

Article

« Vieillesse et coûts des soins de santé : y a-t-il un problème? »

Douglas E. Angus

Cahiers québécois de démographie, vol. 15, n° 1, 1986, p. 11-26.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/600583ar>

DOI: 10.7202/600583ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Viellissement et coûts des soins de santé: y a-t-il un problème?

Douglas E. ANGUS*

INTRODUCTION

Les coûts des soins de santé au Canada sont passés de 5,6 % du PNB en 1960 à 8,4 % en 1982. Au cours des années soixante-dix, cette proportion était restée relativement stable, soit entre 7 et 7,5 %. Quels sont les facteurs qui ont favorisé une telle augmentation des dépenses au chapitre de la santé ? Que nous réserve l'avenir, compte tenu notamment du phénomène du vieillissement ? En termes de coûts, devrions-nous nous préoccuper de l'impact de ce phénomène ? Telles sont les questions principales que nous discuterons dans le présent document, qui comprend également un examen des implications pour la planification et les décideurs dans le domaine de la santé.

HISTORIQUE

Les dépenses des établissements au chapitre des soins de santé, qui sont imputables en grande partie aux hôpitaux généraux et spécialisés, sont passées d'environ 44 % des coûts totaux en 1960 à environ 55 % en 1982 (tableau 1). Au cours de cette période, la part du coût des services médicaux a par contre diminué, passant d'environ 17 % à 15 % des coûts totaux. Ces deux catégories de coûts, qui sont acquittés essentiellement par le régime universel d'assurance-maladie, regroupent plus des deux tiers des dépenses totales au titre des soins de santé au Canada.

Quelles ont été les raisons fondamentales de la hausse des coûts des soins de santé au cours des deux dernières décennies au Canada ? Pour répondre à cette question, il faut certainement tenir compte du changement d'attitude des Canadiens face aux services de santé ainsi qu'à la consommation de médicaments. De

* Directeur général, Institut pour l'établissement de santé de l'avenir, Ottawa.

Cet article a été préparé alors que l'auteur était professeur invité (en 1984-1985) à la Faculté d'administration de l'Université d'Ottawa, dans le cadre du programme de maîtrise en administration de la santé.

Tableau 1

Répartition (en %) des dépenses totales au titre des soins de santé selon la catégorie principale, au Canada, pour certaines années, 1960-1982

Catégorie	1960	1965	1970	1975	1980	1981 ^a	1982 ^a
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Établissements	45,1	49,4	52,2	56,1	55,0	55,3	55,1
Hôpitaux généraux et spécialisés	30,3	34,3	36,6	40,1	40,2	40,2	40,0
Établissements de soins spéciaux	5,1	5,5	7,2	9,2	12,2	13,7	13,7
Autres	9,7	9,6	8,4	6,8	2,6	1,4	1,4
Services professionnels	24,6	23,3	22,5	21,7	22,1	21,8	21,8
Médecins	16,8	16,3	16,6	15,5	14,8	14,5	14,7
Autres	7,8	7,0	5,9	6,2	7,3	7,3	7,1
Médicaments et appareils	14,8	13,6	12,5	10,5	10,2	10,4	10,9
Autres coûts relatifs aux soins de santé	15,6	13,7	12,8	11,7	12,7	12,5	12,2

Source : Santé et Bien-être social Canada (1984).

a. Chiffres provisoires.

plus, les progrès de la technologie médicale, les changements dans le style de vie et la pollution croissante de l'environnement ont eu une incidence sur l'évolution des coûts. Il faut aussi dire que le financement additionnel par l'État des services de santé, par l'intermédiaire de la mise en application du régime public d'assurance-maladie, qui a rendu ces services plus accessibles, a contribué à gonfler les coûts totaux des soins de santé, surtout au début des années soixante.

Les facteurs les plus déterminants, toutefois, de la hausse des coûts des soins de santé ont probablement été une réduction de la mortalité et une espérance de vie plus longue. Le bon sens veut que le nombre croissant de personnes âgées ait entraîné un accroissement de la demande en matière de soins de santé courants, spécialement en ce qui concerne les cas de maladies chroniques, ce qui a eu pour effet d'augmenter plus que proportionnellement les coûts des soins de santé¹. Les indications recueillies tendent à montrer que la consommation de services de santé croît avec l'âge. Ainsi, en 1977, 7 % des enfants de 5 à 14 ans ont été admis dans les hôpitaux et ils y ont séjourné en moyenne 5 jours, alors que 28 % des personnes âgées de 65 à 74 ans ont été admises à l'hôpital et y sont restées pendant une moyenne de 18 jours (Conseil économique du Canada, 1982:71). Les personnes de 65 ans et plus ne représentaient que 9 % de la population en 1981, mais comptaient pour environ 40 % du total des jours d'hospitalisation. Par contre, les personnes de moins de 25 ans constituaient 40 % de la population, mais n'intervenaient que pour 20 % des jours d'hospitalisation. La durée du séjour dans les hôpitaux a également tendance à s'allonger avec l'âge. Les enfants restent en moyenne moins d'une semaine à l'hôpital, alors que les personnes de 75 ans et plus y séjournent en moyenne 5 semaines, soit deux fois plus longtemps que les personnes âgées de 65 à 74 ans (Lefebvre et alii, 1979:37).

VIEILLISSEMENT ET COÛTS FUTURS DES SOINS DE SANTÉ

Au cours des dernières années, on a tenté plusieurs fois de prévoir les répercussions possibles des changements dans la répartition par âge sur les coûts futurs des soins de santé². On

-
1. L'étude de Wilkins et Adams (1983) indique à l'aide de données recueillies au Canada que la restriction des activités, c'est-à-dire l'incapacité de courte et de longue durée, augmente avec l'âge. Toutefois, on ne sait pas quelle part de la hausse des coûts des soins de santé peut vraiment être attribuée à l'augmentation de la population âgée.
 2. Le lecteur se reportera au chapitre 2 du rapport de Woods Gordon (1984) pour une étude détaillée de la recherche dans ce secteur.

s'attend à ce qu'en l'an 2001 le groupe d'âge des 65 ans et plus représente 12 % de la population, plus de 13 % en 2011, plus de 17 % en 2021 et plus de 20 % en 2031 (Statistique Canada, 1978)³. La population du «quatrième âge» (75 ans et plus) devrait pour sa part augmenter encore plus rapidement. Ce groupe sera plus de trois fois plus nombreux en 2031 qu'il ne l'était en 1981; en fait, il y aura deux fois plus de personnes dans ce groupe dès la fin du siècle. Le groupe d'âge des 65 à 74 ans sera composé de 2,5 fois plus de personnes d'ici 2031, même s'il n'aura augmenté que d'un tiers à la fin du siècle (Lefebvre et alii, 1979). Étant donné qu'il y a plus de personnes de santé fragile parmi les plus de 75 ans, les conséquences pour le secteur des soins de santé seront vraisemblablement d'importance⁴.

L'évolution de la répartition par âge de la population aura des conséquences sur le rapport entre le nombre de personnes à charge et l'effectif de la population active. Le nombre de personnes de 65 ans et plus par rapport à la population active (entre 18 et 64 ans) grimpera, passant d'environ 1 sur 7 actuellement à 1 sur 3 d'ici 2031, alors que dans le même temps le nombre de jeunes à charge diminuera sensiblement (Statistique Canada, 1978). Les dépenses publiques par habitant sont actuellement environ trois fois plus importantes pour les personnes âgées que pour les jeunes (Conseil économique du Canada, 1979). Étant donné que les coûts des soins de santé sont considérablement plus élevés pour les personnes âgées, que l'on favorise une hausse de leurs prestations de sécurité sociale, et que leur influence politique devrait s'accroître à mesure que leur proportion dans la population augmentera, le Conseil économique du Canada (1979) est d'avis que cet écart au niveau des dépenses ira en s'élargissant. Alors que certains observateurs (Sénat, 1979; Santé et Bien-être social Canada 1979; Ridler, 1979) font valoir que la baisse des coûts du soutien des jeunes à charge compensera la hausse des dépenses publiques au titre des personnes âgées, d'autres (Conseil économique du Canada, 1979) soutiennent que l'équilibre sera loin d'être parfait, surtout au début du siècle prochain.

-
3. Ces proportions pourraient être encore plus considérables. Selon un rapport de Statistique Canada publié récemment (George et Perrault, 1985: 12), compte tenu des prévisions de faibles fécondité et immigration nette, la population âgée représenterait environ 15 % de la population globale en 2006 et 27 % en 2031.
 4. Le Conseil économique du Canada (1982:71) a fait remarquer que «en dépit de l'importance de la répartition par âge provinciale comme facteur contribuant aux variations provinciales des jours d'hospitalisation par habitant, le régime d'assurance existant n'en tient pas compte».

En ce qui concerne le secteur des soins de santé, Gross et Schwenger (1981) soutiennent dans leur étude que le fardeau financier actuel s'alourdira considérablement. Ils sont d'avis qu'en 2001, les personnes âgées représenteront 46,5 % de la clientèle des services de santé, et 56,6 % en 2026. Le facteur principal qui explique cette croissance phénoménale est le secteur des établissements, où le nombre de jours d'hospitalisation des personnes âgées devrait doubler et tripler d'ici 2001 et 2026 respectivement. Ces estimations ont été établies à partir des taux réels d'utilisation par âge et par sexe pour 1976.

Dans une publication de Statistique Canada, Lefebvre et alii (1979) ont laissé entendre que d'ici l'an 2031 le nombre total de jours d'hospitalisation pourrait s'élever à 84 millions, soit presque le double des 43 millions observés en 1976. Le nombre de jours d'hospitalisation des personnes âgées pourrait plus que tripler, pour passer de 16 millions à 55 millions (ou de 38 à 64 % du total). Lefebvre et alii ont estimé que les coûts des hôpitaux (en dollars constants de 1976) pourraient grimper de \$ 5,4 milliards en 1976 à plus de \$ 11 milliards en 2031.

Rice (1983) a signalé qu'aux États-Unis, en 1981, quelque 3,1 millions de personnes qui ne résidaient pas dans une institution avaient besoin d'assistance pour leurs activités quotidiennes, mais que ce nombre pourrait doubler d'ici l'an 2040, même si l'on ne prévoit qu'une augmentation de deux cinquièmes de la population totale. Elle a estimé que le nombre de visites chez le médecin connaîtrait également une hausse, quoique moins sensible que celle du nombre de visites à l'hôpital. Environ 6 % seulement de l'augmentation du nombre de visites (qui passerait de 1,1 milliard en 1980 à 1,6 milliard en 2040) seraient imputables au vieillissement de la population. Dans le cas des soins dans les hôpitaux et les maisons de repos, toutefois, l'effet serait plutôt dramatique. Le nombre de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux pour un séjour de courte durée doublerait pour atteindre 549 millions en 2040 par rapport à 247 millions en 1980, et plus de la moitié de cette augmentation serait attribuable aux personnes âgées. En 2040, 40 % des jours d'hospitalisation prévus seraient attribuables à la population du «quatrième âge», c'est-à-dire les 75 ans et plus. Cependant, on s'attend à ce que l'impact se fasse le plus sentir dans les maisons de repos : le nombre de résidents y passerait vraisemblablement de 1,5 million en 1980 à 5,2 millions en 2040, c'est-à-dire qu'il serait multiplié par 3,5. En 1980, 29 % des \$ 219 milliards dépensés pour les soins de santé personnels ont été consacrés aux personnes de 65 ans et plus. En l'an 2040, les dépenses afférentes aux soins de santé pourraient s'élever à \$ 309 milliards, et la part des personnes âgées passerait à 45 % du montant total.

Récemment, le bureau d'études Woods Gordon (1984) a traduit le phénomène du vieillissement en termes de demande croissante pour cinq secteurs de services de santé, soit les hôpitaux généraux et spécialisés (malades hospitalisés), les établissements de soins de longue durée, les établissements de santé mentale (malades hospitalisés), les services médicaux, et les services de soins à domicile (visites d'une infirmière). Les caractéristiques principales du modèle utilisé sont les suivantes : les projections sont faites à l'échelle nationale et portent sur la période 1981-2021; les taux d'utilisation par âge pour 1980-1981 restent constants tout au long de la période de projection; les projections ne visent que l'utilisation des services de santé; seuls les changements démographiques sont pris en considération. Trois systèmes d'hypothèses de projection de la population sont considérés : (1) l'hypothèse «élevée» : fécondité élevée (indice synthétique passant de 1,7 à 1,8 au cours de la période 1981-1991 et stabilisation à 1,8 jusqu'en 2021), migration annuelle nette élevée (95 000) et accroissement ralenti de l'espérance de vie entre 1981 et 1991 (en 1981-1986, augmentation égale à la moitié de celle de 1971-1981, en 1986-1991 augmentation du quart) avec stabilisation à partir de 1991; (2) l'hypothèse «moyenne» : fécondité moyenne (1,7 pour toute la période), migration nette moyenne (80 000) et même hypothèse de mortalité que dans le scénario précédent; (3) l'hypothèse «faible» : fécondité faible (diminution de 1,7 à 1,6 au cours de la période 1981-1991 et stabilisation à 1,6 jusqu'en 2021), migration nette faible (55 000) et même hypothèse de mortalité que dans les deux autres scénarios.

Compte tenu des changements démographiques susmentionnés, les projections «statu quo» de Woods Gordon indiquent que les augmentations les plus importantes semblent toucher l'utilisation des établissements de soins de longue durée et les services de soins à domicile, les services médicaux connaissant pour leur part les accroissements les moins élevés (tableau 2). Ces résultats rejoignent les projections effectuées pour les États-Unis (Rice, 1983).

Dans le cas des cinq secteurs de services étudiés, plus de la moitié des augmentations prévues se concrétise d'ici à la fin du siècle. Des chiffres non présentés ici montrent qu'au cours des vingt premières années de la période de projection, c'est la croissance de la demande de services de la part des personnes âgées de 45 à 64 ans et de 75 ans et plus qui sera la plus importante.

Après avoir traduit l'augmentation projetée de la demande de services en besoins en ressources pour satisfaire cette demande et en coûts correspondants (exprimés en dollars de 1981), le bureau Woods Gordon a estimé que, si la façon actuelle d'assurer les

Tableau 2

Incidence de l'âge et du sexe sur l'utilisation dans cinq secteurs de services de santé, au Canada, pour la période 1981-2021

Secteur de services	% d'accroissement de l'utilisation			
	1981-2001		1981-2021	
	20 ans	annuel	40 ans	annuel
Hôpitaux généraux et spécialisés (malades hospitalisés)	48,8	2,01	89,1	1,61
Établissements de soins de longue durée	68,3	2,64	118,8	1,98
Établissements de santé mentale (malades hospitalisés)	38,3	1,63	68,0	1,31
Services médicaux	27,2	1,21	45,0	0,93
Services de soins à domicile (visites d'infirmières)	62,6	2,46	117,8	1,97

Source : Woods Gordon (1984).

soins de santé devait rester la même, les changements démographiques contribueraient à eux seuls à hausser d'environ 72 % (ou de quelque \$ 13,7 milliards) les coûts des soins de santé d'ici l'an 2021. De plus, les dépenses en capital cumulatives supplémentaires s'élèveraient à \$ 30,5 milliards d'ici 2021 (tableau 3).

Le bureau Woods Gordon a aussi examiné les conséquences de certains changements possibles du côté de l'offre des services de santé, sur le régime de prestation des soins de santé. Quatre scénarios ont été envisagés :

- 1) Une baisse du taux d'hospitalisation des personnes âgées du niveau actuel de 9,45 % à 6,00 %, ce qui suppose que les patients qui quittent l'hôpital peuvent tous recevoir des soins à domicile. À titre de comparaison, les taux d'hospitalisation actuels au Royaume Uni, aux États-Unis et en Australie sont de 5,0 %, 5,3 % et 5,9 % respectivement.

Tableau 3

Coûts supplémentaires (coûts d'exploitation pour 2021 et coûts en capital d'ici 2021) pour répondre à la demande due aux changements démographiques, au Canada

Secteur de services	Coûts d'exploitation annuels supplémentaires (pour 2021)	Coûts cumulatifs en capital (construction) (d'ici 2021) ^a
	en millions de dollars	constants de 1981
Hôpitaux généraux et spécialisés	7 100	17 700
Établissements de soins de longue durée	4 300	12 400
Établissements de santé mentale	380	360
Services médicaux	1 900	-
Services de soins à domicile (visites d'infirmières)	43	-
Total	13 723	30 460

Source : Woods Gordon (1984).

a. Aucune provision n'est faite pour le remplacement et la rénovation des établissements existants.

- 2) Une réduction du taux d'hospitalisation dans les établissements de santé mentale, pour qu'il rejoigne celui atteint par la Saskatchewan en 1981 (soit 129,45 jours pour 1 000 habitants).
- 3) Une diminution de 1,0 jour de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux généraux et spécialisés, ceci pour les moins de 65 ans seulement.
- 4) Le recours à des infirmières praticiennes pour assurer les soins primaires, afin de répondre à une partie des besoins supplémentaires futurs en services médicaux.

Dans le cas des trois premiers scénarios, une période de mise en application de vingt ans a été prévue et des économies de coût moyennes pour chacun d'eux ont été estimées. Le premier scénario est celui qui aurait l'impact le plus considérable, parce qu'il permettrait, en réduisant l'hospitalisation des personnes âgées, d'épargner environ \$ 6 milliards en coûts d'exploitation et environ \$ 16 milliards de dépenses en capital (tableau 4). Étant donné que les scénarios ne peuvent s'exclure mutuellement, et qu'aucune estimation des coûts n'a été faite pour les infirmières praticiennes (selon le scénario 4, on remplacerait 2700 médecins par 2700 infirmières praticiennes), les résultats indiquent que les trois premiers scénarios réduiraient la hausse des coûts des soins de santé d'environ \$ 6,8 milliards pour l'an 2021, c'est-à-dire qu'ils diminueraient de moitié environ les dépenses prévues par le modèle «statu quo». Les dépenses supplémentaires d'exploitation en capital seraient réduites du tiers environ, soit de \$ 30,5 milliards à \$ 20,4 milliards.

Tableau 4

Économies (en dollars de 1981) réalisées par rapport aux projections «statu quo», pour certains scénarios

Scénario	Coûts annuels d'exploitation (pour l'an 2021)	Coûts cumulatifs en capital (construction) (d'ici l'an 2021)
1. Baisse du taux d'hospitalisation des personnes âgées	\$ 5,9 milliards	\$ 16,3 milliards
2. Baisse du taux d'hospitalisation dans les établissements de santé mentale	\$ 225 millions	\$ 360 millions
3. Baisse de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux, pour les moins de 65 ans	\$ 630 millions	\$ 3,7 milliards

Source : Woods et Gordon (1984).

CAPACITÉ DU CANADA À FAIRE FACE AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Parmi les études portant sur la projection des besoins et coûts futurs au titre des services de santé suite au phénomène du vieillissement, rares sont celles qui tentent d'établir un rapport entre ces facteurs et la capacité du pays à payer pour ces services nécessaires. Le bureau Woods Gordon (1984:IX), lorsqu'il s'est penché sur cette question (mais sans l'approfondir), a noté que «le Conference Board of Canada a prédit une croissance annuelle de 2 à 3 pour cent du produit national brut (PNB) pour les 5 à 10 prochaines années. Les projections «statu quo» indiquent pour la période 1981-2001 des taux de croissance annuelle de 1,2 à 2,6 pour cent (selon le secteur de services), tous comparables ou inférieurs à la croissance du PNB. Toutefois, on ne pourra venir à bout des coûts d'exploitation annuels supplémentaires que si aucun autre facteur n'intervient pour augmenter la demande en matière de services de santé».

Denton et Spencer (1983a, 1983b) ont examiné à fond cette question macro-économique. À l'aide d'un modèle démo-économique (pour plus de détails, voir Denton et Spencer, 1983a:156-158), ils ont analysé les caractéristiques de la population et les coûts des soins de santé futurs pour la période 1981 à 2051, en considérant trois projections différentes.

La Projection I («projection type») suppose que l'indice synthétique de fécondité augmente de 1,8 à 2,1 d'ici 1991 et se stabilise par la suite, que la migration annuelle nette et les taux de mortalité par âge et par sexe diminuent graduellement jusqu'en 2026 et demeurent inchangés par la suite.

La Projection II (fécondité faible) suppose que l'indice synthétique de fécondité tombe à 1,5 d'ici 1991 et se stabilise par la suite, et que les taux de mortalité tout comme le chiffre de migration annuelle nette correspondent à ceux de la projection I.

La Projection III (fécondité élevée) suppose que l'indice synthétique de fécondité monte à 3,0 d'ici 1991 et se stabilise à ce niveau pour le reste de la période, et retient les mêmes taux de mortalité et le même chiffre de migration nette que dans les scénarios précédents.

Les projections faites par Denton et Spencer (1983a:160-161) indiquent que si l'on prend seulement en considération les facteurs démographiques, les dépenses nécessaires pour maintenir les soins de santé aux niveaux existants augmenteraient substantiellement, que les taux de fécondité montent ou descendent, ou que les taux de mortalité diminuent plus ou moins rapidement. Les coûts connaîtraient une hausse considérable d'ici

les premières décennies du vingt et unième siècle. D'ici l'an 2031, l'augmentation des coûts des soins de santé, due aux modifications dans la structure démographique, pourrait retrancher au moins 1,5 % supplémentaire du PNB et peut-être autant que 2 %. Les auteurs font valoir que ces augmentations, bien que substantielles, n'atteignent pas des proportions alarmantes. Ils estiment que les progrès technologiques et (ou) une meilleure utilisation des ressources disponibles actuellement, peuvent contre-balancer une partie de ces augmentations. À titre d'exemples, notons l'utilisation d'établissements pour maladies chroniques plutôt que d'établissements pour maladies aiguës, et le recours à des infirmières praticiennes.

Dans une autre étude, Denton et Spencer (1983b) font valoir que si un taux de mortalité à la baisse correspond généralement à un meilleur état de santé, le coût moyen des services de santé pour tous les groupes d'âge peut alors diminuer⁵. Si tel est le cas, les coûts des soins de santé exprimés en pourcentage du PNB, peuvent ne pas augmenter du tout. Prise dans son ensemble, il semblerait que l'économie canadienne pourrait soutenir les services de santé futurs à offrir, d'après les modes d'utilisation existants.

ANALYSE CRITIQUE

Chacune des études examinées précédemment présente trois difficultés majeures que le lecteur devrait considérer avant de décider s'il accepte ou non, sans trop de réserves, leurs conclusions. Premièrement, on suppose implicitement dans toutes ces études que le niveau d'utilisation courant reflète les besoins actuels. Or, après la première visite d'un patient chez les pourvoyeurs des services de santé, ceux-ci prescrivent habituellement le recours à des services de santé supplémentaires, ce qui n'est pas nécessairement un indice des besoins réels en soins de santé. En outre, même si l'utilisation indiquait d'une façon acceptable les besoins, on serait en droit de s'attendre, en supposant que les services de santé sont satisfaisants, à ce qu'une augmentation de l'utilisation entraîne une amélioration de l'état de santé. Aucun des indicateurs de l'état de santé actuellement disponibles ne permet de penser que tel est le cas.

5. Le professeur Robert Spasoff de l'Université d'Ottawa estime que ce «si» est très ambitieux, et qu'il y a plus de chances que nous prolongions la vie de personnes malades, et par conséquent accroissions la morbidité et l'utilisation des services de santé (communication écrite, 23 janvier 1985).

Un deuxième problème important soulevé par ces études concerne l'hypothèse implicite que les coûts moyens élevés relatifs aux personnes âgées sont reliés à une forte proportion d'utilisateurs de 65 ans et plus. Cette hypothèse n'est pas nécessairement valable. Aux États-Unis, Zook et Moore (1980) ont constaté qu'une faible proportion (13 %) des patients hospitalisés ont eu recours à plus de la moitié des ressources utilisées dans une année donnée. Dans une autre étude, Zook, Savickis et Moore (1980) estiment que plus de 60 % des coûts d'hospitalisation sont attribuables aux admissions répétées pour la même maladie. Au Canada, Roos et alii (1984) ont constaté que les personnes âgées du Manitoba ne s'étaient rendues chez un médecin qu'un peu plus souvent que les personnes plus jeunes, et que plus du quart des personnes âgées n'étaient pas allées une seule fois consulter un médecin au cours de l'année à l'étude. Les chercheurs ont aussi noté qu'alors que les personnes âgées utilisent une part disproportionnée des ressources hospitalières, seulement le quart d'entre elles sont hospitalisées au cours d'une année donnée, et qu'une proportion beaucoup plus petite (environ 5 %) utilise près des deux tiers de tous les jours d'hospitalisation attribuables aux personnes âgées au cours d'une période d'une année. Contrairement à ce que l'on pense habituellement, il semblerait donc - sur la foi de ces résultats - que la plupart des personnes âgées sont en santé.

Un problème que posent cependant les données habituellement utilisées pour ce genre de calcul est qu'elles se fondent sur les billets de sortie des hôpitaux et qu'elles portent donc, par définition, sur l'utilisation et non sur la non-utilisation. Dans son étude des relations entre utilisation, âge et survie, Fuchs (1984:154) laisse entendre que «si le taux de mortalité baisse parce que les gens vivent plus sainement ou parce que les mesures préventives sont plus efficaces, les extrapolations habituelles surestimeront le taux d'utilisation des services de santé. Par contre, si les taux de mortalité plus bas sont le résultat d'interventions technologiques de plus en plus complexes, les coûts croissants de ces interventions auront tendance à compenser le fait qu'il y a moins de personnes dans leur dernière année de vie».

Une dernière difficulté posée par ces études concerne l'utilisation des coûts moyens comme façon d'évaluer les économies potentielles. Hochstein (1984, 1985) estime que cette approche produit des résultats trompeurs et des erreurs en ce qui a trait principalement à l'évaluation des avantages à retirer d'une redistribution des patients qui occupent pour une longue durée les lits des hôpitaux pour maladies aiguës. À titre d'exemple, l'étude de Lefebvre et alii (1979:63) a indiqué qu'étant donné qu'un jour d'hospitalisation dans une maison de repos correspondait au cinquième environ du coût d'un jour

d'hospitalisation dans un hôpital, d'importantes économies pourraient être réalisées en transférant un plus grand nombre de personnes âgées dans les maisons de repos ou centres d'accueil. Hochstein (1984:183) a constaté, d'autre part, que «en comparant les coûts *marginiaux*, il est évident que la seule façon de réaliser des économies est de convertir certaines parties des hôpitaux pour maladies aiguës en établissements de soins prolongés, et encore là les économies par jour d'hospitalisation seront vraisemblablement plutôt faibles» (les italiques sont nôtres).

CONCLUSION

Au cours des deux dernières décennies, les coûts des soins de santé exprimés en proportion du PNB ont significativement augmenté au Canada. Cette hausse est due à un certain nombre de facteurs, mais peu d'entre eux ont fait l'objet d'autant d'études que le changement de la structure par âge de la population. Toutefois, comme une recherche récente l'a indiqué, la «crise» imminente des coûts qui menace le secteur des soins de santé peut se matérialiser, mais pas nécessairement en raison du phénomène du vieillissement. Quoique l'on ne puisse pas affirmer que la situation ne sera pas sérieuse, on a tenté de démontrer que, pour un certain nombre de raisons, elle ne sera peut-être pas aussi sévère que certaines études tendent à le faire croire.

Ceci ne signifie évidemment pas qu'on peut se permettre de sous-estimer l'importance de la «crise». L'étude du bureau Woods Gordon (1984) brosse à ce sujet un tableau assez éloquent de ce qui pourrait arriver si l'on ne change pas la façon d'assurer les soins de santé. Il ne s'agit pas de suggérer que les planificateurs et les décideurs devraient cesser d'essayer d'améliorer les services de santé pour les personnes âgées (car il y a une proportion non négligeable de personnes âgées qui ont des besoins réels), mais plutôt qu'ils devraient étudier un éventail plus large de problèmes qui dans le futur auront des répercussions plus grandes sur les dépenses relatives aux soins de santé. Après avoir constaté que le débat relatif à l'organisation, au financement et à la prestation de soins de santé ne devrait pas se limiter aux soins à assurer aux personnes âgées, mais s'étendre à ceux relatifs aux personnes de tous les âges, Fuchs (1984:163) va encore plus loin et estime qu'«il faut tenir compte du fait que les ressources consacrées aux personnes âgées peuvent être mises au service des enfants, des adolescents, des minorités et d'autres groupes qui ont des demandes spéciales à porter à l'attention publique».

Toute cette réflexion montre aussi à quel point il est indispensable de disposer de données adéquates, fiables et mises à jour. Au cours des trente dernières années, seulement deux

enquêtes sur l'état de santé de la population ont été effectuées au Canada. Tant que de telles enquêtes ne seront pas tenues sur une base régulière, les planificateurs et décideurs auront de plus en plus de difficultés à définir quels sont les buts et objectifs à poursuivre pour mesurer l'état de santé, à évaluer les progrès, à estimer l'efficacité et l'efficacité des programmes conçus pour améliorer l'état de santé, et à prendre des décisions rationnelles d'allocation des ressources au profit et à l'intérieur du secteur des soins de santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- CONSEIL ÉCONOMIQUE DU CANADA, 1979. Perspective 2030 : l'avenir des régimes de retraite. Ottawa, Approvisionnement et Services Canada.
- CONSEIL ÉCONOMIQUE DU CANADA, 1982. Le Financement de la Confédération d'aujourd'hui à demain. Ottawa, Approvisionnement et Services Canada.
- DENTON, Frank et Byron SPENCER, 1983a. «Population Aging and Future Health Costs in Canada». Canadian Public Policy, IX, 2, 155-163.
- DENTON, Frank et Byron SPENCER, 1983b. «The Sensitivity of Health-Care Costs to Changes in Population Age Structure». Hamilton, McMaster University, QSEP Research Report No. 74.
- FUCHS, Victor R., 1984. «'Though Much is Taken': Reflections on Aging, Health and Medical Care». Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society. 62, 2, 143-166.
- GEORGE, M.V. et J. PERRAULT, 1985. Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 1984-2006. Ottawa, Approvisionnement et Services Canada.
- GROSS, M.J. et C.W. SCHWENGER, 1981. Health Care for the Elderly in Ontario: 1976-2026. Toronto, Ontario Economic Council.
- HOCHSTEIN, Alan, 1984. «A Cost Comparison in the Treatment of Long Stay Patients». Canadian Public Policy, X, 2, 177-184.
- HOCHSTEIN, Alan, 1985. «Treating Long-Stay Patients in Acute Hospital Beds: An Economic Diagnosis». The Gerontologist, 25, 2, 161-165.
- LEFEBVRE, L.A., Z. ZSIGMOND et M.S. DEVEREAUX, 1979. Hôpitaux : Horizon 2031. Ottawa, Approvisionnement et Services Canada.

- RICE, Dorothy P., 1983. The Burden of Illness: Past Trends and Future Projections. Paper presented to 19th National Meeting of the Public Health Conference on Records and Statistics, Washington, D.C.
- RIDLER, N.B., 1979. «Some Economic Implications of the Projected Age Structure in Canada». Canadian Public Policy, V, 4, 533-541.
- ROOS, Noralou P., Evelyn SHAPIRO et Leslie ROOS, Jr., 1984. «Aging and the Demand for Health Services: Which Aged and Whose Demand?». The Gerontologist, 24, 1, 31-36.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, 1979. L'Âge de la retraite. Document à l'appui de l'exposé présenté au Comité spécial du Sénat sur les politiques relatives à l'âge de la retraite, Ottawa.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, 1984. Les dépenses nationales de santé au Canada. 1970-1982. Ottawa.
- SÉNAT, 1979. Retraite sans douleur : rapport du comité sénatorial spécial sur les politiques relatives à l'âge de la retraite. Ottawa, Approvisionnement et Services Canada.
- STATISTIQUE CANADA, 1978. Sécurité sociale 1978. Ottawa, Approvisionnement et Services Canada.
- WILKINS, Russell et Owen ADAMS, 1983. Healthfulness of Life. Montreal, Institute for Research on Public Policy.
- WOODS GORDON, 1984. Investigation of the Impact of Demographic Change on the Health Care System in Canada. Final Report to the Task Force on the Allocation of Health Care Resources, Toronto.
- ZOOK, C.J. et F.D. MOORE, 1980. «The High Cost Users of Medical Care». New England Journal of Medicine, 302, 996-1002.
- ZOOK, C.J., S.F. SAVICKIS et F.D. MOORE, 1980. «Repeated Hospitalization for the Same Disease: A Multiplier of National Health Costs». Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 58, 3, 454-471.

RÉSUMÉ - SUMMARY - RESUMEN

ANGUS Douglas E. - VIEILLISSEMENT ET COÛTS DES SOINS DE SANTÉ : Y A-T-IL UN PROBLÈME ?

Cet article traite des perspectives futures des dépenses au titre des soins de santé, en essayant d'en dégager les pressions prévisibles sur le régime de prestation des soins de santé, particulièrement celles attribuables au vieillissement de la population du Canada. Il en ressort que le phénomène du vieillissement, exprimé en coûts globaux des soins de santé, ne sera pas nécessairement un problème majeur. Les hausses de coûts prévues pour les services de santé doivent être mises en relation avec l'évolution de la capacité de production de l'économie canadienne. L'article examine également les implications que cela suppose pour la planification des soins de santé.

ANGUS Douglas E. - AGING AND HEALTH-CARE COSTS: IS THERE A PROBLEM?

This paper discusses various projections of health-care expenditures in terms of foreseeable pressures on the health-care system due to the aging of the Canadian population. The conclusion is that the impact of aging on health-care costs will not necessarily be a major problem. Projected cost increases have to be related to the evolution of the nation's productive capacity. The article also examines some implications in terms of health-care planning.

ANGUS Douglas E. - ENVEJECIMIENTO Y COSTOS DE LOS CUIDADOS DE LA SALUD : EXISTE UN PROBLEMA ?

El presente artículo trata de las perspectivas futuras de los gastos relativos a los cuidados de la salud, intentando prever las presiones posibles sobre el régimen de prestación con respecto a los cuidados de la salud y sobre todo aquellas atribuidas al envejecimiento de la población de Canadá. Se puede decir que los costos globales de los cuidados de la salud ligados al fenómeno del envejecimiento no será necesariamente un problema mayor. Los aumentos de costos previstos para los servicios de atención a la salud deberán estar en relación con la evolución de la capacidad productiva de la economía canadiense. Este artículo examina igualmente las implicaciones que ello supone para la planificación de los cuidados de la salud.