

Bienvenue au nouveau numéro de *Voir au-delà du risque*, la publication trimestrielle électronique de l'Institut canadien des actuaires (ICA). Chaque numéro présente les plus récentes réflexions actuarielles de spécialistes. Ci-dessous, Stéphane Levert fait le point sur la viabilité du système universel de soins de santé au Canada devant la montée en flèche des coûts et le vieillissement démographique. Nous avons la certitude que vous trouverez cet article instructif et inspirant, et nous vous incitons à le partager avec vos amis et collègues.

Pour sauver le système de soins de santé du Canada

Par Stéphane Levert, FICA, FSA

Le concept d'assurance-maladie – à savoir l'existence d'un système national de soins de santé financé principalement par les provinces – est bien ancré dans l'esprit des Canadiens, c'est presque même une fierté nationale. Le système est régi par la *Loi canadienne sur la santé* de 1984, qui impose aux provinces des normes minimales à respecter pour l'octroi de subventions fédérales. Il couvre, pour l'essentiel, les services hospitaliers et ceux des médecins, qui ont représenté 63 % du total des dépenses en 2014, soit 88,9 milliards de dollars. Les coûts sont en progression constante, et la hausse des dépenses des provinces en soins de santé ces dix dernières années a été supérieure de plus de 2 % du taux annuel d'inflation. La question du mode de financement, voire du contrôle des hausses des coûts

des soins de santé, fait l'objet d'importants débats et discussions au Canada. Même si les provinces et les territoires sont principalement responsables de la prestation des soins de santé, le gouvernement fédéral offre un soutien financier par le biais du Transfert canadien en matière de santé (TCS), qui finance actuellement 23 % des dépenses en soins de santé des provinces; cette part devrait tomber à 14,3 % d'ici 2037. À l'heure actuelle, les provinces consacrent 39 % du total de leurs revenus disponibles aux soins de santé.

J'ai produit un [document de recherche](#), en 2013, avec l'appui de la Society of Actuaries et de l'Institut canadien des actuaires¹. À la différence des autres études dans lesquelles on cherche à prévoir et à analyser les coûts

¹ LEVERT, Stéphane, « [Viabilité du système de soins de santé du Canada et répercussions sur la révision du Transfert canadien en matière de santé en 2014](#) », septembre 2013, Institut canadien des actuaires et Society of Actuaries. Stéphane s'est vu décerner le [2014 John Hanson Memorial Prize](#) par The Actuarial Foundation pour cette publication.

futurs du système de soins de santé au Canada d'un point de vue macroéconomique, j'ai appliqué une méthode démographique et des techniques actuarielles pour prendre en compte directement la hausse des coûts des soins de santé liés au vieillissement de la population. Voici les principaux résultats de ma recherche :

- En ne supposant aucun changement dans le taux de croissance des dépenses en soins de santé, on estime que les dépenses des provinces en soins de santé augmenteront, en raison de l'inflation et de l'accroissement de la population, à raison de 5,1 % par année en deça de l'inflation, passant de 39 %, à l'heure actuelle, à plus de 100 % du total disponible de leurs revenus provinciaux d'ici 2037.
- Les revenus totaux disponibles pour les provinces, à l'exclusion des transferts fédéraux, devraient augmenter à un taux annuel réel de 1,9 %.
- Même en supposant l'application de certaines mesures de la part du gouvernement afin de limiter les taux de croissance réels à 3,5 % – et ainsi réduire de 30 % les dépenses en soins de santé des provinces de 2037 –, les soins de santé absorberont quand même près de 70 % de la totalité des revenus dont disposeront les provinces d'ici 2037, comparativement à 39 % en 2014 (près de 90 % de leurs revenus autonomes, c.-à-d. non transférés par le gouvernement fédéral, 49 % en 2014).

Cela veut dire que les ressources dont disposeront les provinces pour financer leurs autres programmes ou pour rembourser le service de la dette seront encore plus réduites dans l'avenir.

MENACES À LA VIABILITÉ FUTURE DU SYSTÈME

La conjoncture de plusieurs facteurs nous amène à nous interroger sur la viabilité future du régime d'assurance-maladie tel que nous le connaissons aujourd'hui :

- La demande pour les services de soins de santé. Une société qui vieillit en est une qui a des besoins croissants en santé au fil du temps. Les personnes âgées et les nouveau-nés constituent les deux plus grandes cohortes de consommateurs de soins de santé. De fait, il faudra que le nombre de médecins augmente de près de 50 % au cours des 25 prochaines années pour pouvoir seulement suivre le rythme de l'augmentation de la demande due au vieillissement, à supposer qu'il n'y ait aucun changement dans le

mode de fourniture des soins. De plus, au fur et à mesure que l'espérance de vie continuera d'augmenter légèrement, surtout aux âges avancés, il est raisonnable de supposer qu'une vie plus longue peut entraîner une demande accrue pour des services de soins de santé prolongés.

- L'offre de services de soins de santé. L'inflation des soins de santé continue d'être supérieure à l'inflation générale en raison, en partie, des conditions négociées entre les professionnels de la santé et les gouvernements des provinces ainsi que du choix d'un mode de remboursement qui s'est avéré inefficace (principalement la rémunération à l'acte) pour limiter le nombre de services, ce qui a fait en sorte que les coûts réels ont accéléré plus vite que les revenus des provinces. Un phénomène que les économistes désignent sous le nom de demande induite par l'offre s'applique aux soins de santé : la société consomme autant d'unités de services médicaux qu'il y en a de disponibles (élasticité illimitée de la demande). Cette dynamique semble soutenir les tentatives des gouvernements de vouloir maîtriser l'offre afin de limiter les coûts des soins de santé.



LA PROMESSE DE NOUVELLES THÉRAPIES

La prestation des soins de santé connaît une évolution depuis l'arrivée de nouvelles pharmacothérapies, notamment des médicaments spécialisés qui permettent des traitements moins invasifs que l'intervention chirurgicale et, par conséquent, une plus courte convalescence. De plus, l'essor rapide des technologies du génome et leur plus grande accessibilité permettront aux médecins de prescrire des thérapies censées être plus efficaces. Il nous est aussi permis d'envisager le jour

où les maladies seront traitées avant l'apparition des symptômes.

Ce sont là sans doute de bonnes nouvelles pour les patients. Il se pourrait aussi que les nouvelles thérapies coûtent moins cher que les interventions chirurgicales traditionnelles. Par contre, cela se traduira par un transfert de la charge financière de l'État aux payeurs privés (compagnies d'assurance, employeurs ou patients), car les médicaments d'ordonnance prescrits en consultation externe ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux. La survie même des régimes collectifs privés d'avantages sociaux peut être en jeu, car les employeurs pourraient ne pas être en mesure de supporter la charge financière additionnelle

tout en restant compétitifs dans une économie globale. Certains mécanismes de mutualisation permettent de répartir les risques entre plusieurs payeurs; toutefois, leur couverture n'est pas universelle et ils n'ont pas d'incidence sur la hausse du coût des pharmacothérapies. Des groupes d'intérêt prônent l'instauration d'un régime national et universel d'assurance-médicaments, ce qui pourrait augmenter la charge financière des provinces.

CONCILIER COÛT ET QUALITÉ DES SOINS

Si nous voulons moderniser le système de soins de santé canadien, il ne fait aucun doute qu'il faudra y apporter des changements si nous voulons assurer sa viabilité. Plusieurs choix sont possibles, y compris les suivants :

Le coût et l'efficacité croissante des médicaments spécialisés

Certaines maladies ont longtemps été accompagnées d'un sombre pronostic pour les personnes qui les contractaient. Le cas le plus flagrant des dernières années a peut-être été celui du virus VIH, qui, jusqu'au milieu des années 1990, était associé à un fort taux de mortalité.

Les maladies comme le VIH ont donné lieu à la création de médicaments spécialisés. En règle générale, cette catégorie de médicaments est très efficace pour lutter contre les maladies pour lesquelles ils sont prescrits. Toutefois, leur champ d'action en matière de traitement est généralement limité : ils sont pratiquement inefficaces dans toute autre intervention. Pour cette raison, les coûts fixes élevés engagés pour le développement, l'essai et l'éventuelle mise en marché de ces produits doivent être répartis entre un sous-ensemble relativement restreint de la population, ce qui explique le coût très élevé de l'intervention.

À titre d'exemple, un ensemble de médicaments spécialisés qui s'attaquent au virus de l'hépatite C a été introduit, donnant des résultats remarquables et des espoirs de guérison. Le tableau ci-dessous illustre l'évolution de cette intervention.

Médicaments (catégorie)	Durée du traitement	Effets secondaires	Taux de réussite	Coût moyen
Peginterferon alfa-2b; Ribavirin (Pegatron) (interféron)	Jusqu'à 48 semaines	Effets chroniques graves (douleurs corporelles, déficit de concentration, frissons, dépression, etc.)	6 %	6 350 \$
Boceprevir (Victrelis) (inhibiteurs de protéase)	De 3 à 11 mois	Effets modérés à court terme (maux de tête, nausée, confusion, hématomes et saignements fréquents, etc.)	~70 %	20 000 \$
Ledipasvir and sofosbuvir (Harvoni) (Antiviral)	De 3 à 6 mois	Effets légers à court terme (fatigue, maux de tête, nausée, etc.)	90 %+	99 000 \$

Chacun de ces régimes est prescrit en consultation externe, ce qui fait passer les coûts du régime d'assurance-maladie aux patients ou aux assureurs privés. À l'heure actuelle, il n'existe aucun médicament générique pour les très efficaces inhibiteurs de protéase ou antiviraux, car ils sont toujours protégés par brevet. C'est pourquoi il n'existe guère de solutions de rechange à ces interventions très efficaces.

- Réduire les coûts et(ou) les avantages. Plusieurs mesures peuvent être envisagées, notamment le rationnement des services de soins de santé, particulièrement lorsque le patient ne suit pas les conseils du médecin (p. ex., observation de la pharmacothérapie, arrêt du tabagisme, exercice). L'idée de la gratuité des services pourrait être remise en question avec la mise en place d'une structure de quotes-parts ou de franchises qui prévoit des tickets modérateurs limités et, possiblement, de l'aide financière pour les démunis. L'accès à certains services pourrait être soumis à des critères de revenus. Les provinces peuvent aussi décider de miser davantage sur le secteur privé pour la fourniture de certains services de soins de santé ou compter davantage sur d'autres solutions à moindre coût pour dispenser les soins coûteux aux patients hospitalisés (soins à domicile, soins palliatifs, etc.). L'objectif global consiste à assurer la transparence du coût des soins aux patients et à réduire le risque moral subjectif.
- Informer et récompenser. L'octroi de subventions partielles pour une couverture privée pourrait aider à soulager financièrement le régime public de soins de santé. Cette façon de faire s'est avérée efficace pour le système d'éducation, et elle est aujourd'hui appliquée dans d'autres pays à l'égard des soins de santé : les patients qui reçoivent des soins du secteur privé, même si ces soins sont subventionnés par le secteur public, facilitent l'accès aux soins gratuits pour les plus démunis. De plus, l'état pourrait trouver des façons de récompenser les bonnes habitudes (visites périodiques chez le médecin, observation des ordonnances, etc.) et faire la promotion de programmes de bien-être (régime alimentaire, exercice, etc.). Comme autre solution, on pourrait instituer des programmes pour encourager les Canadiens à épargner en prévision de leurs éventuelles dépenses en soins de santé.

AUTRES INSTRUMENTS ÉCONOMIQUES

Outre le contrôle des coûts du système de soins de santé, les gouvernements provinciaux ont d'autres moyens à leur disposition, dont certains peuvent être impopulaires auprès des Canadiens, mais qui s'avéreront sans doute nécessaires. Il s'agit d'une hausse des impôts et des tarifs, ou d'une réduction des programmes sociaux

comme ceux touchant à l'éducation, au bien-être social ou aux infrastructures. Il faudra aussi résoudre des questions éthiques et sociales : une part importante des dépenses en soins de santé des particuliers a lieu durant les six derniers mois de vie, ce qui nous amène à nous interroger sur l'efficacité de ces investissements sociaux à même l'argent du contribuable.



Une autre solution consiste à stimuler l'économie pour la porter à un niveau où elle sera en mesure de supporter les coûts accrus du système de soins de santé. L'une des façons de réduire l'incidence des coûts croissants sur les budgets des provinces consiste à favoriser la croissance du produit intérieur brut (PIB). Une croissance réelle annuelle de 2,7 % du PIB est requise afin d'assurer la viabilité des niveaux actuels des prestations. Cependant, cette cible est extrêmement improbable, en raison de la croissance de la population active (0,4 % à l'avenir), ce qui, jumelé aux niveaux historiques des gains de productivité économique de 1,3 % mène à une croissance économique attendue de 1,7 % par année seulement. Il faudrait que les travailleurs canadiens produisent une unité économique supplémentaire pour chaque 100 unités qu'ils produisent à l'heure actuelle, sans que cela n'entraîne de coût économique additionnel, pour maintenir les budgets de soins de santé de 2037 près de leur niveau actuel par rapport aux budgets totaux des provinces.

CONCLUSION

L'avenir du système de soins de santé au Canada n'est guère prometteur, du moins dans sa forme actuelle. La difficulté tient au fait que le concept d'assurance-maladie, ou de médecine socialisée en général, est si ancré dans l'ADN des Canadiens qu'il sera difficile d'instaurer du changement. Ce changement sera encore plus difficile à apporter lorsque la population apprendra les mesures qu'il faudra prendre pour maintenir le système dans sa forme actuelle.

En raison des forts taux de croissance des dépenses en soins de santé, il sera quasiment impossible pour les provinces de pouvoir payer le service de leur dette, tout en finançant les autres services tels que l'éducation, le bien-être social et les infrastructures. En l'absence de changements importants – soit une croissance accrue du PIB, une hausse d'impôts, une forte limitation des hausses des coûts des soins de santé ou une réduction d'autres programmes publics –, le système des soins de santé canadien s'effondrera. Les recherches que j'ai effectuées démontrent que le gouvernement doit agir s'il veut assurer la viabilité du système. Les initiatives des gouvernements fédéral et provinciaux devraient viser à limiter les hausses futures des coûts des soins de santé, à accroître la productivité économique et à trouver des ressources financières, nouvelles ou supplémentaires, pour pouvoir supporter les principes qui sous-tendent la *Loi canadienne sur la santé* de 1984.



Stéphane Levert, FICA, FSA, est vice-président, assurance collective et nouvelles initiatives, chez SCOR Global Life. Un vétéran de 24 ans d'expérience dans l'industrie de l'assurance, ses responsabilités comprennent la réassurance collective, les prestations du vivant et les marchés d'affinités, ainsi que les solutions financières et de longévité pour le marché canadien. Il a pris part à plusieurs initiatives de l'industrie, le plus souvent associées au financement des programmes collectifs d'avantages sociaux et de sécurité sociale, en particulier dans le système de soins de santé canadien. Il siège aux commissions de l'ICA sur la santé, l'assurance collective et les positions publiques, et il est le délégué canadien au Comité de la santé de l'Association actuarielle internationale.