



Recherche sur les politiques de santé

Bulletin

Message du sous-ministre

C'est avec plaisir que je vous présente le premier numéro du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* de Santé Canada.

En ma qualité de sous-ministre de la Santé, une de mes priorités consiste à garantir que les artisans de la politique ont accès à l'information nécessaire pour prendre des décisions efficaces. Pour cela, le Ministère a entrepris des mesures en vue de renforcer sa capacité de recherche et d'analyse et s'affaire à élaborer des mécanismes pour rendre les résultats de cette recherche plus accessibles aux artisans de la politique, aux chercheurs et aux autres intervenants intéressés dans une panoplie de secteurs, notamment la santé.

La complexification de la recherche sur la santé amène une complexification de la tâche qui consiste à distiller et à mettre en ordre les résultats des recherches. Le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* permettra à Santé Canada de faire le point sur les activités des chercheurs et de faire entrer dans le domaine public les résultats des recherches effectuées. Le bulletin, y compris le numéro que nous présenterons ici, accordera la primauté aux champs d'intervention d'importance nationale et présentera les éléments d'information qui permettent de mieux les comprendre. Chacun des numéros portera sur un thème particulier, choisi selon l'importance qu'il revêt dans le contexte de la politique nationale de la santé et l'accessibilité de recherches à la fois pertinentes et solides dans le domaine. ►

Dans ce numéro

Entrevue vedette

3

Articles spéciaux sur la recherche

Le vieillissement et ses
répercussions financières
sur le système de santé

5

Chroniques

Le saviez-vous?

17

L'utilisation des données
relatives à la santé au Canada

18

Nouvelles notables

19

La réforme du système de santé représente l'un des principaux champs d'action des gouvernements, tous ordres confondus, de nos jours. Dans le présent numéro, nous sommes heureux de présenter plusieurs articles spéciaux ayant pour objet **les conséquences du vieillissement pour le système de santé**. Ces articles explorent le thème en question à la lumière des données à notre disposition et font ressortir les champs d'investigation où un approfondissement des recherches s'impose.

Outre les articles spéciaux, le bulletin renferme plusieurs chroniques thématiques qui mettent en évidence les travaux du monde de la recherche sur les politiques au Canada et certains des procédés employés pour analyser et interpréter les données relatives à la santé.

Nous espérons que le bulletin apportera une pierre à l'édifice des connaissances en matière de santé et qu'il stimulera la discussion chez les chercheurs du domaine de la politique de la santé. Pour le présent numéro du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* comme pour ceux à venir, nous vous invitons à nous faire part de vos observations.

Ian Green, sous-ministre

Notre mission est d'aider
les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

À propos du Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* de Santé Canada sera publié trois fois l'an. Le bulletin s'inscrit dans un programme général de communication axé sur la recherche en politique qui comprend des documents de travail, des notes techniques, des colloques et des pages Internet ayant pour but d'enrichir les connaissances de Santé Canada en matière de politique de santé.

Un comité directeur ministériel présidé par Cliff Halliwell, directeur général de la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse (DRAA), trace le chemin que prendra le bulletin. La Division de la gestion et de la diffusion de la recherche (DGDR), qui fait partie de la DRAA, coordonne la préparation et la production du bulletin. La DGDR tient à remercier les membres du comité directeur, ainsi que les membres de son personnel, en particulier Nancy Hamilton, directrice-rédactrice en chef et Marilyn Ryan, responsable de la production et de la distribution. Nous vous invitons à faire part de vos observations à : bulletininfo@hc-sc.gc.ca ou par téléphone (613) 954-8549 ou télécopieur (613) 954-0813.

Vous pouvez accéder à la version électronique du bulletin à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/pnrds/bulletin>

Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Les avis exprimés dans les articles, notamment en ce qui concerne l'interprétation des données, appartiennent aux auteurs et ne peuvent être considérés comme des positions officielles de Santé Canada.

La présente publication est offerte en d'autres formats sur demande.

La reproduction à des fins non commerciales est autorisée à condition que la source soit clairement indiquée.

Publié sous l'autorité du ministre de la Santé.

© Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 2001

ISSN 1496-466 X

Révision, conception et mise en page : Allium Consulting Group Inc.

Postes Canada numéro de convention 1893122

Si l'envoi ne peut être distribué ou si vous voulez indiquer un changement d'adresse, prière de nous aviser aux coordonnées suivantes :

Santé Canada
2750, chemin Sheffield, baie 1
Ottawa (Ontario) K1B 3V9



Le vieillissement et la réforme de la santé



L'article qui suit est inspiré d'une entrevue réalisée par Nancy Hamilton, directrice-rédactrice en chef du Bulletin de recherche sur les politiques de santé, auprès d'Abby Hoffman. Depuis les 18 mois où elle exerce les fonctions de conseillère principale des politiques au Cabinet du sous-ministre à Santé Canada, M^{me} Hoffman dirige un projet visant à examiner les conséquences pour la santé et le système de la santé d'une société vieillissante au Canada. Elle a été nommée récemment au poste de directrice générale des soins de santé à Santé Canada. Entre autres, M^{me} Hoffman continuera de déterminer l'orientation des travaux horizontaux portant sur le vieillissement et le système de santé.

Q Avant de traiter des travaux récents de Santé Canada à ce sujet, j'aimerais aborder avec vous les points de vue divergents qui semblent caractériser le débat : le vieillissement de la population pose-t-il, oui ou non, un danger financier pour le système de santé? À votre avis, existe-t-il des recherches qui viennent appuyer les différents points de vue?

Certaines recherches très utiles ont été réalisées, mais elles reflètent, pour une bonne part, certaines tendances idéologiques. Par exemple, ceux qui prévoient une augmentation marquée des dépenses en santé liées au vieillissement de la population ne tiennent pas compte de la capacité financière projetée des gouvernements ou des champs d'intervention où l'investissement connaîtra peut-être un déclin relatif. Ils peuvent confondre — ou même occulter — les coûts associés au vieillissement et les coûts associés à la mort. Sinon, ils donnent à croire que les conséquences importantes du vieillissement de la génération de l'après-guerre se concrétiseront beaucoup plus rapidement que ce sera le cas, oubliant plus ou moins que les taux d'invalidité et de morbidité liés à l'âge sont à la baisse et qu'ils pourraient diminuer encore plus si nous appliquons les bonnes politiques. Malheureusement, le vieillissement de la population sert parfois d'épouvantail à ceux qui affirment que les régimes financés par l'État ne sont pas viables à long terme.

Ceux dont les recherches invitent à penser qu'il sera possible d'assumer les conséquences du vieillissement peuvent, par leur volonté de démontrer la viabilité à long terme des valeurs fondamentales et de l'architecture de base de notre système de santé, omettre certaines considérations importantes. Par exemple, si le régime canadien d'assurance-maladie prévoyait l'accès aux soins à domicile,

aux soins de longue durée, aux produits pharmaceutiques et aux services de santé préventifs selon les conditions qui s'appliquent actuellement aux services médicaux et hospitaliers, les coûts — du moins ceux des administrations gouvernementales — se révéleraient beaucoup plus élevés.

Il faut faire très attention aux hypothèses que nous formulons à propos de l'avenir. Les facteurs démographiques sont prévisibles, tout comme le sont, jusqu'à un certain point, les courbes de morbidité et de mortalité. Tout de même, quand il s'agit de déterminer comment notre système de santé devrait être adapté aux réalités d'une société vieillissante et ce à quoi les citoyens vont s'attendre à cet égard, il faut se garder de tout optimisme injustifié. Une chose est claire : nous pourrions améliorer sensiblement la manière dont nous nous occupons de la santé des personnes âgées. Cela comprend le fait non seulement de traiter les manifestations aiguës et les maladies chroniques, mais aussi de fournir des services de prévention primaire et secondaire, et de prévoir une combinaison judicieuse de services sociaux et de services de santé qui aident les gens à rester autonomes et à jouir d'une bonne qualité de vie le plus longtemps possible.

Q J'aimerais vous interroger sur les recherches particulières de Santé Canada dont il est question dans le bulletin. En quoi ont consisté ces recherches? Quels en étaient les objectifs et qu'espérait accomplir Santé Canada?

Le projet « vieillissement et santé » avait pour point de départ une question fondamentale : le vieillissement de la population menace-t-il la viabilité à long terme du système de santé du Canada? Pour bien circonscrire le champ ►

d'études, nous avons jugé qu'il était utile de se poser deux grandes questions : (1) quelle sera l'évolution probable des paramètres de la santé dont s'accompagnera le vieillissement de la population; et (2) quelles sont les mesures qu'il faudra prendre pour adapter le système de santé aux besoins et aux attentes d'une société vieillissante?

Ces questions représentent de vastes champs d'investigation qui occuperaient facilement maints chercheurs et analystes pour des années à venir! En tout cas, nous savons qu'il n'existe qu'un lien très ténu entre l'état de santé de la population, les services du système de santé et les coûts de la santé. Que cela plaise ou non, il y a lieu de croire que ce sont la force relative de l'économie et la capacité financière d'un pays qui, d'abord et avant tout, déterminent les dépenses publiques globales de la santé.

Néanmoins, il est clair que certaines pistes devraient être explorées par les chercheurs : quelle part de la croissance passée du secteur de la santé est attribuable au vieillissement de la population et, par extrapolation, qu'est-ce que cela peut nous dire à propos de la future croissance du secteur, compte tenu du taux de fécondité passé et de l'espérance de vie future? De même, la santé s'améliore-t-elle et, le cas échéant, dans quelle mesure la supposée compression du taux de morbidité viendra-t-elle compenser la demande de services d'une société vieillissante (et les coûts que cela suppose)?

Au premier stade d'analyse, les chercheurs ont d'abord voulu déterminer si les inquiétudes au sujet du vieillissement et du système de santé sont justifiables. La recherche décrite dans le présent bulletin approfondit cette question. Par contre, ce que nous voulons finir par savoir, c'est comment le système de santé devrait répondre aux besoins de santé d'une société vieillissante et, en particulier, comment maximiser l'usage fait des ressources en santé et autres ressources sociales pour que les gens puissent vieillir en santé.

Le débat animé entourant le renouveau du système de santé a fait surgir un thème important : comment faire le lien entre la modernisation générale de notre système de santé et les exigences probables d'une société vieillissante. Jusqu'à maintenant, nous avons ratissé large et porté notre regard sur l'expérience et la documentation canadienne et internationale en la matière.

Q *Quelles sont les conclusions principales des recherches réalisées jusqu'à maintenant?*

Je crois que la recherche met en perspective les facteurs qui se répercutent sur le système de santé. Sans nul doute, lorsque le segment le plus important de la génération de l'après-guerre aura 75 ans ou plus — c'est-à-dire entre 2025 et 2045 — le vieillissement représentera un facteur

très important. Tout de même, la croissance de la population, l'inflation dans le secteur de la santé, la conception de médicaments, de traitements et de procédés nouveaux, ainsi que les attentes du public — sans oublier les modes prédominants de prestation des services et l'organisation du financement elle-même — sont autant de facteurs qui auront une incidence très importante sur la croissance des dépenses dans le secteur de la santé. Ce que nous espérons, c'est de faire tomber l'idée selon laquelle le vieillissement de la population portera le coup de grâce à notre système de santé, car il n'y a rien qui permette de le croire. Cela nous permettra de procéder à un stade plus constructif du travail — regarder comment nous pouvons faire converger le dossier « vieillissement et santé » et le programme d'action global « modernisation du système de santé ».

Q *Comment a-t-on établi un programme de recherche qui englobe toutes les questions pertinentes?*

Un projet comme celui qui nous occupe ici débouche sur un programme de recherche d'une complexité inouïe. Il faut se garder de croire jamais qu'on pose toutes les bonnes questions, si bien que les analystes et les artisans de la politique disposeraient d'éléments substantiels et irréfutables en rapport avec toutes les questions possibles. Les participants au projet de vieillissement ont appliqué une approche itérative pour commencer à élucider ce qu'il vaut mieux faire pour favoriser un vieillissement en bonne santé et quantifier l'incidence des « facteurs liés au vieillissement » sur le système de santé. Le financement du système de santé au Canada est resté, tout le long du projet, un élément important du débat public. Durant ce débat, le vieillissement a été assimilé constamment aux menaces et pressions critiques. Il est impératif que le programme de recherche permette de s'attaquer directement à la question.

Il serait peut-être donc plus exact d'affirmer que le débat de fond qui s'est déroulé dans le domaine public est venu façonner le programme de recherche et non pas l'inverse!

Tout de même, maintenant que nous avons mobilisé d'assez bonnes connaissances sur l'envergure de la prétendue menace, nous pouvons passer à l'étude des politiques gouvernementales qui permettront aux gens de vieillir en santé. Ce qui importe, c'est non seulement le fait que de bonnes recherches aient été effectuées dans le domaine, mais aussi la nécessité de faire part des résultats, de manière à ne pas être renvoyé continuellement à cette question du « vieillissement comme menace ».

Et, bien sûr, nous ne devons pas tenir pour complètes nos connaissances sur le sujet. La recherche nous a fourni d'excellentes balises, mais nous ne pouvons jamais dire que nous disposons d'informations irréfutables. ☺

Le vieillissement, les finances\$ et le système de santé

Seamus Hogan

*Seamus Hogan, directeur, Analyse de l'offre et de la demande de santé,
Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Santé Canada*

Même si les gouvernements doivent prévoir une hausse temporaire, quoique prolongée, des coûts de santé au fur et à mesure que la génération de l'après-guerre vieillit, les contraintes inhérentes n'exigent pas une restructuration massive du système de santé. La réforme du secteur de la santé devrait plutôt servir à garantir la mise en place des structures et des services nécessaires pour répondre efficacement aux besoins d'une population de plus en plus âgée.

Au fur et à mesure que les gens vieillissent, leur état de santé tend à se détériorer, ce qui amène une augmentation correspondante des coûts engagés sur le plan de la santé. Lorsque la population du pays dans son ensemble vieillit, comme c'est le cas au Canada, le lien entre l'âge et la santé comportent des conséquences pour le système de santé du pays.

Pour cette raison, la plupart des discussions entourant le renouvellement du système de santé au Canada ont accordé un rôle important au vieillissement de la population canadienne. Deux questions principales soulèvent les préoccupations. D'abord, et c'est ce qui ressort le plus, une population de plus en plus vieille exercera des pressions financières importantes sur le système de santé, particulièrement à partir de 2010, au moment où la génération à la source de la poussée démographique liée à la Seconde Guerre mondiale atteindra 65 ans. Ensuite, il faut savoir si le système de santé au Canada est structuré convenablement pour prendre en charge les besoins spéciaux d'une population âgée nombreuse, par exemple les exigences accrues quant aux soins de longue durée et aux soins à domicile, et des mesures dynamiques pour favoriser le vieillissement en santé.

Ces enjeux peuvent s'exprimer en deux questions distinctes :

- Quelle sera l'ampleur des pressions financières exercées sur le système de santé du fait que la population vieillit?
- Quelles sont les conséquences du vieillissement de la population pour la structuration du système de santé, étant donné un niveau donné de dépenses en santé?

Les inquiétudes d'ordre financier ont dominé le débat populaire sur le vieillissement et le système de santé. Cette question est également au cœur de la présente série d'articles spéciaux. La conclusion principale des articles est la suivante : les pressions financières liées au vieillissement ne menacent pas forcément la viabilité à long terme du système de santé, car elles sont liées aux effets temporaires, quoique prolongés, du vieillissement de la génération de l'après-guerre. Par conséquent, l'analyse future des politiques de santé touchant le vieillissement devrait privilégier non la viabilité financière globale du système de santé, mais la façon optimale de structurer le système pour répondre aux besoins de santé de cette population vieillissante.

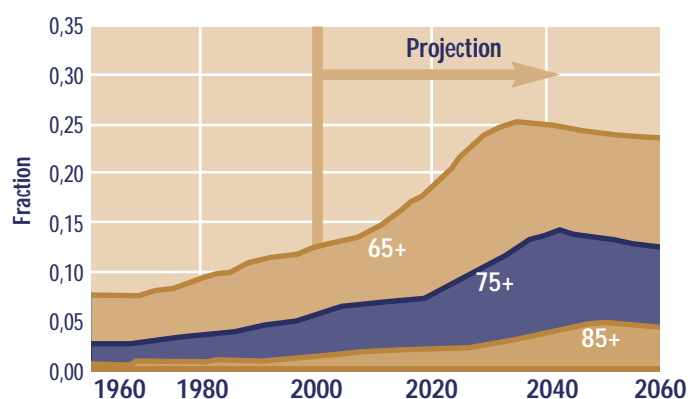
Quelques faits au sujet du vieillissement au Canada

Même s'il existe plusieurs façons de mesurer le vieillissement d'une population, la plus courante consiste à déterminer la proportion d'habitants ayant plus d'un certain âge. La figure 1 illustre le vieillissement de la population canadienne selon cette mesure, c'est-à-dire l'évolution de la proportion de la population ayant 65 ans et plus, 75 ans et plus et 85 ans et plus, au cours

des 40 dernières années, plus une projection quant à la répartition probable de la population dans les années à venir.

Trois faits ressortent de ce graphique. Premièrement, la population canadienne vieillit à un rythme constant depuis un certain temps. Deuxièmement, le taux de vieillissement de la population augmentera bientôt de façon marquée, ce qui portera la fraction de la population âgée à un faîte avant le milieu du siècle. Troisièmement, en 2060, la population sera encore beaucoup plus âgée qu'elle l'est en ce moment; par comparaison, la population canadienne est relativement jeune.

Figure 1 : **Proportion des personnes âgées au sein de la population canadienne au fil du temps**



Comme l'illustre le graphique, deux facteurs distincts ont une incidence sur le processus de vieillissement : l'augmentation de l'espérance de vie, façon de dire qu'en moyenne, les Canadiens vivent plus longtemps que par le passé; et l'évolution du cycle de fécondité. L'explosion démographique consécutive à la Seconde Guerre mondiale constitue un exemple notable. Ce n'est pas tant l'augmentation du taux de fécondité durant une poussée démographique qui conduit à une population vieillissante que le déclin subséquent de fécondité. Au début, l'augmentation du nombre de naissances entraîne un abaissement général de l'âge de la population. Toutefois, le déclin consécutif de fécondité est tel qu'au fur et à mesure que vieillit la génération issue de la poussée démographique, la population dans son ensemble vieillit aussi, jusqu'à ce que les taux de fécondité augmentent à nouveau.

Si la population canadienne demeure relativement jeune, comme en font foi les chiffres de la figure 1, c'est que les membres plus âgés de la génération de l'après-guerre n'ont pas encore 65 ans. Étant donné la jeunesse relative de cette génération, la majeure partie de l'augmentation, durant les 40 dernières années, de la portion de population de plus de 65 ans résulte d'une longévité accrue plutôt que d'une diminution du taux de fécondité. Toutefois, durant les

40 prochaines années, à mesure que la génération de l'après-guerre approche des 65 ans, ces deux facteurs s'inverseront.

Pour quiconque envisage les conséquences du vieillissement pour le système de santé, il importe de distinguer les effets de la fécondité et de l'espérance de vie sur le vieillissement. Une augmentation permanente de l'espérance de vie aura un effet *permanent* sur la fraction de vie que *chaque personne* peut s'attendre à vivre au sein des groupes relativement plus âgés, alors que les cycles de fécondité passés n'ont qu'un effet *temporaire* (mais peut-être assez durable) sur la fraction de la *population globale* faisant partie des groupes d'âge en question. Comme nous le verrons, cette distinction importe pour qui veut savoir si le vieillissement de la population imposera un fardeau financier important au système de santé.

Le vieillissement et les dépenses de santé

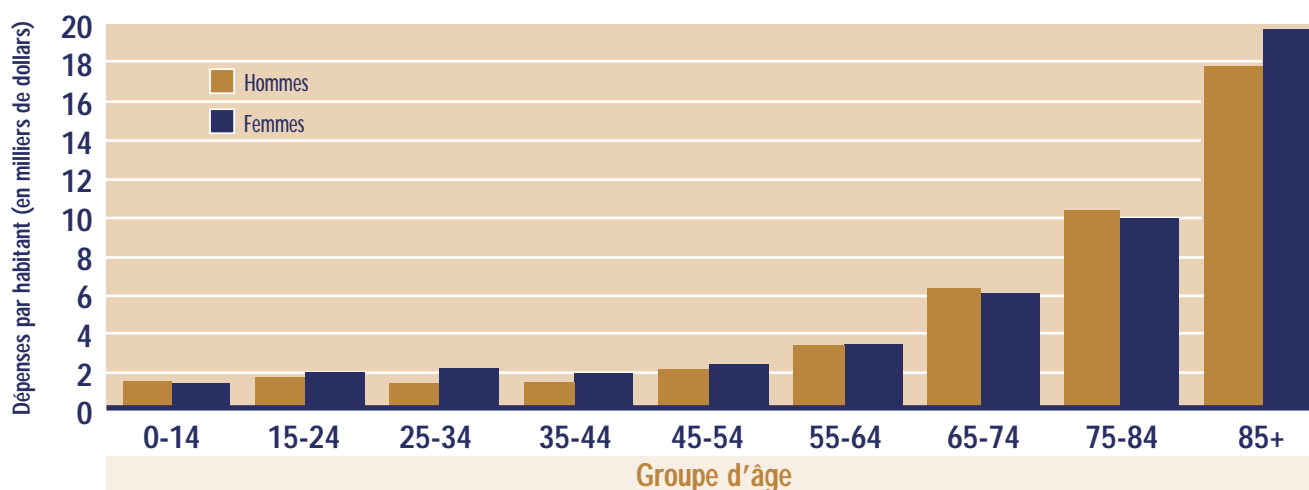
La figure 2 illustre le lien entre l'âge et les dépenses par habitant. Il présente le total des dépenses estimatives en santé (publiques et privées) par personne, selon l'âge et le sexe, en 1997. Comme on peut s'y attendre, les dépenses augmentent avec l'âge. Fait plus notable, l'augmentation des dépenses devient importante une fois le cap des 65 ans franchi.

Ce sont les augmentations importantes des dépenses par habitant ayant plus de 65 ans, combinées aux augmentations prévues de la fraction de la population ayant plus de 65 ans, qui soulèvent le plus de préoccupations quant aux pressions financières dues au vieillissement.

D'ailleurs, si les dépenses en santé par habitant devaient demeurer au beau fixe (voir la figure 2), tandis que la population vieillit selon les projections de la figure 1, le total des dépenses réelles en santé par habitant au Canada aurait augmenté de 31 p. 100, en 2030, par rapport à aujourd'hui (voir « Le vieillissement en tant que déterminant des coûts en santé » à la p. 10). C'est-à-dire que, *par le seul effet du vieillissement*, les dépenses de santé devraient augmenter presque du tiers au cours des 30 prochaines années. D'autres facteurs à l'origine des dépenses en santé — l'évolution de la technologie, les augmentations de salaire des soignants, etc. — s'ajouteraient vraisemblablement à cela.

Toutefois, il existe deux raisons pour lesquelles cette simple projection ne devrait pas forcément indiquer que le système de santé actuel au Canada n'est pas viable et qu'il faut le réformer d'urgence. Premièrement, les augmentations importantes prévues des dépenses de santé ne signifient pas forcément qu'il faut réformer le système. Deuxièmement, la projection donnée ci-dessus tient pour acquis que la mesure de l'augmentation des dépenses de santé avec l'âge demeurera constante à l'avenir, ce qui élimine la possibilité qu'une amélioration de la santé de la population puisse atténuer les effets financiers du vieillissement. Chacune des raisons en question est examinée ci-dessous.

Figure 2 : Dépenses au niveau de la santé, selon l'âge, 1997



Les contraintes financières et le système de santé

Quatre questions — résumées dans l'encart à la page 9 — doivent venir à l'esprit de quiconque souhaite jauger les conséquences de la croissance des dépenses pour le système de santé.

Les deux premières donnent à penser que les contraintes financières susceptibles de découler du vieillissement comportent des conséquences graves pour la politique de la santé. Plus particulièrement, les augmentations de dépenses attribuables au vieillissement représentent une augmentation des coûts qu'il faut engager pour maintenir un niveau donné de services de santé; et le vieillissement est un facteur de dépenses qui n'apporte pas, en contrepartie, une augmentation des revenus et des recettes de l'État.

Toutefois, la troisième et la quatrième question, pour qui envisage les facteurs à l'origine des dépenses, portent à croire que les pressions en faveur d'une réforme du système de santé seront moindres. Pour ce qui est de la troisième question, à l'évidence, le vieillissement ne résulte pas du fait que les gens profitent des mesures incitatives du système de santé. Quant à la quatrième, à savoir si la pression se maintiendra, il importe de distinguer les deux facteurs à l'origine du vieillissement de la population. La plupart des augmentations prévues des dépenses attribuables au vieillissement découlent du vieillissement de la génération de l'après-guerre. Ce ne sera pas un facteur permanent de croissance des dépenses. De fait, pour une bonne part, cet effet sur le *niveau* de dépenses finira par s'inverser, même si l'inversion ne sera jamais complète, comme l'indique la figure 1, car la pression de la population canadienne figurant parmi les groupes d'âge où les dépenses sont élevées devrait toujours demeurer supérieure à ce qu'elle est en ce moment.

Comme la croissance prévue des dépenses découlant du vieillissement de la génération de l'après-guerre représente un phénomène ponctuel dont l'effet sera partiellement inversé et qu'elle ne provient pas de vices inhérents à la conception du système de santé lui-même, le règlement des problèmes financiers ne passe pas impérativement par une réforme du système. Il faut plutôt choisir simplement de consacrer une plus grande part des ressources économiques à la santé.

Cette analyse de l'effet du vieillissement de la génération de l'après-guerre ne s'applique pas forcément aux pressions dues à une augmentation de la longévité. Les dépenses accrues découlant d'une espérance de vie plus longue doivent être prises en considération. Il reste tout de même à voir si ce facteur s'est révélé et se révélera encore important. Ce qui nous amène à demander si le lien entre les dépenses et l'âge demeurera stable au fil du temps.

Évolution compensatrice de la santé de la population

Le vieillissement de la population constitue l'un des deux facteurs liés à l'âge qui peuvent modifier la santé au fil du temps. L'autre réside dans les liens qui existent entre l'âge et la morbidité, lesquels ont une incidence sur l'état de santé probable des gens à un âge donné.

Question particulièrement importante à cet égard : l'accroissement de l'espérance de vie ira-t-elle de pair avec une amélioration de l'état de santé général de la population? Pour poser l'hypothèse selon laquelle toute augmentation de la fraction de population parmi les groupes d'âge plus élevés, là où les dépenses sont également plus élevées, conduit automatiquement à une augmentation des dépenses par habitant, il faut présumer que les années de vie supplémentaires résultant d'une espérance de vie accrue

sont coûteuses. Par contre, si les progrès de la technique médicale et de l'état de santé de la population à l'origine d'une augmentation constante de l'espérance de vie au Canada ont également mené à une amélioration de la santé des Canadiens, il se peut que la longévité accrue ait pour effet de *retarder* l'apparition des années « coûteuses » plutôt que d'en ajouter.

Les données ne permettent pas de déterminer avec certitude si l'état de santé des Canadiens s'améliore à mesure que s'accroît leur espérance de vie (voir « Évolution des états chroniques » à la p. 18), mais il existe des données qui invitent à penser qu'une espérance de vie accrue est associée à un nivellement de la relation entre l'âge et les dépenses de santé. Ce phénomène, qualifié de « compression des dépenses », fait l'objet de l'article à la page 13.

Conséquences pour la politique de santé

Les préoccupations touchant l'effet possible d'une population canadienne vieillissante sur le financement du système de santé publique sont clairement justifiées. Le vieillissement de la population canadienne conduira presque certainement à une augmentation importante des coûts qu'il faut engager pour fournir le niveau actuel de soins au Canada, et cette tension des coûts ne mènera pas à une augmentation compensatrice des revenus ou des recettes fiscales. Ce fardeau financier sera plus lourd dans certaines provinces en raison de l'état de santé de la population et de la structure par âge, qui sont variables.

Cela dit, les tensions financières joueront probablement pendant un temps limité, à mesure que la génération de l'après-guerre atteindra le troisième âge. Fait plus important, il y a tout lieu de croire que les tensions en question ne menacent pas la viabilité à long terme du système de santé du Canada; c'est que, simplement, elles reflètent l'évolution temporaire du cycle de fécondité, qui, à son tour, fait évoluer le cycle des dépenses de santé.

Face au groupement ponctuel des dépenses, l'approche indiquée consiste non pas à modifier le système de santé ni à réduire les services au moment où les dépenses croissent, mais plutôt à permettre au cycle des dépenses de santé de suivre son cours. Les gouvernements peuvent économiser durant les périodes où les dépenses sont peu élevées en réduisant la dette publique, pour mieux assumer les dépenses élevées au moment où le besoin se présente. Une autre façon de procéder consisterait à financer l'augmentation des dépenses de santé à partir des recettes fiscales au moment où le besoin se manifeste. Quelle que soit l'option choisie, la tension financière provenant du vieillissement de la génération de l'après-guerre représente un problème qui

relève des finances publiques plutôt que du système de santé lui-même, d'où l'idée que la solution repose sur les finances publiques plutôt que sur le système de santé.

Bien sûr, s'il est possible d'améliorer l'efficacité du système et de compenser en partie l'augmentation des dépenses découlant du vieillissement, les réformes se justifient, mais ce serait le cas même si le vieillissement n'était pas un facteur. De toute manière, les réformes de cette nature devraient être fondées sur une étude raisonnée des éléments d'information et non pas être inspirées par la crainte que suscite le vieillissement.

Il *ne faut pas* entendre par là que le vieillissement ne comporte aucune conséquence pour la réforme du système de santé. Plutôt, nous concluons qu'il faut délaissé un peu la première question présentée au début de l'article pour se concentrer sur la deuxième — c'est-à-dire passer du souci que peut occasionner la tension financière à des mesures ciblant l'organisation du système à l'intérieur d'un budget donné et s'assurer que les structures médicales appropriées sont en place pour répondre aux besoins de santé d'une population qui compte de plus en plus de personnes âgées.

Enfin, il importe de souligner que la tension financière découlant du phénomène du vieillissement variera sensiblement d'un groupe de Canadiens à l'autre, étant donné la variabilité de la structure par âge et de l'état de santé de la population. Par exemple, même si les collectivités des Premières nations et des Inuits ont tendance à compter plus de jeunes que les autres collectivités canadiennes, les tensions financières résultant du vieillissement pourraient prendre un caractère plus aigu, compte tenu du fait que l'âge où les dépenses commencent à augmenter y est moins élevé que dans le reste du Canada. Le vieillissement plus rapide enregistré dans certaines provinces est tel que le fardeau financier y prendra un caractère beaucoup plus urgent qu'ailleurs. Cela pourrait avoir des conséquences sur la capacité du système de santé publique de fournir un niveau de services comparable à tous les Canadiens. 🌐

Source : Les données démographiques proviennent des estimations de Statistique Canada. Les projections démographiques sont fondées sur les estimations démographiques de Statistique Canada et sur des hypothèses « moyennes » concernant la fécondité et la mortalité. Les données relatives aux dépenses proviennent de la Direction générale de la politique de la santé et des communications de Santé Canada.

Un cadre pour réfléchir aux facteurs qui influent sur les dépenses de santé

Le vieillissement constitue une force parmi d'autres qui exercent des pressions sur les dépenses de santé au Canada, quoique certaines de ces forces présentent un caractère nettement plus bénin que d'autres. Pour bien évaluer les conséquences d'un tel facteur pour le système de santé, il nous faut nous poser les quatre questions suivantes :

1 *La tension qui s'exerce sur les dépenses de santé représente-t-elle un véritable déterminant des coûts au sens où il s'agit d'une augmentation du coût qu'il faut engager pour fournir un niveau donné de soins, ou encore est-il question de l'accroissement du niveau de soins?*

L'accroissement des dépenses visant à financer des soins améliorés représente, pour les décideurs, une façon d'améliorer les résultats en engageant des sommes supplémentaires. Il ne s'agit pas d'une tension grave pour le système de santé, du moins pas autant que peut le représenter un véritable déterminant des coûts, et cela suppose la nécessité d'investir des sommes de plus en plus importantes pour maintenir simplement le niveau de service existant.

2 *La tension qui s'exerce sur les dépenses de santé s'accompagne-t-elle d'une augmentation des revenus qui servent à financer des soins, ou encore s'agit-il d'une tension qui, si elle n'est pas contrée, mènera à une augmentation de la fraction de revenu consacrée aux dépenses de santé?*

Certaines tensions qui conduisent à une augmentation des dépenses de santé sont également des forces qui mènent à une augmentation des revenus (et donc des recettes fiscales de l'État). Par exemple, la croissance démographique mènera à la nécessité d'augmenter la somme totale des dépenses de santé, mais elle aura aussi tendance à créer une main-d'œuvre plus nombreuse et, de ce fait, une production plus importante de l'économie. Les déterminants de cette nature n'exercent pas de tension sur le système de santé. De même, l'inflation générale fait augmenter les dépenses et s'accroître la capacité de payer.

3 *La tension liée aux dépenses est-elle attribuable, d'une manière quelconque, aux facteurs incitatifs que comporte le système de santé, ou bien n'a-t-elle rien à voir avec cela?*

Certains se soucient de la possibilité que certaines forces favorisant l'accroissement des dépenses de santé ne soient pas externes. Elles seraient plutôt liées à la structure même du système. Évidemment, l'existence de telles tensions internes, par comparaison avec les forces externes, laisse penser qu'il est encore plus nécessaire de réformer le système.

4 *La tension en question va-t-elle conduire à une augmentation permanente des dépenses, ou encore s'agit-il d'une modification ponctuelle du niveau de dépenses?*

C'est peut-être la question la plus importante. Si la tension qui s'exerce sur les dépenses renvoie à un véritable déterminant des coûts, qui ne s'accompagne pas d'une augmentation compensatrice des revenus et qui vient du système lui-même, si cela représente une augmentation ponctuelle, il est possible d'absorber l'augmentation des dépenses en réorientant des ressources utilisées ailleurs. Une tension permanente, par contre, constitue une raison beaucoup plus importante de réformer le système.

Le vieillissement en tant que *déterminant des coûts* dans le domaine de la santé

Allan Pollock

Allan Pollock, analyste des politiques, *Analyse de la demande et de l'offre de santé*,
Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Santé Canada.

La population vieillissante du Canada exercera des pressions considérables sur les futures dépenses de santé, mais les pressions en question sont plus susceptibles de tenir à l'influence temporaire du vieillissement de la génération de l'après-guerre que de l'évolution des taux de mortalité globaux.

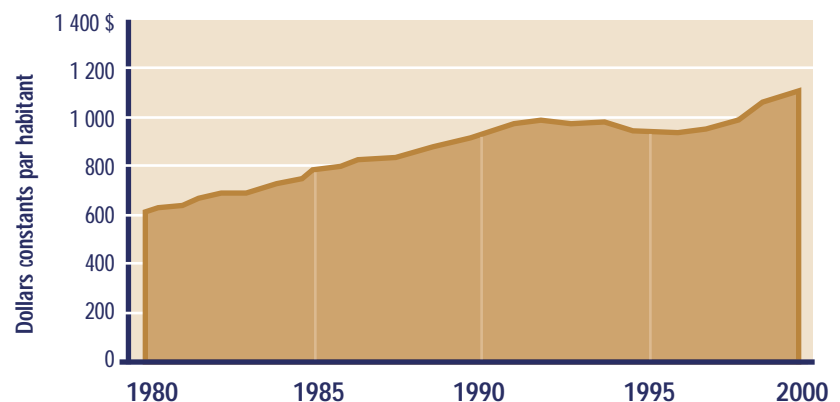
De 1980 à 1999, le total des coûts de santé par habitant a crû à un taux moyen d'environ 2,8 p. 100 par année. Comme l'illustre la figure 1, cette croissance ne s'est pas répartie également, puisque les coûts réels ont connu une croissance plus rapide durant les années 80, puis sont tombés avec la récession et les restrictions financières au début des années 90.

La tendance globale au niveau de l'évolution des dépenses de santé découle également des pressions propres à la santé, notamment les progrès rapides des techniques médicales nouvelles et coûteuses aussi bien que l'augmentation des salaires dans un secteur à forte densité de main-d'œuvre. En outre, le vieillissement de la population a probablement joué un rôle dans la hausse des dépenses de santé depuis vingt ans, car les dépenses de santé tendent à augmenter avec l'âge. Les effets d'une population vieillissante se feront sentir davantage à l'avenir, au fur et à mesure que la génération de l'après-guerre atteindra les tranches d'années où les coûts de santé sont élevés.

Dans le présent article, nous chercherons à quantifier l'effet d'une population vieillissante sur les dépenses de santé en décortiquant les données relatives à la croissance des dépenses de santé au Canada selon l'âge et d'autres facteurs. Nous tenterons également d'estimer l'impact des déterminants futurs des coûts de la santé. Plus particulièrement, nous nous poserons les trois questions suivantes :

- Quelle importance revêt le vieillissement par rapport aux autres facteurs en tant que déterminant des dépenses de santé?
- Quelle importance le vieillissement est-il susceptible d'avoir en tant que déterminant des dépenses de santé à l'avenir?
- Dans quelle mesure l'effet du vieillissement découle-t-il de l'évolution de la mortalité et dans quelle mesure tient-il à l'évolution passée du cycle de fécondité.

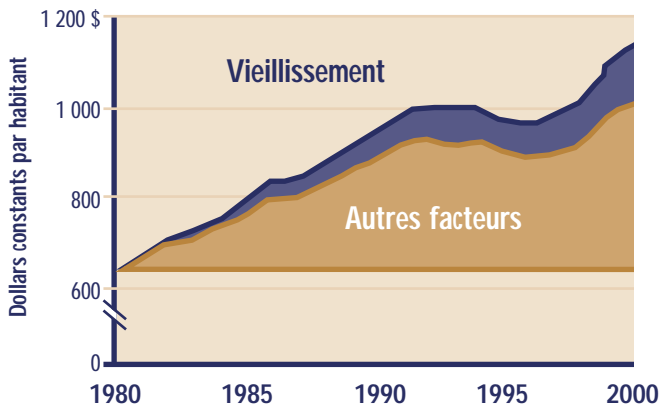
Figure 1 : **Dépenses réelles de santé par habitant (d'origine publique et privée)**



Une perspective historique

Pour estimer le rôle historique des dépenses réelles de santé par habitant, nous nous sommes posé la question suivante : qu'en aurait-il été des dépenses au fil du temps s'il n'y avait pas eu évolution de l'âge et de la répartition hommes-femmes de la population? Suivant cela, le reste de la croissance des dépenses peut être attribué au vieillissement.

Figure 2 : **Décomposition de la croissance passée des dépenses**



Cette décomposition des données est illustrée à la figure 2, qui montre que la part estimative du vieillissement dans la croissance des dépenses jusqu'à maintenant se révèle peu importante en comparaison avec d'autres facteurs. De 1980 à 2000, le vieillissement ne compte que pour 0,6 p. 100 du taux moyen de croissance annuelle des dépenses réelles par habitant. De fait, cela accorde probablement trop d'importance à l'impact du vieillissement des dépenses au cours des vingt dernières années. La décomposition attribue toute évolution des dépenses par habitant pour un âge et un sexe donnés à des facteurs autres que le vieillissement. Toutefois, comme il en a été question dans l'article précédent (« Compression des dépenses de santé », à la page 13), l'une des causes du vieillissement de la population — l'augmentation de l'espérance de vie — a

probablement contribué à *réduire* les dépenses par habitant dans les groupes d'âge plus élevés, étant donné que la réduction des taux de mortalité reporte l'apparition des dernières années de la vie, période durant laquelle les dépenses sont importantes.

Si l'on se préoccupe de cet « effet de compression des dépenses », le vieillissement compte pour une croissance annuelle moyenne de 0,25 p. 100 des dépenses réelles par habitant au cours des vingt dernières années. L'incidence du vieillissement est très faible par rapport à d'autres facteurs, qui représentent une croissance annuelle moyenne de 2,6 p. 100 durant la même période. L'importance relative du vieillissement est tout de même appelée à croître sensiblement à l'avenir.

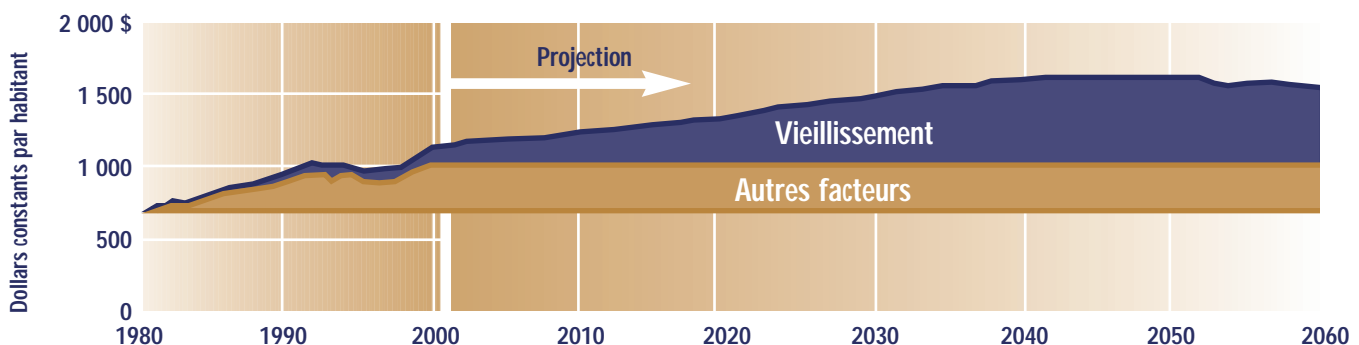
Perspectives d'avenir

L'importance croissante du vieillissement est illustrée à la figure 3, qui rajuste les données de la figure 2 pour tenir compte de l'effet de la compression des dépenses et qui établit des projections pour l'avenir. Les projections au-delà de l'an 2000 montrent l'impact des dépenses totales si la population vieillit selon la prévision la plus largement admise, *mais si aucun autre facteur ne peut jouer sur la croissance des dépenses de santé*. Cela signifie que les projections ne prévoient pas ce qui est susceptible d'arriver aux dépenses totales. Elles servent simplement à illustrer l'impact particulier du vieillissement. Comme on peut le voir, l'impact du vieillissement s'accroît sensiblement, générant une croissance annuelle moyenne des dépenses de santé de l'ordre de 0,8 p. 100 par année et au cours des trente prochaines années. L'effet cumulatif du vieillissement est assimilé à une croissance des dépenses de plus de 30 p. 100.

De la mortalité et de la fécondité

Comme il en est question dans l'article intitulé « Le vieillissement, les finances et le système de santé », à la p. 5, le vieillissement de la population tient à deux facteurs distincts : l'évolution de la mortalité et l'évolution passée du cycle de fécondité. Les deux facteurs peuvent jouer sur les dépenses de santé en faisant augmenter la fraction de la ►

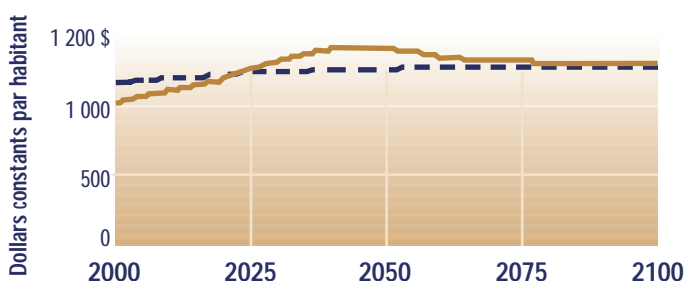
Figure 3 : **Effet projeté du vieillissement**



population qui se trouve parmi les groupes d'âge plus élevés, où les dépenses sont plus importantes. Toutefois, les conséquences de la croissance des dépenses pour les politiques de la santé peuvent différer, suivant le facteur qui entre en jeu. Pour cette raison, il importe d'en dissocier les effets.

La décomposition des données sur la fécondité et la mortalité est illustrée à la figure 4. La ligne pleine reprend, à partir de la figure 3, l'estimation des dépenses dans la mesure où le vieillissement reste la seule croissance des dépenses futures. Le trait pointillé illustre l'effet de cela sur les dépenses si, en plus, on tient pour acquis un nombre constant de naissances au Canada durant le XX^e siècle (c'est-à-dire comme s'il n'y avait pas eu de poussée démographique après la Seconde Guerre mondiale). La différence entre les deux traits illustre l'effet du cycle de fécondité par le passé. Comme les projections démographiques ne supposent aucune évolution du cycle de fécondité à l'avenir, les deux tracés de dépenses finissent par converger.

Figure 4 : Effets de fécondité et de mortalité



La figure 4 illustre trois points importants. Premièrement, l'accroissement projeté des dépenses dues au vieillissement de la population au cours des cinquante prochaines années découle surtout du vieillissement de la génération consécutive à la Seconde Guerre mondiale et non pas d'une diminution du taux de mortalité. Deuxièmement, même si l'effet de fécondité est important et durable, il s'inversera dans une grande part une fois le milieu du siècle franchi. Enfin, comme la génération de l'après-guerre a toujours moins de 65 ans, les coûts de santé par habitant sont actuellement nettement inférieurs à ce qu'ils auraient été en l'absence de cette génération.

Conséquences pour la politique de la santé

Les conclusions que nous présentons ici montrent que le vieillissement n'a pas constitué un facteur important de croissance des dépenses de santé par le passé, mais qu'il est susceptible de gagner en importance à l'avenir. En outre, il est probable que les tensions futures liées au vieillissement

résultent entièrement de la tension temporaire, mais prolongée, du vieillissement de la génération de l'après-guerre.

Bien sûr, la part projetée du vieillissement dans le taux moyen de croissance annuel des dépenses de 0,8 p. 100 au cours des trente prochaines années demeure relativement peu importante, par rapport à la croissance passée de 2,6 p. 100 attribuée aux autres facteurs. Il peut donc sembler que le vieillissement ne représente pas une grande préoccupation d'ordre financier.

Mais cette comparaison simple peut s'avérer trompeuse. Pour une bonne part, la croissance des dépenses de santé au cours des vingt dernières années tient probablement à l'augmentation du produit intérieur brut (PIB), en partie parce que les revenus plus élevés conduisent à une demande plus élevée de services de santé et, en partie, parce que la croissance économique mène à des salaires plus élevés, ce qui tend à exercer une pression sur les coûts dans un secteur de services comme la santé. Comme il est noté dans l'encart à la p. 9, les déterminants de dépenses associées à l'augmentation équivalente de la capacité de payer ne créent pas une tension financière.

De 1980 à 2000, le PIB réel par habitant a connu une croissance de 1,5 p. 100 par année en moyenne. Par conséquent, la part des facteurs autres que le vieillissement dans la croissance des dépenses de santé, au-delà du PIB, n'équivalait qu'à 1 p. 100. Par ailleurs, pour une bonne part, cette croissance reflétait probablement l'amélioration en quantité et en qualité des soins de santé durant cette période, plutôt qu'un accroissement des coûts engagés pour fournir le même niveau de services.

À l'inverse, le vieillissement de la population au cours des trente prochaines années représentera un véritable déterminant des *coûts* qui n'est pas susceptible d'être associé à des augmentations compensatrices du PIB. Les tensions attribuables à l'évolution passée du cycle de fécondité ont actuellement un effet minimal, mais celui-ci pourrait connaître une augmentation sensible d'ici 2030. De fait, d'ici 2028, la part du vieillissement dans la croissance des dépenses de santé devrait atteindre presque 1 p. 100 par année. Comme 70 p. 100 environ des dépenses de santé au Canada proviennent de fonds publics, cette croissance des dépenses dérivées de l'âge devrait avoir un impact considérable sur les finances publiques. 🌐

Source : Les statistiques démographiques sont tirées des estimations démographiques de Statistique Canada. Les projections démographiques sont fondées sur les estimations démographiques de Statistique Canada et sur des hypothèses « moyennes » en ce qui concerne la fécondité et la mortalité. Santé Canada tient à remercier de leur coopération les registraires provinciaux et territoriaux de l'état civil, qui ont fourni à Statistique Canada les données relatives à la mortalité dans le cadre des ententes fédérales-provinciales applicables.

COMPRESSION

des dépenses de santé

Allan Pollock

Allan Pollock, analyste des politiques, *Analyse de la demande et de l'offre de santé*,
Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Santé Canada

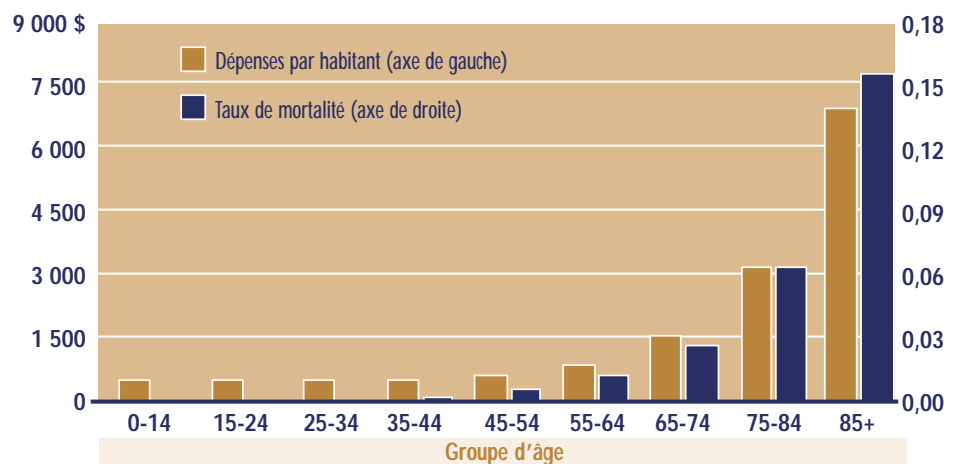
L'augmentation des dépenses de santé associées à une population vieillissante a souvent été attribuée au coût élevé des soins de santé prodigués aux personnes durant les dernières années de leur vie. Toutefois, le vieillissement de la population associé à l'accroissement de l'espérance de vie ne veut pas dire qu'il y aura forcément une augmentation des dépenses par habitant. De fait, cela pourrait aider à contenir les dépenses.

Le fait que les dépenses de santé augmentent de pair avec l'âge représente une préoccupation de taille. Comme l'illustre la figure 1, les dépenses de santé par habitant augmentent sensiblement une fois franchi le cap des 65 ans. On pourrait donc conclure que le total des dépenses de santé augmentera forcément avec l'accroissement de la proportion de la population ayant 65 ans ou plus. Toutefois, pour savoir si cette conclusion est appropriée, il faut déterminer ce qui cause l'augmentation des dépenses avec l'âge.

Explication du profil âge-dépenses

L'association évoquée entre l'augmentation de l'âge et l'augmentation des dépenses peut être expliquée de deux façons. La plus évidente, c'est que la santé tend à se détériorer au fur et à mesure que la personne vieillit. Par conséquent, les dépenses de santé consacrées à la personne augmentent. Une autre explication consiste à dire que les dépenses de santé tendent à être relativement peu importantes et réparties de manière égale jusqu'au moment où il reste une année ou deux à vivre, période durant laquelle les dépenses sont les plus élevées, quel que soit l'âge de la personne à son décès. Cette tendance cadre avec l'association âge-dépenses, car la proportion de personnes qui se trouvent à vivre la dernière année de leur vie augmente avec l'âge. Il est donc possible que l'augmentation des dépenses moyennes par personne soit attribuable au fait qu'une proportion plus grande de deux personnes âgées vivent les dernières années de leur vie, période durant laquelle les coûts sont élevés, et non pas au fait que les dépenses augmentent au fil de l'âge pour chaque personne. ►

Figure 1 : Dépenses de santé et taux de mortalité, 1981



Ces possibilités peuvent aussi s'exprimer autrement. Selon la première explication, les dépenses de santé prévues en rapport avec une personne tiennent compte, en bonne partie, du nombre d'années écoulées depuis sa naissance. Selon la deuxième, cela est lié au nombre d'années qu'il reste avant son décès. Les deux explications débouchent sur un profil âge-dépenses qui s'apparente qualitativement à ce qu'illustre la figure 1, mais les conséquences de chacune pour les coûts futurs des soins de santé peuvent être très différentes.

Si les dépenses de santé tiennent compte, en bonne partie, du nombre d'années écoulées depuis la naissance, on pourrait s'attendre à ce que l'espérance de vie accrue entraîne une hausse des dépenses de santé par habitant, étant donné que les années de vie « ajoutées » seraient des années où les dépenses de santé sont élevées. Si, toutefois, le profil âge-dépenses s'articule surtout autour du fait qu'une proportion croissante de personnes se trouvent à vivre les dernières années de leur vie, alors, au fil du temps, on pourrait s'attendre à un nivellement du profil âge-dépenses, étant donné que l'accroissement de l'espérance de vie reporte dans le temps les dernières années de vie, qui sont les plus coûteuses. Ce nivellement du lien entre l'âge et les dépenses de santé est qualifié de *compression des dépenses*.

Peut-on affirmer qu'il y a bel et bien compression des dépenses?

Un certain nombre d'études réalisées dans d'autres pays industrialisés portent à croire que les dépenses sont liées au nombre d'années qu'il reste avant le décès. Le plus souvent, les études en question concluent que le tiers environ du total des dépenses de santé s'effectuent durant la dernière année de vie de la personne.

Idéalement, les estimations statistiques se rapportant au Canada seraient fondées sur des données permettant d'établir des liens entre les dépenses de santé et l'âge d'un grand nombre de personnes jumelé au nombre d'années qu'il leur reste à vivre. En l'absence de telles données, toutefois, il faut procéder à une estimation indirecte du lien qui existe entre les dépenses et la proximité du décès. Une façon

de procéder consiste à étudier la relation qui existe entre les dépenses de santé par habitant et le taux de mortalité enregistré à chaque âge, étant donné que le taux de mortalité de la population à un âge donné équivaut à la fraction de personnes de cet âge qui en sont à leur dernière année de vie.

La figure 1 illustre (hommes et femmes confondus) le taux de mortalité des différents groupes d'âge enregistrés en 1980 ainsi que les dépenses de santé par habitant pour la même année. La relation étroite qui existe entre les deux donne à penser que le fait de vivre sa dernière année de vie a bel et bien une incidence sur les dépenses de santé.

Le modèle économétrique a permis de quantifier cet impact. En effet, le modèle a permis de demander dans quelle mesure la variation des coûts d'un groupe d'âge à l'autre durant une année donnée, pour chaque sexe, pourrait s'expliquer par la variation de la proportion de membres de ce groupe d'âge ou du sexe en question sont morts cette année-là. Cela a permis de distinguer les coûts attribuables aux personnes qui en étaient à leur dernière année de vie de ceux des autres. Les données relatives aux dépenses de Santé Canada pour la période de 1980 à 1997 ont ainsi fait l'objet d'une ventilation par groupe d'âge et par sexe.

Les résultats initiaux donnent à penser que le coût des soins de santé pour les personnes qui n'en sont pas à leur dernière année de vie augmente à l'âge de 65 ans, mais qu'il ne varie pas sensiblement à l'intérieur des groupes de 0 à 64 ans et de 65 ans ou plus. Pour cette raison, le modèle final permettait de démontrer que les coûts propres à l'âge ne varieraient qu'une fois atteint le cap des 65 ans.

Le tableau 1 présente une ventilation des dépenses par habitant en fonction de l'âge, selon que la personne en est, ou non, à sa dernière année de vie. Selon les résultats obtenus, les dépenses de santé moyennes se rapportant aux gens qui en sont à leur dernière année de vie sont de 50 à 100 fois supérieures à celles des autres.

L'interprétation de ces résultats exige toutefois une certaine circonspection. Comme nous l'avons déjà dit, en raison des limites inhérentes aux données, il n'a pas été possible de démontrer un lien *direct* entre les années qu'il reste à vivre et les dépenses de santé. Il est intéressant de remarquer, toutefois, que selon les résultats, le tiers environ des dépenses de santé au Canada se rapportent aux gens qui en sont à leur dernière année de vie, comme cela a été observé dans d'autres pays industrialisés. Cela rend ces résultats d'autant plus dignes de foi.

Conclusions

Selon les estimations présentées dans le cadre de notre étude, l'augmentation marquée des dépenses associées au vieillissement tient pour une bonne part aux dépenses de santé élevées occasionnées durant les dernières années de la vie d'une personne. Si ce phénomène se maintient, toute

Tableau 1 : Résultats

	Coûts propres à l'âge (si la personne n'en est pas à sa dernière année de vie)			Coûts du décès
	0-64	65+	Tous âges	
Hommes	362,01 \$	666,36 \$		29 180,80 \$
Femmes	428,92 \$	544,66 \$		50 956,34 \$

diminution future du taux de mortalité s'accompagnera d'une réduction des dépenses par habitant, car les gens vivront plus longtemps avant d'en arriver aux années où les coûts sont élevés. D'où l'idée que, malgré le caractère abrupt du profil âge-dépenses, le vieillissement de la population résultant de l'accroissement de l'espérance de vie n'exigera pas forcément une augmentation des dépenses de santé par habitant; au contraire, cela pourrait se révéler une force qui favorise la compression des dépenses en question. 🌱

Source : Les données relatives aux dépenses de santé proviennent de la Direction générale de la politique de la santé et des communications de Santé Canada. Les données relatives à la mortalité proviennent de Statistique Canada. Santé Canada tient à remercier de leur coopération les registraires provinciaux et territoriaux de l'état civil, qui ont fourni les données relatives à la mortalité à Statistique Canada conformément aux ententes fédérales-provinciales applicables.

Qui fait quoi?

Les universités canadiennes mènent des recherches approfondies dans le domaine de la politique de vieillissement. Vous trouverez ci-dessous une description de quelques centres qui contribuent grandement à l'édification des connaissances nationales sur le vieillissement, sur l'état de santé, sur les déterminants de la santé et sur l'utilisation des services de santé.

Centre on Aging, Université de Victoria — <http://www.coag.uvic.ca/>

Le Centre étudie divers sujets liés au vieillissement, dont l'activité physique, la prévention des chutes, les soins de santé et la politique sociale, les mesures officielles et officieuses de soutien, le vieillissement et l'ethnie, l'utilisation des services, les soins de longue durée, la neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique, les soins et les relations entre les générations, les maladies chroniques, le vieillissement des femmes, les pensions, le vieillissement et la santé mentale, les questions juridiques et la situation des personnes ayant une déficience cognitive.

Gerontology Research Centre, Université Simon Fraser — <http://www.harbour.sfu.ca/gero/>

Quelques-uns des champs d'étude du Centre portent sur le vieillissement et l'environnement bâti, sur la prévention de la victimisation et de l'exploitation des personnes âgées, sur la promotion de la santé, sur la santé de la population et le vieillissement, sur l'évolution des caractéristiques démographiques et des styles de vie, ainsi que sur l'éducation des adultes âgés.

The Health Policy Research Unit, Université de la Colombie-Britannique — <http://www.chspr.ubc.ca/>

Bien connu pour les études qu'il réalise sur l'âge et l'utilisation des services de santé, ce groupe explore également des questions comme les listes d'attente, les soins axés sur le patient, l'inégalité des revenus et la santé, et la médecine transfrontalière.

The Aging in Manitoba Longitudinal Study, Université du Manitoba — http://www.umanitoba.ca/academic/faculties/medicine/community_health_sciences/AIM/

Depuis 25 ans, l'étude démographique de longue durée dont il est question (Aging in Manitoba, Longitudinal Study) donne aux décideurs et à d'autres intervenants l'accès à une mine de renseignements sur les dimensions physiques, sociales et psychologiques du vieillissement en santé, les déterminants du vieillissement en santé, ainsi que le vieillissement et l'utilisation des services de santé.

Social and Economic Dimensions of an Aging Population, Université McMaster — <http://socserv.socsci.mcmaster.ca/~sedap/index.html>

Ce programme de recherche interdisciplinaire et multicentrique se penche sur des questions comme le vieillissement de la population et l'économie, le vieillissement et la santé, le vieillissement et la vie en famille, la retraite et la sécurité financière.

Étude sur le vieillissement et la santé au Canada, Faculté de médecine, Université d'Ottawa — <http://www.uottawa.ca/academic/med/epid/csha.html>

Ce programme de recherche interdisciplinaire et multicentrique, dont les travaux sont coordonnés par l'Université d'Ottawa, examine les aspects épidémiologiques et cliniques de la démence et de la déficience cognitive, du vieillissement en santé, de la fragilité et de l'aide informelle.

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal — <http://www.gris.umontreal.ca/>

Le vieillissement s'inscrit dans les principaux axes de recherche du Groupe portant sur le financement du système de santé, l'organisation, la prestation et la qualité des soins, la pratique professionnelle et les soins primaires.

Soumis par : Louise A. Plouffe et Simone Powell, Division du vieillissement et des aînés, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada.

Projets sur les aînés et le vieillissement financés grâce au PNRDS

Voici quelques exemples de projets récents sur les aînés et le vieillissement qui ont obtenu des fonds dans le cadre du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS). Pour de plus amples renseignements sur ceux-ci et sur les autres projets financés, veuillez consulter l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/nhrdp/>

Projet	Organisme
<p><i>Prescription and Non-prescription Drug Use Among Six Nations Community Elderly</i> Bourses aux chercheurs en milieu communautaire PRAA*/SCA** Numéro du projet : 6606-5566-603</p>	<p>Professeur Bryan Embree Grand River Polytechnic Hagersville (Ontario)</p>
<p><i>Vieillir dans la communauté : santé et autonomie</i> Numéro du projet : 6605-4570-602</p>	<p>D^r François Béland Université de Montréal</p>
<p><i>Does Health Care Support Independence or Threaten It: A Population Based, Person Specific Analysis of Patterns of Use by Seniors</i> Numéro du projet : 6610-2117-602</p>	<p>D^r Robert G. Evans Université de la Colombie-Britannique</p>
<p><i>Determinants of Seniors' Independence: Availability, Accessibility, Barriers and Utilization</i> Numéro du projet : 6606-5491-602</p>	<p>D^r Mark W. Rosenberg Université Queen's</p>
<p><i>Evaluating Programs of Innovative Continuing Care</i> Numéro du projet : 6609-1915-602</p>	<p>D^r Norah Keating Université de l'Alberta</p>
<p><i>Seniors' Independence Through Self-care, Self-help and Mutual Aid: A Collaborative Multi-method Research Program on Community Approaches</i> Numéro du projet : 6610-2122-602</p>	<p>D^r Lawrence W. Green Université de la Colombie-Britannique</p>
<p><i>Self-Help/Mutual Aid for Seniors and their Family Caregivers</i> Numéro du projet : 6603-1464-602</p>	<p>D^r Miriam Stewart Université Dalhousie</p>
<p><i>A Comparison of Western and Traditional Chinese Medicines Use Among the Elderly by Culture</i> Bourses pour chercheurs en milieu communautaire PRAA*/SCA** Numéro du projet : 6606-5560-603</p>	<p>M^{me} Erin Yuet Tjam Université de Waterloo</p>
<p><i>Une meilleure organisation de services pour une plus grande autonomie des aîné(e)s</i> Bourses pour chercheurs en milieu communautaire PRAA*/SCA** Numéro du projet : 6605-4636-603</p>	<p>M^{me} Michèle M.L. Paradis Centre de santé publique de Québec Beauport (Québec)</p>
<p><i>Culturally Sensitive Seniors' High Risk Screening Program</i> Bourses pour chercheurs en milieu communautaire PRAA*/SCA** Numéro du projet : 6606-5567-603</p>	<p>D^r Cornelia van Ineveld Hôpital St. Boniface Winnipeg (Manitoba)</p>

* Le Programme de recherche pour l'autonomie des aînés (PRAA) bénéficiait de la coordination de la Division des aînés et du vieillissement. Les contributions étaient administrées par le PNRDS.

** Stratégie canadienne antidrogue

Le saviez-vous? est une chronique qui a pour objet de dissiper les malentendus concernant les données et les recherches sur la santé.

L'espérance de vie n'est peut-être pas ce que vous pensez...

L'espérance de vie, l'un des indicateurs de santé d'une population les plus souvent cités, sert à comparer la santé globale de différents pays et à suivre les progrès d'un pays donné au fil du temps. Toutefois, ce que l'espérance de vie mesure exactement n'est pas très bien connu.

Souvent, par méprise, les gens croient que l'espérance de vie représente le nombre moyen d'années que sont censés vivre les gens nés au cours d'une année en particulier. En réalité, l'espérance de vie mesure quelque chose d'un peu différent. Plus précisément, il s'agit du nombre moyen d'années qu'un groupe hypothétique d'individus nés durant l'année de référence vivraient si les taux de mortalité observés pour chaque âge en rapport avec cette année-là devaient demeurer constants durant toutes les années subséquentes.

Par exemple, pour calculer l'espérance de vie des gens nés en 1926, on présume que le taux de mortalité à l'âge de 50 ans est le même que celui des gens de 50 ans qui sont morts en 1926. En réalité, les gens nés en 1926 ont le taux de mortalité enregistré en 1976 lorsqu'ils ont 50 ans.

Comme le taux de mortalité chute depuis un certain temps déjà, le calcul de l'espérance de vie pour une année donnée a pour effet de sous-estimer le nombre réel d'années que peuvent s'attendre à vivre les gens nés durant l'année en question. Par exemple, même si les Canadiens nés en 1940 pouvaient s'attendre à vivre jusqu'à l'âge de 70 ans en moyenne, ce n'est que vingt ans plus tard que la mesure formelle de l'espérance de vie pour le Canada a atteint ce niveau. Cela est illustré à la figure 1, qui présente l'espérance de vie au Canada de 1926 à 1996, par comparaison à une estimation de la moyenne de la durée de vie réelle.

La durée de vie moyenne est une bonne mesure intuitive, mais l'espérance de vie est un meilleur indicateur de la santé d'une population pour une année donnée, car elle

résume les taux de mortalité se rapportant à cette année-là seulement. C'est également une mesure plus objective, car elle ne se fonde pas sur des prédictions concernant les futurs taux de mortalité.

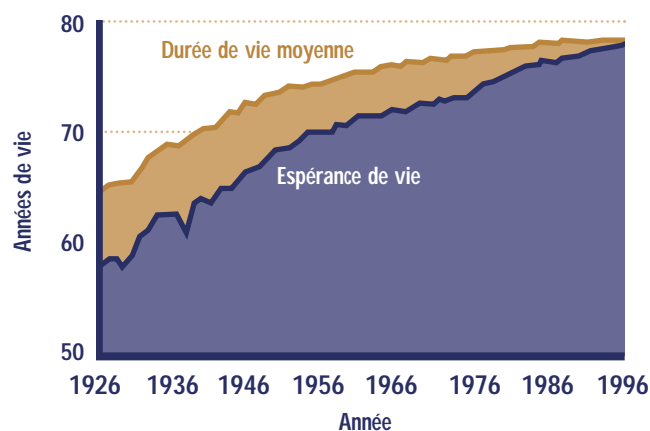
L'espérance de vie peut également se calculer à partir d'un âge autre que le moment de la naissance. Par exemple, l'espérance de vie à l'âge de 65 ans décrit le nombre moyen d'années supplémentaires que les gens âgés de 65 ans durant une année particulière vivraient si les taux de mortalité observés pour l'année en question devaient demeurer constants à l'avenir.

Cet exemple sert à illustrer une autre méprise courante concernant l'espérance de vie — l'idée selon laquelle une augmentation de l'espérance de vie s'accompagne d'une

augmentation équivalente du nombre d'années pendant lesquelles les gens peuvent s'attendre de vivre dans leur vieil âge. Par exemple, l'espérance de vie (calculée à partir de la naissance) a augmenté de vingt ans entre 1926 et 1996. Durant la même période, toutefois, l'espérance de vie à l'âge de 65 ans n'a augmenté que de quatre ans. Autrement dit, la plupart des gains enregistrés au chapitre de l'espérance de vie durant le dernier siècle sont attribuables à une augmen-

tation du nombre de personnes survivant jusqu'à l'âge de 65 ans, mais très peu à une augmentation du nombre d'années vécues après l'âge de 65 ans. 🍌

Figure 1 : **Espérance de vie et durée de vie**



Article proposé par Jeremy Lise, anciennement de la Direction de la recherche appliquée de l'analyse de Santé Canada, et maintenant économiste à la Division des études économiques et de l'analyse de la politique au ministère des Finances du Canada. Les chiffres démographiques sont tirés des estimations démographiques de Statistique Canada. Les projections démographiques se fondent sur les estimations démographiques de Statistique Canada et sur des hypothèses « moyennes » en ce qui concerne la fécondité et la mortalité. Les données relatives à la mortalité proviennent de Statistique Canada. Santé Canada tient à remercier de leur coopération les registraires provinciaux et territoriaux de l'état civil, qui ont fourni les données relatives à la mortalité à Statistique Canada, dans le cadre des ententes fédérales-provinciales applicables.

L'utilisation des données relatives à la santé au Canada est une chronique du Bulletin de recherche sur les politiques de santé qui met en évidence certaines des méthodes employées couramment pour analyser les données relatives à la santé.

Évolution des états chroniques

Au cours des vingt dernières années au Canada, la prévalence de certains états chroniques a augmenté. Dans certains cas, l'augmentation s'est révélée importante. Par exemple, la proportion de Canadiens souffrant d'hypertension a augmenté de 36 p. 100, de diabète de 75 p. 100 et d'un cancer de 200 p. 100. Même les maladies coronariennes, secteur où la médecine est censée avoir fait des progrès importants, a connu une légère augmentation au cours des vingt dernières années.

Comment expliquer ces données? De prime abord, il est tentant de conclure que les Canadiens sont de moins en moins en santé. Toutefois, il importe d'envisager plusieurs autres facteurs qui pourraient entrer en ligne de compte, avant de tirer une telle conclusion. Nous allons exposer ici trois facteurs « atténuants ».

Une population vieillissante

La plupart des états chroniques sont nettement plus prévalents chez les personnes âgées que chez les jeunes. Par ailleurs, comme la population canadienne vieillit (voir l'article intitulé « Le vieillissement et les tensions financières qui s'exercent sur le système de santé » à la p. 5), la proportion de la population faisant partie de ces groupes à risque élevé est à la hausse. Par conséquent, on s'attendrait à voir une augmentation globale de la proportion des Canadiens ayant des états chroniques liés à l'âge, du simple fait que la composition de la population selon l'âge change.

Les chercheurs s'attaquent souvent à ce problème en « rajustant » les données selon l'âge. Par exemple, ils peuvent poser la question suivante : « Si la répartition selon l'âge de la population n'avait pas changé entre 1978 et 1998, comment aurait évolué la prévalence de l'état chronique dont il est question durant la période visée? »

Le rajustement des données selon l'âge peut servir à expliquer, pour une grande part, l'accroissement des états chroniques parmi les Canadiens. Par exemple, comme l'illustre la figure 1, les données rajustées selon l'âge dans le cas des maladies coronariennes laissent voir une réduction enregistrée au cours des vingt dernières années, par rapport aux chiffres non ajustés, qui témoignent d'une légère augmentation.

Vivre avec la maladie

Comme l'affirmait l'humoriste George Burns, « être vieux, ce n'est pas toujours un cadeau ... mais c'est nettement mieux que l'autre option »! Cette façon de voir résume bien une autre raison pour laquelle les données laissant voir une augmentation des états chroniques peuvent porter à confusion : si les progrès médicaux permettent aux gens de vivre dans un état chronique plutôt que d'en mourir, l'amélioration de leur santé se retrouvera dans la prévalence accrue qu'expriment les données.

Cet « effet de survie » explique presque certainement pourquoi, par exemple, la proportion de Canadiens ayant le cancer a connu une augmentation si marquée, malgré les progrès importants réalisés dans le traitement d'une panoplie de cancers.

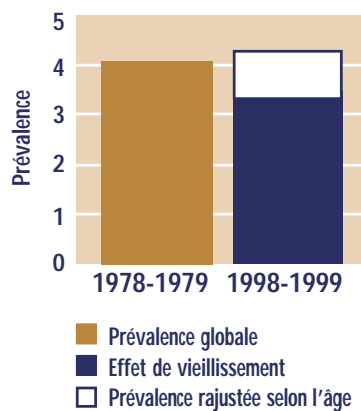
Comment jauger l'effet de survie? Une façon consiste à examiner toute évolution du nombre d'années qu'une personne est censée vivre sans souffrir d'un état chronique (ce que l'on appelle parfois l'espérance de vie rajustée en fonction de la santé). Au moment de faire ce calcul, il est devenu évident que des progrès avaient été réalisés

entre 1978 et 1998 en ce qui concernait presque tous les états chroniques, y compris le diabète et le cancer.

Pour un meilleur diagnostic

Une autre raison pour laquelle il faut interpréter avec prudence l'augmentation de la prévalence des états chroniques, c'est que les données reflètent peut-être simplement les taux accrus de diagnostic. C'est-à-dire que toute augmentation observée de la prévalence ne veut pas forcément dire que les gens qui souffrent de l'état en question sont plus nombreux, mais simplement que les gens se font dire qu'ils souffrent de telle ou telle affection. Le diabète est l'un des états où l'augmentation de la prévalence est due, au moins en partie, au résultat de diagnostics améliorés. 🌀

Figure 1 : Prévalence ajustée et non ajustée des maladies coronariennes au Canada



Article préparé par Sarah Hogan, économiste à la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse de Santé Canada. Les chiffres démographiques proviennent des estimations démographiques de Statistique Canada. Les données relatives à la morbidité sont tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population (1998-1999) et de l'Enquête santé Canada (1978-1979).

Pour en savoir plus sur les initiatives, les manifestations et les publications décrites ci-dessous, veuillez consulter les sites Web désignés.

Un nouveau programme de recherche sur la politique à Santé Canada

Santé Canada s'affaire à améliorer sa capacité de financer les recherches extra-muros en matière de politiques grâce à son nouveau Programme de recherche sur la politique en matière de santé relève de la Division de la gestion et de la diffusion de la recherche (DGDR), à la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse. Une fois établies les priorités de financement du programme, le premier appel de propositions sera lancé et affiché sur le site Web de la DGDR à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/nhrdp/>

À compter du 1^{er} avril 2001, les programmes administrés dans le cadre du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) seront transférés aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Les IRSC devront intégrer les projets du Conseil de recherches médicales du Canada (CRM) et du PNRDS de façon à devenir les premiers responsables de la recherche en santé au Canada. Au fil des ans, le PNRDS a grandement contribué au domaine de la recherche appliquée au Canada.

Une publication internationale sur la promotion de la santé

Les résultats d'une étude novatrice sur la promotion de la santé sont maintenant accessibles sous forme d'un rapport en deux parties intitulé *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe*. L'étude, entreprise par l'International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), dresse le bilan des programmes de promotion de la santé au cours des vingt dernières années. La première partie consiste en un sommaire qui présente les informations pertinentes et recommande des mesures à prendre. La seconde partie décrit plus en détail les conclusions de l'étude et comprend un historique de cas canadien.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le site Web de l'IUHPE à l'adresse suivante : <http://www.iuhpe.org>

Communication du SEDAP sur le vieillissement et les soins de santé

Les responsables du programme SEDAP (Program for Research on Social and Economic Dimensions of an Aging Population) ont publié récemment un rapport intitulé

Effects of Population Aging on the Canadian Health Care System. À partir des éléments d'information contenus dans la documentation canadienne et internationale, le D^r Mark W. Rosenberg de l'Université Queen's signe un rapport qui évalue les liens entre le vieillissement de la population et les coûts futurs des soins de santé.

Le rapport commandé par Santé Canada est disponible en ligne à : <http://www.socserv2.mcmaster.ca/~sedap/>. Voir le mémoire de recherche n^o 14.


Rapport européen sur le vieillissement

L'état de la recherche sur le vieillissement a fait l'objet d'une étude récente de la part du comité consultatif ad hoc de coordination des politiques de développement de la recherche et de la technologie de la Commission européenne. L'étude a été conçue pour favoriser la sensibilisation aux initiatives européennes en recherche sur le vieillissement, ainsi que pour renforcer la collaboration entre les scientifiques, les chercheurs et les décideurs.

Un rapport sommaire traite du processus de vieillissement, de la santé et de la qualité de vie des personnes âgées. Le rapport expose également des résultats de recherche se rapportant au vieillissement des individus et au vieillissement des populations, en se rapportant à une panoplie de disciplines.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter : <http://www.europa.eu.int/comm/research/bio-med/ageing-book.pdf>.

Banque de données sur les politiques et les programmes touchant les aînés (BDPPA)

Les chercheurs et les décideurs ont maintenant accès à une banque de données globales sur les politiques et les programmes gouvernementaux touchant les aînés. Fruit de la collaboration des autorités fédérales, provinciales et territoriales, la BDPPA permet aux utilisateurs de chercher des renseignements sur les politiques et les programmes par instance, par mot clé ou par secteur. Par exemple, la recherche du mot clé « logement » produit une liste de politiques et de programmes nationaux et provinciaux, accompagnée d'une brève description, et fait surgir des liens vers les organismes responsables. Consultez la banque de données à : <http://www.sppd.gc.ca> 



Rapport de l'OMS sur le vieillissement

Bien des gens ne savent pas que ce sont les pays en développement qui abritent la majeure partie de la population vieillissante du monde. Par ailleurs, leur nombre est appelé à augmenter à un rythme beaucoup plus rapide que dans les pays industrialisés. À l'approche de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, prévue pour 2002,



les décideurs du monde entier s'affairent à trouver une façon de soutenir un vieillissement actif et en santé à l'échelle mondiale et nationale. Avec le concours de Santé Canada, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est à préparer une monographie et un livret sur le vieillissement actif à l'intention des décideurs. Pour se renseigner sur l'accessibilité des documents en question, consulter le site Web à l'adresse suivante : <http://www.who.int/ageing>.



Faites une croix sur votre calendrier

Quoi	Où	Thème
Deuxième conférence scientifique — Raisons d'espérer 2001 : nouveaux développements en recherche sur le cancer du sein	Du 3 au 5 mai 2001 Québec (Québec) http://www.breast.cancer.ca	Nouveaux développements en recherche sur le cancer du sein
Health, Economics and the Future: The 9th Canadian Conference on Health Economics	Du 23 au 26 mai 2001 Toronto (Ontario) http://www.healtheconomics.org/cher/conference.html	Mise en valeur des recherches effectuées au Canada et à l'étranger dans le domaine de l'économie de la santé et des services de santé
XVII ^e conférence mondiale sur la gérontologie	Du 1 ^{er} au 6 juillet 2001 Vancouver (Colombie-Britannique) http://www.harbour.sfu.ca/iag	Collaborer dans un monde en évolution — relever les défis que pose le vieillissement des individus et de la population au XXI ^e siècle
XVII ^e conférence mondiale sur la promotion de la santé et l'éducation en santé	Du 15 au 20 juillet 2001 Paris (France) iuhpemcl@worldnet.fr	Information, investissement, représentation et éthique
IIIrd International Conference of the Health Economics Association	Du 22 au 25 juillet 2001 York (Royaume-Uni) http://www.ihea2001york.org.uk	L'économie de la santé : au-delà du cadre actuel
First International Conference on the Impact of Environmental Factors on Health	Du 10 au 12 septembre 2001 Cardiff, Pays de Galles (Royaume-Uni) http://www.wessex.ac.uk/conferences/	Les rapports complexes entre les risques pour l'environnement et la santé; et les facteurs liés à la situation sociale, au travail et au mode de vie
IV ^e conférence internationale sur les priorités en santé	Du 19 au 22 septembre 2002 Oslo (Norvège) http://www.healthpriorities.net/4thedition.htm	Établissement de priorités : succès et échecs; approches nationales; rôle des médias dans l'établissement des priorités