

IFSD  
IFPD

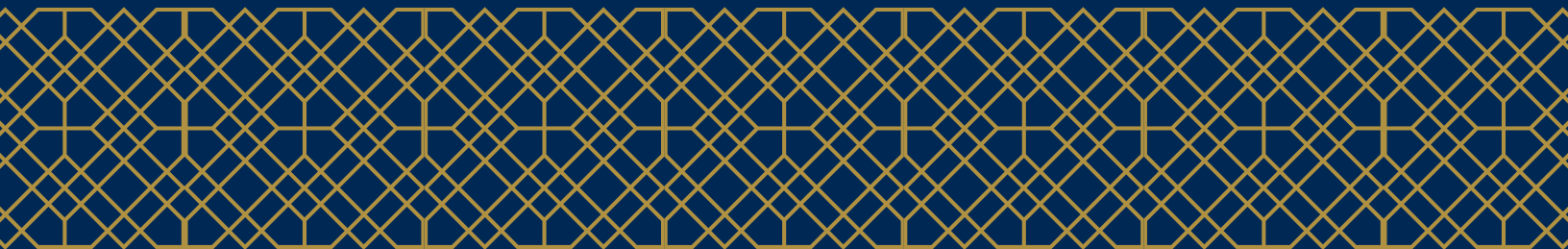


uOttawa

# Dynamique passée, présente et future

Les coûts des soins de santé au  
Québec

Printemps 2017



# Au sujet du présent document A

L'Institut des finances publiques et de la démocratie (IFPD) est un groupe de réflexion canadien à la croisée des études des finances publiques et des institutions étatiques.

Les écosystèmes financiers incluent les gouvernements, les organes législatifs, l'administration publique et les autres acteurs et institutions clés de notre vie politique et économique. Cet écosystème, enraciné à travers des siècles d'histoire politique et de développement économique, est composé d'un ensemble entremêlé de motivations, de renseignements publics et privés et d'un complexe, et quelquefois opaque, ensemble de règles et processus basés sur le droit constitutionnel, le droit législatif, les conventions et les luttes de pouvoir. Les acteurs à l'intérieur de ce système dépendent les uns des autres aussi bien que de la robustesse et de la transparence des renseignements et des processus, tous étayés par les normes de responsabilité d'une société. C'est à cette intersection dynamique de l'argent et des politiques que l'Institut des finances publiques et de la démocratie de l'université d'Ottawa aspire à rechercher, conseiller, engager et enseigner.

L'IFPD a été fondé par la province de l'Ontario pour entreprendre la recherche appliquée et l'engagement étudiant au carrefour des finances publiques et de l'administration publique, des politiques et de la politique publique. L'IFPD entreprend son travail au Canada au niveau de tous les paliers de gouvernement ainsi qu'à l'étranger, mettant à profit des partenariats et des relations clés avec des organisations telles que la Banque mondiale, l'OCDE, le FMI et la National Governors Association aux États-Unis.

Ce rapport a été préparé par Randall Bartlett, Économiste en chef à l'IFPD, et Dominique Lapointe, Analyste principal, sous la direction de Kevin Page. Ce rapport a été révisé et conçu par Jessica Rached, rassemblé par AN Design Communications et traduit par Philippe Viale. L'IFPD accepte la pleine responsabilité des erreurs qui auraient pu se glisser dans ce rapport.

Première impression : avril 2017  
No. 17009 - Québec



1 rue Stewart, suite 206  
Ottawa, ON K1N 6N5  
613-562-5800 x 5628

[ifsd.ca](http://ifsd.ca) | [info@ifsd.ca](mailto:info@ifsd.ca)

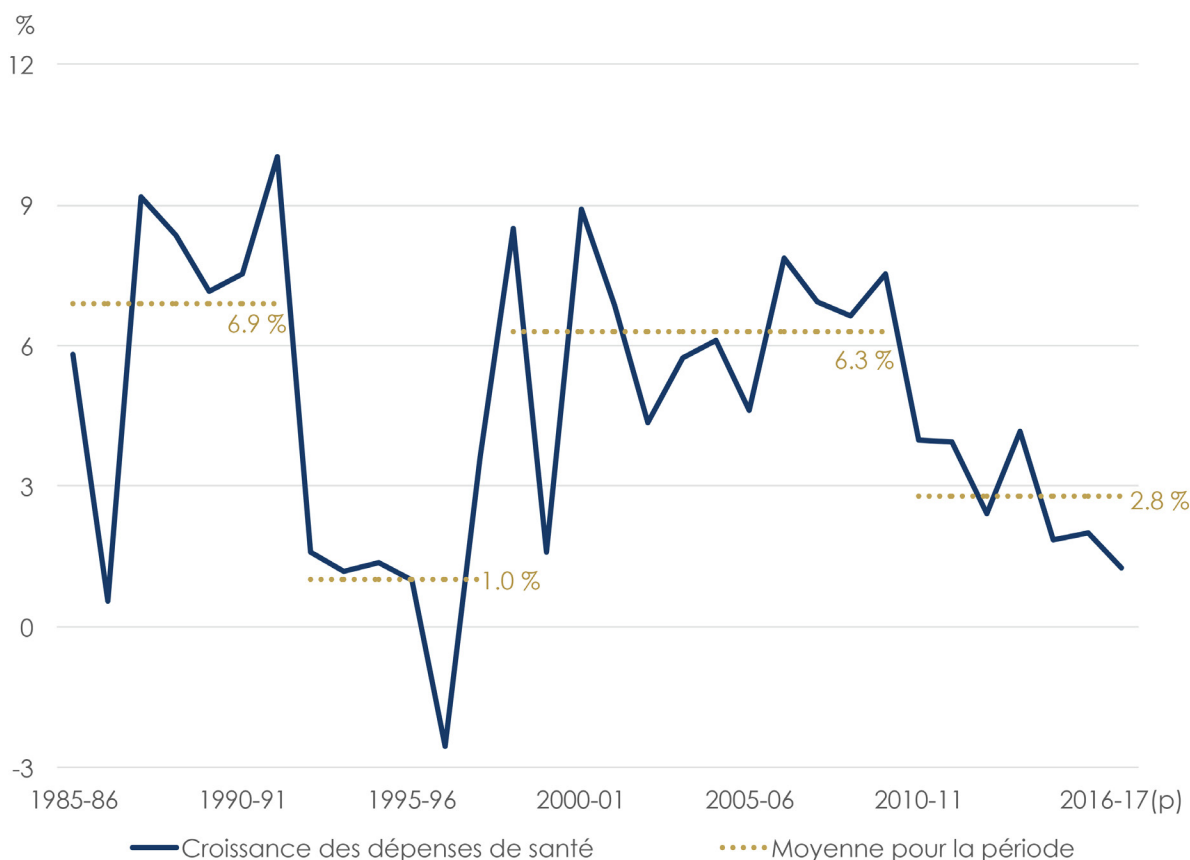
uOttawa

## Points clés

- Au cours des trente dernières années, les dépenses pour les soins de santé au Québec ont suivi une évolution similaire à celle observée à l'échelle nationale, liée à l'activité économique globale et aux fluctuations du financement fédéral. Plus généralement, au courant de cette période, les dépenses de santé au Québec sont tombées en-dessous des facteurs fondamentaux estimés des coûts des soins de santé (la croissance de la population, le vieillissement, la croissance du revenu réel et l'inflation), contribuant à faire du Québec la province où les coûts de soins de santé par habitant sont les plus bas au Canada. Cette tendance est appelée à se poursuivre dans les années à venir.
- Plus particulièrement, de 2010 à 2014, les dépenses de santé au niveau national ont ralenti par rapport à la décennie précédente. Pendant cette période, la croissance moyenne des dépenses dans les soins de santé au Québec s'est maintenue quelque peu en-dessous de la moyenne canadienne (3,3% contre 3,4% pour le Canada), soutenant les efforts de la province dans le rétablissement de l'équilibre budgétaire. Cette modération généralisée de la croissance des dépenses a été distribuée à travers le système de santé de façon similaire à celle observée à l'échelle nationale. Par contre, des différences notables entre la croissance des dépenses en santé au Québec et celle au Canada au courant de cette période se trouvent dans le secteur des professionnels de la santé (7,3 % contre 5,0 %, respectivement), le secteur des autres dépenses de santé (4,2 % contre 2,4 %), les dépenses d'immobilisations (5,6 % contre -1,3 %) et la santé publique (-0,1 % contre 5,3 %).
- En 2015, le Conseil de la fédération a appelé le gouvernement fédéral à s'engager à maintenir une participation de 25 % dans les dépenses provinciales en soins de santé (excluant les transferts dans le cadre du programme de péréquation). Afin de remplir cette demande, les provinces et territoires ont demandé au gouvernement fédéral de s'engager à augmenter le Transfert Canadien en matière de santé (TCS) de 5,2 % annuellement. Le gouvernement du Canada a plutôt décidé d'aller de l'avant avec une augmentation du TCS liée au rythme de la croissance du PIB nominal, avec un engagement supplémentaire de 11,5 milliards de dollars promis sur 10 ans destinés aux priorités fédérales dans le domaine de la santé, à savoir la santé mentale et les soins à domicile. Malheureusement, une bonne partie de ces montants a été allouée vers la fin du cadre financier quinquennal. Jusqu'à ce jour, toutes les provinces ont accepté cette offre, à l'exception du Manitoba.
- En raison de cet accord, mais aussi de la poursuite des restrictions budgétaires au niveau provincial et territorial, la part fédérale des dépenses en soins de santé au niveau national augmentera au courant des prochaines années. Cela est également vrai pour le Québec. Toutefois, à mesure que le vieillissement de la population et l'inflation feront monter les coûts sous-jacents (fondamentaux), l'Institut des finances publiques et de la démocratie (IFPD) prévoit un déclin progressif de la part fédérale des dépenses nationales en matière de santé. En effet, d'ici 2026, la part fédérale sera tombée en-dessous de son niveau actuel. De plus, dans un scénario où les restrictions budgétaires au niveau provincial et territorial s'amenuisent, la part fédérale tombera encore plus bas.
- **En résumé, alors que les fonds fédéraux additionnels alloués aux soins à domicile et en santé mentale fourniront un soutien modeste aux finances publiques provinciales, cet accord ne sera ni suffisant ni transformateur pour aider les provinces à répondre aux besoins grandissants en matière de santé de leurs citoyens. De plus, étant donné que la plupart des fonds additionnels promis par le gouvernement fédéral sont budgétés vers la fin du cadre financier quinquennal, la préoccupation que toute réforme du système de santé canadien ait été largement repoussée au-delà de l'élection de 2019 émerge.**

Dans sa récente publication, « [L'énigme du TCS : Étude de cas de l'Ontario](#) », l'IFPD a esquissé une approche pour examiner l'historique des dépenses en matière de santé au Canada et, du même souffle, faire une projection des coûts en matière de soins de santé pour les vingt prochaines années<sup>1</sup>. Résumant ici les résultats historiques pour le Québec, la croissance des dépenses de santé peut être divisée en quatre périodes distinctes : 1985–1991, 1992–1997, 1998–2009 et 2010–2016 (graphique 1). Dans le cas des périodes 1985–1991 et 1998–2009, la forte augmentation des dépenses correspond de manière générale à une croissance économique plus forte et à des transferts fédéraux plus élevés. L'inverse est aussi vrai dans le cas des périodes 1992–1997 et 2010–2016.

Graphique 1 : Croissance annuelle des dépenses de santé au Québec



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Institut des finances publiques et de la démocratie.

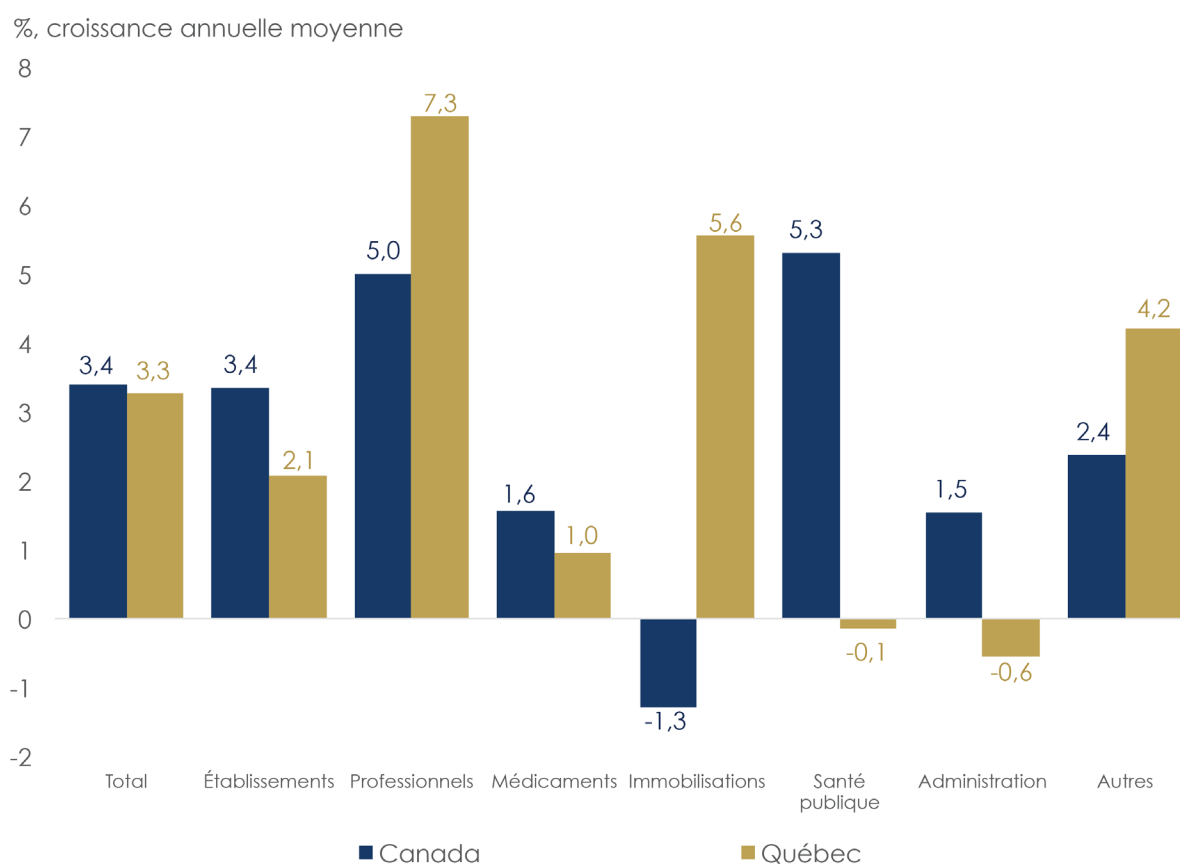
Notes : Présenté sous forme d'années fiscales et inclut les dépenses de santé publiques et privées.

L'évolution des dépenses depuis 1985 est également le produit de dynamiques sous-jacentes variées dans l'affectation de fonds pour la santé au Québec. Par exemple, la forte croissance des dépenses des années 80 était généralisée à travers tous les secteurs, avec la croissance moyenne du secteur des autres dépenses en santé (+34,2 %), les médicaments (+17,2 %) et les immobilisations (+8,6 %) en tête de liste. Puis, dans la période plus austère des années 90, la croissance a atteint une moyenne dérisoire de 1,0 % annuellement, alors que le secteur des autres dépenses en santé (-6,5 %), l'administration (-4,2 %) et la santé publique (-1,2 %) se sont contractées. Les autres postes de dépenses sont demeurés positifs à travers cette période, mais ont progressé à un rythme beaucoup plus lent qu'auparavant. Avançons jusqu'aux budgets fédéraux équilibrés et à la période de solide croissance économique de la fin des années 90 et du début des années 2000, les dépenses reprennent de nouveau. Cette fois, la progression est menée par les dépenses en immobilisations (+10,8 %), complémentée par des gains sur les dépenses en médicaments (+10,8 %) et en santé publique (+7,6 %).

<sup>1</sup> Voir « Le TCS et la Fédération : Dynamique passée, présente et future ».

Lorsque la récession de 2008–2009 a frappé, les revenus autonomes du Québec ont chuté. La faiblesse de l'activité économique pesant sur les revenus, le gouvernement provincial a décidé de réaliser des économies. De 2010 à 2014, la croissance annuelle moyenne des dépenses totales en soins de santé au Québec a été limitée à seulement 3,3 % (graphique 2)<sup>2</sup>. Beaucoup d'économies ont été réalisées par la réduction des dépenses en administration (-0,6 %) et en santé publique (-0,1 %), tout en contenant le rythme d'augmentation des dépenses en médicaments à 1,0 %. Toutefois, des augmentations significatives des dépenses pour les professionnels de la santé (+7,3 %), l'investissement en immobilisations (+5,6 %) et le secteur des autres dépenses de santé (+4,2 %) ont aussi caractérisé cette période, progressant à un rythme beaucoup plus rapide qu'à l'échelle nationale. Surtout, ces mesures de restriction ont eu lieu à un moment où le TCS, soit le financement du gouvernement fédéral alloué aux soins de santé, augmentait à un rythme annuel de 6 %. Par conséquent, la part du TCS dans les dépenses de santé du Québec a progressé pendant cette période.

**Graphique 2 : Croissance des dépenses de santé par affectation de fonds (2010 à 2014)**



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Institut des finances publiques et de la démocratie.

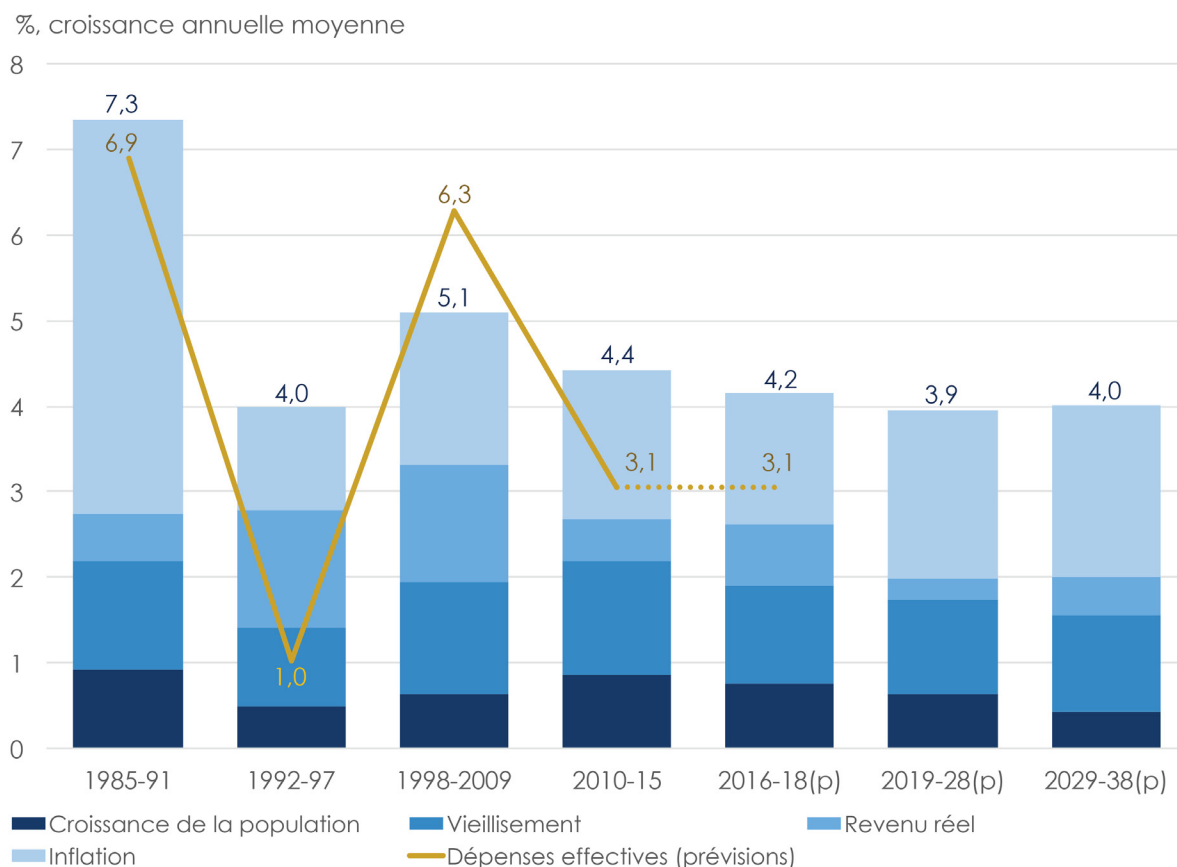
Notes : Les établissements de santé incluent les hôpitaux et les autres établissements. Les professionnels de santé incluent les médecins et autres professionnels. Les autres dépenses de santé incluent les soins à domicile, le transport médical (les ambulances) les prothèses auditives et autres appareils et prothèses ainsi que la recherche consacrée à la santé. Présenté sous forme d'année fiscale entre 2010–11 et 2014–15 et inclut les dépenses de santé publiques et privées.

Pour ce qui est des années à venir, la croissance annuelle prévue des dépenses de santé québécoises sera similaire à celle des six dernières années. Toutefois, les facteurs macroéconomiques affectant la croissance des coûts de soins de santé, définie comme croissance fondamentale, soit l'accroissement de la population, le vieillissement, l'augmentation du revenu réel et l'inflation, suggèrent que les coûts fondamentaux

<sup>2</sup> Pour le Québec, les données en santé par affectation de fonds de l'ICIS (Institut canadien d'information sur la santé) est disponible jusqu'à l'année financière 2014–2015. Les données agrégées sont disponibles jusqu'à l'année financière 2016–2017.

augmenteront à un rythme annuel moyen d'environ 4,2 % pour la période 2016–2018 (graphique 3)<sup>3</sup>. Ainsi, cet estimé de la pression sous-jacente (fondamentale) des coûts dépasse la croissance annuelle moyenne de 3,1 % des dépenses de santé prévue par le gouvernement du Québec jusqu'en 2018. Au-delà de 2018, on s'attend à ce que les coûts fondamentaux progressent à un rythme annuel d'environ 4 % pour les vingt prochaines années en raison du vieillissement de la population et de l'inflation (tableau 1).

**Graphique 3 : Croissance des dépenses de santé—effective et fondamentale**



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, ministère des Finances du Québec, Statistique Canada, Institut des finances publiques et de la démocratie.

Notes : Les estimés et prévisions de l'IFPD n'assument aucun enrichissement. Présenté sous forme d'années fiscales et inclut les dépenses de santé publiques et privées.

<b>Tableau 1 : Dépenses de santé effectives et fondamentales (Québec)</b>							
% annuelle moyenne	Effectives (budgétées)	Enrichissement*	Fondamentales	Croissance de la population	Vieillissement	Revenu réel	Inflation
<b>1985–1991</b>	<b>6,9</b>	<b>-0,4</b>	<b>7,3</b>	0,9	1,3	0,6	4,6
<b>1992–1997</b>	<b>1,0</b>	<b>-3,0</b>	<b>4,0</b>	0,5	0,9	1,4	1,2
<b>1998–2009</b>	<b>6,3</b>	<b>1,2</b>	<b>5,1</b>	0,6	1,3	1,4	1,8
<b>2010–2015</b>	<b>3,1</b>	<b>-1,3</b>	<b>4,4</b>	0,9	1,3	0,5	1,7
<b>2016–2018</b>	<b>3,1</b>	<b>-1,1</b>	<b>4,2</b>	0,8	1,2	0,7	1,5
<b>2019–2028</b>			<b>3,9</b>	0,6	1,1	0,3	1,9
<b>2029–2038</b>			<b>4,0</b>	0,4	1,1	0,5	2,0

Source : Institut canadien d'information sur la santé, ministère des Finances du Québec, Statistique Canada, Institut des finances publiques et de la démocratie.

Note : Pour la période 2016–2018, les prévisions de dépenses de santé, du PIB réel, et de l'inflation proviennent du Budget 2017 du gouvernement du Québec. La projection de la population provient du scénario M1 (moyenne) de Statistique Canada. Inclut les dépenses publiques et privées dans le secteur de la santé.

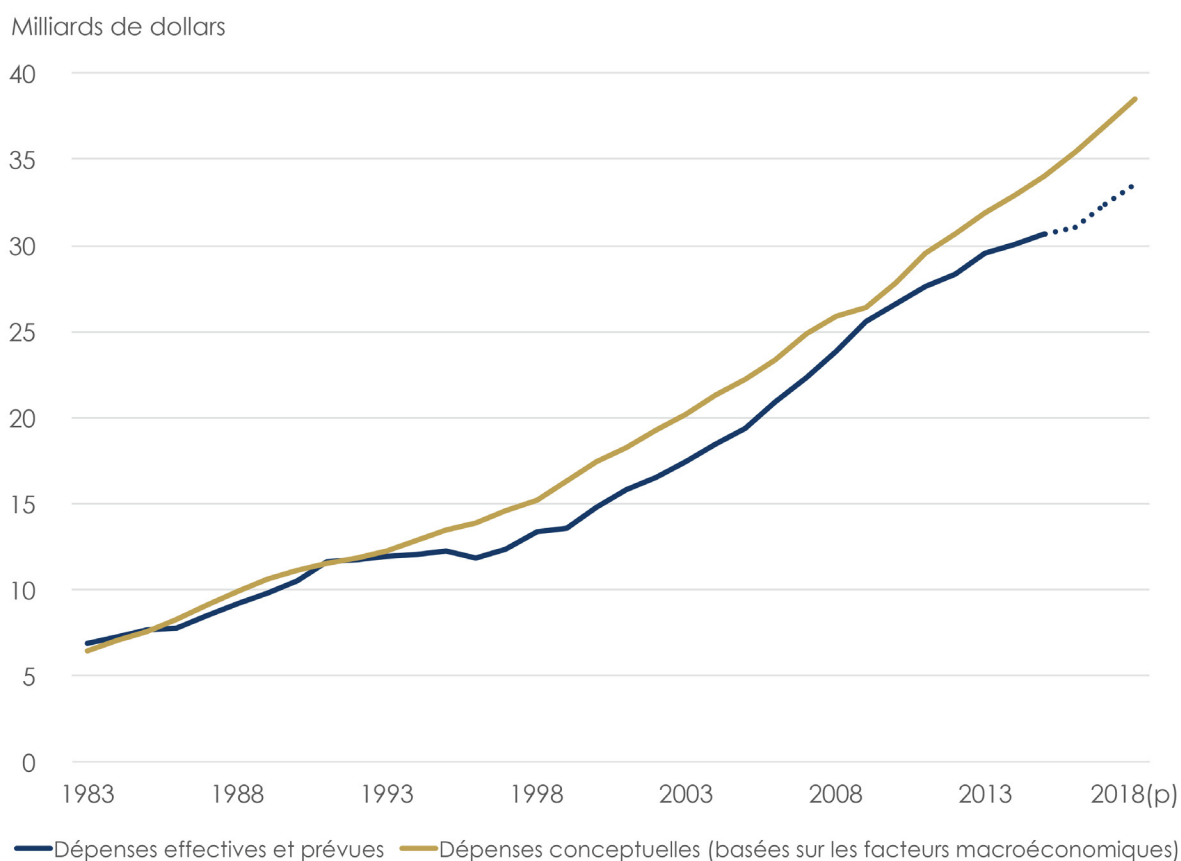
\*Enrichissement est défini comme la différence entre les dépenses effectives et fondamentales.

<sup>3</sup> Une élasticité des dépenses de santé au revenu réel de 0,8 a été utilisée dans cette analyse, basée sur les travaux récents du Bureau de la Responsabilité Financière de l'Ontario et de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE, 2013).

Par ailleurs, l'examen des coûts historiques réels et de ceux basés sur les fondamentaux macroéconomiques révèle des tendances clés (graphique 4). À partir du début des années 90, en raison des efforts du gouvernement du Québec pour rétablir l'équilibre budgétaire, les dépenses en santé effectives sont tombées en deçà du niveau fondamental estimé à partir des facteurs macroéconomiques. Par la suite (1998–2009), cet écart n'a jamais été comblé, bien qu'il soit resté approximativement constant. Depuis la dernière récession, ce déséquilibre s'est élargi une fois de plus, une tendance qui devrait perdurer dans les prochaines années. Cette situation contribue certainement au fait que le Québec a le plus bas taux de dépenses en santé per capita au Canada, d'après les chiffres de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Par contre, malgré que ses dépenses en santé soient en-dessous des fondamentaux et relativement faible per capita, une étude du [Conference Board du Canada](#) donne au Québec une note similaire pour l'état de santé de sa population aux provinces à coûts plus élevés telles que l'Ontario et l'Alberta (tableau 2). Cette conclusion est soutenue par une [vaste collection d'indicateurs de soins de santé](#) compilés par l'ICIS, suggérant que la restriction des dépenses de santé des dernières années n'a pas affecté de manière significative la performance relative du système de santé québécois comparativement aux autres provinces.

Graphique 4 : Dépenses de santé effectives et prévues versus coûts fondamentaux



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, ministère des Finances du Québec, Statistique Canada, Institut des finances publiques et de la démocratie.

Notes : Les estimés et prévisions de l'IFPD n'assument aucun enrichissement. L'estimé conceptuel est indexé au niveau des dépenses de 1981, tel qu'estimé par l'ICIS. Présenté sous forme d'années fiscales et inclut les dépenses de santé publiques et privées.

**Tableau 2 : Classement relatif des systèmes de soins de santé**

Classement	Bilan de santé (Conference Board)	Performance du système de santé (ICIS/IFPD) <sup>1</sup>	Dépenses par habitant (ICIS) <sup>2</sup>
1	Colombie-Britannique	Ontario	<b>Québec</b>
2	Ontario	<b>Québec</b>	Ontario
3	<b>Québec</b>	Nouveau-Brunswick	Colombie-Britannique
4	Île-du-Prince-Édouard	Île-du-Prince-Édouard	Nouveau-Brunswick
5	Alberta	Alberta	Nouvelle-Écosse
6	Nouveau-Brunswick	Colombie-Britannique	Île-du-Prince-Édouard
7	Nouvelle-Écosse	Terre-Neuve-et-Labrador	Saskatchewan
8	Manitoba	Manitoba	Manitoba
9	Saskatchewan	Nouvelle-Écosse	Alberta
10	Terre-Neuve-et-Labrador	Saskatchewan	Terre-Neuve-et-Labrador
11	Yukon	Yukon	Yukon
12	Territoires du Nord-Ouest	Nunavut	Territoires du Nord-Ouest
13	Nunavut	Territoires du Nord-Ouest	Nunavut

Sources: Le Conference Board du Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Institut des dépenses publiques et de la démocratie.

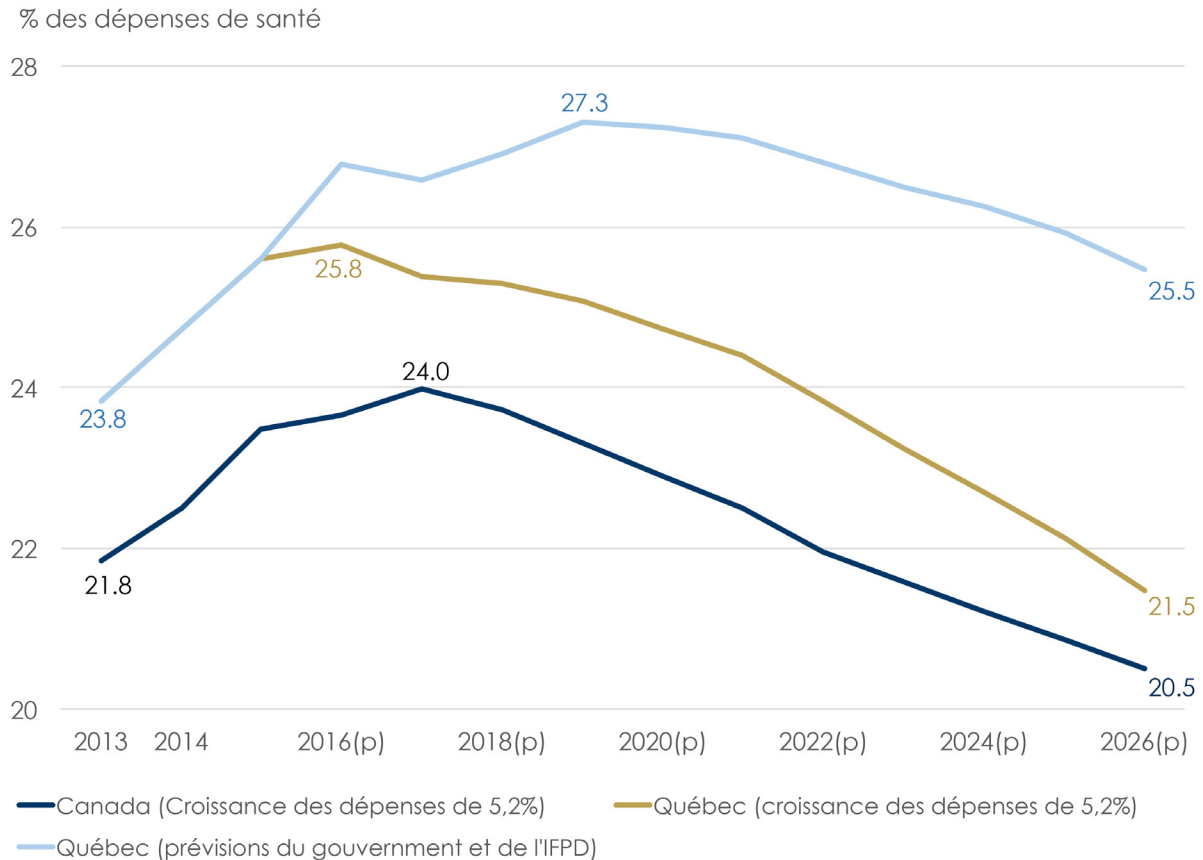
<sup>1</sup> Classement de la performance calculé par l'IFPD. Pour quinze indicateurs, une valeur est assignée à une performance supérieure à la moyenne (1), égale à la moyenne (0) et inférieure à la moyenne (-1). La somme des valeurs est ensuite classée.

<sup>2</sup> En ordre décroissant.

Cette analyse doit maintenant être placée dans le contexte des négociations récentes sur le financement des soins de santé entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux (P-T). Cette analyse démontre que le Québec gagnera à court terme, mais perdra sur le long terme du fait d'avoir signé l'offre de financement en santé proposée par le gouvernement fédéral (graphique 5). En décembre 2016, les gouvernements P-T étaient unanimes dans leur volonté de voir le TCS augmenté à un rythme annuel de 5,2 %, leur estimé du taux de croissance annuel moyen des coûts de soins de santé pour la prochaine décennie. Toutefois, la proposition du gouvernement fédéral, confirmée par la suite dans le Budget 2017, était d'augmenter les versements totaux (le TCS ainsi que de modestes nouvelles mesures supplémentaires) à un rythme annuel moyen de 3,6 %, bien en-dessous de celui désiré par les gouvernements P-T. De surcroît, tout nouveau montant au-delà de ce qui a été promis par le précédent gouvernement est concentré vers la fin du cadre financier quinquennal. Par conséquent, il se pourrait que la contribution du gouvernement fédéral aux dépenses de santé nationales diminue progressivement jusqu'à atteindre un peu plus de 20 % en 2026. Au Québec, étant donné le coût per capita relativement bas des dépenses de santé, le TCS y occupe une part plus importante qu'en moyenne dans les autres provinces. Toutefois, si les dépenses en santé du Québec devaient progresser annuellement de 5,2 %, la part fédérale suivrait un modèle similaire à celui observé à l'échelle nationale au cours de la prochaine décennie.



## Graphique 5 : Part du financement fédéral des dépenses en santé du Canada et du Québec



Source : Institut canadien d'information sur la santé, ministère des Finances du Québec, Ministère des Finances Canada, Statistique Canada, Institut des finances publiques et de la démocratie.

Note : Présenté sous forme d'années fiscales et inclut les dépenses publiques et privées dans le secteur de la santé.

Cela dit, l'histoire diffère lorsqu'on prend en compte les prévisions des dépenses en soins de santé officielles du gouvernement du Québec et les prévisions des coûts fondamentaux de l'IFPD basées sur les facteurs macroéconomiques à partir de 2019. Puisque la croissance du TCS devrait surpasser celle des dépenses effectives du Québec jusqu'en 2019, le financement fédéral assumera une part de plus en plus grande des dépenses en soins de santé pendant cette période (tableau 3). Ensuite, à partir de 2020, la part fédérale des dépenses de santé commencera à diminuer pour finalement atteindre, en 2026, un taux similaire à celui de 2015. Et si on présume que le TCS progressera au même rythme par la suite, la part fédérale des dépenses en soins de santé continuera probablement à diminuer.

**Tableau 3: Financement fédéral des soins de santé au Québec**

Milliards de dollars	Financement fédéral*	Transferts canadien en matière santé	Sommes supplémentaires	Reçus par la province	Dépenses de santés prévues	Part du financement fédéral (%)
2013	30.3	30.3		7.0	29.5	23.8%
2014	32.1	32.1		7.4	30.0	24.7%
2015	34.0	34.0		7.8	30.7	25.6%
2016	36.1	36.1	0.0	8.3	31.0	26.8%
2017	37.5	37.1	0.4	8.6	32.4	26.6%
2018	39.4	38.4	1.0	9.0	33.5	26.9%
2019	41.2	39.9	1.3	9.4	34.5	27.3%
2020	42.9	41.4	1.5	9.8	35.9	27.2%
2021	44.6	42.9	1.7	10.1	37.4	27.1%
2022	45.9	44.4	1.5	10.4	38.9	26.8%
2023	47.2	46.0	1.3	10.7	40.3	26.5%
2024	48.7	47.6	1.1	11.0	41.8	26.2%
2025	50.1	49.2	0.9	11.3	43.4	25.9%
2026	51.2	50.9	0.3	11.5	45.1	25.5%

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, ministère des Finances du Québec, ministère des Finances Canada, Statistique Canada, Institut des finances publiques et de la démocratie.

Notes : Pour la période 2016–2018, les prévisions de dépenses de santé, du PIB réel, et de l'inflation proviennent du Budget 2017 du gouvernement du Québec. Le financement fédéral prévu pour les années fiscale 2017–18 à 2021–22 provient du Budget 2017 du gouvernement du Canada. Inclut les dépenses publiques et privées dans le secteur de la santé.

\* Le financement fédéral inclut le TCS ainsi que les modestes sommes supplémentaires allouées dans le Budget 2017.

## Conclusion

Le système de soins de santé du Québec n'est pas étranger aux restrictions budgétaires. Au cours des 35 dernières années, la province est la seule au Canada où les dépenses effectives de santé ont constamment été en-dessous du niveau où elles auraient dû être selon les fondamentaux. Cette tendance est appelée à continuer si le gouvernement du Québec atteint ses cibles budgétaires. En dépit de ceci, la qualité et la disponibilité des services de santé au Québec apparaissent supérieures à celles des autres provinces. Ceci signifie également que le TCS occupera une part de plus en plus grande des dépenses en santé du Québec au cours des prochaines années. Mais cela ne perdurera pas étant donné que la croissance des coûts fondamentaux basés sur les facteurs macroéconomiques sera plus élevée que la croissance du TCS au-delà de 2019. Par conséquent, la contribution fédérale aux dépenses de santé chutera jusqu'en 2026, obligeant le Québec à porter une part disproportionnée des coûts de soins de santé. Le fait qu'une bonne partie du financement fédéral additionnel dédié à la santé mentale et aux soins à domicile soit concentrée vers la fin du cadre financier quinquennal, donc au-delà des élections générales de 2019, renforce cette tendance. Cela pousse l'IFPD à conclure que le gouvernement du Québec aurait dû refuser la récente offre du gouvernement fédéral sur le financement en santé afin de continuer de réclamer une meilleure entente.

