

4. Renforcer la soutenabilité à long terme des finances publiques

Le premier chapitre a souligné que les facteurs démographiques et la hausse des dépenses de santé pourraient menacer la viabilité des finances publiques dans le long terme. En particulier, les effets des tendances actuelles sur les recettes et les coûts sont tels que les provinces et les territoires seront confrontés dans l'avenir à de sévères contraintes de ressources si les politiques actuelles restent inchangées. Par conséquent, l'un des problèmes clés pour l'économie canadienne est de maintenir la soutenabilité budgétaire à tous les niveaux d'administration.

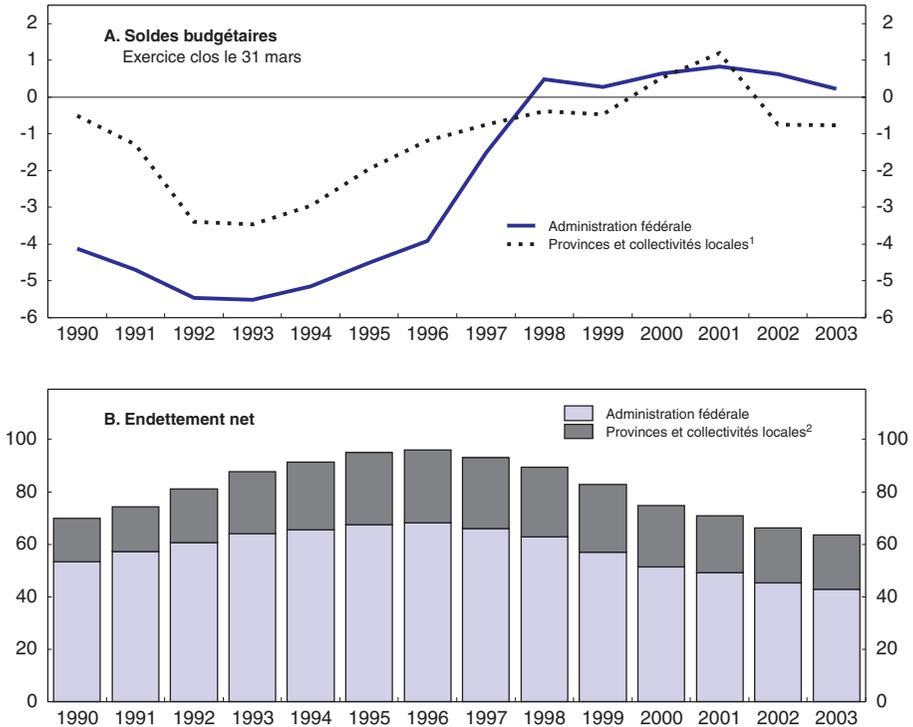
Dans ce contexte, le présent chapitre examine deux domaines importants dans lesquels des améliorations pourraient être apportées pour préparer l'économie à affronter les pressions à venir. Tout d'abord, il analyse les procédures de budgétisation et souligne la nécessité d'incorporer davantage d'éléments à moyen terme dans le cadre actuel. L'allocation des ressources s'en trouverait améliorée et il serait plus facile d'évaluer si les objectifs budgétaires actuels sont suffisants pour faire face à l'avenir. En second lieu, le chapitre aborde le secteur des soins de santé, qui présente un certain nombre de carences, notamment des pénuries de personnel médical et d'équipements de pointe, mais aussi une productivité apparemment insuffisante. Sont enfin proposées plusieurs réformes du cadre institutionnel qui accroîtraient l'efficacité et aideraient à maîtriser les coûts dans ce secteur.

Cadre de soutenabilité budgétaire à long terme

Au cours de la décennie écoulée, des progrès substantiels ont été accomplis vers l'amélioration des soldes budgétaires fédéraux et provinciaux et la réduction des niveaux d'endettement (graphique 4.1). En outre, les régimes de retraite RPC et RRQ ont été assainis en termes financiers et font l'objet d'une surveillance régulière de façon à ce qu'ils restent soutenables (encadré 4.1). Grâce à ces mesures, le Canada est mieux armé pour répondre aux pressions budgétaires d'une population vieillissante, et il se trouve certainement dans une situation

Graphique 4.1. Administration fédérale et provinces : soldes budgétaires et endettement net

En pourcentage du PIB



1. Les données antérieures à 1997-98 ne sont pas strictement comparables.

Source : Statistique Canada.

plus favorable que beaucoup d'autres membres de l'OCDE. Toutefois, ces perspectives satisfaisantes dépendent dans une large mesure de la capacité des pouvoirs publics à maîtriser les dépenses de santé ; or, les prévisions à long terme ont montré que des trajectoires non soutenables ne peuvent être exclues¹ (voir au premier chapitre). De plus, les déficits ayant fait place à des excédents, la nécessité de se focaliser exclusivement sur le court terme est moins cruciale. Dans ce contexte, il serait utile de compléter le dispositif actuel en incorporant davantage d'éléments de moyen terme au cadre budgétaire de façon à inscrire les décisions actuelles dans le contexte d'une évaluation plausible de la soutenabilité budgétaire et des risques à long terme. Cette section examine le cadre de budgétisation actuel et montre comment l'emploi de quelques indicateurs de long terme permettrait de l'améliorer.

Encadré 4.1. Régimes publics de retraite

Le système actuel de revenu de retraite se compose de trois éléments. Le premier pilier est la pension de la Sécurité de la vieillesse (SV), versée à toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus qui remplissent les conditions de résidence. La pension SV est imposable et peut être réduite ou complétée en fonction des autres revenus :

- Les pensionnés dont le revenu net à l'inclusion de la SV dépasse un certain seuil (57 879 dollars canadiens en 2003) voient leurs pensions SV réduites.
- Les personnes âgées ayant des revenus faibles ou inexistants provenant d'autres sources perçoivent le Supplément de revenu garanti (SRG). Le SRG n'est pas imposable. L'allocation et l'allocation au survivant sont versées aux personnes âgées de 60-64 ans dont les conjoints ont droit au SRG ou y avaient droit avant leur décès. La moitié des provinces octroient également des compléments de revenu aux personnes âgées pauvres.

Le deuxième pilier comprend le Régime de pensions du Canada (RPC) et le Régime de rentes du Québec (RRQ) ; la plupart des personnes âgées dépendent massivement de cet élément du système canadien de revenu de retraite. Les régimes sont obligatoires et couvrent tous les salariés et tous les travailleurs indépendants. Ils sont financés par des cotisations réparties entre les employeurs et les salariés (les travailleurs indépendants acquittent les deux cotisations). Il s'agit d'un système à prestations définies, mais la pension est conçue pour remplacer environ 25 pour cent des gains sur lesquels étaient assises les cotisations d'un individu. Les régimes prévoient non seulement des pensions de retraite, mais aussi des prestations de survie, d'invalidité et de décès. Le RPC est un programme conjoint de l'administration fédérale et des provinces, mais il est administré à l'échelon fédéral. Les réformes majeures proposées par le gouvernement fédéral doivent être approuvées par les deux tiers des provinces représentant les deux tiers de la population du pays.

Le troisième pilier est formé par les pensions privées. Il s'agit soit de régimes de retraite financés par les employeurs (Régimes de pensions agréés), dont beaucoup sont des systèmes à prestations définies, soit d'instruments d'épargne-retraite individuels (Plans enregistrés d'épargne-retraite), tous à cotisations définies. Les régimes de pensions privés des employeurs et les régimes individuels d'épargne-retraite couvrent à peine un peu plus de la moitié de l'ensemble des salariés. Les taux d'activité et de cotisation aux régimes de retraite et aux plans d'épargne-retraite sont particulièrement élevés parmi les salariés les mieux rémunérés, désireux de disposer au moment de leur retraite d'un revenu correspondant à un taux de remplacement supérieur à celui qui leur serait assuré par des pensions publiques.

Réformes de 1998 du RPC/RRQ

Avec les modifications instaurées en 1998, le RPC est passé d'un financement par répartition à une capitalisation partielle. Des réformes similaires ont été mises en œuvre pour le RRQ. Les principales modifications sont les suivantes :

Encadré 4.1. Régimes publics de retraite (suite)

- Le taux de cotisation est passé d'un montant combiné (employeur et salarié) de 5.6 pour cent des gains pensionnables en 1996 à 9.9 pour cent en 2003, et par la suite il devrait se maintenir à ce niveau d'équilibre.
- Il a été décidé que le surplus du Fonds serait investi plus largement sur le marché dans un portefeuille d'actifs diversifié, selon les pratiques en usage dans les grands fonds financés par les employeurs au Canada et dans d'autres pays.
- L'exemption de base de l'année – niveau de gains au-dessous duquel les cotisations ne sont pas perçues – a été gelée à 3 500 dollars canadiens et diminuera donc en termes réels au fil du temps.
- Les prestations ont été légèrement réduites : les pensions de retraite sont calculées à partir d'une moyenne sur cinq ans des gains pensionnables maximums de l'année, au lieu d'une moyenne de trois ans ; la prestation de décès maximale a été gelée à 2 500 dollars ; les conditions d'ouverture des droits ont été durcies ; les paiements de prestations d'invalidité ont été réduits.

Selon les dernières évaluations, le RPC et le RRO suivent des trajectoires soutenables

D'après le 20^e rapport actuariel sur le RPC, publié en avril 2004, la décision de la cour d'appel fédérale d'élargir l'interprétation de la disposition législative relative au remboursement des cotisations patronales a eu pour effet d'abaisser les cotisations au RPC. La soutenabilité financière future s'en est trouvée compromise. Toutefois, si un certain nombre de précisions concernant les cotisations des employeurs sont introduites dans le régime, le rapport confirme que le taux de cotisation de 9.9 pour cent adopté pour 2004 et les années suivantes est suffisant pour financer les dépenses futures.

Selon le dernier rapport actuariel sur le RRO, publié en 2001, le taux de cotisation de 9.9 pour cent applicable depuis 2003 est suffisant pour financer les prestations futures.

Source : Bureau de l'Actuaire en chef (2004), International Reform Monitor (2004), Régie des rentes du Québec (2001), Régie des rentes du Québec (1998).

Le cadre budgétaire actuel de l'administration fédérale est prudent, et les mesures récentes sont allées dans le sens d'un renforcement de la responsabilité budgétaire. Le Canada n'a pas de règles budgétaires statutaires pour la maîtrise des dépenses, des déficits ou de la dette à l'échelon fédéral. Toutefois, lors du processus d'élaboration du budget le gouvernement fixe des objectifs budgétaires clairs :

- Depuis la résorption du déficit en 1997, le but est d'avoir chaque année un budget équilibré ou excédentaire, compte non tenu des réserves conjoncturelles et prudentielles. Si la réserve conjoncturelle annuelle de 3 milliards de dollars canadiens n'est pas nécessaire en cours d'année, elle est affectée à la réduction de l'endettement. Une marge prudentielle de 1 milliard de dollars est également maintenue dans l'éventualité de dépenses imprévues ou de pertes de recettes. Si elle n'est pas activée, elle peut être affectée à la réduction de la dette ou à des mesures visant les dépenses ou les recettes. La marge de prudence a été rétablie dans le budget fédéral pour 2004, après une interruption d'une année.
- L'objectif d'un ratio dette fédérale nette/PIB de 25 pour cent d'ici 10 ans a été explicitement introduit dans le budget 2004.

Un cadre budgétaire de quatre ans a été utilisé jusqu'au milieu des années 90, mais le gouvernement a constaté que l'assainissement était difficile à réaliser en pratique. Aussi, pour gagner en crédibilité et rendre compte de la réalisation de ses objectifs, il a résolu de prendre ses décisions budgétaires à un horizon de deux ans. Les budgets détaillés sont présentés pour les deux exercices en termes nominaux, fixant les priorités et les plans du gouvernement. Les hypothèses macroéconomiques du budget se fondent sur une moyenne des prévisions du secteur privé. Certaines estimations des risques découlant de modifications des hypothèses économiques sont présentées dans le Plan budgétaire, mais elles sont très limitées (chocs sur le PIB réel, l'inflation et les taux d'intérêt, par exemple) et ne couvrent qu'une période de deux ans. L'incidence des nouvelles mesures est évaluée sur les deux années fiscales couvertes par le budget. En revanche, le renouvellement des mesures de péréquation et du financement territorial est examiné sur une période de cinq ans.

En privilégiant le cadre de court terme, en posant des hypothèses prudentes et en resserrant la gestion des dépenses depuis 1995, le gouvernement est parvenu à dépasser régulièrement ses objectifs budgétaires et à rétablir la crédibilité du processus budgétaire. Le déficit fédéral ayant fait place à un excédent, et compte tenu des pressions imminentes liées au vieillissement de la population et à la hausse des dépenses de santé, le processus budgétaire a été peu à peu orienté vers le moyen terme. Mais jusqu'ici cette évolution s'est seulement traduite par l'inscription de l'objectif concernant le ratio dette fédérale nette/PIB dans le dernier budget.

Les pratiques de budgétisation varient beaucoup d'une province et d'un territoire à l'autre. Plusieurs provinces appliquent des plans pluriannuels, dont l'horizon va de deux à quatre ans (tableau 4.1). Dans son dernier budget, le gouvernement de l'Ontario a porté son horizon de planification de deux à quatre ans. Toutes les provinces sauf l'île du Prince-Édouard, Terre-Neuve et le Labrador

appliquent des règles budgétaires, qui stipulent généralement que leurs budgets doivent être équilibrés sur un horizon temporel déterminé². Dans la plupart des cas, un excédent dégagé au cours d'un exercice constitue une réserve comptable utilisable si un déficit est enregistré lors d'un exercice ultérieur. En outre, dans de nombreuses provinces des exemptions pour circonstances exceptionnelles sont autorisées par la loi. Dans quelques provinces, l'engagement de réduire la dette est inscrit dans la législation³.

Limiter la planification budgétaire au court terme contribue à maintenir la pression en vue d'un assainissement des finances publiques, mais il peut aussi en résulter un certain nombre d'inconvénients. Équilibrer le budget année par année, comme le prévoient l'administration fédérale et la plupart des provinces, pourrait aboutir à une politique budgétaire procyclique. Cela serait le cas si les réserves conjoncturelles et prudentielles au niveau fédéral s'avéraient insuffisantes dans l'éventualité d'une grave récession conjoncturelle et si le gouvernement était conduit à durcir sa politique budgétaire au mauvais moment. Par ailleurs, une focalisation sur le court terme peut avoir des effets négatifs sur l'allocation des ressources. Les autorités risquent de comprimer les dépenses discrétionnaires, en particulier l'investissement, qui sont les plus aisées à réduire, et de négliger les réformes structurelles. Cette approche pourrait aussi créer des incitations à solliciter les fonds extrabudgétaires, les partenariats public-privé et les garanties de prêts, qui ont tous pour effet de rendre les engagements de dépenses moins transparents et qui font sans doute l'objet d'un contrôle moins étroit de la part du public (Joumard *et al.*, 2004).

Autre point faible du cadre actuel : l'objectif de remboursement de la dette publique, certes très pertinent, est fixé uniquement à l'échelon fédéral.

Tableau 4.1. **Horizons budgétaires provinciaux**

Province	Horizon budgétaire
Gouvernement fédéral	2 ans
Terre-Neuve et Labrador	1 an
Île du Prince-Édouard	1 an
Nouvelle-Écosse	1 an de plan/3 ans de perspectives
Nouveau-Brunswick	1 an
Québec	2 ans
Ontario	4 ans (1 an de plan/3 ans de perspectives)
Manitoba	4 ans
Saskatchewan	4 ans
Alberta	3 ans
Colombie-Britannique	3 ans

Source : Budgets provinciaux 2004, Plan budgétaire fédéral 2004.

Or, les dépenses d'éducation et de santé, qui auront une incidence prépondérante sur la soutenabilité, sont du ressort des provinces. De surcroît, on l'a vu au premier chapitre, si les tendances actuelles perdurent, les finances d'un certain nombre de provinces se trouveront probablement sur une trajectoire insoutenable. Un ciblage sur la seule dette fédérale nette apparaît donc insuffisant, car cet objectif peut masquer des tendances divergentes parmi les différents niveaux de gouvernement. Étant donné les interrelations complexes entre le budget fédéral et les budgets provinciaux (par le biais des transferts et des paiements de péréquation), l'objectif d'endettement fédéral net ne saurait être considéré isolément. Il serait plus utile de fixer un objectif d'endettement net pour l'ensemble des administrations publiques, ou décider d'harmoniser les objectifs de remboursement de la dette de toutes les provinces et de l'administration fédérale.

L'objectif de 25 pour cent retenu pour le ratio dette fédérale nette/PIB est compatible avec les analyses de soutenabilité budgétaire fondées sur l'équité intergénérationnelle compte tenu du vieillissement de la population. Ainsi, un modèle simple de croissance exogène fait apparaître que le ratio dette fédérale nette/PIB devrait diminuer d'environ 50 pour cent par rapport à son point le plus haut, de l'ordre de 75 pour cent, atteint au milieu des années 90, pour compenser l'effet négatif exercé sur le PIB par habitant par le départ en retraite de la génération du baby boom (Scarth, 2004). La conclusion ne serait guère différente si l'on utilisait des modèles plus complexes, de croissance endogène. Bien que les documents budgétaires aient indiqué qu'une réduction de la dette aiderait le Canada à mieux faire face aux pressions naissantes liées au vieillissement de la population, ils ne se sont pas référés à des analyses économiques semblables à celles mentionnées plus haut. En utilisant plus clairement ce type d'analyses, on permettrait à l'opinion publique de mieux comprendre la nécessité de prendre davantage en compte l'avenir à moyen et long terme à mesure que les pressions liées au vieillissement démographique se renforceront.

Ajouter des éléments de moyen à long terme au cadre budgétaire

Tous les niveaux d'administration gagneraient à ce que des éléments de moyen terme soient incorporés dans le cadre budgétaire, de manière à compléter l'actuelle orientation à court terme. Cela permettrait de mieux allouer les ressources, puisque les programmes de dépenses pourraient être évalués en fonction de leur taux de rendement à moyen terme et non de leur effet à court terme (voir le chapitre 3). Cette stratégie accroîtrait aussi la transparence et la crédibilité du processus d'élaboration des politiques, car elle permet aux autorités de décrire l'incidence des nouvelles mesures importantes dans les documents budgétaires, surtout lorsque la mise en œuvre s'étale sur plusieurs années. Il serait également

utile d'incorporer des éléments de long terme, pour pouvoir étudier l'effet des facteurs démographiques et d'autres tendances longues sur les finances publiques. En particulier, cela permettrait d'avoir des indications sur la suffisance de l'objectif fédéral actuel d'un budget « au moins équilibré » est suffisant pour faire face aux pressions futures du vieillissement de la population. Une évaluation à long terme aiderait aussi à vérifier si les décisions en matière de dépenses et de fiscalité ont des répercussions raisonnablement équitables sur les différentes générations.

Les provinces qui ont adopté des règles fiscales peuvent obtenir quelques avantages supplémentaires, car des exemples montrent que les règles fiscales sont plus efficaces lorsqu'elles vont de pair avec un horizon de planification élargi (Joumard *et al.*, 2004). De fait, cette combinaison permet de bien comptabiliser les coûts futurs associés aux programmes de dépenses actuels et d'éviter les ajustements arbitraires de dépenses à court terme. Toutefois, à l'heure actuelle, les provinces planifient leurs budgets indépendamment de l'administration fédérale. Un cadre et un horizon de planification plus lointains permettraient aussi aux gouvernements de mieux coordonner leurs politiques.

Cependant, les prévisions budgétaires à moyen terme doivent être utilisées avec précaution. En effet, le risque existe de voir les ministres dépensiers considérer les prévisions de dépenses comme confirmant des droits à des financements futurs, problème déjà été rencontré avec le cadre à moyen terme en place au Canada au début des années 90. De plus, même si les tendances longues sont généralement bien appréhendées, un large degré d'incertitude entoure la nature et le déroulement de ces évolutions, ce qui peut les rendre difficilement quantifiables dans une analyse de moyen terme. Les prévisions des variables budgétaires qui dépendent du cycle économique sont encore plus incertaines.

Une démarche moins ambitieuse que l'extension explicite de l'horizon budgétaire consisterait à compléter les documents budgétaires par des analyses de soutenabilité à long terme. Plusieurs pays de l'OCDE dont l'Australie, la Nouvelle-Zélande, la Norvège et de nombreux États de l'UE publient déjà leurs propres rapports à long terme ou incorporent dans leurs budgets annuels des informations sur la situation à long terme. Dans certains cas, les analyses à long terme sont même prescrites par la législation (encadré 4.2). Les États-Unis publient des évaluations à long terme dans le cadre de l'élaboration du budget ou sous forme de notes séparées (Congressional Budget Office, 2003). Quelques initiatives dans ce sens existent dans les provinces canadiennes. Avec son Projet de loi sur la transparence et la responsabilité budgétaire présenté dans le budget 2004, le gouvernement de l'Ontario vise à consolider les mécanismes de transparence par la publication d'un rapport de long terme.

Encadré 4.2. Exemples de dispositions législatives prescrivant des analyses à long terme

Les années 90 ont vu apparaître dans différents pays une série de cadres budgétaires qui reconnaissent l'importance des répercussions à long terme des politiques budgétaires courantes. En voici quelques exemples.

Code de stabilité budgétaire de 1998 au Royaume-Uni

Ce Code stipule que la politique budgétaire et la politique de gestion de la dette doivent être formulées et appliquées dans le respect de cinq principes clés : transparence, stabilité, responsabilité, équité et efficience. Un certain nombre d'autres engagements en découlent. Ainsi, les pouvoirs publics doivent annoncer clairement leurs objectifs de politique budgétaire à court et à long terme et veiller à ce que ces objectifs soient compatibles avec les principes budgétaires inscrits dans le Code.

Charte de l'Honnêteté Budgétaire de 1998 en Australie

La politique budgétaire doit s'inscrire dans un cadre à moyen terme durable. Parmi les principes de saine gestion, il est demandé au gouvernement de gérer avec prudence les risques budgétaires auxquels l'Australie est confrontée, notamment par les actions suivantes : maintenir la dette des administrations publiques et les engagements éventuels à des niveaux prudents ; veiller à ce que la politique budgétaire contribue à maintenir une épargne nationale appropriée et, le cas échéant, à atténuer les fluctuations conjoncturelles de l'activité économique, compte tenu des risques économiques auxquels la nation est confrontée et de leur impact sur la situation budgétaire de l'Australie ; poursuivre des politiques de dépense et d'imposition compatibles avec un degré raisonnable de stabilité et de prévisibilité du niveau de la pression fiscale ; maintenir l'intégrité du système fiscal ; enfin, faire en sorte que, au moment où des décisions sont prises, leur incidence financière sur les générations futures soit prise en considération.

Loi sur la responsabilité budgétaire de 1994 en Nouvelle-Zélande

Cette loi institue le cadre législatif pour la conduite de la politique budgétaire en Nouvelle-Zélande. Elle vise à améliorer la politique budgétaire en établissant cinq principes de gestion budgétaire responsable et en renforçant les obligations déclaratives de l'administration centrale. Les principes de gestion sont les suivants : accroître la transparence des intentions des autorités et des conséquences économiques et budgétaires de l'action des pouvoirs publics ; inscrire la budgétisation dans une perspective de long terme (aussi bien qu'annuelle) ; indiquer l'incidence globale d'un budget avant les allocations budgétaires annuelles détaillées ; assurer une évaluation et une présentation indépendantes de la politique budgétaire ; faciliter le contrôle parlementaire et public des informations et des plans économiques et budgétaires.

Source : New Zealand Treasury (1995) ; Commonwealth of Australia (2002) ; HM Treasury (1998).

Incorporer les outils analytiques déjà disponibles dans le cadre budgétaire

Un certain nombre de méthodes sont disponibles pour évaluer la soutenabilité à long terme. Les plus courantes vont du calcul d'indicateurs simples (dette nette ou bilans en comptabilité d'exercice) aux prévisions de long terme ou aux indicateurs dérivés de contraintes budgétaires intertemporelles (budgets intertemporels et écarts budgétaires). Certaines techniques plus élaborées produisent des mesures de l'équité générationnelle à l'aide de modèles de microsimulation (comptes générationnels). Les indicateurs de l'endettement net ou des positions de bilan ne donnent semble-t-il que des informations limitées sur la soutenabilité budgétaire, car ils ne décrivent que la situation courante des finances publiques. En revanche, les autres approches sont prospectives et fournissent donc des indicateurs de soutenabilité plus appropriés, mais comme ces derniers sont évalués sur des périodes très longues, ils sont également incertains⁴. La comptabilité générationnelle est la seule technique qui permet d'estimer l'équité intergénérationnelle, et elle est généralement considérée comme un complément utile aux autres approches. D'une manière générale, toutes ces méthodes n'offrent que des analyses partielles de la soutenabilité ; il serait donc judicieux de présenter des résultats provenant d'un large éventail d'études complémentaires.

La plupart de ces techniques ont déjà été appliquées au Canada ces dernières années (le tableau 4.2 en donne quelques exemples). Mais les résultats se trouvent dispersés dans diverses études et se fondent sur des concepts différents (provinces/administration fédérale, dépenses publiques totales/dépenses de santé), et ne donnent donc pas une image précise de la soutenabilité budgétaire des administrations publiques dans leur ensemble. Mais surtout, à l'exception de la dette nette et les bilans dans l'optique de la trésorerie, ces données ne sont pas intégrées dans le cadre de planification budgétaire. Il est donc difficile de

Tableau 4.2. Quelques exemples d'études de la soutenabilité budgétaire au Canada

Méthodes	Exemple d'étude pour le Canada
Endettement net ou bilan sur la base des droits constatés	Budget fédéral (2004).
Prévisions à long terme	Robson (2001) ; Jackson et Matier (2002) ; Ruggeri (2002) ; Jackson et Mc Dermott (2004) ; Conference Board of Canada (2004a).
Écarts budgétaires	Matier <i>et al.</i> (2001) ; Kennedy et Matier (2003).
Système de comptabilité générationnelle	Oreopoulos and Kotlikoff (1996) ; Oreopoulos et Vaillancourt (1997) ; Lu <i>et al.</i> (2003) ; Gupta et Kapur (2003).

Source : OCDE.

savoir si les décisions budgétaires courantes s'attaquent aux défis à long terme de la façon la plus efficace possible.

Une solution alternative serait de publier, en complément des documents budgétaires, un rapport annuel sur les finances publiques à long terme. C'est la démarche actuellement adoptée par le Trésor du Royaume-Uni, dont le *Long-Term Public Finance Report* présente une image complète de la soutenabilité des finances publiques et donne une idée de l'équité intergénérationnelle à l'aide d'un éventail d'indicateurs (HM Treasury, 2002 et 2003). Pour sa part, le Danemark publie régulièrement, dans sa documentation budgétaire, un indicateur de la soutenabilité budgétaire des administrations publiques, tandis que les autorités suédoises ont commencé à publier des prévisions budgétaires à long terme des administrations publiques en annexe au budget 2004.

Une autre possibilité serait de sous-traiter à un organisme indépendant l'établissement de ce type de rapport ou la construction des outils nécessaires (Kotlikoff, 1997). Dans le contexte canadien, cela offrirait l'avantage de sortir de la dynamique actuelle des relations entre l'administration fédérale et les provinces, tout en mettant un important outil analytique à la disposition des deux niveaux d'administration. Le caractère indépendant de l'examen renforcerait la crédibilité des conclusions, et donnerait une base objective au débat public. Ce type de rapport compléterait les publications budgétaires officielles existantes et permettrait au public de mieux juger si les décisions prises par les autorités sont compatibles avec leurs objectifs de long terme. Il pourrait être publié à intervalles réguliers de manière à suivre les progrès des gouvernements vers la réalisation de ces objectifs. La présentation des estimations obtenues à partir de différentes d'hypothèses plausibles donnerait une certaine idée des incertitudes entourant les résultats.

Assurer la soutenabilité du système de santé

On l'a vu au premier chapitre, le système de santé représente le principal risque pour la soutenabilité budgétaire. Si l'accroissement de la valeur des services de santé dépasse quelque peu les gains de productivité dans l'ensemble de l'économie, ce qui paraît tout à fait plausible au vu des tendances passées, la plupart des provinces risquent de voir leurs dépenses de santé augmenter à un rythme insoutenable. La probabilité de se retrouver sur une trajectoire explosive sera même plus forte si les prix augmentent plus rapidement dans le secteur de la santé que dans le reste de l'économie. Par ailleurs, le système souffre d'un certain nombre de carences, comme en témoignent les protestations des utilisateurs contre les délais d'attente excessifs pour les traitements. En incitant les professionnels de la santé à se montrer plus efficaces, la réforme de certains aspects du cadre institutionnel aiderait à résoudre ces problèmes immédiats et faciliterait la maîtrise des coûts de santé dans le

long terme. Le Canada n'est pas le seul à se débattre avec ces difficultés : les ministres de la Santé des pays de l'OCDE se sont récemment réunis pour échanger leurs expériences et en tirer des enseignements (encadré 4.3).

Situation actuelle et pressions futures

Le système de santé du Canada (Medicare) est pour l'essentiel un régime financé par l'État et à prestation privée. Medicare assure un accès universel et complet aux services des hôpitaux et des médecins, en institution et ambulatoires, qui sont jugés médicalement nécessaires (encadré 4.4). Après une période de mesures de maîtrise des coûts entre 1992 et 1998, qui a entraîné une baisse considérable des dépenses de santé en pourcentage du PIB, les dépenses de santé totales ont nettement augmenté depuis 2000 (graphique 4.2). À 9.6 pour cent du PIB en 2002, elles étaient parmi les plus élevées des pays de l'OCDE, et dépassaient de 1.7 point la moyenne OCDE⁵. Cependant, des dépenses élevées n'impliquent pas nécessairement de bonnes performances ; la part du PIB consacrée à la santé ne donne aucune indication sur la qualité des soins, les résultats sanitaires et l'efficacité, ni sur la répartition de la consommation de soins. En dépit de l'ampleur des dépenses totales, l'épidémie de SRAS de l'an dernier a souligné certaines insuffisances du système, en particulier les pénuries de ressources humaines dans l'Ontario et l'incapacité de cette province de répondre à une urgence de santé publique, mais aussi les carences du dispositif de prévention des infections (Walkers, 2004).

Le personnel médical est un élément clé de tout système de santé ; or, le nombre de médecins par habitants est plus faible au Canada que dans la plupart des autres pays. Ce ratio est globalement stable depuis le milieu des années 80, alors qu'il a augmenté considérablement dans tous les autres pays (OCDE, 2003). Cette stabilité peut être attribuée principalement à une forte baisse du nombre de diplômés canadiens entrés en activité entre 1994 et 2000, baisse qui reflète surtout l'allongement de la période de formation obligatoire depuis 1993, une diminution du nombre des diplômés des écoles de médecine et le contrecoup de la vive hausse des inscriptions en médecine au début des années 90 (Chan, 2002). En conséquence, il est devenu plus difficile de trouver un médecin de famille, et les listes d'attente pour les consultations de spécialistes se sont allongées. Certes, la densité d'infirmières est plus élevée au Canada que dans beaucoup d'autres pays, mais elle a baissé dans les années 90, au moment même où elle augmentait ailleurs. Le nombre des infirmières formées au Canada a diminué, et les infirmières fraîchement diplômées cherchent à s'employer à l'étranger. Le personnel de santé bénéficiant d'un fort pouvoir de négociation, l'accroissement des ressources affectées à la santé s'est traduit par une hausse des taux de salaire. Le revenu médian des professionnels de la santé a augmenté de 15 pour cent en termes réels entre 1990 et 2000,

Encadré 4.3. Conclusions de la réunion des ministres de la Santé des pays de l'OCDE, mai 2004

Les ministres de la Santé des pays de l'OCDE se sont réunis en mai 2004 pour examiner les résultats du projet Santé de l'OCDE qui s'est déroulé sur trois ans et a consisté à réfléchir aux moyens d'améliorer la performance des systèmes de santé des pays membres. Ils ont noté que tous les pays de l'OCDE sont confrontés aux défis que posent la soutenabilité financière et l'efficacité de leurs systèmes de santé, et à la difficulté de dispenser des soins de qualité à tous. Pourtant, ils ont reconnu qu'il n'y a pas de modèle unique idéal en matière de système de santé, les valeurs, les traditions et les institutions étant différentes d'un pays à l'autre.

Compte tenu, le cas échéant, des différences nationales, les ministres ont conclu que les pays de l'OCDE devraient :

- conforter les succès d'ores et déjà obtenus sur le plan de l'amélioration de l'espérance de vie et de l'état de santé en mettant en œuvre les moyens les plus efficaces au regard de leurs coûts pour assurer des soins de la plus haute qualité à leurs citoyens ;
- considérer comme une priorité la prévention des maladies et la promotion de styles de vie plus sains face à la montée de certaines menaces pour la santé telles que l'obésité, l'abus de tabac, d'alcool et de drogues, les troubles mentaux et les accidents de la route ;
- réduire les disparités qui subsistent sur le plan de la santé et de l'accès aux soins dans les pays de l'OCDE ;
- continuer d'assurer la soutenabilité financière de leurs systèmes de santé ; si l'assurance maladie privée joue un rôle à cet égard, elle a besoin d'un cadre réglementaire bien conçu pour accompagner son développement ;
- s'efforcer de réaliser les gains de productivité indispensables pour contribuer à la soutenabilité financière et améliorer la qualité des soins ;
- redoubler d'efforts pour encourager l'industrie à mettre au point des innovations qui répondent aux besoins de santé de façon abordable ;
- veiller à ce que la prise en charge de longue durée soit de qualité et permette le libre choix, et soit d'un coût supportable ;
- investir suffisamment dans les ressources humaines et leur développement professionnel pour pouvoir faire face à la demande de soins de santé à l'avenir.

Source : Communiqué de presse final – Réunion des ministres de la Santé, Paris, 13-14 mai 2004.

tandis que le revenu réel médian global n'a progressé que de 3.3 pour cent (Galarnau, 2004). Ce sont là des signaux importants qui encouragent les étudiants à suivre des formations médicales, les professionnels à rester en poste et les immigrants à s'installer au Canada.

Encadré 4.4. Principales caractéristiques du système de santé canadien

Il incombe à chaque province d'assurer la gestion et la prestation des services de santé. Les provinces planifient, financent et évaluent la fourniture de soins hospitaliers, de services de praticiens et de services de soins connexes, certains aspects des prescriptions pharmaceutiques et les services de santé publique. Le gouvernement fédéral contribue au financement des services de santé provinciaux et met en œuvre les principes nationaux définis dans la Loi canadienne sur la santé. Celle-ci stipule que la couverture d'assurance-maladie d'une province doit être administrée par les pouvoirs publics, complète, universelle et transférable d'une province à l'autre. Le régime doit assurer un accès raisonnable aux services assurés des hôpitaux et des médecins.

Soins primaires

Les médecins de premier recours (la moitié environ de tous les praticiens actifs), constituent généralement le point de contact initial avec le système de santé officiel, et contrôlent l'accès à la plupart des spécialistes et à de nombreux prestataires connexes, les admissions dans les hôpitaux, les tests de diagnostic et l'utilisation de médicaments sur ordonnance. La plupart des médecins sont des praticiens privés qui travaillent en cabinet individuel ou collectif et disposent d'une grande autonomie. Les praticiens privés sont généralement payés à l'acte et soumettent leurs demandes de paiement directement au régime d'assurance-maladie de la province. Les praticiens qui travaillent dans un autre cadre peuvent aussi être payés à l'acte mais ils sont plus vraisemblablement salariés ou bénéficient d'un autre système de rémunération.

Hôpitaux

Plus de 95 pour cent des hôpitaux sont gérés comme des entités privées à but non lucratif par des conseils d'administration communautaires, des organismes bénévoles ou des municipalités. Les hôpitaux contrôlent l'allocation au jour le jour des ressources, dans la limite des budgets de fonctionnement établis par les autorités sanitaires régionales ou provinciales. Les hôpitaux sont principalement responsables devant les communautés qu'ils desservent. Le secteur hospitalier à but lucratif comprend principalement des centres de long séjour ou des services spécialisés.

Couverture de Medicare

Les Canadiens ne paient pas directement les services assurés des hôpitaux et des médecins, et ils ne sont pas tenus de remplir des formulaires pour les services assurés. Il n'existe pas de franchises, de participations aux frais ou de plafonds en ce qui concerne la couverture des services assurés. Les services de santé supplémentaires sont largement financés par les patients eux-mêmes ou par une assurance privée. La plupart des provinces empêchent les assureurs privés d'offrir une couverture pour les services figurant dans l'ensemble de prestations des programmes publics. Les provinces assurent une couverture publique à

Encadré 4.4. Principales caractéristiques du système de santé canadien (suite)

certaines catégories de la population (personnes âgées, enfants, bénéficiaires de l'aide sociale) pour tous les autres services de santé qui restent en dehors du cadre de l'assurance-maladie nationale. Parmi ces prestations figurent les médicaments sur ordonnance (hôpitaux de jour) et les soins à domicile. Les organismes d'indemnisation des accidents du travail sont financés par les employeurs ; la législation les autorise à acheter des services de santé publics ou privés pour les travailleurs blessés, qui bénéficient d'un accès préférentiel aux services de diagnostic et aux traitements.

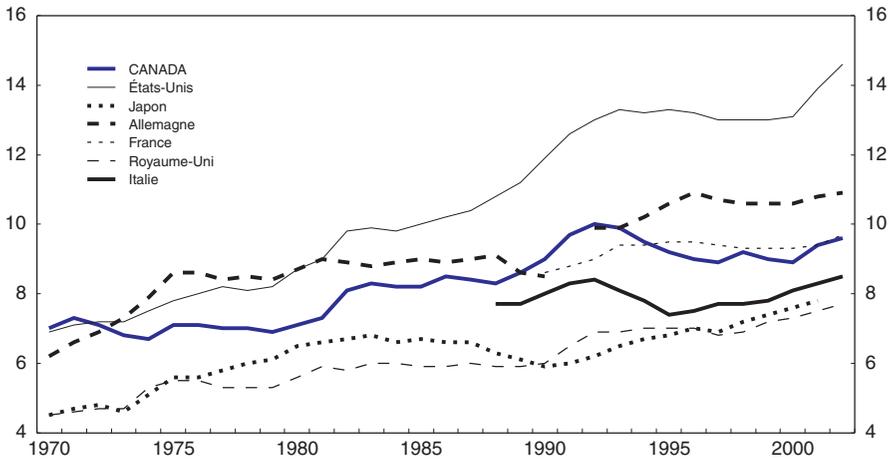
Financement

Environ 70 pour cent des dépenses de santé totales sont des dépenses publiques, financées principalement par l'impôt. L'aide fédérale aux soins de santé est fournie par le Programme de transfert des responsabilités en matière de santé et par le Fonds de réforme de la santé, par des contributions fédérales directes (par exemple en faveur des Premières nations ou des anciens combattants) et, pour partie, par des paiements au titre de la péréquation. Une grande partie des fonds sont levés au niveau provincial/territorial, essentiellement par la fiscalité générale. Certaines provinces utilisent des modes de financement auxiliaires ciblés sur les soins de santé. Trois provinces (Alberta, Colombie-Britannique et Ontario) recourent dans une certaine mesure à la fiscalité affectée, à travers un impôt santé. Toutes les provinces à l'exception de l'Ontario distribuent la plupart de leurs crédits par l'intermédiaire des autorités régionales de la santé, dont le nombre varie entre 5 et 20. Ces dernières sont pour l'essentiel des organismes de coordination, chargés d'équilibrer l'offre et la demande, mais elles ne lèvent pas de recettes et ne prennent pas de décisions concernant les prestations des médecins.

Source : Santé Canada (2002) ; OCDE (2003b) ; LeBourdais (1999).

Pour le matériel de haute technologie, le Canada occupe également un rang médiocre parmi les pays de l'OCDE, avec notamment une densité plus faible d'unités IRM et de tomodensitomètres (graphique 4.3). Il n'est pas facile de déterminer le niveau optimal de la dotation en équipements de pointe, étant donné les difficultés que pose l'évaluation des coûts et avantages relatifs des nouvelles technologies, les éléments d'appréciation variant d'un pays à l'autre. En outre, le rendement de ces appareils doit être jugé au regard d'autres investissements peut-être moins prestigieux mais susceptibles de contribuer davantage à améliorer la qualité des soins et/ou à en réduire le coût.

Graphique 4.2. **Dépenses de santé totales**
En pourcentage du PIB

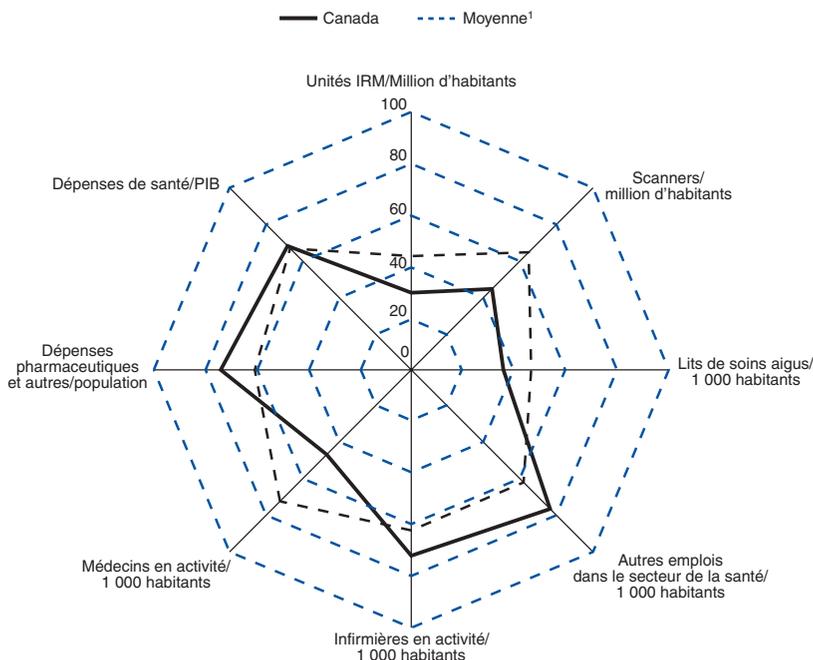


Source : OCDE, *Éco-Santé*, 2004.

De surcroît, les coûts dans le secteur de la santé apparaissent élevés au regard des normes internationales. En 2001, la part des dépenses dans le PIB au Canada était comparable à la moyenne de 13 pays de l'OCDE, mais les apports de ressources au système de soins – en particulier le nombre de médecins praticiens, d'unités IRM, de scanographes et de lits de soins aigus – y étaient plus réduits (graphique 4.3). Les coûts moyens totaux par unité de ces intrants étaient donc plus élevés au Canada que dans beaucoup d'autres pays de l'OCDE (Oxley et Hurst, 2003). Les indicateurs révèlent aussi que le niveau de la productivité est plus bas au Canada que dans beaucoup de pays membres, encore que ces données doivent être interprétées avec prudence (tableau 4.3). De fait, étant donné que les soins primaires ne sont pas inclus dans ces estimations, les indicateurs mentionnés dans le tableau sous-estiment sans doute la productivité réelle des médecins. De plus, ces indicateurs n'intègrent pas les données sur la qualité des services de santé et ne donnent donc que des informations très partielles sur la productivité. Une meilleure couverture des données est nécessaire pour dresser un tableau plus précis de la situation (voir ci-après). Néanmoins, au Canada, la plupart de ces indicateurs se sont dégradés entre 2000 et 2001, en dépit d'un accroissement des ressources consacrées au secteur de la santé.

La moindre priorité accordée aux moyens humains et physiques et la progression de la demande ont contribué à créer des files d'attente pour les traite-

Graphique 4.3. Offre de ressources



Note : 2001 ou dernière année disponible. Les valeurs ont été fixées à 100 pour le pays présentant la valeur la plus élevée pour chaque indicateur.

1. Moyenne de 13 pays de l'OCDE.

Source : OCDE, *Éco-Santé*, 2004.

ments (graphique 4.4), problème qui a pris une tournure politique ces derniers mois. En 2003, quelque 4.3 millions de Canadiens déclaraient avoir des difficultés d'accès aux services de premier contact (18 pour cent des personnes recherchant ce type de prestation) et environ 1.4 million de personnes signalaient des difficultés pour accéder à des services spécialisés comme les consultations de spécialistes, la chirurgie non urgente et certains tests diagnostiques tels que les examens par IRM et tomodensitomètre et les angiographies (23 pour cent des personnes recherchant ce type de prestation) (Statistique Canada, 2004). S'il est difficile d'établir une mesure fiable des délais d'attente, en ce qui concerne les opérations chirurgicales non urgentes il semble bien que ces délais étaient élevés en 2000 dans quatre provinces canadiennes, en particulier pour la pose de prothèses de la hanche et du genou (Siciliani et Hurst, 2003). Il semblerait en outre que les délais d'attente s'allongent : selon une récente étude du Fonds du Commonwealth (2004) couvrant l'Australie, le Canada, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis, 44 pour cent des responsables des hôpitaux cana-

Tableau 4.3. Indicateurs de productivité dans le secteur de la santé

	Indicateurs de productivité basés sur le nombre de sorties ¹ par :					
	2000			2001		
	Lit de soins aigus	Spécialiste praticien ²	Médecin praticien ³	Lit de soins aigus	Spécialiste praticien ²	Médecin praticien ³
Australie	41.5	143.1	63.9	42.1	135.2	61.7
Autriche	45.9	158.7	91.1	47.5	154.3	89.2
Belgique	..	87.4	40.0	..	89.8	..
Canada	28.4	85.4	44.8	27.9	82.6	43.2
Danemark	54.3	87.9	58.5	55.7	86.5	58.2
Finlande	106.4	182.8	83.5	106.8	175.2	80.9
France	61.0	148.1	75.8	63.3	149.6	76.1
Irlande	42.4	..	57.4	43.3	..	54.5
Italie	35.7	..	37.7	32.7	..	35.3
Luxembourg	30.9	110.9	73.6	30.5	108.3	71.1
Pays-Bas	26.6	96.3	29.0	27.5	95.5	27.8
Nouvelle Zélande	..	291.4	89.7	..	300.0	96.3
Norvège	49.6	76.9	54.0	51.7	77.7	53.9
Espagne	39.5	..	35.4	35.4
Suède	67.2	75.1	54.1
États-Unis	38.4	78.7	50.9	33.8	62.2	40.8

1. En Autriche, au Luxembourg, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis, les chiffres des sorties d'hôpital couvrent les patients entrés le même jour, à la différence d'autres pays.

2. La Finlande et les Pays-Bas indiquent le nombre de spécialistes ayant le droit de pratiquer, et non de ceux qui pratiquent effectivement.

3. La Finlande, l'Irlande et les Pays-Bas indiquent le nombre de médecins ayant le droit de pratiquer, et non de ceux qui pratiquent effectivement.

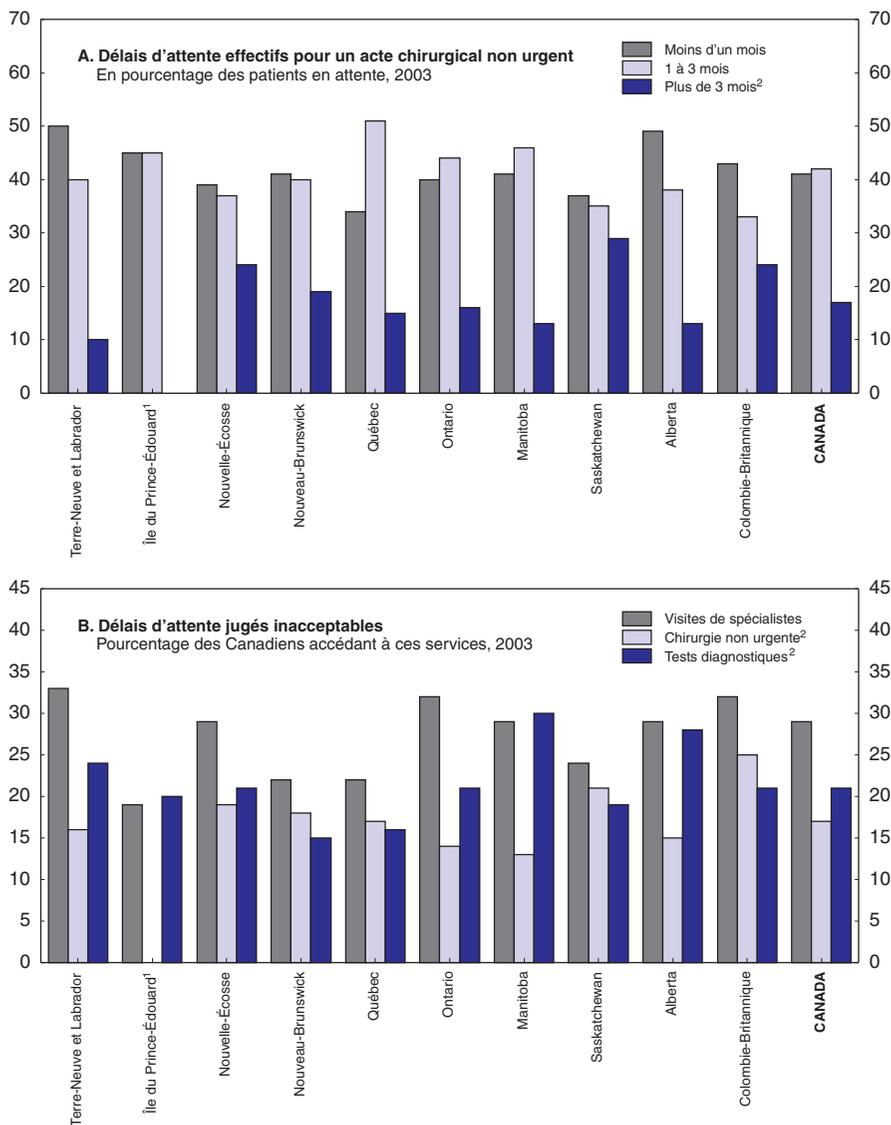
Source : OCDE, *Éco-Santé*, 2004.

diens estiment que les listes d'attente se sont allongées au cours des deux dernières années, bien que le Canada soit, dans l'absolu, relativement mieux placé que d'autres pays⁶. En tout état de cause, l'importance attachée aux délais d'attente peut en exagérer l'impact sur le plan clinique, et les efforts faits pour les réduire pour certaines pathologies risquent de détourner des ressources de priorités plus urgentes.

Il faut non seulement s'attaquer à ces problèmes actuels, mais aussi engager des réformes pour maîtriser les risques d'une montée incontrôlable des dépenses de santé dans l'avenir, risques mis en lumière par les prévisions à long terme (voir le premier chapitre). Un certain nombre de facteurs au niveau de l'offre et de la demande ont induit et continueront d'induire une hausse des dépenses en proportion du PIB.

- Le vieillissement de la population jouera probablement un rôle beaucoup plus marqué dans l'avenir, avec l'augmentation de la part des personnes âgées dans la population totale, encore que l'ampleur des effets

Graphique 4.4. Délais d'attente



1. Certaines données manquent en raison de l'extrême variabilité de l'échantillon ou de sa faible dimension.

2. À interpréter avec prudence (forte variabilité de l'échantillon).

Source: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé, 2003.

varie suivant que les coûts sont calculés à une date plus ou moins proche du décès (Shehamini et Gray, 2004).

- La technologie restera sans doute un important moteur des dépenses de santé, surtout si le Canada entend rattraper son retard pour les équipements de pointe⁷. Les évolutions récentes des sciences médicales, notamment dans les domaines de l'imagerie ou de la biotechnologie, portent à croire que ces tendances vont perdurer.
- Les médicaments sont déjà le poste de dépenses qui connaît la croissance la plus forte au Canada (ICIS, 2004), et de nombreux nouveaux médicaments potentiellement coûteux devraient arriver sur le marché dans la prochaine décennie, accentuant ainsi les pressions à la hausse sur les coûts pharmaceutiques totaux. Il en résultera aussi des répercussions sur la dépense publique si la consommation de médicaments très onéreux doit être couverte par Medicare.
- Une proportion importante des médecins et d'autres travailleurs de la santé devraient partir à la retraite avec la cohorte du baby boom (ICIS, 2003) ; du reste, les professionnels de la santé cessent leur activité plus tôt que dans le passé (Gower, 1997). Par conséquent, si les entrées migratoires nettes ne varient pas, l'offre de travail risque de diminuer au moment même où la demande de soins pour les personnes âgées augmentera, intensifiant les pénuries actuelles de personnel médical et entraînant une poussée des salaires dans le secteur.

Mesures récentes

Plusieurs rapports officiels détaillés – Commission Fyke (2001), Conseil Mazankowski (2001), Commission Kirby (2002) et Commission Romanow (2002) – ont analysé les carences du système de santé et proposé des solutions pour améliorer sa productivité. Mais les mesures récentes se sont limitées pour l'essentiel à injecter davantage d'argent dans le secteur. L'Accord de 2003 entre les Premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé s'est traduit dans le budget fédéral 2003 par une augmentation des aides fédérales à la santé de 34.8 milliards de dollars sur cinq ans. Des crédits fédéraux supplémentaires d'un montant de 2 milliards de dollars ont été alloués aux provinces et aux territoires dans le budget fédéral 2004, ce qui porte le total des financements couverts par l'Accord à 36.8 milliards de dollars canadiens sur 5 ans. À l'échelon provincial, les budgets 2004 prévoient généralement une hausse des dépenses de santé, avec un soutien accru aux hôpitaux, l'achat de nouvelles ressources pour réduire les listes d'attente et l'augmentation du nombre des places de formation de personnel médical. Étant donné le délai inévitable qui s'écoulera avant que les nouveaux praticiens diplômés n'entrent sur le marché, il est probable que le secteur continuera de souffrir de pénuries de personnel durant les prochaines années. Dans

les plans budgétaires des provinces pour 2004, il n'a pas été annoncé de mesures importantes en vue d'améliorer la productivité du secteur, mais lors de leur réunion de septembre 2004, les Premiers ministres sont parvenus à un accord sur un Plan décennal d'action pour la santé (encadré 4.5).

Améliorer la connaissance du système

Un ensemble complet et fiable de données financières est nécessaire pour procéder à une évaluation complète des performances du système de santé, jauger l'efficacité des différentes mesures et assurer la soutenabilité à long terme du dispositif. L'une des réformes les plus importantes entreprises à l'heure actuelle par les pouvoirs publics consiste à améliorer les informations disponibles sur le secteur. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a été chargé d'assurer la production et de coordonner la diffusion de données et d'informations exactes et à jour requises pour une gestion efficace du système de santé canadien. Grâce aux travaux conjoints de l'ICIS et de Statistique Canada, des indicateurs de la situation sanitaire, fondés sur des statistiques vitales, et comparables d'une province à l'autre, ainsi que certains indicateurs du système de santé relatifs aux praticiens et aux hôpitaux, sont désormais disponibles en ligne.

Mais il manque encore des indicateurs de performance financière, notamment pour le secteur hospitalier, en dépit des importants efforts déployés pour élaborer des normes d'information financière et statistique et des indicateurs nationaux de performance. Ce type d'indicateur est crucial pour bien évaluer le rapport coût-efficacité relatif de différents traitements, l'efficacité des hôpitaux individuels et la performance du secteur dans son ensemble. Depuis l'exercice 1995-96, l'ICIS recueille des données annuelles auprès des provinces à partir d'un cadre standardisé et en calculant un certain nombre d'indicateurs financiers, notamment les marges totales et le coût par cas pondéré. Bien que le taux de réponse se soit sensiblement amélioré ces dernières années⁸, tous les hôpitaux ne fournissent pas de série complète de données. Mais surtout, la comparabilité des données n'a pas encore été réalisée : le Québec, par exemple, transmet ses données dans un format spécifique. Plus de la moitié des communications provinciales et territoriales ont fait l'objet d'une mise en garde précisant que ces données ne sauraient être utilisées qu'avec d'importantes réserves (ICIS, 2004). D'autres problèmes ont trait à la diversité des lois provinciales relatives à la protection de la vie privée et à la confidentialité ; il en résulte un allongement considérable des délais de collecte. Par conséquent, même si des progrès notables ont été accomplis ces dernières années en dans la collecte, la fiabilité et l'harmonisation des données, on ne dispose pas encore d'une vue d'ensemble du secteur hospitalier, et les travaux de standardisation des données doivent être poursuivis.

Encadré 4.5. **Un plan décennal d'action pour la santé**

Les Premiers ministres, réunis à Ottawa du 13 au 15 septembre 2004, ont adopté un plan décennal d'action pour la santé afin d'améliorer l'accès aux soins et de réduire les temps d'attente. Les principaux points de ce plan sont les suivants :

Financement

Le gouvernement fédéral est convenu, sous réserve de l'accord du Parlement, de fournir de nouveaux crédits d'un montant de 41 milliards de dollars canadiens sur 10 ans pour soutenir le plan d'action pour la santé. Cela couvre notamment :

- 3 milliards de dollars canadiens sur deux ans à titre de complément à court terme du Transfert canadien en matière de santé.
- 500 millions de dollars canadiens en 2005-06 pour les services de soins à domicile et pour la couverture des médicaments particulièrement onéreux.
- modification de la base du Transfert canadien en matière de santé à 19 milliards de dollars canadiens en 2005-06, à quoi s'ajoutera un facteur de croissance de 6 pour cent à compter de 2006-07.
- 5.5 milliards de dollars canadiens sur dix ans pour le Fonds pour la réduction des temps d'attente.
- un versement unique de 500 millions de dollars canadiens pour l'achat de nouveaux équipements médicaux.

Les crédits fournis par le gouvernement fédéral seront utilisés par le gouvernement du Québec pour mettre en œuvre son propre plan. De plus, le gouvernement fédéral propose d'accroître les crédits aux Territoires du nord de 150 millions de dollars canadiens au total sur cinq ans et s'engage à poursuivre des investissements pour soutenir les activités d'innovation dans le domaine de la santé.

Réduction des temps d'attente et amélioration de l'accès

Les Premiers ministres se sont engagés à réduire substantiellement les temps d'attente dans des domaines prioritaires comme le cancer, les maladies cardiaques, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulations et la restauration de la vue d'ici le 31 mars 2007. Le Québec appliquera son propre plan de réduction des temps d'attente. Le Fonds pour la réduction des temps d'attente apportera un complément aux investissements que les provinces et les territoires ont effectués dans la réduction des temps d'attente et les aidera à mener leurs diverses initiatives.

Les Premiers ministres sont convenus de fournir à la population canadienne des informations cohérentes sur les progrès accomplis en vue de réduire les temps d'attente. Chaque province et chaque territoire convient d'établir des indicateurs comparables de l'accès à des professionnels de la santé et à des services de diagnostic et de traitement d'ici le 31 décembre 2005, et d'en rendre compte à ses citoyens. Des points de repère fondés sur des preuves concernant les temps

Encadré 4.5. **Un plan décennal d'action pour la santé** (suite)

d'attente médicalement acceptables seront établis d'ici la fin de 2005 au cours d'un processus élaboré par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé. Chaque province et chaque territoire convient d'établir des indicateurs comparables de l'accès à des professionnels de la santé et à des services de diagnostic et de traitement d'ici le 31 décembre 2005, et d'en rendre compte à ses citoyens. Des points de repère fondés sur des preuves concernant les temps d'attente médicalement acceptables seront établis d'ici la fin de 2005 au cours d'un processus élaboré par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé. Chaque province et chaque territoire établira d'ici le 31 décembre 2007 des cibles pluriannuelles pour atteindre ces points de repère. Les provinces et les territoires remettront chaque année à leurs citoyens des rapports sur les progrès qu'ils auront réalisés pour atteindre leurs objectifs pluriannuels. Un rapport annuel sera également établi sur l'état de santé de tous les Canadiens.

Plans d'action stratégiques concernant les ressources humaines dans le secteur de la santé

Les Premiers ministres sont convenus de continuer et d'accélérer leurs travaux sur des plans d'action et/ou initiatives concernant les ressources humaines en santé afin d'assurer une réserve et une répartition appropriées de professionnels de la santé. Ils sont convenus d'élaborer des plans, fondés sur leur évaluation des lacunes, en vue d'augmenter la réserve de professionnels de la santé, et de rendre ces plans publics d'ici la fin de 2005, y compris les cibles relatives à la formation, au recrutement et au maintien en poste des professionnels. Ils informeront les citoyens de ces engagements et rendront régulièrement compte des progrès réalisés.

Soins à domicile

Les Premiers ministres sont convenus de couvrir à partir du premier dollar, d'ici 2006, un certain nombre de services à domicile en fonction des besoins déterminés. Le Québec poursuivra son objectif de couvrir plus largement, à partir du premier dollar, certains services de soins à domicile. Chaque province et chaque territoire établira un plan de mise en œuvre graduelle de ces services et rendra compte chaque année à ses citoyens des progrès réalisés dans leur mise en œuvre. Les Premiers ministres ont chargé leurs ministres de la Santé d'explorer les prochaines étapes pour honorer l'engagement envers les soins à domicile et de remettre un rapport aux Premiers ministres d'ici le 31 décembre 2006.

Réforme des soins primaires

Les provinces et les territoires sont en train de réaliser des progrès importants en vue de respecter l'objectif établissant que, d'ici 2011, la moitié des Canadiens et des Canadiennes auront accès 24 heures par jour et 7 jours par semaine à des équipes multidisciplinaires. Les premiers ministres sont convenus de créer le réseau des pratiques exemplaires afin de partager des informations et de surmonter les obstacles à la progression de la réforme des soins de santé primaires. Ils sont convenus de rendre régulièrement des comptes sur les progrès réalisés et d'accélérer la conception et la mise en œuvre des télé dossiers, y compris la prescription électronique.

Encadré 4.5. **Un plan décennal d'action pour la santé** (suite)

Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques

Les Premiers ministres ont demandé aux ministres de la Santé de créer un groupe de travail ministériel qui sera chargé d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques et de rendre compte des progrès réalisés d'ici le 30 juin 2006, le Québec conservant cependant son propre programme d'assurance-médicaments. Cette stratégie doit permettre de formuler des options de couverture des médicaments onéreux, de créer la Liste nationale commune des médicaments admissibles fondée sur l'innocuité et la rentabilité, d'accélérer l'accès à des médicaments de pointe pour répondre à des besoins demeurés insatisfaits en améliorant le processus d'approbation des médicaments, de renforcer l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments déjà sur le marché, d'appliquer des stratégies d'achat visant à obtenir les meilleurs prix pour les médicaments et les vaccins destinés aux Canadiens et aux Canadiennes, d'intensifier l'intervention pour influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé de sorte que les médicaments soient utilisés uniquement lorsque le besoin est réel et que le médicament convienne bien au problème, d'élargir la prescription électronique en accélérant l'élaboration et le lancement des télédossiers de santé, d'accélérer l'accès à des médicaments non brevetés et viser la parité internationale des prix des médicaments non brevetés, et d'améliorer l'analyse des générateurs de coûts et de la rentabilité, y compris les pratiques exemplaires incluses dans les politiques des régimes d'assurance-médicaments.

Prévention, promotion et gestion de la santé publique

Tous les gouvernements se sont engagés à poursuivre la collaboration et la coopération pour élaborer, par l'entremise du nouveau Réseau de santé publique, des réponses coordonnées aux éclosions de maladies infectieuses et à d'autres urgences de santé publique. Le gouvernement fédéral s'engage également à renforcer les investissements récents dans l'immunisation. Par ailleurs, les gouvernements s'engagent à accélérer l'élaboration d'une Stratégie pancanadienne pour la santé publique.

Source : Communiqué de presse, Un plan décennal pour consolider les soins de santé.

Comblent les lacunes du filet de sécurité

À la différence de la plupart des pays de l'OCDE⁹, les médicaments vendus sur ordonnance hors du cadre hospitalier ne sont pas couverts par les dispositions de la Loi canadienne sur la santé, de sorte que la couverture publique des médicaments varie considérablement d'une province à l'autre. Toutes les provinces ont des programmes de couverture des coûts pharmaceutiques pour les per-

sonnes âgées à faible revenu ou les bénéficiaires de l'aide sociale, tandis que l'administration fédérale prend en charge les dépenses pharmaceutiques de certains autochtones et anciens combattants. Par ailleurs, cinq provinces plafonnent les coûts pharmaceutiques supportés par les individus. Néanmoins, une proportion notable de la population doit prendre en charge le coût intégral des médicaments, soit par des paiements directs, soit par le biais d'une assurance privée. Indépendamment des considérations d'équité, cette situation peut engendrer des pertes d'efficacité, notamment lorsque les médecins hospitalisent des patients ou retardent leur sortie pour éviter qu'ils n'aient à supporter les coûts des médicaments, lorsque des médicaments meilleur marché mais moins efficaces sont prescrits, ou lorsque des traitements peu performants sont choisis principalement parce que leur prise en charge est assurée. La perte de couverture due à la sortie du régime d'aide sociale peut aussi s'ajouter aux taux effectifs marginaux d'imposition élevés qui frappent les bénéficiaires de l'aide sociale (voir le chapitre 3). Une couverture uniforme au moins pour toutes les personnes confrontées à des dépenses pharmaceutiques substantielles¹⁰ offrirait une protection plus efficace, réduirait les sources d'inefficacité et se solderait par de meilleurs résultats sanitaires. Quelques mesures dans ce sens ont été annoncées dans l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé, mais comme le niveau de couverture relève d'une décision provinciale, il n'est pas encore certain que cet accord atténuera les différences entre provinces (Boothe et Carson, 2003).

Dans le même ordre d'idée, les soins à domicile sont considérés comme un service additionnel et ne sont donc pas couverts par Medicare. Cela a conduit à une situation où le régime d'éligibilité, la couverture et la participation aux frais pour les soins à domicile financés par les pouvoirs publics varient considérablement d'une province à l'autre, et se sont traduits par un manque d'équité entre les Canadiens (Conference Board du Canada, 2004b). De surcroît, certaines personnes occupent des lits d'hôpitaux parce qu'elles ne peuvent pas payer les services de soutien qui leur seraient nécessaires à la sortie. Par ailleurs, les soins à domicile représentent encore une très faible part des budgets de santé des provinces, bien qu'il soit généralement admis que ces soins remplacent efficacement des services plus coûteux et s'accordent souvent davantage aux préférences des patients. Le soutien explicite des soins à domicile prévu par l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé est une initiative opportune, mais elle ne concerne pour le moment qu'un éventail étroit de services. Une stratégie globale de développement des soins à domicile en tant que partie intégrante des services publics de santé dans tout le pays réduirait les inégalités actuelles et contribuerait à une meilleure allocation des ressources au sein du système. Cependant, comme l'ont constaté les États-Unis, ces réformes risquent aussi d'engendrer une expansion rapide des services de santé à domicile. Il faudrait élaborer des lignes directrices médicales prudentes sur l'utilisation appropriée des soins à domicile et créer des incitations financières favorisant une planification efficace des

Encadré 4.6. Mécanismes de partage des coûts dans le secteur de la santé

Divers concepts d'assurance sont applicables aux mécanismes de partage des coûts dans le secteur de la santé. Ils reposent sur le principe de maîtrise de l'aléa moral, encore que, si les paiements directs des patients pour des services financés par l'État sont ensuite couverts par une assurance-maladie privée, l'effet modérateur sur la demande de soins est sans doute limité.

La *franchise* est un montant forfaitaire entièrement acquitté par le patient avant que la couverture maladie n'entre en jeu. Le reste de la dépense peut faire l'objet soit d'un ticket modérateur soit d'une coassurance – dans laquelle les frais sont partagés –, soit être entièrement pris en charge par l'assureur. La franchise peut être appliquée à chaque prestation ou au montant total dépensé durant la période contractuelle. Avec la franchise, le système de couverture et de remboursement a un effet non linéaire. Une franchise plus élevée s'accompagne généralement d'une prime plus faible, étant donné que le coût à la charge de l'assureur est plus réduit.

La *coassurance* est le pourcentage de la dépense en excédent de la franchise que le patient doit acquitter.

Une *participation aux frais* est un montant acquitté par le patient pour un service de santé ; elle est indépendante du coût total du service. Le comportement du consommateur n'est pas influencé par le coût total des soins mais par le nombre de services utilisés.

Le *plafonnement des paiements à la charge du patient* prévu par les mesures de partage des coûts fait que les participants ne sont pas confrontés à des dépenses « excessives » durant l'année, ce qui réduit l'incertitude et le risque.

Source : Docteur et Oxley (2003).

sorties d'hôpital. Ces mesures s'imposent d'emblée pour assurer la maîtrise des coûts.

Une extension de l'éventail des services couverts par Medicare exigera des financements publics accrus, mais cette augmentation pourrait être compensée par un rééquilibrage du dispositif actuel de partage des coûts. Divers mécanismes de partage sont possibles (encadré 4.6), mais à l'heure actuelle le système public pratique une approche du tout ou rien : les services sont remboursés à 100 pour cent ou ils ne le sont pas du tout. L'extension prévue de la couverture des soins à domicile et des achats de médicaments onéreux pourrait offrir l'occasion de réexaminer des mécanismes limités de partage des coûts pour un éventail de services de santé. Cela atténuerait le coût budgétaire de l'extension de la gamme de prestations couvertes par Medicare. Ces mécanismes de partage sont

courants dans plusieurs autres pays de l'OCDE, et lorsque le niveau initial de partage des coûts est nul, ils peuvent induire une réduction notable des dépenses de santé (Docteur et Oxley, 2003). Toutefois, il est difficile de déterminer s'ils réduisent surtout des traitements essentiels ou une consommation inutile¹¹. En tout état de cause, la participation aux frais serait limitée de manière à éviter les effets indésirables sur l'accès aux soins et les résultats sanitaires. Pour prévenir ces effets négatifs, on pourrait accorder des exemptions aux catégories vulnérables, (enfants, personnes à faible revenu, personnes âgées) et plafonner les dépenses à la charge du patient en cas de maladie ou de blessure très graves.

Réformer le cadre institutionnel pour une plus grande efficacité

L'amélioration de l'efficacité est un ingrédient essentiel de toute stratégie visant à concilier les demandes croissantes de soins avec la nécessité de freiner la dépense publique. Avant tout, il faut offrir des incitations appropriées aux principaux acteurs¹². Dans le secteur primaire, le paiement à l'acte est le mécanisme le plus utilisé pour rémunérer les généralistes et les spécialistes assurant des soins ambulatoires, les niveaux de rémunération étant négociés à l'échelon provincial. Cette démarche laisse aux praticiens une liberté totale concernant le niveau et la composition des prestations, l'aiguillage vers un spécialiste et d'autres options de traitement, et elle est généralement associée avec des listes d'attente plus courtes (Siciliani et Hurst, 2003). Toutefois, les médecins sont incités à accroître les volumes et les prix des services qu'ils offrent, et le risque d'une demande induite par l'offre est particulièrement élevé, du fait par exemple d'une expansion des prestations fournies « en interne » alors qu'il serait préférable de faire davantage appel à des fournisseurs extérieurs¹³. Introduire un élément de capitation dans le mode de paiement atténuerait certains de ces effets négatifs. De fait, cela inciterait les médecins à voir plus de patients, puisqu'un nombre accru de patients enregistrés impliquerait des revenus plus élevés¹⁴. Au Canada, de plus en plus de médecins délaissent le paiement à l'acte pour des modèles mixtes comprenant des composantes salariales, un paiement à la capitation ou une combinaison de ces options. Dans la seconde moitié des années 90, la part des dépenses en services de médecins affectées à de nouveaux modes de rémunération a augmenté dans toutes les provinces sauf au Québec (ICIS, 2003). Cependant, ces nouvelles formules ne représentent la majeure partie des revenus que pour une minorité de praticiens (moins de 10 pour cent dans la plupart des provinces). Fait intéressant, d'après une enquête, 37 pour cent des médecins préféreraient le paiement à l'acte, 27 pour cent le salariat et 21 pour cent un régime de rémunération mixte, aussi peut-on juger souhaitable de promouvoir davantage ce mode de rémunération (Association médicale canadienne, 2003). Cependant, l'adoption de la rémunération mixte risque d'aggraver la pénurie actuelle de médecins, le résultat dépendant de la façon dont les médecins ajustent leur style de traitement. Le système actuel de paiement à l'acte incite davantage les méde-

cins à maximiser le nombre de consultations annuelles, et si ce régime est abandonné il pourrait être plus difficile de trouver un médecin. Mais des honoraires à la capitation peuvent aboutir à des consultations plus efficaces, permettant aux praticiens de voir davantage de malades. Les contrats offerts aux médecins qui renoncent au paiement à l'acte devront donc être conçus avec soin de façon à minimiser ces risques.

Un réexamen des mécanismes de financement des hôpitaux permettrait d'accroître les incitations à améliorer la productivité. Actuellement, les provinces recourent à diverses approches pour financer les hôpitaux. Dans certains cas, elles font appel à une méthode de financement primaire pour allouer la majorité de leurs fonds aux dépenses de fonctionnement (tableau 4.4) et à un certain nombre de mécanismes secondaires pour répartir des montants plus réduits, tandis que les financements relatifs au capital sont alloués sur la base des projets dans toutes les provinces. La répartition en fonction de la population, l'appréciation ministérielle et la dotation budgétaire globale sont les méthodes de financement primaires les plus répandues. Avec ces mécanismes, les décisions ne dépendent pas généralement d'informations détaillées sur les coûts : le financement est décidé en fonction de considérations politiques ou de tendances passées, aucun de ces deux facteurs ne favorisant l'efficacité. En revanche, dans le régime fondé sur les services rendus, les hôpitaux sont remboursés au titre des soins pour lesquels le patient est admis et à un taux calculé d'après le type de prestation fournie, le coût estimé du traitement par diagnostic étant fixé d'avance. Mais pour l'heure, ce type de financement est marginal au Canada¹⁵ en dépit de la recommandation formulée dans le rapport du Sénat (Kirby, 2002).

Une réforme du mode d'attribution des budgets hospitaliers privilégiant le financement sur la base du service rendu apparaît donc comme une voie prometteuse. Il en résulterait une nouvelle perspective de financement : au lieu de recevoir un montant déterminé pour répondre à leurs besoins anticipés, les hôpitaux seraient payés en fonction de leurs prestations effectives, et ce régime les inciterait davantage à faire des gains d'efficacité, tout en mettant en lumière leurs atouts et leurs faiblesses. En outre, cette démarche rendrait plus transparente l'utilisation des fonds publics et accroîtrait l'autonomie des hôpitaux vis-à-vis des collectivités locales. À en juger par l'expérience de plusieurs pays de l'OCDE qui y ont recours, cette méthode accroît l'activité, parfois notablement, et constitue donc un moyen essentiel de réduire les délais d'attente (Siciliani et Hurst, 2003). Un inconvénient majeur du financement sur la base du service rendu est qu'il peut entraîner une augmentation excessive des prestations, surtout si les spécialistes attachés à un hôpital sont payés à l'acte, comme c'est le cas au Canada. Néanmoins, on pourrait résoudre le problème en créant un autre mécanisme de rémunération pour les spécialistes attachés à l'hôpital, à l'instar de ce qui se fait en Suède et au Royaume-Uni.

Tableau 4.4. **Financement des hôpitaux au Canada**¹

Province	Financement primaire	Financement secondaire
Colombie-Britannique	Par objet de dépenses et en fonction de la population	En vue d'objectifs déterminés
Alberta	En fonction de la population	En vue d'objectifs déterminés
Saskatchewan	En fonction de la population	Néant
Manitoba	Appréciation ministérielle	Néant
Ontario	Dotation budgétaire globale	Multiple ²
Québec	Dotation budgétaire globale	Multiple ³
Nouveau-Brunswick	Par objet de dépenses et en fonction de la population	Néant
Nouvelle-Écosse	Appréciation ministérielle	Néant
Île du Prince-Édouard	Appréciation ministérielle	Néant
Terre-Neuve et Labrador	Appréciation ministérielle	Néant

1. La méthode de financement par objet de dépenses implique de négocier les crédits destinés aux différents postes. Avec la méthode de l'appréciation ministérielle, les décisions sont prises par le ministre provincial de la santé à partir des demandes spécifiques de l'hôpital concerné. La méthode de financement en fonction de la population fait intervenir des informations démographiques telles que l'âge, le sexe, le statut socio-économique et les taux de mortalité pour prévoir la demande de services hospitaliers. Avec la dotation budgétaire globale, les dépenses antérieures sont ajustées pour proposer le niveau du financement pour l'année à venir. L'ajustement peut être opéré au moyen d'un multiplicateur ou d'une somme forfaitaire. Dans le cas du financement en vue d'objectifs déterminés, les crédits sont répartis entre les différents objectifs – la méthode fondée sur les équipements hospitaliers fait intervenir les caractéristiques de l'hôpital telles que la taille, l'importance de l'activité d'enseignement, le taux d'occupation et la distance par rapport à l'établissement supérieur le plus proche pour estimer les coûts. La méthode fondée sur les services rendus détermine le financement en fonction du volume et des types de pathologies traitées par l'hôpital.
2. En vue d'objectifs déterminés, en fonction des équipements, en fonction de la population et en fonction des services rendus.
3. En fonction de la population et en vue d'objectifs déterminés.

Source : Kirby (2002) d'après Mc Killop *et al.* (2001).

Étant donné que la rémunération finale dépend de la gravité du cas et des ressources requises pour le traiter, un autre danger est celui de voir les hôpitaux reclasser les patients dans des groupes de maladies plus coûteuses ou pratiquer une sélection pour éviter de recevoir des patients coûteux. Il faudrait instaurer un système d'audits et de sanctions pour prévenir ce type d'abus. Or, la mise en place de ce mécanisme de financement nécessite des mesures fiables des coûts de tous les types de traitements, mesures qui ne sont pas disponibles à l'heure actuelle pour toutes les provinces ; comme qu'on l'a déjà noté, il convient donc de poursuivre les travaux d'amélioration des données relatives à la gestion financière.

Renforcer le rôle des ARS

Le système s'améliorerait si l'on privilégiait la gestion et la gouvernance du secteur à l'échelon régional, en renforçant le rôle des Autorités régionales de la santé (ARS). Au cours des deux décennies écoulées, toutes les provinces hormis l'Ontario ont transféré la gestion de certains éléments du système de santé aux ARS. Les compétences de ces dernières se limitent généralement aux services hospitaliers, même si dans certaines provinces elles couvrent aussi les prestations de laboratoires, les soins de longue durée, les soins à domicile et divers autres services de santé. Les ARS fournissent ces services en passant des contrats avec des organismes privés à but non lucratif ou lucratif. Toutefois, les actes de médecins, les médicaments sur ordonnances et les soins aux cancéreux continuent d'être administrés et financés au niveau central par les provinces. Par ailleurs, un certain nombre de facteurs font obstacle à un fonctionnement optimal des ARS. Ainsi, dans quelques provinces les budgets des ARS sont presque entièrement déterminés par les gouvernements, et si elles ne sont pas en mesure de couvrir les besoins des populations avec leurs ressources existantes, elles n'ont guère d'autre choix que de démarcher les gouvernements provinciaux pour obtenir des crédits supplémentaires.

En étendant la compétence des ARS à l'ensemble des services de santé on leur permettrait de mieux contrôler l'allocation des ressources, et le système serait ainsi plus intégré. De plus, une application plus généralisée des principes du marché interne, selon lesquels les ARS opèrent comme acheteurs et peuvent s'approvisionner auprès d'institutions à but lucratif ou non lucratif, favoriserait une gestion efficace des services de santé et inciterait les prestataires à améliorer leur efficacité et leur rapport coût-efficacité. De surcroît, cette démarche rendrait le système beaucoup plus transparent et renforcerait l'obligation de rendre les comptes des différents acteurs (Kirby, 2002). Cependant, comme on l'a fait valoir précédemment, pour que les incitations de marché soient opérantes il faut changer la méthode de rémunération des hôpitaux en adoptant un mode de financement sur la base du service rendu.

Étendre la couverture de l'assurance privée

Étant donné les préoccupations de plus en plus vives suscitées par l'ampleur des listes d'attente, la possibilité pour les assureurs privés de couvrir les services de base a été au cœur du débat. Dans le système actuel, l'assurance privée ne couvre que les prestations qui ne sont pas explicitement offertes par le régime public. Par conséquent, les individus doivent prendre en charge eux-mêmes la dépense s'ils souhaitent avoir un accès aux soins plus rapide qu'avec le système actuel¹⁶. Cette situation presque unique parmi les pays de l'OCDE résulte de la conviction qu'une assurance qui fait double emploi avec la couverture publique permet à des personnes à revenus élevés de « resquiller », aux

dépens des personnes défavorisées (Cutler, 2002). Il existe également des craintes selon lesquelles si les riches peuvent sortir à leur gré du système public, leur défense d'un secteur public de qualité risque de faiblir, ce qui pourrait entraîner un effondrement du soutien à l'assurance publique (Gouveia, 1997).

Une extension de la couverture privée offrirait quelques avantages potentiels pour l'économie dans son ensemble, même s'ils seront sans doute limités dans un modèle à assureur unique comme celui du Canada, où les coûts administratifs sont faibles. Autoriser les assureurs privés à couvrir des prestations déjà assurées par Medicare permettrait en théorie de soulager les budgets publics de la santé, grâce à la prise en charge de coûts qui sinon seraient supportés par les pouvoirs publics. Mais les données en provenance de l'Australie et de l'Irlande montrent que les personnes ayant souscrit une assurance privée continuent en général à faire appel aux services financés par l'État, de sorte qu'il n'y a guère de transferts de coûts. De manière plus importante, la concurrence entre les assureurs pourrait inciter ceux-ci à améliorer les services aux assurés, et élargir le choix des consommateurs en stimulant l'innovation parmi les assureurs. Il en résulterait aussi une meilleure information des fournisseurs, les clients étant en mesure d'indiquer directement leurs préférences personnelles, mais aussi un gain de bien-être pour les personnes qui n'étaient pas jusque-là autorisées à souscrire une assurance privée (voir la précédente *Étude*). Bien que les primes d'assurance privée soient dégressives, une couverture élargie de l'assurance privée n'impliquerait pas nécessairement une dégradation de la situation des personnes à faibles revenus. En effet, si l'expansion de l'assurance privée coïncidait avec un accroissement de la capacité d'offre¹⁷, elle pourrait aussi réduire les délais d'attente pour les patients dépourvus d'une assurance privée complémentaire. Dans un système à payeurs multiples, il peut s'avérer difficile de maintenir l'équité en matière d'accès et de financement si les assureurs privés sont autorisés à pratiquer un « écrémage ». Des restrictions gouvernementales de la sélection en fonction des risques seraient toutefois susceptibles d'améliorer l'équité des marchés privés de l'assurance-maladie, même si ces mesures sont difficiles à mettre en application.

Recourir davantage aux nouvelles technologies

Un aspect central de l'amélioration de l'efficacité des services de santé est le développement des dossiers de santé informatisés, qui est engagé à l'heure actuelle dans la plupart des provinces. Il s'agit de créer pour chaque individu un fichier sûr et protégé, renfermant ses principaux antécédents de santé, conservé à l'intérieur du système de santé. En théorie, si elle est intégralement mise en place¹⁸ et totalement interchangeable d'une province à l'autre, cette base de données pourrait améliorer la qualité et la réactivité du système de prestation de soins. Cependant, faute de coordination entre les provinces, des systèmes dif-

férents ont été créés, les problèmes techniques se sont multipliés et le processus est devenu plus long et plus onéreux, tandis que le résultat final risque d'être moins utile. L'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé préconise expressément la mise en place de dossiers de santé informatisés, et il serait souhaitable que l'administration fédérale ou les provinces s'emploient à accélérer le processus.

Mécanismes de financement entre l'administration fédérale et les provinces

La plupart des réformes proposées ci-dessus sont susceptibles d'accroître la productivité de la prestation des soins et de contribuer à la maîtrise des coûts, libérant ainsi davantage de ressources pour faire face aux pénuries de personnel médical ou au sous-investissement en équipements de pointe. Cependant, étant donné l'absence d'informations fiables sur les performances financières du secteur, il est difficile de savoir si ces gains d'efficacité se concrétiseront et s'ils seront suffisants pour pallier la nécessité de financements additionnels¹⁹. Même si c'est le cas, nombre des réformes proposées exigeront du temps pour être intégralement réalisées, et certaines mesures, par exemple l'extension de Medicare aux produits pharmaceutiques particulièrement onéreux et aux soins à domicile, ont suscité une demande de crédits supplémentaires auprès de l'administration fédérale, demande à laquelle répond désormais le plan décennal d'action.

Le bilan des augmentations ponctuelles des crédits fédéraux à la santé qui étaient opérées dans le passé n'a pas été satisfaisant. *Premièrement*, ces apports de fonds étaient irréguliers et imprévisibles et permettaient plus difficilement aux provinces de conduire une stratégie d'allocation efficace des ressources. *Deuxièmement*, ils n'incitaient pas les provinces à engager des réformes appropriées pour augmenter l'efficacité dans le secteur de la santé (ou dans les autres secteurs dont elles ont la charge), dès lors qu'elles pensaient pouvoir compter en dernier ressort sur des crédits fédéraux supplémentaires. *Troisièmement*, dans la mesure budget des administrations publiques se dégradent, ces transferts en faisaient supporter le coût aux générations suivantes (Robson, 2001).

Le plan décennal d'action pour les soins de santé récemment signé par les Premiers ministres, qui institue notamment une formule à moyen terme pour le financement fédéral de la santé, est une initiative bienvenue. Avec ce dispositif, des fonds fédéraux sont affectés au financement des soins de santé, ce qui facilite une planification pluriannuelle efficace pour la répartition des ressources aux niveaux des provinces et des territoires. L'intérêt de cet accord serait cependant gravement compromis si les provinces continuaient, comme par le passé, de chercher à renégocier l'ouverture de crédits supplémentaires sur une base ponctuelle. Il faut donc clairement comprendre que ce système de financement ne sera pas remis en cause. Les autorités provinciales devraient désormais centrer

leur attention sur les réformes visant à corriger les faiblesses constatées des structures institutionnelles du secteur de la santé et à réaliser des gains d'efficacité afin d'atténuer autant que faire se peut les pressions à la hausse que le vieillissement démographique exercera probablement sur le niveau global des dépenses de santé.

Conclusions et mesures prioritaires

Ce chapitre a examiné deux domaines dans lesquels pourraient être opérés des ajustements pour préparer plus activement l'économie à affronter les pressions futures du vieillissement démographique et maintenir les finances des administrations publiques sur une trajectoire soutenable. Étant donné le partage des compétences entre les différents niveaux de gouvernement, ces réformes devront être engagées à la fois à l'échelon fédéral et à celui des provinces et des territoires.

En vue d'adapter le cadre budgétaire aux défis à long terme qui attendent l'économie, les réformes suivantes pourraient être mises en œuvre :

- Introduire davantage d'éléments à moyen terme dans le cadre actuel. Tout en maintenant l'horizon de planification budgétaire courant pour la gestion budgétaire, on pourrait publier régulièrement un rapport qui présenterait un éventail d'indicateurs budgétaires de long terme et qui examinerait si la politique en cours répond bien aux besoins futurs. Cette analyse, qui compléterait les documents budgétaires existants, devrait être produite de préférence par un organisme indépendant.
- Mettre l'accent sur la situation budgétaire des administrations publiques. À cet effet, on pourrait fixer un objectif de réduction du ratio dette/PIB au niveau du gouvernement général ou coordonner/harmoniser les objectifs d'endettement fédéraux, provinciaux et territoriaux.

Afin d'accroître l'efficacité du secteur des soins de santé, il faudrait en priorité :

- Continuer d'améliorer la couverture et la fiabilité des données pour pouvoir détecter les points faibles du secteur. En particulier, l'absence d'indicateurs de la productivité dans le secteur hospitalier empêche la mise en œuvre de réformes des mécanismes de financement.
- Inciter davantage les médecins et les hôpitaux à améliorer leur efficacité en modifiant les mécanismes de financement. Une solution mixte associant le paiement à la capitation et le paiement à l'acte pourrait être plus largement utilisée pour les médecins, les contrats étant toutefois soigneusement conçus de façon à ne pas exacerber les problèmes d'accès aux soins. Une approche fondée sur le service rendu pourrait être adoptée pour les hôpitaux, avec des mesures appropriées pour

éviter la multiplication excessive des prestations et l'« écrémage » dans le choix des patients.

- Renforcer le rôle des Autorités régionales de la santé en élargissant leurs responsabilités et en développant l'application des principes du marché interne.
- Rééquilibrer l'actuel système de remboursement, fondé sur le principe du tout ou rien, dans le contexte de l'extension de la couverture de Medicare aux soins à domicile et aux médicaments très onéreux, en appliquant de légers coûts d'usage à un éventail de services, avec des dispositions appropriées pour éviter les résultats inéquitables.
- Limiter les transferts fédéraux au titre des soins de santé aux dispositifs prévus par le plan décennal d'action pour la santé.

En outre, il serait souhaitable d'harmoniser la prise en charge des médicaments pour les personnes confrontées à des coûts pharmaceutiques élevés et d'inclure les soins à domicile dans la liste des services assurés couverts par Medicare, car ces réformes atténueraient les inégalités et les inefficacités et se traduiraient par de meilleurs résultats sanitaires.

Notes

1. Il n'existe pas de définition universellement admise de la soutenabilité. Dans l'analyse présentée au premier chapitre, la soutenabilité est évaluée à l'aide du rapport des dépenses de santé au PIB, et la prévision de ce rapport est comparée à la moyenne historique.
2. Les lois sur l'équilibre du budget ont été adoptées pour la plupart au milieu des années 90, sauf en Colombie-Britannique (2002), en Nouvelle-Écosse (2000) et dans l'Ontario (1999).
3. L'Alberta et le Manitoba ont déjà adopté des calendriers détaillés pour le remboursement de la dette non amortie. De fait, en juillet 2004 l'Alberta a annoncé qu'il se trouvait désendetté. Dans la Saskatchewan, la Loi d'équilibre budgétaire exige que les excédents budgétaires soient affectés à la réduction de l'endettement. En 2004, un engagement de réduire la dette a été inscrit dans la législation de la Nouvelle-Écosse. Le plan budgétaire le plus récent de l'Ontario propose un principe budgétaire et l'objectif de « maintenir un ratio dette/PIB prudent ».
4. Les décideurs publics canadiens ont mis en avant ces incertitudes pour minorer le rôle des projections des écarts budgétaires. Toutefois, des calculs d'intervalles de confiance à partir d'hypothèses sur le caractère stochastique des prévisions pourraient accroître l'utilité de ces indicateurs.
5. L'ampleur de ces dépenses reflète dans une certaine mesure la nécessité de verser des salaires élevés aux professionnels pour répondre à la concurrence des États-Unis, surtout dans certaines zones frontalières où les travailleurs peuvent traverser chaque jour la frontière.
6. Un tiers des répondants canadiens indiquent que les malades attendant souvent, ou très souvent, six mois ou davantage pour une opération de chirurgie non urgente, contre 57 pour cent au Royaume-Uni, 42 pour cent en Nouvelle-Zélande, 26 pour cent en Australie et 1 pour cent aux États-Unis.
7. De fait, on estime que la hausse des coûts aux États-Unis a reflété pour plus de moitié les percées de la technologie médicale (Newhouse, 1992 ; Cutler et McClellan, 1996). Mais dans d'autres publications on trouve des estimations plus basses de la contribution du changement technique à la croissance des dépenses de santé (Lewin Group, 2002).
8. Le taux de réponse atteint désormais plus de 90 pour cent de l'ensemble des hôpitaux.
9. Il existe des systèmes de remboursement publics dans tous les pays de l'OCDE, sauf la Turquie, les États-Unis et le Canada (Docteur et Oxley, 2003).

10. À titre d'exemple, la Suède administre une échelle mobile de couverture des produits pharmaceutiques. Chaque année, le patient acquitte le coût intégral jusqu'à concurrence de l'équivalent des 160 premiers dollars canadiens, puis un taux d'aide croissant entre en vigueur, si bien que personne ne paie plus de 320 dollars canadiens sur une période quelconque de douze mois. La Nouvelle-Zélande réduit la participation aux frais à un montant symbolique après les 20 premiers articles prescrits au cours d'une année, et applique des régimes spéciaux aux catégories à faible revenu et aux personnes âgées.
11. En janvier 2004, l'Allemagne, qui avait aussi un système de consultations sans frais pour les malades, a institué une participation des patients de 10 euros pour les consultations initiales. Selon les premiers résultats, cette mesure a été suivie d'une baisse de 10 pour cent des visites chez les médecins au premier trimestre 2004. Toutefois, on ne sait pas quelle est la part des consultations inutiles dans cette baisse (Lauterbach, 2004).
12. La question de l'accès aux spécialistes (les patients doivent-ils avoir un accès indirect par le biais d'un médecin référent, comme au Canada, ou un accès direct) pourrait aussi influencer sur la performance du système dans son ensemble (Levaggi et Rochaix, 2004). La prédominance d'un modèle aux dépens de l'autre dépendra notamment des préférences du patient, des mécanismes de rémunération des médecins et de la présence d'une asymétrie de l'information.
13. Ce risque est atténué par des réglementations visant les pratiques d'« autorecommandation » des praticiens mises en place dans la plupart des provinces (sauf la Nouvelle-Écosse, l'île du Prince-Édouard, Terre-Neuve et Labrador). Toutefois, on peut se demander si ces réglementations assurent une protection suffisante du consommateur (Choudhry *et al.*, 2004).
14. Des arguments théoriques permettent également de penser qu'une rémunération mixte est supérieure à un régime de paiement à l'acte pur dans un contexte d'asymétrie de l'information ; en effet, le régime mixte réduit les pertes de bien-être qui se produisent lorsque, dans un système de tarification administrative, les honoraires sont fixés à un niveau inadéquat, c'est-à-dire loin du niveau auquel les coûts et les avantages marginaux des services s'équilibrent (Newhouse, 1996).
15. Le financement en fonction du service rendu a été introduit en 2001 dans l'Ontario, où il devait être étendu progressivement. Jusqu'ici, une faible proportion des hôpitaux ont mis en place les systèmes de gestion financière permettant l'allocation des crédits sur la base des services fournis.
16. L'actuelle affaire Chaoulli contre Québec donne une illustration intéressante de ce point. Le plaignant a dû attendre près d'un an avant d'être opéré de la hanche. Son action en justice se fonde sur son souhait de payer un prestataire privé afin de réduire l'attente et de souscrire une assurance privée à l'avenir. La Cour suprême déterminera si un particulier peut acheter des soins qui sont disponibles dans le système public mais qui ne sont pas dispensés en temps utile.
17. Un élément impondérable affectant l'offre est la question de savoir dans quelle mesure les assureurs privés seraient disposés à couvrir des traitements assurés par des prestataires exerçant aux États-Unis, de manière à pallier la pénurie de personnel médical canadien.
18. Le rapport Romanow (2002) a recommandé que toutes les provinces et tous les territoires adoptent des fichiers électroniques offrant une interopérabilité totale d'ici à 2010.
19. Les rapports Kirby, Mazankowski et Romanow sur les soins de santé ont tous préconisé une augmentation du financement, en plus de mesures destinées à rendre le système plus efficace.

Bibliographie

- Association médicale canadienne (2003), « Physician Resource Questionnaire Survey », *Journal de l'Association médicale canadienne*, septembre.
- Boothe, P. et M. Carson (2003), « What Happened to Health-Care Reform? », *C.D. Howe Institute Commentary*, décembre.
- Bureau de l'Actuaire en chef (2004), *20^e rapport actuariel*, supplément au rapport actuariel sur le régime de pensions du Canada au 31 décembre 2000.
- Chan, B. (2002), « From Perceived Surplus to Perceived Shortage: What happened to Canada's Physician Workforce in the 1990s? », Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa.
- Choudhry, S., N.K. Choudhry et A.D. Brown (2004), « Unregulated Private Markets for Health Care in Canada? Rule of Professional Misconduct, Physician Kickbacks and Physician Self-Referral », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 170(7).
- Commonwealth of Australia (2002), *Intergenerational Report 2002-03*, Budget Paper n° 5, 14 mai, Canberra.
- Conference Board du Canada (2004a), « Projection des équilibres financiers des gouvernements du Canada et des provinces et territoires », février.
- Conference Board du Canada (2004b), « Understanding Health Care Drivers and Escalators », mars.
- Congressional Budget Office (2003), *The Budget and Economic Outlook: Fiscal Years 2005 to 2014*, décembre.
- Cutler, D.M. (2002), « Health Care and the Public Sector », NBER Working Paper 8802, février.
- Cutler, D.M. et M. McClellan (1996), « The Determinants of Technological Change in Heart Attack Treatment », NBER Working Paper 5751.
- Docteur, E. et H. Oxley (2003), « Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 374, décembre.
- Fonds du Commonwealth (2004), *International Health Policy Survey*, mai, New York.
- Galarneau, D. (2004), « Les professionnels de la santé », L'emploi et le revenu en perspective, Statistique Canada, printemps.
- Gouveia, M. (1997), « Majority Rule and the Public Provision of a Private Good », *Public Choice*, 93:221-44.
- Gower, D. (1997), « Measuring the Age of Retirement », *Perspective on Labour Income*, 9(2), 11-17.

- Gupta, A., et V. Kapur (2003), « A Microsimulation Model for Pharmacare: Development, Analysis and Policy Applications », Papier présenté à la Conférence internationale de microsimulation, Australie, décembre.
- HM Treasury (1998), The Code for Fiscal Stability, Section 155 of the Finance Act 1998.
- HM Treasury (2002), *Long-Term Public Finance Report: An Analysis of Fiscal Sustainability*, novembre.
- HM Treasury (2003), *Long-Term Public Finance Report: Fiscal Sustainability With Ageing Population*, décembre.
- Institut canadien d'information sur la santé (2003), *Les dispensateurs de soins au Canada*, Ottawa.
- Institut canadien d'information sur la santé (2004), « Canadian MIS Database, Hospital Financial Performance Indicators 1999/00 to 2001/02 », Ottawa.
- International Reform Monitor (2004), « Canada Pension Plan reforms », Social Policy, Labour Market Policy and Industrial relations, juillet.
- Jackson, H. et C. Matier (2002), « Public Finance Implications of Population Ageing: An Update », Department of Finances Working Paper, juillet.
- Jackson, H. et A. McDermott (2004), « Health-Care Spending: Prospect and Retrospect », Note analytique, Direction des politiques économique et fiscale, ministère des Finances Canada, janvier.
- Joumard, I., P.-M. Kongsrud, Y.-S. Nam et R. Price (2004), « Enhancing the Effectiveness of Public Spending: Experience in OECD Countries », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 380.
- Kennedy, S. et C. Matier (2003), « Comparing the Long-Term Fiscal Outlook for Canada and the United States Using Fiscal Gaps », document soumis à la Conférence économique de Statistique Canada, 12-13 mai 2003.
- Kirby, M.J.L. (2002), « La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral », Rapport final au Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie, Volume 6 : Recommandations en vue d'une réforme, parties II, IV et V, Ottawa.
- Kotlikoff, L. (1997), « How to Conduct Fiscal Policy in the Long-Term », Chapter 9 of *Government Finances and Generational Equity*, Statistique Canada, Catalogue n° 68-513-XIE.
- Lauterbach, K. (2004), « Les axes principaux de la réforme en Allemagne », *Rencontres France/Allemagne santé*, 25 mai 2004.
- LeBourdais, E. (1999), « Preferential Treatment for WCB Patients Angers Some MDs », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 161-859, octobre.
- Levaggi, R. et L. Rochaix (2004), « Exit, Choice or Loyalty: Patient Driven Competition in Primary Care », CREQUAM, Working Paper n° 2004-30, Marseille.
- Lewin Group (2002), *Study of Healthcare Outpatient Cost Drivers*, Blue Cross and Blue Shield Association, Washington, octobre.
- Lu, W.-F., W. Li et E. Bailey (2003), « The Impact of Canadian Population Ageing on Federal Personal Income: Microsimulation Results from 2000 to 2026 », Papier présentée à la Conférence internationale de microsimulation sur la population, le vieillissement et la santé : Modélisons notre future, National Centre for Social and Economic Modelling, Australie.
- Matier, C., L. Wu et H. Jackson (2001), « Analysing Vertical Fiscal Imbalance in a Framework of Fiscal Sustainability », Department of Finance Working Paper 2001-23, Ottawa.
- Ministère des Finances Canada (2004), *Budget en bref*, 23 mars, Ottawa.

- Newhouse, J.P. (1992), « Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? », *Journal of Economic Perspectives*, été, vol. 6(3).
- Newhouse, J.P. (1996), « Reimbursing health plans and health providers: Efficiency in production versus selection », *Journal of Economic Literature*, vol. 34(3).
- New Zealand Treasury (1995), « Fiscal Responsibility Act 1994: An Explanation », septembre.
- OCDE (2003a), *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE 2003*, Paris.
- OCDE (2003b), *Études économiques, Canada*, Paris.
- Oreopoulos, P. et L. Kotlikoff (1996), « Restoring Generational Balance in Canada », *Choice*, vol. 2, n° 1, Montreal: Institute for Research on Public Policy.
- Oreopoulos, P. et F. Vaillancourt (1997), « Applying Generational Accounting to Canada: Findings and Fallacies », Chapter 2 of *Government Finances and Generational Equity*, Statistique Canada, Catalogue n° 68-513-XIE.
- Oxley, H. et J. Hurst (2003), « Assessing the Performance of Health-Care Systems: A Framework for OECD Surveys », ECO/CPE/WP1(2003)10.
- Régie des Rentes (2001), *Rapport actuariel sur le régime du Québec*, au 31 décembre 2000.
- Régie des Rentes (1998), *Réforme du régime de rentes du Québec*, janvier.
- Robson, W.P. (2001), « Will the Babyboomer Bust the Health Budget? », *C.D. Howe Institute Commentary*, février.
- Romanow, R. (2002), *Guidé par nos valeurs: L'avenir des soins de santé au Canada*, Rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Ottawa.
- Ruggeri, J. (2002), « Population Ageing, Health Care Spending and Sustainability: Do We Really Have a Crisis? », Caledon Institute of Social Policy, septembre.
- Santé Canada (2002), *Aperçu du système de santé canadien*, Ottawa.
- Shehamani, M. et A. Gray (2004), « Ageing and Health-Care Expenditure: The Red Herring Argument Revisited », *Health Economics* 13, p. 303-314.
- Scarth, W. (2004), « Alternative Perspectives for Determining the Target Debt Ratio », dans C. Ragan et W. Watson (eds.), *Is the Debt War over ?*, dispatched from Canada's fiscal frontline, PPRI, Montréal.
- Siciliani, L. et J. Hurst (2003), « Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries », OECD Health Working Paper.
- Statistique Canada (2004), *Enquête sur l'accès aux services de santé*.
- Walkers, D. (2004), « For the Public's Health: A Plan for Action », Final Report of the Ontario Expert Panel on SARS and Infectious Disease Control, avril, Toronto.

Table des matières

Résumé	8
Évaluation et recommandations	11
I. Principaux enjeux	23
Les résultats macroéconomiques dans le contexte de la mondialisation	24
L'amélioration des niveaux de vie en longue période	38
Renforcer la soutenabilité à long terme des finances publiques	47
Conclusions	56
Notes	58
Bibliographie	59
<i>Annexes</i>	
I. Taux de change d'équilibre fondamental pour le Canada	62
II. Pour un futur programme de politique sociale	66
III. Progrès des réformes structurelles	69
II. Concurrence sur les marchés de produits et performance macroéconomique	77
Performance économique et indicateurs de la concurrence	78
Le droit de la concurrence et son application	90
Politique de réglementation	95
Conclusions et mesures prioritaires	113
Notes	116
Bibliographie	120
III. Comment stimuler la productivité et l'utilisation de main-d'œuvre	123
Accélérer la croissance de la productivité	124
Favoriser l'accroissement du nombre total d'heures ouvrées sur l'ensemble de la vie	133
Conclusions et mesures prioritaires	147
Notes	150
Bibliographie	152

<i>Annexes</i>	
I. Réformes récentes de la fiscalité des entreprises	155
II. Prestations ordinaires dans le cadre de l'assurance emploi	157
IV. Renforcer la soutenabilité à long terme des finances publiques	161
Cadre de soutenabilité budgétaire à long terme	161
Assurer la soutenabilité du système de santé	171
Conclusions et mesures prioritaires	193
Notes	195
Bibliographie	197



Encadrés

1.1. Principales initiatives de dépenses et de recettes prévues par le budget fédéral de mars 2004	33
1.2. Le contexte international et les enjeux pour les entreprises canadiennes	36
2.1. Effets macroéconomiques des réformes réglementaires qui stimulent la concurrence sur les marchés de produits	90
2.3. Recours à la défense de l'efficacité dans le contrôle des fusions	94
2.2. Enseignements des réformes du marché de l'électricité en Ontario et en Alberta	108
3.1. Système de « bonus-malus » pour les entreprises	139
3.2. Projet d'autosuffisance	142
4.1. Régimes publics de retraite	163
4.2. Exemples de dispositions législatives prescrivant des analyses à long terme	169
4.3. Conclusions de la réunion des ministres de la Santé des pays de l'OCDE, mai 2004	173
4.4. Principales caractéristiques du système de santé canadien	174
4.5. Un plan décennal d'action pour la santé	182
4.6. Mécanismes de partage des coûts dans le secteur de la santé	186

Tableaux

1.1. Prévisions à court terme	29
1.2. Perspectives budgétaires, y compris les mesures prévues dans le budget de mars 2004	32
1.3. Chocs subis par le Canada du fait des importations et du taux de change des États-Unis	36
1.4. Taux de valorisation et prévisions des dépenses totales de santé	55
2.1. Production, emploi et productivité	79
2.2. Indices Hirschman-Herfindahl de concentration industrielle	83

2.3.	Pénétration des importations par branche manufacturière	84
2.4.	Dépenses intérieures brutes de R-D en pourcentage du PIB	88
2.5.	Effets potentiels de nouvelles réformes de la réglementation au Canada	91
3.1.	Formation liée à l'emploi, 2002	130
3.2.	Quelques caractéristiques des travailleurs saisonniers à long terme	135
3.3.	Subventions et caractéristiques	137
3.4.	Retraités récents	146
4.1.	Horizons budgétaires provinciaux	166
4.2.	Quelques exemples d'études de la soutenabilité budgétaire au Canada	170
4.3.	Indicateurs de productivité dans le secteur de la santé	178
4.4.	Financement des hôpitaux au Canada	189

Annexes

1.A1.1.	Paramètres utilisés dans l'estimation	64
1.A1.2.	Estimations du taux d'échange d'équilibre fondamental pour le Canada au troisième trimestre 2003	64
3.A2.1.	Nombre de semaines pendant lesquelles les prestations peuvent être versées	159

Graphiques

1.1.	Résultats macroéconomiques dans le contexte international	25
1.2.	Dispersion des résultats des marchés du travail provinciaux	27
1.3.	Taux d'intérêt et autres indicateurs de l'orientation de la politique monétaire	31
1.4.	Investissement direct étranger	39
1.5.	PIB par habitant	40
1.6.	Les sources de la croissance	41
1.7.	Accumulation de capital et intensité capitaliste	42
1.8.	Contribution des TIC et des investissements hors TIC à la croissance des services totaux du capital	43
1.9.	Estimations de la croissance de la productivité multifactorielle	44
1.10.	Nombre annuel moyen d'heures ouvrées par personne	45
1.11.	Nombre d'années qu'un homme de 50 ans peut espérer passer encore en activité puis en retraite	46
1.12.	Incidence d'un report du départ en retraite sur le nombre d'heures ouvrées	47
1.13.	La situation budgétaire du Canada par rapport à d'autres pays	48
1.14.	Assainissement budgétaire	50
1.15.	Dépenses publiques liées à l'âge	50
1.16.	Variations prévues selon les provinces	53
1.17.	Dépenses publiques liées à l'âge au titre de la santé et de la prise en charge de longue durée	54
2.1.	Indicateurs des réglementations macroéconomiques sur les marchés de produits	81
2.2.	Évolution de l'orientation de la réglementation dans certaines industries non manufacturières	82
2.3.	Marges bénéficiaires moyennes dans le secteur manufacturier, selon la structure du marché	85
2.4.	Marges bénéficiaires dans certains secteurs non manufacturiers	87
2.5.	Dépenses de R-D dans le secteur manufacturier, selon l'intensité de technologie	89
2.6.	Estimations des parts de marché des nouveaux entrants	102

2.7.	Tarifs des télécommunications	103
2.8.	Pénétration de la large bande et redevances d'utilisation	104
2.9.	Prix moyens de l'électricité	106
2.10.	Prix de détail du gaz naturel	110
2.11.	Tarifs aériens intérieurs moyens	112
3.1.	Gains de bien-être résultant de réductions d'impôt	125
3.2.	Résultats du PISA dans les différentes provinces canadiennes	127
3.3.	Niveau d'instruction et situation sur le marché du travail 2001	128
3.4.	Raisons pour lesquelles la demande de formation n'est pas satisfaite	131
3.5.	Variations régionales de l'indice des contre-incitations inhérentes à l'assurance-emploi	136
3.6.	Entreprises par branche et situation au regard des subventions	138
3.7.	Taux d'imposition marginal effectif combinant le taux fédéral et celui de l'Ontario	140
3.8.	Répartition du temps sur la durée de la vie dans les différents pays de l'OCDE	145
4.1.	Administration fédérale et provinces : soldes budgétaires et endettement net	162
4.2.	Dépenses de santé totales	176
4.3.	Offre de ressources	177
4.4.	Délais d'attente	179

STATISTIQUES DE BASE DU CANADA

LE PAYS

Superficie (milliers de km ²)	9 976	Population des principales agglomérations urbaines (milliers, 2003)	
Superficie agricole, 1991, en pourcentage de la superficie totale	6.8	Montréal	3 575
		Toronto	5 102

LA POPULATION

Population (2003)	31 618 229	Population active (2003)	16 770 000
Densité au km ²	3.2	Emploi agricole (2003)	339 625
Accroissement naturel net (moyenne annuelle 1999-2003)	114 254	Immigration (moyenne annuelle 1999-2003)	223 689
Taux d'accroissement naturel pour mille habitants, moyenne 1999-2003	3.6	Accroissement de la population active, moyenne annuelle 1999-2003, pourcentage	2.0

LA PRODUCTION

PIB en 2003 (millions de dollars canadiens)	1 218 772	Origine du produit intérieur brut, 2003 (en pourcentage du total) :	
PIB par habitant (dollars canadiens)	38 547	Agriculture, sylviculture et pêche	2.3
Formation brute de capital fixe par habitant (dollars canadiens)	7 508	Industries extractives	3.6
Formation brute de capital fixe (pourcentage du PIB)	19.5	Industries manufacturières	17.2
		Construction	5.6
		Administration publique	5.6
		Autres	65.8

LE SECTEUR PUBLIC

Consommation des administrations publiques (2003, en pourcentage du PIB)	19.0	Composition du Parlement (octobre 2004)	Nombre de sièges	
Formation brute de capital fixe (2003, en pourcentage du PIB)	2.6		Chambre	Sénat
Recette courantes du gouvernement fédéral (2003, en pourcentage du PIB)	16.6	Libéraux	135	62
Dette du gouvernement fédéral (2003, en pourcentage des dépenses courantes)	223.6	Conservateurs	99	23
		Nouveaux démocrates	19	..
		Bloc québécois	54	..
		Indépendants	1	5

LE COMMERCE EXTÉRIEUR

Exportations (2003)		Importations (2003)	
Exportations de biens et services, en pourcentage du PIB	37.9	Importations de biens et services en pourcentage du PIB	33.9
Principales marchandises exportées en pourcentage du total :		Principales marchandises importées en pourcentage du total :	
Produits de l'agriculture et de la pêche	7.3	Produits de l'agriculture et de la pêche	6.3
Produits de l'énergie	15.1	Produits de l'énergie	5.7
Produits de la forêt	8.6	Produits de la forêt	0.9
Biens et matériaux industriels	16.6	Biens et matériaux industriels	19.1
Machines et matériel	22.2	Machines et matériel	28.7
Produits automobiles	21.8	Produits automobiles	22.3
Autres produits	8.3	Autres produits	16.9
Principaux clients en pourcentage des exportations de marchandises :		Principaux fournisseurs en pourcentage des importations de marchandises :	
États-Unis	87.2	États-Unis	60.7
UE	4.4	UE	11.6
Japon	2.1	Japon	4.1

LA MONNAIE

Unité monétaire : dollar canadien	Unités monétaires par dollar des États-Unis	
	Année 2003	1.401

Note : On trouvera dans un tableau de l'annexe, une comparaison internationale de certaines statistiques de base.

Résumé

Les résultats économiques ont été satisfaisants, et les politiques macroéconomiques sont adéquates

- L'activité devrait progresser à un rythme proche de 3½ pour cent en 2005, et l'écart de production sera prochainement résorbé. La politique monétaire devrait progressivement cesser d'être expansionniste et l'orientation de la politique budgétaire doit demeurer neutre.
- Le dollar canadien s'est fortement apprécié en 2003 et n'est sans doute aujourd'hui guère éloigné de sa valeur fondamentale. Les entreprises canadiennes devront continuer de s'adapter en s'employant à accroître leur productivité pour préserver leur compétitivité. Les autorités devraient continuer de privilégier les mesures propres à accélérer les gains de productivité dans tous les secteurs.
- Le cadre macroéconomique étant sain et les politiques structurelles pour la plupart propices au bon fonctionnement de l'économie, le pays est à même de faire face au vieillissement de la population et de relever les défis qui lui sont liés, à savoir :
 - Poursuivre l'élévation des niveaux de vie grâce à une forte croissance de la productivité et à des mesures propres à freiner la réduction prévue du nombre moyen d'heures ouvrées dans l'ensemble de la population.
 - Assurer la soutenabilité des finances publiques, compte tenu notamment des tensions auxquelles seront soumises les dépenses de santé.

La concurrence sur les marchés de produits pourrait être intensifiée

- La concurrence est généralement très vive, mais la loi sur la concurrence pourrait être encore améliorée.
- Les restrictions qui limitent encore les échanges interprovinciaux devraient être levées, notamment pour les professions libérales.
- Les restrictions qui s'appliquent aux investissements directs étrangers devraient être supprimées, et les objectifs des autorités dans ce domaine devraient être atteints par d'autres moyens.
- Les autorités provinciales doivent ouvrir plus largement à la concurrence tous les segments des marchés de l'électricité.

Il faudrait s'attaquer aux obstacles qui entravent l'accroissement de l'intensité capitalistique et les investissements en capital humain

- Les autorités provinciales devraient alléger les taxes sur le capital en supprimant les taxes sur les ventes applicables aux biens d'équipement ainsi que les impôts sur le capital. Il faudrait poursuivre l'examen des déductions pour amortissement pour veiller à ce qu'elles soient alignées sur la durée de vie utile des équipements.
- Des programmes plus efficaces sont nécessaires pour l'éducation des adultes afin de d'augmenter le degré d'alphabétisation des Canadiens sans qualification et d'améliorer leurs perspectives sur le marché du travail.

Les mesures désincitatives au travail doivent être ajustées

- Les règles régissant l'assurance-emploi devraient être modifiées pour remédier au chômage persistant par une gestion des cas plus efficace et des règles d'activation plus strictes, en reconsidérant les prestations plus généreuses accordées dans les régions à fort chômage et en corrigeant le traitement favorable dont bénéficient les travailleurs saisonniers à temps plein. Un système de bonus-malus (modulation des cotisations) devrait être appliqué aux entreprises pour décourager le recours répété de certaines d'entre elles aux licenciements temporaires.
- Les contre-incitations qui résultent du niveau durablement élevé des taux marginaux effectifs d'imposition applicables aux familles à revenu modéré doivent être corrigées par un effort concerté de tous les niveaux d'administration. On pourrait utiliser des suppléments de revenu pour aider les bénéficiaires d'aide sociale à reprendre une activité.
- Les contre-incitations au maintien en activité qui sont actuellement inhérentes au régime de pensions du Canada devraient être supprimées et il faudrait assurer l'équité actuarielle du système pour ceux qui prennent une retraite anticipée comme pour ceux qui retardent leur départ en retraite, à l'instar de ce que le régime de rentes du Québec prévoit de faire.

Les pressions qui s'exercent sur les finances publiques devront être contenues

- La soutenabilité des finances publiques doit être suivie à tous les niveaux de gouvernements.
- Des améliorations structurelles s'imposent dans le secteur de la santé pour améliorer la qualité des données, réaliser des gains d'efficacité et encourager plus fortement l'amélioration des résultats dans le domaine de la santé. Des systèmes de financement des hôpitaux prenant en compte le coût des pathologies traitées et un plus large recours à des systèmes de rémunération mixtes des prestataires de soins primaires pourraient améliorer les incitations.
- Compte tenu de la contribution fédérale à long terme dont vont désormais bénéficier les budgets de santé des provinces, celles-ci devraient s'employer en priorité à rechercher des gains d'efficacité au lieu de demander des crédits fédéraux supplémentaires afin d'atteindre leurs objectifs en matière de santé.

Cette Étude est publiée sous la responsabilité du Comité d'examen des situations économiques et des problèmes de développement, qui est chargé de l'examen de la situation économique des pays membres.

•

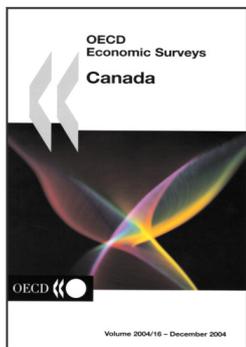
La situation économique et les politiques du Canada ont été évaluées par le Comité le 13 septembre 2004. Le projet de rapport a ensuite été révisé à la lumière de la discussion et finalement approuvé par le Comité plénier le 29 septembre 2004.

•

Le projet de rapport du Secrétariat a été établi pour le Comité par Deborah Roseveare, Annabelle Mourougane et Maria Maher sous la direction de Peter Jarrett.

•

L'étude précédente du Canada a été publiée en septembre 2003.



Extrait de :
OECD Economic Surveys: Canada 2004

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/eco_surveys-can-2004-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2005), « Renforcer la soutenabilité à long terme des finances publiques », dans *OECD Economic Surveys: Canada 2004*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/eco_surveys-can-2004-6-fr

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.