

LE PLAN  
ÉCONOMIQUE  
DU QUÉBEC

# FINANCEMENT DE LA SANTÉ



**Pour une  
juste part  
du financement  
fédéral  
en santé**





**NOTE**

La forme masculine utilisée dans le texte désigne aussi bien les femmes que les hommes. Elle n'est utilisée que pour alléger le texte.

**Budget 2017-2018**

**Financement de la santé – Pour une juste part du financement fédéral en santé**

**Dépôt légal – 28 mars 2017**

**Bibliothèque et Archives nationales du Québec**

**ISBN 978-2-550-78041-0 (Imprimé)**

**ISBN 978-2-550-78042-7 (PDF)**

**© Gouvernement du Québec, 2017**

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Bref historique de la contribution fédérale en santé</b> .....	<b>3</b>
1.1 D'un partage des dépenses en santé à un financement en bloc déterminé en fonction des revenus fédéraux.....	3
1.2 Des rapports qui ouvrent la voie à l'Accord sur la santé de 2004 .....	5
<b>2. L'Accord sur la santé de 2004</b> .....	<b>7</b>
2.1 Un réinvestissement fédéral important en santé .....	7
2.2 Une entente asymétrique pour le Québec .....	8
<b>3. Un financement fédéral réduit de façon importante</b> .....	<b>9</b>
3.1 Des pertes financières substantielles pour les provinces.....	9
3.2 Des perspectives défavorables pour les provinces et favorables pour le gouvernement fédéral .....	10
<b>4. Des pressions croissantes sur les dépenses en santé des provinces</b> .....	<b>11</b>
4.1 Une croissance annuelle des dépenses en santé de 5,2 % à long terme .....	11
4.2 Les impacts du vieillissement de la population vont s'accroître.....	14
<b>5. Une part inadéquate du financement fédéral en santé</b> .....	<b>17</b>
5.1 Pour une juste part du financement fédéral en santé.....	19
<b>Conclusion</b> .....	<b>21</b>



## Liste des graphiques

GRAPHIQUE 1	Part du financement fédéral dans les dépenses en santé des provinces, de 1977-1978 à 2016-2017 .....	4
GRAPHIQUE 2	Impact de la baisse de la croissance annuelle du Transfert canadien en matière de santé (TCS) de 6 % au PIB nominal canadien et plancher de 3 % .....	9
GRAPHIQUE 3	Solde budgétaire des provinces et du gouvernement fédéral .....	10
GRAPHIQUE 4	Ventilation moyenne de la croissance de 5,2 % des dépenses en santé des provinces et des territoires selon le Conference Board du Canada, de 2015 à 2035 .....	12
GRAPHIQUE 5	Part des personnes âgées de 65 ans et plus en proportion de l'ensemble de la population .....	14
GRAPHIQUE 6	Ratio des personnes en âge de travailler (de 15 à 64 ans) par rapport aux personnes âgées de 65 ans et plus .....	14
GRAPHIQUE 7	Part du financement fédéral dans les dépenses en santé des provinces, de 1977-1978 à 2026-2027 .....	17
GRAPHIQUE 8	Retour graduel du Transfert canadien en matière de santé représentant 25 % des dépenses en santé des provinces, de 2016-2017 à 2026-2027 .....	19



# INTRODUCTION

Malgré un contrôle rigoureux des dépenses en santé, les provinces font face à des pressions croissantes qui ne feront qu'augmenter en raison notamment du vieillissement de la population.

Au même moment, le gouvernement fédéral réduit son engagement dans le financement en santé : alors qu'il finançait 50 % des dépenses admissibles en santé des provinces avant 1977-1978, cette part est aujourd'hui inférieure à 25 % et ne cessera de diminuer dans les années à venir.

- Depuis 1977-1978, la contribution fédérale en santé est versée en bloc, c'est-à-dire sans lien avec les dépenses des provinces. Ainsi, le niveau des transferts fédéraux affectés à la santé est déterminé par le gouvernement fédéral en fonction de sa propre situation financière et de ses choix politiques, sans tenir compte des coûts associés aux services de santé, services qui sont d'ailleurs prescrits par la Loi canadienne sur la santé.
- Le financement fédéral accordé aux provinces est donc incohérent et insuffisant pour permettre aux provinces de remplir adéquatement leur obligation de fournir des services de santé.

Le gouvernement fédéral, qui avait promis en campagne électorale de convenir d'un nouvel accord en santé à long terme avec les provinces, a plutôt proposé de maintenir la décision du précédent gouvernement, et de l'assortir de fonds ciblés. Or, cette proposition ne permet pas d'assurer la viabilité à long terme des systèmes de santé des provinces.

Le Québec réitère donc au gouvernement fédéral d'assumer une part équitable des dépenses en santé des provinces, part représentant 25 % de celles-ci, et de concrétiser son intention de convenir, avec les provinces, d'un partenariat financier viable en santé à long terme qui sera avantageux pour l'ensemble de la population canadienne.



# 1. BREF HISTORIQUE DE LA CONTRIBUTION FÉDÉRALE EN SANTÉ

Historiquement, le gouvernement fédéral a toujours joué un rôle important dans le financement des services de santé offerts par les provinces, et son soutien financier a toujours été essentiel. Une brève revue de l'histoire de la contribution fédérale en santé permet de contextualiser la demande actuelle du Québec en cette matière.

Par ailleurs, un rappel des principales recommandations de certaines commissions mises en place au début des années 2000 permet également de constater que le financement des dépenses en santé est depuis longtemps un défi de taille et est au cœur des préoccupations des gouvernements depuis de nombreuses années.

## 1.1 D'un partage des dépenses en santé à un financement en bloc déterminé en fonction des revenus fédéraux

Bien que la prestation des soins de santé soit une compétence provinciale en vertu de la Constitution, le gouvernement fédéral a toujours été un partenaire important du financement en santé, et ce, depuis la création des premiers programmes en ce domaine, notamment lors de la mise en place de l'assurance hospitalisation en 1957 et de l'assurance maladie en 1966.

De la création de ces programmes jusqu'au milieu des années 1970, le gouvernement fédéral a partagé à parts égales avec les provinces leurs dépenses admissibles en santé.

En 1977-1978, le gouvernement fédéral a cédé des points d'impôt et a mis fin au partage des dépenses en santé en le remplaçant par un financement en bloc, soit un financement qui n'est plus lié au niveau des dépenses des provinces, mais à la croissance de l'économie. Ainsi, le Financement des programmes établis (FPE) a été créé. Celui-ci regroupait l'actuel Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le volet Éducation postsecondaire du Transfert canadien en matière de programmes sociaux.

— Bien que la mise en place du FPE ait donné une marge de manœuvre plus grande aux provinces en leur permettant d'occuper l'espace fiscal libéré et qu'il ait diminué de façon importante la bureaucratie, ce changement a également impliqué une diminution de moitié du financement fédéral, ce financement représentant dorénavant 25 % des dépenses en santé des provinces.

Depuis le milieu des années 1970, le financement fédéral en santé n'a donc plus de lien direct avec le niveau des dépenses en santé des provinces.

— Peu importe les hausses de coûts auxquelles les provinces doivent faire face pour fournir les soins prescrits par la Loi canadienne sur la santé, les transferts fédéraux affectés à la santé peuvent en faire fi. Ils sont dorénavant déterminés par le gouvernement fédéral en fonction de sa propre situation financière et de ses choix politiques, ce qui lui garantit un contrôle sur le niveau de ses dépenses et a pour effet de faciliter toute diminution de son financement.

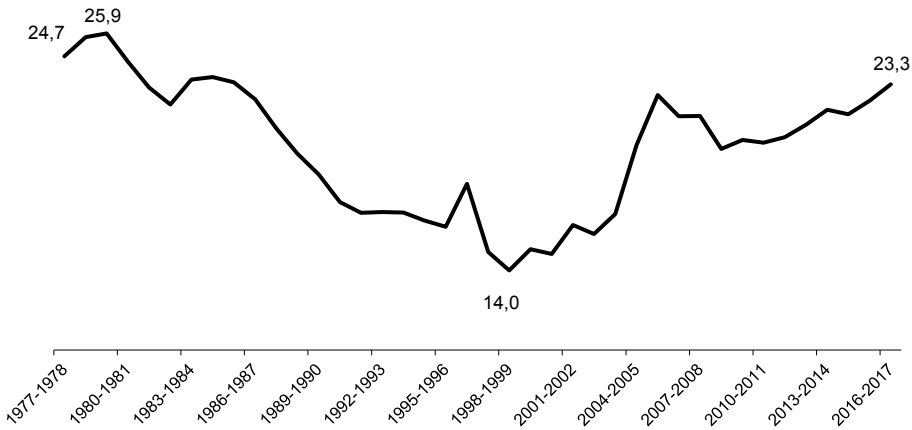
Ainsi, à compter des années 1980, la part du financement fédéral, qui représentait 25 % des dépenses en santé des provinces, a chuté de façon importante, pour atteindre un creux historique de 14,0 % en 1998-1999.

— Ce creux historique découlait essentiellement d'une diminution du tiers des transferts pour la santé entre 1995-1996 et 1998-1999, afin que le gouvernement fédéral équilibre son budget. Le gouvernement fédéral a effectué un processus d'assainissement de ses finances publiques aux dépens des provinces, ce qu'il a admis en ces termes :

Au milieu des années 1990, les déficits et les niveaux d'endettement de plus en plus importants, surtout dans le cas du gouvernement fédéral, ont mené à des mesures de restriction financière qui se sont traduites par des compressions appréciables dans plusieurs domaines de dépenses fédérales, dont les transferts aux provinces et aux territoires<sup>1</sup>.

GRAPHIQUE 1

**Part du financement fédéral dans les dépenses en santé des provinces, de 1977-1978 à 2016-2017**  
(en pourcentage)



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Conference Board du Canada, ministère des Finances du Canada et ministère des Finances du Québec.

Bien qu'avec l'Accord sur la santé de 2004, la part du financement fédéral dans les dépenses des provinces ait connu un rattrapage, elle n'atteint toujours pas la part recherchée de 25 % qui avait cours lors de la création du FPE en 1977-1978.

Dans les années qui ont suivi la diminution marquée du financement fédéral en santé, plusieurs commissions ont étudié les réformes à mettre en place afin d'assurer la viabilité des systèmes de santé.

<sup>1</sup> MINISTÈRE DES FINANCES DU CANADA, *Le budget de 2006 – Rétablir l'équilibre fiscal au Canada : Cibler les priorités*, p. 91.

- Plusieurs commissions ont notamment recommandé un réinvestissement important du gouvernement fédéral en santé.
- Malgré ces recommandations répétées, il y a lieu de constater que la demande d'un réinvestissement fédéral adéquat en santé est toujours d'actualité.

## 1.2 Des rapports qui ouvrent la voie à l'Accord sur la santé de 2004

Le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux au Québec, présidée par Michel Clair en 2000, ainsi que celui de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, présidée par Roy J. Romanow en 2002, ont conclu, comme plusieurs autres rapports portant sur la santé à l'époque, à la nécessité d'augmenter la contribution financière fédérale en santé au bénéfice des provinces. À ce sujet, le rapport Clair publiait notamment ce qui suit :

La Commission considère cependant que ces fonds sont à la fois trop ponctuels et trop minces par rapport aux besoins du Québec et c'est sans doute le cas de toutes les provinces. Le gouvernement du Québec devrait proposer au gouvernement fédéral de consacrer des ressources au moins cinq à six fois plus élevées, réparties sur une période de cinq à six ans, aux trois priorités suivantes. Le renouvellement des équipements médicaux, l'implantation des technologies de l'information et l'adaptation des services sociaux et de santé de 1<sup>re</sup> ligne sont essentiels pour supporter la transition de notre système vers une performance beaucoup plus satisfaisante. Ces besoins, perceptibles partout au Canada, nécessiteront des investissements équivalant à des dizaines de milliards de dollars au cours des cinq ou six prochaines années. Le gouvernement du Canada, à défaut de redresser ses transferts en espèces sur la base du programme de 1994-1995 et indexés en fonction de la croissance des besoins, a certainement la responsabilité de financer au moins les coûts de transition<sup>2</sup>.

### Principales recommandations du rapport Romanow

La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a publié, en 2002, un rapport (« rapport Romanow ») qui proposait 47 recommandations visant à assurer la viabilité à long terme des systèmes de santé du Canada, dont :

- fournir un financement adéquat, en portant au minimum à 25 % la contribution fédérale en espèces dans les dépenses en santé des provinces d'ici 2005-2006;
- établir un financement stable et prévisible à long terme, en constituant un transfert consacré à la santé, soit le Transfert canadien en matière de santé;
- mettre en place un facteur de croissance fixé à l'avance, qui reposerait sur une prévision des dépenses effectuée par un organisme indépendant.

<sup>2</sup> COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC, *Les solutions émergentes*, [Rapport], décembre 2000, dans Publications, sur le site MSSS, [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca), p. 158-159.

Dans son rapport d'août 2004<sup>3</sup> pour le compte du gouvernement fédéral, le Conference Board du Canada (CBdC) prévoyait alors un facteur de croissance annuelle moyen de 4,9 % des dépenses en santé des provinces de 2003-2004 à 2014-2015.

— Il est pertinent de souligner qu'au cours de cette période, les dépenses en santé des provinces, selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), ont crû de 5,3 % en moyenne par année, soit une croissance légèrement supérieure à celle prévue par le CBdC.

### Principes de la Loi canadienne sur la santé

En vertu de la Loi canadienne sur la santé, mise en place en 1984, les provinces sont tenues de respecter cinq principes dans le cadre de leur régime public d'assurance-santé pour avoir droit à la totalité des contributions fédérales versées par le biais du Transfert canadien en matière de santé.

- **Accessibilité** : Les personnes assurées doivent avoir un accès raisonnable et uniforme aux services de santé assurés et ne doivent se heurter à aucun obstacle financier ou autre.
- **Gestion publique** : Chaque régime provincial d'assurance-santé doit être géré par une autorité publique à but non lucratif qui doit rendre compte de ses opérations financières devant le gouvernement provincial.
- **Intégralité** : Le régime d'assurance-santé d'une province doit couvrir tous les services médicalement nécessaires, soit les soins hospitaliers, les services médicaux et les interventions de chirurgie dentaire qui ne peuvent être pratiquées que dans un hôpital.
- **Transférabilité** : Les provinces sont tenues de couvrir les services de santé assurés qui sont fournis à leurs citoyens lorsque ceux-ci s'absentent temporairement de leur province de résidence ou du Canada.
- **Universalité** : Tous les résidents de la province doivent avoir accès à l'assurance-santé publique et aux services assurés, et ce, selon des modalités uniformes.

Depuis plus de trente ans, les provinces sont confrontées à un contexte démographique qui a grandement évolué, avec notamment l'accélération du vieillissement de la population, des changements d'ordre technologique et dans les modes de dispensation des soins. Or, les provinces ne disposent que de peu de marge de manœuvre pour innover quant au financement de leurs dépenses en santé.

<sup>3</sup> CONFERENCE BOARD DU CANADA, *Fiscal Prospects for the Federal and Provincial/Territorial Governments*, août 2004, dans E-library, sur le site *Conference Board*, [www.conferenceboard.ca](http://www.conferenceboard.ca).

## 2. L'ACCORD SUR LA SANTÉ DE 2004

Les rapports produits par les commissions et les projections des dépenses en santé ont mis la table pour des négociations entre le gouvernement fédéral et les provinces, menant à l'Accord sur la santé de 2004 et à l'entente asymétrique du Québec.

- Pour faire suite au rapport Romanow, le gouvernement fédéral a négocié avec les provinces un accord en santé à long terme. Cet accord a permis de rétablir graduellement, sur une période de dix ans, un apport financier fédéral en santé plus adéquat pour soutenir la viabilité des systèmes de santé au Canada.

### 2.1 Un réinvestissement fédéral important en santé

L'Accord sur la santé de 2004 a permis aux provinces de recevoir des fonds additionnels de 41,3 milliards de dollars sur dix ans (dont 9,5 milliards de dollars pour le Québec), représentant une hausse annuelle moyenne de 8,9 % à l'échelle canadienne, répartis de la façon suivante :

- 3,5 milliards de dollars visant à combler à court terme l'écart identifié dans le rapport Romanow, afin que le niveau du TCS en 2005-2006 corresponde à 25 % des coûts provinciaux-territoriaux estimés pour les services couverts en vertu de la Loi canadienne sur la santé, ainsi que pour les montants afférents aux soins à domicile et la couverture de type catastrophique des médicaments d'ordonnance;
- 31,8 milliards de dollars pour la mise en place d'un facteur de croissance annuelle de 6 % du TCS pour la période de 2006-2007 à 2013-2014;
- 6,0 milliards de dollars pour la création de fonds visant la réduction du temps d'attente et l'achat d'équipement médical.

Rappelons toutefois que, même si la contribution fédérale a augmenté substantiellement dans les années suivant l'Accord, elle n'a jamais atteint la part de 25 % qu'elle représentait lors de la mise en place du FPE en 1977-1978.

## 2.2 Une entente asymétrique pour le Québec

Alors que les provinces, à l'exception du Québec, s'entendaient sur des priorités de financement et une reddition de comptes à fournir au gouvernement fédéral dans le cadre de l'Accord sur la santé de 2004, le Québec convenait d'une entente asymétrique.

- Cette dernière a permis au Québec d'appliquer son plan, notamment en matière de réduction du temps d'attente, et de faire rapport à sa population tout en recevant les sommes prévues.

**Extrait du communiqué de presse du 15 septembre 2004  
annonçant l'entente sur le fédéralisme asymétrique  
qui respecte les compétences du Québec**

Reconnaissant la volonté du gouvernement du Québec d'exercer lui-même ses responsabilités à l'égard de la planification, de l'organisation et de la gestion des services de santé sur son territoire, constatant que son engagement à l'égard des principes qui fondent son système public de santé – soit l'universalité, la transférabilité, l'intégralité, l'accessibilité et l'administration publique – coïncide avec celui de l'ensemble des gouvernements du Canada, et se fondant sur un fédéralisme asymétrique, c'est-à-dire un fédéralisme flexible qui permet notamment l'existence d'ententes et d'arrangements adaptés à la spécificité du Québec, le premier ministre du Canada et le premier ministre du Québec ont convenu que l'adhésion du Québec au communiqué conjoint émis à l'issue de la rencontre fédérale-provinciale-territoriale des premiers ministres doit être interprétée et mis en œuvre de la manière suivante :

- Le Québec applique son propre plan de réduction des temps d'attente, en fonction des objectifs, des normes et des critères établis par les autorités québécoises compétentes, et ce, notamment à l'égard de la gestion des ressources humaines en santé, de la réforme des soins familiaux et communautaires, des soins à domicile, des stratégies visant l'accès aux médicaments, et des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques. (...) Par ailleurs, le Québec poursuivra son objectif de couvrir des soins à domicile posthospitaliers de courte durée en santé physique, mentale et en soins palliatifs à partir du premier dollar, en tenant compte de sa capacité financière.

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU CANADA, *Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec*, [Communiqué], 15 septembre 2004, Ottawa, dans Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé, sur le site *Santé Canada*, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/ftcollab/2004-fmm-rpm/bq-fi\\_quebec-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/ftcollab/2004-fmm-rpm/bq-fi_quebec-fra.php).

### 3. UN FINANCEMENT FÉDÉRAL RÉDUIT DE FAÇON IMPORTANTE

En décembre 2011, près de trois ans avant que l'Accord sur la santé de 2004 ne prenne fin, le précédent gouvernement fédéral a annoncé de manière unilatérale une baisse de la croissance du TCS à compter de 2017-2018. Malgré les estimations du CBdC qui appuient la demande des provinces d'obtenir un financement fédéral plus adéquat, l'actuel gouvernement fédéral a décidé de maintenir cette baisse de la croissance du TCS à compter de 2017-2018.

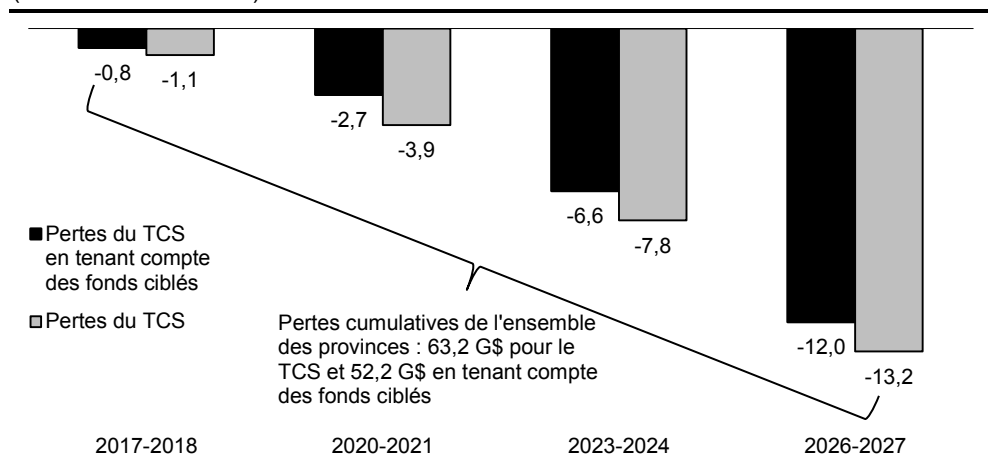
#### 3.1 Des pertes financières substantielles pour les provinces

À compter de 2017-2018, la croissance annuelle du TCS correspondra à celle du PIB nominal canadien, sous réserve d'un plancher de 3 %. Ainsi, le 1<sup>er</sup> avril prochain, le taux de croissance annuel de l'enveloppe du TCS diminuera de moitié, passant de 6 % à 3 %, et ce, dans un contexte de vieillissement de la population plus prononcé au Québec que la moyenne des provinces.

- Pour la seule année 2017-2018, la perte financière pour les provinces est évaluée à 1,1 milliard de dollars et s'élève à 800 millions de dollars en tenant compte des fonds ciblés. Pour le Québec, il s'agit de pertes respectives de 250 millions de dollars et de 180 millions de dollars.
- Sur dix ans, il s'agit de pertes estimées à 63,2 milliards de dollars à l'échelle canadienne. Avec un financement fédéral additionnel de 11 milliards de dollars en fonds ciblés hors TCS, les pertes atteindront 52,2 milliards de dollars d'ici 2026-2027. Pour le Québec, il s'agit de pertes respectives de 14,2 milliards de dollars et de 11,7 milliards de dollars.

GRAPHIQUE 2

**Impact de la baisse de la croissance annuelle du Transfert canadien en matière de santé (TCS) de 6 % au PIB nominal canadien et plancher de 3 % (en milliards de dollars)**



Sources : Ministère des Finances du Canada et ministère des Finances du Québec.

### 3.2 Des perspectives défavorables pour les provinces et favorables pour le gouvernement fédéral

Le Bureau du directeur parlementaire du budget (BDPB) a mentionné, en 2013, que les changements imminents au TCS auront pour effet de transférer aux provinces le fardeau financier et les coûts à long terme associés à la demande future de services.

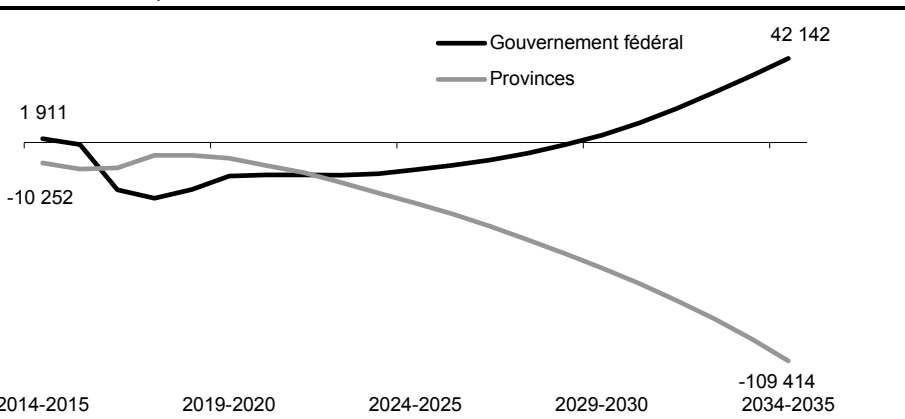
La structure financière fédérale, considérée comme non viable en 2011, est devenue viable, avec une marge de manœuvre financière importante, en grande partie grâce à la compression des dépenses et à la réforme de la formule de relèvement du Transfert canadien en matière de santé (TCS). Toutefois, la marge de manœuvre dégagée grâce à la modification du facteur de relèvement du TCS se traduit par un transfert de charge financière vers les provinces et les territoires [...] <sup>4</sup>.

Cette situation est également confirmée par une étude du CBdC réalisée en 2016 pour le compte du Conseil de la fédération.

- Après une détérioration observée depuis 2014-2015, en raison notamment du ralentissement de l'économie canadienne et du coût de nouvelles initiatives, le solde budgétaire du gouvernement fédéral devrait s'améliorer graduellement à compter de 2017-2018 pour atteindre l'équilibre budgétaire en 2029-2030.
- Toutefois, la situation financière des provinces demeurera préoccupante, puisqu'il est prévu que leur solde budgétaire sera déficitaire sur toute la période et que son ampleur augmentera avec le temps pour s'élever à plus de 109 milliards de dollars en 2034-2035, en raison notamment de la hausse des dépenses en santé que les provinces devront supporter.

GRAPHIQUE 3

#### Solde budgétaire des provinces et du gouvernement fédéral (en millions de dollars)



Source : Conference Board du Canada.

<sup>4</sup> BUREAU DU DIRECTEUR PARLEMENTAIRE DU BUDGET, *Rapport sur la viabilité financière de 2013*, 26 septembre 2013, p. 3, dans Publications, sur le site PBO-DPB, [www.pbo-dpb.gc.ca/fr/](http://www.pbo-dpb.gc.ca/fr/).

## 4. DES PRESSIONS CROISSANTES SUR LES DÉPENSES EN SANTÉ DES PROVINCES

Malgré un contrôle rigoureux des dépenses en santé, les provinces font face à des dépenses toujours importantes en ce domaine, dépenses qui continueront à progresser rapidement au cours des prochaines années en raison notamment du vieillissement de la population.

Les dépenses en santé des provinces, qui sont estimées à 154,8 milliards de dollars en 2016-2017, constituent le poste budgétaire le plus important pour chacune d'elles. Le poids de ce poste budgétaire dans leurs dépenses varie de 32,1 % à 40,5 % en 2016-2017, selon les données les plus récentes publiées par les provinces. Les provinces ont donc tout intérêt à contenir la hausse des coûts en santé, ce qu'elles se sont astreintes à faire ces dernières années, pour éviter de détériorer leur situation budgétaire.

— Il est prévu que les dépenses en santé accaparent davantage les ressources financières des provinces. D'ailleurs, le BDPB<sup>5</sup> a estimé en 2016 que la part des dépenses en santé des provinces augmentera dans l'économie pour atteindre 9,1 % du PIB en 2035 par rapport à 7,3 % en 2015.

### 4.1 Une croissance annuelle des dépenses en santé de 5,2 % à long terme

Un ralentissement de la croissance des dépenses en santé des provinces a été observé à la suite de la récession de 2009, et ce, en raison notamment des efforts considérables des provinces pour rétablir l'équilibre budgétaire. Or, il est important de rappeler qu'au cours des dix années qui ont précédé la récession, les dépenses en santé ont crû fortement.

— La croissance des dépenses en santé des provinces, qui se situait à 7,1 % en moyenne par année de 2000-2001 à 2009-2010, s'est établie à 3,4 % de 2009-2010 à 2014-2015, soit une croissance annuelle moyenne de 5,8 % de 2000-2001 à 2014-2015.

Le CBdC a estimé en 2016, pour le compte du Conseil de la fédération, que la croissance annuelle moyenne des dépenses en santé des provinces et des territoires sera de 5,2 % sur une période de vingt ans, soit de 2015 à 2035. Cette projection met en lumière quatre principaux facteurs de coût en santé, pour la plupart incompressibles, soit :

— l'inflation dans le domaine de la santé (2,4 %), qui est légèrement plus élevée que l'indice des prix à la consommation (IPC), prenant en compte notamment la croissance prévue des salaires des travailleurs et le coût des médicaments;

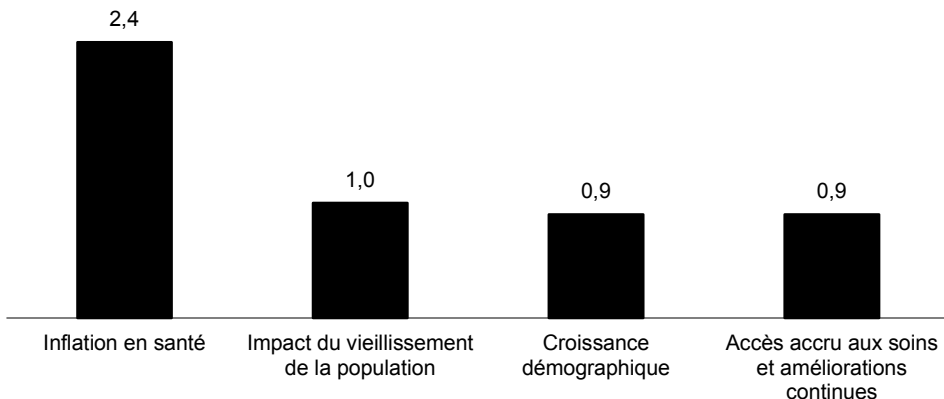
---

<sup>5</sup> BUREAU DU DIRECTEUR PARLEMENTAIRE DU BUDGET, *Rapport sur la viabilité financière de 2016*, 28 juin 2016, dans Publications, sur le site PBO-DPB, [www.pbo-dpb.gc.ca/fr/](http://www.pbo-dpb.gc.ca/fr/).

- Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'inflation en santé correspond à une croissance annuelle moyenne de 3 % par année au Québec. Elle est constituée de la dette sur les infrastructures, de la part publique des fonds de retraite des employés, de l'augmentation des échelons salariaux et des augmentations salariales.
- l'impact du vieillissement de la population (1,0 %), qui reflète notamment le fait que les dépenses en santé des provinces sont beaucoup plus élevées pour les personnes de 65 ans et plus que pour les personnes de moins de 65 ans;
  - En 2014, il coûtait 4,6 fois plus cher, en moyenne, de soigner une personne de 65 ans et plus (11 655 \$) qu'une personne de moins de 65 ans (2 547 \$).
- la croissance prévue de la population canadienne d'ici 2035, puisqu'une plus grande population augmente la demande en soins de santé (0,9 %);
  - La population canadienne est estimée à 42,7 millions de personnes en 2035, soit 6 millions de personnes de plus qu'en 2017.
- l'accès accru aux soins et les améliorations continues (0,9 %), qui tiennent compte des efforts des provinces pour maintenir et améliorer la qualité des soins à leur population.
  - Plutôt que de permettre des économies, les avancées scientifiques en matière de nouvelles technologies et de nouveaux médicaments ont pour effet d'augmenter les coûts en santé par une croissance de la quantité demandée en raison d'un prix moindre ou de la nouveauté d'un traitement.

GRAPHIQUE 4

**Ventilation moyenne de la croissance de 5,2 % des dépenses en santé des provinces et des territoires selon le Conference Board du Canada, de 2015 à 2035**  
(en pourcentage)



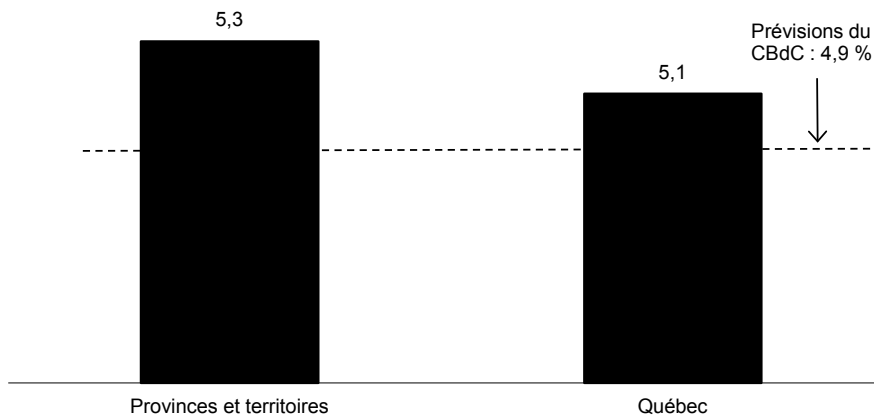
Source : Conference Board du Canada.

## Une croissance des dépenses en santé des provinces et territoires en lien avec les prévisions du Conference Board du Canada

Au cours des dernières années, les prévisions du Conference Board du Canada (CBdC) se sont avérées adéquates pour déterminer la croissance des dépenses en santé à long terme, bien que ces dépenses aient été légèrement sous-estimées.

- En août 2004, le CBdC évaluait la croissance annuelle des dépenses en santé à 4,9 % entre 2003-2004 et 2014-2015.
- Cette prévision à long terme a été dépassée, puisque la croissance des dépenses en santé pour cette période a été supérieure, s'établissant à 5,3 % selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
- Toujours selon les données de l'ICIS, la croissance des dépenses en santé du Québec pour cette période a été comparable à celle de l'ensemble des provinces et territoires, s'élevant à 5,1 %.

### Croissance des dépenses en santé des provinces et territoires, de 2003-2004 à 2014-2015 (en pourcentage)



Sources : Institut canadien d'information sur la santé et Conference Board du Canada.

## 4.2 Les impacts du vieillissement de la population vont s'accroître

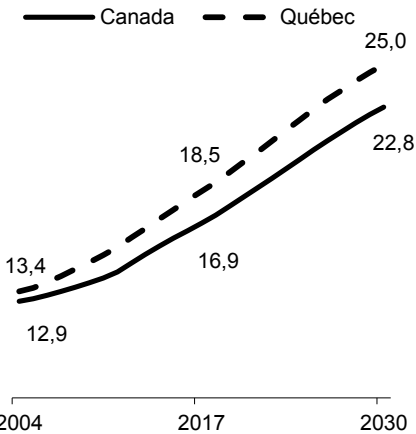
L'espérance de vie à la hausse des Canadiens et l'arrivée progressive à la retraite de nombreux « baby-boomers » impliquent plusieurs défis en matière de finances publiques, notamment dans le secteur de la santé.

- Depuis la signature de l'Accord sur la santé de 2004, qui prévoyait un facteur de progression du TCS de 6 % par année, la part des personnes âgées de 65 ans et plus au Canada est passée de 12,9 % à 16,9 % en 2017, soit une augmentation de quatre points de pourcentage au cours des treize dernières années. Pour le Québec, il s'agit d'une augmentation de plus de cinq points de pourcentage (de 13,4 % à 18,5 %) pour cette même période.
- Alors que le facteur de progression du TCS diminuera de moitié, il est prévu que la part de la population canadienne âgée de 65 ans et plus s'établira à 22,8 % en 2030 (25,0 % au Québec), soit une hausse plus importante (près de six points de pourcentage au Canada et au Québec) que celle qui a été observée au cours des treize dernières années.

GRAPHIQUE 5

### Part des personnes âgées de 65 ans et plus en proportion de l'ensemble de la population

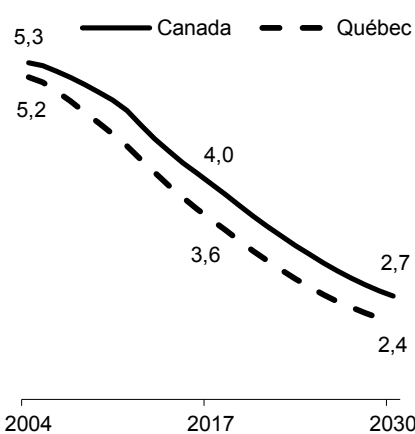
(en pourcentage)



Sources : Institut de la statistique du Québec, Statistique Canada et ministère des Finances du Québec.

GRAPHIQUE 6

### Ratio des personnes en âge de travailler (de 15 à 64 ans) par rapport aux personnes âgées de 65 ans et plus



Sources : Institut de la statistique du Québec, Statistique Canada et ministère des Finances du Québec.

- Le ratio du nombre de personnes en âge de travailler (de 15 à 64 ans) par rapport au nombre d'aînés (65 ans et plus) au Canada est en forte diminution. Alors qu'il se situait à 5,3 en 2004, il a diminué progressivement pour atteindre 4,0 en 2017. En raison du vieillissement de la population en cours, il est prévu qu'il y aura seulement 2,7 personnes en âge de travailler (2,4 au Québec) pour chaque personne de 65 ans et plus en 2030 au Canada.

— Sur une période de près de trente ans, ce ratio aura diminué de près de la moitié au Canada (plus de la moitié au Québec), rendant plus difficile la tâche des provinces d'atteindre leur objectif de fournir des soins de santé qui répondent aux attentes de leur population, tout en équilibrant leur budget.

Par ailleurs, en raison du vieillissement de la population, les provinces devront composer également avec une baisse de la croissance du PIB. Le gouvernement fédéral reconnaît d'ailleurs cette réalité dans sa mise à jour des projections économiques et budgétaires à long terme publiée en décembre 2016 :

Une croissance moindre du PIB nominal entraînera ainsi une réduction du taux de croissance des revenus gouvernementaux, ce qui limitera la capacité des gouvernements de continuer à augmenter les dépenses à un rythme aussi élevé que celui observé dans le passé. Parallèlement, le vieillissement de la population devrait également exercer une pression à la hausse sur les dépenses publiques, notamment en ce qui concerne des programmes liés à l'âge comme les prestations aux aînés<sup>6</sup>.

Plus précisément pour le Québec, une étude publiée en décembre 2016 par la Chaire de recherche Industrielle Alliance sur les enjeux économiques des changements démographiques établit un constat similaire :

Les projections suggèrent [...] que le vieillissement de la population entraînera au cours des prochaines années une croissance importante des dépenses en santé. De plus, le vieillissement de la population aura probablement pour effet de limiter la croissance des recettes du gouvernement du Québec en ralentissant la croissance de la force de travail et du même coup la croissance économique<sup>7</sup>.

La diminution de la croissance du TCS à compter de 2017-2018 surviendra au moment même où le vieillissement de la population prendra de l'ampleur. Ces deux facteurs combinés accentueront de façon permanente les pressions financières sur les provinces.

---

<sup>6</sup> MINISTÈRE DES FINANCES DU CANADA, *Mise à jour des projections économiques et budgétaires à long terme*, 2016, p. 7.

<sup>7</sup> CHAIRE DE RECHERCHE INDUSTRIELLE ALLIANCE SUR LES ENJEUX ÉCONOMIQUES DES CHANGEMENTS DÉMOGRAPHIQUES, *Les effets de l'équilibre budgétaire et du transfert canadien en santé sur les finances publiques du Québec*, décembre 2016, p. 15.

## L'impact du vieillissement sur les coûts des soins de santé

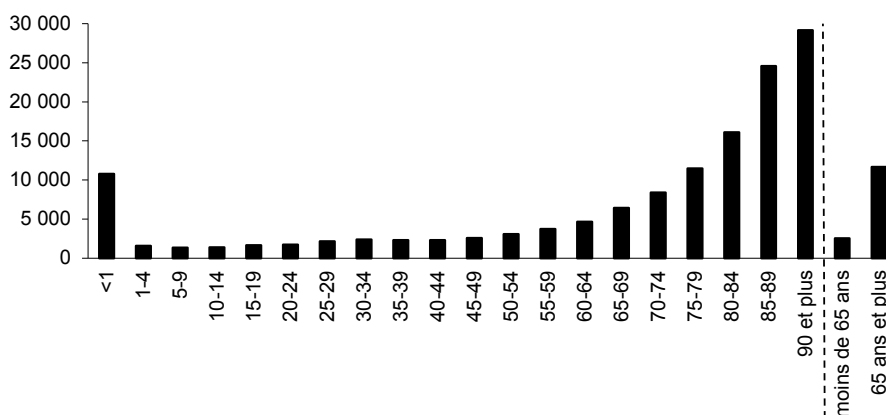
La pression provenant du vieillissement de la population sur les finances des provinces est due notamment au fait que les dépenses moyennes en santé des personnes de 65 ans et plus sont plus élevées que celles des personnes de moins de 65 ans.

- Selon les plus récentes données de l'Institut canadien d'information sur la santé, publiées en décembre 2016, il coûtait 4,6 fois plus cher en moyenne de soigner une personne de 65 ans et plus (11 655 \$) qu'une personne de moins de 65 ans (2 547 \$) en 2014.

Soulignons aussi que les provinces qui connaîtront un vieillissement plus prononcé de leur population seront également celles qui verront leur croissance économique ralentir, ce qui ajoutera aux pressions financières liées au vieillissement de la population.

### Dépenses moyennes en santé des provinces et des territoires selon le groupe d'âge – 2014

(en dollars par habitant)



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

## 5. UNE PART INADÉQUATE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL EN SANTÉ

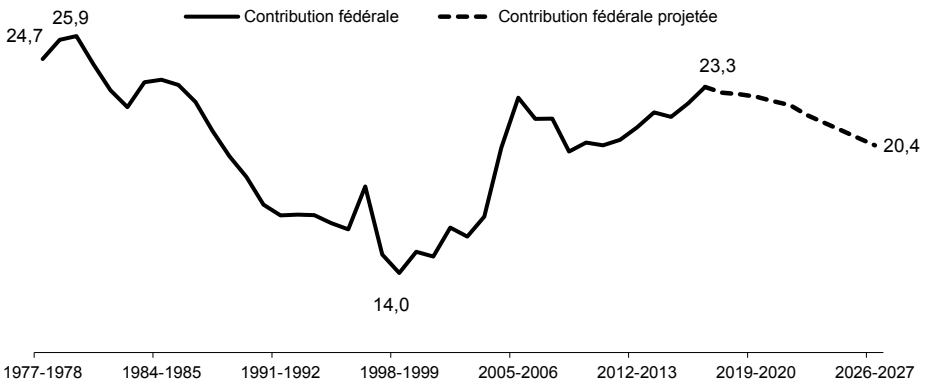
Alors que les provinces réalisent des efforts considérables pour mieux gérer la croissance de leurs dépenses en santé<sup>8</sup>, le gouvernement fédéral ne contribue qu'à 23,3 % des dépenses en santé des provinces en 2016-2017. Comme la croissance projetée du PIB nominal canadien au cours de la prochaine décennie est largement inférieure à celle des facteurs de coût en santé, la contribution fédérale dans les dépenses en santé des provinces diminuera graduellement et sera insuffisante pour couvrir celle des coûts en santé.

— Avec une croissance du TCS correspondant à celle du PIB nominal canadien, incluant un plancher de 3 %, ainsi que des fonds ciblés de 11 milliards de dollars, la contribution fédérale dans les dépenses en santé des provinces diminuera progressivement au cours de la prochaine décennie, pour atteindre 20,4 % en 2026-2027.

Pour contribuer équitablement aux dépenses en santé des provinces et ainsi maintenir la viabilité de leurs systèmes de santé, il est nécessaire que le financement fédéral en santé croisse à un rythme de 5,2 % par année et non au rythme du PIB nominal canadien, qui est évalué à 3,6 % (3,8 % en incluant les fonds ciblés) en moyenne par année sur dix ans à compter de 2017-2018.

### GRAPHIQUE 7

**Part du financement fédéral dans les dépenses en santé des provinces, de 1977-1978 à 2026-2027**  
(en pourcentage)



Sources : Ministère des Finances du Québec, ministère des Finances du Canada et Conference Board du Canada.

<sup>8</sup> Selon le *Rapport sur la viabilité financière de 2015* du Bureau du directeur parlementaire du budget, « les dépenses en santé ont ralenti. On estime que la croissance des dépenses en 2014 était à son plus bas niveau en deux décennies », p. 1.

## Un financement fédéral qui demeure insuffisant à long terme

Le gouvernement fédéral et le Québec ont convenu, le 10 mars 2017, d'une entente en matière de financement de la santé qui comprend :

- une croissance annuelle du TCS correspondant à celle du PIB nominal canadien, avec un plancher de 3 %, à compter de 2017-2018 pour une période de dix ans;
- une entente asymétrique de près de 2,5 milliards de dollars correspondant à la part démographique du Québec des fonds ciblés hors TCS de 11 milliards de dollars pour la période de 2017-2018 à 2026-2027, afin que le Québec mette en œuvre ses propres priorités, dont la santé mentale et les soins à domicile.

Cette entente permettra au Québec d'obtenir une hausse annuelle moyenne du financement fédéral en santé de 4,1 % au cours des cinq premières années et de 3,1 % les cinq années suivantes, ce qui représente une hausse annuelle moyenne de 3,6 % sur dix ans.

- Le Québec considère cette entente insuffisante à long terme, étant donné les prévisions de croissance des coûts en santé de 5,2 % par année de 2015 à 2035. Il ne peut s'agir d'une solution à long terme pour le financement du système de santé au Québec.
- Le gouvernement fédéral doit reconnaître sa responsabilité au chapitre du financement des soins de santé et, ainsi, assumer sa juste part. Cette responsabilité découle d'ailleurs des services prescrits dans sa propre loi, la Loi canadienne sur la santé.

Par ailleurs, le Québec a également convenu avec le gouvernement fédéral d'une enveloppe de 25 millions de dollars en 2017-2018 pour la formation des infirmières praticiennes spécialisées.

L'entente sur la santé avec le gouvernement fédéral s'appuie aussi sur une nouvelle reconnaissance et une bonification du principe de l'asymétrie dont il a été convenu en 2004, car elle prévoit l'utilisation de 1,2 milliard de dollars sur onze ans provenant du volet de la petite enfance des nouveaux fonds fédéraux consacrés aux infrastructures sociales annoncés dans le tout récent budget fédéral. Le Québec possède déjà un réseau de garderies depuis 1997, dont le développement est financé entièrement par le Québec. Le gouvernement du Québec a obtenu du gouvernement fédéral la capacité d'utiliser une partie des sommes réservées au développement d'infrastructures pour financer ses priorités.

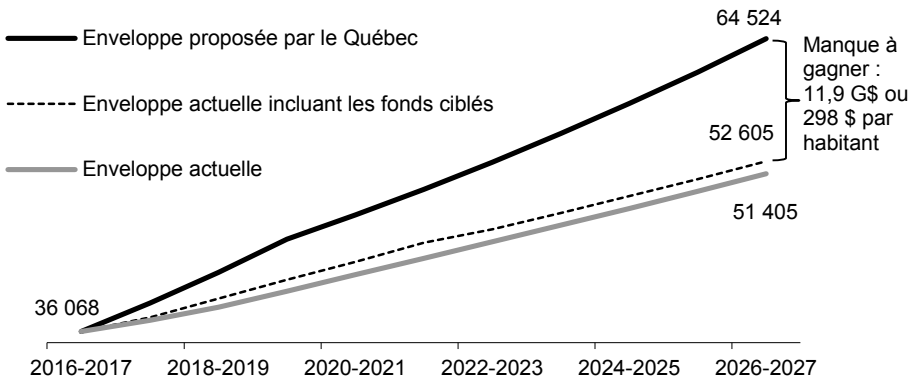
## 5.1 Pour une juste part du financement fédéral en santé

Pour contribuer à assurer la viabilité des systèmes de santé au Canada, le Québec demande au gouvernement fédéral de réaliser sa juste part de financement par une hausse graduelle du TCS jusqu'à un niveau représentant 25 % des dépenses en santé des provinces, et de maintenir cette part par la suite.

- Par exemple, pour atteindre une contribution de 25 % d'ici 2019-2020, le gouvernement fédéral devrait offrir un financement additionnel de 4,8 milliards de dollars par le biais du TCS. Par la suite, l'enveloppe du TCS augmenterait selon le taux de croissance annuel des dépenses en santé des provinces de 5,2 % estimé par le CBdC.
- En 2026-2027, cette proposition ferait que l'enveloppe du TCS atteindrait 64,5 milliards de dollars plutôt que 51,4 milliards de dollars, soit un financement additionnel de 13,1 milliards de dollars par rapport à une enveloppe du TCS qui augmenterait selon la croissance du PIB nominal canadien, sous réserve d'un plancher de 3 %.
- En considérant les fonds ciblés de 11 milliards de dollars destinés aux provinces, l'enveloppe du TCS atteindra 52,6 milliards de dollars en 2026-2027. Ainsi, un financement additionnel de 11,9 milliards de dollars en 2026-2027 serait requis pour que l'enveloppe du TCS représente 25 % des dépenses en santé des provinces, soit 298 \$ par habitant.

GRAPHIQUE 8

### Retour graduel du Transfert canadien en matière de santé représentant 25 % des dépenses en santé des provinces, de 2016-2017 à 2026-2027 (en millions de dollars)



Sources : Conférence Board du Canada, Institut canadien d'information sur la santé, ministère des Finances du Canada et ministère des Finances du Québec.

## Rectifier des faits en matière de santé

### **Mythe 1 : La croissance actuelle des dépenses en santé des provinces pourra se maintenir à long terme**

Le gouvernement fédéral affirme qu'une croissance du Transfert canadien en matière de santé (TCS) correspondant à celle du PIB nominal canadien avec un plancher de 3 % est suffisante (3,6 % et 3,8 % en incluant les fonds ciblés), puisqu'elle est supérieure à la croissance des dépenses en santé des provinces au cours des dernières années (3,4 % de 2009-2010 à 2014-2015).

Or, plusieurs études indiquent que les efforts appréciables que les provinces et les territoires ont effectués ces dernières années pour réduire la croissance des dépenses en santé ne sont pas soutenables à long terme, puisqu'ils reposent en bonne partie sur la diminution des dépenses en capital<sup>1</sup>. Dans une étude publiée en août 2016, l'Institut C.D. Howe est de l'avis suivant :

Les dépenses en capital sont au cœur même du récent contrôle des dépenses : cette composante représente seulement 5 % de toutes les dépenses provinciales en santé, mais constitue environ 25 % de l'ensemble des coupures de la période de restriction actuelle. Or, les grands projets d'investissement et d'entretien ne peuvent être retardés indéfiniment. Par conséquent, nous ne croyons pas que les réductions des dépenses en capital soient un bon moyen de restreindre les dépenses<sup>2</sup>.

Un report important des dépenses en capital en santé amène donc un rattrapage nécessaire qui aura pour conséquence d'augmenter les dépenses en santé des provinces et d'accentuer les pressions financières. La réduction de ce type de dépenses ne peut contribuer à restreindre les dépenses en santé des provinces à long terme.

### **Mythe 2 : Les provinces détournent le financement fédéral à d'autres fins**

Le gouvernement fédéral a laissé entendre que les provinces utilisent le financement fédéral en santé à d'autres fins que la santé. Le premier ministre canadien a d'ailleurs affirmé : « Ce qu'on a vu depuis plusieurs années, c'est que, même si on a un 6 % d'augmentation, les provinces ne sont pas en train d'augmenter leurs dépenses en santé de 6 %<sup>3</sup> ».

Ce constat provient d'une perception erronée du partage financier des dépenses en santé entre les provinces et le gouvernement fédéral, puisqu'il suppose que les dépenses en santé sont d'un montant comparable à celui des transferts en santé. Or, cela n'est pas le cas : en 2016-2017, les dépenses en santé des provinces s'établissent à 154,8 milliards de dollars et le niveau du TCS est de 36,1 milliards de dollars, ce qui représente 23,3 % des dépenses en santé des provinces.

Les provinces financent donc 76,7 % de leurs dépenses en santé à même leurs revenus. Par conséquent, la totalité de la hausse des transferts en santé doit nécessairement être attribuée aux dépenses en santé des provinces, et ce, même si la croissance des transferts en santé a été plus élevée que celles des dépenses en santé des provinces au cours des dernières années.

– Pour chaque dollar de financement fédéral en santé, les provinces dépensent 4,29 \$.

1 Le capital représente les fonds totaux dépensés pour construire, acquérir ou améliorer des actifs physiques comme les biens, les bâtiments, la technologie ou l'équipement.

2 INSTITUT C.D. HOWE, *Hold the Applause: Why Provincial Restraint on Healthcare Spending Might Not Last*, août 2016, p. 13. [TRADUCTION]

3 LE DEVOIR, *Trudeau demande des comptes aux provinces*, 18 octobre 2016, dans Politique, sur le site [Le Devoir](http://www.ledevoir.com), [www.ledevoir.com](http://www.ledevoir.com).

# CONCLUSION

Alors que la Loi canadienne sur la santé oblige les provinces à fournir un panier de services en santé à la population, les provinces sont aux prises avec des facteurs de coûts en santé qui sont majoritairement incompressibles, notamment l'inflation et le vieillissement de la population.

- Le vieillissement démographique aura un effet à la baisse sur les revenus des gouvernements et sur la croissance de l'activité économique. Simultanément, ce même vieillissement aura un effet à la hausse sur les dépenses découlant des programmes dont les prestations sont consacrées principalement aux personnes plus âgées, notamment les services de santé. Par conséquent, la croissance des dépenses en santé des provinces, évaluée à 5,2 % à long terme, continuera à dépasser celle de l'activité économique.
- La hausse annuelle moyenne du financement fédéral en santé, estimée à 3,8 % de 2017-2018 à 2026-2027, est donc insuffisante pour combler la hausse des coûts en santé.

Pour un partage plus équitable des dépenses en santé des provinces et une réponse plus adéquate aux pressions financières s'exerçant sur les provinces, le Québec demande au gouvernement fédéral de hausser de façon graduelle son financement en santé afin qu'il représente 25 % des dépenses en santé des provinces.

- Cette demande s'inscrit dans la volonté des gouvernements d'assurer un financement adéquat des systèmes de santé au Canada à long terme.

