulatif serait un accroissement de plus de 30 p. 100 des dépenses de santé en 2030, essentiellement attribuable au vieillissement de la population. À la figure 4, afin d'isoler l'effet projeté du vieillissement, nous avons fait l'hypothèse que le vieillissement est la seule source d'accroissement des dépenses réelles par habitant. Mais à la figure 5, afin de situer ces chiffres en contexte, nous avons fait l'hypothèse que d'autres facteurs continueront de contribuer à l'augmentation annuelle moyenne de 2 points de pourcentage. Par rapport à ce chiffre, la croissance annuelle moyenne des dépenses de santé qui est imputable au vieillissement, soit 0,9 p. 100, paraît relativement modeste.

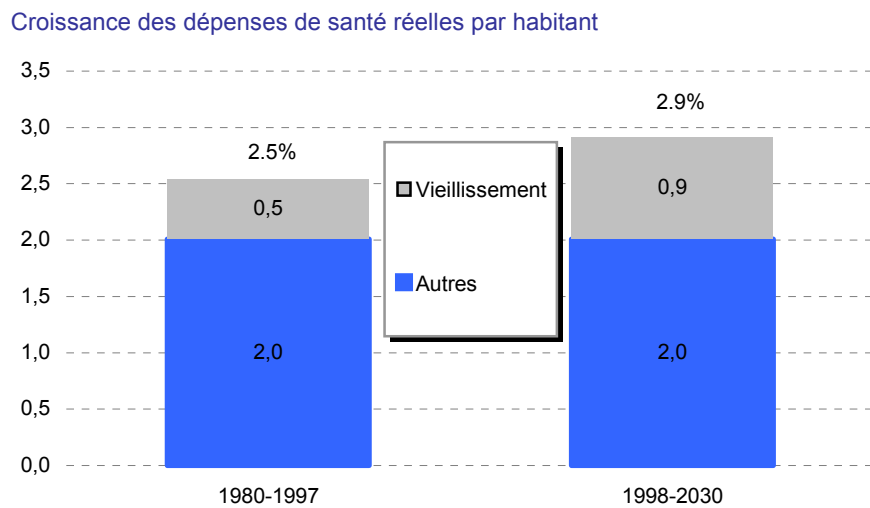
Quel effet aura le vieillissement de la population sur les besoins et les coûts liés aux soins de santé dans l'avenir prévisible?

**FIGURE 4 : Vieillissement et dépenses de santé**



Source : Santé Canada, 2002.

**FIGURE 5 : Déterminants du coût de la santé**



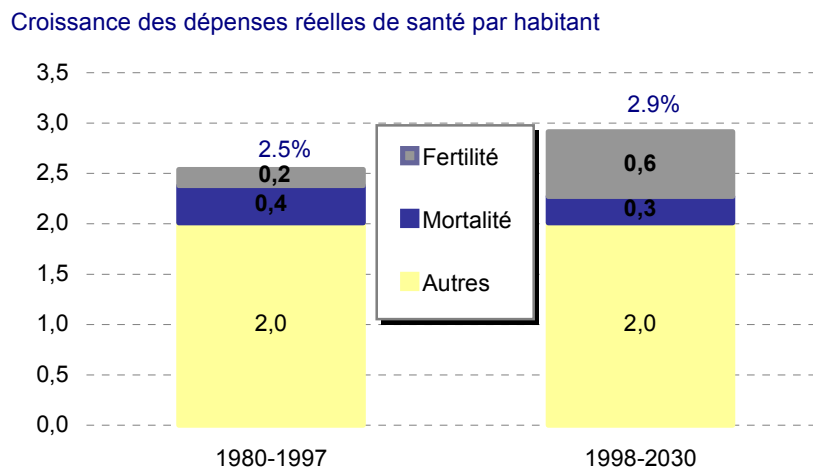
Source : Santé Canada, 2002.

Il est aussi intéressant de décomposer l'effet historique et l'effet projeté du vieillissement en un effet lié à l'augmentation de l'espérance de vie (diminution de la mortalité) et un effet lié aux fluctuations de la fertilité, car les conséquences d'un accroissement des dépenses sur le plan des politiques et la sensibilité de la projection aux hypothèses démographiques peuvent différer selon la nature de l'effet qui constitue la cause première du vieillissement de la population.

Cette décomposition supplémentaire est présentée à la figure 6. Elle révèle que 70 p. 100 de l'accroissement annuel moyen de 0,5 p. 100 attribuable au vieillissement provient de la baisse de la mortalité, tandis que seulement 30 p. 100 est imputable aux fluctuations de la fertilité, ce qui met en relief que le vieillissement de la génération du boom des naissances n'a pas encore eu un impact majeur sur les dépenses de santé. L'importance relative des deux effets s'inverse à peu près exactement dans la projection à 2030, alors que 71 p. 100 de l'accroissement projeté des dépenses imputable au vieillissement provient de l'effet de la fertilité, contre seulement 29 p. 100 pour la baisse de la mortalité.

Alors que le débat sur le vieillissement évoque généralement la notion selon laquelle le vieillissement de la génération du boom des naissances entraîne une augmentation du nombre de personnes âgées, on oublie souvent que la génération du boom des naissances n'a pas encore atteint l'âge de 65 ans et que, partant, il y a actuellement une fraction disproportionnée de la population dans les groupes d'âge n'engendrant que de faibles coûts de santé. Les coûts des soins de santé sont donc moins élevés à l'heure actuelle qu'ils ne le seraient en l'absence de la génération du boom des naissances de l'après-guerre. Lorsque cette génération aura vieilli, une fraction plus grande de la population passera dans les groupes d'âge plus avancé — et plus coûteux — ce qui provoquera une augmentation temporaire, mais marquée, des dépenses de santé par habitant.

**FIGURE 6 : Effets liés à la fertilité et à la mortalité**



Source : Santé Canada, 2002.



*Quel effet aura le vieillissement de la population  
sur les besoins et les coûts liés aux soins de santé dans l'avenir prévisible?*

Néanmoins, les résultats montrent aussi que même si la contribution du vieillissement à la croissance annuelle totale des dépenses atteindra environ 0,9 p. 100 lorsque la génération du boom des naissances de l'après-guerre atteindra l'âge où les dépenses de santé sont élevées, le vieillissement ne représentera toujours qu'une source de pression secondaire dans l'équation des coûts des soins de santé, tandis que d'autres facteurs seront responsables de la plus grande part des pressions qui s'exerceront.

## **4 Analyse de sensibilité**

Il est important de signaler que la projection des dépenses que nous avons faite dans la section précédente est bien une projection et non une prévision. Autrement dit, il ne s'agit pas d'une prévision de ce qui surviendra en réalité mais, plutôt, d'un énoncé de ce qui pourrait arriver si certaines conditions se vérifiaient — à savoir les changements présumés dans les taux de fertilité, de migration et de mortalité et l'hypothèse d'une absence de changement dans la relation entre les dépenses de santé et l'âge. La réalité pourrait être différente des hypothèses qui sous-tendent cette projection, pour chacune des raisons suivantes :

- Des changements dans les tendances démographiques par rapport à la projection de référence.
- Des changements dans la relation entre l'âge et les dépenses, attribuables
  - aux tendances de la santé de la population;
  - à un effet associé au coût de mourir;
  - à des investissements en capital spécifiques au boom des naissances qui hausseraient le coût relatif des groupes d'âge plus avancé;
  - aux changements dans la technologie médicale qui ont des effets liés à l'âge sur le coût de la prestation des services;
  - à des changements dans les niveaux de service suscités par les politiques.
- Des changements liés au vieillissement dans le coût global de la prestation des services de santé.

Dans le reste de la section, nous examinons chacune de ces raisons à tour de rôle pour ensuite évaluer l'importance de chacune dans le contexte des politiques.

### **4.1 Analyse de chaque source d'incertitude**

#### ***Incertitudes au sujet des tendances démographiques***

Il est difficile de contester des projections démographiques parce qu'en réalité, il y a très peu d'incertitude dans les projections démographiques sur un horizon de 60 ans ou moins. La plupart de l'effet projeté du vieillissement sur les dépenses provient de l'influence du boom des naissances qui, du fait qu'il est prédéterminé, n'engendre pas d'incertitude. En outre, la plupart de l'effet attribuable à la baisse des taux de mortalité est aussi prédéterminé : en d'autres termes, la fraction des gens âgés de plus de 65 ans qui survivront à chaque année sera beaucoup plus élevée que par le passé, non en raison de la baisse future de la mortalité, mais à cause des baisses de mortalité passées. Enfin, si les taux de natalité futurs influent sur la fraction de la population qui est âgée, ils ne peuvent sérieusement modifier le ratio des personnes âgées à la population en âge de travailler sur l'horizon de 30 ans examiné ici.

Les profils d'immigration futurs peuvent aussi faire dévier les projections démographiques. Une immigration importante peut ralentir le rythme de vieillissement de la population, mais elle

ne peut modifier la conclusion principale selon laquelle le boom des naissances qui a suivi la Deuxième guerre mondiale entraînera une augmentation significative de la fraction de la population âgée de 65 et plus. De même, l'émigration peut influencer sur les projections mais, comme les émigrants ont tendance à être relativement jeunes, ce facteur peut accélérer le vieillissement de la population.

### ***Tendances sur le plan de la santé de la population***

Les tendances sur le plan de la santé de la population sont pertinentes dans la mesure où nous devons nous demander si l'évolution de l'état de santé des Canadiens, en particulier les Canadiens plus âgés, pourrait atténuer ou amplifier l'incidence du vieillissement de la population sur les dépenses de santé. Malheureusement, il est très difficile de donner une réponse définitive à la question de savoir si l'état de santé des Canadiens plus âgés s'est amélioré ou détérioré au cours des années passées, et encore plus difficile de faire une projection de ce qui pourrait arriver dans l'avenir.

En utilisant des données provenant de l'Enquête santé Canada (1978-1979) et de l'Enquête nationale sur la santé de la population (1998-1999), Hogan (2002) a montré qu'en fonction d'au moins une mesure — la prévalence des maladies chroniques rajustée en fonction de l'âge, lesquelles frappent plus particulièrement les personnes âgées — l'état de santé des Canadiens ne va pas en s'améliorant, de sorte qu'à première vue du moins, il semble peu raisonnable de s'attendre à faire des économies à la faveur d'une diminution des besoins en soins de santé. Pour certaines de ces maladies, notamment l'hypertension et l'arthrite, la hausse observée de la prévalence rajustée en fonction de l'âge est imputable à la cohorte actuelle des Canadiens âgés. Chen et Millar (2000) montrent que la prévalence de ces maladies est moins grande parmi la génération du boom des naissances que parmi les cohortes antérieures, de sorte que cette génération peut s'attendre à atteindre les tranches d'âge de 65 ans et plus en meilleure santé que la cohorte actuelle des personnes âgées.

D'un autre côté, les changements dans la *prévalence* des maladies ne représentent qu'une façon de mesurer l'évolution de l'état de santé et nous devrions nous intéresser tout autant à d'autres mesures de la morbidité, comme l'espérance de vie rajustée en fonction de la santé (EVRS), qui tient compte de la durée de vie en mauvaise santé, parce que le niveau des dépenses dépend non seulement du nombre de gens qui requièrent des soins, mais de la durée des soins requis.

Des données sur l'EVRS ont été calculées par Martel et Bélanger (1999) pour les limitations d'activité et par Hogan (2002) pour un certain nombre de maladies chroniques, y compris la limitation d'activité. Ces résultats montrent qu'en 1998-1999, les Canadiens pouvaient généralement s'attendre à vivre plus longtemps sans maladie chronique, comme c'était le cas en 1978-1979, ce qui indique que les maladies chroniques apparaissent généralement plus tard qu'à la fin des années 70. La *fraction* de la vie qu'une personne peut s'attendre à vivre sans souffrir d'une maladie chronique a toutefois diminué pour sept maladies, tant parmi les hommes que parmi les femmes, à cause de l'augmentation proportionnellement plus grande de l'espérance de vie à l'âge de 12 ans que de l'EVRS à l'âge de 12 ans. En termes simples, même si les Canadiens

peuvent s'attendre à vivre en santé plus longtemps qu'auparavant, les années de vie en mauvaise santé représenteront une part plus grande de l'augmentation de l'espérance de vie. Ces résultats signifient que, pour la plupart des maladies chroniques, il y a eu un effet de survie positif important — une hausse du nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre alors qu'elle est atteinte d'une maladie, plutôt que d'en mourir. Lorsque l'augmentation de la survie est proportionnellement plus grande que l'augmentation du nombre d'années en santé, il y a, par définition, une hausse de la morbidité. Cela est observé pour la plupart des maladies chroniques. Néanmoins, il y a eu une certaine compression de la morbidité, soit une augmentation proportionnellement plus grande du nombre d'années de vie en *santé* pour nombre de maladies chroniques : les maladies cardiaques, l'arthrite, l'emphysème et les limitations d'activité.

Ce qui est peut-être plus important, la compression de la morbidité dans le cas de la limitation d'activité — qui résulte simultanément d'une *augmentation* du nombre d'années que les Canadiens peuvent s'attendre à vivre sans limitation et d'une *diminution* du nombre d'années que les Canadiens peuvent s'attendre à vivre avec des limitations — laisse penser que les Canadiens vivent généralement un *pourcentage* plus élevé de leur vie en profitant d'une qualité de vie raisonnable. Comme cela est survenu simultanément à une augmentation de la morbidité pour de nombreuses maladies chroniques, il semblerait que des gains significatifs aient été faits en vue de réduire les effets de ces maladies et d'autres sur le plan de la limitation des activités, ce qui appuie l'hypothèse que la gestion des maladies chroniques s'est améliorée suffisamment pour permettre aux Canadiens de continuer à vivre et à être actifs plus longtemps que par le passé. Les coûts afférents à cette évolution ne ressortent pas des données. De fait, ce que l'on ne peut établir à l'aide de ces données, ou tout autre ensemble de données, est la mesure dans laquelle les changements décrits précédemment ont influé sur les dépenses de santé requises ou, au contraire, sont attribuables à ces dépenses. Ce qui est plus important, les données ne peuvent nous renseigner sur l'effet des tendances de la santé de la population sur les dépenses de santé; aussi, il semble clair que les Canadiens ne peuvent compter sur ces tendances pour réaliser des économies importantes.

### ***L'effet lié au coût de mourir***

L'effet lié au coût de mourir a trait au mécanisme par lequel les baisses de mortalité peuvent affaiblir la relation entre l'âge et les dépenses de santé. Plus précisément, cet effet est lié à l'hypothèse selon laquelle les dépenses de santé augmentent avec l'âge non simplement en raison d'un effet directement imputable à l'âge, mais parce que la plupart des dépenses de santé engendrées par une personne surviennent au cours de la ou des deux dernière(s) année(s) de sa vie. Le cas échéant, les baisses futures des taux de mortalité ne se traduiront pas par une augmentation de la fraction de la population qui engendre des coûts élevés, même si elles entraînent une augmentation de la fraction de la population qui est âgée.

Hogan et Pollock (2001) ont estimé l'importance de l'effet lié au coût de mourir. Si leurs estimations du ratio des dépenses consacrées à une personne durant sa dernière année de vie à celui des dépenses consacrées aux autres personnes se vérifiaient dans l'avenir, alors la plus grande partie de l'impact du vieillissement de la population sur les dépenses de santé attribuable

aux baisses de mortalité disparaîtrait. La prudence est toutefois de mise avant de tirer des conclusions optimistes de cette observation, pour les raisons suivantes :

- les estimations de Hogan et Pollock, qui proviennent indirectement de données agrégées plutôt que d'une observation directe, comportent de larges intervalles de confiance et représentent presque à coup sûr des sur-estimations<sup>4</sup>;
- à tout événement, l'effet prévu du vieillissement de la population sur les dépenses de santé imputable à une mortalité réduite est, comme nous l'avons vu, relativement modeste par rapport à l'effet du boom des naissances — un aspect souvent négligé dans les débats sur l'effet de la « compression de la morbidité » sur les projections de l'accroissement des dépenses attribuable au vieillissement.

Toutefois, l'élément à retenir au sujet de l'effet lié au coût de mourir est qu'il a tendance à contrecarrer l'effet que pourrait avoir sur les projections une baisse plus rapide que prévue des taux de mortalité. Autrement dit, l'effet lié au coût de mourir aura tendance à réduire la sensibilité de la projection à une baisse inattendue de la mortalité.

### ***Investissements en capital spécifiques à une génération***

Les données sur les dépenses de santé par habitant pour différents groupes d'âge sous-estiment probablement les coûts futurs de la prestation de soins de santé à la génération du boom des naissances à mesure que celle-ci avancera en âge. Il en est ainsi parce que l'augmentation temporaire du nombre de personnes âgées nécessitera des investissements additionnels en infrastructure et en capital humain dans le secteur des soins de santé, et que l'utilité de ces immobilisations diminuera avant qu'elles n'aient été pleinement amorties. Cette question a probablement une importance secondaire, mais elle incite à la prudence au regard de l'hypothèse voulant que l'effet global du vieillissement sur les dépenses publiques soit modeste en raison du fait que les économies réalisées dans l'éducation des jeunes compenseront les coûts accrus des soins de santé prodigués aux personnes âgées. Les affirmations de ce genre, inspirées des données sur les dépenses par habitant, sous-estiment probablement le coût de la prestation des services à la génération du boom des naissances à mesure qu'elle vieillira, et surestiment les économies que l'on pourra réaliser parmi les générations qui suivent celle du boom des naissances, parce que l'on suppose implicitement que les écoles peuvent être converties sans frais en établissements de soins de santé, que les enseignants peuvent être recyclés en médecins, etc. On pourrait être tenté de rappeler qu'il y a un stock inutilisé d'hôpitaux et d'établissements de soins de santé fermés au cours des périodes de compressions budgétaires et que l'on pourrait facilement remettre en service ces installations. Mais cette ligne de pensée ne tient pas compte du fait que, dans bien des cas, les établissements fermés ont été sélectionnés parce que la population desservie n'était pas suffisante pour justifier les coûts d'exploitation ou parce que les bâtiments étaient âgés et jugés de qualité inférieure. Même s'il était possible de renverser les décisions passées dans certains cas, il semble peu probable que l'on puisse envisager utilement ce scénario à grande échelle.

## **Changement technologique**

Dans cette section, nous employons l'expression changement technologique au sens utilisé par les économistes. Autrement dit, le changement technologique a trait à tout changement dans la façon de produire un bien donné, ce qui ne signifie pas nécessairement l'adoption de technologies plus modernes ou complexes, même s'il s'agit là d'un volet important du changement technologique dans le secteur de la santé.

Le changement technologique est souvent la grande inconnue dans tout exercice de projection. Ce facteur a manifestement joué un rôle important dans l'évolution des dépenses de santé et de l'état de santé mais, à l'heure actuelle, il n'y a pas de mesure satisfaisante ou acceptée du changement technologique, de sorte qu'il est difficile de quantifier l'impact global qu'a eu ce phénomène dans le passé. Par ailleurs, le changement technologique, qui a trait à la découverte de façons de faire jusque-là inconnues, est impossible à prédire. Ainsi, même si nous disposions de mesures du changement technologique, elles seraient de peu d'utilité pour prédire l'avenir. Un autre problème est que tout changement technologique qui risque d'influer sur les soins de santé au Canada pourrait soit contribuer à réduire les dépenses, soit être lui-même générateur de dépenses pour le secteur de la santé. Il y aurait diminution des dépenses si le progrès technologique produisait de meilleures façons d'atteindre un résultat donné sur le plan de la santé (par exemple si la découverte de nouvelles méthodes de prévention des maladies cardiaques réduisait sensiblement le besoin de recourir à des traitements ou si un nouveau traitement, moins coûteux, était mis au point). De façon similaire, il pourrait y avoir augmentation des dépenses si un nouveau traitement coûteux devenait disponible et qu'il s'avérait irrésistible pour le système de santé — une nouvelle cure pour le cancer, par exemple — ou si les salaires dans le secteur de la santé augmentaient à mesure que le progrès technologique dans d'autres secteurs faisait augmenter les salaires dans l'économie en général.

Une forme de changement technologique qui semble particulièrement pertinente au débat sur le vieillissement — en raison de son importance pour les patients âgés — et qui illustre la difficulté de quantifier et de prédire les effets qu'il peut avoir, est représentée par les progrès dans l'industrie des médicaments.

Les dépenses consacrées aux médicaments dépassent aujourd'hui celles consacrées aux médecins et elles viennent au second rang après les dépenses consacrées aux services hospitaliers parmi les principales composantes des dépenses de santé au Canada. Cette tendance se prête à des interprétations différentes. Il se peut que l'augmentation des dépenses en médicaments reflète la mise au point de médicaments nouveaux et de meilleure qualité, ce qui suscite une augmentation des dépenses totales de santé et une amélioration de l'état de santé, mais il se pourrait aussi que les progrès technologiques dans l'industrie du médicament aient permis une diminution globale des dépenses en réduisant le besoin de recourir à l'hospitalisation. À l'opposé, Evans et coll. (2001a) affirment que la tendance qui ressort des dépenses consacrées aux médicaments reflète simplement la tendance des médecins à prescrire des médicaments nouveaux et coûteux qui n'offrent pas d'avantages thérapeutiques significatifs par rapport aux médicaments plus anciens et moins chers. Devant ces affirmations contradictoires au sujet de l'évolution passée, la difficulté de prédire quelles percées surviendront dans l'industrie des médicaments et l'incertitude quant à l'éventualité que l'effet attribué par Evans et coll. aux

habitudes d'ordonnance se renverse dans l'avenir, il est impossible de prédire si les changements technologiques futurs dans l'industrie pharmaceutique renforceront ou affaibliront la relation entre les dépenses de santé et l'âge.

### **Changements suscités par les politiques**

Manifestement, le vieillissement de la population n'influe pas inévitablement sur les dépenses publiques de la façon révélée par notre projection parce que les gouvernements peuvent décider de réagir au phénomène en limitant les dépenses, notamment les dépenses consacrées aux personnes âgées. Si, de fait, les gouvernements limitent les dépenses en réaction aux pressions qui s'exercent, les conclusions issues de la projection reposant sur l'hypothèse de niveaux de service inchangés demeurerait valides, mais elles signifieraient que les coûts du vieillissement seraient absorbés sous la forme d'une réduction des services plutôt que d'une augmentation des dépenses; mais les coûts connexes seraient néanmoins présents. Autrement dit, si les gouvernements ne permettent pas une augmentation des dépenses de santé correspondant aux pressions suscitées par le vieillissement, l'écart entre les dépenses futures réelles et les projections faites dans la présente étude représenterait une estimation monétaire de la diminution du niveau de service par habitant. Cela pourrait être ressenti de façon plus tangible dans un allongement des listes d'attente ou une baisse de la qualité des soins.

La possibilité que des gouvernements choisissent de restreindre les dépenses en dépit des fortes pressions qui s'exercent (ou, de façon réciproque, de dépenser davantage malgré l'absence de pressions réelles en ce sens) a toutefois des conséquences pour l'interprétation que l'on peut faire des données. Il n'existe tout simplement pas de données fiables sur les dépenses qui permettent de départager le prix et le niveau des services parce que les deux sont mesurés en dollars et qu'il n'y a pas d'unité générale de mesure pour les services de santé. En conséquence, on ne peut faire de distinction entre le coût inhérent à l'atteinte d'un objectif donné sur le plan de la santé et les décisions de politique ayant pour effet de modifier la quantité de services de santé offerte. À titre d'exemple, les données de *Santé Canada* sur les dépenses et l'âge révèlent une baisse marquée des dépenses relatives pour le groupe des personnes âgées de 85 ans et plus entre le milieu et la fin des années 90. La question qui se pose alors est la suivante : Les dépenses consacrées à ce groupe ont-elles diminué parce que le coût requis pour obtenir un résultat donné sur le plan de la santé a diminué ou parce que l'on a permis une détérioration de l'état de santé des personnes de ce groupe afin de réduire les coûts? Il est tentant d'attribuer la baisse des dépenses à la première cause, mais certains renseignements anecdotiques incitent à penser que les hôpitaux ont réagi aux compressions budgétaires adoptées durant cette période par des réductions de quantité et de qualité qui ont été ressenties le plus durement par les patients âgés. Aussi imprécis et anecdotiques que soient ces renseignements, ils ne permettent néanmoins pas de réfuter une telle affirmation. La difficulté inhérente à l'amélioration des données apparaît clairement quand on considère comment calculer le coût lié à l'atteinte d'un objectif donné en matière de santé, lorsque ce coût peut varier sensiblement d'une personne à l'autre.

De même, puisque les gouvernements des autres pays peuvent aussi prendre des décisions de politique qui influent sur les dépenses de santé et que leurs données ne permettent pas davantage de départager le prix du niveau des services, il y a peu d'information utile à tirer d'un examen

des données internationales pour tenter de voir comment d'autres gouvernements ont réagi aux pressions exercées par le vieillissement sur les dépenses de santé. La question du vieillissement au Canada exige une réponse au niveau des politiques qui ne peut être inspirée du passé ou de l'expérience des autres.

### **Augmentations générales des coûts attribuables au vieillissement**

La dernière source de déviation par rapport à la projection de référence est qu'en accroissant la demande globale pour les services de santé, le vieillissement pourrait hausser le prix des ressources de santé rares et, ainsi, entraîner une augmentation du coût de la prestation des soins de santé pour *tous* les groupes d'âge. Le domaine où cela soulève une préoccupation particulière est celui des ressources humaines de la santé. Des données provenant de l'Université McMaster<sup>5</sup> montrent que les personnes âgées utilisent les services des médecins de façon plus intensive que les jeunes, et il est probable qu'un lien encore plus étroit existe entre l'âge et les niveaux de services pour ce qui est des soins infirmiers.

Cette préoccupation au sujet de l'effet de l'évolution démographique sur la demande de services médicaux et infirmiers est exacerbée lorsqu'on considère que l'évolution démographique influe aussi sur l'offre de main-d'œuvre. Les études entreprises à *Santé Canada* avec des données provenant de la Southam Medical Database ont permis d'estimer qu'au rythme où les médecins d'âges et de sexes différents entrent actuellement dans la profession et en sortent, nous devrions nous attendre à une baisse de 30 p. 100 du nombre de médecins au Canada au cours des 50 prochaines années, dont la moitié attribuable au départ à la retraite des médecins de la génération du boom des naissances, et l'autre moitié à une fraction plus faible de la population des groupes d'âge pertinents qui a tendance à entrer dans la profession<sup>6</sup>.

Ces données montrent aussi que, même si l'évolution démographique a un effet notable sur la demande excédentaire de médecins, un retour aux taux d'entrée et de sortie des médecins au Canada au début des années 80 ferait plus que compenser l'effet de l'évolution démographique, à la fois sur la demande et sur l'offre de médecins. Cependant, on peut douter que l'augmentation requise de ressources humaines dans le secteur de la santé puisse être obtenue sans hausse de la rémunération relative des travailleurs de la santé. Chan (2002) procède à une décomposition de la baisse du taux d'entrée des médecins dans la profession au début des années 90 et il constate que la plus grande partie de cette baisse est attribuable à l'allongement de la période de formation post-universitaire des médecins et à l'arrivée d'un moins grand nombre de médecins étrangers, tandis qu'une faible part seulement est imputable à la baisse des inscriptions dans les écoles de médecine. Par conséquent, l'accroissement de l'offre de médecins ne saurait se résumer à un retour aux taux d'inscription du passé.

Il est important de reconnaître que les taux de rémunération dans le secteur de la santé ne sont pas fixes mais réagissent plutôt aux changements qui y surviennent, au moment d'envisager une suggestion fréquemment mise de l'avant pour abaisser le coût des traitements dispensés aux patients âgés — un recours accru aux soins à domicile comme alternative à l'hospitalisation ou aux séjours dans un établissement de soins pour bénéficiaires internes. Une étude de Hollander et Chappell (2001) révèle que les soins à domicile représentent une façon moins coûteuse de traiter



*Quel effet aura le vieillissement de la population  
sur les besoins et les coûts liés aux soins de santé dans l'avenir prévisible?*

les personnes âgées ayant un degré d'invalidité de faible à modéré, même en tenant compte du fardeau imposé aux membres de la famille. Sur la base de cette étude et d'autres, et en notant que les soins à domicile ne représentent que de 2 à 6 p. 100 des budgets provinciaux de la santé, Hébert (2002) arrive à la conclusion qu'un déplacement significatif de ressources est requis pour renverser la tendance historique, centrée sur les hôpitaux. Cependant, il n'est pas clair que la formule des soins à domicile continuera d'offrir un bon ratio coût-efficacité après un déplacement significatif de ressources, devant la possibilité qu'une forte augmentation du nombre de travailleurs affectés aux soins à domicile nécessite une hausse réelle des taux de rémunération dans ce secteur.

## **5 Conséquences de la projection de référence et analyse de sensibilité**

La projection de référence indique que, sur la base du rapport actuel entre l'âge et les dépenses de santé, le vieillissement devrait engendrer des pressions dans le sens d'un accroissement des dépenses réelles de santé par habitant, mais que ces pressions seront vraisemblablement modestes par rapport au taux de croissance historique des dépenses de santé attribuable aux facteurs autres que le vieillissement; il importe de garder cela à l'esprit au moment de discuter des répercussions du vieillissement sur le système de santé au Canada. Toutefois, le fait que le vieillissement de la population puisse être un facteur secondaire dans l'accroissement des dépenses de santé, ne constitue pas une raison valable pour ne pas considérer le vieillissement comme une importante question de politique publique dans le secteur de la santé. Nous devons encore nous demander si le taux de croissance annuel projeté de 0,9 p. 100 des dépenses réelles de santé par habitant, imputable au vieillissement, requiert une réaction immédiate sur le plan des politiques.

En outre, il ressort de la section précédente que toute prévision des dépenses de santé futures comporte une large part d'inconnu, principalement à cause d'éléments d'incertitude intrinsèques et non uniquement à cause de lacunes au niveau des données ou de l'analyse empirique. La principale conclusion que nous pouvons tirer n'est pas que nous devons faire plus d'études, mais que nous devons accepter cette large bande d'incertitude et envisager des conclusions de politique axées sur la gestion du risque — tenir compte de l'incertitude en planifiant l'avenir. Cela constitue par ailleurs une mise en garde contre l'acceptation d'une analyse démagogique qui ne retiendrait que le meilleur et le pire scénarios de l'impact du vieillissement sur le système de santé, pour ensuite formuler des conclusions, sur le plan des politiques, fondées uniquement sur l'éventualité que ces scénarios se réalisent.

L'autre conséquence majeure de l'analyse de sensibilité a trait au besoin de planifier les ressources humaines de la santé parce qu'une pénurie sur ce plan représente le plus grand risque que les pressions exercées par le vieillissement de la population sur les dépenses soient supérieures à notre projection de référence.

Nous examinons ces conséquences plus en détail à la section 6.

## **6 Orientations générales en matière de politiques**

Dans cette section, nous examinons la stratégie appropriée pour les gouvernements face à la question du vieillissement de la population dans les secteurs qui relèvent directement de leur compétence — ce qui veut dire principalement les gouvernements provinciaux, sauf dans certaines domaines particuliers relevant de la compétence fédérale, par exemple la santé des Premières Nations et des Inuits. La section 7 est consacrée à l'examen de certaines questions qui chevauchent les secteurs de compétence, dans l'optique du gouvernement fédéral. Voici les quatre principaux axes de politique examinés dans la présente section :

- Le vieillissement de la population ne peut servir de justification à une réforme du système de santé. Le système de santé peut toujours profiter d'améliorations sur le plan de l'efficacité, mais le vieillissement de la population ne devrait pas servir à dispenser les partisans d'une réforme du système de justifier les changements proposés en fonction de leurs avantages propres.
- Les engagements prévus dans le domaine de la santé par suite du vieillissement de la population devraient faire l'objet d'un financement préalable. Les gouvernements devraient constituer un fonds de réserve pour défrayer l'impact du vieillissement sur les dépenses futures. En d'autres termes, l'état actuel des finances publiques nous permet de faire face à l'incidence probable du vieillissement sur les soldes budgétaires, mais la situation pourrait devenir sérieuse si la gestion budgétaire adoptait un mode de financement au fur et à mesure de la demande.
- Les gouvernements devraient envisager la question du vieillissement comme un problème de finances publiques et éviter la tentation de déployer une « stratégie du vieillissement » visant à orienter les dépenses de santé actuelles vers des programmes et des projets destinés à réduire la demande future.
- Afin de garder la flexibilité requise pour faire face aux problèmes futurs, les gouvernements devraient reconnaître la nécessité de consacrer une partie des ressources financières actuelles à l'accroissement de l'offre de main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

Dans le reste de la section, nous examinons ces orientations à tour de rôle.

### **6.1 Réforme du système**

Tel qu'indiqué dans l'introduction, le spectre du vieillissement est souvent agité par des intervenants favorables à une réforme du système de santé au Canada en vue de plafonner les dépenses — généralement parmi ceux qui favorisent une plus grande participation du secteur privé sur les plans du financement ou de la prestation. La question du vieillissement, en tant que

facteur d'augmentation des coûts du système de santé, n'a cependant pas sa place dans les débats sur la réforme générale du système.

Premièrement, il faut noter que même dans le scénario le plus pessimiste que l'on puisse imaginer à la lumière des considérations de la section 4, l'effet du vieillissement sur les dépenses ne représentera, tout au plus, qu'une source de pression ponctuelle (qui se fera néanmoins sentir sur une période d'une trentaine d'années) et non une hausse permanente du taux de croissance des dépenses. Si l'on soutenait que le système doit faire l'objet d'une réforme pour composer avec cette source de pression qui durera une trentaine d'années, le même argument pourrait servir à préconiser un retour à l'ancien système de santé après cet épisode de 30 ans. Pour faire face à une augmentation ponctuelle des besoins, il serait plus simple et probablement moins coûteux d'absorber l'augmentation des dépenses en détournant des ressources d'autres utilisations, contrairement à une source de pression permanente qui pourrait nécessiter de manière impérative une réforme du système.

Deuxièmement, et ce qui est plus important, le vieillissement et les pressions concomitantes sur le plan des dépenses surviendront nonobstant la nature du système — les pressions budgétaires associées au vieillissement ne sont pas *causées* par le système. En d'autres termes, les pressions accrues sur les dépenses qui seront vraisemblablement engendrées par le vieillissement de la population correspondent à des besoins réels — liés à la nature intrinsèque du vieillissement — qui augmenteront peu importe la nature du système, et non à une déformation quelconque du système actuel qui serait inutilement généreux à l'endroit des personnes âgées. À moins d'être prêts à affirmer que le système actuel offre trop de soins de santé aux personnes âgées, nous ne pouvons soutenir qu'une réforme du système est la clé de l'atténuation des pressions qui se feront sentir sur le plan des dépenses.

Bien entendu, si certaines réformes réalisables peuvent aider à abaisser les coûts et, partant, à atténuer les pressions engendrées par le vieillissement au niveau des budgets sans provoquer de diminution sérieuse des niveaux de service, ces réformes devraient être mises en œuvre; toutefois, de tels facteurs d'efficience seraient souhaitables même en l'absence des pressions budgétaires suscitées par le vieillissement de la population. Autrement dit, les réformes doivent être justifiées en fonction de leurs particularités propres et non être rattachées à la préoccupation plus générale au sujet du vieillissement. Les réformes axées sur l'efficience ont été et demeureront souhaitables, mais elles devraient faire l'objet d'un débat distinct au lieu d'être reléguées au second plan dans le débat sur le vieillissement. On peut dire la même chose des réformes qui permettraient d'améliorer la qualité des soins offerts aux personnes âgées parce que cette question devrait faire l'objet d'une préoccupation constante, et non devenir un élément de la solution au problème du vieillissement de la population.

À noter que la conclusion selon laquelle les pressions sur le plan des coûts associées au vieillissement ne devraient pas servir de justification à une réforme du système *ne découle pas* de la constatation faite précédemment, à savoir que le vieillissement n'est probablement qu'un facteur secondaire d'accroissement des dépenses de santé, mais plutôt de l'absence de fondement logique au lien présumé entre les pressions engendrées par le vieillissement et la conception du système. Au bout du compte, le vieillissement de la population est une question qui relève des finances publiques plutôt que du système de santé. La question à éclaircir est de savoir si nous

devons faire face aux coûts futurs en détournant les ressources d'autres fins ou en permettant que les effets du vieillissement de la population soient neutralisés sous la forme d'une baisse de service. Ce choix constitue le thème de la sous-section suivante.

## **6.2 Le préfinancement**

Selon l'analyse présentée dans la sous-section précédente, les gouvernements ne devraient pas envisager une réforme du système pour faire face aux pressions suscitées par le vieillissement de la population. En revanche, trois options s'offrent à eux pour réagir à la demande accrue de services causée par le vieillissement de la population : réduire la portée et la générosité des soins de santé financés par les fonds publics au moment où se manifesterait la demande accrue; financer cette demande accrue au moment où elle se produirait par une hausse des impôts ou une diminution d'autres postes de dépenses publiques, ou encore financer progressivement la demande accrue en enregistrant à l'avance des excédents budgétaires plus importants.

Le système actuel de financement des dépenses publiques de santé au Canada, dans le cadre duquel des recettes fiscales sont utilisées pour payer les dépenses de santé courantes, comporte un contrat social implicite entre les gouvernements et les citoyens, aux termes duquel les Canadiens en âge de travailler versent des impôts pour couvrir les dépenses consacrées aux soins de santé, qui sont consommés de façon disproportionnée par les Canadiens plus âgés, dans l'espoir qu'ils recevront la même part plus élevée des dépenses de santé publique lorsqu'ils atteindront eux-mêmes un âge avancé. Une réduction des services de santé au moment où la génération du boom des naissances se trouvera dans les années marquées par de fortes dépenses de santé viendrait violer ce contrat implicite et, partant, ne serait pas une bonne politique publique.

La tâche consiste alors à déterminer la meilleure façon pour les gouvernements de s'assurer de pouvoir honorer leurs obligations contractuelles implicites de défrayer un niveau raisonnable de soins de santé pour une population de plus en plus âgée. Sur le plan des politiques, le débat tourne autour de l'opportunité de financer les engagements futurs partiellement à même les impôts actuels (c'est-à-dire de financer à l'avance les soins de santé futurs) ou de conserver un système de soins de santé dont les dépenses sont assumées au fur et à mesure de la demande. Nous affirmons que les gouvernements devraient opter pour le préfinancement. Cela pourrait signifier de traiter la santé de la même façon que le Régime de pensions du Canada, en constituant un fonds auquel le gouvernement contribuerait initialement alors que la population est encore relativement jeune, et dans lequel il puiserait pour financer les dépenses publiques de santé au cours des années ultérieures.

Bien entendu, on peut opter pour le préfinancement simplement en enregistrant des excédents budgétaires, sans assumer les coûts administratifs d'un fonds distinct en fiducie. L'avantage d'un fonds en fiducie est qu'il crée un mécanisme par lequel les gouvernements peuvent prendre avec crédibilité l'engagement de reporter une partie des recettes fiscales actuelles en vue de couvrir des dépenses futures. La principale question qui se pose n'a pas trait à la forme institutionnelle que prendraient ces économies réalisées à même les recettes gouvernementales, mais à la notion

selon laquelle les gouvernements devraient tenter de financer dès aujourd'hui des dépenses de santé futures. Dans le reste de la présente sous-section, nous examinons trois arguments communément invoqués contre toute forme de préfinancement.

*Argument n° 1 contre le préfinancement : L'augmentation des dépenses imputable au vieillissement sera modeste par rapport à la croissance économique probable et, par conséquent, elle ne nécessitera pas une modification du mode de financement.*

Cet argument en faveur du maintien d'un mode de financement au fur et à mesure de la demande repose sur la notion voulant que l'accroissement des coûts des soins de santé attribuable au vieillissement est modeste par rapport à celui des autres facteurs qui ont historiquement déterminé les dépenses de santé et, partant, n'a pas une importance suffisante pour justifier l'abandon du mode de financement des soins de santé publique au fur et à mesure de la demande. L'affirmation au sujet de l'importance relative du vieillissement s'avère juste (comme il ressort de la projection simple présentée à la section 3), mais il importe d'être prudent avant d'en tirer une conclusion trop optimiste. D'un côté, le vieillissement de la population est un facteur de coût qui ne s'autofinance pas. Pour saisir l'importance de cette observation, prenons le cas de deux autres facteurs de dépense : l'accroissement de la demande liée à l'augmentation du PIB, et les hausses des coûts de main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Une bonne partie de l'augmentation des dépenses réelles de santé par habitant est étroitement liée à l'augmentation progressive du PIB réel par habitant. Cela est attribuable à deux causes. Premièrement, un PIB plus élevé suscite une augmentation de la demande de services de santé par un « effet de revenu »; autrement dit, à mesure que la croissance du PIB se traduit par une augmentation des revenus individuels et des recettes gouvernementales, la demande de services de santé, comme celle des autres biens et services, augmente aussi. Deuxièmement, il y a le phénomène dit de la « maladie des coûts » de Baumol (Baumol et Bowen, 1966). Selon cette notion, la croissance économique a tendance à hausser les traitements et salaires dans l'économie et, partant, à accroître les coûts dans les secteurs à fort coefficient de main-d'œuvre, comme la santé et l'éducation, parce que les gens n'iront pas travailler dans ces secteurs si leur rémunération diminue par rapport à celle qu'on offre ailleurs. Comme l'a souligné Baumol (1993), la demande accrue de dépenses publiques de santé *suscitée* par l'augmentation du PIB ne présente pas un dilemme financier pour les gouvernements parce que ce phénomène s'autofinance essentiellement. Par ailleurs, la même analyse porte à penser que nous ne pouvons compter sur la croissance future du PIB pour assurer le financement des coûts engendrés par le vieillissement parce que la croissance est déjà prise en compte par le biais de la demande accrue de services de santé et la hausse des traitements et salaires imputable à la « maladie des coûts ».

La maladie des coûts de Baumol repose sur l'hypothèse que les gains de productivité dans le secteur de l'économie à coefficient élevé de main-d'œuvre seront inférieurs à ceux du reste de l'économie, de sorte que les hausses de traitements et salaires dans ce secteur ne seront pas compensées par des économies de main-d'œuvre correspondantes pour un niveau donné de production. Evans et coll. (2001b) critiquent l'emploi de ce genre d'analyse dans le secteur de la santé parce que l'on y observe d'importants changements de productivité. S'il ne fait aucun doute qu'il y a eu augmentation de la productivité dans le secteur de la santé, la croissance future de la productivité dans ce secteur ne compensera l'effet de la « maladie des coûts » que si elle

permet d'y réduire l'emploi plutôt que de se traduire simplement par une gamme plus étendue de services de santé pour la même quantité de main-d'œuvre. Il serait très risqué pour les gouvernements d'appuyer leurs politiques sur l'hypothèse qu'ils pourront contenir les dépenses en offrant la même gamme de services de santé publique qu'à l'heure actuelle avec un nombre réduit de médecins et d'infirmières. C'est pourtant la recommandation qui découle implicitement de l'analyse de Evans et coll.

Afin de situer cette analyse en contexte, durant les dix-huit années qui ont précédé 1997, l'augmentation annuelle moyenne des dépenses réelles de santé par habitant imputable aux facteurs autres que le vieillissement, *en sus de la croissance du PIB*, n'a été que de 0,7 p. 100. Le taux de croissance annuelle moyenne de 0,9 p. 100 des dépenses de santé imputable au vieillissement n'est donc pas modeste en comparaison de ce chiffre<sup>7</sup>.

Une autre version de l'argument selon lequel les coûts du vieillissement ne seront pas assez importants pour nécessiter une stratégie de préfinancement repose sur l'acceptation de l'un des scénarios optimistes qui prédisent que les hausses de dépenses seront moins grandes que dans la projection de référence. Comme nous l'avons souligné dans l'analyse de sensibilité de la section 4, ces scénarios ne peuvent être écartés, mais ils ne peuvent non plus être retenus sans réserve : l'incertitude inhérente à la projection est simplement trop grande. Devant une telle incertitude, il serait plus prudent de choisir de faire des économies plutôt que de trop compter sur des projections optimistes.

*Argument n° 2 contre le préfinancement : Il y aura simultanément une diminution des pressions dans d'autres secteurs qui compenseront la pression accrue dans le secteur de la santé.*

Cet argument contre le préfinancement affirme que lorsque nous envisageons globalement toutes les dépenses liées à l'âge, il ne ressort aucun grave problème de financement parce qu'au moment où le vieillissement fera pression sur les budgets de la santé et le RPC/RRQ, d'autres changements démographiques engendreront des baisses compensatoires dans d'autres postes des dépenses publiques, notamment en éducation. Cet argument a été élaboré notamment par Denton et Spencer (1995).

Encore une fois, la prémisse essentielle de cet argument est juste : si, comme nous l'avons affirmé, la pression exercée par le vieillissement sur les budgets de la santé doit être perçue comme une question de finances publiques et non comme une question propre au système de santé, il s'ensuit que nous devons prendre en considération toutes les dimensions du vieillissement et des dépenses publiques — et non seulement la santé — dans l'examen des répercussions du phénomène sur les finances publiques. Ce genre d'argument soulève cependant trois problèmes. Premièrement, comme nous l'avons évoqué à la section 4.1, nous ne pouvons supposer que des ressources pourront être transférées sans coût d'un secteur d'activité à un autre, ou qu'elles pourront même être transférées (Les enseignants peuvent-ils devenir médecins? Les tableaux et les gymnases des écoles peuvent-ils être transformés en lits d'hôpitaux et en unités de soins palliatifs? Les hôpitaux inutilisés et en mauvais état peuvent-ils être rénovés et réouverts à un coût raisonnable?). Deuxièmement, on ne peut supposer que les gouvernements seront disposés à faire des compressions compensatrices en éducation ou dans d'autres postes de dépenses.

En d'autres termes, même si un transfert de ressources de l'éducation à la santé est économiquement faisable, il pourrait ne pas l'être politiquement parce que ces autres secteurs peuvent présenter de bonnes occasions d'utiliser les ressources supplémentaires qui seront dégagées. Enfin, même si les économies réalisées dans certains secteurs pouvaient compenser la plupart ou la totalité des hausses projetées des dépenses dans le secteur de la santé, on ne peut s'attendre à ce qu'elles coïncident à chaque année; ainsi, pour que la diminution des dépenses en éducation puisse servir à financer l'accroissement des dépenses de santé, les montants économisés dans le premier secteur devraient être mis de côté jusqu'à ce qu'ils soient requis dans le second. Le préfinancement au moyen d'un fonds en fiducie public distinct représente une option. Avec un tel fonds et compte tenu de la volonté politique nécessaire pour faire des compressions compensatrices en éducation, les montants ainsi épargnés pourraient constituer une source de revenu pour le fonds en fiducie au moment où ils sont réalisés.

*Argument n° 3 contre le préfinancement : La situation budgétaire du Canada est telle que le vieillissement de la population ne nécessitera pas de préfinancement.*

Cet argument ressemble au précédent, dans la mesure où il fait intervenir d'autres aspects de la situation budgétaire globale pour déterminer si l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé posera ou non un problème. Selon ce raisonnement, même si le vieillissement peut, globalement, constituer une source d'accroissement des dépenses pour les gouvernements, les niveaux actuels d'endettement et de déficit au Canada permettraient de ne pas hausser les impôts ou réduire d'autres postes de dépenses pour faire face à ces obligations, compte tenu des tendances actuelles de tous les éléments de passif explicites et implicites (intérêts sur la dette gouvernementale, dépenses de santé et déboursés au titre du RPC/RRQ pour une population vieillissante, etc.). Mérette (2002) fait allusion à cet argument en notant que les obligations implicites futures des gouvernements canadiens au titre des dépenses liées à l'âge seront compensées, dans une large mesure, par le poste d'actif implicite des impôts reportés que les personnes à la retraite verseront au moment d'encaisser leurs REER.

Une évaluation de la situation budgétaire globale des gouvernements canadiens déborde le cadre de la présente étude, mais même si le pays est en équilibre budgétaire (c'est-à-dire que les engagements futurs peuvent être respectés sans qu'il soit nécessaire de hausser les impôts ou de réduire les services), le vieillissement soulève quand même une préoccupation sur le plan budgétaire. Plus précisément, si la situation budgétaire du Canada est équilibrée, la préoccupation ne provient pas du fait qu'il sera difficile de respecter nos engagements envers les futures générations de Canadiens âgés. Elle est liée au risque que si le passif financier correspondant à ces obligations n'est pas rendu explicite par un mécanisme de préfinancement, les gouvernements rompent l'équilibre budgétaire du Canada en affectant leurs surplus aux priorités actuelles plutôt qu'aux priorités futures. Ainsi, le préfinancement du système de santé serait moins une façon de commencer dès maintenant à assumer les coûts du vieillissement qu'un mécanisme nous assurant que les ressources nécessaires seront disponibles pour financer les soins de santé dans l'avenir, et non dépensées maintenant ou affectées à d'autres usages.

Il importe aussi de noter que même si le pays a globalement atteint l'équilibre budgétaire, cela n'est pas nécessairement vrai pour chaque province et que c'est au niveau provincial qu'est assumée la plus grande partie des dépenses publiques de santé.



### 6.3 Une stratégie du vieillissement

Le message clé qui ressort de l'analyse de sensibilité de la section 4 est que, même si le vieillissement est prévisible, la relation future entre l'âge et les besoins de santé et l'avenir de la technologie médicale ne le sont pas. Dans un tel contexte, la chose la plus importante à faire pour les gouvernements est de s'assurer que des ressources financières seront disponibles au moment où le vieillissement exercera des pressions sur le système, et non d'investir dans des stratégies à risque élevé comme des programmes visant à promouvoir une vieillesse en santé comme moyen d'atténuer ces pressions.

Cela ne signifie pas qu'il ne serait pas utile de financer certains programmes ou services à l'intention des personnes âgées, comme il y aura toujours des possibilités d'amélioration ou d'innovation dans la prestation des services de santé à tous les groupes d'âge. Ce que nous voulons faire valoir ici est que les gouvernements ne devraient pas considérer les dépenses courantes comme un *investissement* — une solution de rechange à l'épargne afin d'avoir les ressources requises pour répondre aux besoins futurs d'une population vieillissante — parce qu'en raison du fort degré d'incertitude entourant l'efficacité de ces programmes, une telle stratégie d'investissement comporterait un risque élevé.

Il importe d'insister sur ce point à cause de la tendance qu'ont inévitablement les gouvernements démocratiques à vouloir dépenser immédiatement dans des programmes qui promettent d'importants avantages futurs plutôt que d'économiser des ressources — parce que cela signifie qu'un autre gouvernement profitera des efforts du gouvernement précédent — et de l'impression que pourrait donner un gouvernement frugal de ne pas affecter de ressources à des programmes importants. Afin de concilier les intérêts du gouvernement et ceux de la population canadienne, les premiers devraient trouver une façon de communiquer au public pourquoi des ressources doivent être mises de côté pour l'avenir. Compte tenu de la grande sensibilisation du public à la question du vieillissement, cela ne devrait pas être difficile. En fait, la sensibilisation du public à cette question est si forte que si les gouvernements *ne parviennent pas* à économiser pour l'avenir, ils pourraient bien être considérés comme irresponsables.

### 6.4 Planification des ressources humaines

Bien qu'il serait peu avisé de supposer que le scénario le plus optimiste en ce qui a trait aux pressions du vieillissement sur les dépenses pourrait se réaliser grâce à une stratégie du vieillissement, il serait certainement prudent que les gouvernements tentent d'éviter le scénario de la pire éventualité — des coûts et des niveaux de services plus élevés engendrés par des pénuries chroniques de professionnels de la santé. Une pénurie de professionnels de la santé affecterait l'ensemble de la population canadienne, non uniquement les personnes âgées. Elle serait perçue comme une détérioration sérieuse des services et, peut-être aussi, comme une détérioration significative de l'état de santé des Canadiens de tous les groupes d'âge, et plus particulièrement des personnes âgées et de celles qui ont le plus besoin de soins de santé. En outre, une telle pénurie ferait sentir ses effets sur les ressources humaines actuelles du système de santé, en les obligeant à allonger leur horaire de travail et en leur imposant un stress supplémentaire. En réponse, le système canadien de santé perdrait encore plus de ressources

humaines et le rendement du personnel restant pourrait en souffrir. Ce phénomène pourrait bien engendrer une spirale descendante dans la qualité des soins et le niveau des services.

Le tableau qui précède est évidemment sombre, mais il risque sérieusement de ne pas être très éloigné de la réalité parce que, abstraction faite du vieillissement de la population, le Canada a eu de la difficulté à recruter et à conserver des ressources humaines dans le secteur de la santé depuis au moins une décennie. La spirale descendante qui résulte d'une perte de ressources humaines dans ce secteur pourrait donc poser un défi supplémentaire au Canada dans l'avenir, *même en l'absence* du vieillissement de la population. Si nous juxtaposons à ce problème la question du vieillissement, l'accroissement de la demande de médecins et la diminution de l'offre de médecins en raison des départs à la retraite, il est clair qu'il nous faut reconnaître comme plausible le scénario pessimiste. Même si la probabilité que ce scénario se réalise est faible, une telle situation pourrait représenter le défi le plus important auquel ait dû faire face le système de soins de santé du Canada. Et il serait beaucoup plus difficile de renverser une situation qui a commencé à se détériorer que d'éviter au départ de se retrouver dans un tel scénario.

Mais étant donné que l'offre de main-d'œuvre réagit lentement aux changements dans les conditions du marché du travail, en raison des délais nécessaires pour former un plus grand nombre de gens ou pour attirer des candidats d'autres pays, il faudrait commencer *dès maintenant* à transformer la situation future pour qu'il y ait suffisamment de ressources humaines dans le secteur de la santé. Par conséquent, il serait probablement prudent que les gouvernements consacrent une part importante de leurs ressources financières actuelles à hausser la rémunération des prestataires de soins de santé plutôt que de tenter d'offrir plus de services de santé. Devant les délais requis pour changer l'offre de main-d'œuvre dans le secteur de la santé, si les gouvernements attendent jusqu'au moment où la situation semblera désespérée, les Canadiens devront patienter pendant des années avant d'observer un revirement et cette attente surviendrait alors même que prévaudraient des conditions inacceptables dans le secteur de la santé. Manifestement, il serait préférable de commencer à attendre maintenant, avant que de sérieuses pressions ne commencent à se faire sentir.

Bien sûr, comme nous l'avons vu précédemment dans l'étude, nous ne pouvons dire clairement dans quelle mesure la rémunération devrait augmenter dans le secteur de la santé pour susciter un changement suffisant (ce qui nous incite aussi à penser que plus les gouvernements agiront tôt, mieux ce sera), mais étant donné les conséquences d'une sous-estimation de l'augmentation requise, il serait prudent d'errer vers le haut en se réservant une marge de manœuvre pour l'avenir.

## 7 Conséquences pour le gouvernement fédéral

Jusqu'à maintenant, nous avons examiné les conséquences sur le plan des politiques pour les gouvernements qui sont directement responsables de la prestation des services de santé aux Canadiens. Comme au Canada la santé relève principalement de la compétence des provinces, ces répercussions au niveau des politiques concernent avant tout les gouvernements provinciaux — mais aussi le gouvernement fédéral dans les secteurs qui relèvent de son autorité, par exemple la santé des Premières Nations et des Inuits. Dans cette section, nous examinons certaines conséquences qui transcendent les sphères de compétence — les conséquences du vieillissement pour le gouvernement fédéral dans des secteurs de compétence provinciale.

Cette section s'inscrit donc dans le cadre de ce que l'on appelle le « fédéralisme fiscal ». En d'autres termes, nous nous demandons quel est l'intérêt essentiel du gouvernement *fédéral* en rapport avec le vieillissement dans les domaines de la santé qui relèvent de la compétence des provinces. Mais avant d'aborder cet aspect, il est utile d'énumérer les critères de ce cadre en fonction desquels une intervention du gouvernement fédéral dans les secteurs de compétence provinciale est justifiée.

Comme c'est souvent le cas en économique, des critères d'efficacité et d'équité entrent simultanément en jeu, parfois de façon opposée. Le motif d'équité qui sous-tend une intervention du gouvernement fédéral dans des secteurs de compétence provinciale est de chercher à répartir équitablement entre les Canadiens des diverses provinces les biens dont la prestation est assurée par le secteur public. C'est là la justification des paiements de péréquation, qui visent à aplanir les écarts interprovinciaux dans l'assiette fiscale et, partant, à réduire la mesure dans laquelle les Canadiens des provinces plus pauvres ont moins accès aux services publics que ceux des provinces plus riches.

Les critères d'efficacité comportent deux aspects. Premièrement, les interventions du gouvernement fédéral devraient viser à réduire au minimum l'incitation que peut avoir un gouvernement provincial à prendre une initiative qui profiterait à sa province en imposant des coûts plus élevés aux autres. Deuxièmement, les interventions fédérales devraient viser à promouvoir une migration interprovinciale efficace, par laquelle des citoyens choisissent la province où ils vivront selon leurs préférences personnelles et les occasions qu'elle offre, et non en fonction de distorsions engendrées par une répartition inégale des « faveurs » gouvernementales.

Comme dans de nombreux autres domaines de la politique publique, le fédéralisme fiscal comporte souvent des arbitrages entre l'équité et l'efficacité. Ainsi, les paiements de péréquation versés aux provinces plus pauvres peuvent favoriser l'équité interprovinciale, mais ils réduisent l'incitation qu'ont ces provinces à mettre en œuvre des politiques propices à la croissance économique (parce qu'une augmentation du PIB provincial entraîne automatiquement une réduction des transferts fédéraux à la province) et constituent, à la marge, un facteur de désincitation pour les citoyens des provinces plus pauvres qui pourraient aller s'établir dans une autre province où leur productivité serait plus élevée.

Examinons maintenant ces critères dans le contexte de la politique fédérale à l'égard du vieillissement et du système de santé publique.

Notons tout d'abord que, par le biais des paiements de péréquation, du TCSPS et de la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral est partie au contrat implicite que les gouvernements canadiens ont passé, de façon générale, avec la population pour lui offrir des soins de santé dont le coût est assumé au fur et à mesure de la demande. Autrement dit, les Canadiens en âge de travailler versent des impôts fédéraux pour financer des transferts aux provinces qui servent à financer des dépenses en soins de santé profitant de façon disproportionnée aux Canadiens plus âgés et, ainsi, ils s'attendent à profiter de dépenses fédérales similaires à mesure qu'ils avancent en âge.

La seconde chose à noter est que la répartition des groupes d'âge au Canada varie parmi les provinces et qu'il faut s'attendre à ce que ces écarts aillent en augmentant. Ainsi, la Saskatchewan et le Manitoba ont une population relativement âgée mais qui ne vieillit pas rapidement, contrairement à Terre-Neuve qui a une population relativement jeune mais dont le vieillissement est assez rapide. Ces écarts géographiques dans les caractéristiques démographiques sont examinés plus en détail dans Moore et Rosenberg (1995) et dans Robson (2001).

En appliquant le critère de l'équité à la participation fédérale, le premier point indique que le gouvernement fédéral devrait hausser le TCSPS versé aux provinces à mesure que vieillit la population du pays, au-delà de toute autre augmentation justifiée par la hausse des coûts, des revenus, etc.; agir autrement reviendrait à nier aux contribuables actuels les soins de santé sur lesquels ils en sont venus à compter pour leur vieillesse, ce qui violerait le contrat implicite. Le second point nous incite à penser qu'en fonction du critère de l'équité, ces transferts devraient avoir un lien quelconque avec la situation démographique de la province, en versant des transferts plus élevés aux provinces dont la population est relativement âgée.

On pourrait aussi justifier une telle politique de transferts fédéraux liés aux caractéristiques démographiques en fonction du critère de l'efficacité. Un contexte dans lequel le gouvernement fédéral ne participerait pas au financement des dépenses de santé assumées par les gouvernements provinciaux inciterait les gens à s'établir, durant leurs années actives, dans les provinces où les taux d'imposition et les dépenses de santé sont peu élevés et à vivre leurs années de retraite dans les provinces où les taux d'imposition et les dépenses de santé sont élevés. Cet effet de distorsion serait probablement limité et ne suffirait pas, en soi, à justifier des transferts fédéraux liés aux caractéristiques démographiques, mais le point sur lequel nous voulons insister ici est que, dans un tel contexte, le critère de l'efficacité a une relation de complémentarité, plutôt que d'arbitrage, avec le critère de l'équité.

Il ressort de cette analyse que si l'on accepte l'argument présenté dans les sections précédentes à l'effet qu'un certain préfinancement est requis pour le système de santé, cela fait poindre automatiquement le besoin pour le gouvernement fédéral de financer au préalable les augmentations futures des transferts aux provinces et de lier ceux-ci d'une certaine façon aux caractéristiques démographiques. Cette recommandation, qui a aussi été faite par Robson (2001), entre autres, suppose une révision en profondeur du TCSPS. Robson fait valoir qu'en l'absence

*Quel effet aura le vieillissement de la population  
sur les besoins et les coûts liés aux soins de santé dans l'avenir prévisible?*

d'une forme quelconque de transferts fédéraux liés à la situation démographique et préfinancés, les transferts fédéraux au titre de la santé pourraient avoir un effet fortement défavorable sur l'efficacité dans le contexte du vieillissement de la population. Pour reprendre les termes de Robson, il y a risque qu'à mesure que les provinces s'enliseront l'une après l'autre (sous l'effet des pressions exercées par le vieillissement sur les dépenses de santé), le gouvernement fédéral conclura successivement des ententes ponctuelles en vue d'accroître le montant des transferts, décourageant du même coup toute tentative de réforme à plus long terme.

Un dernier point à noter au sujet du rôle du gouvernement fédéral dans le contexte du vieillissement et du système de santé : celui-ci se trouve actuellement en meilleure posture budgétaire que de nombreuses provinces et il serait bien placé pour donner l'exemple en prenant l'initiative de préfinancer en partie le système de santé.

## **8 Commentaires de conclusion**

L'analyse présentée dans cette étude débouche sur une conclusion relativement simple quant à la meilleure façon d'aborder la question du vieillissement de la population et son incidence sur le système de santé — une conclusion pointant en direction d'une démarche qui n'est pas aussi révolutionnaire que celle que pourraient préconiser certains commentateurs agitant le spectre du vieillissement, mais qui exige tout de même de prendre cette question au sérieux en agissant dès maintenant pour prévenir des problèmes futurs. Puisque la solution requise n'est pas révolutionnaire, elle devrait pouvoir être mise en œuvre avec un minimum de perturbations. Mais les perturbations qui pourraient en résulter auront probablement un caractère plus politique qu'économique, parce qu'il est certainement possible de composer avec les problèmes engendrés par le vieillissement de la population dans l'état actuel des finances publiques au Canada. Cependant, cette solution obligera les gouvernements à se comporter d'une manière que l'on n'attend généralement pas d'eux.

Plus précisément, les gouvernements canadiens — et l'électorat — doivent être convaincus de la nécessité de faire passer les besoins futurs avant la consommation à court terme, en affectant les économies actuelles aux dépenses de santé futures et en investissant dans les ressources humaines de la santé au lieu d'accroître les niveaux de services actuels. Si les gouvernements ne parviennent pas à le faire, le vieillissement de la population pourrait avoir une incidence sérieuse sur le système de santé, une situation qui risque d'avoir de lourdes conséquences négatives pour la santé des Canadiens bien au-delà de l'horizon examiné dans l'étude. La spirale descendante du système de santé que pourrait déclencher l'incapacité du Canada de se préparer à faire face à l'avenir pourrait prendre des décennies à renverser et coûter beaucoup plus cher qu'une stratégie préventive. Si, par contre, les gouvernements réussissent à se préparer à affronter l'avenir, le système devrait disposer d'une souplesse suffisante pour composer avec l'incertitude future, en faisant ainsi en sorte que les Canadiens puissent compter sur leur système de santé pour les quarante prochaines années et au-delà.

Globalement, la conclusion qui se dégage de l'étude est que les pressions qui s'exerceront probablement sur le système de santé en raison du vieillissement de la population sont réelles, mais suffisamment limitées pour que nous puissions facilement y faire face. L'argument selon lequel le vieillissement risque de provoquer l'effondrement du système de santé publique a été réfuté en détail à plusieurs reprises. Le risque le plus sérieux posé par le vieillissement de la population est qu'en rejetant les scénarios apocalyptiques qui présentent le vieillissement comme un problème majeur nécessitant une réforme du système, ceux qui considèrent que le vieillissement ne constitue pas un problème pourraient inciter les gouvernements et le public canadien à une trop grande complaisance et à renoncer à prendre des mesures dès maintenant, alors qu'il serait encore relativement facile de le faire.

## Notes

1. Ministres provinciaux et territoriaux de la santé (2000).
2. Les données sur les dépenses de santé utilisées dans la présente étude proviennent de la Base de données sur les dépenses nationales en santé, de Santé Canada.
3. La projection utilisée ici provient de travaux auxquels nous avons participé à Santé Canada. Cette projection est décrite dans les *Notes d'information* de Santé Canada (2002). La raison pour laquelle nous avons utilisé cette projection plutôt qu'une autre plus largement citée, comme celle figurant dans ICIS (2000) tient en partie au fait que nous savons que les résultats présentés ici reposent sur un ensemble d'hypothèses démographiques cohérentes et en partie au fait que la projection de Santé Canada englobe une décomposition de l'effet attribuable au vieillissement entre les composantes fertilité et mortalité, ce qui est important pour les conséquences que l'on peut déduire de ces résultats pour les politiques publiques. Cependant, il importe de noter que toutes les projections démographiques des profils de dépenses actuels aboutissent à peu près aux mêmes chiffres : le débat sur l'importance du vieillissement a trait à la façon dont les profils de dépenses devraient évoluer et à l'interprétation des résultats d'une projection simple, non aux projections elles-mêmes.
4. Les données du programme Medicare aux États-Unis montrent que les dépenses consacrées aux personnes durant leur dernière année de vie sont de 4 à 11 fois plus élevées que celles consacrées aux autres personnes (Scitovsky, 1994). Cette proportion représente environ le quart du niveau estimé par Hogan et Pollock.
5. Ces données proviennent du modèle SHARP (System for Health Area Resource Planning).
6. Ces résultats sont présentés dans Srivastava (2002). Il est intéressant de comparer cette analyse de l'offre à l'analyse de la demande faite par Denton, Gafni et Spencer (2002), qui examinent l'effet de l'évolution démographique sur la demande de médecins en Ontario. Leur conclusion est à l'effet que l'augmentation de la demande de médecins devrait ralentir au cours des prochaines décennies à mesure que l'effet du vieillissement sera plus que compensé par le ralentissement du taux de croissance de la population. Cependant, il est peu probable que le taux de croissance réduit de la population atténue la pression qui s'exercera sur le marché du travail parce qu'il est aussi un déterminant clé de l'offre de main-d'œuvre.
7. Pour une analyse de l'importance de la croissance du PIB dans l'augmentation des traitements et salaires dans le secteur de la santé et de l'importance relative de ce facteur comme cause de l'expansion des dépenses totales de santé, voir Ariste et Carr (2001).

## Bibliographie

- Ariste, Ruolz, et Jeff Carr. « Health Human Resources – Cost Driver of the Canadian Health Care System ». Document présenté à la rencontre annuelle de l'Association canadienne d'économique, juin 2001.
- Baumol, William J., et William G. Bowen. *Performing Arts—The Economic Dilemma*, New York, Twentieth Century Fund, 1966.
- Baumol, William J. « Health Care, Education and the Cost Disease: A Looming Crisis for Public Choice », *Public Choice*, vol. 77 (1993), p. 17-28.
- Chan, Ben. *From Perceived Surplus to Perceived Shortage: What Happened to Canada's Physician Workforce in the 1990s?* Rapport de l'ICIS, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2002.
- Chen, J., et W.J. Millar. « Are Recent Cohorts Healthier than their Predecessors? », *Health Reports*, vol. 11, n° 4 (2000), p. 9-24.
- Denton, Frank T., et Byron G. Spencer. « Demographic Change and the Cost of Publicly Funded Health Care », *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 14 n° 2 (1995), p. 174-192.
- Denton, Frank T., Amiram Gafni et Byron Spencer. « Population Change and the Requirements for Physicians: The Case of Ontario », *Canadian Public Policy —Analyse de Politiques*, vol. 27, n° 4 (2001), p. 469-485.
- Evans, Robert G., et coll. « Apocalypse No: Population Aging and the Future of Health Care Systems », *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 20, suppl. 1 (2001a), p. 160-191.
- Evans, Robert G., et coll. « Apocalypse Regained, a Note to Accompany Apocalypse No: Population Aging and the Future of Health Care Systems », 2001b. Disponible sur le site <http://www.chspr.ubc.ca/Apocalypse-Regained.htm>.
- Hébert, Réjean. « Research on Aging: Providing Evidence for Rescuing the Canadian Health Care System ». Mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 28 mai 2002. À paraître dans la *Revue canadienne du vieillissement*, septembre 2002.
- Hogan, Sarah. « Les maladies chroniques dans une société vieillissante », dans *Notes d'information sur le vieillissement*, Santé Canada, 2002.
- Hogan, Seamus, et Allan Pollock. « Why Does Health Care Utilization Increase With Age: The Cost of Living or the Cost of Dying? ». Document présenté à la rencontre annuelle de l'Association canadienne d'économique, juin 2001. Version antérieure disponible sur le site <http://www.chera.ca/program.html>.
- Hollander, M.J., et N.L. Chappell. *Final Report of the Study on the Comparative Cost Analysis of Home Care and Residential Care Services*. Évaluation nationale de l'efficacité et des coûts des soins à domicile, Victoria (C.-B.), 2001.



*Quel effet aura le vieillissement de la population  
sur les besoins et les coûts liés aux soins de santé dans l'avenir prévisible?*

- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Tendances des dépenses nationales de santé : 1976-2000*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2000.
- Martel, Laurent, et Alain Bélanger. « An Analysis of the Change in Dependence-Free Life Expectancy in Canada between 1986 and 1996 », *Report on the Demographic Situation in Canada. Current Demographic Analysis*, Ottawa, Statistique Canada, 1999, p. 164-183.
- Mérette, Marcel. « The Bright Side: A Positive View on the Economics of Aging », Institut de recherche sur les politiques publiques, *Choices*, vol. 8, n° 1, 2002.
- Moore, E.G., et M.W. Rosenberg avec la coll. De D. McGuinness. *Growing Old in Canada: Demographic and Geographic Perspectives*, Ottawa et Toronto, Statistique Canada et ITP Nelson, 1997.
- Ministres provinciaux et territoriaux de la santé. *Comprendre les coûts du système de santé du Canada : Rapport final*, août 2000. Disponible sur le site [http://www.gov.on.ca/health/english/pub/ministry/ptcd/ptcd\\_doc\\_f.pdf](http://www.gov.on.ca/health/english/pub/ministry/ptcd/ptcd_doc_f.pdf)
- Robson, William. « Will the Baby Boomers Bust the Health Budget? Demographic Change and Health Care Financing Reform », Institut C.D.Howe, *Commentary*, vol. 148, 2001.
- Santé Canada. *Notes d'information sur le vieillissement*, 2002. À paraître sur le site Web de Santé Canada à <http://www.hc-sc.gc.ca>.
- Scitovsky, A. « The High Cost of Dying », Revisited, *Milbank Quarterly*, vol. 72 (1994), p. 561-591.
- Srivastava, Divya. « Le vieillissement et l'offre future de médecins au Canada », dans *Notes d'information sur le vieillissement*, Santé Canada, 2002.