



Facteurs d'accroissement des dépenses
de santé : les faits.

Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

Tableau des matières

Remerciements	iii
Sommaire	v
Points à surveiller	ix
Introduction : la viabilité	1
Systèmes de santé fédéral, provinciaux et territoriaux.....	3
Les facteurs d'accroissement des dépenses de santé du Canada de 1998 à 2008	6
Contexte politique : décisions d'investir dans les services de santé.....	6
Facteurs d'accroissement des dépenses : aperçu.....	12
Analyse de chaque facteur d'accroissement des dépenses.....	14
Vieillissement de la population.....	15
Inflation dans le secteur de la santé	20
Technologie	24
Utilisation accrue.....	27
Points à surveiller	31
Références	35

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les nombreuses équipes et les nombreuses personnes qui ont contribué à l'élaboration du présent rapport.

À l'ICIS, les équipes suivantes, de même que les membres de la haute direction, ont joué un rôle clé dans la planification, l'élaboration et la diffusion du rapport et d'autres produits connexes :

- Dépenses de santé (bddns@icis.ca);
- Ressources humaines de la santé (medecins@icis.ca);
- Système d'information de gestion et Établissement des coûts (cmdb@icis.ca);
- Pharmaceutique (medicaments@icis.ca).

Nous souhaitons faire part de notre gratitude envers tous les participants provenant de ces équipes pour leurs commentaires, leur expérience et leur enthousiasme, qui ont grandement contribué à mener à bien le présent rapport.

La publication de ce rapport n'aurait pas été possible sans ses principaux auteurs : **Gregory Marchildon**, Ph. D., et **Livio DiMatteo**, Ph. D. Nous les remercions pour leur expertise et leur expérience.

Nous souhaitons remercier tout particulièrement les experts suivants pour leur examen de sections précises du rapport et d'autres produits connexes et la rétroaction d'une valeur inestimable qu'ils ont fournie :

- **Morris Barer**, directeur, Centre de recherche sur les services et les politiques de santé, Université de la Colombie-Britannique
- **Robert Evans**, professeur, École de la santé publique et des populations, Université de la Colombie-Britannique
- **Paul Grootendorst**, professeur agrégé, Faculté de pharmacie, École de politique publique et de gouvernance, Université de Toronto
- **John Horne**, professeur auxiliaire, Faculté des sciences sociales et appliquées, Université Royal Roads
- **Jeremiah Hurley**, professeur, Centre d'analyse de l'économie et des politiques de santé, Université McMaster
- **Richard Plain**, membre, groupe consultatif d'experts de la Base de données sur les dépenses nationales de santé
- **Bob Nakagawa**, sous-ministre adjoint, Services pharmaceutiques, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
- **George Pink**, professeur distingué Humana, Université de la Caroline du Nord, Chapel Hill

- **Stephen Law**, professeur, Département de science économique, Université Mount Allison

Nous sommes aussi reconnaissants envers les chercheurs externes suivants pour l'expertise avec laquelle ils ont mené certaines des tâches analytiques liées au rapport :

- **Steve Morgan**, professeur adjoint, Centre de recherche sur les services et les politiques de santé, Université de la Colombie-Britannique
- **Vern Hicks**, consultant, Health Economics Consulting Services

Les analyses et les résultats qui figurent dans le rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes ou des organismes auxquels elles sont associées.

Avertissement concernant IMS Brogan

IMS Brogan, une unité d'IMS Health, a des bureaux à Montréal, à Toronto et à Ottawa.

IMS Health fournit des services d'information commerciale et sur la santé aux industries des produits pharmaceutiques et des soins de santé à l'échelle mondiale. Dans le cadre du présent rapport, l'ICIS a utilisé la Vérification des achats des hôpitaux et des pharmacies du Canada d'IMS Brogan, qui permet de mesurer la valeur en dollars et le volume unitaire des produits pharmaceutiques achetés par les pharmacies de détail et les hôpitaux du Canada. Les données servant à la Vérification sont recueillies à partir d'un échantillon représentatif de 2 700 pharmacies et de 686 hôpitaux et établissements de soins de longue durée. Les données de l'échantillon sont ensuite projetées à l'échelle des pharmacies et des établissements, ce qui permet d'obtenir tous les achats au Canada.

IMS Brogan obtient toutes ses données de fournisseurs externes. Par conséquent, bien qu'il déploie tous les efforts nécessaires pour s'assurer de l'exactitude et de l'intégralité de ses données et analyses, IMS Brogan ne garantit pas la fiabilité de ses données ou de toute application qui pourrait en découler. En aucune circonstance IMS Brogan ne sera tenu responsable de tout dommage, y compris les dommages indirects ou accidentels et les dommages-intérêts particuliers, prévisibles ou non, résultant de toute utilisation ou mise en application de ses données, et ce, même si IMS Brogan a été avisé de la possibilité de tels dommages.

Sommaire

En 2011, les dépenses totales du Canada en soins de santé devraient atteindre 200 milliards de dollars. À l'aide de sa Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS), l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) effectue un suivi de ces dépenses au pays. Le rapport annuel de l'ICIS intitulé *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2011* contient des données historiques sur les dépenses de santé de 1975 à 2009 ainsi que des prévisions pour 2010 et 2011.

Au Canada, le système de santé est financé par le secteur public (les gouvernements) et le secteur privé (essentiellement les assurances privées et les patients eux-mêmes). Durant la dernière décennie, environ 70 % de la facture totale des soins de santé a été acquittée par le secteur public. En fait, les dépenses en soins de santé payées par le secteur public au Canada n'ont cessé d'augmenter, et cela remet en question la viabilité financière du système de santé public.

La présente étude sur les facteurs d'accroissement des dépenses de santé accompagne le rapport annuel de l'ICIS sur les tendances des dépenses nationales de santé. L'Accord sur la santé de 2004 venant à échéance d'ici trois ans, les Canadiens doivent mieux comprendre les facteurs qui sous-tendent l'accroissement des dépenses de santé. Le présent rapport résume l'analyse des données réalisée par l'ICIS et fait la lumière sur les facteurs expliquant les récentes tendances en matière de dépenses de santé du secteur public.

Tout d'abord, il est utile de mettre en perspective la croissance récente des dépenses de santé en examinant les tendances sur une plus longue période. Il faut également souligner que le rythme de croissance des dépenses de santé a connu des variations au cours des 35 dernières années. En effet, la croissance des dépenses publiques de santé depuis 1975 peut être divisée en trois phases : une phase de croissance de 1976 à 1991; une courte période de repli et de désinvestissement de 1992 à 1996, alors que les gouvernements étaient aux prises avec des déficits financiers; suivie d'une autre phase de croissance de 3,5 % par an en moyenne, après rajustement en fonction de l'inflation, de 1997 à 2008, alors que les soins de santé sont devenus une priorité pour les Canadiens. Durant cette dernière période, des sommes importantes ont été consacrées aux soins de santé, notamment aux médecins, aux médicaments, aux hôpitaux et aux techniques de diagnostic de pointe.

La présente étude examine la hausse des dépenses de 1998 à 2008 attribuable aux facteurs d'accroissement des dépenses de santé, en particulier aux changements démographiques (croissance et vieillissement), à l'inflation, à la technologie et à l'utilisation. Durant la décennie à l'étude, les dépenses totales de santé prises en charge par le secteur public ont connu une augmentation annuelle moyenne de 7,4 %. Dans son plus récent rapport annuel, l'ICIS prévoit une diminution de ce taux de croissance.

Comme c'est le cas pour de nombreux pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le taux de croissance des dépenses de santé au Canada durant la dernière décennie a dépassé le taux de croissance économique. Les dépenses de santé du secteur public, exprimées en proportion de l'économie globale du Canada, ont atteint un sommet en 2009, année de la récession, soit 8,5 % du produit intérieur brut (PIB). En raison de la reprise économique, on prévoit une légère diminution (8,1 %) du ratio des dépenses de santé par rapport au PIB en 2011. Ce ratio est supérieur à celui de la fin des années 1970, qui dépassait à peine les 5 %, indiquant ainsi une tendance selon laquelle les dépenses de santé augmentent avec les revenus.

Sur le plan de la politique budgétaire, la hausse des dépenses de santé du secteur public a été deux fois plus rapide que celle des recettes durant la période de 1998 à 2008. Cela a été rendu possible grâce au dividende budgétaire que les gouvernements ont accumulé après avoir éliminé les déficits et réduit leur niveau d'endettement dans les années 1990. Toutefois, le dividende budgétaire n'a pas été entièrement investi dans la santé. La diminution des intérêts sur l'encours de la dette a également permis aux gouvernements de réaffecter des ressources aux dépenses globales de programmes, y compris aux soins de santé et à la réduction des impôts.

La population du Canada a augmenté et les décideurs du système de santé doivent examiner les conséquences d'une population croissante sur la demande possible de services de santé dans les années à venir. Au cours de la période à l'étude, la croissance démographique a donné lieu à une augmentation moyenne annuelle des dépenses de santé de 1 %.

À l'instar d'un grand nombre de pays industrialisés, le Canada connaît un changement sur le plan démographique au moment où les premiers membres de la génération du baby-boom, le plus important groupe de population de l'histoire récente du Canada, atteignent l'âge de 65 ans. L'idée selon laquelle le vieillissement de la population entraîne une hausse de la demande de services et une croissance accélérée des dépenses de santé est largement répandue. Mais contrairement à cette croyance populaire, le vieillissement de la population n'exerce qu'une très faible influence sur l'accroissement des dépenses, soit en moyenne seulement 0,8 % annuellement. Les effets du vieillissement de la population varient selon les régions du pays, une conséquence des différents profils démographiques. On remarque une variation graduelle d'est en ouest au Canada : les répercussions du vieillissement sont plus importantes dans la région de l'Atlantique et au Québec qu'en Ontario, dans les provinces de l'Ouest et dans les territoires du Nord.

Les facteurs démographiques, à un taux global de 1,8 %, ne représentent qu'une part plutôt modeste de la croissance annuelle de 7,4 % enregistrée par les dépenses de santé. À l'opposé, les prix ont eu un effet important sur l'ensemble

des dépenses de santé. Bien qu'il n'existe aucune mesure de l'inflation totale dans le secteur de la santé, il est possible d'évaluer celle-ci par rapport à l'inflation générale. L'inflation générale, mesurée à l'aide de l'indice implicite du PIB, atteignait en moyenne 2,8 % par an de 1998 à 2008; diverses mesures suggèrent que l'inflation propre au secteur de la santé a dépassé ce taux. Par exemple, les ressources humaines de la santé constituent un élément important de la prestation des soins, et le revenu des professionnels de la santé a augmenté plus rapidement que dans les autres secteurs de l'économie.

Les dépenses consacrées aux médecins figurent parmi les catégories ayant connu la plus forte croissance ces dernières années dans le secteur de la santé, atteignant 6,8 % par an de 1998 à 2008. Plus de la moitié de cette croissance, soit 3,6 % annuellement, est attribuable à la hausse des barèmes tarifaires des médecins. Au cours de la dernière décennie, la rémunération des médecins a augmenté plus rapidement que la rémunération hebdomadaire moyenne des autres travailleurs du domaine de la santé et des services sociaux; bien que son augmentation soit demeurée inférieure à celle des prix des autres biens et services publics de 1975 à 1998.

L'inflation des prix a aussi beaucoup contribué à la hausse des coûts hospitaliers. La rémunération représente 60 % du budget des hôpitaux. La rémunération de la main-d'œuvre hospitalière, composée majoritairement d'infirmières, a augmenté plus rapidement depuis 1998 que la rémunération dans les secteurs autres que la santé.

L'inflation des prix dans le secteur de la santé, comme ceux des services fournis par les médecins et les hôpitaux, était de loin supérieure à l'inflation générale. Cette inflation est en majeure partie liée à l'augmentation de la rémunération, elle-même attribuable à la concurrence que se livrent employeurs et gouvernements alors qu'ils doivent puiser dans une réserve limitée de personnel. À l'opposé, l'inflation des prix des médicaments a été freinée, grâce au contrôle des prix des médicaments brevetés, à l'expiration de certains brevets importants et au remplacement de médicaments de marque par des médicaments génériques moins coûteux. En moyenne, le prix des médicaments génériques au Canada en 2008 correspondait à environ 60 % du prix des produits pharmaceutiques de marque. Depuis 2010, la plupart des gouvernements provinciaux ont adopté des politiques de fixation des prix des médicaments génériques ou revu les politiques en place afin d'établir une gamme de prix maximaux admissibles variant de 25 % à 56 % du prix des produits de marque.

De 1998 à 2007, les dépenses liées aux médicaments prescrits ont augmenté de 10,1 % par an en moyenne. L'utilisation accrue est l'un des principaux facteurs de la croissance des dépenses en médicaments au Canada. La raison en est toutefois complexe puisqu'elle découle d'une hausse du volume, qui compte pour 6,2 % annuellement, et d'une modification de l'éventail de médicaments, qui représente 2 % de plus par an. La hausse du volume a joué un rôle beaucoup plus important

que la modification de l'éventail de médicaments dans la croissance des dépenses liées à l'achat de médicaments au détail pour trois grandes catégories de médicaments prescrits : les antihypertenseurs, les hypocholestérolémiants et les médicaments gastro-intestinaux. Toutefois, pour les immunosuppresseurs, qui peuvent servir au traitement de l'arthrite rhumatoïde ou de la maladie de Crohn, la modification de l'éventail de médicaments a contribué beaucoup plus à la croissance des dépenses que la hausse du volume.

Les répercussions de l'utilisation ont entraîné une hausse annuelle moyenne de 1,5 % des dépenses consacrées aux médecins. De 2003 à 2008, le nombre de médecins par 1 000 habitants a considérablement augmenté au Canada, en raison principalement de la hausse des inscriptions et des diplômés universitaires en médecine au pays ainsi que de l'immigration accrue d'étrangers diplômés en médecine. Les médecins au Canada prennent des décisions qui ont des conséquences directes sur l'utilisation des soins de santé. Ils ont le pouvoir de prescrire des médicaments, ce qui influence grandement le volume et le type de produits pharmaceutiques consommés par les Canadiens. En outre, il incombe principalement aux médecins de déterminer le nombre de patients nécessitant des soins hospitaliers et des tests diagnostics plus poussés.

Au cours de la dernière décennie, le recours aux soins hospitaliers a connu certains changements. Bien que le nombre de lits ait légèrement diminué, la durée moyenne du séjour et la quantité moyenne de ressources utilisées par les patients hospitalisés ont légèrement augmenté. Au cours des années 1990, lorsque les soins aux patients hospitalisés ont sciemment été remplacés par des soins ambulatoires, le nombre de congés des hôpitaux a fortement chuté. Le remplacement des soins aux patients hospitalisés par des soins ambulatoires se poursuit, mais à un rythme moins rapide que dans ces années. Un nombre accru d'appareils de tomodensitométrie (TDM) et d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ont été installés et sont en service dans les hôpitaux canadiens. Le recours aux technologies d'imagerie médicale, qui permettent de détecter un plus grand nombre d'anomalies, a contribué à la croissance des services hospitaliers. Entre 2003-2004 et 2009-2010, le nombre d'exams de TDM et d'IRM a presque doublé.

Les effets des changements technologiques comme facteur d'accroissement des dépenses ont été difficiles à quantifier. Les technologies auxquelles la présente étude fait référence peuvent comprendre les dispositifs et appareils médicaux (comme ceux utilisés pour l'imagerie), les instruments chirurgicaux de pointe (comme les appareils robotisés), les technologies de l'information et des communications (ordinateurs, dossiers de santé électroniques, télésanté, etc.) ainsi que les médicaments prescrits. Les changements technologiques comportent deux facettes : d'une part, la mise en marché de nouveaux produits (par exemple les nouveaux médicaments contre le cancer) et de nouvelles techniques (comme la chirurgie bariatrique) et, d'autre part, la modification des

pratiques cliniques et de la demande des patients en raison de l'existence de nouveaux produits et de nouvelles techniques.

Les changements technologiques constituent un facteur d'accroissement des dépenses important pour les programmes publics et privés de remboursement des médicaments prescrits, puisque les variations du nombre et des types de médicaments mis au point influent sur les dépenses en médicaments. Depuis 10 ans toutefois, le nombre de nouveaux médicaments approuvés tend à diminuer. La baisse du nombre de médicaments mis au point, ainsi que la mise en marché de médicaments génériques à grande utilisation, a contribué à ralentir la croissance des dépenses en médicaments depuis 2005.

La situation décrite pour la période de référence, soit de 1998 à 2008, risque de se révéler bien différente de celle qui nous attend. Voici donc les principales questions à prendre en considération au fil de l'évolution du système de santé, afin de mieux répondre aux besoins des Canadiens :

Points à surveiller

- L'affaiblissement des perspectives de croissance économique, jumelé aux déficits financiers et à la réduction des économies attribuables aux frais de la dette publique, pourrait avoir un effet modérateur sur la croissance future des dépenses de santé.
- Alors que le pourcentage de personnes âgées de 80 ans et plus augmente, les décideurs auront la difficile tâche de déterminer les meilleures façons de fournir des soins aux aînés. Le défi consistera à trouver la combinaison appropriée des services fournis par les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et à la collectivité pour offrir aux personnes âgées du Canada des soins accessibles, appropriés et de qualité au meilleur coût possible.
- L'inflation des prix est un facteur significatif d'accroissement des dépenses. Gérer l'inflation des prix des biens et des services médicaux de base, notamment les médecins, le personnel infirmier, les autres professionnels de la santé et les techniques diagnostiques de pointe, relèvera du défi.
- L'augmentation rapide de la rémunération des médecins exerce une pression financière considérable sur l'ensemble des gouvernements.

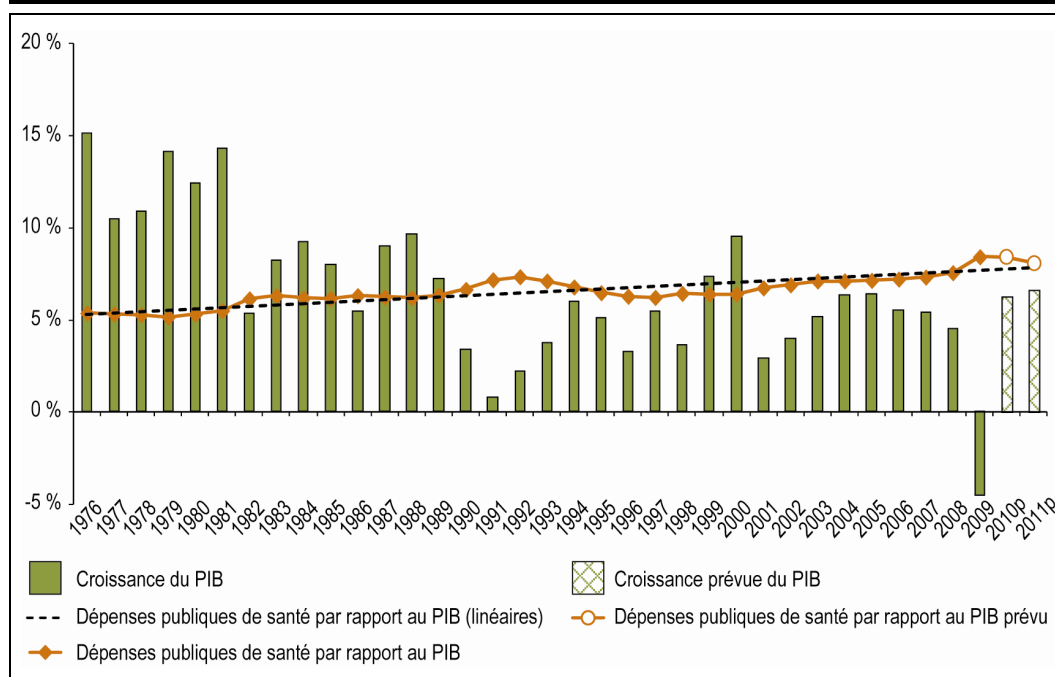
- Le champ de pratique des professionnels de la santé autres que les médecins évolue. Les gouvernements examinent de quelle façon ces professionnels (comme les pharmaciens ou les infirmières praticiennes) peuvent compléter plus efficacement les services offerts par les médecins ou fournir à moindre coût les services offerts actuellement par les omnipraticiens.
- Le coût des soins hospitaliers est une autre question à examiner. Depuis 10 ans, la croissance des dépenses liées à l'exploitation des hôpitaux est attribuable à la hausse de la rémunération ainsi qu'à l'augmentation du personnel nécessaire à la prestation d'un nombre accru de services, tels que l'imagerie diagnostique. Le recours aux soins ambulatoires, qui permet de réduire les coûts, sera donc une tendance à surveiller.
- Les dirigeants et les gestionnaires du système de santé devront examiner et gérer avec soin l'introduction des nouveaux médicaments et autres technologies selon les avantages cliniques et la valeur qu'ils offrent par rapport aux autres investissements du système de santé.
- Les tendances en matière d'utilisation et l'incidence de l'expiration des brevets sont des questions relatives aux médicaments qu'il faudra surveiller. On s'attend à ce que la proportion des médicaments génériques dans le marché des médicaments prescrits au Canada augmente au cours des prochaines années, car les brevets de nombreux médicaments vedettes arriveront à échéance.

En conclusion, les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs du système de santé devront continuer à faire preuve d'innovation et modifier la façon dont les soins de santé sont offerts. La prestation des soins de santé au Canada ne cesse d'évoluer. Le recours à la collaboration interprofessionnelle afin d'assurer une prestation des soins en équipe, l'élargissement du champ de pratique des dispensateurs autres que les médecins, l'importance accrue des soins axés sur le patient, l'accent mis sur l'intégration et la continuité des soins, la transition vers les soins ambulatoires, la volonté d'offrir des médicaments à prix abordable et l'offre d'incitatifs aux dispensateurs de soins afin qu'ils répondent aux besoins de leurs patients ne sont que quelques exemples des transformations continues que connaît le système de santé du Canada.

Introduction : la viabilité

Depuis plus d'une décennie, les Canadiens s'interrogent sur la viabilité financière du système de santé public, essentiellement pour la raison suivante : les dépenses de santé du secteur public, qu'elles soient mesurées en pourcentage de l'activité économique ou en dollars, tendent à augmenter. Au total, elles ont atteint 121 milliards de dollars en 2008 et connu une augmentation annuelle moyenne de 7,4 % depuis 1998. Selon les dernières prévisions présentées dans le rapport *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2011*¹ publié annuellement par l'ICIS, les dépenses de santé du secteur public devraient représenter 8,1 % du PIB en 2011 (figure 1).

Figure 1 : Dépenses de santé du secteur public en pourcentage du PIB et croissance du PIB

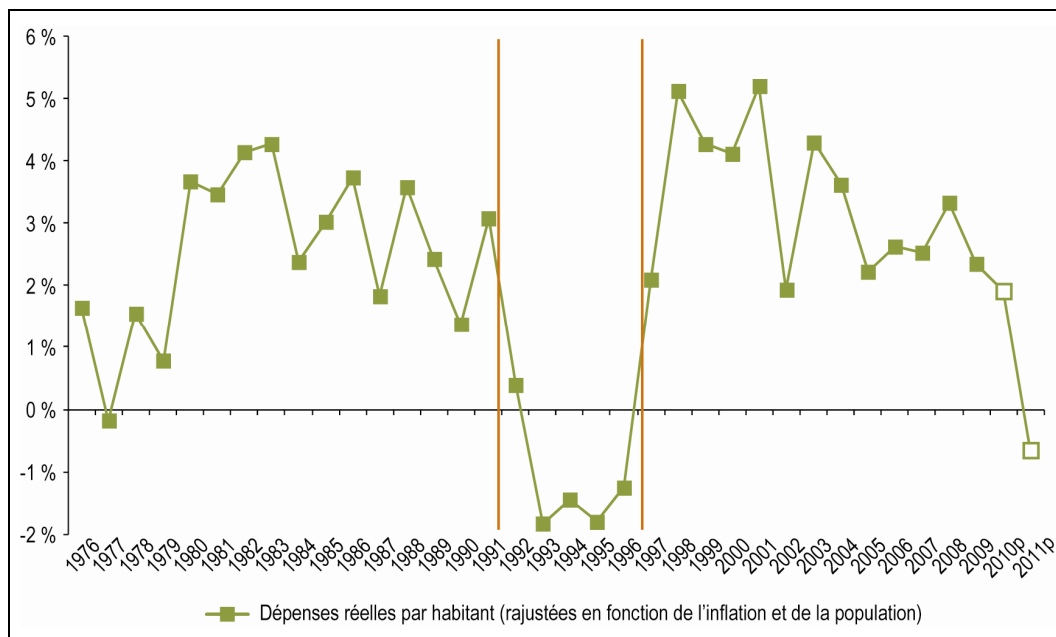


Sources

Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada.

Il est utile d'examiner les données relatives aux dépenses de santé après rajustement en fonction de l'inflation et de la croissance démographique. Comme l'illustre la figure ci-dessous, la croissance des dépenses publiques de santé depuis 1975 se divise en trois phases : une phase de croissance de 1976 à 1991, une période de repli et de désinvestissement de 1992 à 1996 et une autre phase de croissance de 3,5 % par an en moyenne de 1997 à 2008.

Figure 2 : Dépenses de santé du secteur public par habitant, trois phases, taux de croissance annuel en dollars constants de 1997, Canada, 1976 à 2011



Source

Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

Les Canadiens ne sont pas les seuls à s'inquiéter de la hausse des coûts des soins de santé et de sa signification pour l'avenir des soins de santé publics. Dans presque tous les pays à revenu élevé, on remarque des tendances et des inquiétudes semblables et on s'interroge sur la viabilité du système de santé public. Puisque la majeure partie des dépenses de santé est couverte par les fonds publics dans la plupart des pays riches de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), de nombreuses études et analyses de ces données ont été produites et ont donné lieu à différentes interprétations.

Selon certains, plus les dépenses de santé du secteur public augmentent, plus les sommes consacrées aux autres services diminuent; cette situation crée un malaise qui met en péril le reste du corps politique². À l'opposé, d'autres considèrent que la croissance des dépenses de santé ne gêne pas l'investissement et laisse suffisamment de place aux autres dépenses publiques, même en tenant compte des importantes réductions d'impôt accordées par les gouvernements depuis quelques années^{3, 4}. D'autres encore estiment que la hausse des dépenses de santé est un choix collectif et ne pose aucun problème si la population consent à ce que davantage de ressources soient consacrées au système de santé par rapport aux autres services offerts par l'État⁵.

Depuis 1997, l'ICIS publie annuellement un rapport sur les tendances en matière de dépenses de santé. Au cours de la dernière année, devant l'augmentation continue des dépenses de santé et à la demande des décideurs, qui souhaitaient disposer d'un plus grand nombre de données probantes sur ces tendances, l'ICIS a analysé la période de 1998 à 2008 pour déterminer dans quelle mesure cette augmentation est attribuable aux facteurs d'accroissement des dépenses de santé, tels que la croissance démographique, le vieillissement, les changements technologiques, l'utilisation accrue et l'inflation plus élevée dans le secteur de la santé par rapport à l'inflation générale.

Le présent rapport donne un aperçu des résultats de l'étude et, par voie d'exposé, relie les points les plus importants soulevés par les études des coûts propres au secteur de la santé. En plus de résumer les données sur les facteurs d'accroissement des dépenses au Canada, le rapport met en évidence les points que les décideurs souhaiteront peut-être examiner pour mieux diriger et gérer leur système de santé respectif.

Systèmes de santé fédéral, provinciaux et territoriaux

On dit souvent que le Canada n'a pas de système national de soins de santé, mais plutôt 14 systèmes de santé financés par l'État. En fait, il s'agit de systèmes très décentralisés, soit dix systèmes provinciaux, trois systèmes territoriaux et un système fédéral comprenant chacun de nombreux points de prise de décision et d'influence. Les décisions prises dans un système influent souvent sur les autres systèmes. Certains aspects des soins de santé, tels que la prestation de services de soins dentaires et de la vue financés par des fonds privés ainsi que la fourniture de médicaments et de produits de santé en vente libre, ne font pas partie des systèmes de santé publics.

Ceux-ci sont dirigés et coordonnés par des gouvernements élus démocratiquement et par leurs administrateurs de systèmes de santé. En gros, 30 % des soins de santé sont financés par des fonds privés, notamment la plupart des soins dentaires et de la vue, les thérapies complémentaires et non conventionnelles et les produits médicaux. Ces soins ne relèvent pas du système public. Toutefois, puisque 70 % des soins de santé sont financés par l'État, dont la presque totalité par les impôts, les dépenses qui s'y rapportent doivent être justifiées auprès des différents ordres de gouvernement et, par l'intermédiaire de ceux-ci, auprès de la population canadienne. Le présent rapport met principalement l'accent sur les dépenses de santé du secteur public, car les biens et les services auxquels elles se rapportent présentent un intérêt particulier pour les décideurs du système de santé, surtout en vue de la renégociation de l'accord fédéral, provincial et territorial sur la santé de 2004.

Il existe toutefois une exception majeure à cette distinction entre le financement public et privé. La pharmacothérapie prescrite chevauche les deux systèmes comme nulle autre catégorie de soins de santé au Canada¹. Contrairement aux médecins, dont plus de 98 % du financement provenait de sources publiques en 2008, et aux hôpitaux, qui ont obtenu 91 % de leur financement de la même façonⁱ, seulement 46 % de la pharmacothérapie prescrite a été assumée par l'État. Le reste, soit 54 %, a été financé par des régimes d'assurance privés ou directement par les Canadiens. Cette relation entre le financement public et privé des médicaments prescrits se poursuit, et toute pression financière susceptible d'accroître les écarts dans la couverture par le secteur privé tend à augmenter les pressions en vue d'une couverture additionnelle par le secteur public. Par conséquent, dans le cas des médicaments prescrits, cela vaut la peine d'examiner les facteurs d'accroissement des dépenses de chaque côté de la division entre le public et le privé.

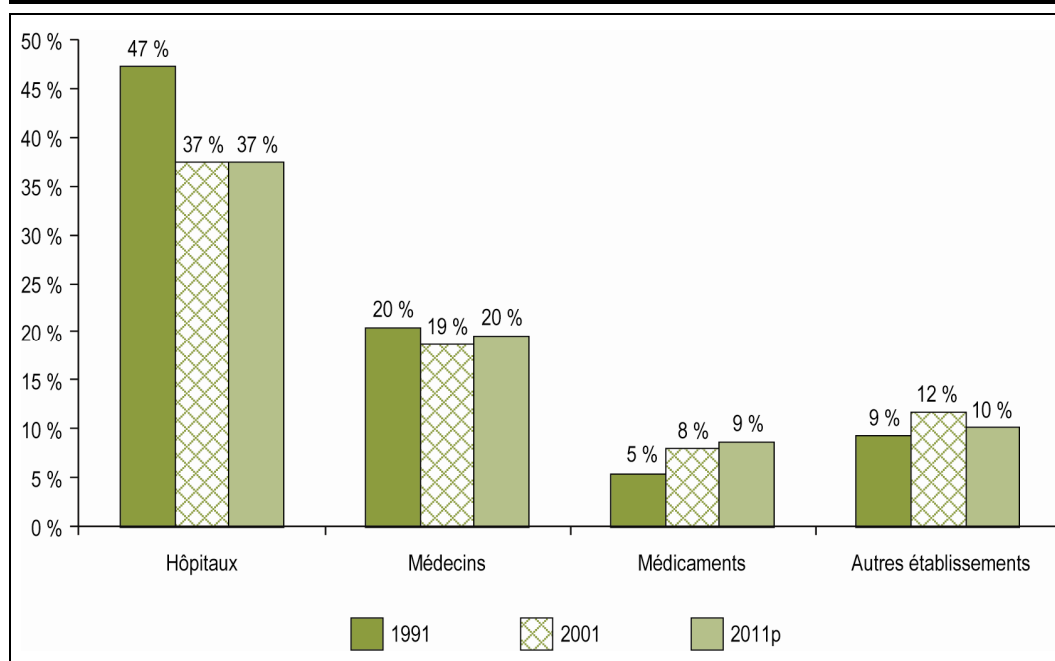
Les ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé jouent un rôle de premier plan dans la gouvernance des soins de santé publics au Canada. En vertu de la Constitution, les soins de santé sont de compétence provinciale et territoriale; la responsabilité du financement et de l'administration des services de santé incombe par conséquent aux ministères de la Santé des provinces et des territoires. De façon générale, ces services se divisent en deux catégories. La première comprend les services « médicalement nécessaires » fournis dans un hôpital ou par un médecin en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* administrée par Santé Canada. La seconde englobe les subventions et programmes provinciaux visant principalement les soins de longue durée, les services à domicile et le paiement des médicaments prescrits.

Habituellement connus sous le nom de régime d'assurance-maladie, les services couverts ont une portée pancanadienne, puisqu'en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les territoires sont tenus de respecter les cinq principes suivants : gestion publique, accessibilité, universalité, transférabilité et intégralité. Le gouvernement fédéral encourage l'harmonisation, car il a la possibilité d'appliquer des déductions à ses paiements de transfert aux provinces et aux territoiresⁱⁱ. Même si les provinces et territoires ont la liberté de financer, d'administrer et même de définir le panier de services visé par le régime d'assurance-maladie, la façon dont ils administrent leur système de santé et le choix des services qu'ils financent présentent davantage de points communs que de différences.

-
- i. Les revenus provenant de sources privées représentaient 9 % des dépenses des hôpitaux. Cela comprenait les dépenses payées par les patients et les assurances pour les services aux patients (frais des chambres à supplément, soins aux non-résidents, quote-part pour les soins chroniques, services non assurés, etc.), et les revenus ne provenant pas des patients (revenus d'investissement, services alimentaires, biens immobiliers, stationnements, location, dons, etc.).
 - ii. Lorsque la *Loi canadienne sur la santé* a été déposée en 1984, le gouvernement fédéral a prévu des déductions aux paiements de transfert aux provinces qui permettent l'imposition de frais modérateurs et la surfacturation. Depuis 2000, les déductions du gouvernement fédéral en cas de frais modérateurs et de surfacturation s'élèvent à 1 million de dollars.

Contrairement au régime d'assurance-maladie, la seconde catégorie de services n'est assujettie à aucune condition nationale d'uniformisation. Depuis les années 1970, les gouvernements territoriaux et provinciaux ont investi massivement dans la prestation ou la subvention des soins de longue durée (y compris les services à domicile et les soins communautaires et de longue durée) et les programmes de remboursement des médicaments prescrits. Durant cette décennie, la plupart des gouvernements provinciaux et territoriaux ont mis en place des régimes publics d'assurance-médicaments afin que les personnes non assurées par l'intermédiaire d'un employeur — en général les personnes âgées et les personnes à faible revenu — bénéficient d'une protection de base. Bien que le débat sur les facteurs d'accroissement des dépenses au Canada prenne souvent pour cible le régime d'assurance-maladie en raison de sa portée pancanadienne et de l'attention qu'il suscite, cette seconde catégorie de services de santé exige également des dépenses importantes de la part des ministères de la Santé des provinces et des territoires. En effet, certaines des plus fortes hausses des dépenses de santé du secteur public lui sont attribuables. Par exemple, la part des dépenses globales consacrée aux médicaments a presque doublé en 20 ans, comme l'illustre la figure 3.

Figure 3 : Part des dépenses de santé du secteur public selon l'affectation des fonds pour certaines catégories de dépenses, 1991, 2001 et 2011



Remarque

p = prévision.

Source

Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

Étant donné que l'accessibilité de ces services joue un rôle déterminant dans l'utilisation appropriée et le coût du régime d'assurance-maladie, les ministères de la Santé ont déployé des efforts considérables pour gérer les deux catégories de services au sein d'un seul système. Dans la plupart des provinces et dans un territoire, les ministères de la Santé ont confié l'administration courante et la gestion de ces services à de petits organismes publics, appelés en général autorités sanitaires régionales (leur nom varie selon la province; par exemple, au Québec, on les appelle agences de santé et des services sociaux [ASSS]). Responsables de la population de régions géographiques déterminées, les autorités sanitaires régionales sont chargées de répartir les ressources entre les différents services et d'assurer la coordination ou l'intégration de la prestation des services dans les nombreux secteurs, organismes et milieux professionnels de la santé. Toutefois, elles ne font pas la gestion des programmes de remboursement des médicaments prescrits ni des régimes de services médicaux, que les ministères provinciaux et territoriaux continuent d'administrer de manière centralisée.

Simultanément, le gouvernement fédéral joue aussi un rôle important dans l'infrastructure de la santé au Canada, notamment dans la collecte de données, la recherche en santé, par l'intermédiaire des Instituts de recherche en santé du Canada, et la réglementation des médicaments, grâce à Santé Canada, au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés et à la *Loi sur les brevets*. En outre, le gouvernement fédéral est chargé d'assurer la santé des membres des Premières Nations et des Inuits et finance divers programmes et services, y compris un programme pour les services de santé non assurés qui couvre notamment les médicaments prescrits, les soins dentaires, les soins de la vue et les voyages pour soins médicaux. Les membres de la Gendarmerie royale du Canada et des Forces armées, de même que les vétérans et les détenus des pénitenciers fédéraux, obtiennent également des prestations-maladie et des services de santé du gouvernement du Canada. Les paiements de transfert et les affectations directes du gouvernement fédéral peuvent être perçus comme un moyen d'intégrer ses systèmes aux systèmes de santé des provinces et des territoires.

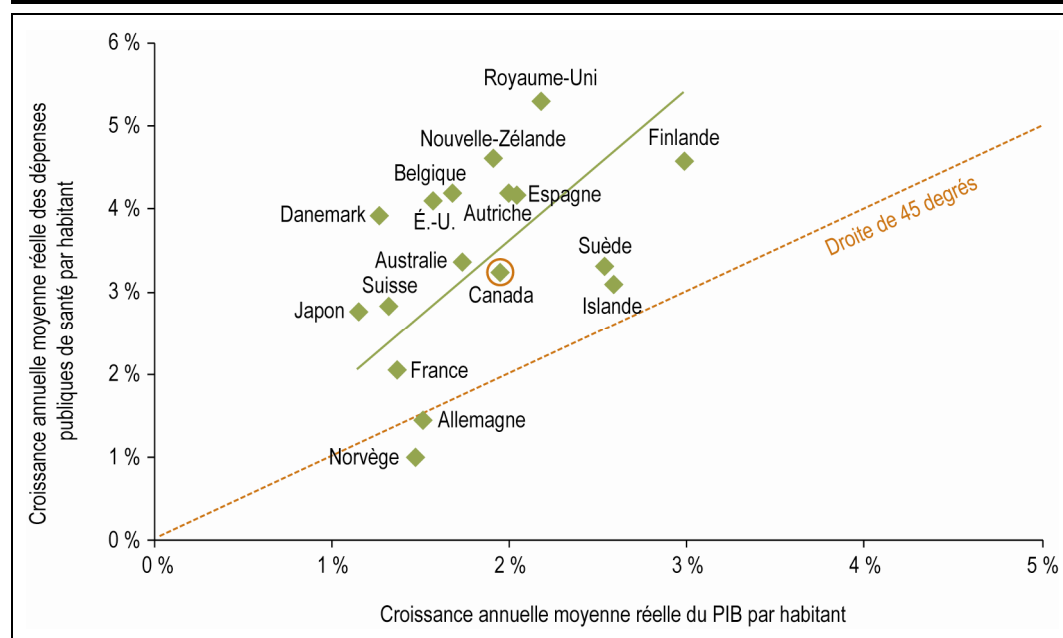
Les facteurs d'accroissement des dépenses de santé du Canada de 1998 à 2008

Contexte politique : décisions d'investir dans les services de santé

En ce qui a trait aux dépenses de santé, l'expérience du Canada se compare à celle d'autres pays de l'OCDE. La ressemblance la plus apparente est la

corrélation positive entre la croissance économique et celle des dépenses de santé du secteur public de 1998 à 2008. La figure 4 illustre cette corrélation en comparant la situation du Canada avec celle des pays de l'OCDE dont les dépenses de santé du secteur public par habitant dépassaient le seuil des 2 000 \$ US en 2008ⁱⁱⁱ. La vaste majorité des pays sont au-dessus de la droite de 45 degrés; ce qui signifie qu'à l'exception de la Norvège et de l'Allemagne, les pays affichaient un taux d'augmentation des dépenses supérieur à leur taux de croissance économique respectif de 1998 à 2008. Le Canada se situe légèrement en dessous de la ligne de tendance des pays de l'OCDE.

Figure 4 : Croissance moyenne des dépenses de santé du secteur public par habitant et PIB par habitant, 1998 à 2008



Source

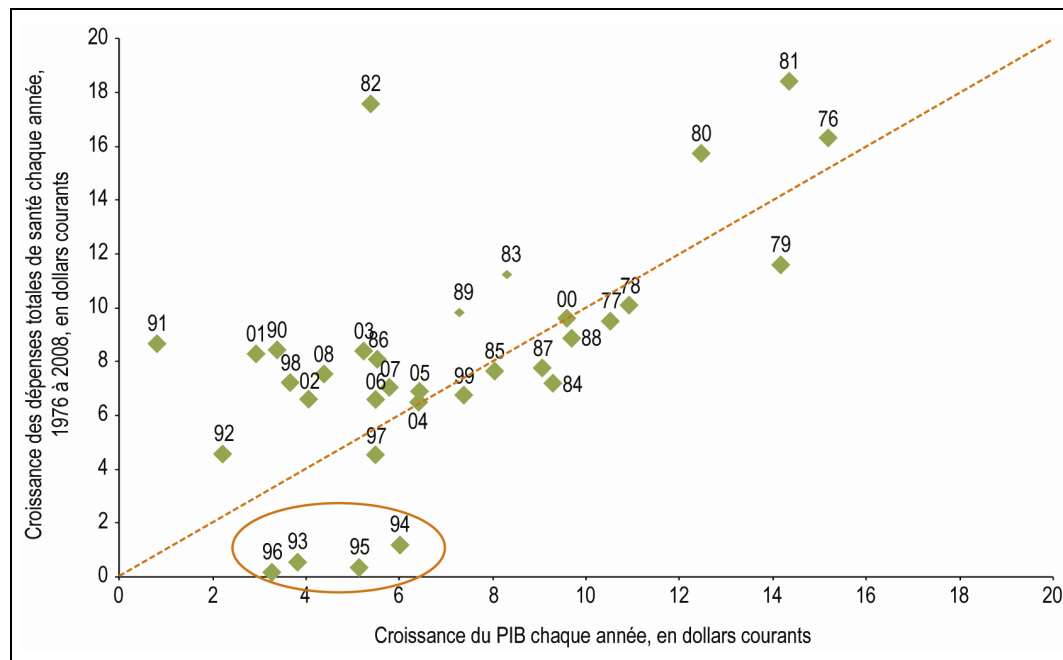
Organisation de coopération et de développement économiques, *Éco-Santé OCDE 2011*, Paris, France, juin 2011.

Après avoir situé les tendances récentes en matière de dépenses de santé au Canada dans un contexte mondial, il est utile d'examiner l'expérience du Canada sur une plus longue période. Le ratio des dépenses de santé par rapport au PIB a été à la hausse durant les 35 dernières années, affichant des pointes pendant les récessions (comme en 1981) et des diminutions pendant les périodes de reprise économique qui ont suivi les récessions. Comme l'indique la figure 5, il

iii. En 2008, 18 pays de l'OCDE satisfaisaient à ce critère et avaient adopté le système comptable comparable de l'Organisation. Voici les années durant lesquelles leurs données sont devenues comparables : Allemagne, 1992; Australie, 1998; Autriche, 1990; Belgique, 2003; Canada, 1975; Danemark, 2003; Espagne, 1999; États-Unis, 1999; Finlande, 1995; France, 1995; Islande, 2003; Japon, 1995; Luxembourg, 1999; Norvège, 1997; Nouvelle-Zélande, 2004; Royaume-Uni, 2010; Suède, 2001; Suisse, 1995. Le Luxembourg a été éliminé de cette comparaison en raison de sa petite superficie et de sa faible population.

existe une relation positive entre la croissance économique et la croissance des dépenses de santé au Canada depuis le milieu des années 1970. En général, plus la croissance économique était forte et, par conséquent, plus les revenus étaient élevés, plus les sommes consacrées à la santé étaient importantes. On remarque toutefois une exception, soit la période de 1993 à 1996 durant laquelle les gouvernements ont tenté de réduire, voire d'éliminer, leur déficit budgétaire.

Figure 5 : Croissance moyenne des dépenses totales de santé et du PIB, Canada 1976 à 2008

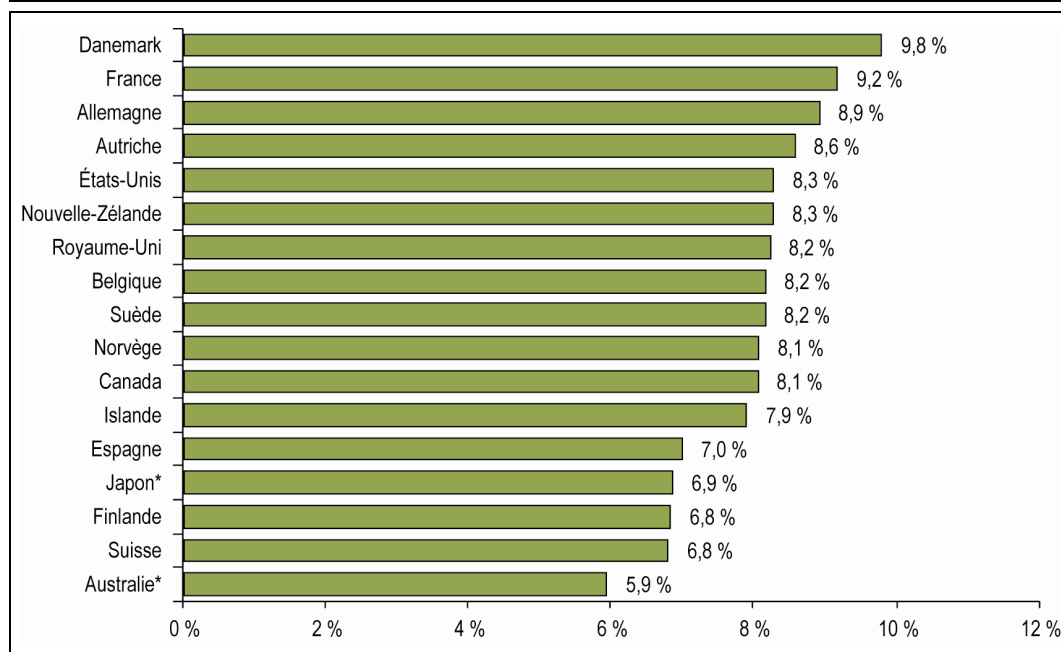


Source

Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

Avec un ratio de 70:30 pour la proportion des dépenses totales de santé relevant du secteur public et du secteur privé respectivement, le Canada affiche l'un des résultats les plus bas des pays de l'OCDE⁶ en ce qui a trait à la proportion des dépenses engagées par le secteur public. En général, les Canadiens ne réalisent pas que les États-Unis affichent des résultats plus élevés, tant pour les dépenses de santé du gouvernement par personne que pour la part de l'économie consacrée aux dépenses de santé du secteur public, et ce, même avant les réformes adoptées par le Congrès en mars 2010 afin d'élargir la couverture d'assurance. Comme l'indique la figure 6, les États-Unis affichent le cinquième ratio de dépenses de santé du secteur public par rapport au PIB de tous les pays de l'OCDE sélectionnés. Le ratio du Canada est plus élevé que celui de l'Australie, mais moins élevé que celui de plusieurs pays d'Europe, notamment la France, l'Allemagne et le Royaume-Uni.

Figure 6 : Dépenses de santé du secteur public en pourcentage du PIB dans 17 pays sélectionnés, 2009



Remarque

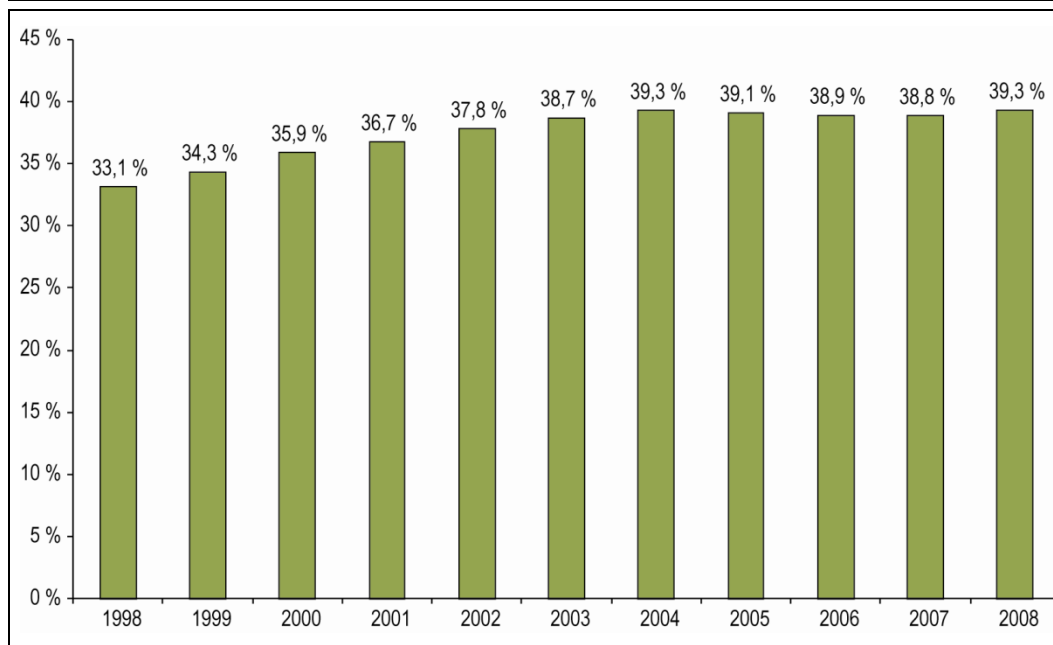
* Données de 2008.

Source

Organisation de coopération et de développement économiques, *Éco-Santé OCDE 2011*, Paris, France, juin 2011.

Les dépenses de santé du secteur public, dont la part du lion est financée par les ministères provinciaux de la Santé, ont connu une croissance annuelle moyenne de 7,4 % entre 1998 et 2008, soit supérieure à celle de la plupart des autres secteurs de dépenses des gouvernements. Cela a eu d'énormes conséquences sur la part des dépenses des provinces et territoires réservée au budget de la santé. En 1998, 33,1 % de l'ensemble des dépenses de programme a été alloué aux ministères de la Santé. Dix ans plus tard, ce taux était passé à 39,3 %. Toutefois, comme l'illustre la figure 7, le taux le plus élevé a été atteint en 2004; depuis, la part des dépenses consacrées à la santé par les gouvernements des provinces et des territoires s'est stabilisée.

Figure 7 : Dépenses totales de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux en pourcentage des dépenses totales de programme (dépenses totales moins frais de la dette), 1998 à 2008



Source

Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

Après qu'on ait tenu compte de l'inflation générale dans l'économie et de la croissance démographique, les dépenses de santé du secteur public ont tout de même augmenté de 3,4 % par an en moyenne de 1998 à 2008; ce taux représente plus du double du taux de croissance des recettes des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Toutefois, les dépenses d'autres secteurs importants, comme les transports, les communications et l'éducation, ont également connu une croissance supérieure à celle des recettes publiques. Comment cela a-t-il pu se produire? Simplement grâce au dividende budgétaire que les gouvernements ont encaissé après avoir éliminé les déficits et réduit leur niveau d'endettement dans les années 1990, réussissant ainsi à baisser — de façon très importante — les intérêts qu'ils devraient payer sur l'encours de la dette les années suivantes. Toutefois, le dividende budgétaire n'a pas été entièrement investi dans les programmes gouvernementaux comme la santé. Il a été en partie rendu aux Canadiens sous forme de réductions d'impôts significatives, ce qui explique également la croissance relativement faible des recettes publiques pendant cette décennie.

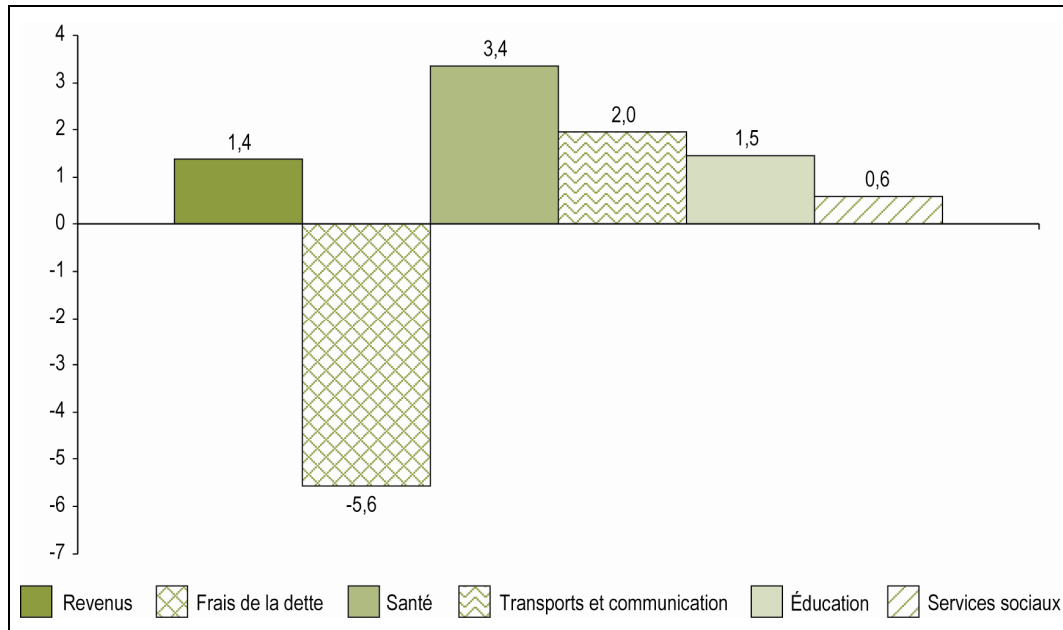
Cela soulève toutefois une question, à savoir si les réductions d'impôt consenties à la fin des années 1990 ont rongé l'assiette de revenus des provinces et des territoires et, ainsi, fait en sorte que les recettes ont connu une croissance plus lente que l'économie^{iv}. De 1998 à 2008, le taux de croissance annuel moyen des recettes publiques réelles par habitant était de 1,4 % alors que le taux de croissance annuel moyen du PIB réel par habitant était de 1,9 % et celui des dépenses de santé du secteur public atteignait 3,4 %⁸. En conséquence des réductions d'impôts, les recettes des gouvernements provinciaux et territoriaux n'ont pas suivi le rythme de la croissance économique générale. Simultanément, les dépenses de santé engagées par les gouvernements ont rapidement et largement dépassé la croissance économique et l'augmentation des recettes publiques.

La période de 1998 à 2008 est unique, car la baisse des taux d'intérêt a réduit les frais de service de la dette des gouvernements et permis d'investir dans de nouveaux programmes, d'élargir les programmes existants — y compris les soins de santé — et de réduire l'impôt^v. Atteignant 14 % en 1998, la part des intérêts de la dette relative aux dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada a chuté à 8,5 %⁹ en 2008, libérant un dividende budgétaire qui a permis aux gouvernements de réaliser plusieurs objectifs. Toutefois, après la récession mondiale qui a débuté en 2008 et le retour de déficits financiers importants, en plus de la faible croissance du PIB, les fondations d'un dividende budgétaire s'effritent.

iv. Selon Robert Evans, la part du revenu national consacrée au régime d'assurance-santé public est demeurée remarquablement stable, mais les provinces ont adopté des mesures fiscales pour réduire les taux d'imposition des particuliers et des sociétés⁷.

v. L'équilibre budgétaire atteint durant la seconde moitié des années 1990 a créé un dividende budgétaire qui a permis aux provinces d'accroître leurs dépenses de santé malgré les réductions d'impôt consenties aux particuliers et aux sociétés³.

Figure 8 : Croissance des dépenses du secteur public (santé, transports et communications, éducation, services sociaux) par rapport aux recettes et aux frais de la dette et croissance annuelle moyenne réelle des dépenses par habitant, 1998 à 2008



Source

Système de gestion financière, 2010, Statistique Canada.

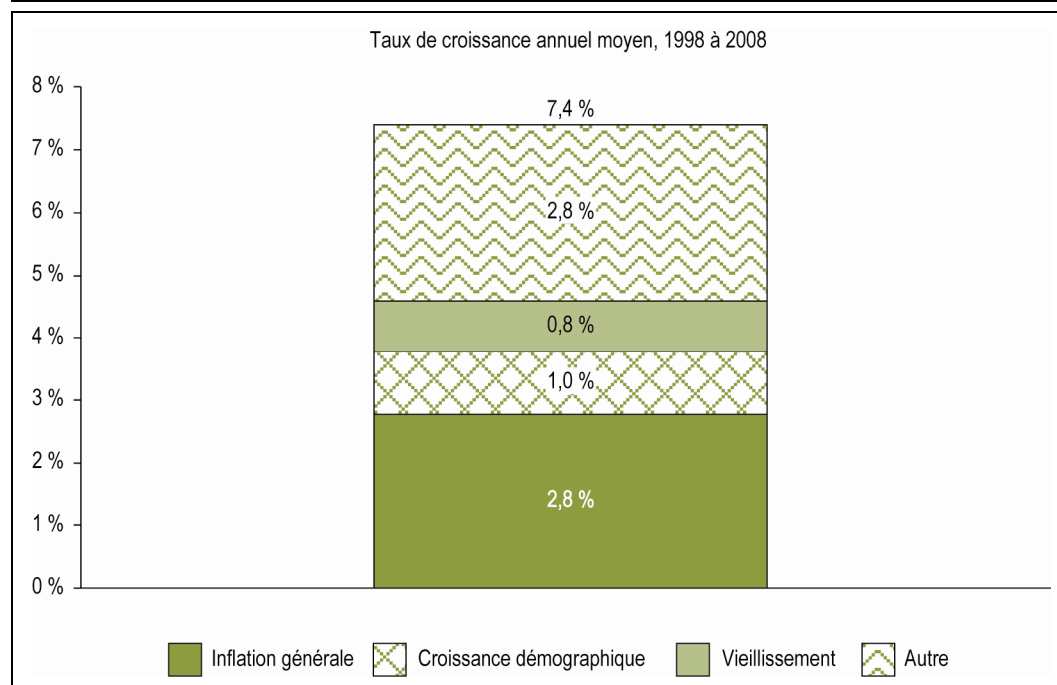
Facteurs d'accroissement des dépenses : aperçu

La figure 9 résume la contribution réelle de chaque facteur sous-jacent. La croissance démographique a ajouté en moyenne 1,0 % par an aux dépenses de santé du secteur public et compte pour 13,5 % de la croissance totale des dépenses de 1998 à 2008. Avec 0,8 % par an, le vieillissement de la population a eu un effet moins important encore sur la croissance totale (10,8 %). Ainsi, contrairement à l'opinion générale, les facteurs démographiques ont relativement peu influencé l'ensemble des coûts des soins de santé.

Les prix ont eu un effet important sur l'ensemble des dépenses de santé. Bien qu'il n'existe aucune mesure de l'inflation totale dans le secteur de la santé, il est possible d'évaluer celle-ci par rapport à l'inflation générale. L'inflation générale, mesurée à l'aide de l'indice implicite du PIB, atteignait en moyenne 2,8 % par an de 1998 à 2008, contribuant par près de 38 % à la hausse globale des dépenses de santé. Les ressources humaines de la santé constituent un élément important de la prestation des soins. Les données de l'Enquête sur l'emploi, la rémunération et les heures de travail de Statistique Canada indiquent que les revenus dans le secteur de la santé ont connu une augmentation supérieure à la moyenne des autres secteurs de l'économie¹⁰. Puisqu'on ne peut déterminer le taux exact d'inflation dans le secteur de la santé, ce facteur a été classé dans la catégorie Autre.

Cette dernière comprend tous les autres facteurs, tels que les changements technologiques, l'utilisation accrue et la différence entre l'inflation du secteur de la santé et l'inflation générale. Du point de vue des décideurs du système de santé, cette catégorie est de première importance, car les facteurs qui la composent peuvent faire l'objet d'un certain contrôle. Toutefois, ces facteurs sont plus difficiles à dissocier. Au total, la catégorie Autres représente 37,8 % de la croissance de l'ensemble des dépenses de santé du secteur public pendant la période étudiée, soit le même taux que l'inflation générale.

Figure 9 : Contribution des facteurs à la croissance annuelle moyenne des dépenses de santé du secteur public, 1998 à 2008

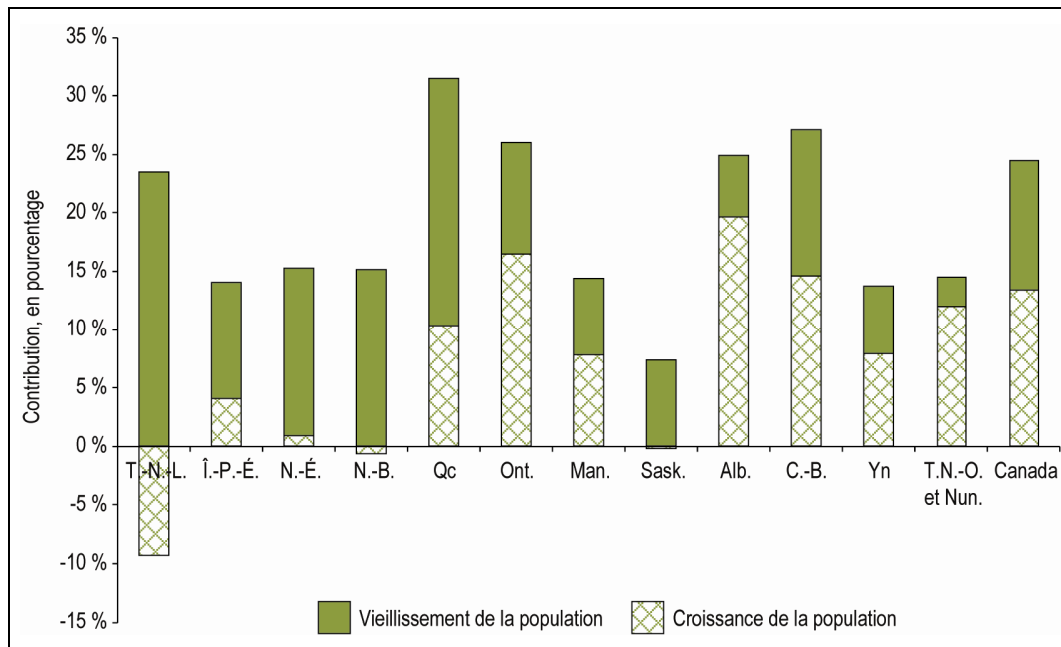


Sources

Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé; indice implicite du PIB, Statistique Canada, 2010.

Il est important de souligner que la figure 9 présente uniquement les moyennes canadiennes et que la croissance de même que le vieillissement de la population varient considérablement selon la province et le territoire. Étant donné que ces facteurs peuvent servir à déterminer la demande en matière de services de santé, l'examen de leur contribution respective dans chacune des provinces et chacun des territoires (figure 10) est d'autant plus pertinent. En outre, le vieillissement contribue davantage à la hausse des dépenses de santé dans certains secteurs; ce fait est examiné en détail plus loin dans le rapport.

Figure 10 : Contribution de la croissance démographique et du vieillissement à la croissance des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux, selon la province et le territoire, 1998 à 2008



Source

Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

On remarque au Canada une variation graduelle d'est en ouest : les répercussions du vieillissement sont plus importantes dans la région de l'Atlantique et au Québec qu'en Ontario et dans les provinces de l'Ouest. Les différences de profil démographique entre les provinces et les territoires sont attribuables à de nombreux facteurs, notamment à l'immigration et à la migration interprovinciale. L'arrivée de personnes en âge de travailler dans une province ou un territoire diminue habituellement l'importance du vieillissement comme facteur d'accroissement des dépenses de santé.

Analyse de chaque facteur d'accroissement des dépenses

La présente section analyse chaque facteur d'accroissement des dépenses afin de déterminer avec précision les plus fortes pressions pour chaque catégorie. Cette méthode comporte toutefois certains risques. Le premier concerne la complexité des facteurs d'accroissement des dépenses, eux-mêmes formés bien souvent d'une combinaison d'éléments. En outre, les facteurs d'accroissement

des dépenses sont synergiques, en ce sens que même s'ils semblent anodins lorsqu'on les examine individuellement, leur combinaison peut avoir des effets importants sur les dépenses. L'exemple ci-dessous illustre bien ce point.

Les dépenses consacrées aux médecins sont souvent traitées séparément des autres catégories; pourtant, les médecins au Canada prennent des décisions qui ont des conséquences directes sur d'autres secteurs de la santé, notamment ceux des hôpitaux et des médicaments. Il incombe principalement aux médecins de déterminer le nombre de patients nécessitant des soins hospitaliers et des tests diagnostics plus poussés, en fonction de leurs examens et diagnostics cliniques. Conséquence de leur pouvoir de prescrire des médicaments, les médecins influent grandement sur le volume et le type de produits pharmaceutiques consommés par les Canadiens, peu importe que le financement provienne de sources publiques ou privées.

Autrement dit, il existe une relation synergique entre les dépenses que les gouvernements consacrent aux médecins (y compris le mode de rémunération, s'il influence les comportements d'orientation et de prescription) et celles qu'ils consacrent aux hôpitaux et au remboursement des médicaments prescrits. Ces effets doivent donc être pris en compte lorsqu'on examine les secteurs de la santé ou les facteurs d'accroissement des dépenses de manière individuelle.

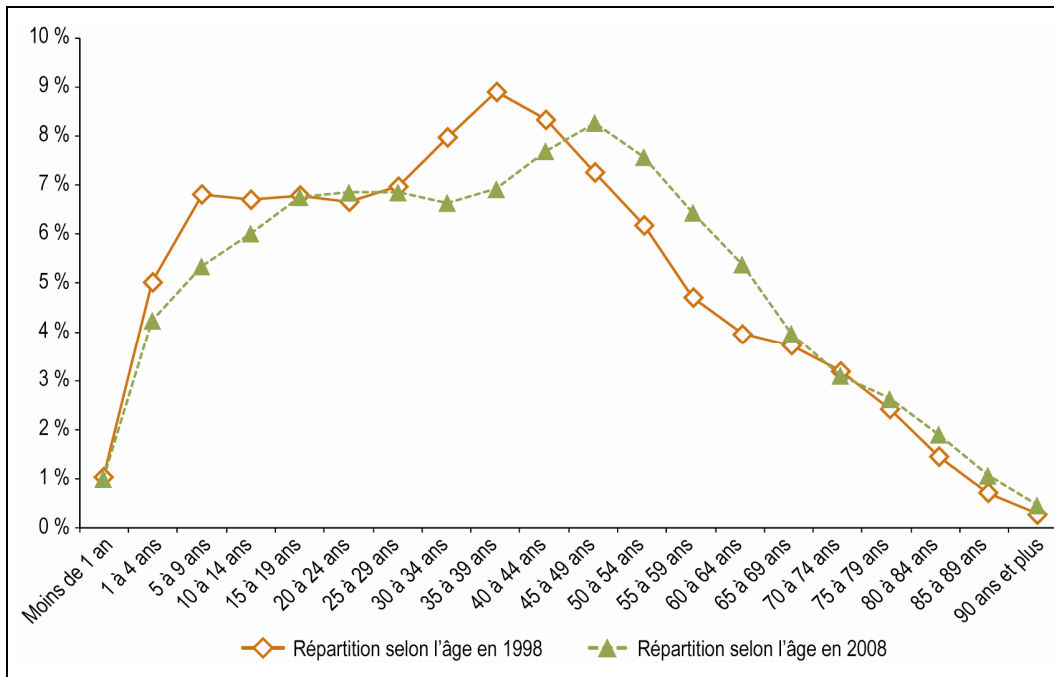
L'analyse ci-dessous porte sur le vieillissement et les principaux facteurs d'accroissement des dépenses de la catégorie Autre présentée plus haut, notamment l'inflation propre au secteur de la santé, l'utilisation accrue et les changements technologiques.

Vieillissement de la population

La population du Canada augmente et évolue selon les taux de natalité, de mortalité, d'immigration et d'émigration. Bien qu'ils n'ont pas de contrôle sur ces facteurs, les décideurs du système de santé doivent tout de même tenir compte des conséquences d'une population croissante sur la demande potentielle de services de santé dans les années à venir.

Le vieillissement traduit un changement de la structure de l'âge au sein de la population. Comme un grand nombre de pays industrialisés, le Canada connaît un changement sur le plan démographique. La figure 11 permet de constater que même si la population d'âge moyen (quarantaine et cinquantaine) forme la plus forte concentration, les premiers membres de la génération du baby-boom — la plus importante de l'histoire récente du Canada — atteignent l'âge de 65 ans.

Figure 11 : Répartition de la population selon le groupe d'âge, 1998 et 2008



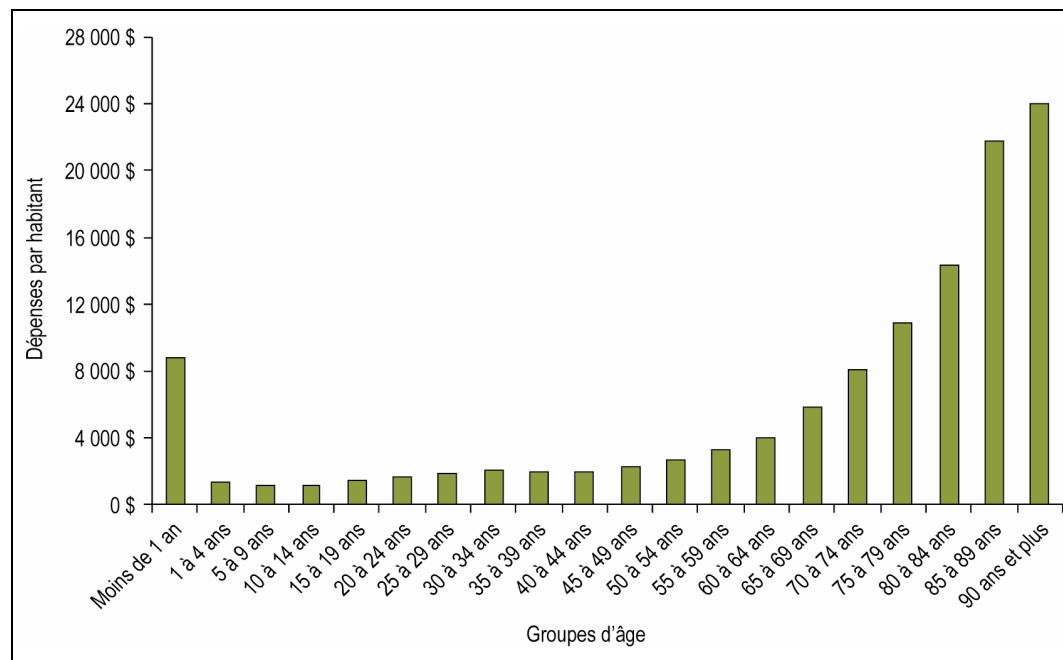
Source

Estimations de la population du Canada (1^{er} juillet), Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2010.

Par conséquent, certains ont l'impression que le vieillissement de la population entraînera une plus grande demande de services et accélérera la croissance des dépenses de santé. Toutefois, les personnes âgées forment un groupe diversifié. Comme l'illustre la figure 12, les dépenses consacrées à la santé par les gouvernements des provinces et des territoires varient dans les derniers groupes d'âge. En moyenne, les dépenses de santé les plus élevées par personne concernent les personnes âgées de 80 ans et plus.

Les personnes très âgées requièrent des dépenses de santé plus élevées principalement pour deux raisons : le coût des soins de santé au cours des derniers mois de vie et les soins médicaux plus soutenus que nécessite en vieillissant une minorité de la population atteinte de maladie chronique. Des données d'enquête indiquent une corrélation plus étroite entre la présence de multiples maladies chroniques et le recours élevé aux services de santé qu'entre l'âge et l'utilisation¹¹.

Figure 12 : Dépenses de santé des provinces et des territoires par habitant selon le groupe d'âge, 2008



Source

Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

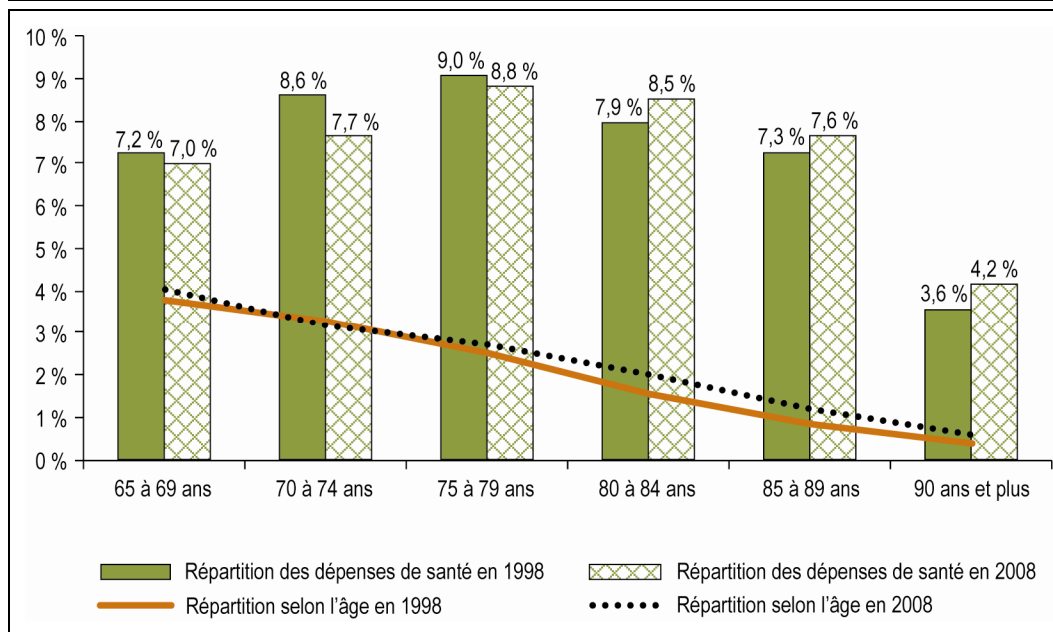
Fin de vie

Des données probantes indiquent que l'approche de la mort, et non le vieillissement, constitue le facteur clé en matière de dépenses de santé. Par exemple, une étude sur l'expérience de 22 pays de l'OCDE révèle une corrélation négative entre le vieillissement de la population et les dépenses de santé, une fois que l'on tient compte de l'approche de la mort¹². Une autre étude, qui utilise la démarche d'établissement du coût de fin de vie, conclut que l'approche de la mort, et non le vieillissement, est le facteur d'accroissement des dépenses le plus important¹³.

Bien que les Canadiens de plus de 65 ans représentent moins de 14 % de la population, ils consomment près de 44 % des fonds alloués par les gouvernements provinciaux et territoriaux à la santé^{vi}. Toutefois, la part consacrée aux personnes âgées du Canada n'a pas beaucoup changé durant la dernière décennie, passant de 43,6 % en 1998 à 43,8 % en 2008. Par conséquent, les effets du vieillissement de la population ont évolué lentement.

vi. La conception des programmes y contribue également un peu. Par exemple, la plupart des programmes provinciaux et territoriaux de remboursement des médicaments ciblent les personnes âgées.

Figure 13 : Proportion de la population des personnes âgées et des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux qui leurs sont consacrées, selon le groupe d'âge



Source

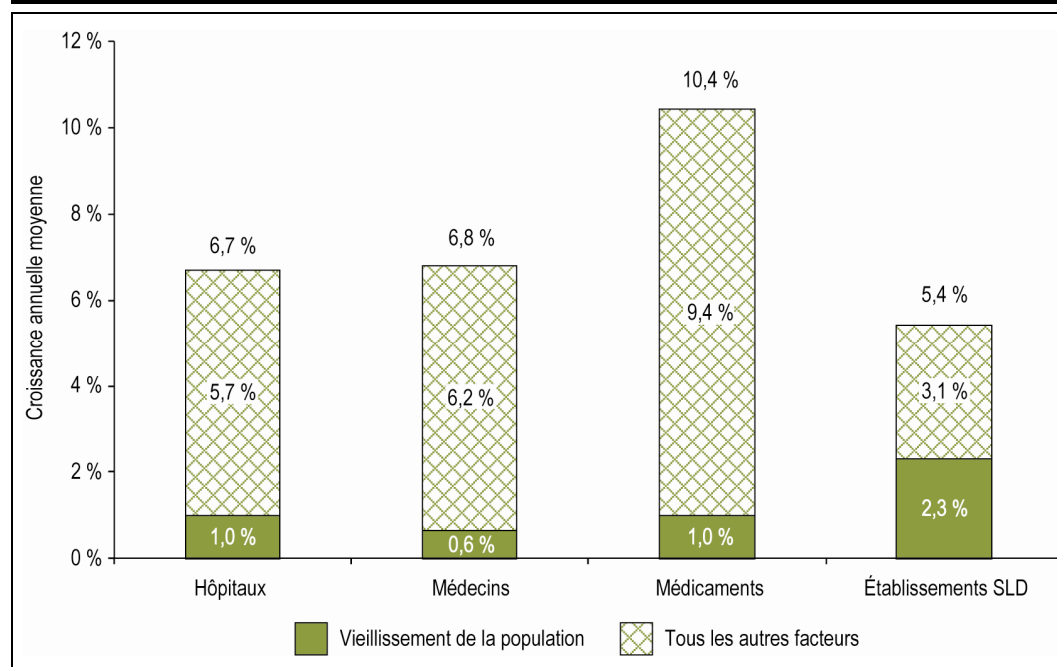
Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

Bien que le vieillissement de la population ne représente qu'une part relativement modeste de l'accroissement des dépenses, son effet reflète simplement le vieillissement à ce jour de la population née avant le baby-boom. Au Canada, des études ont prédit les répercussions du vieillissement sur les coûts futurs des soins de santé. Par exemple, une étude réalisée en 2001 par le Conference Board du Canada prévoit que la contribution moyenne de la population vieillissante à la hausse des dépenses de santé du secteur public sera de 0,9 % par an de 2000 à 2020¹⁴. Un récent rapport du Bureau du directeur parlementaire du budget prévoit également une croissance annuelle due au vieillissement de 0,9 %. On s'attend à ce que ce taux augmente de façon constante pour atteindre 1,2 % par an jusqu'en 2030, puis qu'il chute brusquement au cours des années suivantes¹⁵.

En revanche, il se pourrait également que la génération du baby-boom ait des attentes et des besoins différents après avoir atteint l'âge de 65 ans, et cela pourrait modifier la façon dont elle utilise le système de santé. La figure 14 montre que les effets du vieillissement ont légèrement varié d'une catégorie à l'autre. Tandis que le vieillissement n'a ajouté que 0,6 % au taux annuel moyen de croissance des dépenses consacrées aux médecins, il a contribué de 2,3 % par an en moyenne à la croissance des dépenses des établissements de soins de longue durée.

À l'avenir, les décideurs devront donc tenir compte de l'évolution des besoins des personnes âgées dans le continuum des soins.

Figure 14 : Contribution du vieillissement à la croissance annuelle moyenne des dépenses consacrées aux hôpitaux, aux médecins, aux médicaments et aux établissements de soins de longue durée



Remarque

SLD : soins de longue durée.

Source

Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

Santé de la population

Alors que les personnes âgées semblent davantage avoir recours aux soins de santé en vieillissant, les tendances actuelles suggèrent que les personnes âgées sont en meilleure santé que jamais¹⁶, et ce, jusqu'à un âge très avancé. En outre, l'état de santé des personnes en début de vieillesse semble comparable à celui des adultes de moins de 65 ans.

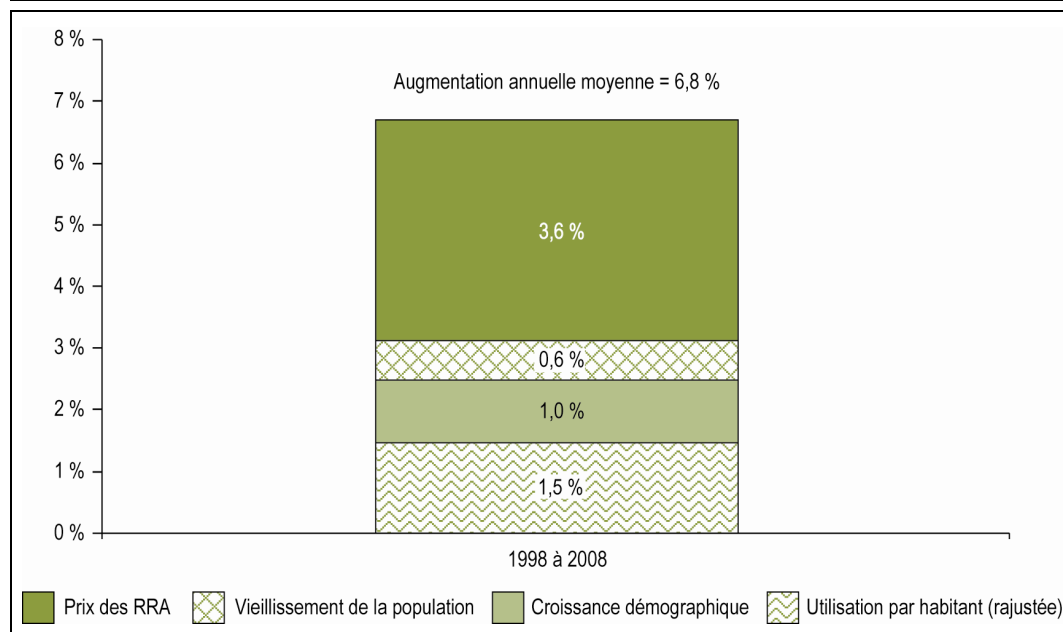
En ce qui a trait à la santé de la population, le statut socioéconomique est un important déterminant de la santé, donc de l'utilisation des soins de santé. Étant donné l'amélioration globale des niveaux de revenu et d'éducation de la population canadienne, les personnes âgées d'aujourd'hui sont en bien meilleure santé qu'avant. L'amélioration du statut socioéconomique a également eu un effet sur le mode de vie adopté par les personnes âgées, tels l'abandon du tabagisme, l'activité physique régulière, l'alimentation saine et l'abstinence de consommation d'alcool¹⁷. Compte tenu des changements dans les principaux déterminants de la santé, les perspectives concernant l'état de santé global des personnes âgées du Canada semblent favorables. Toutefois, les répercussions de l'amélioration du statut socioéconomique et les changements dans les habitudes de vie sur les coûts des soins de santé sont difficiles à déterminer, car certains effets peuvent s'annuler mutuellement. Ainsi, la diminution du tabagisme peut avoir un effet positif sur la santé et les coûts qui s'y rapportent, mais la hausse du nombre de cas d'obésité pourrait avoir un effet négatif. Bien que cette interaction complexe nous empêche de déterminer avec précision ce que l'avenir nous réserve, elle offre l'occasion de continuer à mettre l'accent sur la prévention et la promotion de la santé.

Inflation dans le secteur de la santé

Durant la période de 1998 à 2008, l'inflation générale a été maîtrisée. La Banque centrale du Canada a adopté une politique monétaire visant à contenir l'inflation dans la fourchette cible de 1 % à 3 %. Même si l'inflation générale échappe totalement au contrôle des décideurs du système de santé, elle a néanmoins une incidence sur la négociation des conventions collectives.

Les coûts de la main-d'œuvre constituent un facteur important de l'inflation dans le secteur de la santé. Les domaines dans lesquels l'inflation s'est le plus manifestée sont les coûts des services des médecins et l'écart de la rémunération dans le secteur de la santé et de l'aide sociale, selon la définition et la mesure de Statistique Canada, par rapport à l'économie en général. La figure 15 illustre la contribution de quatre facteurs clés à la croissance annuelle moyenne des dépenses consacrées aux médecins (6,8 %) de 1998 à 2008. La hausse des barèmes tarifaires représente plus de la moitié de cette croissance durant la même période (3,6 % par an). La rémunération des médecins a augmenté plus rapidement que les prix des autres biens et services gouvernementaux de 1998 à 2008, malgré qu'elle ait augmenté plus lentement de 1975 à 1998. Surtout, elle a augmenté plus rapidement que la rémunération hebdomadaire moyenne des autres travailleurs du domaine de la santé et des services sociaux au cours de la dernière décennie.

Figure 15 : Contribution des facteurs à la croissance des dépenses consacrées aux médecins, 1998 à 2008



Remarque

RAA : rémunérations à l'acte.

Source

Base de données nationale sur les médecins, Institut canadien d'information sur la santé.

Les hausses relatives des frais et des honoraires liés aux services dispensés par les médecins devront absolument être surveillées à l'avenir par les décideurs du système de santé, tout comme l'évolution du champ de pratique des autres professionnels de la santé. On examine avec un intérêt accru la possibilité que certains professionnels de la santé, comme les infirmières praticiennes et les pharmaciens, fournissent ou complètent des services offerts actuellement par les médecins.

Évolution du champ de pratique des dispensateurs de soins de santé

Au fil des ans, le champ de pratique du personnel infirmier n'a cessé d'évoluer. Prenons comme exemple le cas des infirmières praticiennes (IP). Les IP sont des infirmières autorisées en pratique avancée qui ont acquis une éducation, une formation et une expérience additionnelles. La profession d'IP est réglementée partout au pays depuis 2006, sauf au Yukon¹⁸.

Les IP ont la responsabilité d'évaluer les patients, de demander et d'interpréter les tests diagnostics, de rédiger les ordonnances et de réaliser des interventions précises qui, en vertu de la loi, font partie de leur champ de pratique. Elles travaillent dans divers milieux (hôpitaux, services de santé publique, centres de santé communautaire, etc.), consultent les médecins et collaborent avec un certain nombre de professionnels de la santé.

Puisque les IP sont autorisées à fournir une vaste gamme de services de santé, l'élargissement des fonctions du personnel infirmier, comme ce fut le cas pour les IP, peut représenter une solution viable pour combler les lacunes du système de santé.

Le champ de pratique des pharmaciens au Canada a aussi évolué. Cette évolution témoigne d'une tendance internationale qui vise notamment à réformer les soins de santé primaires, à promouvoir la collaboration interprofessionnelle, à employer les ressources humaines de la santé de manière efficace et à améliorer la sécurité et les résultats de la pharmacothérapie. L'évolution a permis aux pharmaciens, dont le rôle consistait principalement à délivrer des médicaments, d'adopter une approche des soins pharmaceutiques axée sur les patients.

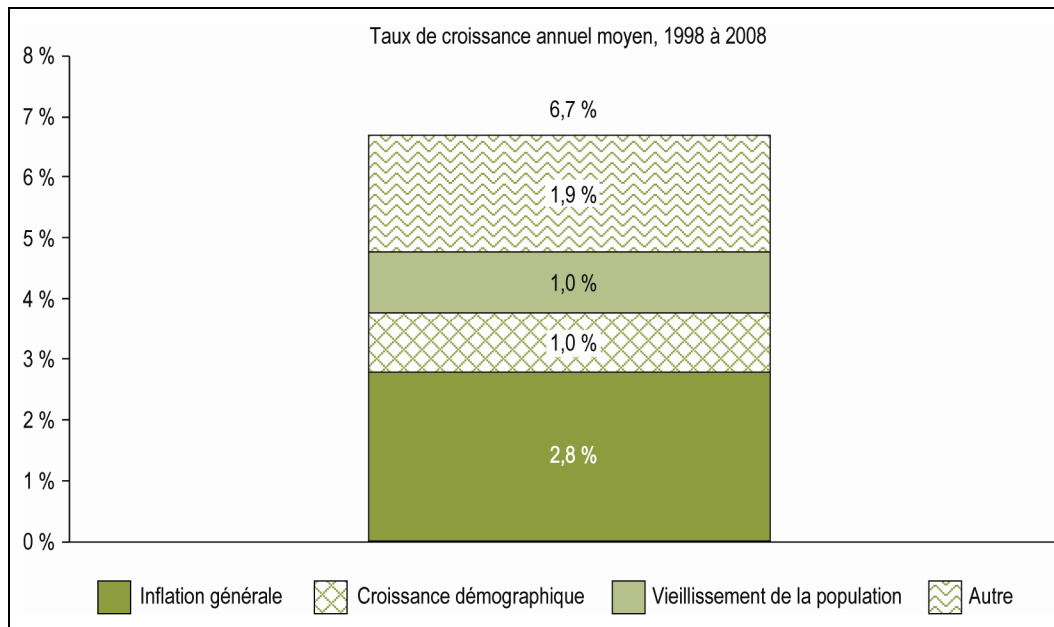
Traditionnellement au Canada, seul un nombre restreint de professionnels était autorisé à prescrire des médicaments. Grâce aux modifications apportées récemment aux lois ou aux règlements de plusieurs provinces, les pharmaciens peuvent désormais amorcer, poursuivre ou modifier une pharmacothérapie, notamment en renouvelant une prescription ou en exerçant un pouvoir de prescription indépendant.

L'évolution du rôle des pharmaciens permet également à ceux-ci de participer davantage à la vérification de la qualité des médicaments utilisés et à l'optimisation de la pharmacothérapie afin d'aider les patients à réaliser leurs objectifs de santé et à améliorer leur qualité de vie, en collaboration avec d'autres dispensateurs de soins¹⁹.

L'inflation a aussi beaucoup contribué à la hausse des coûts hospitaliers (figure 16). Le secteur de la santé en général est exigeant en main-d'œuvre et les hôpitaux ne font pas exception. La rémunération représente 60 % des dépenses des hôpitaux et le personnel infirmier représente le gros de la main-d'œuvre hospitalière. La rémunération de la main-d'œuvre hospitalière a augmenté plus rapidement que dans les secteurs autres que la santé. La hausse des salaires dans les hôpitaux a dépassé celle des taux de rémunération faisant partie de l'indice des salaires industriels et celle enregistrée dans la composante

santé et services sociaux de l'Enquête sur l'emploi, la rémunération et les heures de travail de Statistique Canada. L'indice du salaire horaire des employés des hôpitaux a augmenté en moyenne de 3,4 % par an de 1998 à 2008. Comme l'ensemble des coûts salariaux dans le secteur de la santé, le salaire horaire nominal dans le secteur de la santé et de l'aide sociale a connu une croissance annuelle moyenne de 3,1 % de 1998 à 2008, contre 2,5 % dans l'économie en général. Cela pourrait être attribuable, en partie, à une demande accrue de professionnels de la santé dans les hôpitaux.

Figure 16 : Contribution des facteurs à la croissance des dépenses hospitalières, 1998 à 2008



Source

Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

Hausse du personnel de la santé

Le nombre de médecins par habitant a augmenté de façon considérable chaque année depuis 2003, surtout en raison de la hausse des diplômés des facultés de médecine du Canada depuis le début de la dernière décennie (2002), mais aussi en raison du nombre croissant de diplômés étrangers en médecine entrant sur le marché du travail pendant la même période. De 2003 à 2008, le nombre de médecins par 1 000 habitants au Canada a connu une croissance supérieure à celui de six des huit pays de l'OCDE affichant des données comparables. Toutefois, cette croissance était en partie destinée à rattraper le ralentissement causé par le contingentement des facultés de médecine au cours des années 1990. De 2000 à 2008, le taux de croissance canadien du nombre de médecins par 1 000 habitants se situait dans la moyenne par rapport aux pays de l'OCDE qui déclarent des données comparables. Pour ce qui est du nombre de diplômés en médecine par 100 000 habitants, le Canada se situe encore dans le tiers inférieur des pays de l'OCDE^{vii}.

Le nombre de personnes travaillant dans les hôpitaux a aussi augmenté de 1999 à 2008. En outre, le nombre d'employés équivalents à temps plein, calculé en fonction des heures rémunérées dans les hôpitaux, a augmenté de 21 % durant cette période. Cela pourrait être attribuable, en partie, à l'expansion des services hospitaliers (comme les arthroplasties de la hanche et du genou et l'imagerie diagnostique).

En bref, la rémunération a contribué à l'accroissement des dépenses des hôpitaux pour deux raisons : salaires et traitements plus élevés par employé et augmentation constante du personnel hospitalier.

Pour ce qui est des médicaments, le contrôle des prix des médicaments brevetés, l'expiration de certains brevets importants et le remplacement de médicaments de marque par des médicaments génériques moins coûteux ont permis de freiner l'inflation. Par exemple, les hypocholestérolémiants ont contribué le plus à la croissance des dépenses en médicaments, mais l'arrivée du premier médicament générique dans cette catégorie a ralenti cette croissance durant la période à l'étude, et deux autres médicaments de marque de la même catégorie céderont peu à peu leur place à des équivalents génériques au cours des prochaines années. Les médicaments gastro-intestinaux constituent une autre catégorie où l'arrivée de médicaments génériques a contribué à réduire le taux de croissance des dépenses.

En moyenne, le prix des médicaments génériques au Canada en 2008 correspondait à environ 60 % du prix des produits pharmaceutiques de marque. Selon les données disponibles du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, le Canada affichait les prix les plus élevés pour les médicaments génériques par rapport aux pays de comparaison et était classé au deuxième rang (avec l'Allemagne) pour le prix des médicaments brevetés. Dans un important effort visant à maximiser les économies réalisées par la mise en marché de médicaments génériques, les

vii. En 2007, dernière année offrant des données complètes, le Canada comptait 6,2 diplômés en médecine par 100 000 habitants, soit le cinquième plus petit nombre parmi les 32 pays de l'OCDE. En 2009, ce nombre avait augmenté à 7 diplômés par 100 000 habitants²⁰.

régimes publics d'assurance-médicaments à l'échelle du Canada ont commencé à mettre en place des politiques limitant le prix des médicaments génériques à un pourcentage du prix du médicament de marque connexe. Depuis 2010, la plupart des gouvernements provinciaux ont adopté des politiques de fixation des prix des médicaments génériques ou revu les politiques en place afin d'établir une gamme de prix maximaux admissibles variant de 25 % à 56 % du prix des produits de marque.

Technologie

Les effets des changements technologiques comme facteur d'accroissement des dépenses ont été difficiles à quantifier. Les résultats obtenus à l'aide de méthodes de mesure différentes suggèrent que la technologie constitue sans doute un facteur important au sein de la catégorie Autres^{viii}. Par exemple, dans une enquête sur les changements technologiques et leurs répercussions sur les dépenses de santé, le United States Congressional Budget Office cite un certain nombre d'études indiquant que les changements de nature technologique apportés à la pratique médicale ont contribué dans une échelle de 38 % à 65 % ou plus à la croissance des dépenses réelles de santé par habitant aux États-Unis²³.

Bien qu'elle augmente les dépenses à court terme, la technologie peut également jouer un rôle important dans la réduction des coûts à moyen et à long termes. Les nouveaux traitements aux coûts non récurrents peuvent réduire les dépenses si on les utilise en remplacement de traitements plus coûteux. Si l'on réussit un jour à éliminer les maladies comme le glaucome ou la cardiopathie grâce à des changements technologiques relatifs aux traitements génétiques, alors ce type de changements peut en effet réduire les coûts. La coronarographie, par exemple, a permis d'améliorer le diagnostic de cardiopathie et de réduire le coût moyen des traitements²³.

Une autre façon de faire la différence consiste à séparer les technologies qui ne permettent pas de prévenir ou de guérir une maladie, mais seulement d'en atténuer les symptômes; celles-ci font habituellement augmenter les coûts. Les technologies qui préviennent et guérissent les maladies offrent la possibilité de réduire les coûts. La première catégorie de technologies concerne surtout les maladies et affections chroniques comme le diabète, tandis que la seconde comprendrait la coronarographie.

Les technologies auxquelles la présente section fait référence peuvent comprendre les dispositifs et appareils médicaux (comme ceux utilisés pour l'imagerie), les instruments chirurgicaux de pointe (comme les appareils robotisés), les technologies de l'information et des communications (ordinateurs, dossiers de santé électroniques, télésanté, etc.) ainsi que les médicaments prescrits. Les changements technologiques comportent deux facettes : d'une

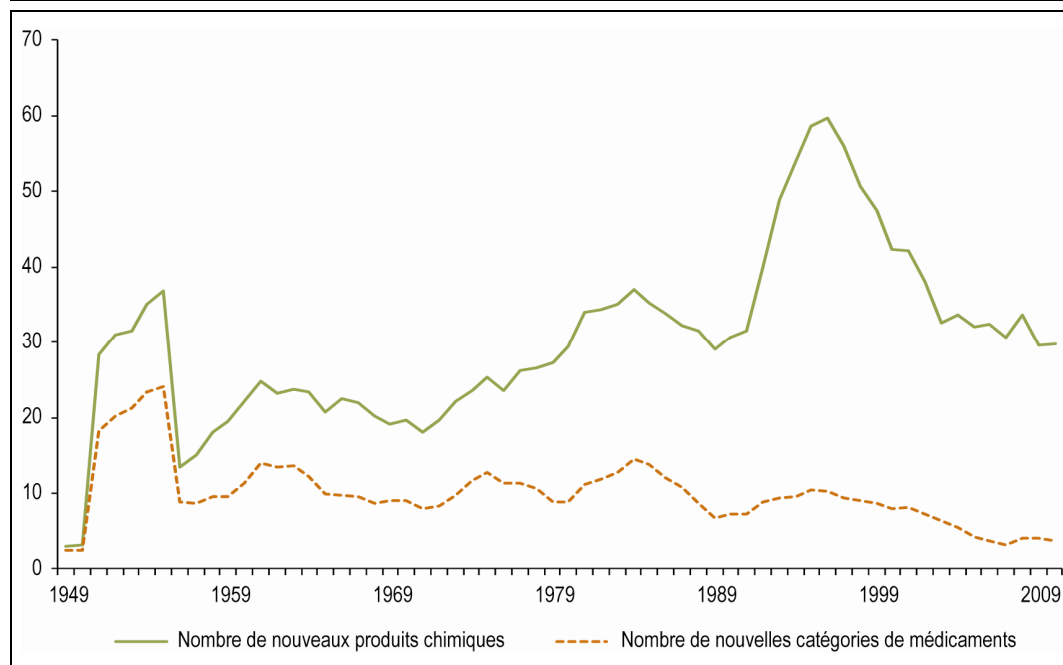
viii. David Cutler estime que les répercussions des changements de nature technologique apportés à la pratique médicale représentent 49 % de la croissance des dépenses réelles de santé par habitant²¹, tandis que Joseph P. Newhouse établit cette contribution à plus de 65 %²².

part, la mise en marché de nouveaux produits (par exemple, les nouveaux médicaments contre le cancer) et de nouvelles techniques (comme la chirurgie bariatrique) et, d'autre part, la modification des pratiques cliniques et de la demande des patients en raison de l'existence de nouveaux produits et de nouvelles techniques. Les nouvelles technologies apparaissant à un rythme accéléré, les pressions exercées sur les décideurs — par les patients, les dispensateurs et les fabricants — pour l'élargissement de la couverture des régimes publics et l'utilisation de ces nouvelles technologies sont omniprésentes. Parallèlement, les citoyens du Canada s'attendent à ce que leurs gouvernements gèrent de façon prudente les deniers de l'État, et les responsables de l'élaboration des politiques peuvent influencer sur la manière dont les nouvelles technologies sont intégrées et utilisées dans le système.

Les changements technologiques constituent un facteur d'accroissement des dépenses important pour les programmes publics et privés de remboursement des médicaments prescrits, puisque les variations du nombre et des types de médicaments mis au point ont une incidence sur les dépenses en médicaments. Par exemple, le nombre de nouveaux médicaments approuvés au cours des années 2000 a diminué par rapport aux années 1990 (voir la figure 17). À l'opposé du nombre total de nouveaux médicaments, le nombre de nouveaux médicaments définissant une nouvelle catégorie est demeuré relativement stable (on pourrait même dire qu'il a diminué depuis les années 1970). Ainsi, une part importante de la vague d'approbation de nouveaux médicaments durant les années 1990 concernait des médicaments n'ayant défini aucune nouvelle catégorie^{ix}. La baisse du nombre de médicaments approuvés, ainsi que la mise en marché de médicaments génériques à grande utilisation, ont vraisemblablement contribué au ralentissement de la croissance des dépenses en médicaments observé depuis 2005.

ix. Ces médicaments sont souvent appelés des « succédanés », mais dans certains cas, de nombreux médicaments d'une même catégorie sont considérés comme des innovations ou des percées technologiques.

Figure 17 : Nouveaux produits chimiques et nouvelles catégories de médicaments dont la vente a été approuvée, Canada, 1949 à 2010



Sources

Base de données sur les produits pharmaceutiques, Santé Canada; base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Les catégories de médicaments qui contribuent à l'accroissement des dépenses en produits pharmaceutiques au Canada ont aussi évolué au cours de la dernière décennie, témoignant des changements constatés dans la mise au point des médicaments. Bien que les catégories de médicaments contre les affections courantes, telles que l'hypertension, l'hypercholestérolémie, les ulcères ou les brûlures d'estomac et la dépression, aient connu une croissance rapide dans les années 1990 et au début des années 2000, la croissance des dépenses qui s'y rapportent a commencé à ralentir vers la fin de la décennie²⁴. Un examen approfondi de la seconde moitié de la décennie a révélé un taux de croissance plus rapide pour les médicaments contre des affections moins courantes, mais souvent plus graves, telles que le cancer et les maladies auto-immunes.

Ces deux catégories comprennent de nouveaux médicaments biologiques provenant de sources naturelles et non de la synthèse chimique. Étant donné l'importance des médicaments contre le cancer et des activités de recherche et de développement dans ce domaine (en fait, près de 30 % des essais cliniques de dernière étape concernent des médicaments contre le cancer), il est probable que ces médicaments demeurent un facteur important de la croissance des dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques.

Pour équilibrer ces pressions concurrentes, les décideurs du système de santé ont tendance à se fonder sur les évaluations des technologies de la santé pour autoriser ou refuser le lancement d'une nouvelle technologie ou pour inclure un nouveau médicament prescrit dans la couverture des régimes publics. Au Canada, les évaluations des technologies de la santé sont menées par divers organismes dans un grand nombre de provinces et de territoires ainsi que par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), un organisme sans but lucratif qui publie des données probantes sur l'efficacité et l'efficience des technologies de la santé. Les rapports et évaluations sur les médicaments courants produits par l'ACMTS, ainsi que ceux publiés par les organismes provinciaux et territoriaux ayant reçu un mandat semblable, permettent aux différents ministères de la Santé de prendre des décisions plus éclairées et d'élaborer des politiques qui déterminent les médicaments à inclure dans les régimes publics d'assurance.

Utilisation accrue

Au cours de la dernière décennie, le recours aux soins hospitaliers a connu certains changements. Bien que le nombre de lits ait légèrement diminué, la durée moyenne du séjour et la quantité moyenne de ressources utilisées par les patients hospitalisés ont légèrement augmenté. Au cours des années 1990, lorsque les soins aux patients hospitalisés ont sciemment été remplacés par des soins ambulatoires, le nombre de congés des hôpitaux a fortement chuté. Cette tendance s'est poursuivie durant les années 2000, mais à un rythme moins rapide.

Hausse des services

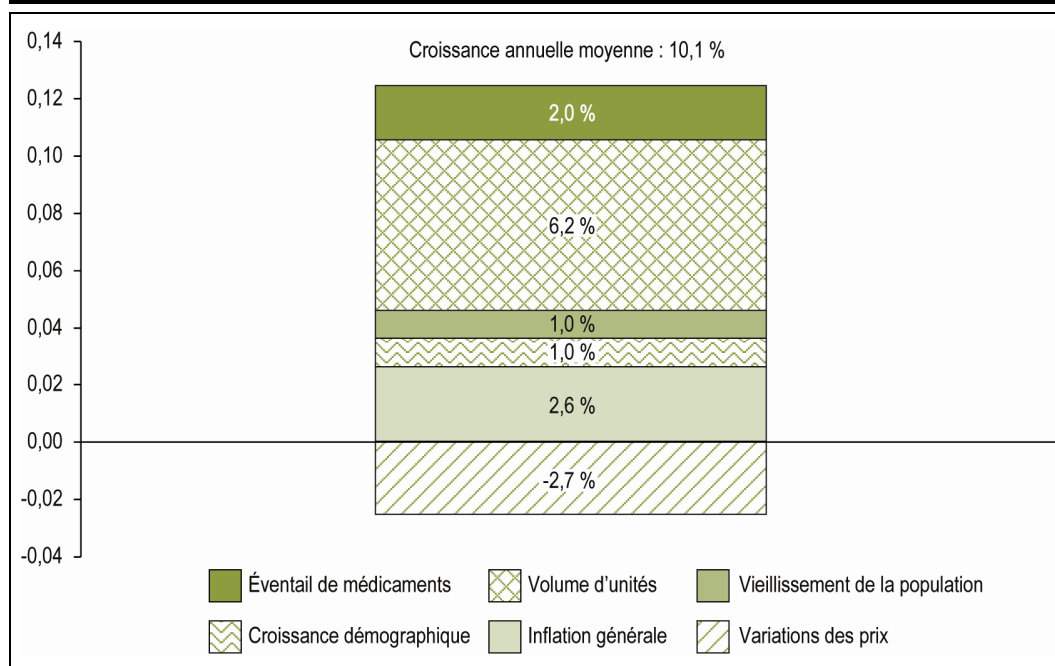
La croissance des services au sein du système de santé est un autre facteur ayant pu influencer sur les tendances en matière d'utilisation. Par exemple, le nombre d'arthroplasties de la hanche et du genou a connu une forte augmentation. Ces interventions servent de traitement lorsque les patients ressentent de vives douleurs et ont de la difficulté à se déplacer. Elles comportent relativement peu de risques et peuvent réduire considérablement la douleur et l'incapacité en permettant aux nouvelles articulations de fonctionner normalement. En général, elles donnent lieu à une amélioration notable des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie des patients. En 2006-2007, 62 196 hospitalisations en raison d'arthroplasties de la hanche et du genou ont eu lieu au Canada. Sur 10 ans, cela représente une augmentation de 101 %²⁵.

Les accords de septembre 2000, février 2003 et septembre 2004 sur la santé conclus par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux accordaient aux provinces et aux territoires 3 milliards de dollars sur une période de cinq ans pour l'achat d'équipement diagnostique et médical ainsi que pour améliorer l'accès aux services de diagnostic financés par l'État. En 2009-2010, 1,4 million d'examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et 4,2 millions d'examen de tomodensitométrie (TDM) ont été effectués sur des patients canadiens. Cela représente des augmentations annuelles de 6,9 % et de 6,2 % respectivement et presque le double du nombre d'examen d'IRM réalisés en 2003-2004²⁶.

Dans les établissements de soins de longue durée, le nombre de lits par 1 000 habitants n'a pratiquement pas changé depuis 2004. Toutefois, le niveau d'intensité des soins dispensés dans ces lits a augmenté, comme en témoigne la hausse du pourcentage de résidents recevant des soins plus poussés. Cela se mesure par les niveaux de soins. Selon la définition des soins de type III, il s'agit de soins requis, pendant des mois ou des années, par une personne souffrant d'une maladie chronique ou d'une incapacité fonctionnelle (physique ou mentale) qui, par conséquent, requiert une variété de services thérapeutiques, de gestion médicale et de soins infirmiers professionnels en plus de services qui répondent à ses besoins psychosociaux. Au-delà du type III, les soins relèvent des services médicaux et infirmiers généralement dispensés dans le milieu hospitalier. En 1998, 25 % des résidents des établissements de soins de longue durée recevaient au minimum des soins de type III; en 2008, le nombre de résidents nécessitant ce type de soins intensifs atteignait 33 %, en partie en raison de la hausse des cas de démence et d'affections connexes chez les personnes âgées du Canada.

La consommation de médicaments prescrits a également augmenté. Cette situation est toutefois plus complexe, puisqu'elle résulte à la fois d'une hausse de l'utilisation et d'une modification de l'éventail de médicaments. Dans le second cas, un changement de médicament (du moins jusqu'à un certain point) consiste à abandonner une pharmacothérapie désuète au profit d'une autre plus récente et souvent plus coûteuse. Prises isolément, les hausses du volume peuvent découler du développement de nouvelles affections sensibles à la pharmacothérapie, mais aussi de la mise au point de nouveaux médicaments capables de traiter ou de soulager des affections contre lesquelles aucune pharmacothérapie ne s'était révélée efficace jusque-là.

Figure 18 : Déterminants de la croissance annuelle moyenne des dépenses liées à l'achat au détail de tous les types de médicaments prescrits, Canada, 1998 à 2007



Source

Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

De 1998 à 2007, la hausse du volume a joué un rôle beaucoup plus important que la modification de l'éventail de médicaments dans la croissance des dépenses liées à l'achat de médicaments au détail pour trois grandes catégories de médicaments prescrits. En effet, elle représente 71 % de la croissance des dépenses en antihypertenseurs, près de 87 % pour les hypocholestérolémiants et 77 % pour les médicaments gastro-intestinaux. En ce qui concerne les hypocholestérolémiants et les médicaments gastro-intestinaux, même si certains des médicaments contribuant à la hausse du volume ont été mis en marché au début de la période à l'étude, les premiers médicaments de chaque catégorie sont apparus à la fin des années 1980. Cela suggère que la technologie, ainsi que la prévalence accrue des affections sous-jacentes et la modification des lignes directrices en matière de traitement, ont contribué à l'augmentation de l'utilisation des médicaments de ces catégories.

Dans le cas des antihypertenseurs, une catégorie relativement récente (les antagonistes de l'angiotensine II) a vu son utilisation augmenter de façon considérable durant la période à l'étude. D'autres catégories moins récentes, telles que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, les diurétiques et les bêta-bloquants, ont également connu une utilisation accrue.

L'augmentation des diagnostics d'hypertension et la modification des lignes directrices en matière de traitement ont probablement été les principaux facteurs de cette croissance.

Pour les immunosuppresseurs (qui peuvent servir au traitement de l'arthrite rhumatoïde ou de la maladie de Crohn), une catégorie ayant connu de rapides changements technologiques, la modification de l'éventail de médicaments (61 %) a contribué beaucoup plus à la croissance des dépenses que la hausse du volume (30 %).

Hypocholestérolémiants

Les hypocholestérolémiants sont souvent utilisés pour soigner les patients dont le taux de lipides est supérieur à la valeur cible. Celle-ci varie selon l'évaluation du risque de cardiopathie chez le patient. En général, la valeur cible est plus basse chez un patient présentant un risque élevé de cardiopathie que chez un patient à faible risque.

Entre 1998 et 2007, les dépenses pour l'achat au détail d'hypocholestérolémiants au Canada sont passées de 500 millions à 1,9 milliard de dollars, soit un taux de croissance annuel moyen de 14,8 %. Près de 90 % de cette augmentation était attribuable à la hausse du volume des achats au détail. En Saskatchewan et au Manitoba, deux provinces dont les données sur les demandes de remboursement de médicaments selon la population étaient disponibles, l'utilisation des hypocholestérolémiants a augmenté chaque année de 2000 à 2007, passant de 6,2 % à 13,9 % (soit plus du double) durant cette période.

Parmi les facteurs ayant pu contribuer à l'utilisation accrue des hypocholestérolémiants, on retrouve

- une hausse du nombre de cas d'obésité, de diabète et d'hypertension, tous des facteurs de risque de cardiopathie²⁸;
- la modification des lignes directrices en matière de traitement durant cette période, qui a abaissé la valeur cible des lipides et, ainsi, fait augmenter le nombre de patients auxquels on a recommandé une pharmacothérapie²⁹⁻³².

Bien que chacun de ces facteurs ait probablement contribué à l'augmentation observée dans l'utilisation des hypocholestérolémiants, il est impossible de déterminer l'effet exact de chacun sans renseignements diagnostiques détaillés.

Points à surveiller

De 1998 à 2008, les dépenses de santé du secteur public, dont la part du lion transite par les ministères provinciaux de la Santé, ont connu une croissance annuelle moyenne de 7,4 %. Le taux de croissance des dépenses de santé a dépassé ceux de la croissance économique et des revenus de l'État. Les gouvernements sont actuellement aux prises avec des déficits et une réduction possible des économies attribuables aux frais de la dette publique. À l'avenir, les conditions liées aux politiques économiques et budgétaires pourraient avoir un effet modérateur sur la croissance des dépenses de santé.

Contrairement à la croyance populaire voulant que le vieillissement de la population contribue à la hausse des dépenses de santé, c'est en fait un facteur plutôt modeste dans l'ensemble. Alors que le pourcentage de personnes âgées de 80 ans et plus augmente, les décideurs auront la difficile tâche de déterminer les meilleures façons de fournir des soins aux aînés. Le défi consistera à trouver une façon appropriée d'avoir recours aux hôpitaux, aux établissements de soins de longue durée et à la collectivité pour offrir aux personnes âgées du Canada des soins accessibles, appropriés et de qualité au meilleur coût possible.

En général, d'autres facteurs que le vieillissement jouent un rôle beaucoup plus important dans l'accroissement des dépenses, l'inflation par exemple. L'inflation dans le secteur de la santé a nettement dépassé celle touchant les biens et les services médicaux de base, notamment les médecins, le personnel infirmier, les autres professionnels de la santé et les techniques diagnostiques de pointe. Bien qu'elle soit attribuable à un certain nombre de facteurs, cette situation a sans doute été exacerbée par les dépenses élevées consacrées aux services assurés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux depuis 1998.

L'augmentation des coûts des services des médecins constituera une question importante pour les responsables de l'élaboration des politiques, et une hausse rapide de la rémunération exercera une pression considérable sur tous les gouvernements. Les gouvernements provinciaux et territoriaux envisagent déjà la modification du champ de pratique des professionnels de la santé autres que les médecins, en particulier pour les soins primaires, afin de déterminer si ces professionnels peuvent compléter plus efficacement les services offerts par les médecins ou fournir à moindre coût les services offerts actuellement par les omnipraticiens.

Le coût des soins hospitaliers est une autre question à examiner. Depuis 10 ans, la croissance des dépenses liées à l'exploitation des hôpitaux est attribuable à la hausse de la rémunération ainsi qu'à l'augmentation du personnel.

Même si les données à ce sujet sont limitées au Canada, l'expérience des États-Unis montre que les changements technologiques peuvent constituer un important facteur d'accroissement des dépenses. Les dirigeants et les gestionnaires du système de santé devront examiner et gérer avec soin les nouveaux médicaments et autres technologies selon les avantages cliniques et la valeur qu'ils offrent par rapport aux autres investissements du système de santé. Par exemple, un plus grand nombre d'appareils de TDM et d'IRM a été installé et mis en service dans les hôpitaux canadiens et le nombre d'exams réalisés à l'aide de ces deux types d'appareils a presque doublé entre 2003-2004 et 2009-2010. Le recours accru aux technologies d'imagerie médicale, qui permettent de détecter un plus grand nombre d'anomalies, pourrait faire augmenter encore davantage les services et les dépenses qui s'y rapportent, surtout compte tenu du nombre accru de médecins spécialistes et du vieillissement de la population.

Les tendances en matière d'utilisation et l'incidence de l'expiration des brevets sont des questions relatives aux médicaments qu'il faudra surveiller. On s'attend à ce que la proportion des médicaments génériques dans le marché des médicaments prescrits au Canada augmente au cours des prochaines années, car les brevets de nombreux médicaments vedettes arriveront à échéance. En 2009, la valeur en gros des médicaments dont le brevet arrivera à échéance entre 2010 et 2014 atteignait près de 8,7 milliards de dollars. Cela équivaut à plus du tiers (38,2 %) des dépenses pour l'achat en gros de médicaments prescrits au Canada cette année-là. En 2009 toujours, la valeur en gros des médicaments dont le brevet arrivera à échéance en 2015 ou plus tard s'élevait à 1,8 milliard de dollars, soit 8,2 % de l'ensemble des dépenses en gros.

Ces données suggèrent la possibilité de réaliser des économies substantielles grâce aux médicaments génériques, en particulier d'ici trois à cinq ans. Il faut toutefois préciser que même si de nombreuses personnes optent pour les produits génériques moins coûteux après l'échéance d'un brevet, d'autres facteurs peuvent annuler les économies potentielles, notamment les patients qui continuent de prendre un médicament de marque une fois le brevet échu, l'utilisation accrue d'autres produits brevetés faisant partie de la même catégorie de médicaments et les patients qui prennent un médicament générique sans avoir pris de médicament de marque auparavant. Quant aux produits biologiques, il faut également préciser que la concurrence des médicaments génériques risque d'être moins importante, à cause des incertitudes concernant l'homologation et le prix des médicaments biogénériques ou biosimilaires.

Le fait de ne pas tenir compte de l'interaction entre les facteurs d'accroissement des dépenses durant l'élaboration des politiques peut traduire un manque de prévoyance. En effet, ces facteurs sont étroitement liés et se composent d'une série d'éléments : hausse des coûts de production, croissance démographique, vieillissement de la population, utilisation accrue, modification de l'éventail et de

la composition des services et progrès technologiques. Leur importance les uns par rapport aux autres varie selon la catégorie de dépenses. En outre, certains changements apportés dans un secteur de la santé peuvent influencer sur d'autres secteurs.

En conclusion, la situation décrite pour la période de référence (de 1998 à 2008) risque de se révéler bien différente de celle qui nous attend. Les responsables de l'élaboration des politiques devront continuer à rechercher des moyens innovateurs de réformer la prestation des soins de santé. Cette réforme pourrait comprendre notamment le recours à la collaboration interprofessionnelle afin d'assurer une prestation de soins en équipe, l'élargissement du champ de pratique des dispensateurs autres que les médecins (par exemple en donnant un pouvoir de prescription aux infirmières praticiennes et aux pharmaciens), l'importance accrue des soins axés sur le patient, l'accent mis sur l'intégration et la continuité des soins, la transition vers les soins ambulatoires, la volonté d'offrir des médicaments à prix abordable et l'offre d'incitatifs aux dispensateurs de soins afin qu'ils répondent aux besoins de leur clientèle. Ce ne sont là que quelques exemples illustrant la façon dont le système de santé pourrait évoluer pour mieux servir les Canadiens.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé, *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2011* [Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2011], Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.
2. D. A. Dodge et R. Dion, *Chronic Healthcare Spending Disease: A Macro Diagnosis and Prognosis*, Toronto (Ont.), Institut C.D. Howe, 2011.
3. S. Landon, M. L. McMillan, V. Muralidharan et M. Parsons, « Does Health-Care Spending Crowd Out Other Provincial Government Expenditures? », *Canadian Public Policy*, vol. 32, n° 2 (2006), p. 121-141.
4. J. Ruggeri, *Health Care Spending, Fiscal Sustainability and Public Policy*, Regina (Sask.), Saskatchewan Institute of Public Policy, 2006.
5. R. Romanow, *Building on Values: The Future of Health Care in Canada* [Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada], Saskatoon (Sask.), Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002.
6. Institut canadien d'information sur la santé, *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2010* [Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010], Ottawa (Ont.), ICIS, 2010.
7. R. G. Evans, « Economic Myths and Political Realities: The Inequality Agenda and the Sustainability of Medicare », *Medicare: Facts, Myths, Problems and Promise*, B. Campbell et G. P. Marchildon (dir.), Toronto (Ont.), James Lorimer & Company, 2007, p. 113-155.
8. Statistique Canada, *CANSIM* (base de données). Consulté le 23 novembre 2010. Internet : <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/home-accueil?lang=eng>>.
9. Ministère des Finances Canada, « Table 39 », *Fiscal Reference Tables 2010* [« Tableau 39 », *Tableaux de référence financiers*], Ottawa (Ont.), le ministère, 2010.
10. Statistique Canada, *Employment, Earnings and Hours* [Emploi, gains et durée du travail], Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2011, n° 72-002-X au catalogue.
11. Institut canadien d'information sur la santé, *Seniors and the Health Care System: What Is the Impact of Multiple Chronic Conditions?* [Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques?], Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.

12. A. Palangkaraya et J. Yong, « Population Aging and Its Implications on Aggregate Health Care Demand: Empirical Evidence From 22 OECD Countries », *International Journal of Health Care Finance & Economics*, vol. 9, n° 4 (2009), p. 391-402.
13. M. Seshamani et A. M. Gray, « A Longitudinal Study of the Effects of Age and Time to Death on Hospital Costs », *Journal of Health Economics*, vol. 23, n° 2 (2004), p. 217-235.
14. G. G. Brinacombe, P. Antunes et J. McIntyre, *The Future of Health Care in Canada, 2000 to 2020: Balancing Affordability and Sustainability*, Ottawa (Ont.), Conference Board du Canada, 2001.
15. M. Askari et coll., *Fiscal Sustainability Report [Rapport sur la viabilité financière]*, Ottawa (Ont.), Bureau du directeur parlementaire du budget, 2010.
16. S. Carstairs et W. J. Keon, *Canada's Aging Population: Seizing the Opportunity [Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser]*, Ottawa (Ont.), Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, 2009.
17. M. Turcotte et G. Schellenberg, *A Portrait of Seniors in Canada [Un portrait des aînés au Canada]*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2007.
18. Institut canadien d'information sur la santé, *Regulated Nurses: Canadian Trends, 2005 to 2009 [Infirmières réglementées : tendances canadiennes, 2005 à 2009]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.
19. Association des pharmaciens du Canada (site Web). Internet : <http://www.pharmacists.ca/>.
20. Organisation de coopération et de développement économiques, *OECD Health Data 2011 [Base de données de l'OCDE sur la santé 2011]*, Paris (France), OCDE, 2011.
21. D. M. Cutler, *Technology, Health Costs, and the NIH*, Cambridge (Mass.), Université Harvard, 1995. Internet : <http://www.economics.harvard.edu/faculty/cutler/files/Technology,%20Health%20Costs%20and%20the%20NIH.pdf>.
22. J. P. Newhouse, « Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, n° 3 (1992), p. 3-22.
23. Congressional Budget Office, *Technological Change and the Growth of Health Care Spending*, Washington (D.C.), CBO, 2008. Internet : <http://www.cbo.gov/ftpdocs/89xx/doc8947/MainText.3.1.shtml>.
24. Institut canadien d'information sur la santé, *Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits*, Ottawa (Ont.), ICIS.

25. Institut canadien d'information sur la santé, *Canadian Joint Replacement Registry (CJRR) 2008–2009 Annual Report—Hip and Knee Replacements in Canada* [Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada — rapport annuel de 2008-2009 du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.
26. Institut canadien d'information sur la santé, *Medical Imaging in Canada* [L'imagerie médicale au Canada], Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.
27. Institut canadien d'information sur la santé, *Standards for Management Information Systems in Canadian Health Service Organizations* [Guide sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada], Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.
28. C. A. Jackevicius et coll., « Long-Term Trends in Use of and Expenditures for Cardiovascular Medications in Canada », *CMAJ*, vol. 181 (2009), p. 1-2. Internet : <<http://www.cmaj.ca/content/181/1-2/E19>>.
29. J. G. Fodor et coll., « Recommendations for the Management and Treatment of Dyslipidemia », *CMAJ*, vol. 162, n° 10 (2000), p. 1441-1447. Consulté le 6 avril 2011. Internet : <<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/162/10/1441>>.
30. J. Genest et coll., « Recommendations for the Management of Dyslipidemia and the Prevention of Cardiovascular Disease: 2003 Update », *CMAJ*, vol. 169, n° 9 (2003), p. 921-924. Internet : <<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/169/9/921>>.
31. J. Genest et coll., « 2009 Canadian Cardiovascular Society/Canadian Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Dyslipidemia and Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult—2009 Recommendations », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 25, n° 10 (2009), p. 567-579. Internet : <http://www.ccs.ca/consensus_conferences/cc_library_e.aspx>.
32. J. Frolich et coll., « Rationale for and Outline of the Recommendations of the Working Group on Hypercholesterolemia and Other Dyslipidemias: Interim Report. Dyslipidemia Working Group of Health Canada », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 14 (1998), p. 17A-21A.

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120

www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-55465-987-6 (PDF)

© 2011 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.

This publication is also available in English under the title
Health Care Cost Drivers: The Facts.

ISBN 978-1-55465-985-2 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa

495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's

140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006

