



Le Conference Board  
du Canada

The Conference Board  
of Canada

# Mesures en matière de politique fédérale visant à répondre aux besoins de santé de la population vieillissante du Canada.



## Table des matières

1. À propos du Conference Board du Canada.....	3
2. Sommaire .....	4
3. Introduction .....	5
3.1 Plan du rapport .....	5
3.2 L'état de l'infrastructure des soins aux aînés et des soins de longue durée au Canada .....	5
4. Les coûts du vieillissement de la population pour le système de santé du Canada .....	7
4.1 Introduction .....	7
4.2 Contexte .....	7
4.3 Méthode d'estimation .....	10
4.4 Résultats.....	11
5. Les coûts d'une couverture publique des médicaments sur ordonnance.....	13
5.1 Introduction .....	13
5.2 Dépenses en médicaments sur ordonnance – comparaison internationale .....	14
5.3 Méthode d'estimation .....	16
5.4 Résultats.....	16
6. Les coûts liés à la modification des crédits d'impôt pour aidants naturels et aidants familiaux .....	18
6.1 Introduction .....	18
6.2 Contexte .....	18
6.3 Méthode d'estimation .....	21
6.4 Résultats.....	23
7. Conclusion.....	24
8. Références .....	26

## 1. À propos du Conference Board du Canada

### Nous sommes :

<p>l'organisme de recherche appliquée indépendant et sans but lucratif le plus en vue au Canada;</p> <p>un organisme objectif et non partisan, qui ne défend pas d'intérêts particuliers;</p> <p>un organisme qui s'autofinance en vendant ses services aux secteurs public et privé;</p>	<p>des experts de l'organisation de conférences, mais aussi des spécialistes reconnus pour la qualité de leurs recherches, leurs publications et leurs méthodes de diffusion;</p> <p>un pôle d'attraction qui facilite le réseautage parmi les gens d'affaires et d'autres clients du secteur public et d'ailleurs, tout en soutenant le perfectionnement des compétences en leadership et le renforcement des capacités organisationnelles;</p> <p>des spécialistes des analyses et prévisions économiques ainsi que du rendement organisationnel et de la politique gouvernementale;</p>	<p>un organisme entièrement privé, mais souvent sollicité pour offrir ses services aux différents ordres de gouvernement;</p> <p>un organisme affilié, bien qu'indépendant du Conference Board établi aux États-Unis, qui dessert près de 2 000 entreprises réparties dans 60 pays et possède des bureaux à Bruxelles et à Hong Kong.</p>
---	--	---

### Notre mission

Nous travaillons à bâtir un avenir meilleur pour les Canadiens en favorisant le dynamisme et la compétitivité de notre économie et de notre société.

## 2. Sommaire

Le présent rapport examine les coûts associés à la mise en œuvre de trois changements de politiques fédérales à grande échelle, tous destinés à améliorer la qualité des soins fournis par le système de santé canadien et les résultats de santé des Canadiens.

Le premier changement proposé transférerait le financement supplémentaire du système de santé aux provinces et aux territoires par une prestation complémentaire au Transfert canadien en matière de santé (TCS) fondée sur des facteurs démographiques. Ce transfert couvrirait les coûts que le vieillissement de la population imposera vraisemblablement au système de santé. Le deuxième changement ferait en sorte que le gouvernement fédéral assumerait le coût complet des médicaments sur ordonnance pour tous les ménages canadiens lorsque ces coûts dépassent 1 500 \$ par année ou 3 % du revenu annuel. Enfin, le présent rapport évalue le coût de rendre remboursables les crédits d'impôt non remboursables pour aidants familiaux et pour aidants naturels.

Chacune de ces trois mesures viserait à absorber la hausse des coûts engagés par les provinces, les territoires et les personnes pour prendre soin de la population vieillissante du Canada. Les deux premières devraient coûter annuellement plus d'un milliard de dollars pour les cinq prochaines années, les coûts augmentant chaque année. Quant à la troisième, on s'attend à ce qu'elle diminue les revenus du gouvernement fédéral de plus de 90 millions de dollars la première année de sa mise en œuvre.

Deux constatations peuvent être tirées de cette étude. D'abord, il est évident que le vieillissement de la population canadienne aura un effet négatif important sur la position fiscale du pays au cours des années à venir (bien que seule la première partie de cette analyse traite du vieillissement en soi, ce facteur a une grande importance dans les coûts entraînés par les trois modifications proposées). Ensuite, le système de prestation de soins de santé au Canada diffère de plusieurs façons des systèmes des autres pays développés. Ces deux constatations sont pertinentes pour les responsables des politiques qui envisagent et mettent en œuvre des changements tels que ceux abordés dans le présent rapport.

## 3. Introduction

### 3.1 Plan du rapport

Le Conference Board du Canada a le plaisir de présenter ce rapport de recherche, qui s'intéresse aux contributions fédérales potentielles dans trois stratégies politiques distinctes, à l'Association médicale canadienne (AMC). Le présent document rend compte des résultats finaux de l'évaluation du Conference Board portant sur l'incidence fiscale pour le gouvernement fédéral si nous :

- 1) donnions du nouveau financement aux provinces et aux territoires par une prestation complémentaire au Transfert canadien en matière de santé fondée sur des facteurs démographiques, afin de couvrir les coûts que le vieillissement de la population imposera vraisemblablement au système de santé dans un avenir proche;
- 2) assumions le coût complet des médicaments sur ordonnance pour tous les ménages canadiens pour qui ces coûts dépassent 1 500 \$ par année ou 3 % du revenu annuel;
- 3) rendions remboursables les crédits d'impôt non remboursables pour aidants familiaux et pour aidants naturels.

Le corps du rapport est divisé en trois sections qui abordent les trois stratégies politiques mentionnées ci-dessus. Chacune résume la modification proposée, la met en contexte et décrit les enjeux qui la sous-tendent, explique la méthode employée par le Conference Board pour calculer l'incidence fiscale associée et présente les résultats finaux. Les observations finales sont exposées dans la conclusion.

### 3.2 L'état de l'infrastructure des soins aux aînés et des soins de longue durée au Canada

Dans un récent rapport, le Conference Board est parvenu à la conclusion que, bien que le Canada offre une gamme assez complète de services de santé destinés aux aînés, de nombreux problèmes actuels et futurs nécessitent une attention immédiate<sup>1</sup>. Il existe de grands écarts sur le plan des services de santé offerts aux aînés dans le pays, surtout en ce qui concerne l'assurance médicaments, les soins à domicile, les soins de longue durée et les soins palliatifs. Ces écarts sont en partie dus à des variations dans la couverture par les provinces des services ne relevant pas de la *Loi canadienne sur la santé*. De plus, l'accès aux services est inégal en raison de différences touchant les règles d'admissibilité ou les secteurs recherchés.

Si l'accès aux soins primaires s'est amélioré ces dernières années, on note encore de graves lacunes dans de nombreuses régions en matière de soins à domicile et de longue durée, ce qui peut allonger les

---

<sup>1</sup>Verbeeten, Astles et Prada. *Les services sociaux et de santé offerts aux aînés canadiens*.

temps d'attente. Ces lacunes privent beaucoup d'aînés des soins dont ils ont besoin pendant de longues périodes et augmentent la pression sur tous les aidants naturels et sur d'autres composantes du système de santé. Bon nombre d'aînés canadiens attendent déjà plusieurs mois avant d'obtenir une place dans un établissement de soins de longue durée<sup>2</sup>. Comme il a été mentionné, cette situation peut être pénible pour les aînés et leurs aidants naturels. Elle peut aussi se répercuter sur d'autres parties du système de santé. En effet, une grande partie des aînés qui attendent de recevoir leur congé de l'hôpital ne peuvent pas partir à cause du manque de capacités appropriées dans leur communauté ou leur établissement de soins de longue durée<sup>3</sup>, ce qui entraîne des temps d'attente pour les autres interventions de soins actifs et augmente les coûts des soins de santé. Comme la population du Canada continue de vieillir, cette situation risque d'empirer. D'après une prévision précédente du Conference Board, le nombre de lits de soins de longue durée manquants pourrait atteindre 38 000 d'ici 2020, un problème qui coûterait plus de 10 milliards de dollars à résoudre<sup>4</sup>. Les services de soins palliatifs sont aussi insuffisants. Seule une minorité des aînés qui en ont besoin y ont accès, et même dans ce cas, ils reçoivent généralement des services disparates, mal coordonnés et déroutants.

Au fur et à mesure que notre population vieillira, le déséquilibre entre l'offre et la demande grandira, ce qui augmentera la pression sur le système déjà tendu ainsi que sur les Canadiens et leurs familles. La capacité des provinces de surmonter efficacement ces difficultés sera compromise par l'incidence négative du vieillissement sur les coûts des soins de santé. Il est nécessaire d'examiner d'autres possibilités qui pourraient permettre au gouvernement fédéral de soulager une partie de la pression que les tendances démographiques actuelles exercent sur les systèmes de santé, les patients et les familles.

---

<sup>2</sup>Verbeeten, Astles et Prada. *Les services sociaux et de santé offerts aux aînés canadiens*.

<sup>3</sup>Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au Canada 2011*.

<sup>4</sup>Conference Board du Canada. Recherche non publiée commandée par l'AMC, janvier 2013.

## 4. Les coûts du vieillissement de la population pour le système de santé du Canada

### 4.1 Introduction

La présente section expose une estimation de ce qu'il en coûterait au gouvernement fédéral pour établir une nouvelle prestation complémentaire au Transfert canadien en matière de santé fondée sur des facteurs démographiques. Le but de cette prestation serait de verser une indemnité annuelle aux provinces pour les coûts de soins de santé supplémentaires attribuables au vieillissement de leur population. Ces coûts ont été évalués pour les provinces, les territoires et le Canada en entier pour chaque année de 2016 à 2020. Les données démographiques ont été tirées de la projection démographique standard du Conference Board, et les dépenses ont été projetées en fonction des données sur les dépenses en soins de santé par habitant de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

L'arrivée des baby-boomers dans les cohortes démographiques les plus âgées marquera un vieillissement considérable de la population canadienne. La demande de soins de santé est beaucoup plus grande dans ces groupes d'âge; le vieillissement de la population fera donc augmenter la demande globale, étant donné qu'une plus grande proportion de la population en fera partie. Ainsi, les coûts augmenteront pour le système de santé.

Plusieurs programmes provinciaux de prestations complémentaires ont été proposés pour faire face au vieillissement de la population. Selon l'analyse effectuée ici, le gouvernement fédéral transférerait à chaque province les coûts des soins de santé supplémentaires attribuables au changement de composition de la population par rapport à l'année précédente.

### 4.2 Contexte

#### 4.2.1 Le Transfert canadien en matière de santé

Le Transfert canadien en matière de santé (TCS) est le plus important transfert fédéral aux provinces et aux territoires. Il s'agit d'un transfert global de fonds<sup>5</sup> à chaque province et à chaque territoire selon un montant par habitant. Les versements sont conditionnels – ils doivent être utilisés pour appuyer les principes des soins de santé publics, tels qu'ils sont exposés dans la *Loi canadienne sur la santé*. Le TCS

---

<sup>5</sup>Par le passé, le TCS comprenait à la fois des transferts de fonds et de points d'impôt. Depuis 2014-2015, les transferts provinciaux et territoriaux du TCS sont seulement attribués selon un montant égal de fonds par habitant.

## Mesures en matière de politique fédérale visant à répondre aux besoins de santé de la population vieillissante du Canada

s'élevait à 32,1 milliards de dollars pour l'année financière 2014-2015, et devrait atteindre 34 milliards en 2015-2016<sup>6</sup>.

On s'attend à ce que les montants totaux du TCS augmentent à un rythme annuel de 6 % jusqu'en 2016-2017. À partir de 2017-2018, ils augmenteront proportionnellement à la moyenne mobile sur trois ans de la croissance du produit intérieur brut nominal, et le financement augmentera d'au moins 3 % par année.

Le Conference Board estime que la croissance du TCS sera en moyenne de 4 % par année au cours de la prochaine décennie, ce qui ne sera vraisemblablement pas assez pour suivre la hausse des coûts des soins de santé, étant donné le vieillissement de la population. L'effet de répartition est aussi notable. Le vieillissement touchera certaines provinces beaucoup plus que d'autres, et, comme la formule d'attribution du TCS est fondée sur la taille de la population sans prendre en compte la composition, le transfert ne pourra peut-être pas verser une indemnité adéquate aux provinces dont les coûts de soins de santé sont les plus élevés.

### 4.2.2 Exemples internationaux de l'incidence de l'âge dans le financement en santé

Bien que la relation entre l'âge et les coûts des soins de santé ait été démontrée au Canada<sup>7</sup>, l'âge n'est pas explicitement utilisé comme facteur pour déterminer les parts du transfert. Beaucoup d'autres gouvernements centraux dans le monde utilisent toutefois cette donnée dans leurs formules d'attribution<sup>8</sup>. Le tableau 1 de la page suivante résume les facteurs utilisés pour les transferts en santé dans certains pays.

---

<sup>6</sup>Ministère des Finances du Canada. *Soutien fédéral aux provinces et aux territoires*.

<sup>7</sup>Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*.

<sup>8</sup>Glassman et Sakuma. *Intergovernmental Fiscal Transfers for Health: Overview Framework and Lessons Learned (Transferts financiers intergouvernementaux en matière de santé : un aperçu du cadre conceptuel et des leçons apprises)*.



Mesures en matière de politique fédérale visant à répondre aux besoins de santé de la population vieillissante du Canada

Tableau 1 – Facteurs utilisés pour les transferts en santé dans certains pays

<b>Prestation complémentaire fondée sur les besoins dans les transferts généraux</b>	
<b>Pays</b>	<b>Facteurs</b>
<b>Belgique</b>	Âge, sexe, chômage, invalidité
<b>Finlande</b>	Âge, invalidité, éloignement, assiette fiscale locale
<b>Allemagne</b>	Âge, sexe
<b>Pays-Bas</b>	Âge, sexe, urbanisation, revenu de base
<b>Suisse</b>	Âge, sexe, région, revenu
<b>Transferts fondés sur les besoins pour les services principaux</b>	
<b>Pays</b>	<b>Facteurs</b>
<b>Danemark</b>	Âge, enfants de familles monoparentales
<b>Angleterre</b>	Âge, sexe, mortalité, chômage, aînés vivant seuls
<b>France</b>	Âge
<b>Italie</b>	Âge, sexe, mortalité
<b>Norvège</b>	Âge, sexe, mortalité, faible poids à la naissance
<b>Écosse</b>	Âge, sexe, mortalité, coûts ruraux
<b>Suède</b>	Âge, personnes vivant seules, situation d'emploi, logement
<b>Pays de Galles</b>	Âge, sexe, mortalité, coûts ruraux
<b>Portugal</b>	Fardeau morbide (diabète, hypertension, SIDA, tuberculose)
<b>Espagne</b>	Flux transfrontalier
<b>Transferts utilisant des indices composés fondés sur une analyse des composantes principales</b>	
<b>Pays</b>	<b>Facteurs</b>
<b>Brésil</b>	Mortalité infantile; mortalité de 1 à 64 ans; mortalité à partir de 65 ans; taux de mortalité liée à des maladies infectieuses et parasitaires; taux de mortalité liée à la néoplasie; taux de mortalité liée à des maladies cardiovasculaires; pourcentage de mères adolescentes; taux d'analphabétisme; pourcentage de foyers sans installations sanitaires; pourcentage de foyers sans eau courante; pourcentage de foyers sans collecte des ordures
<b>Afrique du Sud</b>	Pourcentage de sexe féminin; pourcentage d'enfants de moins de cinq ans; pourcentage vivant en milieu rural; pourcentage de personnes de plus de 25 ans sans éducation; pourcentage de chômeurs; pourcentage vivant dans des habitations traditionnelles, des huttes ou des tentes; pourcentage sans eau courante dans la maison ou sur le terrain; pourcentage sans collecte des ordures; pourcentage sans accès au téléphone; pourcentage sans accès à l'électricité; pourcentage vivant dans un ménage dont le chef est une femme

Source : Adapté de Glassman et Sakuma. *Intergovernmental Fiscal Transfers for Health: Overview Framework and Lessons Learned (Transferts financiers intergouvernementaux en matière de santé : un aperçu du cadre conceptuel et des leçons apprises)*.

### 4.3 Méthode d'estimation

#### 4.3.1 Approche générale

La procédure suivante a été utilisée pour obtenir une estimation du coût du vieillissement de la population au Canada.

1. La moyenne des dépenses en santé a été projetée par groupe d'âge jusqu'en 2020.
2. La variation des dépenses en santé attribuables au vieillissement d'une année à la suivante a été calculée à partir de ces projections. Ce calcul a été fait par la comparaison de deux scénarios – avec et sans vieillissement de la population – pour chaque province et chaque territoire canadiens et pour chaque année de 2016 à 2020.
3. Les coûts supplémentaires annuels du vieillissement à la grandeur du Canada de 2016 à 2020 ont été calculés comme étant la somme des valeurs trouvées à l'étape 2 pour toutes les provinces.

#### 4.3.2 Attribuer les coûts des soins de santé supplémentaires au vieillissement

L'étape la plus importante – et la plus difficile – de la procédure décrite ci-dessus était le calcul de la variation des dépenses en santé due au vieillissement (étape 2) pour chaque année par rapport à la précédente. Il a été effectué comme suit :

- a) Pour chaque province ou territoire et chaque année de 2016 à 2020, la moyenne des dépenses en santé par habitant a été calculée selon deux scénarios :
  - i. Dans le premier, nous avons utilisé les parts de groupe de la projection démographique standard du Conference Board.
  - ii. Dans le deuxième, la part de la population dans chaque groupe a été maintenue au niveau de l'année précédente.
- b) Pour calculer ces deux moyennes, nous avons multiplié la part de la population dans chaque groupe d'âge par le coût projeté associé au groupe selon chaque scénario. Cela a permis d'obtenir des estimations :
  - i. des dépenses en santé par habitant dans chaque province, chaque année (premier scénario);
  - ii. des dépenses en santé par habitant dans chaque province, chaque année, si la distribution d'âge de la population ne changeait pas d'une année à l'autre (deuxième scénario).
- c) Pour chaque province, chaque année, nous avons calculé la différence entre les deux estimations de l'étape b.
  - Nous avons gardé toutes les autres variables, dont les investissements et la productivité, aux valeurs du premier scénario de l'étape b afin d'isoler l'incidence du vieillissement sur l'augmentation potentielle des dépenses.
  - Ainsi, la différence calculée ici représente le changement par habitant des dépenses en santé, par rapport à l'année précédente, dû au vieillissement de la population.

Mesures en matière de politique fédérale visant à répondre aux besoins de santé de la population vieillissante du Canada

- d) Pour chaque province, chaque année, nous avons multiplié la différence calculée à l'étape c par la population de la province l'année en question. Le produit de cette opération représente l'incidence fiscale totale du vieillissement, chaque année.
- e) Pour chaque année, nous avons additionné les valeurs calculées à l'étape d pour toutes les provinces afin de produire l'augmentation nationale des coûts des soins de santé attribuable au vieillissement.

#### 4.4 Résultats

Le Conference Board estime que, si le gouvernement fédéral adoptait le changement de politique proposé pour aider les provinces à absorber l'augmentation des coûts des soins de santé due au vieillissement, il lui en coûterait 1,6 milliard de dollars supplémentaires en 2016. Ce nombre augmenterait régulièrement pour atteindre environ 1,9 milliard en 2020 – pour un total de 8,6 milliards de dollars pour les cinq prochaines années.

Le tableau ci-dessous résume les résultats de l'analyse du Conference Board.

**Tableau 2 – Estimation des coûts supplémentaires de la population vieillissante du Canada pour chaque province, par année, de 2016 à 2020 (en millions de dollars)**

Région	Dépenses gouvernementales provinciales et territoriales en santé en 2015*	2016 (Variation par rapport à 2015, en %)	2017	2018	2019	2020
L'ensemble des provinces et territoires	143 160,9**	1 602,1 (1,1 %)	1 663,6	1 724,2	1 765,8	1 879,0
Ontario	50 172,7	652,2 (1,3 %)	677,9	692,1	708,6	731,6
Québec	32 390,0	405,8 (1,3 %)	413,7	418,8	429,0	459,5
Colombie-Britannique	18 370,0	251,6 (1,4 %)	258,7	270,3	270,1	291,3
Alberta	19 366,0	118,5 (0,6 %)	123,3	138,9	141,5	157,5
Nouvelle-Écosse	4 082,9	53,6 (1,3 %)	58,6	62,3	64,4	66,6
Nouveau-Brunswick	2 861,0	45,9 (1,6 %)	50,7	52,2	54,1	57,2
Terre-Neuve-et-Labrador	3 035,9	29,7 (1,0 %)	30,5	33,6	36,6	46,1
Manitoba	5 900,0	28,6 (0,5 %)	30,6	33,5	32,5	36,6
Saskatchewan	5 434,5	3,5	4,9	7,3	12,7	15,4

Mesures en matière de politique fédérale visant à répondre aux besoins de santé de la population vieillissante du Canada

Région	<b>Dépenses gouvernementales et territoriales en santé en 2015*</b>	2016 <i>(Variation par rapport à 2015, en %)</i>	2017	2018	2019	2020
		(0,1 %)				
Île-du-Prince-Édouard	593,6	9,1 (1,5 %)	9,7	10,6	10,9	11,5
Yukon	201,2	1,4 (0,7 %)	2,6	2,1	2,5	2,5
Territoires du Nord-Ouest	393,0	1,4 (0,4 %)	1,6	1,7	1,8	2,1
Nunavut	360,1	0,9 (0,3 %)	0,6	0,8	1,0	1,0

\* Ces nombres représentent les dépenses totales des gouvernements provinciaux et territoriaux. Ils comprennent les gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux, et les dépenses directes du gouvernement fédéral; les commissions des accidents du travail; et le Fonds de l'assurance médicaments du Québec. Ils ne comprennent pas de financement du gouvernement fédéral.

\*\* Ce nombre représente le total des dépenses en santé de toutes les provinces et de tous les territoires (c.-à-d. la somme des autres valeurs de la colonne), et non les dépenses du gouvernement fédéral.

Source : Calculs du Conference Board du Canada, fondés sur les données de l'Institut canadien d'information sur la santé et les prévisions démographiques du Conference Board du Canada.

Comme le démontre le tableau ci-dessus, chaque province connaîtra vraisemblablement une augmentation des coûts des soins de santé attribuable au vieillissement pour les cinq prochaines années. L'Ontario, le Québec et la Colombie-Britannique seront responsables de la majorité des coûts supplémentaires du Canada liés au vieillissement – rien de surprenant, étant donné leurs importantes populations. Cependant, par rapport aux autres provinces et territoires, ces trois provinces présenteront aussi certains des pourcentages d'augmentation les plus élevés pour la période à l'étude.

Notons également que la magnitude de la croissance des coûts semble augmenter au fil du temps pour la plupart des provinces. Selon les projections du tableau, les coûts des soins de santé attribuables au vieillissement de la population – et le coût de la prestation complémentaire proposée – font plus qu'augmenter chaque année : ils augmentent à un rythme croissant.

## 5. Les coûts d'une couverture publique des médicaments sur ordonnance

### 5.1 Introduction

La présente section propose une estimation de ce qu'il en coûterait au gouvernement fédéral d'assumer les dépenses relatives à certains médicaments sur ordonnance non couverts par les régimes publics ou collectifs. De tous les pays développés dotés d'un système universel d'assurance maladie, le Canada est actuellement le seul qui n'offre pas également une assurance médicaments universelle<sup>9</sup>. La mise en œuvre de cette politique pourrait donc marquer la première étape vers l'instauration d'une couverture universelle. Nous avons calculé les coûts annuels de 2016 à 2020 à partir de données sur les dépenses en médicaments des ménages tirées de l'Enquête sur les dépenses des ménages (EDM) de Statistique Canada ainsi que de la part des coûts totaux imputée aux particuliers dans le plus récent rapport *Tendances des dépenses nationales de santé* de l'ICIS.

L'ICIS estime que les dépenses canadiennes totales en médicaments sur ordonnance ont atteint environ 29 milliards de dollars au cours des deux dernières années, ce qui correspond à 14 % des dépenses de santé engagées pour cette période<sup>10</sup>. Compte tenu du vieillissement considérable de la population du Canada prévu pour les prochaines années et du lien entre l'âge et les maladies chroniques<sup>11</sup>, de plus en plus de gens auront bientôt besoin de médicaments sur ordonnance. En effet, plus des trois quarts des aînés sont atteints d'au moins une maladie chronique<sup>12</sup>, et nombre d'entre eux utilisent cinq classes de médicaments ou plus<sup>13</sup>. Dans l'ensemble, environ un Canadien sur dix déclare ne pas avoir les moyens de se procurer des médicaments qui lui ont été prescrits<sup>14</sup>.

Pour alléger la facture des soins de santé que devront payer les particuliers dans les années à venir, il a été proposé que le gouvernement fédéral couvre les dépenses en médicaments sur ordonnance des ménages lorsque celles-ci dépassent 1 500 \$ par année ou 3 % du revenu total. Des 29 milliards de dollars consacrés annuellement aux médicaments sur ordonnance au Canada, seuls quelque 3,5 milliards proviennent de ménages appartenant à cette catégorie.

---

<sup>9</sup> Morgan et coll. « *Estimated Cost of Universal Public Coverage of Prescription Drugs in Canada (Coût estimatif de la couverture universelle des médicaments d'ordonnance au Canada)* ».

<sup>10</sup> Institut canadien d'information sur la santé. *Tendance des dépenses nationales de santé*.

<sup>11</sup> Institut canadien d'information sur la santé. *Les personnes âgées et le système de santé*.

<sup>12</sup> Smith J. *Maladies chroniques liées au vieillissement*.

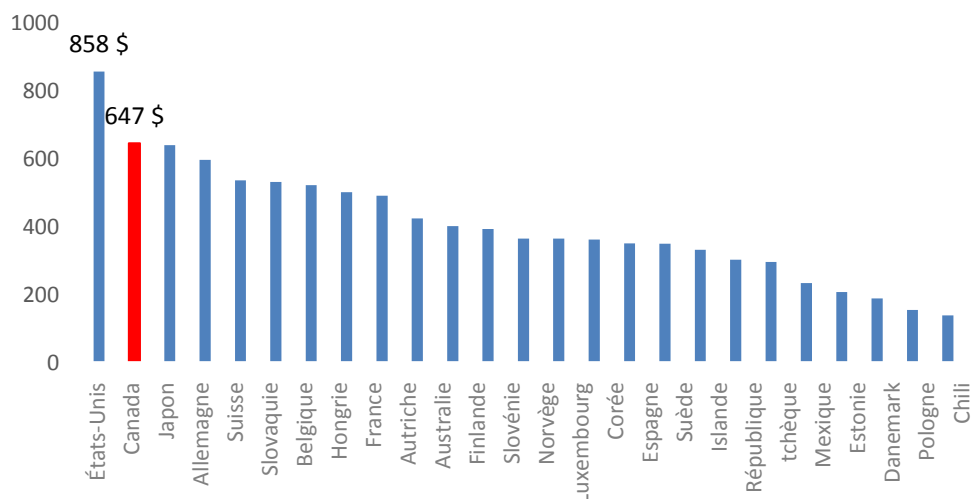
<sup>13</sup> ICIS. *Les personnes âgées et l'utilisation des médicaments prescrits*.

<sup>14</sup> Law et coll. « *The Effect of Cost on Adherence to Prescription Medication in Canada (L'incidence du coût des médicaments sur ordonnance sur l'observance de la prescription au Canada)* ».

## 5.2 Dépenses en médicaments sur ordonnance – comparaison internationale

Selon les plus récentes données disponibles, le Canada est parmi les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) dont les dépenses en médicaments sur ordonnance par habitant sont les plus élevées (voir la figure 1, ci-dessous). Pour la période à l'étude, seuls les États-Unis (858 \$) devançaient le Canada (647 \$).

Figure 1 – Dépenses en médicaments sur ordonnance par habitant dans les pays membres de l'OCDE, 2013 (dollars américains, prix courants, PPA)



N.B. Les données de l'Australie, du Japon, du Luxembourg et de l'Espagne sont celles de l'année 2012.

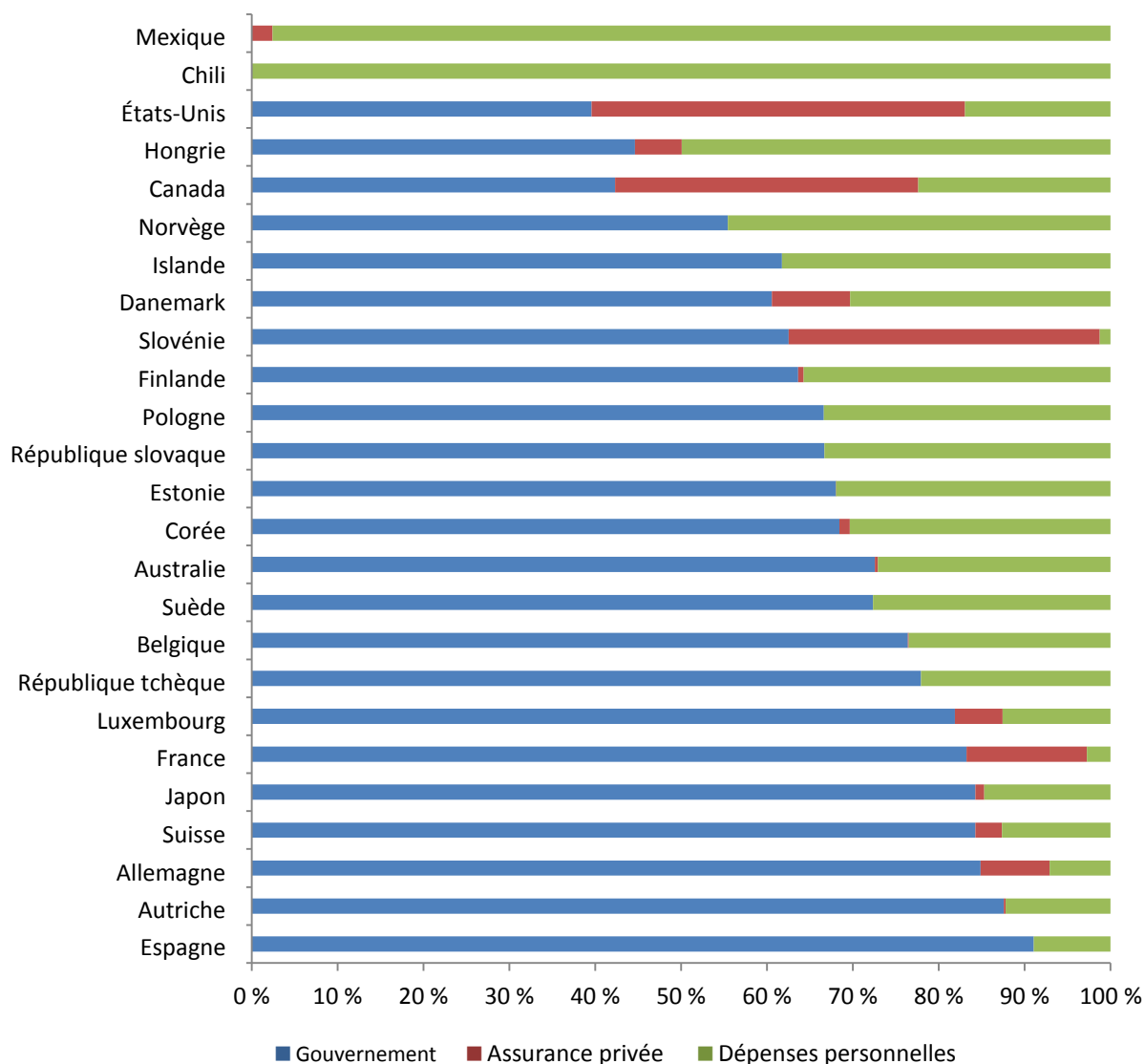
Source : Adapté d'OCDE, « Dépenses de santé et financement ».

Le Canada sort également du lot en ce qui a trait à la composition de ses sources de financement. Des 25 pays membres de l'OCDE pour lesquels ces données étaient disponibles, il se classe au 21<sup>e</sup> rang quant à la proportion – à peine plus de 42 % – de la couverture publique des médicaments. Ce résultat est largement attribuable à l'absence d'un régime national d'assurance médicaments, ce qui a mené à l'existence de régimes d'assurance privée (ceux-ci couvrent 35 % des dépenses totales en médicaments au pays.) En fait, de tous les pays étudiés, seulement quatre – dont le Canada – voient le secteur privé assumer plus de 10 % du total des dépenses en médicaments. Comme le montre la figure 2, la proportion du financement attribuable aux dépenses personnelles au Canada est, par conséquent, relativement faible comparativement à celle des autres pays (22 %<sup>15</sup>, ce qui place le Canada au 15<sup>e</sup> rang parmi les 25 pays). Cependant, environ 5 % des ménages canadiens ont dépensé plus de 1 500 \$ par année ou 3 % de leur revenu en médicaments sur ordonnance au cours des cinq dernières années.

<sup>15</sup> N. B. Cette figure ne tient pas compte des frais encourus par les personnes pour obtenir une assurance privée, soit directement par le biais de primes ou indirectement par le biais de salaires moindres.

## Mesures en matière de politique fédérale visant à répondre aux besoins de santé de la population vieillissante du Canada

Figure 2 – Financement des médicaments sur ordonnance par source, pays membres de l'OCDE, 2013 (part du financement total, en pourcentage)



N. B. Certains pays ont obtenu une faible proportion de leur financement d'autres sources. En Australie, en Belgique, en Allemagne et en Hongrie, les médicaments ont été couverts en partie par des compagnies d'assurance non liées au domaine de la santé, tandis que des organismes sans but lucratif ont contribué à ce financement en Islande et en Pologne. Par ailleurs, les données de l'Australie, du Japon, du Luxembourg et de l'Espagne sont celles de l'année 2012.

Sources : Adapté d'Organisation de coopération et de développement économiques; Conference Board du Canada.

### 5.3 Méthode d'estimation

Pour calculer les dépenses additionnelles que devrait engager le gouvernement fédéral pour couvrir le coût des médicaments sur ordonnance, nous avons fait appel à un processus simple en trois étapes.

- 1) Nous avons utilisé les données sur les dépenses totales en médicaments sur ordonnance des Canadiens de l'EDM de Statistique Canada, qui ventile les données par groupe d'âge.
- 2) Comme les paiements des régimes d'assurance collective figurent dans les données de l'EDM, celles-ci ne rendent pas compte des véritables débours des ménages. Nous avons donc multiplié le montant des dépenses par la part qu'ont déboursée les particuliers canadiens les années antérieures. Cette statistique se trouve dans le rapport de l'ICIS intitulé *Dépenses en médicaments prescrits au Canada*, qui se fonde sur les données de tous les groupes d'âge de l'EDM. Nous nous en sommes servi pour estimer le total actuel des dépenses directes en médicaments sur ordonnance.
- 3) Pour déterminer ce qu'il en coûterait au gouvernement fédéral de couvrir les médicaments sur ordonnance au cours des cinq prochaines années, nous avons appliqué le taux de croissance prévu pour chaque groupe d'âge du modèle de prévisions des dépenses en santé du Conference Board aux données actuelles calculées à l'étape 2. Nous y avons également appliqué le taux d'inflation prévu selon l'indice de référence de 2016 à 2020. Nous avons ensuite calculé le coût total que devrait assumer le gouvernement fédéral pour cette même période.

### 5.4 Résultats

Le tableau qui suit présente les résultats de l'analyse décrite ci-dessus.

**Tableau 3 – Amélioration proposée de la couverture des médicaments sur ordonnance : prévision des coûts additionnels à assumer par le gouvernement fédéral, par groupe d'âge (en millions de dollars)**

Groupe d'âge	2016	2017	2018	2019	2020	Pourcentage des coûts
35 ans et moins	113,3	116,3	119,4	122,5	125,2	7 %
35 à 44 ans	177,2	183,5	190,5	197,8	204,3	11 %
45 à 54 ans	290,2	291,9	298,0	299,2	301,0	18 %
55 à 64 ans	383,7	400,6	417,6	433,1	444,6	25 %
65 à 74 ans	309,2	328,5	348,4	369,8	391,6	21 %
75 ans et plus	303,0	315,5	329,8	345,2	360,1	20 %
Tous les groupes d'âge	<b>1 566,8</b>	<b>1 617,9</b>	<b>1 670,5</b>	<b>1 724,2</b>	<b>1 773,1</b>	<b>100 %</b>

Source : Calculs du Conference Board du Canada, fondés sur les données de l'Institut canadien d'information sur la santé et les prévisions démographiques du Conference Board du Canada.



## Mesures en matière de politique fédérale visant à répondre aux besoins de santé de la population vieillissante du Canada

Comme le montre le tableau 3, environ les deux tiers des coûts totaux projetés sont attribuables aux personnes de 55 ans et plus, ce qui n'est guère étonnant, compte tenu du vieillissement de la population canadienne et du recours massif des personnes âgées à l'assurance médicaments.

Il convient de souligner que la couverture publique des médicaments sur ordonnance pourrait faire en sorte que les Canadiens s'en procurent davantage, ce qui entraînerait des coûts supérieurs à ceux présentés à la page précédente. Selon un rapport de recherche récent de l'Institut Angus Reid, en 2015, 14 % des ménages canadiens décideront de ne pas faire remplir une ordonnance en raison des coûts<sup>16</sup>, et 10 %, de ne pas en renouveler une pour la même raison. Une autre étude a démontré que la proportion d'aînés qui ne suivent pas la posologie de leurs médicaments en raison des coûts est considérablement plus élevée dans les provinces qui établissent leur couverture selon le revenu qu'en Ontario, où les aînés bénéficient d'une couverture gratuite ou à peu de frais<sup>17</sup> (7,1 % par rapport à 3,9 %). Selon cette même étude, si la proportion d'aînés ne prenant pas leurs médicaments selon la posologie indiquée était la même en Ontario qu'en Colombie-Britannique, le nombre d'Ontariens ne faisant pas remplir une ordonnance en raison de considérations financières augmenterait de 68 000 par année. Naturellement, une meilleure observance des traitements pourrait améliorer les résultats cliniques des personnes démunies, ce qui réduirait par le fait même les coûts globaux du système de santé<sup>18</sup>.

Ultimement, nous manquons de données qui nous permettraient de savoir à quel point les obstacles financiers réduisent les dépenses des ménages consacrées aux médicaments sur ordonnance. Il nous est donc difficile d'estimer à quelle vitesse le nombre d'ordonnances exécutées augmenterait à long terme si la couverture était offerte à l'échelle du pays. Bien qu'il puisse être ardu d'évaluer l'incidence budgétaire nette à long terme de la couverture publique des médicaments sur ordonnance, les chiffres présentés ci-dessus montrent que la transition entraînerait des coûts considérables les cinq premières années.

Comme l'indique le tableau 3, le gouvernement fédéral pourrait contribuer à alléger le fardeau des ménages ayant grand besoin de médicaments sur ordonnance – ceux qui y consacrent plus de 1 500 \$ par année ou 3 % de leur revenu – s'il investissait 1,6 milliard de dollars en 2016. Ce montant augmenterait progressivement chaque année, pour atteindre un total de 8,4 milliards de dollars sur cinq ans. Ces investissements faciliteraient l'accès aux traitements nécessaires, ce qui permettrait d'économiser sur les autres coûts de soins de santé et de diminuer la souffrance humaine.

---

<sup>16</sup> Angus Reid Institute. *Prescription Drug Access and Affordability (Accès aux médicaments d'ordonnance et capacité de les payer)*.

<sup>17</sup> Morgan, Daw, et Law. *Are Income-Based Public Drug Benefit Programs Fit for an Aging Population (Les programmes publics d'assurance médicaments fondés sur le revenu sont-ils appropriés pour une population vieillissante?)*.

<sup>18</sup> Ibid.

## 6. Les coûts liés à la modification des crédits d'impôt pour aidants naturels et aidants familiaux

### 6.1 Introduction

La présente section fournit une estimation des coûts liés à la modification de deux crédits d'impôt non remboursables offerts aux gens ayant une personne à charge, le crédit pour aidants naturels et le crédit pour aidants familiaux, visant à les rendre remboursables. Les coûts que devrait engager le gouvernement fédéral pour effectuer cette transition en 2016 ont été estimés à l'aide de données de l'Agence du revenu du Canada (ARC) sur les déclarations de revenus et de données du ministère fédéral des Finances sur les dépenses du gouvernement.

Statistique Canada estime que plus de huit millions de personnes ont fourni des soins à un membre de leur famille ou à un ami ayant un problème de santé de longue durée, une incapacité ou des problèmes liés au vieillissement en 2012<sup>19</sup>. On s'attend à ce que ce nombre augmente, étant donné l'important vieillissement démographique attendu au Canada dans les années à venir. Par ailleurs, Statistique Canada estime que 14 % des aidants à un conjoint et 5 % des aidants à un parent ont reçu de l'aide financière gouvernementale en 2012<sup>20</sup>. Parmi ces aidants, certains ont indiqué avoir éprouvé des difficultés financières (20 % des aidants à un conjoint et 7 % des aidants à un parent) et ont mentionné qu'ils auraient aimé avoir plus d'aide qu'ils n'en avaient reçue (42 % et 28 %, respectivement). Par conséquent, les crédits d'impôt pour les aidants pourraient jouer un rôle de plus en plus important au cours des prochaines années, autant dans les niveaux de revenu des gens que dans la situation financière du gouvernement.

### 6.2 Contexte

#### 6.2.1 Crédits d'impôt applicables

Pour tous les crédits d'impôt qui suivent, une personne peut demander dans sa déclaration de revenus le remboursement d'un pourcentage des dépenses admissibles engagées pour les soins d'une personne à sa charge. Les crédits, pouvant couvrir jusqu'à 15 % des coûts, sont alors soustraits du montant qu'elle doit en impôt. Dans le cas du crédit pour aidants naturels, une personne peut demander un montant maximal de 4 530 \$<sup>21</sup> pour chaque personne à charge si elle a tenu un logement qui constituait son lieu de résidence et celui d'une ou de plusieurs personnes à sa charge.

---

<sup>19</sup> Statistique Canada, *Enquête sociale générale : Soins donnés, 2012*.

<sup>20</sup> Statistique Canada. *Les aidants familiaux au Canada, 2012*.

<sup>21</sup> Ce nombre, appelé le « montant pour aidants naturels », correspond aux données de l'année 2014. Les montants exigibles pour tous les crédits sont liés à l'inflation et, comme tels, pourraient croître à l'avenir.

Instauré en 2012, le crédit d'impôt pour aidants familiaux permet aux gens ayant une personne à charge atteinte d'une déficience des fonctions physiques ou mentales de demander un montant supplémentaire de 2 058 \$<sup>22</sup> pour un ou plusieurs des crédits d'impôt suivants :

- le montant pour époux ou conjoint de fait;
- le montant pour une personne à charge admissible;
- le montant pour enfants de moins de 18 ans;
- le montant pour aidants naturels.

Un crédit équivalant à 15 % des montants réclamés peut alors être accordé. Le crédit pour aidants naturels vise à soutenir les personnes qui sont responsables d'un membre de leur famille ou d'un ami<sup>23</sup>. Le crédit pour aidants familiaux fournit une aide supplémentaire aux aidants dont la personne à charge est atteinte d'une déficience physique ou mentale, ou aux personnes dont l'époux ou le conjoint de fait, la personne à charge admissible ou l'enfant a une déficience physique ou mentale.

Avec le changement de politique proposé dans la présente analyse, les aidants recevraient un crédit d'impôt remboursable sur le montant qu'ils réclament au titre du crédit d'impôt pour aidants naturels, ainsi que sur les montants *supplémentaires* demandés au titre du crédit d'impôt pour aidants familiaux, soit les montants pour époux ou conjoint de fait, pour personne à charge admissible, pour enfants ou pour aidants naturels. La valeur des crédits reçus sur les montants de base pour époux ou conjoint de fait, pour personne à charge admissible et pour enfants ne changerait pas.

#### 6.2.2 Crédits d'impôt remboursables et crédits d'impôt non remboursables

La différence fondamentale entre les crédits remboursables et les crédits non remboursables est que les premiers peuvent réduire la facture d'impôt sous zéro. Pour tous les crédits analysés dans le présent rapport, une personne peut demander sur sa déclaration de revenus le remboursement des dépenses admissibles liées à l'offre de soins à sa personne à charge. Un crédit pouvant atteindre 15 % de ce montant est ensuite soustrait à l'impôt qu'elle doit. Actuellement, comme les crédits sont non remboursables, si une personne doit moins que 15 % du montant qu'elle réclame pour une année donnée, elle voit tout simplement sa facture d'impôt réduite à zéro. Elle ne reçoit pas la différence entre la valeur du crédit d'impôt et sa facture d'impôt. Par contre, un crédit remboursable lui donnerait droit à 15 % du montant réclamé, peu importe sa facture d'impôt. Dans ce cas, non seulement la personne qui réclame un montant ne paierait pas d'impôt, elle recevrait aussi la différence entre 15 % du montant total réclamé et sa facture d'impôt.

#### 6.2.3 Crédits d'impôt pour aidants naturels – Comparaison internationale

##### **Crédits d'impôt pour aidants naturels**

---

<sup>22</sup> Ce nombre, appelé le « montant pour aidants familiaux », correspond également aux données de l'année 2014. Les montants exigibles pour tous les crédits sont liés à l'inflation et, comme tels, pourraient croître à l'avenir.

<sup>23</sup> Pour plus d'informations sur les montants de base et les critères d'admissibilité pour chaque crédit d'impôt, consultez le site <http://www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvds/tpcs/nsm-tx/rtrn/cmpltng/ddctns/Ins300-350/fmlcrgrv-fra.html>.

Des crédits d'impôt sont accordés en Australie, en Irlande et aux États-Unis pour offrir une aide financière aux aidants naturels. Voici un résumé des différents modes de fonctionnement :

**i. Australie**

La compensation fiscale consolidée pour personnes à charge (*Consolidated Dependant Tax Offset*) a été créée en 2012-2013 à partir d'un ensemble de compensations existantes<sup>24</sup>. Il s'agit d'un crédit non remboursable offert aux aidants ou aux personnes qui soutiennent un aidant qui ne peut travailler parce qu'il doit s'occuper d'un membre invalide de sa famille. Pour 2014-2015, la compensation maximale est de 2 535 AUD, un montant qui peut être réduit selon le revenu de la personne à charge ou de l'aidant. Pour que le montant maximal soit accordé, la personne à charge doit gagner moins de 282 AUD et l'aidant, moins de 100 000 AUD.

**ii. Irlande**

Le crédit d'impôt pour personne assurant des soins à domicile (*Home Carer's Tax Credit*) est offert aux couples mariés ou aux partenaires civils dont une personne s'occupe de l'autre<sup>25</sup>. Sont admissibles les aidants ayant un revenu de 6 700 € et moins. Si l'aidant reçoit une allocation pour personnes assurant des soins (*Carer's Allowance*, une prestation gouvernementale distincte visant à soutenir les personnes à faible revenu qui s'occupent d'une personne ayant besoin d'assistance en raison de son âge avancé, d'un handicap ou d'une maladie), celle-ci n'est pas prise en compte dans le calcul de son revenu imposable. La personne à charge admissible aux fins du crédit d'impôt pour soins à domicile peut être un enfant pour lequel une prestation pour enfants est reçue, une personne de 65 ans et plus ou une personne vivant avec un handicap.

**iii. États-Unis**

Le crédit d'impôt pour personne âgée à charge (*Elderly Dependent Care Credit*) est un crédit d'impôt fédéral<sup>26</sup>. Malgré son nom, il est offert à toute personne non autonome, qu'elle soit à la charge d'une autre personne ou non, dont le revenu est de moins de 3 950 USD (en 2014) excluant les prestations d'invalidité ou de sécurité sociale non imposables. L'aidant qui réclame ce crédit d'impôt doit également payer la majorité (plus de 50 %) des soins de la personne à charge. Il peut recevoir un montant maximal de 1 050 USD en crédits d'impôt pour chaque personne à charge. En 2013, 28 États ont instauré leur propre version des crédits fédéraux, dont beaucoup permettent aux aidants de déduire une partie de leur crédit fédéral de leur déclaration de revenus de l'État<sup>27</sup>. Les frais médicaux et les coûts liés à la nourriture, à l'hébergement et au transport engagés dans le cadre de la prestation des soins peuvent également être admissibles à des déductions fiscales supplémentaires.

<sup>24</sup> Taxpayers Australia, *Family Allowances (Allocations familiales)*.

<sup>25</sup> Citizens Information Board (Ireland), *Home Carer's Tax Credit (Crédit d'impôt pour personne assurant des soins à domicile)*.

<sup>26</sup> The American Elder Care Research Organization, *2015–2016 Federal & State Tax Deductions and Credits for the Elderly and Their Caregivers (Crédit d'impôt pour personne âgée à charge)*.

<sup>27</sup> Ibid.

### **Autres formes d'aide financière pour les aidants naturels**

L'aide financière pour les aidants naturels constitue la forme de soutien la plus courante dans les pays de l'Union européenne, bien qu'elle soit rarement offerte sous forme de crédits d'impôt comme au Canada. D'après un article paru dans l'édition d'octobre 2014 de la revue *Health Policy*<sup>28</sup>, l'aide financière est généralement fournie aux aidants directement sous forme d'allocations ou indirectement sous forme de paiements (allocations pour soins) versés à la personne qui reçoit les soins. Bon nombre de pays offrent également des crédits d'impôt pour revenu de pension ainsi que des congés de travail payés et non payés (il ne s'agit toutefois pas de mécanismes de soutien aux aidants en tant que tel).

Des allocations directes sont offertes dans 9 des 23 pays de l'Union européenne offrant une forme d'aide financière aux aidants naturels. Le montant varie entre 204 € et 358 € par semaine. Au Canada, seule la Nouvelle-Écosse offre une allocation (400 \$ par semaine) aux aidants, mais peu de gens en bénéficient<sup>29</sup>. Selon l'article, l'aide indirecte, c'est-à-dire le versement d'allocations à la personne à charge, qui peut les utiliser pour payer l'aidant naturel (ou le fournisseur de soins professionnel), est plus courante. Parmi les 23 pays de l'Union européenne qui fournissent de l'aide financière aux aidants, 18 offrent des allocations pour soins. Quatre pays, soit l'Angleterre, les Pays-Bas, la Slovaquie et la Suède, offrent une aide directe et une aide indirecte. L'allocation pour les aidants et l'allocation pour soins dépendent souvent des ressources et varient selon le niveau de soins requis.

## **6.3 Méthode d'estimation**

### **6.3.1 Calcul**

Pour estimer les coûts liés à la modification des crédits d'impôt pour aidants familiaux et aidants naturels, le Conference Board a calculé la différence entre le montant actuel payé par le gouvernement pour chaque crédit et le montant qu'il paierait si les crédits étaient remboursables. La différence a été estimée pour l'année 2016. La méthode employée et les hypothèses émises sont décrites en détail ci-dessous.

- 1) Les données sur les dépenses gouvernementales liées aux deux crédits d'impôt ont été extraites du rapport annuel *Dépenses fiscales et évaluations* du ministère des Finances. Elles étaient disponibles pour les années 2005 à 2014.
- 2) Les dépenses du gouvernement ont été estimées pour 2016 en fonction du taux de croissance enregistré de 2005 à 2014. Les chiffres pour 2016 représentent le montant qui serait versé pour chaque crédit sous sa forme actuelle, c'est-à-dire non remboursable.

<sup>28</sup> Courtin, Jemai, et Mossialos. « Mapping Support Policies for Informal Carers Across the European Union ».

<sup>29</sup> Verbeeten, Astles et Prada. *Les services sociaux et de santé offerts aux aînés canadiens*.

- 3) Pour estimer le montant que le gouvernement dépenserait pour rendre le crédit d'impôt pour aidants naturels remboursable, nous avons tout simplement multiplié le montant total réclamé pour le crédit par 15 % (le maximum pouvant être obtenu dans le cadre du système actuel). Les données concernant le montant total réclamé pour ce crédit d'impôt proviennent de l'ARC (de 2005 à 2013). Comme les données étaient seulement disponibles jusqu'à 2013, le montant total réclamé a été estimé pour les trois années suivantes en fonction des taux de croissance antérieurs<sup>30</sup>.
- 4) Pour estimer le montant que le gouvernement dépenserait pour rendre le crédit d'impôt pour aidants familiaux remboursable, nous avons également multiplié le montant total réclamé pour le crédit par 15 %. Comme les données étaient seulement disponibles pour les années 2012 et 2013, il était impossible de calculer le taux de croissance avec exactitude. Par conséquent, nous avons estimé le montant total réclamé au titre de ce crédit pour 2016 comme suit :
  - À partir des données de l'ARC, nous avons obtenu la partie du montant total que représentaient en 2013 les montants versés pour l'aidant, l'époux ou le conjoint de fait, la personne à charge admissible ou l'enfant (c.-à-d., les montants donnant droit au crédit pour aidants familiaux). Ensuite, en utilisant les taux de croissance de ces montants (ARC, de 2005 à 2013), nous avons estimé la valeur de chacun pour 2016.
  - Le total projeté pour 2016 a ensuite été calculé par la somme des montants estimés pour la même période.
- 5) Les chiffres calculés à l'étape 2 ont été soustraits des chiffres correspondants de l'étape 3 (pour le crédit d'impôt pour aidants naturels) et de l'étape 4 (pour le crédit d'impôt pour aidants familiaux) afin de produire une estimation des coûts supplémentaires que la modification des crédits d'impôt représenterait pour le gouvernement.

### 6.3.2 Hypothèses relatives à l'estimation des coûts

- 1) Il n'y aurait aucun changement dans le taux du crédit d'impôt si les crédits devenaient remboursables. Les aidants auraient encore droit uniquement à un crédit de 15 % des montants admissibles qu'ils réclament.
- 2) Si les crédits devenaient remboursables, les montants totaux réclamés au Canada augmenteraient au même rythme d'une année à l'autre que si les crédits demeuraient non remboursables :
  - a) Le changement de politique n'entraînera aucune augmentation du nombre de personnes demandant le crédit pour aidants naturels ou les différents montants du crédit d'impôt pour aidants familiaux.
  - b) Comme les personnes déclaraient leurs revenus avant la transition, elles ne gagneraient rien à réclamer un montant plus élevé de façon stratégique après le changement de politique.

---

<sup>30</sup> En raison de la forte augmentation des montants réclamés pour la plupart des crédits d'aidants due à l'introduction en 2012 du crédit d'impôt pour aidants familiaux, les taux de croissance d'avant 2012 ont été utilisés dans cette étape. Un examen des données suggère que la croissance revient à ces niveaux en 2013.

- c) La structure de la population ne changera pas de façon importante de 2015 à 2016. Par exemple, le vieillissement de la population ne sera pas assez marqué pour faire augmenter le nombre de personnes à charge ayant des besoins liés à l'âge. Par conséquent, il n'y aura pas d'augmentation des montants totaux réclamés au-delà du taux de croissance estimé en fonction des tendances observées au cours des dernières années.

## 6.4 Résultats

D'après cette analyse, on estime que les modifications visant à rendre les crédits d'impôt remboursables coûteraient au gouvernement fédéral un montant supplémentaire de **90,8 millions de dollars** en 2016. Le tableau 4 présente un résumé des résultats de notre analyse.

**Tableau 4 – Estimation du coût lié à la modification des crédits d'impôt (pour 2016; montants en millions de dollars)\***

Indice	Variable	Total	Crédit d'impôt pour aidants naturels	Crédit d'impôt pour aidants familiaux
A	Dépenses gouvernementales liées aux crédits d'impôt <sup>31</sup>	198,5	124,0	74,5
B	Montant réclamé <sup>32</sup>	1 928,3	1 235,5	692,8
C	Dépenses prévues si les crédits deviennent remboursables [= 15 %*D] <sup>33</sup>	289,2	185,3	103,9
D	<b>Coût [= C - A]</b>	<b>90,8</b>	<b>61,4</b>	<b>29,4</b>

\* Il se peut que la somme des chiffres ne soit pas égale au total, étant donné que les chiffres ont été arrondis.

Source : Calculs du Conference Board du Canada basés sur les données de l'ARC.

<sup>31</sup> Prévision des dépenses du gouvernement en 2016 pour le crédit non remboursable sous sa forme actuelle.

<sup>32</sup> Montant prévu des réclamations pour crédit d'impôt en 2016 (pour l'ensemble du Canada).

<sup>33</sup> Partie de la somme réclamée qui serait payée si le crédit d'impôt devenait remboursable.

## 7. Conclusion

Cette analyse visait à estimer les coûts que devrait assumer le gouvernement fédéral pour mettre en œuvre trois changements de politiques destinés à améliorer la qualité des soins fournis par le système de santé canadien et les résultats de santé des Canadiens.

La première partie portait sur les coûts que représenterait le versement d'une prestation annuelle complémentaire aux provinces et aux territoires visant à couvrir l'augmentation des coûts des soins de santé attribuable au vieillissement de la population. Une telle mesure engendrerait des coûts d'environ 1,6 milliard de dollars en 2016, montant qui augmenterait pour avoisiner 1,9 milliard de dollars d'ici 2020. On s'attend ce que toutes les provinces doivent engager des coûts supplémentaires au cours des cinq prochaines années, mais l'Ontario, le Québec et la Colombie-Britannique seront responsables de la majeure partie des coûts liés au vieillissement de la population au Canada. En outre, ces coûts ne feront pas qu'augmenter chaque année : ils connaîtront une hausse de plus en plus rapide.

La deuxième modification proposée ferait en sorte que le gouvernement fédéral couvrirait les coûts directs des médicaments sur ordonnance de tous les ménages canadiens qui y consacrent plus de 1 500 \$ par année ou 3 % de leur revenu annuel. Le coût de cette mesure serait d'environ 1,6 milliard de dollars en 2016 et augmenterait régulièrement pour atteindre environ 1,8 milliard de dollars en 2020. La plus grande part de ces coûts serait attribuable aux personnes de 55 à 64 ans, et les personnes de 55 ans et plus représenteraient environ les deux tiers du coût total établi sur cinq ans.

Enfin, la dernière partie du rapport estimait les coûts que représenterait pour le gouvernement canadien la modification des crédits d'impôt non remboursables pour aidants naturels et aidants familiaux visant à les rendre remboursables. On estime que la transition coûterait environ 91 millions de dollars en 2016 seulement.

Même si l'objectif principal de l'étude était de calculer les coûts associés aux trois modifications proposées aux politiques fédérales, il est possible d'en tirer deux autres constatations. Premièrement, le rapport souligne l'effet qu'aura le vieillissement de la population sur la position fiscale du pays au cours des prochaines années. Bien que seule la première partie du rapport porte sur le vieillissement en tant que tel, on estime qu'une grande partie des coûts liés à la couverture des médicaments sur ordonnance sera attribuable aux personnes de 55 ans et plus. On peut également s'attendre à ce que le vieillissement de la population occasionne une hausse des dépenses du gouvernement liées aux crédits d'impôt pour les aidants. Ensuite, le rapport fait ressortir des différences notables entre le système de santé du Canada et celui d'autres pays développés. Par exemple, contrairement à la plupart des pays développés, le Canada ne tient pas compte explicitement de l'âge dans la formule de répartition de son plus important transfert fédéral, conçu précisément pour la prestation des soins de santé. De plus, le gouvernement canadien finance une plus petite partie des médicaments sur ordonnance que ses pairs de l'OCDE. Enfin, le présent rapport démontre clairement que le vieillissement de la population aura des répercussions négatives sur les budgets provinciaux alloués à la santé. Il souligne également



Mesures en matière de politique fédérale visant à répondre aux besoins de santé de la population vieillissante du Canada

l'importance des investissements nécessaires pour soutenir les provinces ainsi que les Canadiens et leurs familles afin de faire face à ce défi démographique. D'autres pays ont commencé à adopter des mesures, lesquelles pourraient servir d'exemple pour guider les responsables des politiques du Canada.

## 8. Références

American Elder Care Research Organization. *2015–2016 Federal & State Tax Deductions and Credits for the Elderly and Their Caregivers*. [www.payingforseniorcare.com/longtermcare/tax-deductions-credits-for-seniors-and-elderly-2010-2011.html](http://www.payingforseniorcare.com/longtermcare/tax-deductions-credits-for-seniors-and-elderly-2010-2011.html) (consulté le 12 août 2015).

Angus Reid Institute. *Prescription Drug Access and Affordability an Issue for Nearly a Quarter of All Canadian Households*. Communiqué de presse, le 15 juillet 2015. <http://angusreid.org/wp-content/uploads/2015/07/2015.07.09-Pharma.pdf>.

Barnieh, Lianne, Fiona Clement, Anthony Harris, Marja Blom, Cam Donaldson, Scott Klarenbach, Don Husereau, Diane Lorenzetti et Braden Manns. « A Systematic Review of Cost-Sharing Strategies Used Within Publicly Funded Drug Plans in Member Countries of the Organisation for Economic Co-Operation and Development ». *PloS one* 9, n° 3 (2014), e90434.

Buck, David, et Anna Dixon. *Improving the Allocation of Health Resources in England: How to Decide Who Gets What*. Londres : *The Kings Fund*, 2013.

Caldbick, Sam, Xiaojing Wu, Tom Lynch, Naser Al-Khatib, Mustafa Andkhoie et Marwa Farag. « The Financial Burden of Out of Pocket Prescription Drug Expenses in Canada ». *International Journal of Health Economics and Management* 15, n° 3 (Septembre 2015), p. 329–338.

Citizens Information Board (Ireland). *Home Carer's Tax Credit*. [www.citizensinformation.ie/en/money\\_and\\_tax/tax/income\\_tax\\_credits\\_and\\_reliefs/home\\_carers\\_tax\\_credit.html](http://www.citizensinformation.ie/en/money_and_tax/tax/income_tax_credits_and_reliefs/home_carers_tax_credit.html) (consulté le 12 août 2015).

Courtin, Emilie, Nadia Jemai et Elias Mossialos. « Mapping Support Policies for Informal Carers Across the European Union ». *Health Policy* 118, n° 1 (2014), p. 84–94.

Daw, Jamie R. et Steven G. Morgan. « Stitching the Gaps in the Canadian Public Drug Coverage Patchwork? A Review of Provincial Pharmacare Policy Changes From 2000 to 2010 ». *Health Policy* 104, n° 1 (2012), p. 19–26.

Gagnon, Marc-André et Guillaume Hebert. *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance médicaments*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives, 2010.

Glassman, Amanda et Yuna Sakuma. *Intergovernmental Fiscal Transfers for Health: Overview Framework and Lessons Learned (Transferts financiers intergouvernementaux en matière de santé : un aperçu du cadre conceptuel et des leçons apprises)*. Washington, D. C. : Center for Global Development, 2014.

Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au Canada 2011 : Regard sur les personnes âgées et le vieillissement*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 2011.

Mesures en matière de politique fédérale visant à répondre aux besoins de santé de la population vieillissante du Canada

— *Dépenses en médicaments prescrits au Canada 2012 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 2014.

— *Les personnes âgées et l'utilisation des médicaments prescrits*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 2010.

— *Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques?* Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 2011.

— *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 2014.

Law, Michael R., Lucy Cheng, Irfan A. Dhalla, Deborah Heard et Steven G. Morgan. « The Effect of Cost on Adherence to Prescription Medications in Canada (*L'incidence du coût des médicaments sur l'ordonnance sur l'observance de la prescription au Canada*) ». *Journal de l'Association médicale canadienne* 184, n° 3 (2012), p. 297–302. [www.cmaj.ca/content/184/3/297](http://www.cmaj.ca/content/184/3/297).

Ministère des Finances du Canada. *Soutien fédéral aux provinces et aux territoires*. <http://www.fin.gc.ca/fedprov/mtp-fra.asp> (consulté le 26 août 2015).

Morgan, Steven G., Jamie R. Daw et Michael R. Law. « *Are Income-Based Public Drug Benefit Programs Fit for an Aging Population? (Les programmes publics d'assurance médicaments fondés sur le revenu sont-ils appropriés pour une population vieillissante?)* ». Montréal : Institut de recherche en politiques publiques, 2014. <http://irpp.org/fr/research-studies/study-no50/>.

Morgan, Steven G., Michael Law, Jamie R. Daw, Liza Abraham et Danielle Martin. « *Estimated Cost of Universal Public Coverage of Prescription Drugs in Canada (Coût estimatif de la couverture universelle des médicaments d'ordonnance au Canada)* ». *Journal de l'Association médicale canadienne* 187, n° 7 (2015), p. 491–497.

Organisation de coopération et de développement économiques. « *Dépenses de santé et financement* ». *État de santé*. <http://stats.oecd.org/index.aspx?lang=fr&SubSessionId=99d99582-93a0-4ba9-a679-b077dea56f1e&themetreeid=9> (consulté le 12 août 2015).

Organisation mondiale de la santé. *Formula Funding of Health Services: Learning From Experience in Some Developed Countries*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2008.

Penno, Erin, Robin Gauld et Rick Audas. « *How Are Population-Based Funding Formulae for Health Care Composed? A Comparative Analysis of Seven Models* ». *BMC Health Services Research* 13, n° 1 (2013), p. 470.

Rice, Nigel et Peter Smith. *Approaches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: An International Survey*. York, R.-U. : Université de York—Centre for Health Economics, 1999.

Mesures en matière de politique fédérale visant à répondre aux besoins de santé de la population vieillissante du Canada

Smith, Joy. *Maladies chroniques liées au vieillissement et promotion de la santé et prévention des maladies* : Rapport du Comité permanent de la santé. Ottawa : Gouvernement du Canada, 2012.

Statistique Canada. *Les aidants familiaux au Canada, 2012*. <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/130910/dq130910a-fra.htm> (consulté le 24 août 2015).

—. *Enquête sociale générale : Soins donnés, 2012*. [www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/140331/dq140331h-cansim-fra.htm](http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/140331/dq140331h-cansim-fra.htm) (consulté le 24 août 2015).

Taxpayers Australia. *Family Allowances: The Consolidated Dependant (Invalid and Carer) Tax Offset*. [www.taxpayer.com.au/KnowledgeBase/10109/Individuals-Tax-Super/dependent\\_spouse\\_offset](http://www.taxpayer.com.au/KnowledgeBase/10109/Individuals-Tax-Super/dependent_spouse_offset) (consulté le 12 août 2015).

Thompson, Gavin. « Primary Care Trusts: Funding and Expenditure ». *Standard Note : SN/SG/5719*. Londres, R.-U. : House of Commons Library, 2010.

Verbeeten, David, Philip Astles et Gabriela Prada. *Les services sociaux et de santé offerts aux aînés canadiens*. Ottawa : Le Conference Board du Canada, 2015.

Crédibilité. Pertinence. Leadership.



Le Conference Board  
du Canada

255, chemin Smyth, Ottawa (Ontario)

K1H 8M7 Canada

Tél. 613-526-3280

Télééc. 613-526-4857

Ligne info 1-866-711-2262

[conferenceboard.ca](http://conferenceboard.ca)

