

Avril 2015

Note socio-économique

Quels seront les impacts du vieillissement de la population ?

La population du Québec est davantage préoccupée par le vieillissement de la population que par les changements climatiques ou la croissance des inégalités. Pourtant, aussi complexe soit-il, ce phénomène normal ne devrait pas semer la panique et ainsi risquer de nous faire adopter les mauvaises politiques publiques, voire même d'alimenter un certain ressentiment envers les personnes plus âgées. Dans cette note socio-économique, nous verrons que le vieillissement de la population est un phénomène mondial qui n'a rien d'une calamité et dont les effets anticipés sont variés. Nous présenterons ensuite quelques projections sur l'effet que ce vieillissement pourrait avoir sur les coûts de la santé, à la lumière notamment des dernières prévisions démographiques. Enfin, nous aborderons quelques pistes à privilégier au moment d'adapter la société québécoise au vieillissement de sa population.

Vieillessement : les faits

LE VIEILLESSEMENT, UN PHÉNOMÈNE MONDIAL

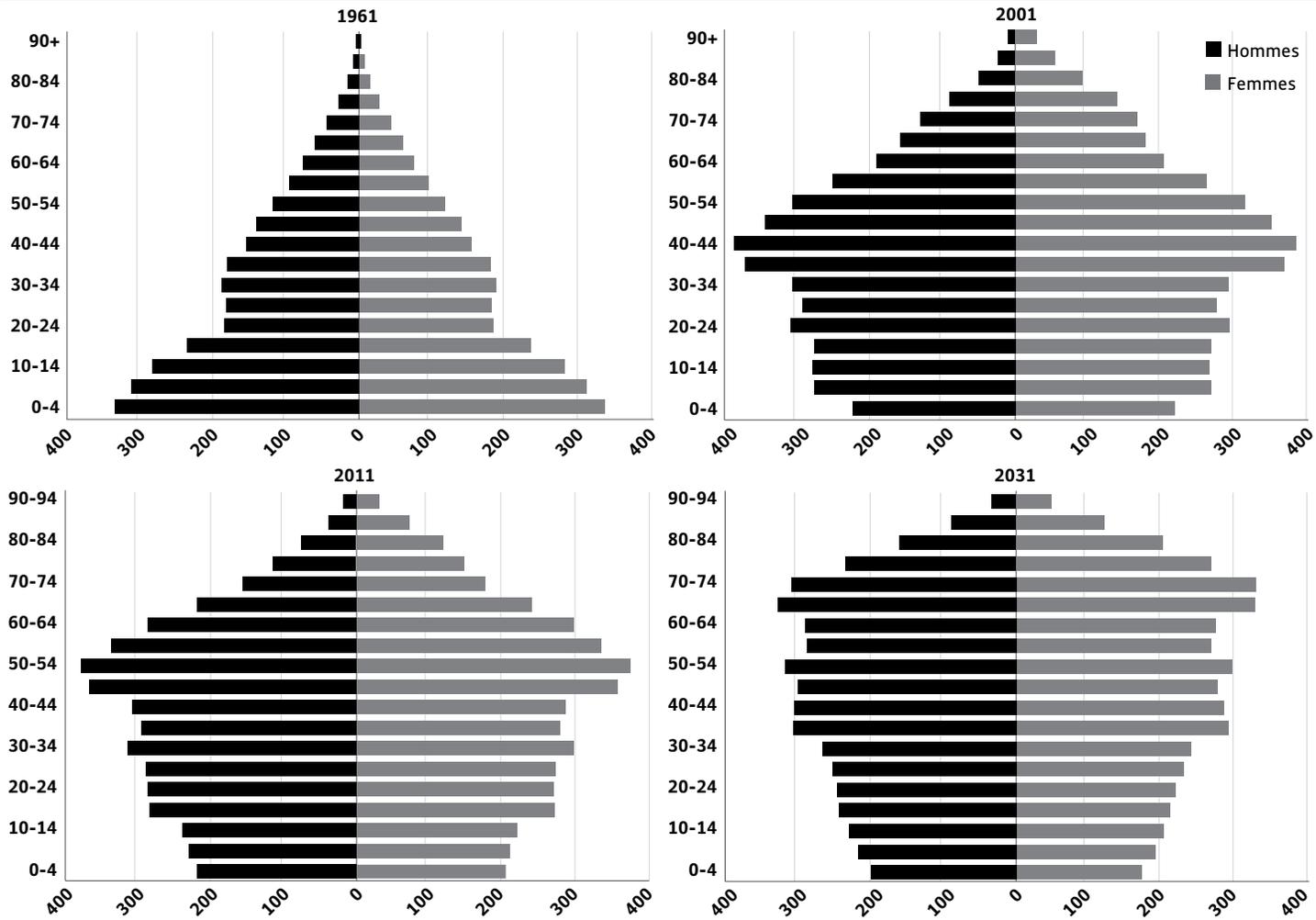
Le vieillissement de la population est un phénomène inéluctable. Dans les pays occidentaux, il s'explique par l'arrivée des baby-boomers à un âge avancé, dont le seuil est habituellement fixé à 65 ans. Le graphique 1 montre l'impact de ce phénomène de vieillissement sur la démographie québécoise.

Cette transition se produit presque partout dans le monde en raison de la diminution abrupte du taux de fécondité global, laquelle annonce une baisse de proportion de la population plus jeune dans les décennies à venir. Par conséquent, la pyramide des âges reflétant la démographie subit partout dans le monde des changements importants. Le graphique 2 illustre pourquoi certains préfèrent même cesser de parler de « pyramide » puisque celle-ci est peu à peu remplacée par les formes d'un « dôme », et éventuellement, d'une simple « colonne ».

D'autres pays présentés comme des économies émergentes doivent également composer avec une population vieillissante (voir le graphique 3). La Chine est un exemple de ces pays où le changement démographique est majeur, puisque la politique d'enfant unique a contribué, à partir de 1979, à limiter l'accroissement de la base de la pyramide démographique. C'est d'ailleurs en Asie que l'on trouve, de loin, la plus grande hausse de population des personnes âgées.

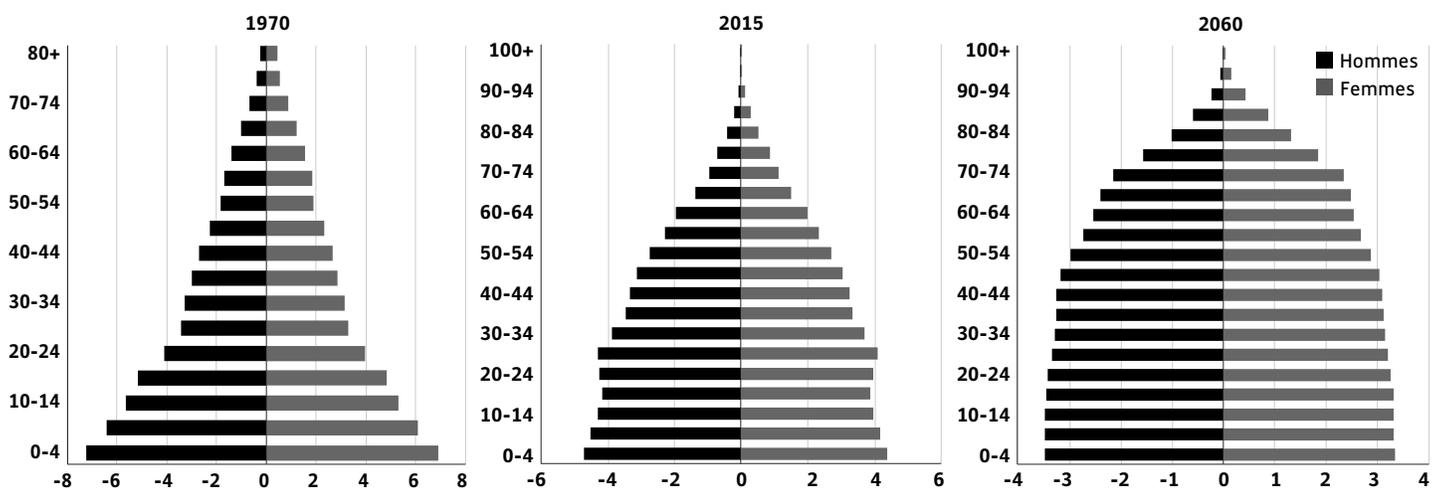
En somme, le vieillissement de la population est un phénomène mondial, même s'il suscite actuellement davantage de préoccupation dans les pays occidentaux. Cette préoccupation découle du fait que la cohorte des baby-boomers, venue au monde après la Seconde Guerre mondiale, passe présentement le cap des 65 ans. Les populations qui appartiennent à cette cohorte quittent progressivement les catégories d'âges identifiées à la population active, qui vont habituellement de 20 à 64 ans. Pour certains, nous serions confrontés à l'imminence d'un choc démographique provenant d'une diminution drastique de la population active par rapport à la population composée de personnes âgées jugées économiquement inactives.

GRAPHIQUE 1 Pyramide des âges, Québec, 1961, 2001, 2011(p) et 2031(p), en milliers



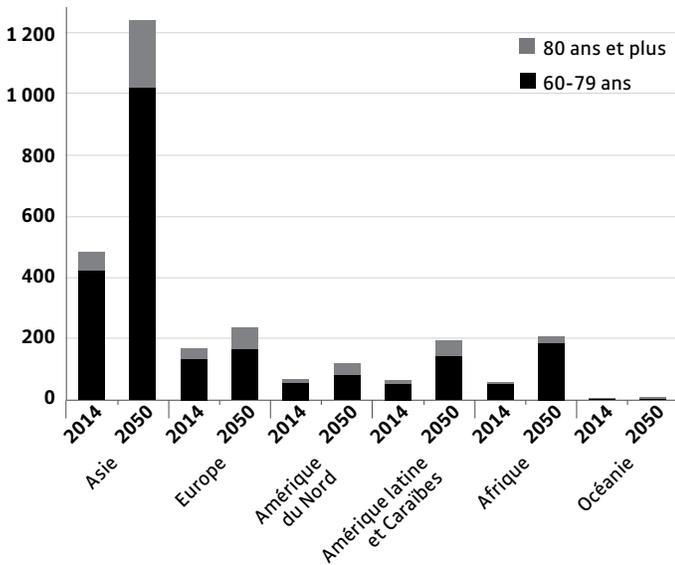
Source : Simon Langlois, « Québec 2008. Portrait social » dans Miriam Fahmy, L'État du Québec 2009, Montréal, Fides, 2008, p. 40-98, <http://bit.ly/rDRsvWR>.

GRAPHIQUE 2 Pyramide des âges, population mondiale, 1970, 2015(p), 2060(p), en %



Source : « World Population Prospects : The 2012 Revision », United Nations, Department of Economics and Social Affairs, Population Division, Population Estimates and Projections Section, http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_indicators.htm (consulté le 24 mars 2015). Calculs des auteurs.

GRAPHIQUE 3 Le vieillissement dans le monde, 2014, 2050, en millions



Source : United Nations, Department of Economics and Social Affairs, Population Division, « Population ageing and sustainable development », *Population Facts*, août 2014, <http://bit.ly/19gukP8>.

PAS DE « CHOC » DÉMOGRAPHIQUE

La notion de « choc démographique » a été mise de l'avant par des analystes adoptant une posture alarmiste sur l'évolution de la société. Dans bien des cas, ces intervenant-e-s avançaient aussi des propositions de réformes politiques radicales, en écho à leur portrait d'une situation critique des effets du vieillissement sur les finances publiques¹.

Un point d'orgue de ce catastrophisme a été atteint lorsque le président de l'Association médicale canadienne (AMC), le médecin Robert Ouellet, a annoncé qu'un « tsunami gris » s'abattraient bientôt sur le Canada. Un autre ancien président de l'AMC et propriétaire de la clinique privée Cambie en Colombie-Britannique, le Dr. Brian Day, s'appuie sur l'imminence d'un « tsunami de maladies » dans sa croisade en faveur de l'accroissement du secteur privé en santé². Pour eux, le financement privé et la prestation de services par le secteur privé doivent être appelés à la rescousse de l'État.

Pourtant, il n'y aura pas de « choc démographique ». Le vieillissement de la population est en fait un phénomène lent qui est à l'œuvre depuis plusieurs décennies. Il y aura certes accélération au cours des prochaines années, mais l'on prévoit également son ralentissement dès le tournant des années 2030.

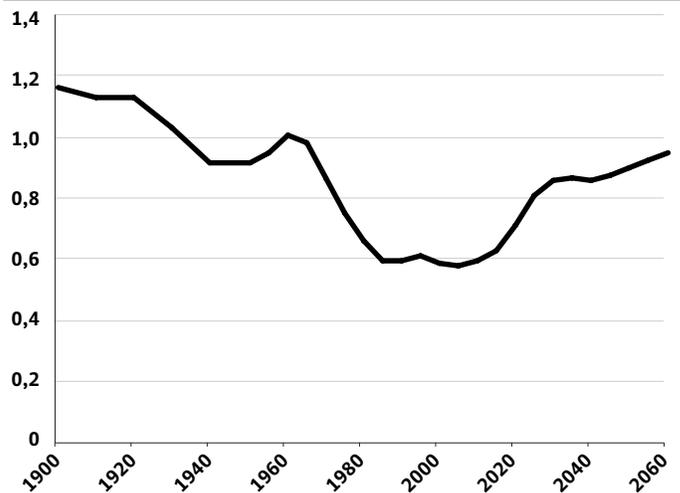
En 1960, on comptait au Québec un peu moins de 6% de personnes âgées de 65 ans et plus. Vingt ans plus tard, au début des années 1980, ce pourcentage atteignait 9%. En 2000, le pourcentage de personnes ayant franchi le cap des 65 ans dépassait les 13%. Il avoisine aujourd'hui les 16%³. Le phénomène de vieillissement n'est donc pas nouveau et est avéré depuis un certain temps déjà.

Il se poursuivra durant les prochaines années et devrait dépasser le cap du 20% au début des années 2020, puis celui des 25% au début des années 2030, pour ensuite décroître progressivement. Cette évolution de la démographie nécessite bien sûr des ajustements des politiques publiques, tout comme il a fallu le faire à d'autres occasions par le passé, lorsque par exemple il a fallu ériger des écoles pour accueillir les enfants du baby-boom.

À cet effet, il est plus révélateur de mesurer les défis à venir en considérant non pas le seul vieillissement de la population mais aussi un autre indicateur, le taux de dépendance et son évolution. Le taux de dépendance est le ratio des personnes dites « dépendantes » car plus souvent inactives économiquement, soit les personnes de moins de 20 ans et celles de 65 ans et plus, en regard de celles dont l'âge se situe entre 20 et 64 ans et qui forment grosso modo la population active. Cet indicateur sert donc à évaluer combien de personnes inactives pourraient dépendre du soutien des personnes actives à une époque donnée.

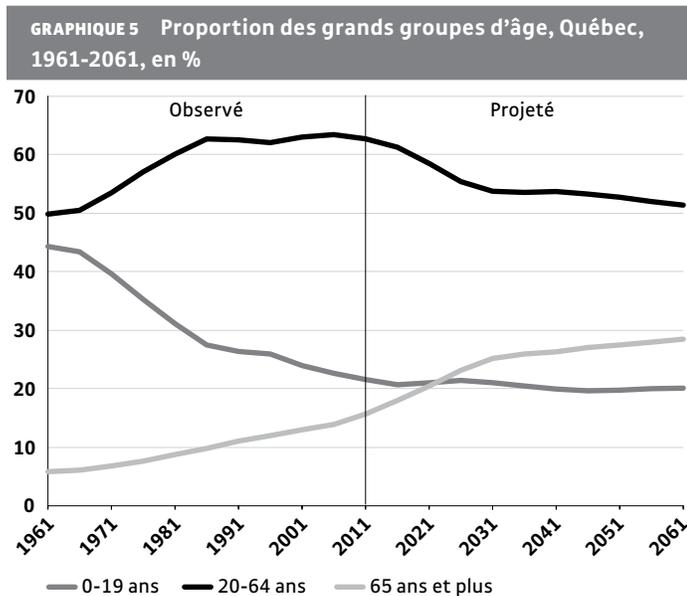
Le graphique 4 montre l'évolution du taux de dépendance au Québec sur une période de 160 ans. On y observe pour chaque époque combien de personnes dites dépendantes (0-19 ans et 65 ans et plus) correspondent à chaque personne dite indépendante (20-64 ans) dans la population. Plus ce chiffre est élevé, et plus l'est la proportion de la population dépendante. On constate effectivement que le vieillissement de la population québécoise fera augmenter l'indice de dépendance durant une vingtaine d'années (2010-2030). Mais on remarque également que le taux auquel parviendra la société québécoise au sortir de ces 20 ans demeurera inférieur à ce qu'il était au tournant des années 1960.

GRAPHIQUE 4 Évolution du taux de dépendance, Québec, 1900-2060



Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), *Le bilan démographique du Québec* : Édition 2014, décembre 2014, p. 40, www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2014.pdf. Calculs des auteurs.

Le graphique 5 permet de détailler la composition des groupes d'âge sur lequel se fonde le calcul du taux de dépendance. Le nombre de personnes de 65 ans et plus augmente continuellement au cours de ces années, mais la part des personnes de moins de 20 ans, elle, diminue, ce qui a pour effet de réduire la population dépendante. Cette catégorie démographique des jeunes de moins de 20 ans était, bien sûr, beaucoup plus importante lorsqu'elle incluait les baby-boomers, durant l'Après-guerre. Cette population inactive dépendait aussi de la population active de l'époque. En somme, le taux de dépendance est un indicateur plus complet que la simple proportion de personnes de 65 ans et plus dans la population.



Source: ISQ, *op. cit.*, p. 35.

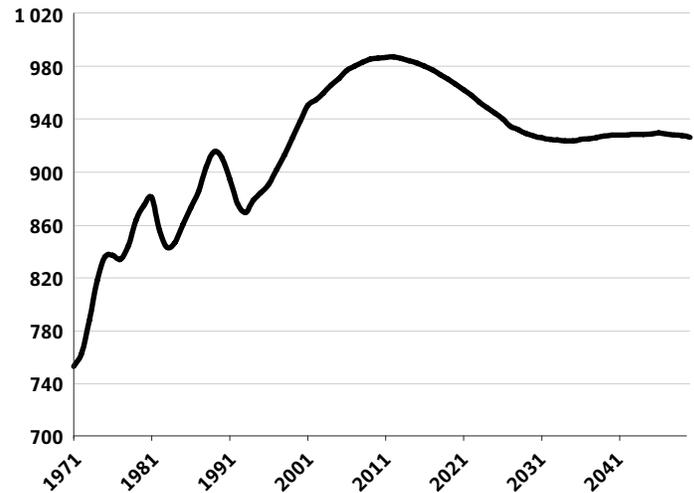
Lorsque l'on compare la taille d'une population plus active à celle d'une population plus inactive ou dépendante, on soulève l'enjeu du travail. Le nombre d'heures travaillées et rémunérées au Québec est donc un autre indicateur pertinent à la capacité de s'adapter aux changements démographiques, surtout puisque cet indicateur a considérablement augmenté avec l'accès des femmes au marché du travail salarié.

La diminution en proportion de la population active réduira le nombre d'heures de travail effectuées, mais n'entraînera pas de dégringolade qui nous ramènerait à un niveau inférieur au milieu des années 1990. Au contraire, comme le montre le graphique 6, la baisse anticipée de l'offre de travail par personne ne dépassera pas 5-7 % et se stabilisera rapidement.

Bref, même si une certaine accélération du vieillissement aura lieu dans les prochaines années, la présenter comme un choc dévastateur ne favorise pas une prise de décision raisonnée. Si ces idées persistent, c'est peut-être parce qu'elles servent d'autres intérêts, tels un accroissement de la place du secteur

privé ou un abandon par l'État de certaines missions sociales. Il s'agit alors d'un discours plus idéologique que scientifique.

GRAPHIQUE 6 Heures travaillées par personne, Canada, 1971-2050



Source: Projet de recherche sur les politiques, *Encourager les choix touchant le travail et le départ à la retraite*, rapport de projet, Gouvernement du Canada, octobre 2005, p. 10, <http://bit.ly/1N6FjKt>.

VEILLISSEMENT ET POPULATION ACTIVE

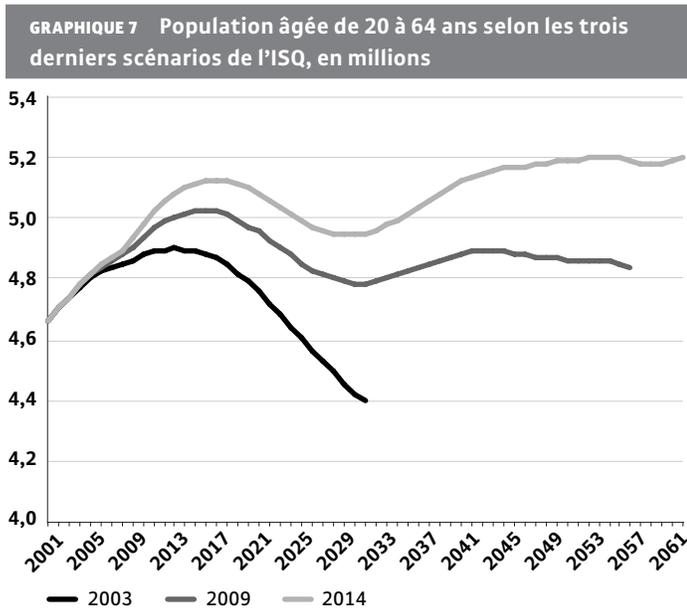
En 2014, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) a revu ses projections démographiques⁴. Comme il s'est produit déjà à quelques reprises par le passé, ce sont les scénarios plus «forts» qui sont en voie de se réaliser, c'est-à-dire que la population québécoise tend à croître plus rapidement que les prévisions précédentes de l'ISQ. Les différences entre ces scénarios peuvent sembler mineures, mais elles changent considérablement le portrait de la société québécoise lorsqu'on les projette sur quelques décennies⁵. Par exemple, selon l'évolution démographique de la population correspondant au scénario fort de l'ISQ de 2003, le Québec peut s'attendre à compter 650 000 personnes de plus en 2031 que si c'était le scénario de référence qui était en voie de se réaliser⁶.

Les changements s'expliquent par une immigration plus forte que prévu et un taux de fécondité plus élevé. Ainsi, ces nouvelles projections relativisent déjà ce que certains présentent comme un choc démographique menaçant le Québec.

Ces mises à jour suffisent notamment à remettre en cause des conclusions comme celles mises de l'avant par quatre auteurs dans un ouvrage largement cité à la suite de sa publication en 2007, *Oser choisir maintenant*, de Luc Godbout, Pierre Fortin, Mathieu Arseneau et Suzie St-Cerny⁷.

Le total de la population n'est pas le seul chiffre qui doit être réajusté à la lumière des dernières révisions de l'ISQ. On constate que ce que Godbout et ses collaborateurs nomment «bassin de travailleurs potentiels», et qui correspond à

la population active, augmentera de 100 000 personnes plutôt que de diminuer d'un demi-million, comme l'indique le graphique 7.



Source : Prévisions démographiques de l'ISQ, scénarios de référence de 2003, 2009 et 2014

Le nombre de personnes âgées augmentera bel et bien d'un million d'individus, mais comme il y a aura plus de personnes dans la population active que ne le prévoyait le scénario de référence de 2003, la proportion de 65 ans et plus devrait atteindre 27,5 % plutôt que 30 %, si l'on étire les projections jusqu'en 2050.

Notons enfin que les baby-boomers qui parviennent à la retraite aujourd'hui y arrivent avec une meilleure santé financière relative que celle qu'a connu la génération précédente, comme nous le verrons dans la prochaine sous-section.

LA SANTÉ FINANCIÈRE DES BABY-BOOMERS À LA RETRAITE

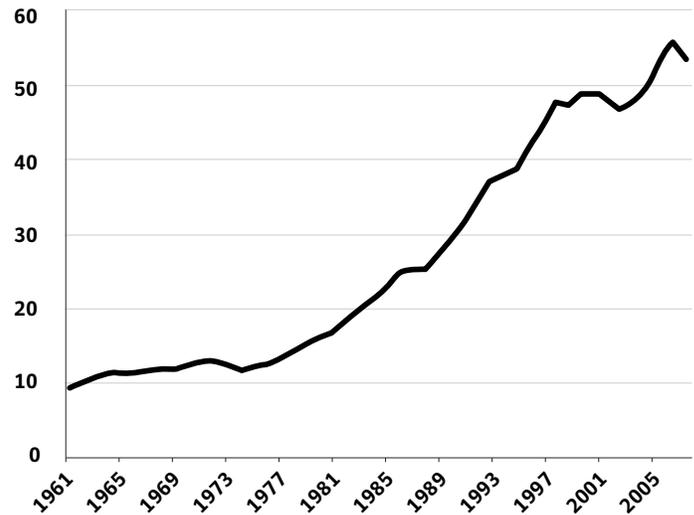
Il faut dresser un portrait nuancé des caractéristiques socio-économiques des nouvelles cohortes qui passent le cap des 65 ans. Même à la retraite, étant donné sa taille démographique, la génération du baby-boom continue de modifier des schémas de société.

D'abord, les vieux jours ne sont plus forcément synonymes de pauvreté comme c'était le cas à une époque encore récente. Bien que la pauvreté subsiste chez de nombreux et surtout de nombreuses aîné-e-s, les nouvelles personnes âgées ont, en tant que groupe, des moyens financiers inédits et le monde des affaires l'a bien remarqué. Un marché dédié aux personnes de 65 ans et plus s'est rapidement développé. En 2014, le journal britannique *Financial Times* dédiait un grand dossier à la « silver economy ⁸ ». On estime que le marché des baby-boomers dans le monde devrait valoir 15 000 mil-

liards de dollars en 2020⁹. Les entreprises qui œuvrent dans les secteurs des transports, des loisirs, des cosmétiques, de la finance, de l'immobilier, de la robotique, des technologies de l'information, de la sécurité affirment s'adapter à des consommatrices et consommateurs plus âgés en vue des prochaines décennies. Selon le Oxford Institute of Ageing, au Royaume-Uni, les personnes de plus de 50 ans possèdent 60 % de l'épargne¹⁰.

Cette santé financière dont bénéficient plusieurs repose notamment sur l'épargne accumulée par certains baby-boomers dans les derniers 40 ans, notamment par le biais des fonds de pension. Pour certains, la consommation de cette épargne durant la retraite est même désignée comme le nouveau « carburant » du capitalisme mondialisé¹¹. Le graphique 8 indique l'évolution au Canada de la valeur totale des régimes complémentaires de retraite par rapport au produit intérieur brut.

GRAPHIQUE 8 Croissance de la valeur marchande de l'actif financier des régimes complémentaires de retraite, Canada, 1961-2008, en % du PIB

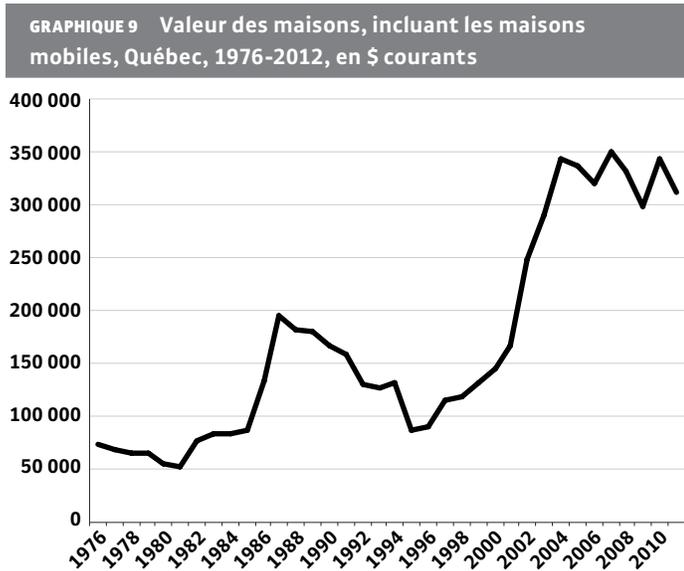


Source : Mathieu St-Onge, *La métamorphose des fonds de pension dans le contexte de la financiarisation du capitalisme avancé : le cas du Canada*, mémoire de maîtrise (sociologie), Université du Québec à Montréal, 2011, p. 142.

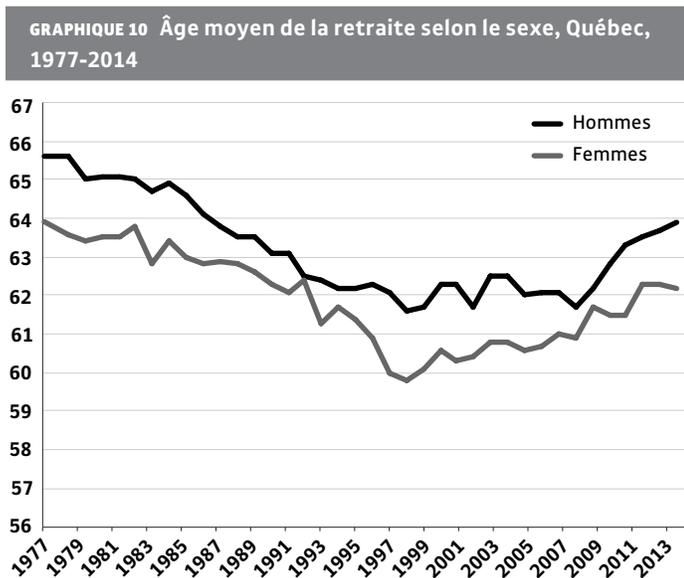
L'autre actif sur lequel peuvent compter de nombreux baby-boomers est une propriété. Pour plus de la moitié des Canadiennes et Canadiens, il s'agit du principal actif en leur possession¹². Le graphique 9 illustre comment cet actif a pris de la valeur au Québec depuis une quinzaine d'années.

Les nouvelles cohortes des 65 ans et plus demeurent par ailleurs dans la population active plus longtemps que les précédentes, comme l'indique le graphique 10. Plusieurs paient donc plus longtemps des impôts. Une fois passé l'âge de la retraite, elles contribuent d'autres façons à la société. Ces contributions continuent de prendre la forme d'impôts

sur le revenu lorsque ceux-ci sont suffisamment élevés, mais d'autres formes de contribution des 65 ans et plus comprennent le travail bénévole effectué dans leur communauté ou encore le support à leur famille.



Source : Statistique Canada, CANSIM, Tableau 026-001. Calculs des auteurs.



Source : Statistique Canada, *Enquête sur la population active*, 1976 à 2014

Autre changement, les héritages prennent peu à peu moins d'importance. Les baby-boomers tendent à dépenser davantage le patrimoine qu'ils et elles ont accumulé, ce qui inclut un soutien à leurs descendants pour l'achat d'une propriété, le financement d'études et d'autres dépenses¹³.

Tel que mentionné d'entrée de jeu, ce portrait n'a rien d'univoque et de nombreuses personnes parviendront à un âge avancé avec des revenus et un patrimoine qui les confineront à la pauvreté, à commencer par la plupart des femmes¹⁴. Les inégalités de revenus qui croissent dans la société québécoise depuis plusieurs années déjà pourraient s'accroître chez les personnes âgées étant donné les possibilités de travail qui s'offrent aux travailleurs et travailleuses qualifiés. Plusieurs d'entre eux, déjà mieux nantis, recevront de surcroît des incitatifs avantageux pour demeurer en emploi¹⁵.

Pour contenir la hausse des inégalités chez les populations âgées, des organisations demandent déjà aux gouvernements de relever le taux de remplacement de la Régie des rentes du Québec (RRQ) de 25 % à 50 % du revenu d'avant la retraite. Des associations de personnes âgées demandent également que le supplément de revenu garanti (SRV) soit lui aussi ajusté au profit des aîné-e-s dont le revenu est très faible. Certains évoquent la possibilité de recourir à un impôt sur l'héritage ou de rendre plus progressives les pensions de retraite pour limiter ces inégalités¹⁶.

En somme, le nouveau portrait des personnes de plus de 65 ans est très nuancé, voire même polarisé entre les retraité-e-s dont la santé financière est meilleure que jamais et toutes les autres personnes âgées, actuellement condamnées à la pauvreté pour leurs vieux jours. Les premiers seront plus actifs et continueront de payer des impôts et parfois de participer au marché du travail. Les politiques publiques pourraient d'ailleurs inciter les travailleurs et travailleuses qualifiés plus âgés à la formation des plus jeunes, confrontés à un marché du travail moins susceptible de les embaucher. Quant aux moins nantis des personnes âgées, elles doivent pouvoir bénéficier d'une redistribution de la richesse que l'État est le seul à pouvoir prendre en charge.

Le vieillissement et les coûts de la santé

Nous avons montré ailleurs pourquoi il est inexact d'affirmer que le gouvernement québécois a perdu le contrôle des dépenses de santé dans les dernières décennies¹⁷. En effet, les dépenses de santé gouvernementales ont été relativement stables depuis une trentaine d'années, oscillant près d'une moyenne historique à 7 %¹⁸. Mais qu'en est-il de l'avenir ?

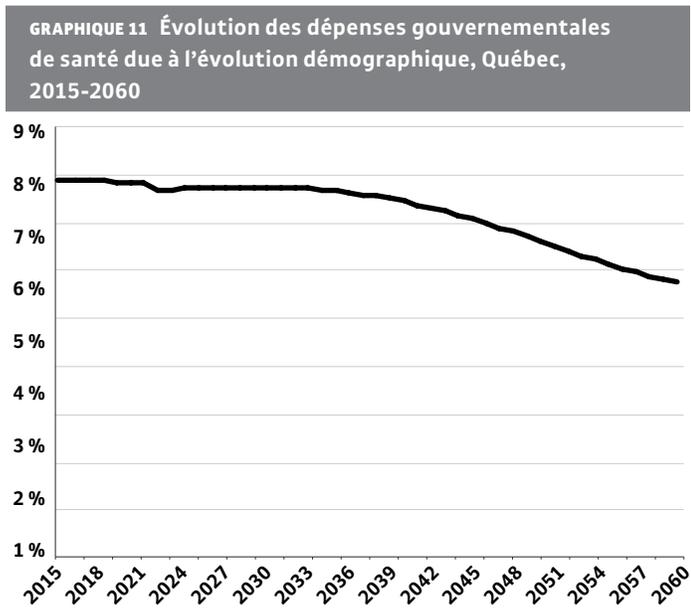
Certains affirment que le vieillissement de la population fera augmenter les coûts de la santé de façon insoutenable. Selon le Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), les coûts de la santé auront doublé entre 2013 et 2030, sous l'effet du vieillissement de la population et de l'accroissement des coûts structurels de santé¹⁹. Selon ces projections, les dépenses publiques de santé atteindront alors 13,5 % du PIB (comparativement à 8,4 % en 2013) en plus d'accaparer 70 % du budget du Québec.

Nous avons réalisé nos propres estimations de ce que pourrait être l'évolution des dépenses de santé. Ce type de prévision est périlleux étant donné le nombre de variables susceptibles de modifier la tendance. L'exercice a néanmoins permis de montrer pourquoi les projections du CIRANO sont excessivement pessimistes sur la soutenabilité des dépenses de santé.

LES VARIABLES

Dans cette démarche, nous avons reproduit une autre étude, celle de l'économiste Marc Lee du Centre canadien de politiques alternatives (CCPA)²⁰. En 2007, Lee parvenait à la conclusion que l'effet du vieillissement sur les dépenses gouvernementales de santé au Canada ne les rendait pas insoutenables et qu'elles diminueraient même en pourcentage du PIB si l'on excluait les coûts structurels de la santé²¹.

Nous avons refait les calculs de Lee pour le Québec²². Les résultats de base apparaissent au graphique 11.



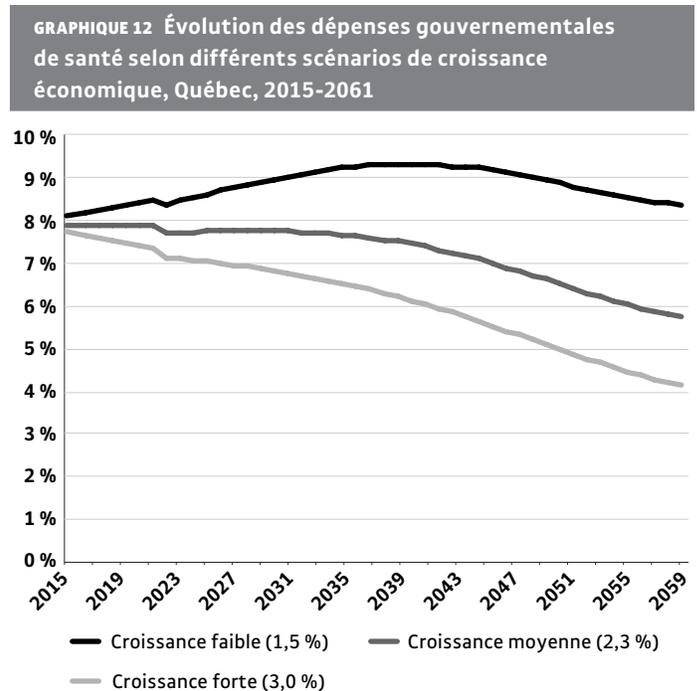
Sources : ISQ ; Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013, série de tableaux B et E ; Marc Lee, *How Sustainable is Medicare*, Rapport de recherche, Centre canadien de politiques alternatives (CCPA), septembre 2007, www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National_Office_Pubs/2007/How_Sustainable_is_Medicare.pdf ; *op. cit.* Calculs des auteurs.

La courbe qui apparaît dans le graphique 11 est le résultat de la combinaison de variables dont nous avons choisi pour chacune les prévisions moyennes, notamment l'accroissement démographique (scénario de référence de l'ISQ) et la croissance du produit intérieur brut (PIB) (2,3 % annuel). Voyons ces indicateurs un à un pour mieux saisir le contenu de cette hypothèse, évaluer comment ils pourraient évoluer, pour ensuite isoler l'effet du vieillissement.

En premier lieu, il faut déterminer les variables démographiques, en l'occurrence les effets de l'accroissement et du vieillissement de la population. Nous avons vu plus haut que la population active du Québec ne connaîtra pas la baisse anticipée par Godbout et autres, étant données les dernières prévisions publiées par l'ISQ. Ces changements réduisent la pression exercée par l'évolution démographique sur les finances publiques.

Plus la population grandit et plus les besoins de soins de santé augmentent. Toutefois, plus la population active s'accroît et plus la croissance économique tend à augmenter elle aussi et modère par conséquent l'effet de l'accroissement populationnel sur la part des ressources publiques consacrée à la santé.

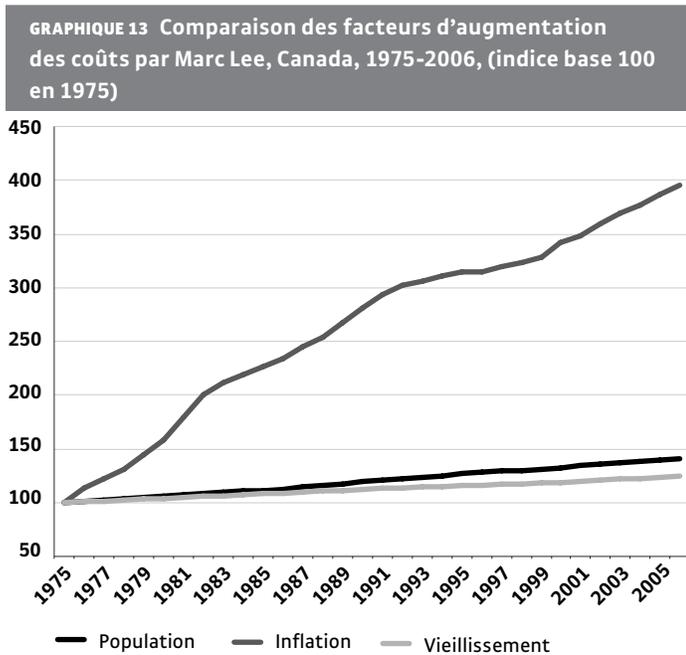
En deuxième lieu, il faut déterminer différents scénarios de croissance économique. Nous avons retenu trois scénarios de croissance réelle: faible (1,5 %), moyenne (2,3 %) et élevée (3 %). Dans le budget du Québec 2015-2016, les cibles de croissance étaient de 1,5%²³ alors que les prévisions du Conference Board étaient de 1,6%²⁴. Le graphique 12 montre l'impact important que peut avoir la croissance économique sur le niveau des dépenses de santé. Advenant une croissance faible (1,5 % par année), les coûts de la santé pourraient augmenter au-delà de 9 % du PIB avant de redescendre à la fin des années 2030. Si au contraire la croissance annuelle correspond aux prévisions moyennes (2,3 % par an) ou fortes (3 %), les dépenses de santé diminueraient en pourcentage du PIB.



Source : ISQ, *op. cit.* ; ICIS, *op. cit.* ; Lee, *op. cit.*. Calculs des auteurs.

En somme, la croissance économique a un impact important sur la part de l'activité économique consacrée à la santé. Néanmoins, même si le scénario de croissance plus faible devait se réaliser, l'évolution démographique ne provoquerait pas une perte de contrôle des dépenses de santé.

L'évolution du niveau des prix aura aussi un impact sur l'évolution des coûts de la santé. De fait, pour Marc Lee, l'inflation est la variable ayant eu le plus grand impact sur cette évolution dans le dernier quart du XX^e siècle et au début des années 2000. Le graphique 13 montre les principaux facteurs d'augmentation des coûts de la santé au Canada entre 1975 et 2005, tels que compilés par Lee. On constate que c'est effectivement l'inflation qui a joué le plus grand rôle dans l'évolution des dépenses de cette période.



Source : Lee, *op. cit.*, p. 6.

L'inflation se situe actuellement à des niveaux historiquement bas, déjouant de nombreuses prévisions économiques. L'inflation appliquée aux coûts de la santé est habituellement supérieure à l'indice des prix à la consommation. Nous avons néanmoins retenu des niveaux d'inflation conservateurs pour réaliser nos prévisions. Nous avons conservé un taux d'inflation à 2,0 % ainsi qu'un taux d'inflation appliqué à la santé de 2,4 %, ce qui correspond aux projections de l'Institut du Québec²⁵.

L'EFFET ISOLÉ DU VIEILLESSEMENT

Voyons maintenant quelle pourrait être la part isolée du vieillissement dans l'évolution des dépenses de santé.

La réalisation de ce qui était le scénario fort de l'ISQ dans les prévisions antérieures (voir la sous-section « Vieillessement et

population active » à la page 4) réduira dans les prochaines décennies la *proportion* anticipée de personnes âgées de 65 ans et plus au sein de la population. Elle ne modifie toutefois pas le *nombre* absolu de personnes âgées de 65 ans et plus.

Or, même si la proximité du décès fait bien davantage hausser les coûts de la santé par individu que le simple fait d'avoir atteint l'âge de 65 ans²⁶, et même si les coûts de santé par personne pour les 65 ans sont plus bas aujourd'hui que ce qu'ils étaient par le passé²⁷, le vieillissement de la population contribue néanmoins à la hausse des coûts. La difficulté est alors de déterminer quelle sera exactement l'incidence de cette variable sur l'évolution globale des dépenses.

À ce stade-ci, en supposant une évolution démographique correspondant au scénario de référence de l'ISQ et une croissance économique moyenne, il est possible d'isoler l'impact du vieillissement sur l'évolution des coûts de la santé.

Selon nos calculs, le vieillissement de la population ne compte pas pour plus de 1,28 % dans l'évolution des coûts de la santé. Par ailleurs, plutôt que d'atteindre 60 milliards de dollars, comme le jugeait probable le CIRANO, nos projections annoncent plutôt des dépenses de santé qui avoisinent en 2030 les 45 milliards de dollars une fois soustraite l'inflation. Dans ses prévisions, le CIRANO affirmait que 39 % de l'augmentation des coûts de santé entre 2013 et 2030 seraient dus au vieillissement, soit 2,3 % annuellement. Ce chiffre est trop élevé. En comparaison, l'Institut canadien d'information en santé (ICIS), en s'appuyant sur des données recueillies sur une plus longue période²⁸, envisageait un taux d'augmentation dû au vieillissement d'un maximum de 1,2 %, soit un tiers plus élevé que ce qu'il a été durant les années 2000. Cette projection apparaît plus proche de la réalité.

Cette révision à la baisse de l'effet du vieillissement semble également se confirmer alors que l'Institut du Québec présentait récemment des projections attribuant 1,1 % à la part d'augmentation des coûts de la santé explicable par le vieillissement de la population²⁹.

Ultimement, ces constats sont similaires à ceux qui ont été réalisés maintes fois durant les dernières années, à savoir que le vieillissement de la population à lui seul ne jouera pas un rôle déterminant dans l'évolution des dépenses de santé. Prise isolément, cette variable, sur laquelle il n'y a guère possibilité d'exercer un contrôle politique, n'empêcherait pas le maintien des services actuellement offerts. D'autres facteurs pourraient avoir néanmoins un impact non négligeable, comme l'évolution des coûts structurels. Nous les verrons dans la prochaine sous-section avant d'aborder les ajustements publics possibles qui permettraient de mieux absorber les effets du vieillissement de la population.

COÛTS STRUCTURELS

Si l'on veut s'interroger plus avant sur les projections des coûts de la santé, il faut également s'intéresser à l'évolution d'une

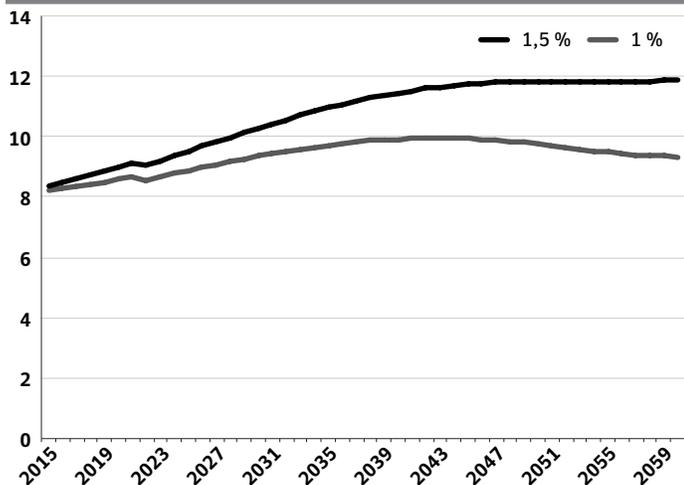
autre composante de l'augmentation des dépenses, celle des coûts structurels. Si le calcul des effets de l'augmentation de la population et de son vieillissement permet d'estimer la hausse des dépenses requises pour maintenir un même niveau de soins, l'accroissement des coûts structurels reflète quant à lui les dépenses requises pour intensifier ou élargir les services de santé offerts à la population.

Une différence de taille entre les variables énumérées précédemment et celle des coûts structurels est que cette dernière catégorie est le résultat direct de choix politiques. Ils ne constituent pas une fatalité mais sont plutôt le résultat de décisions collectives.

Les projections les plus alarmistes du CIRANO sont fondées sur des coûts structurels qui augmentent à un rythme annuel de 2,1 %, en se basant sur les données des années 2004 à 2010. Marc Lee évoque pour sa part deux scénarios, à 1 % et 2 %. Le fiscaliste Luc Godbout met de l'avant un taux de croissance des coûts structurels à 1,5 % tandis que l'Institut du Québec fixait ces coûts, en 2015, à 1 %. Nous avons opté pour deux scénarios, soit 1 % et 1,5 %.

Le graphique 14 montre qu'en ajoutant cette variable, les dépenses de santé augmenteraient. Pour des coûts structurels en hausse de 1 % par année, l'augmentation atteindrait 10 % aux alentours de 2040 avant d'entreprendre un déclin. Le graphique montre que des coûts structurels qui augmenteraient de 1,5 % par année seraient plus lourds à soutenir puisqu'ils se stabiliseraient à 12 % du PIB, soit largement au-delà de la moyenne historique.

GRAPHIQUE 14 Évolution des dépenses gouvernementales de santé selon deux scénarios de croissance annuelle des coûts structurels, Québec, 2015-2060, en %



Source : ISQ, *op. cit.* ; ICIS, *op. cit.* ; Lee, *op. cit.* Calculs des auteurs.

Les coûts associés à ce dernier scénario pourraient s'avérer prohibitifs, mais la volonté d'élargir ou non à ce niveau les dépenses dépendrait ultimement à la fois du niveau de

services de santé souhaité collectivement ainsi que du contenu des nouveaux services envisagés. Il y a fort à parier que la possibilité de payer pour de nouveaux médicaments dont l'impact thérapeutique n'apporte rien de nouveau justifierait plus difficilement la hausse des coûts structurels comparativement à une nouvelle technologie dont les effets bénéfiques sont larges et reconnus. Qui plus est, l'élargissement de soins de santé gouvernementaux pourrait se traduire par une diminution des services de santé privés dont les ménages assument présentement les coûts en payant de leurs poches ou via un assureur privé. Notons également que ces chiffres ne sont pas aussi élevés que ceux que nous avons cités plus haut en provenance du CIRANO (qui dépassaient 13 %).

Nous avons vu comment plusieurs facteurs jouent sur l'évolution des coûts de la santé et que le vieillissement n'apparaît pas comme le plus important. Si maintenir un strict contrôle des coûts de la santé s'avère une priorité au Québec, il faudra plutôt cibler les éléments qui ont un plus fort impact sur l'évolution de ces coûts, notamment l'effet de l'évolution technologique sur les dépenses de santé.

Préparer l'évolution démographique

Plutôt que de céder aux discours catastrophistes sur le vieillissement de la population, qui insinuent que l'État n'est pas en mesure d'opérer graduellement les changements requis par l'évolution de la démographie du Québec, il est plus justifié de choisir maintenant et sereinement les politiques publiques qui permettront d'y répondre. À ce titre, nous identifions deux pistes d'action : une première portant sur l'évaluation des technologies et une seconde en matière d'hébergement et d'autonomie.

LES TECHNOLOGIES

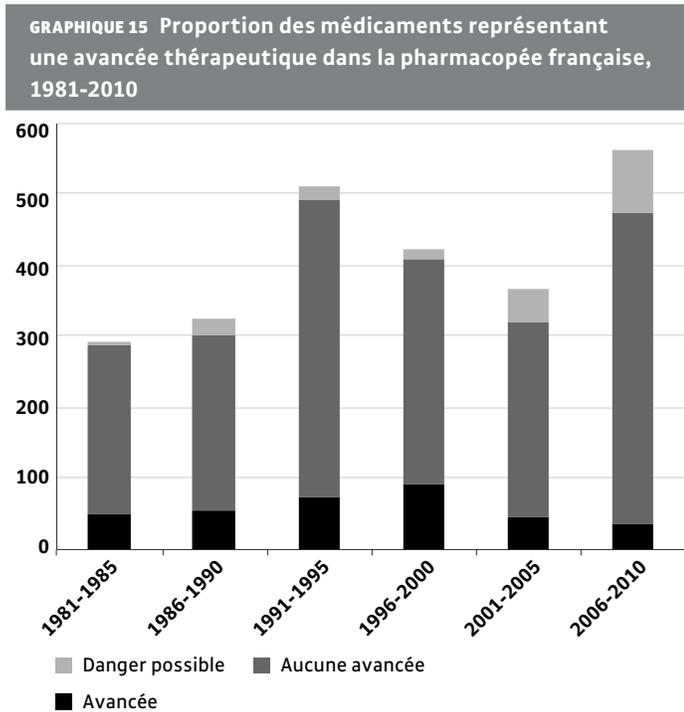
L'évolution des dépenses de santé dépendra davantage du coût des technologies en général que du vieillissement au sens strict. Les avancées technologiques peuvent dans certains cas réduire les dépenses de santé lorsqu'elles permettent de simplifier des traitements ou encore de guérir définitivement une maladie. Dans d'autres situations, la technologie exerce une pression à la hausse sur les coûts, lorsque par exemple l'innovation réduit l'intensité de symptômes sans permettre une guérison. Dans les deux cas, il s'agit d'avancées appréciables, mais dont l'effet est différent sur l'évolution des dépenses.

La pharmacopée est la première technologie à placer au cœur d'une révision des politiques publiques. Les personnes âgées consomment davantage de médicaments, et ce poste de dépenses est celui qui a le plus contribué à l'augmentation des coûts de santé, tant publics que privés, depuis 30 ans³⁰.

Le prix des médicaments s'est régulièrement retrouvé au centre des débats ces dernières années, puisque la politique

actuelle s'est avérée un échec tant du point de vue des dépenses que de l'innocuité des produits en cause. Nous avons montré ailleurs quelles sont les économies que le Québec et le Canada pouvaient espérer réaliser en effectuant des analyses plus serrées des produits pharmaceutiques et en négociant réellement leur prix avec les entreprises qui les fabriquent³¹.

Ces analyses publiques sont nécessaires pour départager l'essentiel du factice parmi les nouveaux projets de médicaments. Le graphique 15 indique comment les avancées technologiques réelles sont devenues rares dans ce secteur : l'industrie pharmaceutique a adapté son fonctionnement en créant de nouvelles marques de médicaments sans que ceux-ci n'apportent de nouveautés pour la plupart. En 2009, en France, pour 103 nouveaux médicaments, on estime que 3 seulement comportaient une avancée. Parmi les autres, 95 n'apportaient rien de neuf et 19 ont même été jugés dangereux.



Source : Revue *Prescrire* (#213 p. 59; #224 p. 56, #280 p. 142; #304 p. 139; #316 p. 139).

Mais le modèle d'affaires des entreprises pharmaceutiques est à nouveau en train de muter, puisque de moins en moins d'États acceptent, contrairement au Québec, de rembourser au prix fort des médicaments qui n'apportent rien de neuf. Les grandes multinationales de ce domaine investissent désormais le champ des « médicaments de niche ». Chacun de ces nouveaux produits spécialisés est destiné à un nombre très restreint de patient·e·s. Comme le coût de leur développement est toutefois très élevé, ces médicaments spécialisés peuvent accaparer 25 % des coûts totaux de pharmacopée tout

en correspondant à seulement 1 % des prescriptions³². Qui plus est, leurs résultats sur la santé des patient·e·s sont limités ou incertains. « En oncologie par exemple, ils ne rallongent parfois l'espérance de vie du patient que de quelques semaines, mais font courir des risques d'effets indésirables graves et peuvent coûter plus de 100 000 \$ par patient et par année³³ ».

Qui plus est, l'augmentation de l'usage de médicaments tend à causer des problèmes liés à la polymédication. En effet, la multiplication de médicaments prescrits à quelqu'un peut entraîner une « cascade médicamenteuse », où de nouveaux médicaments sont requis pour soigner des maux reliés à la combinaison des premiers produits. Ces problèmes de santé qui découlent d'un mélange de traitements médicamenteux peuvent causer des hospitalisations et entraîner des coûts importants³⁴.

Des constats similaires ont été réalisés au fil des ans à propos des nouvelles chirurgies électives. Dans certains cas tristement célèbres, comme celui des opérations de cataracte en Colombie-Britannique, on s'est aperçu que l'augmentation des capacités de production en santé faisait augmenter la demande de soins, et non l'inverse³⁵. Or, l'utilisation de ces nouvelles technologies coûteuses ne permet d'améliorer la santé des populations que si les actes médicaux sont justifiés et utiles.

Le domaine de l'imagerie médicale est aussi régulièrement ciblé lorsqu'on aborde le thème du surdiagnostic, soit la tendance à transformer des bien portants en patients devant subir des traitements superflus, voire même contre-productifs pour la santé³⁶. Selon un regroupement de médecins québécois :

La surutilisation de l'imagerie diagnostique cause également plusieurs problèmes. Chacune des modalités présente des risques inhérents, comme l'exposition à la radiation [...] Pour tout examen d'imagerie, il existe aussi un risque de découvrir une anomalie non significative cliniquement (faux positifs), ce qui pourra entraîner de l'anxiété inutile et des examens complémentaires qui surchargeront le système et entraîneront d'autres coûts³⁷.

Au Québec, le nombre d'appareils d'imagerie s'est multiplié au fil des années mais leur utilisation est sous-optimale³⁸. Les chiffres montrent qu'en dépit de cette augmentation des capacités techniques, l'accès demeure difficile et le nombre d'exams réalisés par appareil tend à être plus faible que dans le reste du Canada. Sans planification conséquente et dans un contexte où le surdiagnostic affecte la pratique médicale, la multiplication de ces appareils de haute technologie ne correspond pas automatiquement à une hausse du bien-être de la population. Il est toutefois indéniable que cet ajout de matériel et la mixité de la pratique³⁹ ont servi les intérêts des médecins spécialistes les mieux rémunérés, soit les radiologistes, qui sont par conséquent plus incités à faire transiter les patients vers leurs cliniques privées qu'à réduire leurs listes d'attente dans le secteur public.

L'enjeu du surdiagnostic fait l'objet de travaux de l'Association médicale du Québec (AMQ), qui reconnaît un problème

«d'inflation diagnostique», où le surdiagnostic entraîne d'autres dérives médicales, telles que la surmédicalisation, la surdétention, l'obsession diagnostique et le surtraitement⁴⁰. Certains observateurs avancent que ces tendances génèrent des dépenses inutiles pouvant atteindre au Québec jusqu'à cinq milliards de dollars par an⁴¹.

En fin de vie, plutôt que d'accabler les patient·e·s par le surdiagnostic, des études ont montré que l'amélioration des soins palliatifs était susceptible de mieux contribuer à la qualité du bien-être des personnes⁴². À titre d'illustration, dans une lettre d'opinion publiée en février 2015, le Dr. Max Chochinov déplorait que l'on trouve toujours des cas où un patient est privé de morphine deux semaines avant son décès sous prétexte qu'il pourrait développer une dépendance⁴³. Le Québec s'est déjà engagé dans une voie visant à améliorer les soins de fin de vie avec l'adoption de la politique «Mourir dans la dignité». Le texte de cette loi québécoise, qui a reçu un aval unanime de la Cour suprême du Canada, comprend deux volets : l'aide médicale à mourir et les soins de fin de vie⁴⁴.

L'ensemble de ces enjeux relatifs aux nouvelles technologies est souvent lié au vieillissement et comporte des questions éthiques délicates. Celles-ci doivent faire l'objet de débats sains et démocratiques, qui s'appuient sur des données fiables et ne subissent pas l'interférence des campagnes de marketing diffusées par les géants de l'industrie de la santé. Des organisations publiques autonomes et des instances décisionnelles démocratisées constituent la seule voie permettant d'aboutir à une prise de décision légitime face à ces enjeux⁴⁵.

HÉBERGEMENT

L'autre priorité des pouvoirs publics au regard des politiques sociales et du vieillissement devrait être les soins à domicile et l'hébergement des personnes âgées.

Plusieurs motifs devraient dissuader les autorités de faire appel à une plus grande utilisation de l'hébergement privé. Le fort taux d'inoccupation des résidences pour personnes âgées indique comment cette industrie peine à correspondre aux besoins de personnes âgées⁴⁶. Certains regroupements voudraient pourtant que l'État subventionne le développement des résidences privées, ce qui n'apparaît pas comme un choix collectif responsable⁴⁷.

Les scandales à répétition survenus ces dernières années et le fait que les propriétaires de résidences privées jugent eux-mêmes trop lourde la réglementation révèlent des intérêts difficilement conciliables entre l'intérêt public et le secteur privé en matière d'hébergement des personnes âgées⁴⁸. Par ailleurs, en 2011, le rapport Lampron, commandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux à la suite de l'affaire de maltraitance à la Ressource intermédiaire du Pavillon Marquette, concluait à la difficulté de même assurer un suivi des contrats signés par des partenaires privés dans ce domaine⁴⁹.

Lorsqu'il était ministre, le gérontologue Réjean Hébert avait déposé un livre blanc sur une future assurance autonomie. Il s'agissait de créer un nouveau régime d'assurance visant à financer les besoins en soins à domicile et en hébergement à un âge avancé. Ce projet comportait toutefois deux problèmes importants et a par conséquent trouvé peu d'appuis dans la société québécoise.

D'abord, plutôt que de miser sur une assurance publique et universelle du type de celles qui fonctionnent bien (assurance hospitalisation et assurance maladie) en remplacement de l'actuel régime général d'assurance médicaments, le ministre Hébert proposait un système où les modalités du financement n'étaient pas précisées mais où la tarification des services était centrale.

En outre, la proposition d'assurance autonomie reposait sur une prestation par le secteur privé, reflétant donc une démission accrue de l'État vis-à-vis d'un pan complet de sa mission sociale. Conformément à une tendance apparue et développée au cours des 20 dernières années, la proposition du ministre Hébert confiait à des «entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD)» certaines responsabilités cruciales en matière d'aide domestique. Or, le fonctionnement de ces entreprises privées est associé à la dégradation des conditions de travail du personnel, qui a un impact direct sur la qualité des services⁵⁰. L'hébergement et les soins à domicile requièrent une politique globale publique mais celle-ci ne pourra servir l'intérêt collectif si elle reste enclavée dans le modèle néolibéral.

L'Institut de recherche en politiques publiques (IRPP) a pourtant élaboré une proposition d'assurance publique universelle pour garantir les sommes nécessaires à un accès équitable à des services d'hébergement, au moment où ils deviennent requis⁵¹. Selon cette étude, seule une assurance publique universelle permettrait d'éviter la fragmentation et les iniquités causées par la multiplication d'initiatives privées partielles et limitées de financement et de prestation. Un tel régime serait par ailleurs plus économique et permettrait de favoriser autant que possible le maintien à domicile.

Conclusion

Nous avons vu dans cette note socio-économique que le vieillissement de la population est un phénomène graduel et complexe dont les multiples effets sur la société requièrent nombre de nuances. Ce tour d'horizon permet de constater qu'une approche simpliste prédisant une catastrophe ne favorise pas la prise de décisions raisonnées et pourrait même contribuer au développement d'un sentiment d'animosité envers les personnes âgées.

Le vieillissement de la population n'est pas un phénomène québécois; il affecte tous les pays occidentaux et aura même un effet majeur dans les pays du Sud, qui connaissent pour la

plupart une transition démographique vers un processus similaire. D'ailleurs, la dernière révision des prévisions d'évolution démographique du Québec par l'ISQ a eu pour effet d'invalider certains scénarios catastrophes mis de l'avant dans les médias il y a quelques années à peine.

Nous avons vu également que le vieillissement – le fait que les êtres humains vivent plus longtemps – en plus d'être d'abord une bonne nouvelle, n'a rien d'une calamité mais nécessite des ajustements à l'organisation socio-économique de nos sociétés. Les scénarios alarmistes en la matière alimentent souvent les discours visant à élargir plus avant la privatisation des services et favoriser par conséquent les intérêts particuliers aux dépens de l'intérêt collectif.

En matière de santé plus précisément, l'évolution de l'ensemble des technologies, allant des médicaments à l'instrumentation ultramoderne, aura un impact plus important sur les dépenses que le vieillissement pris isolément. Les différents scénarios de croissance des dépenses que nous avons élaborés font état d'une situation qui peut être gérée adéquatement et dans le sens de l'intérêt collectif.

Face aux nouveaux besoins et aux ajustements désormais requis, le plus grand risque en matière de vieillissement concerne bien davantage l'idéologie néolibérale qui préside à la quasi-totalité des réformes étatiques et des changements dans les politiques publiques. Si l'État assume face à cet enjeu le rôle du promoteur de nouveaux marchés, il trouvera des acteurs intéressés pour intervenir mais le résultat ne sera soutenable ni financièrement, ni humainement. Face à ces risques de dérives, des services publics transparents et démocratisés demeurent la meilleure option pour l'ensemble de la population, allant des plus jeunes aux personnes les plus âgées.

Francis Fortier et Guillaume Hébert, chercheurs à l'IRIS

Notes de fin de document

- 1 Marcel BOYER, *La performance économique décevante du Québec au cours des 25 dernières années*, Institut économique de Montréal (IEDM), mai 2007, www.iedm.org/files/mai2007_fr.pdf; Lucien BOUCHARD et autres, *Pour un Québec lucide*, 19 octobre 2005, <http://bit.ly/1LR3Yp1>; Alain DUBUC, *Éloge de la richesse*, Montréal, Éditions Voix Parallèles, 2007, 336 p.; Luc GODBOUT et autres, *Oser choisir maintenant : Des pistes de solution pour protéger les services publics et assurer l'équité entre les générations*, Québec, Presses de l'Université Laval, avril 2007, 150 p.; Gérard BÉRUBÉ, « Choc démographique en vue », *Le Devoir*, 22 juillet 2009.
- 2 Guillaume HÉBERT, « Le Chaoulli de l'Ouest », *Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS)*, 17 avril 2014, <http://iris-recherche.qc.ca/blogue/le-chaoulli-de-louest>; Rod MICKLEBURG, « Part 1 : Is this private clinic surgeon a crusader or a criminal? », *The Globe and Mail*, 5 novembre 2010, www.theglobeandmail.com/news/national/time-to-lead/part-1-is-this-private-clinic-surgeon-a-crusader-or-criminal/article1318787; Sara CHAMPAGNE, « Vieillesse des baby-boomers : alerte au « tsunami gris » », *La Presse*, 23 août 2010, www.lapresse.ca/actualites/sante/2010/08/22/01-4308784-vieillesse-des-baby-boomers-alerte-au-tsunami-gris.php.
- 3 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ), *Le bilan démographique du Québec : Édition 2014*, décembre 2014, p. 40, www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2014.pdf.
- 4 ISQ, « Population par année selon l'âge, le sexe et le scénario », Tableaux, www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/population/index.html.
- 5 Les auteurs saluent la présence d'esprit de l'auteure du blogue économique Jeanne Énard pour avoir mis en relief ces changements entre les scénarios de l'ISQ.
- 6 L'ISQ fait des projections démographiques qu'elle présente sous forme de trois scénarios : faible, référence et fort. Le scénario de référence devient la projection principale de l'État québécois alors que les deux autres scénarios montrent quelle pourrait être l'évolution démographique si elle s'avérait plus faible ou plus forte que celle prévue par le scénario de référence.
- 7 GODBOUT et autres, *op. cit.*
- 8 Que l'on pourrait traduire par « économie argentée », une référence à la chevelure grise des personnes âgées. « Silver Economy », *Financial Times*, www.ft.com/intl/indepth/silver-economy (consulté le 25 mars 2015).
- 9 Henry FOY, « Companies target baby boomers and the \$15tn silver economy », *Financial Times*, 19 octobre 2014, www.ft.com/intl/cms/s/0/6059978c-5456-11e4-b2ea-00144feab7de.html#axzz3Tsjp9iPd.
- 10 Sarah HARPER, « Population Ageing : Decline of Youth », Présentation, Oxford Institute of Ageing, Université de Oxford, <http://bit.ly/1xrFgoy>.
- 11 « If Karl Marx were alive today, he would be in the British Library devouring everything he could find on pension funds : the new fuel of global capitalism ». Citation de Mike Davis en quatrième de couverture de Robin BLACKBURN, *Banking on Death, Or Investing in Life : The History and Future of Pensions*, Londres/New York, Verso, 2004, 552 p.
- 12 Chris BUTTIGIEG, *Une maison à soi ou un coussin pour la retraite ?*, Rapport, BMO, octobre 2012, p. 3, www.bmo.com/pdf/mf/prospectus/fr/12-1347_BMO_Retirement_Institute_Report_-_Q4_Cdn_Oct_FR_Final.pdf.
- 13 HSBC INSURANCE, *The Future of Retirement : The New Old Age*, 2007, 51 p.; HSBC INSURANCE, *The Future of Retirement : A balancing act*, 2015, 36 p.; Kiran STACEY, « Baby boomers spend the inheritance rather than pass it on », *Financial Times*, 21 octobre 2014, www.ft.com/intl/cms/s/0/9b4a7bfe-5933-11e4-9546-00144feab7de.html#axzz3Tsjp9iPd.
- 14 www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/vieillessement.pdf, p. 69.
- 15 « A billion shades of gray », *The Economist*, 26 avril 2014, www.economist.com/news/leaders/21601253-ageing-economy-will-be-slower-and-more-unequal-one-unless-policy-starts-changing-now.
- 16 Tanya POWLEY et Jane WILD, « The Silver Economy : Engineers lured back to fix 'skills crunch' », *Financial Times*, 3 novembre 2014, www.ft.com/intl/cms/s/0/6c028f9a-2df4-11e4-8346-00144feabdco.html?siteedition=intl#axzz3Tsjp9iPd.
- 17 Guillaume HÉBERT et Jennie-Laure SULLY, *Les dépenses de santé sont-elles hors de contrôle ?*, note socio-économique, IRIS, 11 février 2015, www.iris-recherche.qc.ca/publications/couts-sante.
- 18 *Ibid.*

- 19 Nicholas-James CLAVET et autres, *Les dépenses de santé du gouvernement du Québec, 2013-2030 : projections et déterminants*, Rapport, Série Scientifique, CIRANO, 12 p., www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2013s-45.pdf.
- 20 Marc LEE, *How Sustainable is Medicare*, Rapport de recherche, Centre canadien de politiques alternatives (CCPA), septembre 2007, www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National_Office_Pubs/2007/How_Sustainable_is_Medicare.pdf.
- 21 Les auteurs tiennent à remercier Marc Lee pour sa collaboration.
- 22 Sauf avis contraire, toutes les données des graphiques de la section 2 « Le vieillissement et les coûts de la santé » proviennent des projections démographiques de l'ISQ, *op. cit.*, Tableaux, et des « Tendances des dépenses nationales de santé, de 1975 à 2013 », Série de tableaux, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/documentfull/spending+and+health+workforce/spending/nhex_product_2014.
- 23 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Le plan économique du Québec*, Budget, mars 2015, www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2015-2016/fr/documents/Planeconomique.pdf.
- 24 Daniel FIELDS et autres, *Vers la fin des budgets écrits à l'encre rouge ? Défis et choix du Québec*, Institut du Québec, 2015, p. 21, www.conference-board.ca/Libraries/PUBLIC_PDFS/6948_VersLaFinDesBudgets_IDQ_RPT-FR.sflb.
- 25 Qui reprend les projections du Conference Board. Daniel FIELDS, *op. cit.*, p. 21.
- 26 Marc LEE, *op. cit.*, p. 11.
- 27 ICIS, *Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits*, Ottawa, 2011, https://secure.cihi.ca/free_products/health_care_cost_drivers_the_facts_fr.pdf. Le CIRANO explique pour sa part ne pas en avoir tenu compte dans ses calculs : Nicholas JAMES-CLAVET et autres, *op. cit.*, p. 12.
- 28 *Ibid.*, p. 18; *Ibid.*, p. 5.
- 29 Daniel FIELDS et autres, *op. cit.*, p. 21.
- 30 Guillaume HÉBERT et Jennie-Laure SULLY, *op. cit.*
- 31 Marc-André GAGNON, *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance médicaments*, Centre canadien de politiques alternatives (CCPA) et IRIS, 13 septembre 2010, 92 p.
- 32 Marc-André GAGNON, « Pourquoi les médicaments sont-ils si chers ? La dérive d'un modèle d'affaires », *Prescrire*, Conférence-débat Pilule d'Or Prescrire 2015, p. 1, www.prescrire.org/Docu/DownloadDocu/PDFs/PiluledOr2015_Gagnon.pdf.
- 33 *Ibid.*
- 34 Caroline SIROIS, *Gestion des problèmes reliés à la polymédication chez les personnes âgées*, présentation, Journées annuelles de santé publique, 26 novembre 2012, http://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2012/jasp2012_26nov_vieillissement_csirois.pdf.
- 35 Damien CONTANDRIOPOULOS, Régis BLAIS et Marie-Pascale POMEY, *De la difficulté de remplir une baignoire qui fuit*, mémoire déposé à la Commission des affaires sociales, Assemblée nationale du Québec, 23 mars 2006, p. 5, <http://bit.ly/1EUzIk2>.
- 36 H. Gilbert WELCH et autres, *Le surdiagnostic. Rendre malade les gens par la poursuite de la santé*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2012, 328 p.
- 37 MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR UN RÉGIME PUBLIC (MQRP), *La mixité en radiologie : Un modèle à deux vitesses en voie de propagation*, rapport, 2 mai 2012, p. 13, <http://mqrp.qc.ca/MQRP2012AGA.pdf>.
- 38 *Ibid.*, p. 15.
- 39 La mixité de pratique réfère à la possibilité pour les médecins de travailler simultanément dans le public et le privé.
- 40 ASSOCIATION MÉDICALE QUÉBÉCOISE (AMQ), *Le surdiagnostic : constats et plan d'action*, 1^{er} symposium sur le surdiagnostic, p. 1, www.amq.ca/images/stories/documents/mémoires/surdiagnostic-plan-action-fr.pdf.
- 41 Valérie BORDE, « Halte au surdiagnostic », *L'Actualité*, billet de blogue, 20 août 2014, www.lactualite.com/blogues/le-blogue-sante-et-science/halte-au-surdiagnostic/.
- 42 Marc LEE, *op. cit.*, p. 22.
- 43 Harvey Max CHIRINOV, « Canada failing on palliative care », *Toronto Star*, 18 février 2015, www.thestar.com/opinion/commentary/2015/02/18/canada-failing-on-palliative-care.html.
- 44 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Loi concernant les soins de fin de vie*, www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FS_32_0001%2FS32_0001.htm.
- 45 Marcy COHEN, *Democratizing Public Services : Lessons from other jurisdictions and implications for health care reform in BC*, Vancouver, CCPA, mars 2005.
- 46 SCHL, « Le taux d'inoccupation dans les résidences pour personnes âgées s'est établi à 10,3 % », Communiqué de presse, 27 juin 2013, www.cmhc-schl.gc.ca/fr/inso/sapr/co/2013/2013-06-27-0816.cfm.
- 47 <http://affaires.lapresse.ca/economie/201305/13/01-4650284-residences-privees-pour-personnes-agees-le-profit-dans-lautonomie.php>; http://quebec.huffingtonpost.ca/2015/02/21/et-si-nos-aines-finissaient-partout-payer-de-leur-poche_n_6726792.html.
- 48 Guillaume HÉBERT et autres, *La sous-traitance dans le secteur public : coûts et conséquences*, rapport de recherche, IRIS, 5 juin 2013, www.iris-recherche.qc.ca/publications/sous-traitance.
- 49 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Rapport d'enquête sur les événements entourant la fermeture du Pavillon Marquette et sur l'examen du processus d'attribution des places dans les ressources intermédiaires au Québec*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2011, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-830-02W.pdf>.
- 50 Bernard ENNUYER, « Les services de maintien à domicile et le métier d'aide à domicile, quel bilan après la loi Borloo de 2005 ? », *Gérontologie et société*, 2012, vol. 3, n° 143, p. 151-155.
- 51 Michel GRIGNON et Nicole F. BERNIER, *Financer les soins de longue durée : une assurance privée ou publique ?*, étude n° 39, Institut de recherche en politiques publiques (IRPP), 2013, <http://irpp.org/wp-content/uploads/2012/06/study-no39.pdf>.



IRIS

**Institut de recherche
et d'informations
socio-économiques**

L'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), un institut de recherche indépendant et progressiste, a été fondé à l'automne 2000. Son équipe de chercheur-e-s se positionne sur les grands enjeux socio-économiques de l'heure et offre ses services aux groupes communautaires et aux syndicats pour des projets de recherche spécifiques.

Institut de recherche et d'informations socio-économiques

1710, rue Beaudry, bureau 3.4, Montréal (Québec) H2L 3E7
514 789-2409 · www.iris-recherche.qc.ca

ISBN 978-2-923011-62-2 (PDF)

ISBN 978-2-923011-63-9 (version imprimée)