

# Le système de santé du Canada et le paradoxe de la viabilité

Irfan Dhalla MD

Des chefs de file de la médecine<sup>1</sup>, des chroniqueurs de journaux<sup>2,3</sup>, des représentants des milieux d'affaires<sup>4</sup> et même certains analystes des politiques de la santé<sup>5</sup> ont tous affirmé craindre que les soins de santé financés par le secteur public ne soient pas viables. L'actuel ministre fédéral de la Santé est même allé jusqu'à dire que le premier ministre et lui même avaient indiqué que le statu quo ne serait pas viable en raison des exigences imposées au système<sup>6</sup>.

Cette opinion n'est pas générale. Dans son rapport sur les soins de santé au Canada<sup>7</sup>, par exemple, Roy Romanow a conclu que «la viabilité de notre système ne dépend que de nous». En dépit de cet argument contradictoire, les préoccupations soulevées par la non-viabilité ont donné naissance à un mouvement de réforme<sup>1</sup>.

Dans cet article, je soutiens que le Canada fait face à un paradoxe de la viabilité : en dépit de dépenses toujours croissantes, tant en chiffres absolus qu'en pourcentage du revenu national, les augmentations des dépenses globales consacrées aux soins de santé au Canada sont viables pendant l'avenir prévisible.

## Les augmentations des dépenses publiques consacrées aux soins de santé sont-elles viables?

Certains soutiennent que notre système public de santé n'est pas viable parce que les dépenses consacrées aux soins de santé englobent un pourcentage toujours croissant des dépenses de l'État. En Ontario, par exemple, les dépenses de santé représentaient un peu plus de 30 % des dépenses du gouvernement provincial en 1981-1982, mais elles avaient bondi à 45 % en 2004-2005. Si l'on suppose que les tendances actuelles se maintiendront, le gouvernement de l'Ontario a prévu que le pourcentage atteindra 55 % en 2025<sup>8</sup>.

Une lacune majeure de cet argument réside dans l'hypothèse selon laquelle le pourcentage des dépenses gouvernementales consacrées aux soins de santé dépend principalement de l'enveloppe budgétaire que les gouvernements consacrent à la santé. Or, lorsqu'on les mesure en pourcentage des dépenses de l'État, les dépenses de santé sont aussi tributaires de deux autres facteurs clés : l'enveloppe que les gouvernements consacrent à des domaines autres que la santé (p. ex., éducation, services policiers, aide sociale) et le montant des impôts perçus par les gouvernements. Ainsi, si un gouvernement comprime ses dépenses ailleurs que dans la santé ou réduit les impôts, le pourcentage des dépenses consacrées aux soins de santé augmentera automatiquement.

Une analyse plus attentive des données de l'Ontario

décrites plus tôt révèle que la montée apparemment inexorable des dépenses consacrées aux soins de santé dissimule d'autres tendances. À compter de 1988, par exemple, la proportion des dépenses que l'Ontario a consacrées aux soins de santé a en fait diminué pendant presque dix ans pour reculer de 38 % à un peu plus de 35 %. Après 1997, la proportion a commencé à augmenter, mais l'augmentation a été attribuable en grande partie aux réductions des dépenses hors santé, à des réductions des impôts et à la diminution des transferts fédéraux<sup>8</sup>.

Les arguments selon lesquels notre système public de santé n'est pas viable parce qu'il englutit une proportion toujours croissante des dépenses de l'État reposent souvent sur la prémisse selon laquelle les taux d'imposition doivent être fixes ou diminuer constamment. L'hypothèse est toutefois contestable. Depuis 20 ans, même si le pourcentage des recettes fiscales de l'État par rapport à notre produit intérieur brut (PIB) est demeuré essentiellement constant à 33 %, beaucoup d'autres pays économiquement avancés ont augmenté en douceur les impôts. En 1985, les membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), groupe de 30 pays «voués à la démocratie et à l'économie de marché», percevaient des impôts à un taux moyen de 30 % de leur PIB respectif. En 2004, ils percevaient en impôt 36 % en moyenne du PIB<sup>9</sup>. Même si l'on pourrait soutenir que le niveau global d'imposition aux États-Unis constitue un point de comparaison plus approprié pour le Canada que la moyenne de l'OCDE, d'autres affirmeraient que si nous nous comparons exclusivement aux États-Unis, l'éventail des options stratégiques qui en découlent pour les décideurs du Canada est artificiellement limité. Si nos impôts avaient augmenté même à la moitié du taux des pays de l'OCDE, l'argument selon lequel les dépenses consacrées aux soins de santé ne sont pas viables parce qu'elles représentent un pourcentage toujours croissant des dépenses de l'État serait beaucoup moins viable lui aussi.

Pour les raisons que j'ai décrites, il est donc problématique d'évaluer la viabilité en se fondant sur les dépenses consacrées aux soins de santé en pourcentage des dépenses de l'État. Serait-il préférable d'évaluer plutôt les dépenses consacrées aux soins de santé en pourcentage du PIB?

Irfan Dhalla est rattaché aux départements de médecine de l'Hôpital St. Michael's et de l'Université de Toronto, et aussi à Médecins canadiens pour le régime public, Toronto (Ontario).

The original English version of this article is available at [www.cmaj.ca/cgi/content/full/177/1/51](http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/177/1/51)

## Le fardeau financier croissant des soins de santé est-il viable?

L'opinion qui prévaut selon laquelle les dépenses consacrées aux soins de santé augmentent plus rapidement à la fois que l'inflation et que le taux de croissance de l'économie est fondée. L'écart entre les dépenses consacrées aux soins de santé et la croissance économique est toutefois plus mince que beaucoup de gens le pensent. Les dépenses (tant privées que publiques) consacrées aux soins de santé représentaient 7 % du PIB du Canada en 1970 et 9,9 % en 2004<sup>10</sup>. Contrairement à la croyance populaire, le pourcentage le plus important de l'augmentation s'est produit en réalité au cours de la première moitié des 35 dernières années. D'autres pays ont connu des augmentations semblables qui, dans nombre de cas, ont été encore plus importantes qu'au Canada. Les dépenses consacrées aux soins de santé en Espagne, par exemple, atteignaient 3,5 % du PIB en 1970 et 8,1 % en 2004. Aux États-Unis, les chiffres correspondants s'établissaient à 7 % et 15,3 % (Figure 1)<sup>10</sup>.

De plus, en mesurant les dépenses consacrées aux soins de santé en pourcentage du PIB, on oublie un fait extrêmement important : l'économie de tous les pays économiquement avancés est en expansion depuis 35 ans. Cette croissance nous a permis de dépenser davantage non seulement pour la santé, mais aussi pour tout un éventail d'autres biens et services. En termes de viabilité, les dépenses consacrées aux soins de santé en soi sont sans importance — ce qui importe, c'est ce qu'il nous reste à dépenser pour répondre à nos autres besoins et désirs. Autrement dit, la croissance des dépenses consacrées aux soins de santé est viable à condition qu'elle ne réduise pas la capacité du Canadien moyen d'acheter des biens et services n'ayant pas trait à la santé.

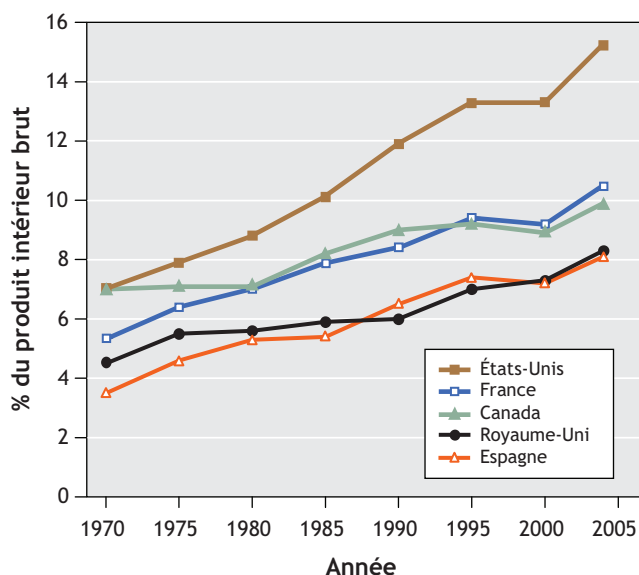


Figure 1 : Dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut dans cinq pays choisis.

Or, depuis 35 ans, en dépit de la croissance phénoménale des dépenses de santé, il nous est quand même resté suffisamment d'argent pour en consacrer de plus en plus à des biens et services non reliés à la santé. Comment est-ce possible? Imaginons un pays où les dépenses de santé sont de 1 \$ par habitant et le PIB atteint 100 \$ par habitant. Si, en 50 ans, les dépenses de santé sont multipliées par 100 pour atteindre 100 \$ et le PIB augmente d'un facteur de dix pour atteindre 1000 \$, le montant d'argent restant que l'on peut consacrer à des dépenses non reliées à la santé est quand même passé de 99 \$ à 900 \$. Autrement dit, la population de ce pays imaginaire qui aurait vu ses dépenses de santé passer de 1 % du PIB à 10 % du PIB aurait quand même presque 10 fois plus d'argent à consacrer à des dépenses non reliées à la santé. Certains parleraient en l'occurrence du miracle de la croissance économique.

De 1992 à 2004, les dépenses réelles (c.-à-d. après exclusion des effets de l'inflation) par habitant consacrées aux soins de santé au Canada ont augmenté de 2,3 % par année. Au cours de la même période, la production économique réelle par habitant (PIB) a augmenté de 1,7 % par année<sup>11</sup>. Si ces taux de croissance devaient se maintenir indéfiniment (et ces chiffres ressemblent aux prévisions d'au moins un gouvernement provincial<sup>8</sup>), l'argent qu'il resterait pour consacrer aux dépenses non reliées à la santé continuerait d'augmenter pendant beaucoup plus d'un siècle (Figure 2).

## Conclusions

La viabilité de notre système de santé est-elle menacée? J'ai soutenu que les augmentations des dépenses de santé sont viables aussi longtemps que celles qui n'ont pas trait à la santé peuvent continuer d'augmenter. Les données que j'ai présentées ici permettent de voir que les dépenses non reliées à la santé peuvent continuer à augmenter même si celles

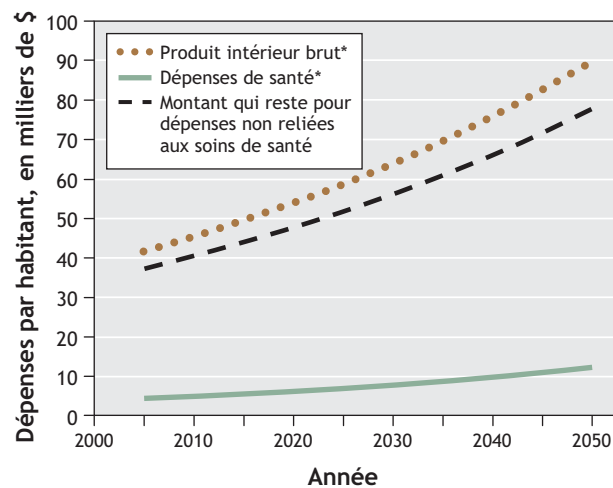


Figure 2 : Projections à long terme des dépenses par habitant consacrées aux soins de santé et à d'autres éléments non reliés à la santé au Canada. \*On suppose dans les projections un taux annuel de croissance par habitant de 2,3 % des dépenses de santé et de 1,7 % du produit intérieur brut.

de la santé augmentent plus rapidement que le PIB à condition que l'économie continue de prendre de l'expansion à long terme.

Les gouvernements pourraient soutenir que notre système de santé pourrait quand même cesser d'être viable s'il devait déloger d'autres priorités gouvernementales importantes comme les dépenses consacrées aux services de garderie ou à l'environnement. Cet argument tiendrait seulement si les gouvernements étaient incapables d'augmenter les impôts.

Il reste une question évidente et importante : les dépenses de santé devraient-elles continuer d'augmenter aux taux actuels? Pour répondre à cette question, il faudrait savoir si nous optimisons la valeur de l'argent que nous dépensons. Les preuves à cet égard sont limitées, mais à la suite d'une analyse récente des dépenses de santé aux États-Unis (où les coûts sont beaucoup plus élevés qu'au Canada), on a conclu que les augmentations globales des dépenses ont produit une «valeur raisonnable»<sup>12</sup>. Étant donné la solidité limitée des données probantes, il pourrait être raisonnable de soutenir que la société a intérêt à limiter le taux de croissance des dépenses de santé. Les arguments selon lesquels les dépenses de santé ne peuvent continuer à augmenter au taux actuel ne tiennent toutefois pas la route, en raison du paradoxe de la viabilité.

Cet article a fait l'objet d'un examen par les pairs.

**Intérêts concurrents** : aucuns déclarés.

**Remerciements** : Je remercie Tara Kiran, David Naylor, Jeff Kwong et Gordon Guyatt de leurs commentaires réfléchis sur les versions préliminaires de cet article.

## RÉFÉRENCES

1. Groupe de travail de l'AMC sur l'interface public-privé. *Une question d'accès — Éclairer le débat sur les soins de santé publics et privés*. Ottawa : Association médicale canadienne; 2006. Disponible : [www.cma.ca/multimedia/CMA/Content\\_images/Inside\\_Cma/Media\\_Release/pdf/2006/about\\_access\\_f2.pdf](http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_images/Inside_Cma/Media_Release/pdf/2006/about_access_f2.pdf) (consulté le 28 mars 2007).
2. Mason G. Health system, you're fired. *Globe and Mail* [Toronto] 2005 Nov 12;Sect A:3.
3. Simpson J. Who will start a frank debate on health care? *Globe and Mail* [Toronto] 2004 Apr 1;Sect A:17.
4. *Challenging health care system sustainability: understanding health system performance of leading countries*. Ottawa : Le Conference Board du Canada; 2004. Disponible : [www.health.gov.ab.ca/resources/publications/Conference\\_Board2.pdf](http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/Conference_Board2.pdf) (consulté le 28 mars 2007).
5. MacKinnon JC. The arithmetic of health care. *JAMC* 2004;171:603-4.
6. Ivison J. Clement sees 'opportunities' in health care talk. Watching Alberta closely: federal health minister says 'a lot' can be accomplished within the Canada Health Act. *National Post* [Toronto] 2006 Mar 2;Sect A:5.
7. Romanow RJ. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada — Rapport final*. Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002. Disponible : [www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/pdfs/css\\_rapport\\_final.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/pdfs/css_rapport_final.pdf) (consulté le 28 mars 2007).
8. Ministère des Finances de l'Ontario. *Horizon 2025 — Une évolution des perspectives à long terme de l'Ontario*. Toronto : Le ministère; 2005. Disponible : [www.fin.gov.on.ca/french/economy/ltr/2005/05\\_ltr.pdf](http://www.fin.gov.on.ca/french/economy/ltr/2005/05_ltr.pdf) (consulté le 28 mars 2007).
9. Organisation de coopération et de développement économiques. *Statistiques des recettes publiques 1965-2004*. Paris : Éditions OCDE; 2005.
10. Organisation de coopération et de développement économiques. *Éco-Santé OCDE 2006 : Statistiques et indicateurs pour 30 pays*. Paris : Éditions OCDE; 2006.
11. Baldwin JR, Brown M, Maynard JP, et al. *Rattrapage et perte de terrain : la performance provinciale du PIB par habitant entre 1990 et 2003* [Série de documents de recherche en analyse économique]. Ottawa : Statistique Canada; 2004. no 11F0027MIF — no 024 au catalogue. Disponible : [www.statcan.ca/francais/research/11F0027MIF/11F0027MIF2004024.pdf](http://www.statcan.ca/francais/research/11F0027MIF/11F0027MIF2004024.pdf) (consulté le 28 mars 2007).
12. Cutler DM, Rosen AB, Vijan S. The value of medical spending in the United States, 1960-2000. *N Engl J Med* 2006;355:920-7.

**Correspondance** : Dr Irfan Dhalla, Département de médecine, Hôpital St. Michael's, 30 Bond St., Toronto (Ontario) M5B 1W8; [irfan.dhalla@utoronto.ca](mailto:irfan.dhalla@utoronto.ca)