



Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2018

Notes méthodologiques



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

La production du présent document 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.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

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 978-1-77109-750-5 (PDF)

© 2018 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2018 — notes méthodologiques*. Ottawa, ON : ICIS; 2018.

This publication is also available in English under the title *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2018 — Methodology Notes*.

ISBN 978-1-77109-749-9 (PDF)

Table des matières

Concepts et définitions.....	4
Mandat de la Base de données sur les dépenses nationales de santé.....	4
Variables et concepts.....	4
Source de financement (secteurs).....	5
Affectation des fonds (catégories).....	7
Autres termes.....	12
Principales limites des données.....	15
Collecte et absence de réponse.....	16
Hiérarchie de la classification.....	16
Méthodes générales.....	17
Méthodes de calcul.....	23
Méthodes de répartition selon l'âge et le sexe.....	27
Principaux changements par rapport aux années précédentes.....	36
Historique des révisions.....	36
Données sur les dépenses selon l'âge et le sexe.....	37
Données économiques et démographiques.....	38
Sources de données.....	38
Secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux.....	38
Secteur fédéral direct.....	39
Secteur des municipalités.....	39
Secteur des caisses de sécurité sociale.....	39
Secteur privé.....	40
Données sur l'âge et le sexe.....	40
Données économiques et démographiques.....	41
Références.....	41

Concepts et définitions

Mandat de la Base de données sur les dépenses nationales de santé

Le mandat de la Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) comporte 2 volets :

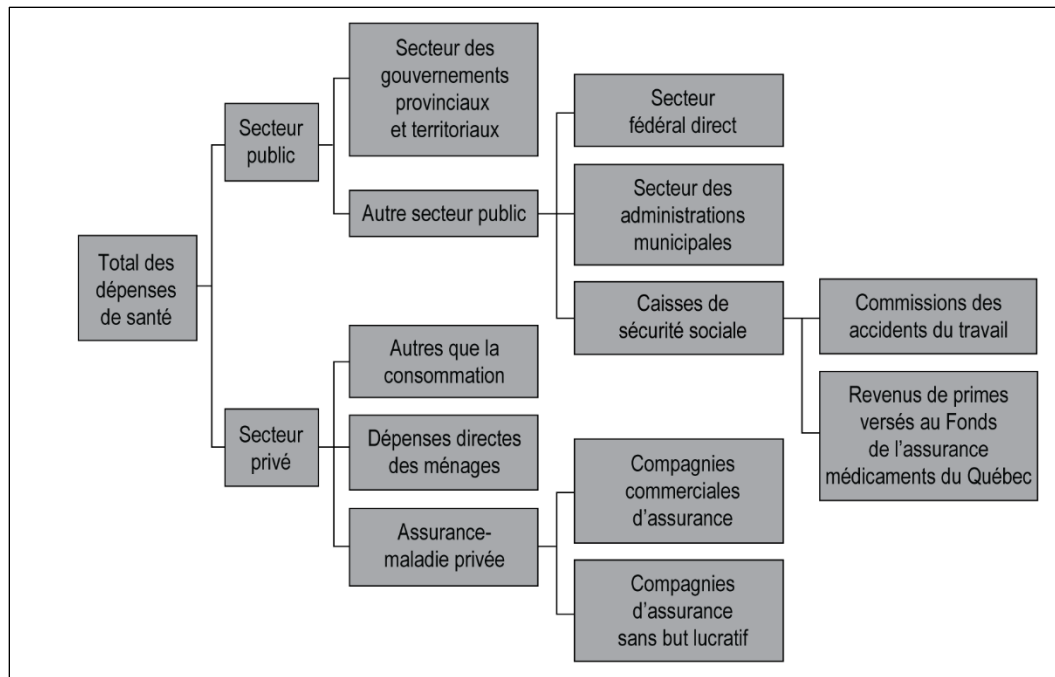
1. Appuyer l'élaboration et l'évaluation des programmes de santé au Canada par tous les ordres de gouvernement et dans le secteur privé.
2. Compiler des données sur les dépenses de santé afin de dresser un portrait fidèle de l'importance des soins de santé en tant que composante des dépenses nationales.

Variables et concepts

Dépenses de santé : Comprennent toutes les dépenses dont l'objectif premier consiste à améliorer l'état de santé ou à en prévenir la détérioration.

Cette définition donne lieu à l'évaluation des activités économiques en fonction de l'objectif premier et des effets secondaires. On compte les activités dont l'objectif direct repose sur l'amélioration ou le maintien de la santé. Les autres activités ne sont pas comprises, bien qu'elles puissent avoir des répercussions sur la santé. À titre d'exemple, les fonds associés aux politiques sur le logement et le soutien du revenu qui visent d'abord le bien-être commun ne sont pas considérés comme des dépenses de santé; on reconnaît toutefois qu'il s'agit d'importants déterminants de l'état de santé de la population.

Figure Composition des dépenses totales de santé selon la source de financement*



Remarque

* Le reste du Fonds de l'assurance médicaments du Québec est financé à même le Fonds consolidé du revenu (ces dépenses sont intégrées dans le secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux).

Source de financement (secteurs)

Les dépenses nationales de santé sont déclarées en fonction du principe de la *responsabilité de paiement* plutôt qu'en fonction de la source initiale de fonds. C'est pour cette raison, par exemple, que les transferts fédéraux relatifs au financement de la santé aux provinces et territoires sont compris dans le secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux puisque ces derniers sont chargés de consacrer les transferts fédéraux aux services de santé. Ce principe comporte une exception : les transferts de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux aux administrations municipales sont inclus dans le secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Secteur public : Comprend les dépenses de santé engagées par les gouvernements et les organismes gouvernementauxⁱ. Il est subdivisé en 4 niveaux, comme il est indiqué ci-dessous :

1. Le *secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux* comprend les dépenses de santé liées aux fonds publics provinciaux et territoriaux, les transferts fédéraux relatifs au financement de la santé aux provinces et territoires et les transferts des gouvernements provinciaux et territoriaux aux gouvernements municipaux.
2. Le *secteur fédéral direct* renvoie aux dépenses directes de santé engagées par le gouvernement fédéral en ce qui a trait aux services de santé pour des groupes particuliers, tels que les Autochtones, les membres des Forces armées canadiennes et les anciens combattants, de même que les dépenses pour la recherche en matière de santé, la promotion et la protection de la santé. Les dépenses fédérales directes en matière de santé ne comprennent pas les transferts fédéraux aux provinces relatifs au financement de la santé.
3. Le *secteur des administrations municipales* englobe les dépenses de santé des administrations municipales pour les services en établissements, la santé publique, l'aménagement et l'équipement d'installations permanentes, et les services dentaires offerts par les municipalités en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique. Les fonds affectés faisant l'objet d'un transfert par les gouvernements provinciaux et territoriaux dans le domaine de la santé ne sont pas inclus dans le secteur municipal, mais bien dans les dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux.
4. Les *caisses de sécurité sociale* sont des programmes d'assurance sociale imposés et administrés par une instance gouvernementale. Ces programmes supposent généralement des cotisations obligatoires par les employés, les employeurs ou les deux, et l'instance gouvernementale établit les conditions de versement des prestations aux bénéficiaires. Les caisses de sécurité sociale se distinguent des autres programmes d'assurance sociale pour lesquels les modalités sont adoptées d'un commun accord entre l'employeur et ses employés. Au Canada, les caisses de sécurité sociale comprennent les dépenses de soins de santé engagées par les commissions des accidents du travail ainsi que les primes versées par les adhérents au régime public d'assurance médicaments du Québec et par les personnes de 65 ans et plus assurées par ce régime.

Les dépenses de santé des commissions des accidents du travail incluent toutes les dépenses engagées dans le cadre de ce que les commissions provinciales et territoriales appellent communément l'aide médicale. Les éléments non liés à la santé souvent déclarés par les commissions des accidents du travail comme des dépenses d'aide médicale, dont les frais d'obsèques, les déplacements et les vêtements, sont éliminés.

i. Statistique Canada (Division de la statistique du secteur public) publie des estimations des dépenses de santé du gouvernement dans le cadre de son système de compte rendu global de l'ensemble des dépenses du gouvernement, soit le Système de gestion financière (SGF). Les estimations des dépenses de santé du secteur public du SGF sont moins élevées que celles qui sont déclarées par l'ICIS en raison de l'application de différentes méthodes de classification et de l'utilisation d'une définition plus restreinte des dépenses de santé dans le SGF.

Le 1^{er} janvier 1997, le gouvernement du Québec a créé le Régime général d'assurance médicaments dans le but d'assurer à l'ensemble des résidents du Québec un accès aux médicaments dont ils ont besoin selon leur état de santé. Tous les résidents du Québec doivent être couverts par une assurance médicaments, que ce soit au moyen d'un régime collectif privé ou du régime public administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Le Fonds de l'assurance médicaments est le mécanisme choisi pour payer l'ensemble des coûts en médicaments et en services pharmaceutiques fournis par la RAMQ aux personnes assurées et à leurs enfants. Depuis le 1^{er} juillet 2002, le régime public est financé à même les crédits alloués à cette fin par le gouvernement du Québec (secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux) et les sommes perçues par le Fonds de l'assurance médicaments à titre de primes (caisses de sécurité sociale).

Secteur privé : Comprend les dépenses directes engagées par les particuliers pour les produits et services liés à la santé; les réclamations à l'assurance maladie payées aux individus par les compagnies d'assurance, commerciales et à but non lucratif, de même que les coûts d'administration de ces programmes; les recettes non liées aux patients reçues par les établissements de santé, tels que les dons et les revenus de placement; les dépenses privées pour l'aménagement d'installations permanentes et l'équipement sanitaire; la recherche sur la santé financée par des sources privées.

Affectation des fonds (catégories)

Hôpitaux : Les établissements où les patients sont hébergés en fonction des besoins médicaux et où ils reçoivent des soins médicaux continus et des services diagnostiques et thérapeutiques connexes. Les hôpitaux sont agréés ou approuvés comme tels par un gouvernement provincial ou territorial ou sont exploités par le gouvernement du Canada. Ils comprennent les établissements fournissant des soins de courte durée, des soins prolongés et des soins pour patients atteints de maladies chroniques, des soins de réadaptation et de convalescence et des soins psychiatriques, ainsi que les postes de soins infirmiers et les hôpitaux de régions éloignées.

Autres établissements : Les établissements de soins en hébergement (pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou handicapées qui résident à l'établissement de façon plus ou moins permanente) qui sont approuvés, financés ou agréés par les ministères provinciaux ou territoriaux de la Santé et des Services sociaux. Les établissements de soins en hébergement comprennent les foyers pour personnes âgées (p. ex. les centres de soins infirmiers), les établissements pour les personnes ayant des déficiences physiques, des retards de développement, des déficiences psychiatriques, des problèmes liés à l'alcool et aux drogues et les établissements pour les enfants présentant des troubles affectifs. Les établissements offrant exclusivement des services de garde ou de nature domiciliaire et les établissements pour itinérants ou pour délinquants sont exclus.

Médecins : Les dépenses comprennent principalement les honoraires des médecins en exercice privé payés par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance maladie. Les honoraires versés pour des services rendus dans les hôpitaux sont inclus lorsqu'ils sont payés directement aux médecins par les régimes. D'autres formes de revenus professionnels sont également incluses (salaires, vacation, capitation).

Cette catégorie ne comprend pas la rémunération des médecins par des hôpitaux ou d'autres organismes de santé du secteur public; ces dépenses sont incluses dans la catégorie appropriée (p. ex. Hôpitaux, Autres dépenses de santé). Les dépenses liées aux Médecins représentent généralement les montants qui proviennent des régimes provinciaux et territoriaux de soins médicaux. La couverture des régimes de soins médicaux varie selon la province ou le territoire. L'ICIS n'a pas tenté d'ajuster les dépenses liées aux Médecins pour tenir compte de ces différences puisque seules quelques provinces sont en mesure de les déduire de leurs données jusqu'à présent.

Autres professionnels : Ces services correspondent globalement aux dépenses liées notamment aux dentistes, denturologistes, chiropraticiens, optométristes, massothérapeutes, ostéopathes, physiothérapeutes, podiatres, psychologues et naturopathes, ainsi qu'au personnel infirmier. La désignation distincte de nombreuses professions comprises dans cette catégorie est souvent possible uniquement lorsque les dépenses sont déclarées par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance maladie.

Cette catégorie a été subdivisée à l'échelle du Canada dans les tableaux de données de la BDDNS pour que l'information soit présentée selon les sous-catégories suivantes :

- *Soins dentaires* : Les dépenses liées aux honoraires des dentistes (comprennent les assistants et les hygiénistes dentaires) et des denturologistes, de même que les coûts des prothèses dentaires, y compris les dentiers et les frais de laboratoire pour les couronnes et autres articles d'orthodontie.
- *Soins de la vue* : Les dépenses liées aux honoraires des optométristes et des opticiens d'ordonnance, de même que les dépenses engagées pour des lunettes et des lentilles cornéennes.
- *Autres* : Les dépenses liées notamment aux chiropraticiens, massothérapeutes, ostéopathes, physiothérapeutes, podiatres, psychologues et naturopathes, ainsi qu'au personnel infirmier.

Médicaments : Comprend les dépenses, dans leur ensemble, associées aux médicaments prescrits et aux produits vendus sans ordonnance dans des commerces au détail. Les estimations représentent les coûts finaux pour les consommateurs et comprennent les honoraires professionnels, les majorations et les impôts appropriés. Cette catégorie a été subdivisée à l'échelle du Canada dans les tableaux de données de la BDDNS pour que l'information soit présentée selon les sous-catégories suivantes :

- *Médicaments prescrits* : Les produits qui sont considérés comme médicaments en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*, et qui sont vendus pour l'usage humain résultant d'une prescription par un professionnel de la santé.
- *Médicaments non prescrits* : Comprend 2 éléments, les médicaments en vente libre et les articles d'hygiène personnelle.
 - Médicaments en vente libre : les produits pharmaceutiques thérapeutiques ne nécessitant aucune ordonnance.
 - Articles d'hygiène personnelle : les articles utilisés principalement pour promouvoir ou maintenir la santé, par exemple les produits d'hygiène orale; les articles diagnostiques, tels que les bandes d'analyse pour le diabète; les articles médicaux, dont les produits pour l'incontinence.

La catégorie Médicaments ne comprend pas les médicaments distribués dans les hôpitaux ou de façon générale dans les autres établissements. Ceux-ci sont inclus dans les catégories Hôpitaux et Autres établissements. Le système de classification est conforme aux normes internationales élaborées par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Immobilisations : Comprend les dépenses liées à la construction, à la machinerie et à l'équipement des hôpitaux, cliniques, postes de premiers soins et établissements de soins en hébergement. Les immobilisations sont fondées sur la comptabilisation du coût complet ou la comptabilité de caisse.

Santé publique : Les dépenses engagées par les gouvernements et les organismes gouvernementaux, y compris les dépenses liées à des éléments tels que l'innocuité des aliments et des médicaments, les inspections de santé, les activités de promotion de la santé, les programmes communautaires de santé mentale, les services infirmiers de santé publique, les mesures visant à prévenir la propagation des maladies transmissibles et la santé au travail axée sur la promotion et l'amélioration de la santé et de la sécurité en milieu de travail dans les organismes publics.

Administration : Les dépenses liées aux coûts de la prestation des programmes d'assurance maladie par les gouvernements et les compagnies d'assurance privées et tous les coûts de l'infrastructure requise pour le fonctionnement des ministères de la Santé. Les coûts administratifs des hôpitaux en exploitation, des programmes d'assurance médicaments, des programmes de soins de longue durée et d'autres services de santé « non assurés » ne sont pas inclus dans la catégorie Administration, mais plutôt dans la catégorie du service (p. ex. Hôpitaux, Médicaments, Autres établissements).

Autres dépenses de santé : Comprend les dépenses liées aux soins à domicile, au transport des malades (ambulances), aux prothèses auditives, aux autres appareils et prothèses, à la recherche consacrée à la santé et aux soins de santé divers. Voici certaines sous-catégories de cette catégorie générale :

- *Recherche consacrée à la santé* : Les dépenses liées aux activités de recherche conçues pour approfondir la connaissance des déterminants de la santé, de l'état de santé ou des méthodes de prestation des soins de santé ainsi que les dépenses relatives à l'évaluation de la prestation des soins de santé ou de l'exécution des programmes de santé. Cette catégorie n'inclut pas la recherche effectuée par les hôpitaux ou les entreprises pharmaceutiques dans le cadre de l'élaboration d'un produit. Ces montants sont inclus dans les catégories Hôpitaux et Médicaments, respectivement.
- *Autres* : Les dépenses liées à des éléments tels que les soins à domicile, le transport des malades (ambulances), les prothèses auditives, les autres appareils, la formation des travailleurs de la santé et les associations bénévoles œuvrant dans le domaine de la santé.

Dépenses liées aux services à domicile et aux soins communautaires : Auparavant, les dépenses liées aux services à domicile et aux soins communautaires n'étaient pas présentées comme une catégorie distincte dans la BDDNS en raison des limites des données. Les données actuellement incluses dans la catégorie résiduelle Autres dépenses de santé comprennent principalement les dépenses liées aux services professionnels de santé à domicile. Les dépenses liées aux services de soutien à domicile sont exclues des estimations, le cas échéant.

Il est difficile de fournir des estimations complètes des dépenses liées aux services à domicile et aux soins communautaires dans la BDDNS, car les définitions, les combinaisons de services et les sources de financement varient d'une autorité compétente à l'autre. Les services à domicile et les soins communautaires ne figurent pas parmi les services assurés prévus par la *Loi canadienne sur la santé*¹, contrairement aux services hospitaliers ou dispensés par les médecins. Chaque autorité compétente (gouvernement fédéral et chacun des gouvernements provinciaux et territoriaux) a mis en place son propre système de services à domicile et de soins communautaires. La définition de ce que comprennent ces services et soins diffère selon l'autorité compétente. Les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et leurs autorités sanitaires régionales sont responsables de la plupart des programmes de services à domicile. D'autres ministères, par exemple les ministères responsables des services sociaux ou des services communautaires, apportent également leur

soutien aux résidents qui vivent seuls et qui ont une maladie, des besoins spéciaux ou des problèmes liés à leur âge. En fait, il arrive que différents ministères participent à la prestation des services dans une même autorité compétente. La répartition du financement entre les secteurs public et privé varie également d'une autorité compétente à l'autre. Certains services financés par le secteur public, tels que les services professionnels non liés à la santé, imposent parfois un ticket modérateur, assumé par une tierce partie ou les particuliers. Les Canadiens peuvent également assumer eux-mêmes les frais de certains services.

Plusieurs initiatives ont été mises sur pied pour combler les lacunes et améliorer la qualité des données existantes et, par-dessus tout, pour fournir des estimations des dépenses liées aux services à domicile et aux soins communautaires en tant que catégorie distincte. Ces initiatives comprennent une analyse environnementale du secteur des services à domicile et des soins communautaires, la recherche de nouvelles sources de données, l'examen des définitions et des services couverts, la comparaison de diverses données et la synthèse des connaissances dans le domaine. Ces efforts ont mis en évidence la possibilité d'améliorer les données sur les dépenses soumises par les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Nous avons effectué un examen de l'exhaustivité des données agrégées sur les dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux tirées des comptes publics et soumises à la BDDNS. Les données sur les dépenses des programmes de services à domicile et de soins communautaires soumises par les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et d'autres ministères ont permis de combler des lacunes en matière de données. Au moins 3 années de données ont été soumises pour chaque programme. Les autorités compétentes ont reçu des estimations préliminaires aux fins d'examen et de rétroaction.

Selon les estimations initiales, les dépenses publiques liées aux services à domicile et aux soins communautaires engagées par les gouvernements provinciaux et territoriaux au Canada se chiffraient à 7,6 milliards de dollars en 2014-2015, à 7,9 milliards en 2015-2016 et à 8,2 milliards en 2016-2017. Ces estimations initiales comprennent habituellement la gestion des cas, les soins infirmiers et les services de thérapie à domicile, le soutien à domicile (p. ex. soins personnels, services d'entretien ménager, préparation des repas), les soins palliatifs et de fin de vie, les soins de répit, le soutien des aidants naturels, les services auxiliaires de soutien (p. ex. oxygène à domicile, fournitures médicales, équipement) et les services communautaires (p. ex. soins de jour aux adultes, services de repas à domicile).

L'une de nos priorités du côté de l'élaboration de données sera de présenter une ventilation de ces données agrégées sur les dépenses par type de services (p. ex. services de santé à domicile, soutien à domicile, aide sociale). Nous explorerons également des sources potentielles de données sur les dépenses du secteur privé afin de combler d'importantes lacunes, car nous ne pouvons pour l'instant faire ressortir des sources de données existantes de la BDDNS qu'une faible partie de ces dépenses.

Autres termes

Transferts fédéraux : Ont trait à l'ensemble des accords financiers fédéraux, provinciaux et territoriaux qui peuvent être utilisés pour financer la prestation des services sanitaires et connexes et qui comprennent à divers moments le Transfert canadien en matière de santé, le Transfert canadien en matière de programmes sociaux, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, le Transfert visant la réforme des soins de santé, le Régime d'assistance publique du Canada, le Financement des programmes établis, le Programme de péréquation, la Formule de financement des territoires, la Caisse d'aide à la santé qui appuyait les dépenses des provinces en immobilisations à partir du milieu des années 1970 jusqu'au début des années 1980, et les transferts du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien aux gouvernements territoriaux pour les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation pour le compte des Autochtones. Plus récemment, d'autres mécanismes de transferts ciblés ont été créés, y compris le Fonds pour l'équipement diagnostique et médical, le Fonds pour la réduction des temps d'attente et le Fonds pour la santé publique et l'immunisation.

En avril 2004, le gouvernement fédéral a restructuré ces transferts en 5 grands programmes : le Transfert canadien en matière de santé, le Transfert canadien en matière de programmes sociaux, le Transfert visant la réforme des soins de santé, le Programme de péréquation et la Formule de financement des territoires. En vigueur depuis le 1^{er} avril 2004, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux a été restructuré pour accroître la transparence et l'imputabilité relatives à l'aide fédérale en matière de santé.

Le Transfert canadien en matière de santé et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux ont remplacé le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. En 2005-2006, le Transfert visant la réforme des soins de santé a été joint au programme de Transfert canadien en matière de santé.

- *Transfert canadien en matière de santé (TCS) :* Le TCS prévoit un soutien aux soins de santé pour les provinces et les territoires. Son financement est assuré au moyen de transferts en espèces et de transferts d'impôt. Le TCS appuie l'engagement du gouvernement du Canada de respecter les 5 critères de la *Loi canadienne sur la santé*. Comme il a été annoncé en décembre 2011, la loi prévoyait que le montant total en espèces versé au titre du TCS augmenterait de 6 % jusqu'en 2016-2017. Depuis 2017-2018, le rythme de progression du TCS correspond à une moyenne mobile sur 3 ans de la croissance du produit intérieur brut nominal, et s'accompagne d'une hausse garantie d'au moins 3 % par année. Par le passé, les changements dans la croissance du TCS ont eu des répercussions sur la croissance des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux.
- *Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS) :* Le TCPS est un transfert aux provinces et aux territoires pour l'appui de l'éducation postsecondaire, de l'aide sociale et des services sociaux, notamment le développement de la petite enfance et l'apprentissage des jeunes enfants et les services de garde à la petite enfance.

- *Transfert visant la réforme des soins de santé (TRS)* : Ce mécanisme fournit un transfert aux provinces et aux territoires visant la réforme des soins de santé dans des domaines comme les soins primaires, les soins à domicile et la couverture des médicaments onéreux. Le TRS a été intégré au TCS en 2005-2006.
- *Programme de péréquation* : Ce programme garantit que les provinces moins prospères disposent de revenus suffisants pour offrir des services publics raisonnablement comparables, moyennant des taux d'imposition raisonnablement comparables. Les paiements de péréquation ne sont assortis d'aucune condition; les provinces peuvent les consacrer à leurs priorités comme elles l'entendent. L'admissibilité aux paiements de péréquation est déterminée par une formule qui mesure la capacité budgétaire de chaque province par rapport à une norme calculée pour 5 provinces. À l'heure actuelle, 6 provinces bénéficient de la péréquation : l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Québec, l'Ontario et le Manitoba.
- *Formule de financement des territoires* : Ce mécanisme permet aux gouvernements territoriaux d'offrir des services publics raisonnablement comparables, moyennant des taux d'imposition raisonnablement comparables, compte tenu des coûts plus élevés qui prévalent dans les régions nordiques. Les transferts sont fondés sur une formule qui comble l'écart entre les besoins en dépenses et la capacité de recettes des territoires.
- *Fonds pour l'équipement diagnostique et médical* : Pour améliorer l'accès aux services publics de diagnostic, le gouvernement du Canada fournit aux provinces et territoires des fonds ciblés afin d'appuyer la formation de personnel spécialisé et l'acquisition d'équipement.
- *Fonds pour la réduction des temps d'attente* : Pour améliorer l'accès aux services de soins de santé, le gouvernement du Canada fournit aux provinces et territoires des fonds ciblés afin de réduire les temps d'attente.
- *Fonds pour la santé publique et l'immunisation* : Pour améliorer les capacités en matière de santé publique, le gouvernement du Canada fournit aux provinces et territoires des fonds ciblés à l'appui de programmes d'immunisation.
- *Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS)* :
Le 1^{er} avril 1996, le TCSPS a remplacé les transferts prévus par le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC; voir plus bas) pour l'aide sociale et par le Financement des programmes établis (FPE) pour la santé et les études postsecondaires (voir plus bas). Il s'agit d'un mécanisme de financement global fourni sous la forme de transferts de fonds et de transferts de points d'impôt à toutes les provinces et à tous les territoires pour appuyer les programmes de santé, d'éducation postsecondaire, d'assistance sociale et de services sociaux. Les provinces et territoires peuvent allouer le TCSPS à la santé ou à d'autres programmes sociaux selon leurs priorités particulières tout en respectant les critères et les conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. En 1996-1997, ces transferts étaient répartis entre les provinces et territoires selon les mêmes taux que pour les droits provinciaux et territoriaux en vertu des transferts combinés du FPE et du RAPC en 1995-1996².

- *Régime d'assistance publique du Canada (RAPC)* : A été mis sur pied en 1966 par le gouvernement fédéral pour partager les coûts admissibles engagés par les provinces et territoires dans la prestation de services d'aide et de bien-être social aux personnes dans le besoin ou aux personnes susceptibles d'être dans le besoin advenant l'inaccessibilité de ces programmes. Le budget de 1994 limitait les transferts du RAPC de 1995-1996 à chaque province et territoire aux niveaux de 1994-1995 (Développement des ressources humaines Canada, document non publié, 1996).
- *Financement des programmes établis (FPE)* : Avant la mise sur pied du TCSPS, le gouvernement fédéral contribuait aux régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux en vertu des dispositions de la *Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé*. Aux termes de la Loi, les provinces et territoires avaient droit à des augmentations égales des contributions fédérales par habitant en matière de santé, selon une formule fixe (facteur de progression). Les contributions de santé aux provinces et territoires étaient sous forme d'espèces et de transferts de points d'impôt. Le budget fédéral du 26 février 1991 prolongeait un gel aux niveaux de 1989-1990 jusqu'en 1994-1995. Des mesures législatives ont plus tard permis aux droits du FPE de s'élargir en 1995-1996 conformément au facteur de progression, moins 3 points de pourcentage.

Produit intérieur brut (PIB)³ : Représente la somme de la valeur ajoutée brute qui provient de l'intérieur du Canada, sans égard à la propriété des facteurs de production. Le PIB peut être évalué au prix des facteurs ou au prix courant. Dans les publications de la BDDNS, le PIB est évalué au prix courant et est exprimé en termes de prix réellement payé par l'acheteur. Cela comprend les impôts indirects, dont les taxes de vente et d'accise, les droits de douane et les impôts fonciers et tient compte également de l'impact des paiements de subventions.

Indices implicites de prix : Voir le Calcul des dollars constants dans la section Méthodes de calcul.

Parité de pouvoir d'achat (PPA)⁴ : Les parités de pouvoir d'achat correspondent aux taux de conversion monétaire qui égalisent le pouvoir d'achat des différentes monnaies. Cela veut dire qu'un montant donné, une fois la conversion monétaire faite aux taux des PPA, permettra d'acheter la même quantité de produits et de services partout dans le monde. Autrement dit, les PPA sont les taux de conversion monétaires conçus pour éliminer les différences des niveaux de prix entre les pays.

Principales limites des données

Les données figurant dans la BDDNS sont des estimations. Les données sont recueillies auprès de diverses sources et comprennent des catégories variées d'information financière. Les données sont recueillies et classées selon des méthodes établies par un comité de révision. Les analystes de l'ICIS et des experts externes s'affairent continuellement à améliorer l'intégralité, l'exactitude et l'actualité des données afin de fournir les estimations les plus complètes et les plus objectives possible. Malgré tout, les données sur les dépenses nationales de santé sont des estimations et devraient être utilisées dans cette optique.

La plupart des dépenses du secteur privé sont estimées à partir des données d'enquêtes. Avant 1996, l'Enquête sur les dépenses des familles de Statistique Canada, source importante de données sur le secteur privé, n'était pas effectuée annuellement; par conséquent, des données conjoncturelles ont été imputées aux années séparant les sondages. Les données du secteur privé ont été revues à la lumière d'une révision apportée à la méthodologie effectuée au début des années 1990. Les données révisées du secteur privé incorporaient l'information estimée directement à partir de nouvelles sources pour 1988 et les années ultérieures. On a effectué une estimation pour les années antérieures en utilisant les données conjoncturelles. Par conséquent, le lecteur doit faire preuve de prudence lorsqu'il utilise les données sur les dépenses du secteur privé pour les petites provinces et les années antérieures à 1988.

En 2010, Statistique Canada a entièrement restructuré l'Enquête sur les dépenses des ménages (EDM), anciennement l'Enquête sur les dépenses des familles. Cette restructuration a eu une incidence sur les dépenses directes de santé dans la BDDNS. Pour en savoir davantage, se reporter à Secteur privé, sous Méthodes générales dans la section suivante.

Il est à noter que les chiffres sont arrondis; par conséquent, leur somme pourrait ne pas correspondre au total.

Collecte et absence de réponse

Les notes suivantes brosent un tableau sommaire de quelques-uns des principaux points associés à la compilation des estimations des dépenses de santé. Pour plus de renseignements, prière de communiquer avec l'équipe des Dépenses nationales de santé par téléphone au 613-241-7860, par télécopieur au 613-241-8120 ou par courriel à bddns@icis.ca.

Hiérarchie de la classification

Les dépenses nationales de santé au Canada reposent sur un système de classification qui est conforme aux normes internationales élaborées par l'OCDE.

Les dépenses nationales de santé sont groupées dans les grandes catégories suivantes :

- **Soins de santé personnels** : Les dépenses de santé liées aux produits et aux services de santé utilisés par les individus.
- **Autres dépenses de santé** : Les dépenses de santé engagées dans l'intérêt de la société, comme la santé publique; les dépenses à titre d'investissements pour une utilisation ultérieure, comme les dépenses en immobilisations; les dépenses administratives liées à la planification et à la gestion du système de santé; la recherche.

Les dépenses en soins personnels sont classées dans des catégories qui décrivent le genre de soins de santé utilisés. Voici la hiérarchie de la classification utilisée pour ventiler des catégories de dépenses qui se chevauchent :

- **Milieu institutionnel** : Les services de santé consommés dans les hôpitaux ou d'autres établissements sont attribués à cette catégorie si l'établissement achète les services pour le compte de ses patients. Par exemple, les services médicaux et les médicaments payés à même les budgets des hôpitaux sont classés comme des dépenses hospitalières. Les dépenses peuvent ainsi être attribuées au fournisseur qui a été payé par les patients ou leurs représentants sous forme d'assurance du gouvernement ou d'une compagnie, ce qui permet également de tenir compte de la disponibilité des données.
- **Fournisseur de services autonome** : Par exemple, toutes les dépenses liées à la pratique médicale sont considérées comme des dépenses pour des services médicaux, même si certaines de ces dépenses sont rattachées à l'embauche d'autres professionnels, aux médicaments ou aux produits sanitaires personnels.
- **Type de produits et services** : Les médicaments, les produits sanitaires personnels et les appareils en sont des exemples.

Les soins de la vue font exception à la hiérarchie de la classification; les services des optométristes, les lunettes et les lentilles cornéennes vendues par les optométristes et les lunettes vendues par les opticiens sont combinés en une catégorie, soit les services de soins pour la vue.

Les définitions ainsi que les méthodes utilisées pour la préparation des rapports de la BDDNS s'inspirent en grande partie de celles adoptées en 1994 par le Comité de révision de la méthodologie des dépenses nationales de santé. Ce comité était composé de représentants de Santé Canada, de Statistique Canada, du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, de l'Association médicale canadienne et de l'Association canadienne des soins de santé.

Méthodes générales

Les points suivants visent à présenter un survol des méthodes appliquées pour calculer les estimations des dépenses de santé au Canada. D'autres précisions peuvent être obtenues en communiquant avec l'équipe des Dépenses nationales de santé par téléphone au 613-241-7860, par télécopieur au 613-241-8120 ou par courriel à bddns@icis.ca.

Gouvernements provinciaux et territoriaux

Les données sont extraites annuellement des comptes publics des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les programmes et les éléments de programmes sont classés par catégories de dépenses de santé d'après les méthodes et les définitions acceptées et uniformisées servant à dresser des estimations des dépenses nationales de santé. Les données issues des comptes publics sont complétées par des renseignements provenant des rapports annuels des ministères provinciaux et territoriaux et des rapports statistiques annuels lorsqu'ils sont disponibles, de même que par de l'information offerte par les représentants des ministères des gouvernements provinciaux et territoriaux. Le total des chiffres sur les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux englobe les dépenses déclarées pour les services de santé par les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux de même que les dépenses de santé d'autres ministères à la lumière des définitions des comptes nationaux sur la santé.

Aucun ajustement n'est effectué dans la BDDNS pour tenir compte des déficits ou des surplus de l'autorité sanitaire régionale ou des hôpitaux à moins que le gouvernement provincial ou territorial ne les assume. Lorsque les déficits ou surplus sont assumés par le gouvernement provincial ou territorial, ils sont attribués à l'année où l'autorité régionale sanitaire ou les hôpitaux les ont accumulés.

Pendant la préparation de rapports de la BDDNS, les estimations de l'ICIS sur les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux sont soumises aux ministères de la Santé provinciaux et territoriaux aux fins d'examen.

Les chiffres des gouvernements provinciaux désignés comme prévisions sont fondés sur les taux de croissance des principaux programmes déclarés dans le budget des dépenses principal et les budgets des gouvernements provinciaux et territoriaux.

La variation observée pour la Saskatchewan en ce qui a trait aux catégories Administration, Prévention et promotion et Recherche en santé en 2006-2007 est attribuable à des changements méthodologiques associés au système comptable de cette province. Les changements concernaient la reclassification des données sur les dépenses de santé de la Saskatchewan.

Le 1^{er} avril 1999, le Nunavut a été créé à partir de la division des Territoires du Nord-Ouest. Les dépenses des Territoires du Nord-Ouest pour l'année civile 1999 comprennent celles du Nunavut pour un trimestre de l'exercice se terminant le 31 mars 1999, soit avant sa création. Par conséquent, les données sur les dépenses des Territoires du Nord-Ouest ne peuvent pas être comparées avant ou après l'année civile 1999.

En 2016, le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest a passé en revue la méthodologie de calcul des dépenses de santé au moyen de la définition de la BDDNS. Cet examen a permis d'améliorer la méthodologie et de modifier certaines classifications. Ces changements ont entraîné des variations dans les données de 2012-2013 sur les dépenses pour les catégories suivantes : Hôpitaux, Autres établissements, Médecins, Administration et Santé publique.

En 2017, la méthode d'estimation des dépenses de santé du gouvernement du Québec a été revue à la suite de la réforme amenée par l'adoption du projet de loi n° 10ⁱⁱ en 2015-2016, laquelle a entraîné la modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Les principales différences entre les 2 méthodes sont liées à l'inclusion de dépenses qui étaient auparavant exclues en raison de leur nature « sociale », à la révision de la classification de certains coûts et à l'inclusion des fonds spéciaux du gouvernement en matière de santé, dont les dépenses auraient dû être incluses auparavant. Ces changements majeurs causent une rupture dans les séries de données entre 2014-2015 et 2015-2016, en particulier

- une hausse considérable dans les dépenses totales financées par le gouvernement provincial, qui est largement attribuable à l'inclusion des dépenses du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS);
- une augmentation marquée dans les dépenses de 3 catégories :
 - Autres professionnels — hausse principalement attribuable à la reclassification de certaines dépenses qui faisaient auparavant partie d'autres catégories;

ii. *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

- Autres dépenses de santé — hausse principalement attribuable à l'inclusion de dépenses qui n'étaient pas incluses dans les méthodes précédentes (p. ex. les dépenses consacrées au soutien à domicile);
- Autres établissements — hausse principalement attribuable à l'inclusion des dépenses consacrées aux jeunes en difficulté et aux patients dans les centres de réadaptation.

Soulignons que la baisse des dépenses de Santé publique résulte à la fois de la reclassification de certaines dépenses et des changements apportés au réseau de la santé et des services sociaux le 1^{er} avril 2015, notamment l'abolition des agences régionales. La baisse des dépenses de la catégorie Administration est principalement attribuable à l'adoption de lignes directrices gouvernementales dans le cadre de la réforme (encore une fois en raison de l'abolition des agences régionales).

Secteur privé

Les données du secteur privé ont été révisées en 1995 après un examen méthodologique qui a commencé au début des années 1990. Les données du secteur privé ayant fait l'objet d'une révision méthodologique ont incorporé les estimations issues directement de nouvelles sources pour 1988 et les années ultérieures.

Les montants des dépenses avant 1988 ont fait l'objet d'estimations à partir de tendances historiques. Par conséquent, le lecteur doit utiliser avec réserve les données sur les dépenses du secteur privé pour les petites provinces et pour les années précédant 1988.

Les données sur les réclamations de l'**assurance maladie** par catégorie et les primes sont recueillies auprès de 8 compagnies d'assurance sans but lucratif et de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes qui mène une enquête auprès de ses membres. La différence entre les réclamations et les primes est attribuée à la catégorie de l'administration d'assurance, qui comprend les coûts de fonctionnement, les provisions pour de futures prestations, les dividendes et bonifications, les impôts fédéraux, provinciaux et territoriaux (p. ex. impôt sur les primes, sur le capital et sur le revenu) et la marge de profit. Les dépenses de santé engagées par les compagnies d'assurance contre risques divers affiliées à des compagnies d'assurance vie sont comprises dans les estimations.

Les **dépenses directes** des ménages sont fondées sur les données de l'EDM, anciennement l'Enquête sur les dépenses des familles, qui est administrée par Statistique Canada. Seules les données de la catégorie issue de la section P de l'enquête portant sur les coûts directs pour les soins de santé sont utilisées. Les catégories de l'EDM Autres médicaments et produits pharmaceutiques, c'est-à-dire non prescrits par un médecin, et Soins hospitaliers, sont remplacées par des données d'autres sources comme il est indiqué ci-dessous. Les estimations sur les dépenses nationales de santé correspondent aux dépenses moyennes par ménage pour chaque catégorie multipliées par le nombre prévu de ménages.

L'EDM est une enquête annuelle qui a commencé en 1996. Avant 1996, des enquêtes complètes qui englobaient les milieux urbains et ruraux ont été menées en 1986 et en 1992. En 1990, une enquête visant seulement les zones métropolitaines a été effectuée. Au cours des années pendant lesquelles des enquêtes complètes ont été effectuées, les données sont disponibles pour les 10 provinces et 17 centres urbains. Les centres urbains englobent Yellowknife et Whitehorse, qui servent à tirer des estimations des dépenses dans les territoires. Les dépenses par ménage dans les zones métropolitaines semblent être plus élevées que les estimations provinciales et territoriales. Toutes les catégories pertinentes ont été mises à jour au cours des années pendant lesquelles des enquêtes complètes ont été menées. Pour les années pendant lesquelles seulement des enquêtes sur les milieux urbains ont été menées, les changements en pourcentage des dépenses relatives aux milieux urbains dans chaque province ou territoire ont servi à mettre à jour les estimations des catégories à partir des années au cours desquelles ont eu lieu des enquêtes complètes.

Entre 1992 et 1996, années où aucune enquête n'a été menée, les taux de croissance provinciaux et territoriaux des variables de Statistique Canada sur les dépenses personnelles de soins médicaux et de soins dentaires, les médicaments et les produits pharmaceutiques divers et les autres soins de santé ont servi à établir des estimations pour les années manquantes. À compter de l'an 2000, l'EDM n'est mené dans les territoires que tous les 2 ans. Pour les années 2000, 2002 et tous les ans par la suite, les dépenses en santé directes de soins médicaux, de soins dentaires, de soins de la vue et d'autres services professionnels, les médicaments prescrits, et d'autres biens et services de la santé ont été estimés par l'ICIS. Dans l'EDM, les données dans la catégorie Autres médications, médicaments et produits pharmaceutiques, c'est-à-dire non prescrits par un médecin, sont remplacées par de l'information de la firme de recherche Nielsen, qui assure un suivi des ventes au détail de médicaments non prescrits vendus au Canada. Chaque année, Nielsen déclare des données de ventes au détail pour 2 années pour plus de 50 catégories de médicaments non prescrits. Les données sont déclarées par circuits commerciauxⁱⁱⁱ, par volume total de ventes en dollars et par distribution de ventes régionales de 5 régions qui englobent 9 provinces. Terre-Neuve-et-Labrador et les territoires ne sont pas inclus. Les données sont traitées en classant les catégories de médicaments non prescrits à titre de médicaments en vente libre ou de produits d'hygiène personnelle. Les ventes régionales sont réparties en 9 provinces et on calcule les estimations pour Terre-Neuve-et-Labrador et les territoires au moyen des répartitions provinciales des coûts directs pour les soins de santé à partir de l'EDM. Enfin, les estimations tiennent compte des taxes de vente provinciales et fédérales applicables.

En 2010, Statistique Canada a entièrement restructuré l'EDM : la période de référence pour les médicaments prescrits est passée de 12 à 3 mois, puis le résultat a été annualisé au moyen d'une multiplication par 4. Un des objectifs de cette restructuration était de mieux adapter les méthodes de collecte et les périodes de référence. En 2010, les taux de croissance des

iii. Règle générale, les définitions de Statistique Canada régissent la classification des magasins par catégorie de commerce. Les circuits de vente comprennent les pharmacies, les magasins d'alimentation comportant une pharmacie, les principaux supermarchés, les grandes surfaces et les clubs-entrepôts dont les estimations proviennent des données sur les ménages recueillies par Nielsen.

dépenses associés aux médicaments prescrits payés par les patients ont dépassé 30 % dans la plupart des provinces, atteignant presque 50 % dans certaines provinces. Depuis 2010 dans les 10 provinces et depuis 2015 dans les 3 capitales des territoires, l'EDM combine 2 modes de collecte, à savoir un questionnaire et un journal de dépenses. En conséquence, il y a eu une interruption dans la série des dépenses payées par les patients dans l'ensemble des provinces et des territoires, ce qui a eu une incidence sur les dépenses du secteur privé dans l'ensemble des provinces et territoires.

La catégorie de l'EDM Soins hospitaliers n'est pas utilisée; on estime plutôt la composante sur les dépenses directes dans le cas des soins hospitaliers selon les revenus des services aux patients tirés du Rapport annuel des établissements de santé de Statistique Canada avant 1994-1995 et de la Base de données canadienne SIG (BDCS) de l'ICIS par la suite.

Les estimations du secteur privé de la catégorie Autres établissements sont tirées des données de l'Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes (EESBI) de Statistique Canada. Les données ayant servi à l'enquête englobent les recettes des établissements provenant de la coassurance ou des dépenses directes des bénéficiaires, les suppléments pour l'hébergement privilégié et les revenus divers.

La source de financement **non liée à la consommation** du secteur privé englobe les revenus des hôpitaux ne provenant pas de soins aux patients, tels que les exploitations auxiliaires, les dons et les revenus de placement. Ces données proviennent des enquêtes sur les hôpitaux de Statistique Canada avant 1994-1995 et de la BDCS par la suite.

La source de financement non liée à la consommation du secteur privé comprend également les dépenses sur la recherche biomédicale et la santé des facultés de médecine canadiennes issues des statistiques relatives à l'enseignement médical publiées par l'Association des facultés de médecine du Canada. On compte les montants de recherche financés par les fondations nationales et provinciales sans but lucratif, dont la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, l'Institut national du cancer du Canada, la Société canadienne du cancer, pour n'en nommer que quelques-unes. De plus, on tient compte du financement provenant de sources locales, des sources universitaires internes, des universités, des hôpitaux indépendants et des sources étrangères. La somme de ces montants est répartie dans la province selon la répartition déclarée des sommes totales consacrées à la recherche par les diverses facultés de médecine à l'échelle du pays.

Les dépenses en immobilisations du secteur privé sont également comprises dans les éléments non liés à la consommation. D'autres renseignements sur le calcul des immobilisations figurent aussi dans les méthodes de calcul apparaissant sous les rubriques Dépenses en immobilisations et Méthodes de prévision.

Dépenses directes du gouvernement fédéral

Les données sur les dépenses directes de santé du gouvernement fédéral sont estimées à partir des données fournies par les organismes gouvernementaux fédéraux, auxquelles s'ajoutent les données sur les comptes publics nationaux. Les dépenses de santé du gouvernement fédéral sont généralement présentées selon la province dans laquelle les dépenses ont été engagées. Toutefois, certaines données sont fournies à l'échelle nationale seulement; dans ce cas, elles sont réparties en fonction de la population des provinces et territoires.

Historiquement, les données sur la Santé publique et l'Administration dans le secteur fédéral direct ont été déclarées dans une seule catégorie. Afin de diviser cette catégorie en composantes distinctes pour la santé publique et l'administration, on a entrepris une analyse des données plus détaillées couvrant la période de 1988 à 2003. On a tenté de répartir les données historiques de 1975 à 1987 entre ces domaines afin de produire des évaluations distinctes sur la santé publique et l'administration pour l'ensemble de la série chronologique.

Administration municipale

Jusqu'en 2009, les dépenses de santé des administrations municipales s'appuient sur les données fournies par la Division de la statistique du secteur public, anciennement la Division des institutions publiques de Statistique Canada.

Caisses de sécurité sociale

Au Canada, les caisses de sécurité sociale comprennent les dépenses de soins de santé engagées par les commissions des accidents du travail et par le Fonds de l'assurance médicaments du programme de subventions en matière de médicaments du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les données des commissions des accidents du travail sont issues de tableaux spéciaux des dépenses en aide médicale provenant des commissions des accidents du travail de chaque province et territoire. Le remplacement du revenu et la réadaptation professionnelle ne sont pas compris. Les éléments qui sont inclus dans l'aide médicale, mais qui ne correspondent pas à la définition des dépenses nationales de santé, dont les frais d'obsèques, les vêtements, l'hébergement à l'hôtel et les déplacements à des fins non médicales, sont exclus.

Après 1996, nous avons ajouté aux données sur les commissions des accidents du travail la partie du programme de médicaments de la RAMQ qui n'est pas financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour obtenir des renseignements supplémentaires, se reporter à la définition des caisses de sécurité sociale dans la section Concepts et définitions du présent document.

Méthodes de calcul

Calcul du taux de croissance annuel moyen

Le taux de croissance annuel moyen est le taux annuel constant auquel une valeur doit augmenter pour atteindre une valeur à la fin d'une période étant donné le nombre d'années composant cette période. Voici la formule utilisée pour calculer le taux de croissance annuel moyen :

$$e^{(\ln(\text{valeur à la fin de la période}) - \ln(\text{valeur au début de la période})) \div T - 1}$$

La constante « e » est égale à 2,718, soit la base du logarithme naturel, et T est égal au nombre d'années couvertes par cette période.

Calcul de l'année civile

Certaines sources d'information présentent les données en fonction de l'exercice financier. Les données pour une année civile ont été calculées en ajoutant les 3 quarts d'un exercice au quart de l'exercice précédent.

Calcul des dollars constants

Les dépenses réelles de santé et les dépenses réelles de santé par habitant sont présentées en dollars constants de 1997. Les dépenses en dollars constants ont été calculées au moyen des indices de prix pour les dépenses publiques et privées dans chaque province et territoire. Les indices utilisés sont les indices implicites de prix pour les dépenses courantes du gouvernement servant à exprimer en prix constants les dépenses de santé du secteur public, et la composante de santé de l'indice des prix à la consommation (IPC) sert à exprimer en prix constants les dépenses de santé du secteur privé. Statistique Canada a élaboré les 2 séries d'indices. Une explication plus approfondie de la méthodologie utilisée pour calculer les indices implicites de prix est offerte dans les publications de Statistique Canada³.

Dans la série sur les dépenses de santé, les dépenses publiques et privées sont ajustées séparément au moyen de l'indice approprié dans chaque province. Les valeurs ajustées sont agrégées pour obtenir le total pour le Canada en dollars constants. Par conséquent, l'indice implicite de prix global utilisé dans la série sur les dépenses de santé tient compte du jumelage des dépenses de santé des secteurs public et privé consignées dans la BDDNS.

L'indice des dépenses courantes du gouvernement fait l'objet de prévisions pour l'année la plus récente dans les rapports de la BDDNS dans le cas des provinces et territoires. Ces prévisions ont été dressées à partir des chiffres prévus par le Conference Board du Canada pour le Canada, l'Ontario et le Québec et de ceux de l'ICIS pour les autres provinces.

L'IPC (santé) fait l'objet de prévisions jusqu'en décembre de l'année la plus récente dans les rapports de la BDDNS. Ces prévisions sont faites à partir de la moyenne de l'indice mensuel jusqu'en avril de la même année, la plus récente donnée avant la publication du rapport annuel.

Calcul du total des dépenses de santé par rapport au produit intérieur brut

Le PIB au prix courant^{iv} a été utilisé pour exprimer le total des dépenses de santé par rapport au PIB. Pour calculer le ratio des dépenses totales de santé par rapport au PIB au Canada, les chiffres sur le PIB national ont été utilisés plutôt que la somme des PIB provinciaux et territoriaux.

Les chiffres sur le PIB fournis par Statistique Canada ont été revus (à la hausse) en 2013 dans le cadre de la révision du Système de comptabilité nationale du Canada (SCNC), rendue nécessaire en raison de la mise en œuvre des nouvelles normes internationales publiées dans le *Système de comptabilité nationale 2008* (SCN 2008). Les chiffres révisés du PIB canadien et par provinces et territoires sont disponibles pour la période de 1981 à 2013. L'ICIS n'a pas tenté d'estimer les PIB national, provinciaux et territoriaux avant 1981. Les prévisions relatives aux chiffres sur le PIB à l'échelle nationale, provinciale et territoriale pour l'année la plus récente ont été préparées par l'ICIS en appliquant le taux de croissance le plus récent du PIB du Conference Board du Canada aux chiffres de Statistique Canada sur le PIB de l'année précédente.

Calcul des dépenses par habitant

Les dépenses de santé par habitant ont été calculées en utilisant les plus récentes prévisions de la Division de la démographie de Statistique Canada. Il faut tenir compte des résultats des rajustements du recensement pour le sous-dénombrement net, pour les résidents non permanents et pour les Canadiens de retour au pays. Les chiffres démographiques pour l'année la plus récente sont des projections obtenues de la Division de la démographie de Statistique Canada.

Calcul du total des dépenses de santé

Le total des dépenses de santé se rapporte à la somme des secteurs public et privé. La mention « Canada » désigne la somme des 10 provinces et des 3 territoires. Les dépenses totales de santé en dollars constants de 1997 représentent la somme des dépenses de santé du secteur public en dollars constants de 1997 et des dépenses de santé du secteur privé en dollars constants de 1997. La moyenne pour le Canada correspond à la somme des dépenses des provinces et territoires, divisée par la somme des données provinciales et territoriales d'une autre variable, comme la population.

iv. Source : Division des comptes nationaux et de l'environnement, Statistique Canada.

Dépenses en immobilisations

Précédant une importante révision de la méthodologie en 1995, plusieurs catégories du secteur privé ont fait l'objet d'une estimation au moyen d'une méthode des résidus, par laquelle les dépenses du secteur public étaient soustraites du total estimatif. Le reste était entièrement attribué au secteur privé. À la suite de la révision de la méthodologie sur les dépenses nationales de santé ayant eu lieu au début des années 1990, les Dépenses en immobilisations demeuraient la seule catégorie qui était estimée de cette façon. En 1998, la méthode de calcul des dépenses en immobilisations a été revue et révisée. Les dépenses en immobilisations du secteur privé, des gouvernements provinciaux et territoriaux et des municipalités sont maintenant estimées à partir de renseignements de l'Enquête sur les dépenses en immobilisations et réparations (EDIR) obtenus de Statistique Canada. Les dépenses en immobilisations du secteur fédéral direct sont tirées des comptes publics nationaux et des ministères fédéraux qui offrent des services de santé. Le secteur des caisses de sécurité sociale ne compte aucune dépense en immobilisations. Les répercussions de ce changement comportent 2 volets : les dépenses en immobilisations de tous les secteurs s'appuient sur les principes comptables de la méthode du coût complet et les Dépenses en immobilisations représentent la seule catégorie dans laquelle les dépenses sont catégorisées comme étant privées ou publiques selon le régime de propriété de l'établissement dans lequel on investit. Cette convention a été adoptée en raison des restrictions des données.

Méthodes de prévision

Les prévisions des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux s'appuient sur les budgets principaux des dépenses des provinces et territoires ou sur les taux de croissance d'un ensemble uniforme des principaux programmes des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux dont font état les prévisions et les budgets des provinces et territoires. Dans le cas des prévisions des gouvernements des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, les estimations reposent sur les sommes déclarées dans le budget principal des dépenses. Dans d'autres secteurs, les chiffres de ces 2 territoires ont été calculés par l'élaboration de prévisions pour les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. La part des dépenses du Nunavut au cours de la dernière année des données réelles du total combiné des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut a été utilisée en tant qu'indicateur pour dégager les prévisions pour les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut pour les années les plus récentes.

Les chiffres de 2016 pour les Dépenses en immobilisations du secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux, des gouvernements municipaux et du secteur privé sont estimés à partir des chiffres obtenus de Statistique Canada. Les chiffres de 2017 s'appuient sur les données actuelles préliminaires, tandis que ceux de 2018 s'appuient sur les « intentions ».

Les prévisions des dépenses de santé relevant directement du secteur fédéral direct ont été établies selon les données provenant des comptes publics nationaux et du Budget principal des dépenses du Conseil du Trésor du Canada. Les prévisions concernant les commissions des accidents du travail, les municipalités et le secteur privé ont été fondées entièrement sur une analyse économétrique des tendances des séries chronologiques. Pour chacune des catégories, comme les Médicaments et les Autres établissements, jusqu'à 40 différentes spécifications prévisionnelles unidimensionnelles ont été évaluées et la meilleure (selon l'erreur quadratique moyenne de prédiction) a été choisie. Les formes fonctionnelles étudiées comprenaient entre autres le groupe de lissage exponentiel (simple, double, Holt, Brown, Winters, tendance amortie, etc.), les tendances temporelles et les spécifications ARMMI. Des transformations logarithmiques ont été utilisées lorsque les données le justifiaient. Dans certains cas, nous avons également utilisé une technique de lissage LOESS pour améliorer les prévisions en saisissant les données récentes dans la série.

Les prévisions en matière de dépenses de santé sont désignées par un symbole spécial dans les figures des rapports de la BDDNS et par la lettre « p » dans les tableaux de données de la BDDNS.

Les prévisions relatives au produit intérieur brut à l'échelle nationale, provinciale et territoriale pour 2017 et 2018 ont été calculées par l'ICIS en appliquant le taux de croissance du PIB prévu par le Conference Board du Canada pour cette année aux chiffres sur le PIB de l'année précédente fournis par Statistique Canada.

Les prévisions selon l'indice de prix des dépenses courantes du gouvernement reposent sur les prévisions les plus récentes du Conference Board du Canada pour cet indice pour le Canada, l'Ontario et le Québec, et de celles de l'ICIS pour les autres provinces.

L'IPC (santé) a fait l'objet de prévisions jusqu'en décembre de l'année la plus récente. Ces prévisions ont été faites à partir de la moyenne de l'indice mensuel jusqu'en avril de la même année, la plus récente donnée avant la publication du rapport annuel de la BDDNS.

Méthodes de répartition selon l'âge et le sexe

La série E des tableaux de données présente les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux pour certaines catégories de dépenses selon le sexe et les groupes d'âge. Les dépenses totales par âge, sexe et province sont disponibles à partir de 1998. Les 5 catégories sont les Hôpitaux, Autres établissements, Médecins, Autres professionnels et Médicaments. La méthode de répartition des 5 catégories et du total est expliquée ci-dessous. Les données présentées dans la série E des tableaux de données ne sont pas normalisées selon l'âge et le sexe.

Hôpitaux

La répartition des dépenses hospitalières des gouvernements provinciaux et territoriaux selon l'âge et le sexe repose sur l'information tirée de la Base de données sur les congés des patients (BDGP)^v et la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH). La méthodologie des groupes de maladies analogues (GMA) de l'ICIS a servi à regrouper l'information sur les congés des patients selon les caractéristiques cliniques et d'utilisation des ressources de façon à obtenir des groupes homogènes. Pour le moment, la méthodologie GMA ne peut être utilisée que sur une période de 5 ans. Par conséquent, la méthodologie de 2001 a été utilisée pour la période de 1995-1996 à 1996-1997, alors que, pour la période de 1997-1998 à 2002-2003, la méthodologie de 2002 a été employée. La méthodologie GMA de 2003 a été utilisée pour la période de 2003-2004 à 2005-2006. La méthodologie GMA+ a été mise en place en 2006 après le remaniement de la méthodologie de regroupement. La méthodologie GMA+ de 2006 a donc été utilisée pour 2006-2007, la méthodologie GMA+ de 2012 pour 2007-2008, et la méthodologie GMA+ de 2013 pour la période de 2008-2009 à 2012-2013. Le groupeur GMA+, mis à jour chaque année, est utilisé depuis 2013-2014.

Suivant la méthodologie de regroupement GMA, le diagnostic et les interventions chirurgicales déterminent dans quel groupe sont inclus les patients. Ensuite, pour chacun des groupes, on catégorise les patients selon le degré de complexité^{vi} évalué suivant le nombre et le type de diagnostics de comorbidité et l'âge. En dernier lieu, on estime le coût propre au patient en utilisant la pondération de la consommation des ressources (PCR)^{vii}. On additionne ensuite les valeurs de PCR attribuées pour obtenir le volume total des cas pondérés selon l'âge et le sexe.

v. La Base de données sur les congés des patients reçoit de l'information des hôpitaux participants, ce qui représente environ 85 % de toutes les sorties des hôpitaux au Canada. La base de données contient des données cliniques, démographiques et administratives relativement aux soins de courte durée, aux soins chroniques et aux soins de réadaptation, et aux chirurgies d'un jour.

vi. À la suite de consultations poussées avec des experts dans le domaine, on croit que ces données n'ont pas été trop touchées par les récents problèmes se rapportant à la complexité.

vii. La pondération de la consommation des ressources est un algorithme d'affectation des ressources qui a été mis au point par l'ICIS pour estimer la valeur relative de ressources utilisées par les hôpitaux pour un cas typique. Pour en savoir davantage, consultez le [site Web de l'ICIS](#).

Les estimations des dépenses hospitalières des gouvernements provinciaux et territoriaux pour chaque province sont attribuées à un groupe d'âge donné d'après les cas pondérés dans le groupe d'âge relativement au total des cas pondérés. Les données sur les cas pondérés provenant de la BDCP et la BDMH ne s'appliquent qu'aux patients hospitalisés pour des soins de courte durée. Pour le moment, seuls certains établissements dans quelques provinces fournissent des données sur les cas pondérés pour la majorité des soins ambulatoires dispensés en milieu hospitalier (c.-à-d. les chirurgies d'un jour, les services d'urgence et les cliniques). Néanmoins, les cas pondérés relatifs aux patients hospitalisés pour des soins de courte durée servent d'approximation pour répartir les estimations des dépenses hospitalières financées par les gouvernements provinciaux et territoriaux, ce qui englobe les soins aux patients hospitalisés et les soins ambulatoires. L'ICIS a procédé à une analyse afin de déterminer s'il était raisonnable que les données sur les patients hospitalisés pour des soins de courte durée servent d'approximation pour répartir les dépenses hospitalières globales des gouvernements provinciaux et territoriaux. L'ICIS a comparé les cas pondérés de 1998-1999 calculés à partir du fichier sur les soins ambulatoires de l'Alberta avec les cas pondérés des patients hospitalisés pour des soins de courte durée de l'Alberta provenant de la BDCP et de la BDMH. Cette analyse a permis de conclure que la répartition des cas pondérés des soins ambulatoires présente des différences par rapport aux cas pondérés des patients hospitalisés, surtout en ce qui concerne les personnes âgées. La combinaison des cas pondérés des soins ambulatoires avec les cas pondérés des patients hospitalisés produit des dépenses par habitant pour les personnes âgées moins élevées que si l'on avait seulement utilisé les cas pondérés des patients hospitalisés.

Les données provenant de la BDCP et de la BDMH couvrent l'ensemble des provinces et territoires du Canada; nous avons combiné les territoires en raison du petit nombre d'établissements. Le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut (1999 et après) ont été répartis en fonction d'une distribution territoriale combinée et de la population. Pour les exercices 1995-1996 à 1997-1998, les données de la BDCP pour l'Île-du-Prince-Édouard et la Saskatchewan représentaient environ 85 % du nombre total d'hospitalisations pour des soins de courte durée dans chacune des provinces; toutefois, depuis 1998-1999, ce pourcentage a atteint 100 % dans les 2 provinces. Comme le Québec ne disposait pas de données pour la période de 2002-2003 à 2006-2007, ni le Manitoba pour 2003-2004, on a effectué des estimations à partir d'une analyse de la série historique.

Il est recommandé de comparer avec réserve les estimations des dépenses selon l'âge et le sexe entre les provinces, en particulier en ce qui concerne le Manitoba. Les données sur l'utilisation des soins hospitaliers du Manitoba ne sont pas déclarées à l'ICIS comme le sont celles des autres provinces et territoires. En plus des soins de courte durée pour les patients hospitalisés, les cas pondérés du Manitoba incluent les soins chroniques, les soins de réadaptation et les soins hospitaliers de longue durée, ce qui a pour effet d'accorder plus de poids aux groupes de personnes âgées et par le fait même de créer des dépenses plus élevées pour ces groupes d'âge.

Médecins

La répartition selon l'âge et le sexe des dépenses relatives aux Médecins engagées par les gouvernements provinciaux et territoriaux est fondée sur l'information puisée dans la Base de données nationale sur les médecins (BDNM) de l'ICIS. La BDNM contient des données sur les activités sociodémographiques et sur la facturation des médecins rémunérés à l'acte de même que sur l'âge et le sexe des patients. Les données de la BDNM servent d'approximation pour répartir toutes les dépenses sur les services médicaux tirées de la BDDNS. La BDDNS englobe principalement les honoraires versés par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance maladie aux médecins en pratique privée, mais également d'autres méthodes de paiement, dont les salaires, les vacations et la capitation.

Les données de la BDNM de l'exercice 1996-1997 n'étaient pas disponibles pour la Nouvelle-Écosse. Elles ont donc été estimées à partir des données sur la rémunération à l'acte de la BDNM de 1995-1996 et des taux de croissance de la population selon l'âge et le sexe. De même, on ne disposait pas des données de la BDNM de 1995-1996 pour le Nouveau-Brunswick. À l'instar de la Nouvelle-Écosse, elles ont été estimées à partir des données sur la rémunération à l'acte de la BDNM de 1994-1995 et des taux de croissance de la population selon l'âge et le sexe. On a utilisé les données sur la rémunération à l'acte du Yukon de 1995-1996 et des exercices suivants pour estimer celles des Territoires du Nord-Ouest en appliquant les dépenses par habitant du Yukon liées à la rémunération à l'acte (selon l'âge et le sexe) aux données sur la population des Territoires du Nord-Ouest de 1995-1996 et des années suivantes. À l'instar des Territoires du Nord-Ouest, les données du Nunavut de 1999-2000 et des années suivantes ont été estimées à partir des données du Yukon. Les données ont été recueillies selon l'exercice financier, puis elles ont été converties selon l'année civile (voir Méthodes de calcul).

Les données fournies par la BDNM pour la dernière année sont des estimations préliminaires.

Autres établissements

L'EESBI de Statistique Canada a servi à dresser les estimations relatives aux répartitions selon l'âge et le sexe des provinces et territoires dans le cas des autres établissements. Ces établissements, entre autres, pour les délinquants et les itinérants, ont été exclus de la répartition selon l'âge et le sexe. Seuls les établissements subventionnés pour offrir un niveau de soins de type II ou d'un type plus élevé ont été pris en compte dans les estimations. Les soins de ce niveau supposent au minimum une heure et demie par jour sous surveillance médicale ou sous la surveillance d'une infirmière. Le nombre de patients selon l'âge et le sexe et le principal type de soins dispensés par chaque établissement ont servi à produire les répartitions.

Pour que le nombre de patients d'un établissement soit inclus, l'établissement devait aussi déclarer les revenus provenant des gouvernements provinciaux et territoriaux et le nombre de jours pendant lesquels des clients ont bénéficié du financement des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Pour un type d'établissement donné, on a pondéré le nombre de patients selon l'âge et le sexe attribué en fonction du type de soins dispensés. Les coefficients de pondération ont été générés au moyen des coûts estimés par patient pour un type précis de soins par rapport au type II. C'est donc dire que les soins de type II servaient de base et avaient un coefficient de pondération de 1. Après avoir attribué des coefficients de pondération au nombre de patients selon l'âge et le sexe, le niveau de soins et le type d'établissement, on a agrégé le nombre de patients, ce qui a permis d'obtenir le nombre pondéré total de patients dans la province ou le territoire. Une répartition en fonction de l'âge et du sexe a été générée et ensuite appliquée au chiffre approprié de la province ou du territoire dans la BDDNS pour les autres établissements. L'ICIS a réparti les groupes d'âge de l'EESBI (moins de 10 ans, 11 à 17 ans, 18 à 44 ans, 45 à 64 ans, 65 à 69 ans, 70 à 74 ans, 75 à 79 ans, 80 à 84 ans et 85 ans et plus) en groupes d'âge de 5 ans en fonction de la population et des cas pondérés de la BDCP et de la BDMH.

Au moment de la publication du plus récent rapport de la BDDNS, les données du Québec n'étaient pas disponibles pour l'ensemble des exercices. Nous avons utilisé le nombre pondéré de patients pour le Canada (à l'exception du Québec) de l'EESBI pour estimer la répartition des dépenses des Autres établissements du Québec.

Après la suppression de l'EESBI, la répartition provinciale et territoriale de l'âge et du sexe pour les autres établissements en 2016 a été estimée à l'aide de la section du Recensement de 2016 de Statistique Canada sur le type de logement collectif. La présente analyse utilise 2 types de logement collectif : établissements qui allient les services d'un établissement de soins infirmiers et d'une résidence pour personnes âgées; établissements de soins pour bénéficiaires internes comme un foyer collectif pour personnes ayant une incapacité ou une dépendance.

Médicaments

Les dépenses en médicaments prescrits des gouvernements provinciaux et territoriaux englobent principalement les médicaments offerts dans le cadre de programmes provinciaux et territoriaux de subvention des médicaments. Le niveau de couverture de ces programmes varie à l'échelle du pays. Les régimes universels de médicaments prévoyant une couverture au premier dollar pour l'ensemble de la population ne sont actuellement offerts dans aucune province. La plupart des régimes des gouvernements provinciaux et territoriaux couvrent les médicaments prescrits aux aînés et aux prestataires de bien-être social. Le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique offrent une certaine forme de couverture à tous les résidents avec divers niveaux de franchises substantielles et une quote-part. De même, le Québec a mis sur pied un régime universel en 1997 qui exige que les résidents québécois soient assurés par le régime provincial si un régime collectif privé, offert habituellement par un employeur, n'est pas disponible.

L'ICIS a demandé d'obtenir les réclamations versées au cours d'une année donnée selon l'âge et le sexe pour chaque régime de médicaments subventionné par les provinces et territoires. Certaines données commençant en 2005-2006 ont été fournies par le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP). Les données sur les réclamations de médicaments versées selon l'âge et le sexe du Québec, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut ne sont pas actuellement disponibles.

Le programme des médicaments sous ordonnance de Terre-Neuve-et-Labrador (NLPDP) a fourni des données en matière de dépenses selon l'âge et le sexe pour la période commençant en 2007-2008. Les données recueillies par le NLPDP traitent de 5 régimes principaux (les régimes Foundation, 65Plus, Access, Assurance et Select Needs) et des demandes de remboursement de médicaments sous ordonnance payées par le ministère de la Santé et des Services communautaires.

Les données provenant de la Nouvelle-Écosse sont issues du programme Seniors Pharmacare et des réclamations sur les médicaments prescrits payées par le ministère des Services communautaires par l'intermédiaire de l'Income Assistance Program et du Family Benefits Program. Les données provenant du programme spécial sur les médicaments n'étant pas disponibles, les dépenses relatives à ce régime ont été réparties au moyen des données du ministère des Services communautaires.

Les données tirées du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick représentent 10 régimes d'assurance médicaments différents : citoyens aînés (A), clients de foyers de soins (V), résidents adultes d'établissements résidentiels autorisés (centre de soins spéciaux) (E), clients du ministère du Développement social (F), enfants pris en charge par le ministère du Développement social et enfants ayant des besoins spéciaux (G), fibrose kystique (B), sclérose en plaques (H), receveurs d'une greffe d'organes (R), insuffisance en hormones de croissance (T) et VIH/sida (U). Cependant, aucune donnée n'est disponible en ce qui concerne les autorisations spéciales (SA) pour les médicaments non couverts habituellement par le gouvernement provincial. Depuis octobre 1996, les réclamations en vertu des autorisations spéciales sont comprises dans 6 autres régimes (A, B, G, R, T et V) si le réclamant est prestataire de l'un de ces régimes. En septembre 1997, on en a élargi le nombre pour englober les régimes E et F. Les régimes de moindre envergure pour lesquels des données sur l'âge et le sexe n'étaient pas disponibles ont été répartis au moyen de la répartition globale des régimes pour lesquels il existe des données.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a présenté des données par année civile sur son régime de médicaments subventionnés. Le régime prévoit une protection pour les aînés, les prestataires de la sécurité du revenu et d'autres personnes. Les données de 1997 et des années suivantes portent également sur un groupe client général représentant les bénéficiaires pour lesquels les réclamations de médicaments sont payées par le Fonds de l'assurance médicaments autofinancé grâce au paiement de primes par les personnes qui

adhèrent au régime plutôt que par le gouvernement provincial. Par conséquent, la répartition selon l'âge et le sexe relative à ce groupe a été exclue du programme du gouvernement provincial^{viii}.

Le programme d'assurance médicaments de l'Ontario a présenté des données sur l'âge et le sexe, qui englobaient une combinaison de réclamations sur les médicaments prescrits payées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère des Services communautaires, de même que des données pour le régime d'assurance médicaments Trillium, qui a été mis en œuvre en avril 1995. Le programme spécial sur les médicaments ne présente pas de profil pour l'âge ou le sexe; les dépenses s'y rattachant ont donc été appliquées à la répartition des régimes de l'assurance médicaments de l'Ontario. Les données du SNIUMP sont utilisées depuis 2014.

Le Manitoba n'a pas été en mesure de présenter des données pour 1996-1997 en raison de la conversion, dans le réseau d'information des programmes sur les médicaments (DPIN), d'un système basé sur l'année civile à un système fondé sur l'exercice financier. Cette conversion a engendré la création d'une année de 15 mois, soit de janvier 1996 à avril 1997. Les données sur les réclamations de médicaments payées pour 1997-1998 et après ont été présentées par le régime d'assurance médicaments du ministère de la Santé. On a fourni les données du régime d'assurance médicaments du ministère des Services familiaux, Division de l'emploi et de l'aide au revenu de 1997-1998 et des années suivantes. Les chiffres déclarés pour le Manitoba en 1997 s'appuient sur les données de l'exercice 1997-1998. Les données du SNIUMP sont utilisées depuis 2005.

Les données fournies par le régime sur les médicaments et la direction sur l'assurance maladie complémentaire de la Saskatchewan étaient en années civiles.

Le ministère de la Santé de l'Alberta présente des données de dépenses selon l'âge et le sexe pour ses programmes de médicaments d'ordonnance depuis 1995-1996. Les données fournies provenaient des 4 régimes d'assurance médicaments suivants : Aînés, Pension des veufs et veuves, Régime ordinaire et Soins palliatifs. Le ministère des Ressources humaines et de l'Emploi de l'Alberta a fourni des données sur ses dépenses en médicaments d'ordonnance au titre des programmes sur l'emploi et l'aide au revenu (il s'agissait auparavant de Famille et Services sociaux de l'Alberta) pour 1995-1996 à 1998-1999, 2000-2001 et les exercices suivants. La répartition selon l'âge et le sexe concernant le régime d'assurance médicaments de 1999-2000 du ministère des Ressources humaines et de l'Emploi de l'Alberta s'appuyait sur les données de 1998-1999. Les données du SNIUMP sont utilisées depuis 2007.

viii. Pour obtenir des renseignements supplémentaires, se reporter à la définition des caisses de sécurité sociale dans la section Concepts et définitions du présent document.

Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a présenté des données sur les réclamations payées selon l'âge et le sexe du client pour les années civiles 1996 et suivantes, pour chacun des régimes administrés par son programme PharmaCare. Les dépenses relatives aux régimes de médicaments de la Colombie-Britannique ont été converties selon l'année civile pour ensuite être appliquées à la répartition des données pertinentes fournies par la province. Les données du SNIUMP sont utilisées depuis 2015.

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon a fourni les réclamations de dépenses en médicaments de 3 régimes d'assurance médicaments administrés : pour les enfants, les aînés et la prise en charge des maladies chroniques. On a fourni les données de 1995-1996 à 2004-2005 de chaque régime, à l'exception de celui pour les enfants qu'on a introduit en 1997-1998. Le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest a fourni des données selon l'âge et le sexe sur les réclamations de médicaments payées au titre de régimes élargis de prestations d'assurance maladie. Les données du SNIUMP sont utilisées depuis 2014.

Les estimations des dépenses en médicaments des gouvernements provinciaux et territoriaux au niveau des programmes sont attribuées à un groupe d'âge donné, et ce, selon la valeur du total des réclamations payées. Dans les provinces dotées de plus d'un régime, on a combiné les programmes répartis selon l'âge et le sexe pour obtenir une estimation totale des dépenses de la province. La plupart des données ont été recueillies selon l'exercice financier, puis elles ont été converties selon l'année civile (voir Méthodes de calcul).

Autres professionnels

Les gouvernements provinciaux et territoriaux offrent divers services de santé fournis par des professionnels de la santé autres que les médecins, principalement des dentistes, des optométristes, des chiropraticiens et des physiothérapeutes.

Toutes les provinces proposent un éventail de programmes pour les personnes âgées et les enfants ainsi que des programmes pour les prestataires de l'aide au revenu. Toutefois, les services offerts varient considérablement. Par exemple, les résidents de l'Ontario, du Québec et de la Colombie-Britannique peuvent bénéficier de services de physiothérapie, mais ce n'est pas le cas dans d'autres provinces. Les services de chiropratique sont prévus par les régimes d'assurance provinciaux et territoriaux de l'Ontario jusqu'en Colombie-Britannique, mais nulle part ailleurs au Canada. De plus, les populations ciblées, le montant des franchises et la participation aux coûts ne sont pas les mêmes dans toutes les provinces. L'ICIS a demandé à chaque province de présenter des données sur les réclamations payées par les gouvernements provinciaux et territoriaux dans une année donnée, selon l'âge, le sexe et le type de services fournis par les autres professionnels de la santé. Des précisions sur la disponibilité des données et les méthodes d'estimation sont données dans les pages qui suivent.

Les données de l'Île-du-Prince-Édouard, du Nouveau-Brunswick et du Nunavut n'étaient pas disponibles. Les autres provinces et territoires ont été en mesure de présenter des données selon l'âge et le sexe pour environ 75 % ou plus des services fournis par les autres professionnels. Lorsqu'une province ou un territoire était dans l'impossibilité de fournir des données pour tous les services, l'ICIS a estimé la répartition selon l'âge et le sexe relative à ces services en se rapportant aux données des programmes des autres provinces qui présentaient des similarités quant aux montants de la couverture et aux critères d'admissibilité.

En ce qui a trait aux programmes, les estimations des dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux pour les Autres professionnels sont attribuées à un groupe d'âge donné en fonction de la valeur des réclamations payées pour ce groupe d'âge par rapport au total des réclamations versées. Dans les provinces dotées de plus d'un régime, on a combiné les programmes répartis selon l'âge et le sexe pour obtenir une estimation totale des dépenses de la province pour les Autres professionnels. La plupart des données ont été recueillies selon l'exercice financier, puis elles ont été converties selon l'année civile (voir Méthodes de calcul).

Total des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux selon l'âge et le sexe

Pour normaliser les dépenses totales de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux selon l'âge et le sexe, il faut que toutes les catégories de dépenses de chaque province soient réparties selon l'âge et le sexe. Malheureusement, les répartitions en fonction de l'âge et du sexe ne sont actuellement pas disponibles pour l'ensemble des provinces et territoires. Par conséquent, l'ICIS a dressé des estimations pour les données manquantes en employant les méthodes décrites ci-après. Pour le Nunavut, on a estimé la répartition selon l'âge et le sexe des programmes de subvention de médicaments pour 1998 et les années suivantes en se servant de la répartition des programmes de subvention de médicaments des Territoires du Nord-Ouest. Pour l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick et le Nunavut (1999 et années suivantes), on a estimé les répartitions selon l'âge et le sexe pour la catégorie Autres professionnels pour 1998 et les années suivantes. Pour produire les répartitions selon l'âge et le sexe de ces provinces, on s'est appuyé sur les répartitions des autres provinces pour les programmes relatifs aux autres dispensateurs de soins qui présentaient des similarités en ce qui concerne les bénéficiaires et les régimes de participation aux coûts. Dans le cas de l'Île-du-Prince-Édouard, la répartition selon l'âge et le sexe des dépenses pour les soins dentaires a été fondée sur le régime de soins dentaires de Terre-Neuve-et-Labrador pour les bénéficiaires âgés de 3 à 16 ans. De même, les dépenses pour les soins dentaires du Nouveau-Brunswick relatives au régime d'aide au revenu des jeunes ont été estimées en se rapportant au régime de soins dentaires de Terre-Neuve-et-Labrador pour les bénéficiaires âgés de 17 ans et moins. La répartition selon l'âge et le sexe relative au régime d'aide au revenu pour les services d'optométrie du Nouveau-Brunswick reposait sur le régime complémentaire Health Optometry de la Saskatchewan. Tout comme dans le cas des dépenses en médicaments du Nunavut, les dépenses pour les Autres professionnels étaient fondées sur

la répartition selon l'âge et le sexe des Territoires du Nord-Ouest. Les dépenses du Québec pour les services de physiothérapie ont été réparties en combinant la répartition selon l'âge et le sexe des régimes de l'Ontario et de la Colombie-Britannique relatifs aux services de physiothérapie rémunérés à l'acte.

On a estimé les dépenses en immobilisations de l'ensemble des provinces et territoires en répartissant leurs populations selon l'âge et le sexe. 2 critères ont motivé l'emploi de cette méthode : 1) les investissements de capitaux pour des établissements de soins sont généralement faits pour des années, et les personnes qui n'utilisent pas les services offerts par ces établissements dans une année donnée sont susceptibles d'y avoir recours dans le futur; 2) étant donné qu'on ne peut pas prévoir la maladie, l'existence de telles installations a une certaine valeur pour toutes les personnes qui en auront éventuellement besoin.

Les catégories restantes Administration, Santé publique et Autres dépenses de santé ont également été estimées en se servant des populations des provinces et des territoires réparties selon l'âge et le sexe. Les dépenses liées à la santé publique et à la recherche consacrée à la santé profitent à l'ensemble de la population; il serait donc difficile de les répartir de façon différente selon l'âge et le sexe. Les dépenses relatives à l'administration des programmes d'assurance sont principalement attribuables aux régimes universels de services hospitaliers et médicaux. Leur répartition suivant la population plutôt que l'utilisation repose sur le fait que ces dépenses sont surtout composées des coûts relatifs aux systèmes d'inscription pour les résidents admissibles, qui couvrent l'ensemble de la population, et des coûts relatifs au traitement des demandes. Étant donné que les dépenses liées au transport par ambulance représentent une part assez négligeable du total des autres dépenses de santé, on ne juge pas que la décision de les répartir suivant la population soit une source d'erreur importante pour les répartitions des dépenses totales des provinces et territoires.

Normalisation des dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux selon l'âge et le sexe

Pour normaliser les dépenses en fonction de l'âge et du sexe, l'ICIS a utilisé une méthode directe ainsi que la population canadienne de 2011 comme population de référence. On a calculé les dépenses normalisées par catégorie en multipliant la population masculine et féminine de chacun des 19 groupes d'âge par les dépenses par habitant de chaque groupe d'âge et pour chacun des sexes, selon la province et le territoire. Les dépenses normalisées pour les 2 sexes ont été agrégées, puis divisées par la population totale du Canada en vue d'obtenir les dépenses normalisées par habitant pour chaque catégorie, selon la province et le territoire.

Principaux changements par rapport aux années précédentes

Au fur et à mesure que l'on compile la série sur les dépenses nationales de santé, de nouvelles données deviennent disponibles, les méthodes sont peaufinées et les sources de données se trouvent améliorées. Les données sont révisées pour tenir compte de cet enrichissement. La présente section se rapporte au rapport annuel publié en 2018.

Historique des révisions

Secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux

Des rajustements rétrospectifs ont été apportés aux données du Yukon pour 2010 à 2015 et de l'Alberta pour 2012 et les années suivantes, ainsi que de l'Ontario et du Manitoba pour 2015 en raison des améliorations apportées à la méthodologie.

Tableau 1 Différences par rapport aux données déclarées antérieurement par les gouvernements provinciaux et territoriaux, par province et territoire et au Canada, 2010 à 2015 (en millions de dollars)

Année	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.	Canada
2010	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,9	—	—	1,9
2011	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,5	—	—	0,5
2012	—	—	—	—	—	—	—	—	-2,4	—	—	—	—	-2,5
2013	—	—	—	—	—	—	—	—	13,3	—	-0,2	—	—	13,1
2014	—	—	—	—	—	—	—	—	1,8	—	—	—	—	1,7
2015	—	—	—	—	—	5,8	2,4	—	27,3	—	0,2	—	—	35,8

Remarque

— Aucun changement marqué par rapport à l'année précédente.

Source

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

Secteur privé

Les rajustements apportés aux données de 2005 à 2015 pour l'ensemble des provinces et territoires étaient attribuables à la mise à jour des dépenses consacrées aux hôpitaux.

Tableau 2 Différences par rapport aux données déclarées antérieurement par le secteur privé, par province et territoire et au Canada, 2005 à 2015 (en millions de dollars)

Année	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.	Canada
2005	3,0	—	—	—	—	84,6	10,1	4,1	127,0	44,0	-0,4	—	—	272,3
2006	4,2	2,4	—	—	—	28,2	14,2	4,9	237,8	97,2	-0,6	2,2	0,4	391,0
2007	5,2	0,8	—	0,1	—	—	18,8	5,9	260,7	109,2	-0,7	-4,2	-0,7	395,4
2008	6,9	0,8	—	—	—	—	18,8	9,7	99,6	96,0	-0,2	-1,6	-0,3	229,8
2009	6,8	0,8	—	—	—	—	25,2	9,8	39,1	96,4	—	—	—	178,1
2010	8,7	4,2	1,5	-0,7	—	—	44,2	19,9	-13,8	82,9	—	—	—	146,9
2011	9,0	7,0	—	—	—	—	51,0	17,9	32,8	214,5	—	—	—	332,3
2012	2,2	1,8	—	—	—	—	12,7	4,2	14,8	62,8	0,1	—	—	98,5
2013	-1,8	—	—	—	—	—	—	—	0,4	-0,8	—	—	—	-2,1
2014	-0,6	—	-0,1	0,1	—	—	0,0	—	—	—	—	—	—	-0,6
2015	2,6	—	-5,0	0,7	7,8	41,7	53,0	-0,7	6,3	17,4	—	—	—	123,9

Remarque

— Aucun changement marqué par rapport à l'année précédente.

Source

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

Données sur les dépenses selon l'âge et le sexe

On a apporté des changements aux répartitions selon l'âge et le sexe figurant dans le rapport de l'année précédente après avoir revu la méthodologie et obtenu de nouvelles données.

Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec l'équipe des Dépenses nationales de santé en composant le 613-241-7860 ou en écrivant à bddns@icis.ca.

Données économiques et démographiques

Statistique Canada a récemment révisé ses estimations démographiques jusqu'en 2012. Les estimations qui figurent dans le rapport de la BDDNS s'appuient maintenant sur les données les plus récentes, soit celles de mars 2018.

Sources de données

Les estimations sur les dépenses nationales de santé sont compilées à partir des données provenant des sources suivantes.

Secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux

- Comptes publics provinciaux et territoriaux et budget principal des dépenses
- Rapports annuels et suppléments statistiques des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux, lorsqu'ils sont disponibles
- Rapports annuels de divers organismes, fondations et commissions
- Tableaux spéciaux et données particulières provenant de divers ministères provinciaux et territoriaux déclarant des dépenses de santé
- Transferts fédéraux faisant partie des dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux :
 - Financement des programmes établis, Transfert canadien en matière de santé et Transfert canadien en matière de programmes sociaux : Division des relations fédérales-provinciales, ministère fédéral des Finances
 - Régime d'assistance publique du Canada : Division des programmes à frais partagés, Emploi et développement social Canada
 - Contributions aux gouvernements des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon : Comptes publics du Canada, ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien
 - Caisse d'aide à la santé : Santé Canada

Secteur fédéral direct

- Comptes publics du Canada
- Budget principal des dépenses du Conseil du Trésor du Canada
- Tableaux spéciaux et information précise provenant des organismes suivants :
 - Santé Canada
 - ministère des Anciens Combattants
 - ministère de la Défense nationale
 - Sécurité publique Canada
 - Statistique Canada
 - Citoyenneté et Immigration Canada
 - plusieurs organismes chargés d'administrer les fonds du gouvernement fédéral consacrés à la recherche tels que la Fondation canadienne pour l'innovation, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé et l'Institut canadien de recherches avancées

Secteur des municipalités

- Tableaux spéciaux acquis de la Division de la statistique du secteur public de Statistique Canada

Secteur des caisses de sécurité sociale

- Tableaux spéciaux des dépenses liées à l'aide médicale offerts par les commissions des accidents du travail des provinces et territoires
- Rapports annuels des commissions des accidents du travail des provinces et territoires
- Tableaux spéciaux provenant du MSSS

Secteur privé

- Part de l'assurance privée :
 - La portion à but non lucratif est saisie à partir de tableaux spéciaux fournis par les compagnies d'assurance à but non lucratif.
 - La portion commerciale est saisie à partir des tableaux spéciaux fournis par l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes.
- Part des dépenses directes des ménages :
 - Enquête sur les dépenses des ménages (anciennement Enquête sur les dépenses des familles), Statistique Canada, sauf pour les catégories suivantes :
 - **Hospitalisation** (revenus rajustés des *services aux patients*) : Rapport annuel des établissements de santé administré par Statistique Canada jusqu'en 1994-1995 et BDCS, administrée par l'ICIS, à partir de 1995-1996
 - **Autres établissements** : EESBI, administrée par Statistique Canada
 - **Médicaments en vente libre et produits d'hygiène personnelle** : Market Review of Selected Drug Categories at Retail, tableau spécial acquis de la firme Nielsen Canada
- Éléments non liés à la consommation :
 - **Hospitalisation** (revenus rajustés autres que ceux tirés des services aux patients) : Rapport annuel des établissements de santé, partie 2, géré par Statistique Canada jusqu'en 1994-1995 et la BDCS à partir de 1995-1996
 - **Dépenses en immobilisations** : Statistique Canada
 - **Recherche sur la santé** : Association des facultés de médecine du Canada, Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada, dépenses pour la recherche biomédicale et en soins de santé des facultés de médecine du Canada par source de financement

Données sur l'âge et le sexe

- BDCP et BDMH de l'ICIS
- BDNM et SNIUMP de l'ICIS
- Tableaux spéciaux fournis par les ministères provinciaux et territoriaux chargés d'administrer les régimes d'assurance médicaments et les autres programmes de prestation de santé
- Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes de Statistique Canada
- Section du Recensement de Statistique Canada sur le type de logement collectif

Données économiques et démographiques

- Produit intérieur brut :
 - Tableau CANSIM 384-0038, Statistique Canada
 - Données acquises du Conference Board du Canada (taux de croissance du PIB) pour l'année la plus récente
- Population : la Division de la démographie, Statistique Canada
- Dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux : tableaux spéciaux acquis de la Division de la statistique du secteur public de Statistique Canada. Depuis 2009, des données sont tirées et estimées à partir des comptes publics, des budgets et des dépenses principales des provinces et territoires
- Indices de prix :
 - Données acquises de la Division des comptes des revenus et des dépenses et de la Division des prix, Statistique Canada
 - Données acquises du Conference Board du Canada pour l'année la plus récente

Références

1. Santé Canada. [Soins de santé à domicile et en milieu communautaire](#). Consulté le 27 août 2018.
2. Santé Canada. [Loi canadienne sur la santé — rapport annuel](#). 2014.
3. Statistique Canada. [Guide des comptes des revenus et dépenses](#). 2008.
4. Organisation de coopération et de développement économiques. [Statistiques de l'OCDE sur la santé 2018](#). Juin 2018.



ICIS Ottawa

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

18436-0918

