BIBLIOTHÈQUE du PARLEMENT
LIBRARY of PARLIAMENT

EN BREF

Vieillissement de la population et politiques publiques au Canada
3. Incidence sur les soins de santé

Publication n° 2011-122-F
Le 21 octobre 2011

Raphaëlle Deraspe

Division des affaires sociales
Service d'information et de recherche parlementaires

Vieillissement de la population et politiques publiques au Canada – 3. Incidence sur les soins de santé
(En bref)

La présente publication est aussi affichée en versions HTML et PDF sur IntraParl (l'intranet parlementaire) et sur le site Web du Parlement du Canada.

Dans la version électronique, les notes de fin de document contiennent des hyperliens intégrés vers certaines des sources mentionnées.

This publication is also available in English.

Les documents de la série ***En bref*** de la Bibliothèque du Parlement donnent un aperçu succinct, objectif et impartial de diverses questions d'actualité. Ils sont préparés par le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque, qui effectue des recherches et fournit des informations et des analyses aux parlementaires, ainsi qu'aux comités du Sénat et de la Chambre des communes et aux associations parlementaires.

Publication n° 2011-122-F
Ottawa, Canada, Bibliothèque du Parlement (2011)

TABLE DES MATIÈRES

1 INTRODUCTION 1

2 PRINCIPAUX FACTEURS INFLUANT SUR LES DÉPENSES PUBLIQUES EN SANTÉ 1

2.1 Dépenses en santé et produit intérieur brut 1

2.2 Inducteurs de coûts dans le domaine de la santé 1

2.2.1 Vieillissement de la population 2

2.2.2 Inflation dans le secteur de la santé 2

2.2.3 Revenu total de l'économie 2

2.2.4 Facteur d'enrichissement 3

2.2.5 Productivité dans le secteur de la santé 3

3 ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES ET DÉPENSES PUBLIQUES PAR GROUPE D'ÂGE 3

3.1 État de santé de la génération des baby-boomers 3

3.2 Les dépenses publiques selon le groupe d'âge 4

4 EFFETS DES DIFFÉRENTS INDUCTEURS DE COÛTS SUR LES DÉPENSES EN SANTÉ 5

4.1 Tendances des dépenses totales en santé depuis 1975 5

4.2 Projection des dépenses nominales et des dépenses en proportion du produit intérieur brut 6

5 BILAN ET DÉFIS 8

5.1 Bilan : le vieillissement de la population, un rôle mineur 8

5.2 Défis : technologie, inflation, efficacité, prévention 8

6 CONCLUSION 9

VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET POLITIQUES PUBLIQUES AU CANADA – 3. INCIDENCE SUR LES SOINS DE SANTÉ*

1 INTRODUCTION

La population canadienne vieillit et tous les experts affirment que ce phénomène entraînera une augmentation des dépenses publiques en soins de santé. On ne s'entend toutefois pas sur l'ampleur de cette hausse : certains parlent d'une bombe à retardement et d'autres, d'un enjeu dont l'importance a été grandement exagérée. Le présent document aborde le vieillissement de la population en tant qu'inducteur de coûts (ou « générateur de coûts ») en santé, et présente les autres principaux inducteurs de coûts dans ce secteur. Il décrit leurs répercussions sur les dépenses publiques liées aux soins de santé, ainsi que leur possible incidence sur les politiques publiques.

2 PRINCIPAUX FACTEURS INFLUANT SUR LES DÉPENSES PUBLIQUES EN SANTÉ

Cette partie présente les principaux inducteurs de coûts dans le domaine de la santé, y compris le vieillissement de la population, après avoir résumé la distinction entre les dépenses nominales et les dépenses exprimées en proportion du produit intérieur brut (PIB).

2.1 DÉPENSES EN SANTÉ ET PRODUIT INTÉRIEUR BRUT

Avant d'examiner les inducteurs de coûts en santé, il importe de préciser la différence entre les *dépenses nominales en santé* et les *dépenses en santé en proportion du PIB*. Les dépenses nominales en santé sont tout simplement les dépenses exprimées en dollars courants.

Par ailleurs, les dépenses en santé sont souvent exprimées en proportion de la taille de l'économie, c'est-à-dire en divisant les dépenses publiques en santé par le PIB. Cette approche permet d'examiner l'importance des dépenses publiques en santé relativement à la taille de l'économie nationale. Ainsi, tout facteur influençant le PIB, notamment la croissance de la productivité de l'économie, est susceptible d'avoir une incidence sur le poids relatif des dépenses en santé. De fait, la croissance de la productivité de l'économie et, par le fait même, du PIB entraînera la diminution du poids relatif des dépenses en santé. L'inverse est vrai également : une baisse de la productivité de l'économie provoquera l'augmentation du poids relatif des dépenses en santé.

2.2 INDUCTEURS DE COÛTS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Plusieurs facteurs, tels que le vieillissement de la population, l'inflation dans le secteur de la santé, le revenu total de l'économie et le facteur d'enrichissement,

influent sur les dépenses publiques dans le domaine de la santé. D'autres facteurs tels que la productivité dans le secteur de la santé et la taille de l'économie constituent également des inducteurs de coûts. Tous ces facteurs seront l'objet des rubriques qui suivent.

2.2.1 VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Le vieillissement de la population fait partie des inducteurs de coûts puisque de façon générale, les personnes âgées requièrent plus de soins que les plus jeunes. Elles souffrent davantage de maladies chroniques en raison de la prévalence croissante de plusieurs de ces maladies avec l'âge, et recourent donc davantage aux soins de santé. Par exemple, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a estimé qu'environ 50 % des dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux consacrées aux hôpitaux en 2008 étaient attribuables aux personnes de 65 ans et plus, un groupe d'âge qui représente 13,7 % de la population canadienne[1]. Toutefois, si les aînés de la génération d'après-guerre s'avéraient en meilleure santé que les aînés des générations précédentes, cela pourrait réduire l'utilisation des soins de santé par ce groupe d'âge.

2.2.2 INFLATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

L'inflation dans le secteur de la santé constitue, de pair avec l'inflation générale, un autre inducteur de coûts au titre des dépenses nominales en santé. On entend par « inflation générale » (ou « inflation dans l'ensemble de l'économie ») la hausse générale du prix des biens et services, et par « inflation dans le secteur de la santé », la hausse, au-delà de l'inflation générale, du prix des biens et services engagés spécifiquement dans le secteur de la santé (p. ex. le prix de l'équipement, des médicaments, des vaccins, etc.).

L'inflation dans le domaine de la santé a tendance à être plus élevée que l'inflation générale. Pour expliquer ce phénomène, certains font valoir que l'augmentation des dépenses en santé ne provient pas d'un plus haut taux d'inflation comme tel, mais bien d'une meilleure qualité des services, notamment l'usage accru de traitements plus efficaces grâce à l'innovation médicale[2]. Par contre, d'autres sont d'avis que l'inflation est plus marquée dans le domaine de la santé parce que, dans ce secteur axé sur la main-d'œuvre, les coûts des services croissent largement en fonction de la hausse de la rémunération des effectifs[3].

Si l'on regarde les dépenses en proportion du PIB, les répercussions de l'inflation générale disparaissent, puisque le PIB reflète déjà l'inflation dans l'ensemble de l'économie.

2.2.3 REVENU TOTAL DE L'ÉCONOMIE

Le revenu total de l'économie, souvent exprimé au moyen du PIB, est un autre facteur de l'accroissement des dépenses en santé. En effet, selon de nombreux documents économiques qui ont établi un lien entre les dépenses en santé et le revenu, la demande de soins de santé d'un individu augmente de pair avec son revenu[4], une tendance appelée « effet-revenu ». Cela explique qu'une population

plus riche exerce une plus grande demande sur les soins de santé. L'effet-revenu pourrait être un facteur qui influe de façon particulièrement importante sur les dépenses publiques en santé exprimées en proportion du PIB si l'augmentation du revenu des particuliers entraîne une augmentation plus que proportionnelle de la demande de soins de santé [5]. Toutefois, si les dépenses en santé croissent en proportion du PIB, l'effet-revenu a des répercussions sur les dépenses nominales, mais non sur les dépenses exprimées en proportion du PIB.

2.2.4 FACTEUR D'ENRICHISSEMENT

Un autre inducteur de coûts important dans le secteur de la santé est le « facteur d'enrichissement », qui reflète l'amélioration de la qualité du système de soins de santé et entraîne donc la croissance des dépenses en santé [6]. Il comprend notamment les innovations au chapitre des médicaments pharmaceutiques [7], des techniques de chirurgie, des technologies de diagnostic et d'imagerie, et des soins de fin de vie. Souvent plus efficaces, les nouvelles technologies sont toutefois très dispendieuses et engendrent une hausse des coûts.

Par ailleurs, il est important de distinguer le facteur d'enrichissement de l'inflation dans le secteur de la santé. Le facteur d'enrichissement correspond à l'augmentation des dépenses en santé associées aux progrès de la médecine et à l'innovation technologique, donc aux coûts des nouveaux biens et services, alors que l'inflation en santé représente la hausse du prix des biens et services existants.

2.2.5 PRODUCTIVITÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Enfin, la productivité dans le secteur de la santé a des effets certains sur les dépenses en soins de santé. En effet, l'augmentation de la productivité par l'utilisation plus efficace des ressources existantes permet de prodiguer davantage de soins aux mêmes coûts et ainsi de pallier, potentiellement du moins, l'effet du vieillissement de la population sur ces mêmes coûts.

3 ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES ET DÉPENSES PUBLIQUES PAR GROUPE D'ÂGE

3.1 ÉTAT DE SANTÉ DE LA GÉNÉRATION DES BABY-BOOMERS

L'espérance de vie des Canadiens âgés (c.-à-d. ceux de 65 ans et plus) d'aujourd'hui est plus longue que celle des Canadiens âgés des générations précédentes. Mais qu'en est-il de leur espérance de vie en bonne santé? Certains affirment que les baby-boomers sont en meilleure santé que leurs prédécesseurs. Ils sont plus riches et plus au fait des modes de vie sains; ils s'alimentent mieux, sont plus actifs et fument moins. D'autres prévoient une prévalence accrue de maladies chroniques et de comorbidité [8] chez les baby-boomers et font valoir que le taux d'obésité a plus que doublé chez ceux-ci comparativement au taux d'obésité de la génération précédente [9].

3.2 LES DÉPENSES PUBLIQUES SELON LE GROUPE D'ÂGE

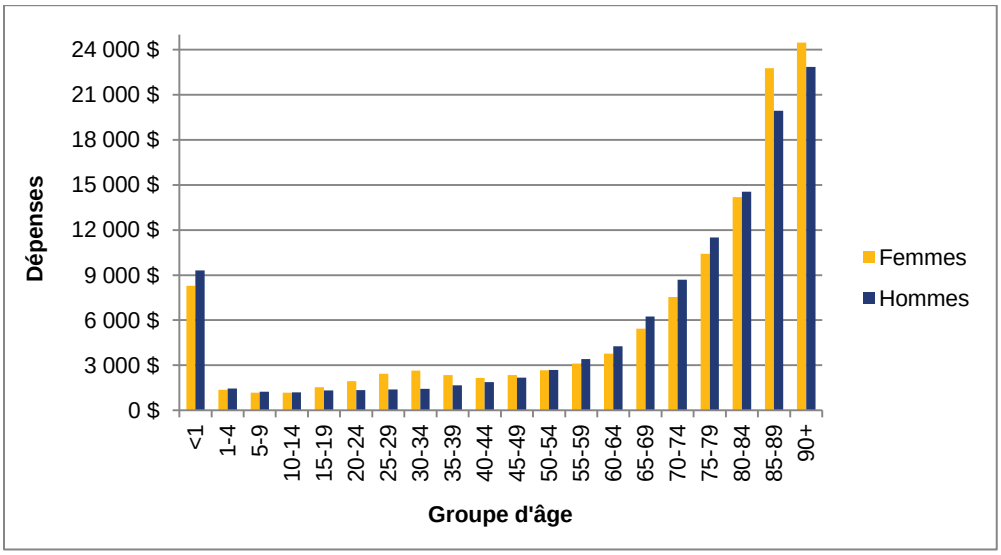
Les personnes âgées ne forment pas un ensemble homogène et sont généralement divisées en trois groupes : les 65-74 ans, les 75-84 ans et les 85 ans et plus. Or, les dépenses publiques en santé par habitant varient grandement selon l'âge de la population canadienne. Les résultats des recherches portant sur les besoins des différents groupes de personnes âgées en matière de soins de santé peuvent différer d'une étude à l'autre.

Selon une étude de l'ICIS, le taux de personnes atteintes de maladies chroniques est plus élevé chez les 75-84 ans que chez les 65-74 ans. Toutefois, il ne s'élève pas davantage chez les 85 ans et plus [10]. Le nombre de visites médicales des personnes âgées de tous les groupes d'âge augmente en fonction du nombre d'affections chroniques dont elles souffrent et non en fonction de leur âge. La même étude démontre aussi que, parmi les personnes âgées ne souffrant d'aucune affection chronique, ce sont les 85 ans et plus qui ont effectué le plus grand nombre de visites médicales. D'autres études ont démontré que ce sont les personnes de 85 ans et plus qui sont les moins en santé et qui requièrent le plus de soins.

Marc Lee, du Centre canadien de politiques alternatives, estime qu'entre le tiers et la moitié des dépenses totales en soins de santé surviennent durant la dernière année de vie [11]. C'est donc pendant cette période que les dépenses en soins de santé sont les plus importantes, et ce, peu importe l'âge. Une étude publiée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, qui parvient essentiellement aux mêmes conclusions, démontre que les coûts liés aux soins promulgués en fin de vie sont plus considérables que ceux associés à la longévité [12]. Bien entendu, les probabilités de décès sont plus élevées chez les personnes âgées que chez les jeunes, ce qui gonfle les coûts pour les personnes âgées.

Par ailleurs, d'autres études ont démontré qu'une importante proportion des coûts survient lorsqu'une personne atteint un âge avancé. Ainsi que le montre la figure 1, les dépenses publiques en santé par habitant ont tendance à être relativement élevées au cours de la première année de vie et diminuent considérablement chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Puis, elles augmentent de façon graduelle en milieu de vie pour ensuite connaître une forte croissance chez les personnes âgées.

Figure 1 – Dépenses publiques en santé par habitant par groupe d'âge, 2008



Source : Figure préparée par l'auteure au moyen de données tirées de Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé : 1975 à 2010*, octobre 2010.

Comme on peut le voir, les dépenses au chapitre des soins de santé pour les 85 ans et plus sont environ quatre fois plus importantes que celles occasionnées par les 65-69 ans. Or, la proportion de personnes âgées est en hausse au Canada, en particulier le groupe des 85 ans et plus, qui croîtra encore considérablement au cours des prochaines décennies, ce qui pourrait alors exercer d'importantes pressions sur le système de santé [13]. Une demande grandissante de soins de santé pourrait notamment exiger une augmentation substantielle des dépenses dans ce secteur.

C'est aussi l'avis du Bureau du directeur parlementaire du budget, qui estime que le vieillissement démographique exercera des pressions accrues sur les services dont les coûts sont plus lourds chez les aînés, par exemple les soins de santé. Selon le Bureau, une partie de cette augmentation pourrait toutefois être contrebalancée par une diminution des dépenses liées aux programmes destinés aux jeunes [14].

4 EFFETS DES DIFFÉRENTS INDUCTEURS DE COÛTS SUR LES DÉPENSES EN SANTÉ

4.1 TENDANCES DES DÉPENSES TOTALES EN SANTÉ DEPUIS 1975

De 1975 à 1991, les dépenses totales en santé – qui comprenent les dépenses publiques et privées [15] – par habitant en dollars constants de 1997 se sont accrues à un taux annuel moyen de 2,6 % [16] pour ensuite se contracter à un taux annuel de 0,2 % de 1991 à 1996 [17]. Elles ont repris leur croissance à un taux annuel de 3,6 % de 1996 à 2008.

Par ailleurs, les dépenses totales en santé, qui représentaient 7 % du PIB en 1975, ont augmenté à 8,3 % en 1983 pour atteindre, en 1992, le taux record de 10 % du

PIB. Ce taux a diminué à 8,9 % en 1997 et a atteint 11,7 % en 2010 [18]. Selon David Dodge et Richard Dion de l'Institut C.D. Howe, depuis 1975, le taux de croissance annuel des dépenses nominales totales en santé a été supérieur de 1,7 % en moyenne au taux annuel de croissance du PIB (8,3 % comparativement à 6,6 %) [19].

4.2 PROJECTION DES DÉPENSES NOMINALES ET DES DÉPENSES EN PROPORTION DU PRODUIT INTÉRIEUR BRUT

L'Institut C.D. Howe a calculé l'augmentation annuelle des dépenses totales aussi bien nominales qu'en proportion du PIB en soins de santé pour la période comprise entre 2001 et 2009, ainsi que la contribution de chaque inducteur de coûts. Comme le montre le tableau 1, l'Institut a estimé les dépenses totales futures en santé selon deux scénarios :

- le scénario de base, qui est calculé en fonction des données historiques;
- le scénario optimiste, qui s'appuie sur deux hypothèses [20] :
  - des changements structurels du système de soins de santé surviendront, notamment une meilleure technologie et une plus grande efficacité, ce qui pourra limiter la croissance des dépenses en santé;
  - de nouvelles politiques favorisant une participation accrue de certains groupes de la population sur le marché du travail, dont les 55 ans et plus, seront mises en œuvre, ce qui contribuera à l'augmentation de la productivité et à l'accroissement des niveaux de PIB.

Tableau 1 – Apport annuel des inducteurs de coûts sur les dépenses totales nominales et en proportion du PIB en soins de santé (en %)[a]

Inducteurs de coûts	Dépenses nominales 2001-2009	Dépenses en proportion du PIB 2001-2009	Dépenses nominales 2012-2031 (scénario de base)	Dépenses nominales 2012-2031 (scénario optimiste)	Dépenses en proportion du PIB 2012-2031 (scénario de base)	Dépenses en proportion du PIB 2012-2031 (scénario optimiste)
Vieillissement de la population	0,7	0,7	1,0	0,7	1,0	0,7
Inflation générale	2,3	-	2,1	2,1	-	-
Inflation en santé	-0,1	-0,1	0,2	-0,3	0,2	-0,3
Revenu	2,8	1,0	2,0	2,6	-	-
Enrichissement	1,1	1,1	1,1	0,7	1,1	0,7
Effet interaction	-	-	-	0,2	-	0,2
Total	6,9	2,7	6,4	5,8	2,2	1,2

a. Les totaux au bas des colonnes du tableau peuvent différer de la somme des éléments de ces colonnes parce que les chiffres ont été arrondis.

Source : Tableau préparé par l'auteure au moyen de données tirées de David Dodge et Richard Dion, *Chronic Healthcare Spending Disease: Background and Methodology*, Institut C.D. Howe, avril 2011.

D'après les données de l'Institut, la différence entre les deux scénarios s'explique par la productivité projetée de l'économie à partir de 2016. La réalisation du scénario de base suppose le maintien du taux de productivité. Le scénario optimiste implique-rait, en revanche, que de nouvelles politiques soient mises en œuvre et que des

changements structurels soient effectués, ce qui engendrerait une plus grande productivité.

En plus des inducteurs de coûts, le scénario optimiste inclut l'« effet interaction » entre ses deux hypothèses. Comme les deux hypothèses ne sont pas mutuellement exclusives, l'effet interaction a pour but d'atténuer le risque de surestimer l'incidence de leur interaction sur la croissance des dépenses en santé. Cet effet exercera donc des pressions à la hausse sur les dépenses totales en santé [21].

Dans le cadre des prévisions des dépenses futures en santé, comme on le voit dans le tableau 1, les apports respectifs de deux inducteurs de coûts – le revenu et l'inflation générale – sur les dépenses totales en santé en proportion du PIB disparaissent. Comme cela a été mentionné à la section 2.2.3 « Revenu total de l'économie » du présent document, l'effet-revenu est réduit à zéro puisque l'Institut C.D. Howe présume que l'augmentation du PIB génère une augmentation correspondante des dépenses en santé.

Par contre, toujours selon le tableau 1, l'apport des trois autres inducteurs de coûts est le même pour les dépenses nominales et pour les dépenses en proportion du PIB, mais leur poids relatif est différent.

Par exemple, le poids du vieillissement de la population est beaucoup plus important dans le cas des dépenses en proportion du PIB. Selon les prévisions du scénario de base, le poids relatif du vieillissement de la population représente environ :

- pour les dépenses nominales en santé, 16 % de l'augmentation de ces dépenses, soit un point de pourcentage sur un total de 6,4 %;
- pour les dépenses en santé en proportion du PIB, 45 % de l'augmentation de ces dépenses, soit un point de pourcentage sur un total de 2,2 %.

Cet écart, soit dit en passant, démontre l'importance de définir précisément la façon dont les dépenses en santé sont exprimées lorsque les répercussions du vieillissement démographique sont évaluées.

Par ailleurs, selon une étude du Centre canadien de politiques alternatives, l'apport annuel du vieillissement démographique à l'augmentation des dépenses en santé au cours des prochaines années se situerait à moins de 1 % [22]. Ce chiffre concorde avec les données figurant dans le tableau 1 concernant le poids du vieillissement de la population dans les dépenses nominales et les dépenses en proportion du PIB.

Selon le Bureau du directeur parlementaire du budget, les dépenses des provinces et territoires en santé en proportion du PIB devraient passer de 7,8 % en 2010-2011 à 12,7 % en 2050-2051 et à 15,2 % en 2085-2086 [23]. Le Bureau estime également qu'entre 2012 et 2031, les dépenses publiques nominales en santé augmenteront de 5,3 % annuellement et que la contribution annuelle du vieillissement de la population devrait croître progressivement pour atteindre un sommet de 1,2 point de pourcentage en 2032 et ensuite diminuer vers zéro à plus long terme [24]. L'évaluation pour la période comprise entre 2011 et 2030 correspond aux résultats obtenus par l'Institut C.D. Howe.

5 BILAN ET DÉFIS

5.1 BILAN : LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, UN RÔLE MINEUR

Selon la documentation sur le sujet, le vieillissement de la population fait partie des nombreux facteurs qui contribuent à l'augmentation des dépenses nominales en santé. Toutefois, il ne s'agit pas d'un inducteur de coûts en santé dominant et, selon les prévisions de l'Institut C.D. Howe, il n'est pas susceptible de le devenir dans les 20 prochaines années. Une étude de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, qui fait le bilan des analyses sur le sujet, présente d'ailleurs un portrait similaire en indiquant que, en moyenne, l'effet du vieillissement démographique pourrait expliquer de 0,95 à 1,3 % de l'augmentation des dépenses totales en santé futures au Canada [25].

Fait intéressant, le Congressional Budget Office aux États-Unis, dans une étude publiée en 2007, estime que les inducteurs de coûts autres que le vieillissement de la population seront dominants à partir de 2030, un scénario similaire aux projections effectuées pour les prochaines décennies au Canada. En effet, si le vieillissement de la population explique approximativement le quart de l'augmentation des dépenses de programmes gouvernementaux en santé aux États-Unis jusqu'en 2030, cette proportion diminuera à 20 % en 2050 et à 10 % en 2082 [26].

À titre indicatif, lorsque les dépenses en santé sont reliées à la taille de l'économie, l'augmentation annuelle de la productivité du travail au sein de l'économie canadienne enregistrée entre 1984 et 2008 (1,3 %) [27] devrait être suffisante pour compenser l'effet du vieillissement de la population.

5.2 DÉFIS : TECHNOLOGIE, INFLATION, EFFICACITÉ, PRÉVENTION

Si le vieillissement est loin de jouer un rôle prépondérant dans l'augmentation des dépenses en soins de santé, d'autres facteurs sont source de défis sur ce plan.

L'un des grands défis demeure le dilemme posé par l'amélioration de la qualité des soins au moyen de nouvelles technologies. Il s'agit là du facteur d'enrichissement, l'un des principaux inducteurs de coûts, en raison duquel les Canadiens reçoivent aujourd'hui, en moyenne, 1,5 fois plus de soins de santé qu'il y a 30 ans [28].

L'inflation représente un autre défi important dans le secteur de la santé. En effet, les salaires des professionnels de la santé ainsi que le prix du matériel et de l'équipement médical s'accroissent constamment.

En outre, de nombreux experts estiment que le système de santé canadien est inefficace et que son rendement doit être amélioré. Certains vont même jusqu'à dire que le financement actuel est suffisant pour gérer les besoins futurs, mais qu'il faudrait toutefois améliorer la gestion des ressources pour accroître la productivité du secteur.

Enfin, le fait de miser sur la prévention, dans la mesure du possible, est une autre solution proposée pour contenir l'augmentation de la demande des ressources employées dans le secteur de la santé.

6 CONCLUSION

Le vieillissement de la population sera certainement un inducteur de coût en santé non négligeable dans l'avenir. Toutefois, ainsi que nous l'avons vu, l'inflation, le facteur d'enrichissement et l'effet-revenu seront des facteurs encore plus importants. Un grand nombre d'économistes s'entendent pour dire que le vieillissement de la population sera facile à gérer, en supposant une croissance économique raisonnable.

En fait, étant donné la proportion grandissante de la population retirée du marché du travail, la question clé est de savoir si l'économie sera suffisamment productive pour pourvoir à la demande de biens et de services de l'ensemble de sa population, notamment la demande de soins de santé de la part des personnes âgées. Au-delà des enjeux financiers, c'est probablement cette question de productivité qui constitue le véritable défi du vieillissement de la population.

NOTES

* Le présent document fait partie d'une série de la Bibliothèque du Parlement intitulée *Vieillissement de la population et politiques publiques au Canada* qui comprend six autres publications :

André Léonard, *1. Aperçu statistique*, publication n° 2011-63-F, révisée le 28 février 2012.

Édison Roy-César, *2. Incidence sur la croissance économique et les finances publiques*, publication n° 2011-121-F, 5 décembre 2011.

André Léonard, *4. Incidence sur les régimes de pensions publics*, publication n° 2011-120-F, 4 août 2011.

Sandra Elgersma *et al*., *5. Incidence sur les employeurs et les employés*, publication n° 2012-07-F, 20 février 2012.

Julie Cool, *6. Incidence sur les soins à domicile*, publication n° 2012-03-F, 23 janvier 2012.

Havi Echenberg, *7. Incidence sur la planification communautaire*, publication n° 2012-02-F, 23 janvier 2012.

1. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé : 1975 à 2010*, octobre 2010, p. 42; Statistique Canada, Tableau 051-0001, « Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire) », CANSIM (base de données), consultée en décembre 2011.
2. Alexandra Constant *et al*., Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Synthèse de recherche sur les générateurs de coûts dans le secteur de la santé et possibilités d'action*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, février 2011, p. 10.
3. *Ibid*.; Ministère des Finances de l'Ontario, *Rapport sur les perspectives économiques à long terme de l'Ontario*, 2010, p. 45.
4. Bureau du directeur parlementaire du budget (BDPB), *Rapport sur la viabilité financière*, février 2010, p. 19.

5. En termes économiques, une telle situation est décrite comme une élasticité-revenu des dépenses publiques en santé supérieure à un. Le revenu total (PIB) reflète également la croissance de la population, donc nul besoin de considérer la population comme un facteur distinct lorsqu'on évalue les inducteurs de l'augmentation des dépenses en santé.
6. BDPB (2010), p. 19. Le facteur d'enrichissement englobe également les tendances épidémiologiques (l'augmentation des maladies chroniques et les troubles de santé mentale), les comportements et préférences des malades et l'environnement physique.
7. Parmi les facteurs contribuant à l'augmentation des dépenses en santé, les médicaments pharmaceutiques sont ceux qui augmentent le plus rapidement.
8. La comorbidité est la présence, chez une même personne, de plusieurs affections chroniques.
9. Andrew Wister, « Discussion Paper: The Aging of the Baby Boomer Generation », *Health Innovation Forum*, McGill University Health Centre's Institute for Strategic analysis and innovation; ICIS, *Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affectations chroniques?*, janvier 2011, p. 1.
10. ICIS (2011), p. 5.
11. Marc Lee, *How Sustainable is Medicare?: A Closer Look at Aging, Technology and Other Costs Drivers in Canada's Health Care System*, Centre canadien de politiques alternatives, 2007, p. 5.
12. Constant *et al*. (2011), p. 9.
13. Conference Board du Canada, *Canadian Outlook 2011: Long-Term Economic Forecast: 2011*, mai 2011, p. 36.
14. BDPB (2010), p. 17.
15. Les dépenses publiques en santé représentent environ 70 % des dépenses totales en santé depuis 1997.
16. ICIS (2010), p. 5.
17. Par suite de la récession de 1990-1992, les gouvernements ont instauré des mesures de restrictions budgétaires qui ont eu des répercussions sur les dépenses en santé et les programmes sociaux.
18. ICIS (2010), p. 7.
19. David A. Dodge et Richard Dion, *Chronic Healthcare Spending Disease: Background and Methodology*, Institut C.D. Howe, avril 2011, p. 8 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
20. Dodge et Dion (2011), p. 1 et 6.
21. *Ibid*., p. 18.
22. Lee (2007), p. 13.
23. BDPB, *Rapport sur la viabilité financière de 2011*, 29 septembre 2011, p. 17. Selon les calculs du BDPB, les dépenses publiques en santé croissent de façon proportionnelle au PIB.
24. *Ibid*.
25. Constant *et al*. (2011), p. 9.
26. Congressional Budget Office, *The Long-Term Outlook for Health Care Spending: Sources of Growth in Projected Federal Spending on Medicare and Medicaid*, novembre 2007, p. 14.
27. Conference Board du Canada, *Canada's Lagging Productivity: The Case of a Well-Educated Workforce Lacking the Much-Needed Physical Capital*, janvier 2010, p. 1.
28. Lee (2007), p. 13.