

Université de Montréal

VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE, ÉTAT DE SANTÉ ET
FINANCEMENT DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

par

Madeleine Rochon

Département de démographie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en démographie

Avril 1997

© Madeleine Rochon, 1997



HB
881
U54
1998
V.001

Université de Montréal

VILLESIÈRE DE DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
VILLESIÈRE DE DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

par

Médecine Rochon

Département de démographie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophie (Doctorat Ph.D.)
en démographie

Avril 1997

© Médecine Rochon 1997



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :
VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE, ÉTAT DE SANTÉ ET
FINANCEMENT DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

présentée par
Madeleine Rochon

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Robert Bourbeau	président du jury
Yves Péron	directeur de recherche
Jacques Henripin	membre du jury
Baris Enis	examineur externe
Louise Potvin	représentante du doyen

Thèse acceptée le : 14 novembre 1997

SOMMAIRE

Cette étude traite des conséquences du vieillissement démographique sur les dépenses publiques de santé et la charge financière qu'elles représentent. Elle accorde une attention spéciale aux transformations subies par le sommet de la pyramide des âges : nombre possible de personnes âgées, amélioration ou détérioration relative de l'état de santé de la population et contribution moyenne d'une personne âgée au financement du système public (égale à la moitié de celle d'une personne d'âge actif). Cherchant à évaluer la possibilité que des changements, concomitants au vieillissement démographique, atténuent ses effets négatifs «toutes autres choses égales par ailleurs», l'analyse de sensibilité tient également compte de l'influence de l'offre de services dans le passé récent (à la baisse) et de l'évolution du taux d'emploi de la population. Les autres facteurs de croissance économique sont présumés être sans effet puisque les rémunérations du secteur sont généralement majorés en fonction de l'enrichissement collectif. L'exercice de simulation est effectué en ne faisant varier qu'un phénomène démographique et un facteur social à la fois de sorte que l'influence de chacun puisse être appréciée. L'évolution des dépenses de santé est comparée à celles d'un ensemble de programmes sociaux et des rapports de dépendance démographique.

À coûts constants selon l'âge et le sexe, la mortalité est le phénomène démographique qui a le plus de répercussions sur le poids des dépenses publiques de santé dans la production nationale. Le surplus de personnes âgées résultant de nouveaux gains sur la mortalité augmente de moitié l'augmentation déjà prévue de 102 % en 2041 dans l'hypothèse du maintien de la fécondité à sa valeur de 1,6 enfant par femme et d'un solde migratoire nul. Cependant, si l'état de santé suit les progrès de l'espérance de vie, l'effet d'une nouvelle baisse de la mortalité peut être annulé pendant plusieurs décennies. De plus, la contribution des personnes âgées au financement du système public permet de compenser la diminution de la population d'âge actif. Toutefois, seule la combinaison de l'ensemble des facteurs évoqués peut permettre une réduction considérable de la forte pression exercée par le vieillissement dans les deuxièmes et troisièmes décennies du prochain siècle. Le défi est cependant moindre pour l'ensemble des dépenses sociales. Il s'avère, de plus, bien reflété par l'évolution du rapport de dépendance démographique lorsque la contribution des personnes âgées au financement de ces dépenses est considérée.

RÉSUMÉ

Cette étude traite des pressions que le vieillissement démographique accéléré du Québec exercera sur le système public de santé, particulièrement au moment de l'arrivée aux troisièmes et quatrièmes âges des générations issues du baby-boom et de la décroissance de la population d'âge actif. Les études antérieures ont indiqué une forte augmentation des difficultés de financement durant cette période. Pourtant, elles ont généralement sous-estimé la baisse éventuelle de la mortalité et ont implicitement postulé que celle-ci ne s'accompagnait d'aucun changement des taux de morbidité selon l'âge. De plus, elles ont ignoré la contribution des personnes âgées au financement du système public de santé.

La présente étude accorde donc une attention spéciale aux transformations subies par le sommet de la pyramide des âges : étendue du nombre possible de personnes âgées (mortalité stable ou poursuite de la baisse de la mortalité sur l'ensemble de la période étudiée), amélioration ou détérioration relative de l'état de santé de la population (de la proportion des années vécues en bonne santé) et contribution d'une personne âgée au financement du système public (égale à la moitié de celle d'une personne d'âge actif dans le contexte québécois). Cet exercice de simulation cherche à évaluer la possibilité que des changements, concomitants au vieillissement démographique et perceptibles à ce moment-ci, atténuent ses effets négatifs «toutes autres choses étant égales par ailleurs». Cette étude tient donc également compte de l'influence de l'offre de services dans le passé récent (influence à la baisse depuis quelques années) et de l'évolution du taux d'emploi de la population d'âge actif. Cependant, les facteurs de croissance économique autres que la taille de la population en emploi sont présumés être sans effet puisque les salaires et rémunérations des prestataires des services de santé sont habituellement majorés en fonction de l'enrichissement collectif. Les dépenses retenues correspondent à une définition élargie de la santé. Elles incluent notamment tous les soins de réadaptation et de longue durée destinés aux personnes atteintes d'incapacités. L'exercice de simulation est effectué en ne faisant varier qu'un phénomène démographique et un facteur social à la fois de sorte que l'influence de chacun puisse être appréciée. L'évolution future des dépenses de santé est comparée à celle qui serait obtenue pour un ensemble de programmes sociaux, dont les pensions. Ces différentes évolutions sont ensuite confrontées à celles des rapports de dépendance démographique.

Si la principale cause de la croissance des dépenses publiques de santé durant les années 60 et 70 fut la hausse de l'utilisation des services (à âge égal), le principal facteur de croissance durant la période 1980-1994 fut, au Québec, les changements démographiques. En raison de compressions budgétaires importantes, l'action de l'offre de services entraîne même depuis une baisse non négligeable des dépenses selon l'âge.

Par ailleurs, les résultats des enquêtes transversales sur l'état de santé de la population ont toujours indiqué une baisse des taux d'incapacités sévères permettant la stabilité du nombre d'années vécues en très mauvaise santé et donc la diminution de la proportion des années vécues dans cet état. Les états les plus sévères, comme les dernières années de vie des individus, engendrant les plus fortes dépenses, l'hypothèse de l'évolution parallèle de la mortalité et de la morbidité est retenue dans l'analyse de sensibilité. Selon cette hypothèse, la baisse de la mortalité projetée s'accompagnerait d'une baisse des taux de morbidité (à structure par âge égale à celle de 1991) de 12 % sur 25 ans et de 19 % sur 50 ans.

Les groupes d'âge qui ont les dépenses les plus élevées sont aussi ceux qui augmentent le plus rapidement. Ainsi, les dépenses publiques de santé per capita atteignent 3,7 fois à 65 ans ou plus et 9,9 fois à 85 ans ou plus, celles de l'ensemble de la population en 1991 alors que ces groupes pourraient passer de 11 % et 1 % de la population à 28 % et 7 %, davantage si l'apport migratoire s'avérait très faible ou négatif.

L'effet des changements démographiques est isolé en postulant les dépenses constantes selon l'âge et donc implicitement la constance des taux de morbidité. Dans les prochaines décennies, la pression démographique sur les dépenses se poursuit (1,6 % par année) mais résulte de plus en plus du vieillissement et non de la croissance de la population. La poursuite de l'allongement de la vie moyenne fait passer la croissance des dépenses de 59 % à 107 % en 2041. C'est le seul phénomène démographique qui a une influence (à moyen terme) sur l'évolution des dépenses. Au moment où les générations issues du baby-boom franchiront le cap des 85 ans, les soins de longue durée pourraient devenir le secteur le plus important du domaine de la santé.

Les effets du vieillissement démographique sont encore plus élevés quand on considère l'évolution de la charge financière. Ceux-ci se sont faits sentir au Québec beaucoup plus tôt que dans la plupart des pays occidentaux (vers 2005, selon l'OCDE). Le déséquilibre entre le rythme

d'augmentation des dépenses et la croissance de la population d'âge actif y apparaît en effet dès la fin des années 80. Au moment où les générations issues du baby-boom basculent dans le groupe des 65 ans ou plus, soit entre 2016 et 2031, la hausse de la part des dépenses publiques de santé dans la production nationale (la population en emploi servant d'indicateur) devrait croître de 2,4 % par année (de 2,1 % en présence de mouvements migratoires modérés). La poursuite des tendances actuelles, baisse de la mortalité et indice de fécondité à 1,6 enfant par femme, pourrait conduire au triplement de la charge financière actuelle, en l'absence de mouvements migratoires. Même en l'absence de nouveaux gains sur la mortalité, cette charge aurait doublé vers 2046. Les autres phénomènes (hausse importante de la fécondité ou de l'immigration) ont un effet à la baisse mais néanmoins inférieur à celui de la mortalité.

La pression sur les finances publiques est toutefois un peu moins importante en raison de la contribution des aînés. Celle-ci, même sans hypothèse d'amélioration de leurs revenus «relatifs», entraîne une diminution de 15 % du fardeau de la population en emploi en 2041. La participation des personnes âgées au financement du système public atteindrait alors 21 % et permettrait pratiquement d'éliminer l'effet de la baisse de la population d'âge actif.

En outre, si l'état de santé suit les progrès de l'espérance de vie et si cette baisse se répercute sur une bonne partie des dépenses selon l'âge, l'effet d'une nouvelle baisse de la mortalité peut être annulé, au moins pour quelques décennies. Beaucoup de décès sont en effet reportés alors que peu de différences sont encore visibles dans le nombre de personnes âgées. La baisse des dépenses résultant de cette hypothèse atteint 9 % en 2016 et 17 % en 2041. Il n'y aurait pas en 2041 de hausse supplémentaire de la charge financière en raison d'une nouvelle baisse de mortalité tenant compte de l'apport financier de ce groupe d'aînés plus imposant (du tiers comparativement à une situation de mortalité stable) mais en meilleure santé (à âge égal).

Une amélioration sensible du taux d'emploi au moment de la contraction de la population d'âge actif pourrait également diminuer cette charge de 13 %. Cependant, une telle amélioration suppose davantage que le simple prolongement de la hausse des taux d'emploi féminins dans les groupes d'âge où ils augmentent encore (35 ans ou plus), soit une élévation sensible à tous les âges et pour les deux sexes ou encore un report important de l'âge de la retraite (de cinq ans). De plus, des transformations importantes de l'offre de services pourraient également entraîner une baisse des dépenses (à âge égal) de 15 % alors que la réduction de la

part des dépenses publiques des personnes âgées, basée sur leur plus faible proportion de dépenses privées relativement à leurs revenus, pourrait entraîner une baisse de près de 4 %. La comparaison avec la situation suédoise (santé et services sociaux aux personnes âgées) qui présente la même proportion de personnes âgées que connaîtra le Québec en 2016 (18 %) indique une marge de manœuvre similaire.

Après de nombreuses décennies, un niveau élevé de mouvements migratoires ou de fécondité a un effet similaire à celui de chacun de ces facteurs pris isolément (état de santé, contribution des personnes âgées, amélioration de l'emploi, diminution de l'offre de services). Les facteurs évoqués peuvent donc intervenir à différents moments pour freiner quelque peu la croissance du fardeau financier mais aucun ne peut la changer de façon substantielle. Seule la combinaison d'un ensemble de facteurs peut permettre une réduction considérable de la forte croissance prévisible. La charge financière pour la population qui finance le système public pourrait ainsi augmenter du quart au lieu de plus du double d'ici 2041 et le prélèvement sur l'économie de l'ensemble des dépenses de santé, publiques et privées, du tiers plutôt que du double (en présence de mouvements migratoires modérés).

Le vieillissement de la population constitue donc un énorme défi pour le système de santé et de services sociaux, seul programme social à présenter une augmentation des dépenses per capita au-delà de l'âge de 65 ans. Les besoins des personnes très âgées présentent un problème délicat puisque le revenu moyen d'une personne âgée de 85 ans ou plus est inférieur aux dépenses moyennes qu'elle engendre. Le défi est cependant moindre pour l'ensemble des dépenses sociales. Il s'avère, de plus, bien reflété par l'évolution du rapport de dépendance démographique (nombre de jeunes et d'aînés par personne d'âge actif) lorsque la contribution des personnes âgées au financement de ces dépenses est considérée. Le surplus de dépenses sociales engendrées par une personne âgée - deux fois celles d'un jeune - peut donc être grandement compensé par son apport financier.

Enfin, au même titre que l'évolution démographique et les particularités des programmes sociaux (prestations et modes d'indexation et de financement) viendront moduler les pressions exercées par le vieillissement dans chaque pays, les groupes sociaux pourront être marqués différemment par les transformations sociales, économiques et politiques conséquentes.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
RÉSUMÉ.....	ii
TABLE DES MATIÈRES.....	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES FIGURES.....	xii
REMERCIEMENTS	xiv
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
MORTALITE, ETAT DE SANTE ET EFFETS DES CHANGEMENTS DÉMOGRAPHIQUES SUR L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ.....	5
1.1 Conséquences de l'évolution de la mortalité et état de santé.....	6
1.1.1 Progrès de l'espérance de vie et limites à l'allongement à la vie humaine.....	6
1.1.2 Nombre de personnes âgées et vieillissement démographique.....	10
1.1.3 État de santé.....	12
1.1.3.1 Thèses de l'évolution de la morbidité et de la mortalité.....	13
1.1.3.2 Données d'enquête et interprétation.....	14
1.2 Effets des changements démographiques dans le futur.....	24
1.2.1 Études sur le secteur de la santé.....	26
1.2.2 Études plus économiques.....	35
1.2.3 Vue d'ensemble.....	46
1.3 Influence respective de la demande et de l'offre de services dans le passé.....	48
1.3.1 Services médicaux.....	49
1.3.2 Hospitalisations.....	54
1.3.3 Ensemble des soins de longue durée.....	57
1.3.4 Ensemble des dépenses.....	58
1.3.5 Influence de l'offre de services.....	62
1.3.6 Deux approches.....	65
1.4 Remise en question de l'effet de l'âge.....	66
1.4.1 Déterminants de l'utilisation des services.....	67
1.4.2 Dernières années de la vie.....	68
1.4.3 Effet de génération.....	70
1.5 Vue d'ensemble.....	72
CHAPITRE II	
PERSPECTIVE THÉORIQUE, DÉPENSES ET HYPOTHÈSES	74
2.1 Perspective théorique.....	75
2.1.1 Deux grandes influences.....	75
2.1.2 Questions, méthodes et limites.....	78

2.2 Dépenses de santé selon l'âge et le sexe	80
2.2.1. Dépenses publiques	80
2.2.2. Dépenses publiques et privées.....	88
2.3 Hypothèses démographiques.....	89
2.3.1 Fécondité	89
2.3.2 Mouvements migratoires.....	90
2.3.3 Mortalité	92
2.3.4 Projections démographiques.....	93
2.4 Hypothèses sur l'évolution de l'état de santé.....	96
2.4.1. Amélioration de l'état de santé	97
2.4.2 Les dépenses publiques selon l'âge dans l'hypothèse d'une amélioration de l'état de santé.....	98
2.5 Hypothèses sur l'emploi.....	104
2.5.1 Le choix d'un indicateur	104
2.5.2 Évolution du taux d'emploi.....	106
2.5.3 Deux hypothèses d'amélioration.....	107
2.5.4 Un statu-quo amélioré grâce aux taux d'activité féminins	109
2.5.5 Une détérioration plus importante ?	111
2.5.6 Une amélioration possible des taux d'emploi.....	113
2.6 Contribution des personnes âgées au financement du système public de santé.....	114
2.6.1 Les sources	115
2.6.1.1 L'impôt sur le revenu des particuliers.....	115
2.6.1.2 Les taxes à la consommation	117
2.6.1.3 L'impôt sur le revenu des sociétés	118
2.6.1.4 Assurance-chômage et Fonds des services de santé	123
2.6.2 Résultats.....	123
2.6.3 Évolution de la contribution relative des personnes âgées dans l'avenir	126
2.7 Hypothèses sur l'offre de soins.....	127
 CHAPITRE III	
ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE ET RAPPORTS DE DÉPENDANCE.....	129
3.1 Accroissement de la population	129
3.2 Évolution de la population par grand groupe d'âge	132
3.3 Vieillesse démographique et composition de la population selon l'âge et le sexe.....	138
3.3.1 Trois grands groupes d'âge	138
3.3.2 Autres groupes d'âge.....	143
3.3.3 Déséquilibre des sexes chez les personnes âgées.....	143
3.4 Rapports de dépendance démographique et économique	144
3.4.1 Rapport de dépendance démographique et âge de sortie d'activité.....	144
3.4.2 Rapport de dépendance économique et population en emploi	148
3.4.3 Facteurs non démographiques	151
3.5 Vue d'ensemble.....	153

CHAPITRE IV

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX155

4.1 Coûts constants selon l'âge et le sexe156

4.1.1 Dépenses publiques156

4.1.2 Dépenses publiques et privées161

4.1.3 Dépenses publiques relatives161

4.1.3.1 Fardeau pour l'économie162

4.1.3.2 Capacité de financement166

4.1.3.3 Comparaison avec les résultats antérieurs et la Suède167

4.2 Coûts selon l'âge et le sexe à la baisse168

4.2.1 Effet de l'amélioration de l'état de santé169

4.2.2 Effet de l'offre de services171

4.2.3 Effet combiné de changements dans la demande et l'offre de services172

4.3 Évolution des dépenses sociales176

4.3.1 Programmes sociaux dont les pensions et rentes176

4.3.2 Comparaison avec les rapports de dépendance181

4.4 Vue d'ensemble182

CONCLUSION185

RÉFÉRENCES193

ANNEXE A

INDICATEURS DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE SECTEUR D'ACTIVITÉSi

ANNEXE B

MODE DE CALCUL DE LA BAISSSE DES TAUX D'INCAPACITÉS SELON L'ÂGE ET LE SEXExix

ANNEXE C

CONTRIBUTION DES PERSONNES ÂGÉES AUX REVENUS DES GOUVERNEMENTS DU QUÉBEC ET DU CANADAxxi

ANNEXE D

TAILLE ET COMPOSITION DE LA POPULATION PAR ÂGE, RAPPORT DE MASCULINITÉ CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES, POPULATION EN EMPLOI EN ÉQUIVALENT PLEIN TRAITEMENT ET RAPPORTS DE DÉPENDANCE DÉMOGRAPHIQUE ET ÉCONOMIQUE, SELON DIFFÉRENTES HYPOTHÈSES ET PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES, QUÉBEC, 1991-2066xxv

ANNEXE E

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX SELON LE SECTEUR D'ACTIVITÉS ET DIFFÉRENTES HYPOTHÈSES QUANT À L'ÉTAT DE SANTÉ, L'EMPLOI, L'OFFRE DE SERVICES ET L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE, QUÉBEC, 1991-2066xxxv

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I - Projection des dépenses publiques de santé absolues et relatives selon différents auteurs, Québec et Canada	33
Tableau II - Projection du fardeau financier que représentent les dépenses de santé, les dépenses de pensions et les dépenses sociales selon différents auteurs, Canada et Québec	41
Tableau III - Accroissement annuel (en %) de la consommation des services de santé dû aux facteurs démographiques et aux changements dans les taux d'utilisation selon l'âge, Colombie-Britannique et Québec	50
Tableau IV - Accroissement (en %) de la consommation des services de santé dû aux facteurs démographiques et aux changements dans les taux d'utilisation selon l'âge, personnes âgées de 65 ans ou plus, Québec.....	52
Tableau V - Facteurs d'accroissement des dépenses publiques de santé et rapport entre les dépenses per capita des personnes âgées de 65 ans ou plus et des personnes âgées de moins de 65 ans, 1980-1994, Canada et Québec	60
Tableau VI - Dépenses gouvernementales consacrées au domaine de la santé et des services sociaux et indicateur de coût selon l'âge et le sexe par secteur d'activités, 1991.....	83
Tableau VII - Indice des dépenses publiques per capita des soins de santé et des services sociaux selon l'âge et le sexe, 1991	87
Tableau VIII - Indice de la progression des dépenses publiques et privées selon l'âge, Québec, 1991	89
Tableau IX - Hypothèses à la base des projections démographiques, Québec, 1991-2066.....	94
Tableau X - Espérance de vie (EV) et espérance de vie sans incapacité modérée ou sévère (EVSI), à la naissance et à 65 ans, 1991 et, selon deux hypothèses, 2016, Québec.....	100
Tableau XI - Taux d'incapacités modérées et sévères selon l'âge et le sexe, 1991, selon l'hypothèse de la constance du nombre d'années vécues en incapacité, 2016 et 2041, Québec	102
Tableau XII - Taux d'emploi et taux d'emploi équivalent plein traitement selon l'âge et le sexe, observés en 1991 et selon deux hypothèses d'évolution, Québec	108
Tableau XIII - Revenu moyen d'emploi féminin en proportion du revenu moyen masculin, Québec, 1991 et 1993, et hypothèse d'évolution	109
Tableau XIV - Taux d'emploi, Québec, France et Belgique et taux d'emploi québécois selon les taux par âge français et belge, 1991.....	112
Tableau XV - Revenu moyen et revenu moyen de placements (en dollars courants), population adulte et population âgée de 65 ans ou plus, Québec et Canada	121
Tableau XVI - Contribution des personnes âgées (PA) au financement des dépenses publiques de santé et de services sociaux, Québec, 1993-1994	124

Tableau XVII - Contribution des personnes âgées (PA) au financement des programmes sociaux, Québec, 1993-1994.....	126
Tableau XVIII - Effet de différents phénomènes démographiques sur la structure par âge de la population québécoise en 2066	140
Tableau XIX - Effet des différents phénomènes démographiques sur la composition par âge de la population, populations stables	142
Tableau XX - Effet des différents phénomènes démographiques sur le rapport de dépendance démographique, populations stables	147
Tableau XXI - Variations entre 1991 et 2066 du rapport de dépendance démographique selon trois hypothèses d'âge de sortie d'activité et du rapport de dépendance économique selon trois hypothèses de taux d'emploi, différentes projections démographiques, Québec.....	150
Tableau XXII - Variation entre 1991 et 2066 de la population qui supporte la charge des dépendants selon plusieurs hypothèses et projections démographiques, Québec	152
Tableau XXIII - Évolution (en %) des dépenses de santé et de services sociaux par décennie selon le secteur d'activités, effet de la taille de la population et du vieillissement démographique, projection 1M, et des dépenses relatives selon différentes projections, Québec, 1991 à 2061.....	158
Tableau XXIV - Évolution future des dépenses publiques de santé et de services sociaux selon deux hypothèses d'évolution de la mortalité et de l'état de santé, Québec.....	170
Tableau XXV -Potentiel d'atténuation de l'évolution de la charge financière des dépenses de santé et de services sociaux pour les personnes en emploi par différents facteurs, dépenses publiques et ensemble des dépenses publiques et privées, projection démographique 1, Québec, 1991 à 2016, 2041 et 2066.....	174
Tableau XXVI - Évolution des dépenses de santé et de services sociaux, des pensions et des rentes et de sept programmes sociaux, selon différentes projections démographiques, Québec, 1991, 2016 et 2041	178
Tableau A.I - Indice des dépenses publiques per capita des services de santé physique selon l'âge et le sexe, 1991.....	iv
Tableau A.II - Indice des dépenses per capita des services d'hébergement et de soins de longue durée selon l'âge et le sexe, 1991	vii
Tableau A.III - Indice des dépenses per capita des services de maintien à domicile selon l'âge et le sexe, 1991	ix
Tableau A.IV - Indice des dépenses per capita des services d'intégration sociale selon l'âge et le sexe, 1991	x
Tableau A. V - Indice des dépenses per capita des services de santé mentale selon l'âge et le sexe, 1991.....	xii
Tableau A.VI - Indice des dépenses per capita du programme des services médicaux, administré par la RAMQ, selon l'âge et le sexe, 1991	xvi

Tableau A.VII -Indice des dépenses per capita du programme des médicaments et services pharmaceutiques pour les personnes de 65 ans ou plus, administré par la RAMQ, selon l'âge et le sexe, 1991	xvi
Tableau A.VIII - Indice des dépenses du programme des services dentaires pour les enfants, administré par la RAMQ, selon l'âge et le sexe	xvii
Tableau A.VIX - Indice des dépenses du programme des services optométriques, administré par la RAMQ, selon l'âge et le sexe.....	xvii
Tableau C.I - Contribution des personnes âgées (PA) aux revenus du Gouvernement du Québec, 1993-94	xxii
Tableau C.II - Contribution relative des personnes âgées (PA) du Québec aux recettes du Gouvernement du Canada, 1993-94	xxiii
Tableau C.III - Contribution des personnes âgées (PA) à certains postes de revenus du Gouvernement du Québec, 1993-94	xxiv
Tableaux de l'annexe D - Taille et composition de la population par age, rapport de masculinité chez les personnes âgées, population en emploi en équivalent plein traitement et rapports de dépendance démographique et économique, selon différentes hypothèses et projections démographiques, Québec, 1991-2066	xxv
Tableaux de l'annexe E - Évolution des dépenses de santé et de services sociaux selon le secteur d'activités et différentes hypothèses quant à l'état de santé, l'emploi, l'offre de services et l'évolution démographique, Québec, 1991-2066	xxxv

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Facteurs à l'origine des dépenses publiques de santé	76
Figure 2 - Dépenses publiques de santé et de services sociaux selon l'âge, total et principaux secteurs d'activités, Québec, 1991	85
Figure 3 - Profil selon l'âge des dépenses publiques de santé et de services sociaux per capita pour trois secteurs d'activités et des taux d'incapacités modérées ou sévères, sexes réunis, Québec, 1991 (moyenne=1,0)	99
Figure 4 - Évolution des dépenses publiques selon l'âge dans l'hypothèse d'une amélioration de l'état de santé, Québec, sexe masculin, 1991, 2016 et 2041	103
Figure 5 - Évolution des dépenses publiques selon l'âge dans l'hypothèse d'une amélioration de l'état de santé, Québec, sexe féminin, 1991, 2016 et 2041	103
Figure 6 - Taux d'emploi féminins et masculins selon l'âge, Québec et Ontario, 1991, évolution des taux féminins québécois selon l'âge et la génération et hypothèse quant à l'avenir	110
Figure 7 - Évolution de la population du Québec, 1921 à 1991, et évolution future selon différentes projections démographiques, 1991 à 2066	130
Figure 8 - Pyramide des âges, sexes réunis, 1991 et 2016, projections 1 et 1M, Québec	133
Figure 9 - Population âgée de 0 à 19 ans, 1921 à 1991, et évolution future selon différentes projections démographiques, 1991 à 2066, Québec	134
Figure 10 - Population âgée de 20 à 64 ans, 1921 à 1991, et évolution future selon différentes projections démographiques, 1991 à 2066, Québec	136
Figure 11 - Population âgée de 65 ans ou plus, 1921 à 1991, et évolution future selon différentes projections démographiques, 1991 à 2066, Québec	137
Figure 12 - Population âgée de 85 ans ou plus, 1921 à 1991, et évolution future selon différentes projections démographiques, 1991 à 2066, Québec	138
Figure 13 - Évolution de la composition de la population par grand groupe d'âge (en %), 1921 à 1991, évolution future selon la projection 1 et proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus et de 85 ans ou plus selon les projections 1S, 1T et 3, 1991 à 2066, Québec	139
Figure 14 - Évolution du rapport de dépendance démographique, 1921 à 1991, et évolution future selon différentes projections démographiques, 1991 à 2066, Québec	145
Figure 15 - Évolution du rapport de dépendance de la population âgée, 1921 à 1991, et évolution future selon différentes projections démographiques, 1991 à 2066, Québec	146
Figure 16 - Évolution des dépenses publiques de santé et de services sociaux à coûts constants selon l'âge et le sexe, selon différentes projections démographiques, Québec, 1991 à 2066	157
Figure 17 - Évolution de la composition des dépenses publiques de santé et de services sociaux selon le secteur, projection 1M, Québec, 1991 à 2066	160

Figure 18 - Évolution relative de la population d'âge actif, des dépenses publiques de santé et de services sociaux à coûts constants selon l'âge et le sexe, et de la charge financière par personne d'âge actif, projection 1M, Québec, 1971 à 2066 (1971=1,00).....	163
Figure 19 - Évolution relative des dépenses publiques de santé et de services sociaux et de la charge financière qu'elles représentent selon différentes hypothèses de taux d'emploi et de contribution des personnes âgées, projection 1M, Québec, 1991 à 2066 (1991=1,00).....	164
Figure 20 - Évolution relative de la charge financière représentée par les dépenses publiques de santé et de services sociaux, à taux d'emploi constants, selon différentes projections démographiques, Québec, 1991 à 2066 (1991=1,00)	165
Figure 21 - Évolution relative du nombre de décès et du nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus, selon trois hypothèses de mortalité (projections 1, 1S et 1T), Québec, 1991 à 2066 (1991=100).....	171
Figure 22 - Progression des dépenses publiques per capita selon l'âge, santé et services sociaux, pensions et rentes et un ensemble de sept programmes sociaux, Québec, 1991.....	177

REMERCIEMENTS

Je veux exprimer mon appréciation à toutes les personnes qui m'ont témoigné un appui constant, tout au long de cette démarche. Je veux remercier, en premier lieu, mon directeur de thèse, Monsieur Yves Péron, pour son attention indéfectible, son jugement et son sens aigu et concret de la recherche, et notamment son sens de l'organisation.

Je veux ensuite témoigner ma gratitude aux personnes de mon milieu de travail, particulièrement M. Pierre Montambault, chef du Service de la recherche au Ministère de la Santé et des Services sociaux, qui a grandement facilité la réalisation de cette démarche ainsi qu'aux différentes personnes qui ont su répondre à mon besoin d'informations à différents moments. Qu'il me soit permis de remercier plus particulièrement Hélène Boucher, Yvon Brunelle, Patricia Caris, Pierre Cliche, René Kirouac, Robert Jacob, Roger Paquet, Sylvie Rheault et Nicole Tardif. Mes remerciements vont également à Messieurs les professeurs Jacques Gagnon de l'Institut de recherche et d'enseignement en fiscalité de l'Université de Sherbrooke et Claude Montmarquette du Département de science économique de l'Université de Montréal qui ont bien voulu m'accorder un peu de leur temps pour valider et discuter de points précis de mêmes qu'aux confrères et consœurs du Bureau de la Statistique du Québec qui ont fourni les résultats des projections démographiques.

Je tiens également à souligner l'apport à cette démarche de plusieurs professeurs du département de démographie à titre de membres du jury, en particulier Monsieur Jacques Henripin qui m'a amenée à approfondir certaines questions. Je suis enfin fort redevable au département de démographie, qui a bien voulu faciliter mon ressourcement académique, et qui m'a permis d'avoir des échanges fructueux avec plusieurs de ses étudiants et membres.

INTRODUCTION

Le vieillissement démographique est en train de changer le visage des sociétés, leurs priorités et leur mode d'organisation. Aujourd'hui planétaire, il présente des particularités qui tiennent à l'histoire démographique de chaque continent ou pays. Il en est de même des sociétés occidentales : une grande diversité de situations y existe et continuera d'y exister dans l'avenir. Le vieillissement par le sommet de la pyramide des âges, dû à la baisse de la mortalité, les concerne toutes mais l'érosion de la base de la pyramide des âges n'a pas, en raison de mouvements et de niveaux de fécondité assez différents, la même intensité partout. Le processus du vieillissement est ainsi plus avancé dans certaines sociétés occidentales, la Suède par exemple, mais sera, dans les prochaines décennies, bien plus rapide et prononcé dans d'autres, comme le Québec. Toutes ces sociétés présenteront alors une composition complètement nouvelle dans leur histoire mais aussi, pour certaines, dans l'histoire de l'humanité. En effet, aucune société n'a vu précédemment sa population constituée, au quart, de personnes «âgées» ou ayant dépassé depuis longtemps, pour les femmes du moins, les âges de procréation.

Cependant, le vieillissement démographique n'est pas un phénomène isolé. Il est la résultante de nombreuses transformations de l'organisation économique, technique, sanitaire et familiale. Ainsi, l'évolution démographique révèle autant qu'elle les engendre de profonds changements sociaux, culturels et économiques. De plus, les changements démographiques ont non seulement des origines, souvent lointaines, mais aussi des effets à très long terme. La pyramide des âges est ainsi marquée par l'histoire d'environ cent générations, la vie de certaines n'en étant qu'à ses débuts alors que se termine la vie des générations les plus âgées. L'effectif initial des premières marquera donc la pyramide des âges pour de nombreuses décennies encore.

En outre, la forte composante sociale des rapports entre groupes d'âge, comme celle des rapports entre sexes, ne peut être ignorée même si des limites biologiques sont également manifestes. Il existe en effet - malgré certaines constances - une forte variation des rôles sociaux dans le temps et l'espace. La naissance et la mort sont des événements immuables de l'expérience humaine. Pourtant, à l'échelle des populations, tous les individus ne se reproduisent pas ou ne meurent pas de la même façon, a fortiori à des époques différentes. Ainsi l'incapacité et la vieillesse font partie de l'expérience humaine depuis toujours alors que la retraite est une invention du siècle dernier. Chaque société marque donc de son empreinte particulière le

processus naturel du cycle de vie. On n'intègre et on ne prend pas soin des enfants ou des personnes âgées ou dépendantes partout de la même façon et de fortes variations sont observées entre les systèmes éducatifs et sanitaires des sociétés. Les attentes à l'égard de ces deux groupes diffèrent également. À travers l'expérience des générations qui se succèdent, c'est le corps social qui assure sa pérennité en s'adaptant au contexte changeant. Les conditions de la retraite, et donc la signification de celle-ci, ont ainsi bien changé depuis son introduction. Dans la théorie du cycle de vie par exemple, la retraite est un moment de «désépargne». Pourtant, les conditions de vie des personnes âgées des dernières décennies leur ont permis d'épargner, celles-ci le faisant pour transférer davantage de biens à leurs descendants. Les changements démographiques ne peuvent donc être isolés des autres transformations sociétales et l'âge ne saurait avoir une seule définition, encore moins une définition statique.

Ces rapports entre groupes d'âge constituent la question centrale dans l'étude des conséquences du vieillissement, conséquences qui suscitent de nombreuses inquiétudes et débats, particulièrement au sujet du financement des dépenses sociales et de la croissance économique future. C'est davantage le premier aspect qui retiendra ici notre attention et ce, dans la sphère des dépenses de santé. Deux secteurs des dépenses sociales sont, en effet, particulièrement touchés par le vieillissement démographique parce qu'ils concernent presque exclusivement les personnes âgées : les pensions et retraites, ou parce qu'ils les concernent davantage : les dépenses de santé. Ces deux secteurs sont touchés par le déséquilibre croissant entre la taille du groupe qui reçoit des prestations (en biens ou en espèces) et celui qui assure la richesse nationale (les actifs, les producteurs). De ce point de vue, plusieurs se demandent si les mécanismes de solidarité intergénérationnelle pourront continuer à fonctionner.

Le ralentissement économique que connaissent les sociétés occidentales et les difficultés budgétaires des gouvernements conduisent en outre à de nombreuses remises en question, notamment des programmes sociaux et des conditions particulières dont bénéficient les personnes âgées, alors que celles des plus jeunes stagnent ou se dégradent. Tant les conséquences du vieillissement démographique que des situations nouvelles suscitent donc de nombreuses interrogations.

Cette étude se limite aux conséquences du vieillissement démographique dans un champ restreint des dépenses publiques, celui des dépenses de santé, et dans une société particulière, le

Québec. Elle accordera une attention spéciale à ce qui se passe en haut de la pyramide des âges, c'est-à-dire à la mortalité, à l'état de santé ainsi qu'à la participation financière des personnes âgées au financement du système public de santé. Ce dernier phénomène est rarement souligné parce que, entre autres, il est négligeable dans de nombreux pays, comme en France où ces dépenses sont assumées principalement par les mutuelles et les revenus du travail. L'univers des dépenses de santé adopté comprend l'ensemble des soins de longue durée (en institution ou à domicile) et, de ce fait, correspond à une définition plus large que celle utilisée par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) mais assez proche de celle de Santé Canada. Cette définition élargie paraît mieux adaptée à l'objet de notre étude. De plus, les dépenses privées de santé et un ensemble de dépenses publiques, dont les pensions et rentes, seront également considérées.

Les conséquences du vieillissement démographique, dans le domaine de la santé, sont objet de débat. D'une part, il n'y a pas accord sur les causes et conséquences de la baisse récente de la mortalité aux âges avancés de la vie quant à l'état de santé des personnes âgées et leurs besoins en services. D'autre part, il n'y a pas accord, non plus, sur l'importance du vieillissement démographique dans les transformations que subit le système de santé, notamment sur l'évolution des dépenses de santé autant en ce qui concerne le passé que le futur. Ces deux questions seront donc traitées dans la revue de littérature.

Les âges qui sont fondamentaux dans le domaine de la santé sont l'âge auquel on meurt, l'âge auquel on devient dépendant, l'âge auquel on consomme tel service de santé mais aussi l'âge auquel on produit, l'âge auquel on finance et l'âge auquel on supporte. Ces âges s'entrecroisent au gré des individus et se modifient dans le temps. Qu'advient-il du système de santé et de la capacité de le financer, dans peu de temps, quand les générations du baby boom basculeront dans le groupe des personnes âgées? Qu'en sera-t-il, au Québec, quand les effectifs initiaux des générations (i.e. les effectifs à la naissance) composant le groupe des aînés passeront à 120 000 puis à 140 000 personnes alors que ceux des générations d'âge actif seront de 90 000 personnes? Est-il possible que les phénomènes sociaux, qu'ils agissent sur la demande ou l'offre de services, puissent adoucir une modification aussi drastique du rapport numérique entre les générations, du rapport entre le nombre de personnes qui engendrent des dépenses de santé élevées et le nombre de celles qui supportent ces dépenses?

Trois types de changements sociaux seront appréhendés. Les changements dans la demande de services suite à une modification des caractéristiques des personnes âgées (qualifiés d'effet de génération), les changements dans les modes d'organisation des soins qui leur sont destinés (qualifiés d'effet d'offre) et enfin les changements dans l'activité économique et dans la capacité de la population de financer le système. En ce qui concerne le premier point, l'accent sera mis sur l'état de santé, facteur prédictif le plus puissant de la consommation des individus. En ce qui concerne le deuxième, une marge de manœuvre sera fixée à partir des études émanant de ce secteur et des contraintes budgétaires qui s'y exercent actuellement. Enfin, deux aspects seront considérés dans la capacité de financement du système de santé, l'emploi et la participation des personnes âgées à son financement.

Après la revue de littérature (chapitre I), la perspective théorique sur les facteurs à l'origine de l'évolution des dépenses de santé, le mode d'estimation des dépenses selon l'âge et le sexe, les données et hypothèses concernant les phénomènes démographiques et les changements sociaux seront présentés (chapitre II). Suivra l'évolution démographique de la population par grand groupe d'âge et des rapports de dépendance dans le passé récent et dans le futur, selon ces différentes hypothèses (chapitre III). Puis, l'analyse des résultats des projections de dépenses publiques et privées (chapitre IV) sera effectuée en fonction des variables retenues (phénomènes démographiques, schémas de consommation selon l'âge et le sexe, état de santé, emploi, contribution des personnes âgées au financement des dépenses publiques). L'évolution des dépenses de santé sera alors resituée dans le contexte plus général de l'évolution des dépenses sociales et des rapports de dépendance. Enfin, l'importance de certaines conditions touchant les personnes très âgées, les groupes sociaux, les programmes publics, les pays et la répartition de la richesse sera introduite en guise de conclusion.

CHAPITRE I

MORTALITE, ETAT DE SANTE ET EFFETS DES CHANGEMENTS DÉMOGRAPHIQUES SUR L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ

Jusqu'à un passé récent, les gains possibles sur la mortalité, l'augmentation du nombre de personnes âgées et très âgées, de même que le rôle de ce phénomène dans le vieillissement démographique, ont été sous-estimés. Une telle sous-estimation conduit, si on postule que les coûts selon l'âge des services de santé demeurent constants, à une sous-évaluation de la demande de services de santé. Toutefois, depuis que l'importance de l'évolution de la mortalité a été reconnue, l'interrogation a porté sur la qualité des années supplémentaires de vie. Ces années se traduisent-elles par des années de bonne ou de mauvaise santé? La réponse à cette question conduit à une aggravation ou à un adoucissement des tensions engendrées par l'évolution démographique. Ces aspects sont considérés dans la première section de ce chapitre puisque le système de santé devrait y être particulièrement sensible.

Les sections suivantes élargissent le questionnement et abordent les deux grandes influences à l'origine de l'évolution des dépenses de santé, soit la demande et l'offre de services. Nous verrons d'abord les hypothèses et les résultats de certaines études de projections des dépenses publiques de santé effectuées pour le Canada ou le Québec depuis la fin des années 70 et essentiellement basées, pour la plupart, sur les changements démographiques. Une attention spéciale sera alors accordée aux types de dépenses retenues (services médicaux, services hospitaliers, soins de longue durée, services de réadaptation, services à domicile, médicaments...). De plus, la revue des études plus générales portant sur plusieurs secteurs de l'activité gouvernementale permettra une comparaison entre le secteur de la santé et le secteur des pensions et un ensemble de dépenses sociales. Ensuite, nous considérerons la critique formulée à l'endroit des projections des dépenses de santé par les tenants d'un autre courant de pensée, qui privilégie l'offre de services comme facteur prépondérant de la consommation. Nous examinerons alors l'effet respectif des changements démographiques et des changements de l'offre de services sur la consommation par grand secteur d'activités et sur l'ensemble des dépenses publiques de santé, dans les décennies récentes.

Puis enfin un survol rapide sera effectué des autres facteurs, évoqués dans la littérature, qui remettent en cause l'effet fixe de l'âge, particulièrement le «statut vital», soit la durée de vie restante ou dernières années de vie, et l'effet de génération.

La revue de littérature portera donc essentiellement sur quatre points : 1) l'évolution de la mortalité et ses conséquences sur le nombre de personnes âgées, la structure par âge de la population et son état de santé, 2) les études sur l'effet des changements démographiques sur les dépenses futures de santé et le fardeau financier qu'elles représentent, 3) l'influence respective de l'offre de services et des changements démographiques dans la consommation passée et 4) la remise en cause de l'effet fixe de l'âge. Nous avons parfois enrichi cette littérature de quelques analyses, pour avoir un portrait complet et récent, notamment de l'impact respectif des changements démographiques et des changements de consommation sur la hausse de l'ensemble des dépenses publiques de santé et sur la stabilité des différences de consommation selon l'âge.

1.1 Conséquences de l'évolution de la mortalité et état de santé

1.1.1 Progrès de l'espérance de vie et limites à l'allongement à la vie humaine

L'espérance de vie à la naissance atteint aujourd'hui des niveaux qui n'étaient pas envisagés il y a encore quelques décennies. En 1993, elle a franchi, pour la population féminine, le cap des 82 ans au Japon et des 81 ans en France, en Suisse et au Canada et, pour la population masculine, celui des 76 ans au Japon et des 75 ans en Suède et en Australie (Guibert-Lantoine et Monnier, 1995).

Dans les années 60, l'espérance de vie pouvait atteindre 76 ans pour les femmes et 71 ans pour les hommes mais les progrès étaient très faibles comparativement aux gains passés, la mortalité à certains âges ayant parfois cessé de diminuer et même augmenté pour le sexe masculin (Bourgeois-Pichat, 1985; Meslé, 1993). La baisse future de la mortalité ne pouvait résulter que d'un recul aux âges élevés, la mortalité étant souvent très près d'être nulle avant ces âges (Pressat, 1969, p. 218)¹. Mais, on doutait de cette possibilité, croyant généralement que les taux de mortalité les plus faibles avaient été atteints et qu'on se rapprochait de la limite naturelle

¹ Au Québec, en 1971, la probabilité de survivre (encore un an) était supérieure à 99% jusqu'à l'âge de 59 ans pour les femmes et à 51 ans pour les hommes (BSQ, table de mortalité de 1971, données non publiées).

à la vie humaine (Guralnik, Yanagishita et Schneider, 1988). Cette limite, établie dans les années 50 par Bourgeois-Pichat à partir, entre autres, de l'idée que toutes les maladies cardiovasculaires et cancers étaient des maladies endogènes, c'est-à-dire des maladies que les connaissances et le savoir médical ne permettaient pas d'éviter, était alors estimée à 77 ans pour les deux sexes réunis (Vallin, 1993). Dans ce contexte, des gains possibles mais modestes étaient encore envisagés (Moriyama, 1964), parfois des détériorations (Légaré, 1967). Encore récemment, Pressat (1983) s'en tenait à des niveaux d'espérance de vie assez faibles (75 ans) dans l'examen des conséquences de différentes lois d'évolution de la fécondité et de la mortalité à l'aide des populations stables², comparativement à ce qu'on peut envisager aujourd'hui.

L'idée que des gains sur la mortalité étaient difficiles dans les âges affectés par les maladies chroniques a été contredite par les faits dans la plupart des pays occidentaux. La crise fut surmontée, dès les années 70, dans ces pays grâce aux armes efficaces mises en place pour lutter contre les maladies cardiovasculaires et les cancers, sauf dans la plupart des pays d'Europe de l'Est (Meslé, 1993). Les progrès accomplis contre les maladies cardiovasculaires résultent de divers changements dans la pratique sanitaire, en termes curatif (prescription de médicaments nouveaux et de traitements de longue durée) mais surtout préventif (dépistage et traitement systématique de l'hypertension et des hypercholestérolémies, développement de la diététique, réduction du tabagisme, ...) et d'organisation des soins (développement des services d'urgence) (Meslé, 1995). À ces succès, selon Meslé et Vallin (1993), s'ajoute le reflux des «maladies de société», cancer du poumon, alcoolisme et cirrhose du foie, accidents de la route, suicide et homicide, grâce aux mesures prises en matière de sécurité routière et de luttes anti-tabagique et anti-alcoolique. Ces auteurs notent, en outre, que la crise des années 60 a surtout marqué l'évolution de l'espérance de vie de la population masculine et qu'elle a, à peine, ralenti le rythme des progrès féminins. Pour les femmes, dès les années 50, la baisse de la mortalité cardiovasculaire est source de gains importants et la montée des maladies de société est beaucoup moins prononcée que dans le cas des hommes.

Ces nouveaux progrès concernent tous les âges mais c'est après 60 ans qu'ils pèsent désormais le plus sur l'évolution de l'espérance de vie à la naissance (Meslé, 1993). Les années 70 constituent donc un tournant, les taux de mortalité aux âges moyens et avancés des hommes et

² Une population stable est une population à régimes de mortalité et de fécondité constants. Le taux d'accroissement naturel d'une population stable est constant.

des femmes amorçant un déclin important (Myers, 1993). Des améliorations après l'âge de 65 ans sont rapportées dans tous les pays, y compris après l'âge de 80 ans. Les études effectuées sur les pays ayant les données de meilleure qualité aux âges très élevés confirment des progrès sensibles pour les deux sexes. Les taux de mortalité après 80 ans ont, en effet, baissé de 1 à 2 % par année pour la population féminine et de 0,5 à 1,5 % pour la population masculine depuis les années 60, dans la plupart des pays développés sauf dans les pays d'Europe de l'Est (Kannisto, Lauritsen, Thatcher et Vaupel, 1994). De plus, les données sur les centenaires (Kannisto, 1993) montrent que les progrès ont été particulièrement sensibles durant la décennie des années 80, que la mortalité suit sa progression quel que soit l'âge et qu'elle ne semble pas s'approcher d'un plateau-limite (données reposant sur au moins 100 cas jusqu'à 107 ans pour la population masculine et 109 ans pour la population féminine).

Depuis le milieu des années 80, à la suite de la reprise de l'augmentation de l'espérance de vie, plusieurs auteurs ont montré le conservatisme des hypothèses de mortalité officielles qui supposent la réduction ou l'arrêt des progrès (Vaupel et Gowan, 1986; Ahlburgh et Vaupel, 1990; Meslé, 1993). Guralnik, Yanagishita et Schneider (1988), ont souligné que les projections sont influencées par les tendances récentes au moment de la projection. Vallin (1993) estime que les projections établies depuis la période de ralentissement des gains sur la mortalité des années 60 sont pessimistes, particulièrement celles faites durant les années 70 et au début des années 80. Ainsi, les espérances de vie masculine et féminine prévues en 1979 par Statistique Canada (Statistique Canada, 1979) pour le Québec de l'an 1991 (77,05 et 69,30 années) étaient déjà dépassées de plus d'une année et demie en 1981 (78,70 et 70,99 années) (Duchesne, 1992). De plus en plus, on considère plusieurs hypothèses de mortalité dans les projections officielles mais, comme le signale Meslé (1993), les résultats d'une seule hypothèse sont publiés.

Dans ce nouveau contexte, il ne semble plus y avoir de limites aux progrès qui sont dorénavant envisagés. Alors que J. Bourgeois-Pichat considérait 77 ans comme la limite à la vie humaine dans les années 50 et 70 (Vallin, 1993), il envisage à la fin des années 80, reprenant les thèses de Walford quant à l'imminence d'une révolution dans la science du vieillissement, une espérance de vie de 100 ans pour 2050 sur la base d'une limite de la vie humaine de 115 ans et considère même que cette limite pourrait être repoussée à 150 ans à la fin du XXI^e siècle (Bourgeois-Pichat, 1988). Plusieurs auteurs soutiennent également que l'espérance de vie pourrait se rapprocher du seuil de 100 ans. Ainsi, Ahlburgh et Vaupel (1990) envisagent la

poursuite d'une baisse des taux de mortalité de 1 % ou 2 % sur une longue période (jusqu'en 2080) et donc des espérances de vie pouvant varier entre 84 et 96 ans pour les hommes et de 89 à 100 ans pour les femmes. Pour Manton, Stallard et Tolley (1991), une espérance de vie de 95 ou 100 ans (avec un écart-type d'environ 10 ans) est accessible par la diminution optimale des facteurs de risque, ce qui serait confirmé par deux types de données. Le premier est constitué de données longitudinales sur les groupes de population vivant dans un environnement favorable, ayant accès à de bons soins et ayant de bonnes habitudes de vie (sous-groupe de l'étude d'Alameda County, religieux Mormons). Le second repose sur des modèles de simulation des résultats optimaux de l'évolution de 11 facteurs de risque (facteurs de risque circulatoire et marqueurs du vieillissement) et de leur interaction avec la mortalité pour 5 209 individus suivis de 1950 à 1984 dans l'étude de Framingham (Massachusetts Heart Study). Selon ce dernier modèle, l'espérance de vie à 65 ans pourrait doubler, passant de 19 à 39 ans pour les femmes et de 14 à 28 ans pour les hommes (Manton, Stallard et Tolley, 1991, tableau 6). Duchêne et Wunsch (1990) ont établi une table hypothétique limite commune aux deux sexes en supposant que le processus intrinsèque du vieillissement de l'organisme humain conduirait à une longévité maximale de l'espèce humaine de 115 ans et un âge moyen limite au décès de l'ordre de 90 ans (plus ou moins 5 ans). L'espérance de vie limite ainsi établie est de 91 ans à la naissance et de près de 26 ans à l'âge de 65 ans (de 41,6 ans à l'âge de 50 ans).

D'autres auteurs s'en tiennent cependant à une limite de 85 ans sur la base du fait que toutes les maladies chroniques ne sont pas associées à des facteurs de risque et de l'existence d'un processus naturel (génétique) de sénescence (Fries, 1980, 1984 et 1989; Olshansky, Carnes et Cassel, 1990). Cette limite se traduirait par une espérance de vie de 35 ans à l'âge de 50 ans tant que des avancées majeures ne permettent pas de contrôler le processus fondamental du vieillissement. Lee et Carter (1992) prévoient une espérance de vie, sexes réunis, très proche de cette limite pour les États-Unis de l'an 2065, soit une espérance de vie de 86,05 années et un gain d'un peu plus de 10 ans. L'espérance de vie à 65 ans passerait ainsi de 17,16 à 23,54 années en 75 ans, augmentant d'un peu plus de 6 ans. Par ailleurs, Coale (1996) semble prévoir une atteinte plus rapide à l'espérance de vie maximale (84 ou 85 ans pour les femmes et moins pour les hommes, possiblement 79 ans) et Péron (1996) souligne, qu'à moins de progrès importants après l'âge de 85 ans, l'élimination de maladies aussi importantes que les maladies de l'appareil circulatoire ou les tumeurs ne peuvent plus conduire qu'à quelques années de plus de durée de vie moyenne. Comme le soulignent Kannisto, Lauritsen, Thatcher et Vaupel (1994), puisque la

moitié des décès féminins et le tiers des décès masculins ont maintenant lieu après l'âge de 80 ans dans les pays développés³, les réductions de mortalité aux âges avancés sont cruciales pour les changements de l'espérance de vie et la proportion de personnes âgées et très âgées⁴.

Pour Vallin (1993), on peut distinguer trois grandes phases dans les progrès de l'espérance de vie. La première, qualifiée de transition épidémiologique par Omran (1971) s'achève avec le contrôle des maladies infectieuses. Les deuxième et troisième phases concernent la lutte aux maladies dégénératives, l'une qui permet le contrôle des facteurs externes qui affectent le vieillissement (facteurs environnementaux, mauvaises habitudes de vie) et l'autre qui permet le contrôle des processus intrinsèques du vieillissement. Selon cet auteur, nous sommes sûrement entrés dans la deuxième phase et peut-être même dans la troisième.

1.1.2 Nombre de personnes âgées et vieillissement démographique

Le nombre de personnes âgées est particulièrement sensible à l'évolution de la mortalité et le taux d'accroissement qui en résulte augmente avec l'âge (Gonnot, 1992). Les progrès les plus spectaculaires des probabilités de survie ont, en effet, eu lieu aux âges très avancés (Dumas, 1990). Les conséquences sur la survie aux grands âges sont considérables, le nombre de centenaires augmentant de 8 à 10 % par an (Kannisto, 1993). La baisse de la mortalité, entre 1950 et 1980, a ainsi permis une augmentation de la population âgée de 65 ans ou plus de 20 % en France et en Suisse, comparativement à la situation où la mortalité aurait été constante (Lopez, 1992)⁵. De même, la population âgée de 80 à 90 ans aurait été inférieure de 24,4 % dans le cas des hommes et de 29,7 % dans le cas des femmes en 1986, au Canada, si la mortalité avait été stable depuis 1966 (Dumas, 1990). La probabilité des femmes canadiennes de vivre encore 10 ans à leur 80^e anniversaire a augmenté de près de 50 % en seulement 15 ans (Dumas, 1990). Une autre conséquence de l'évolution de la mortalité est le déséquilibre des sexes qui s'est établi dans le groupe des personnes âgées. Les progrès après l'âge de 50 ans sont, en effet, plus anciens

³ Au Québec, où la population est encore relativement jeune, ces proportions atteignent, en 1993, 46 % et 25 % respectivement (Duchesne, 1995, tableau 302).

⁴ Une réduction de 1 % par année de la mortalité à tous les âges assure un gain d'un an d'espérance de vie par décade et une réduction de 2 %, un gain de deux ans par décade.

⁵ Les données du tableau, dont Lopez tire cette conclusion, indiquent que cette différence est moindre dans certains pays comme les États-Unis (Lopez, 1992, tableau 2).

dans le cas des femmes, les hommes n'en ayant bénéficié qu'à partir des années 70 (Myers, 1993). Dans plusieurs pays, dont le Canada, l'augmentation de la population féminine âgée de 70 ans ou plus a atteint le double de celle de la population masculine du même âge (Gonnot, 1992).

La sous-estimation de l'augmentation de l'espérance de vie dans les projections officielles a conduit, dans le passé, à une sous-estimation du nombre de personnes âgées, sous-estimation qui augmentait avec l'âge (Guralnik, Yanagishita et Schneider, 1988). Ainsi, des projections effectuées depuis le début des années 50, celle qui a le plus sous-estimé le nombre de personnes âgées en 1980 aux États-Unis est celle de 1967. Si la variation des erreurs de couverture entre recensements est négligée, la sous-estimation atteint 10 % dans le cas du total des personnes âgées de 65 ans ou plus mais 27 % dans le cas des personnes âgées de 85 ans ou plus. Les changements de l'hypothèse de mortalité, entre 1977 et 1982, dans les projections de population du *United Bureau of Census*, entraînent une augmentation de 21 % du nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus prévu pour l'an 2000 (Gonnot, 1992). De même, les différentes hypothèses d'évolution de la mortalité pour le siècle prochain conduisent à des variations importantes du nombre et de la proportion de personnes âgées. Le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus en 2060 varie du simple au double entre la projection moyenne officielle et celles établies à partir de l'hypothèse de la diminution des facteurs de risque (Manton, 1991). La différence, en 2040, est encore plus importante quand seules les personnes de 85 ans ou plus sont considérées (Suzman, Manton et Willis, 1992).

Ce n'est qu'à la fin des années 70 que le rôle de la mortalité dans le vieillissement démographique est reconnu (Parant, 1978 puis INED, 1988; Guralnik, Yanagishita et Schneider, 1988; Myers, 1993). Au vieillissement par la base de la pyramide des âges, dû à la baisse de la fécondité, s'ajoute dorénavant un vieillissement par le sommet de la pyramide, dû à la baisse de la mortalité (Dittgen et Legoux, 1990). La décomposition des gains d'espérance de vie montre, en effet, que les groupes d'âge responsables des progrès ont changé. Dans les décennies récentes, les gains aux âges avancés s'avèrent déterminants. Ainsi, durant la période de 1965-69 à 1980-1984, 1,3 des 2,5 années de gains des hommes et 2,5 des 3,3 années de gains des femmes en Europe de l'Ouest seraient dus à la baisse des taux de mortalité à 65 ans ou plus; en Amérique du Nord, les gains seraient similaires (2,0 sur 3,5 et 2,8 sur 4) (Gonnot, 1992). Par ailleurs, Gauthier et Duchesne (1991) constatent, à l'aide du modèle des populations stables, que la baisse

de la mortalité peut avoir un effet considérable sur le vieillissement lorsque l'espérance de vie passe de 70 à 80 ans, surtout si la fécondité est faible.

Depuis peu, certains auteurs reconnaissent même à la mortalité un rôle plus important que celui de la fécondité grâce à l'approche par génération (Caselli et Vallin, 1989; Preston, Himes et Eggers, 1989). En tenant compte des différences des effectifs initiaux des générations et de leur histoire morbide et migratoire, Caselli et Vallin (1989) arrivent, en effet, à cette conclusion autant pour un pays à fécondité relativement élevée comme la France ou un pays à fécondité relativement faible comme l'Italie, pour la période récente (1972-1986) comme pour la période à venir (1986-2040). Avec une approche similaire, Preston, Himes et Eggers (1989) obtiennent le même résultat pour les États-Unis et la Suède. La mortalité serait le facteur déterminant du vieillissement de la population dans ces deux pays au début des années 80. Dans cette approche, contrairement aux approches classiques, où les gains de mortalité avant ou après l'âge de 65 ans sont opposés, ou encore, où la mortalité est tenue constante durant quelques décennies, les gains de mortalité dont ont bénéficié les différentes générations à tous les âges sont cumulés et comparés. La période de temps considérée n'est donc pas la même.

Quand on cumule les gains des générations, les progrès sont remarquables. Ainsi, Desjardins (1993, tableau 4)⁶, estime qu'au Canada, la probabilité de survivre de la naissance à son 70e anniversaire est passée de 0,43 à 0,61 entre les générations 1876-1885 (le groupe des 65-74 ans en 1951) et les générations 1916-1925 (65-74 ans en 1991), augmentant ainsi de plus de 40 % et pourrait doubler, passant à 0,82 dans les générations 1956-1965 (65-74 ans en 2031) même si la mortalité demeurerait stable à partir de 2011. La comparaison des tables de mortalité du moment montre également que la baisse de la mortalité permet à une fraction de plus en plus importante de la population d'atteindre son 85e comme son 65e anniversaire (Myers, 1993).

1.1.3 État de santé

La montée du nombre de personnes âgées a des conséquences importantes pour le système de santé. Plusieurs auteurs ont souligné que celles-ci pourraient toutefois être différentes selon l'évolution de leur état de santé (Schneider et Brody, 1983; Rice et Feldman,

⁶ À partir des tables de mortalité par génération de Bourbeau et Légaré (1982).

1983; Rice et Laplante, 1988; Légaré, 1990; Myers, 1989; Schneider et Guralnik, 1990; Manton, 1991; Lopez, 1992). Dans l'introduction d'un numéro complet du *Milbank Memorial Fund* consacré aux personnes âgées de 85 ans ou plus, Suzman et White Riley (1985) signalent, en outre, que la hausse substantielle du nombre de personnes très âgées constitue un nouveau phénomène et que l'état de santé de ces personnes est la question la plus cruciale pour le futur.

1.1.3.1 Thèses de l'évolution de la morbidité et de la mortalité

La période de stagnation de la mortalité fut suivie, dans les années 70 et 80, de textes généralement fort négatifs sur l'évolution de l'état de santé de la population. En 1971, dans son texte célèbre, Omran qualifie ce troisième âge de la transition épidémiologique de l'ère des maladies dégénératives et de civilisation (*man made diseases*), les maladies chroniques prenant désormais la place des maladies infectieuses. Non seulement on se trouve impuissant devant les maladies de civilisation et du vieillissement mais, de plus, on remet en cause les nouveaux progrès réalisés. Le système de soins retarderait, en effet, le décès de personnes atteintes de maladies chroniques sévères entraînant une augmentation de la prévalence de ces pathologies (Gruenberg, 1977 et Kramer, 1980). C'est la théorie de la pandémie (Robine, 1986).

Au contraire, Fries (1980) soutient qu'avec la limite de l'espérance de vie ou de la vie moyenne, qui serait de 85 ans, il y a place pour une compression de la morbidité si, par l'amélioration des habitudes de vie, on retarde le moment de l'apparition des maladies chroniques et des incapacités. La courbe de survie sans incapacité pourrait donc suivre un mouvement de rectangularisation comme la courbe de survie. Cette thèse de la compression de la morbidité a été depuis étendue à toute situation où la part des années vécues en bonne santé serait en augmentation (Verbrugge, 1991 et Rogers, Bélanger et Rogers, 1991).

Manton (1982) critique ces deux approches qui, bien que contraires, reposent toutes deux sur des principes à la base du modèle des contraintes biologiques à l'allongement de la vie à savoir 1) que la morbidité et la mortalité ne sont pas nécessairement liées et 2) que changer les risques de maladie ne change pas le rythme de progression du vieillissement de l'organisme humain. Ces deux approches postulent cependant une action différente sur la progression des maladies chroniques (retarder seulement la conséquence ultime, le décès, ou retarder le moment de leur apparition). Selon le concept (qualifié depuis de théorie) de l'équilibre dynamique que

Manton développe alors, la plus grande partie de l'accroissement de l'espérance de vie s'explique par la moins grande sévérité des pathologies due au ralentissement de leur progression bien que les phénomènes décrits par Gruenberg et Fries puissent être également présents. Toutes les étapes de la progression des maladies sont donc retardées et pas seulement le décès. Il en résulte une hausse de la prévalence des maladies chroniques mais à des niveaux moyens moins sévères et un ralentissement du rythme de progression du vieillissement des différents systèmes d'organes vitaux. Ce ralentissement de la vitesse du vieillissement avec l'âge serait confirmé par la baisse de la pente des courbes de mortalité des générations canadiennes de personnes âgées de 60 ans ou plus, ajustées par des courbes de Gompertz (Hill, 1990).

1.1.3.2 Données d'enquête et interprétation

Les analyses effectuées au début des années 80, à partir des enquêtes de santé américaines sur la prévalence des maladies déclarées, des restrictions d'activités à court terme ou de limitation d'activités à long terme⁷ dans les années 60 et 70, semblent confirmer que les indicateurs de morbidité et d'incapacités ne suivent pas les progrès de la mortalité (Colvez et Blanchet, 1981; Verbrugge, 1984). Une étude canadienne va dans le même sens (Wilkins et Adams, 1983). Ces études ont eu un grand retentissement et leurs conclusions ont en général été reprises. Toutefois, Wilson et Drury (1984) ont souligné les difficultés d'interprétation des tendances de l'évolution de l'état de santé à partir des enquêtes du *National Center for Health Statistics* (NCHS). Selon Waidmann, Bound et Schoebaum (1995), la plupart des chercheurs en gérontologie ont retenu l'interprétation de la détérioration de l'état de santé des personnes âgées parce que les questions soulevées par Wilson et Drury n'avaient pas été systématiquement évaluées. Voyons plus en détails quelques études.

Colvez et Blanchet (1981) constatent, à partir de la National Health Interview Survey (NHIS) une augmentation de l'incapacité pour la population non institutionnalisée, une augmentation particulièrement forte de l'incapacité d'accomplir son activité principale à long

⁷ La restriction d'activités à court terme concerne les journées passées au lit, les journées où les activités régulières n'ont pu être exercées (ex. école, travail) ou ont dû être réduites en raison d'affections aiguës ou d'accidents. Les limitations d'activités à long terme concernent l'impossibilité d'accomplir son activité principale (jeux pour un jeune enfant, aller à l'école, exercer une activité rémunérée, tâches domestiques pour les femmes à la maison ou les personnes âgées) ou une limitation dans son activité principale ou dans un autre type d'activité en raison de problèmes de santé chroniques.

terme chez la population âgée de 45 à 64 ans et peu de changements chez les personnes âgées de 65 ans ou plus (aucune variation significative pour les femmes âgées), entre 1966 et 1976. Pour eux, les changements de procédure de l'enquête ne peuvent expliquer les résultats obtenus, de même qu'il serait douteux que les changements de normes puissent rendre compte de la hausse des limitations sévères (journées d'alitement à court terme et incapacité à long terme d'exercer son activité principale). L'augmentation de la limitation d'activités peut être interprétée de deux façons : 1) une détérioration de l'état de santé face à laquelle le système de soins de santé est impuissant puisque l'accès y est facilité et 2) un plus grand accès au système de soins et le développement des programmes sociaux (*Medicaid* pour la population défavorisée, *Medicare* pour les personnes âgées, les programmes de compensation du revenu en cas d'invalidité et enfin, peut-être, les programmes sociaux qui permettent de garder à la maison des enfants handicapés, autrefois placés en institution). Il est possible que cet accès plus grand à des soins médicaux de meilleure qualité influence le déroulement de certaines affections (les maladies du cœur et, de façon moins certaine, le diabète) empêchant le décès mais laissant en vie des personnes ayant des incapacités. Ces données contredisent la croyance fondée sur les données de mortalité d'une amélioration claire et continue de l'état de santé. La prise en compte par les agences gouvernementales des données d'incapacité pourrait permettre que les maladies chroniques incapacitantes, comme les maladies ostéoarticulaires et neurologiques, soient considérées comme des priorités⁸ et qu'enfin la population soit renseignée sur le prix à payer en incapacités pour certaines innovations technologiques diagnostiques et thérapeutiques.

Manton (1982), dans l'article où il développe le concept d'équilibre dynamique, rapporte des constats différents mais limite son analyse à la population âgée de 65 ans ou plus. Les données de la NHIS pour la période 1972-1977 montrent une légère amélioration de l'état de santé perçu, une augmentation très légère de la proportion de personnes qui ne déclarent aucune limitation dans leur activité principale, une très légère augmentation des journées passées au lit en raison d'affections chroniques mais le maintien des journées de restriction d'activités. Malgré le fait que davantage de personnes survivent à des âges avancés où les maladies chroniques sont plus fréquentes, il n'y a pas d'évidence d'une augmentation des incapacités pour les personnes âgées du même âge comparativement aux décennies précédentes. Il souligne que des mesures

⁸ Un texte ultérieur de ces deux auteurs illustre ces propos par le calcul des gains théoriques de l'espérance de vie sans incapacité résultant de l'élimination d'un problème de santé (Colvez et Blanchet, 1983).

cliniques plus fiables mais plus rares des enquêtes Health and Nutrition Examination Survey (HANES) et Health Examination Survey (HES) indiquent une amélioration du taux de cholestérol pour toute la population et, dans le cas de l'hypertension, une amélioration pour les personnes âgées.

Le portrait de l'évolution des données de morbidité et de limitations d'activités de la NHIS présenté par Verbrugge en 1984 semble, au contraire, confirmer la dissociation morbidité-mortalité (*Longer life but worsening health?*). Ce portrait débute à la fin des années 50 et porte sur les groupes d'âge 45-64 ans et 65 ans ou plus. Verbrugge note le maintien de l'état de santé perçu entre 1972 et 1979, une plus faible incidence des maladies aiguës mais une augmentation de la durée de l'incapacité qui leur est associée, une augmentation globale des journées de restriction d'activités à court terme dans les années 70, aucune augmentation des journées d'alitement pour les 65 ans ou plus et une faible augmentation pour les 45-64 ans, une diminution des journées d'absentéisme au travail pour les hommes mais une augmentation des limitations à long terme dues aux maladies chroniques dans l'activité principale dans les années 60 et seulement des activités secondaires dans les années 70 pour les adultes d'âge mûr. Elle souligne l'absence de tendance claire pour les personnes âgées en raison de grandes variations en début de période mais une augmentation si on se limite à l'observation des années 70. Ces tendances pourraient refléter une augmentation de la morbidité chronique comme une plus grande volonté et possibilité de modifier ses rôles et activités suite à des problèmes de santé chroniques. Par ailleurs, en ce qui concerne la prévalence des maladies chroniques létales, une augmentation est observée dans presque tous les cas et elle est plus forte dans le cas des maladies les plus fréquentes, soit le cancer, le diabète, les maladies du cœur et l'hypertension (l'artériosclérose également pour les personnes âgées). Sauf pour les cancers, les cirrhoses du foie ainsi que le groupe bronchite/emphysème/asthme dans le cas des 65 ans ou plus, la morbidité déclarée augmente alors que la mortalité diminue. Les affections non létales les plus fréquentes (arthrite et autres conditions musculosquelettiques) augmentent également. La plupart des problèmes sensoriels diminuent chez les personnes âgées mais les tendances ne sont pas claires en ce qui concerne les adultes d'âge mûr.

Verbrugge (1984) retient trois raisons principales à la hausse de la morbidité : une plus grande connaissance par les intéressés de leurs pathologies, due à un diagnostic plus précoce, des taux de mortalité plus faibles et, peut-être, des changements de comportements face à la maladie.

Mais, par ailleurs les changements d'incidence des maladies et du recours à l'institutionnalisation (*nursing and personal care homes*) ont probablement concouru à diminuer la morbidité alors que les changements de procédure dans la NHIS ne peuvent expliquer les changements à long terme. Des raisons similaires à celles de la hausse de la morbidité expliqueraient la baisse de la mortalité : diagnostic précoce suivi d'un meilleur traitement médical (prévention secondaire) et de changements de comportements et, peut-être, une incidence plus faible de quelques maladies chroniques (prévention primaire). Les traitements médicaux juste avant la mort, qui affectent peu de gens, ne peuvent avoir qu'un effet négligeable. Des raisons médicales et sociales seraient donc en cause. La prévalence des maladies non létales est appelée à augmenter parce que les individus, vivant plus longtemps, ont une probabilité plus grande de les développer et parce que la prévention primaire est peu probable en ce qui concerne ces affections. De façon générale, la morbidité pour ces groupes d'âge va se déplacer vers les maladies non létales, des symptômes moins sévères et des adaptations partielles (restrictions d'activités autres que dans les rôles sociaux).

Wilson et Drury (1984), tous deux rattachés à l'organisme qui produit ces enquêtes de santé, le NCHS, font plusieurs mises en garde, la même année, sur les problèmes reliés à l'utilisation des données sur la maladie et l'incapacité pour évaluer l'évolution de l'état de santé (physique). Ces auteurs notent, par exemple, que les résultats des examens montrent un taux stable d'hypertension (pression sanguine élevée ou médication) pour les adultes âgés de 25 à 74 ans alors que le pourcentage de personnes ayant déclaré cette affection augmente de façon importante. La meilleure connaissance par les intéressés de leur condition, le pourcentage de personnes non diagnostiquées ayant baissé de 50 % à 27 % (à structure par âge égale), est associée à une augmentation du pourcentage d'hypertendus sous médication et une diminution de la proportion d'adultes ayant une pression sanguine élevée⁹. Par ailleurs, l'augmentation observée de la déclaration du diabète est aussi reliée à un meilleur dépistage mais également à un plus grand taux de survie des personnes atteintes. Malgré ce que certains ont pensé, le réservoir de cas non diagnostiqués demeure très important. Les examens effectués ont, en effet, montré qu'il y a une personne diabétique non diagnostiquée pour une personne diabétique diagnostiquée.

⁹ Dans ce cas, la déclaration des individus indique une apparente détérioration de l'état de santé, alors même qu'on assiste à une diminution d'un facteur de risque important pour les maladies cardiovasculaires. Au Canada, 36 % des hypertendus ne connaissaient toujours pas leur condition en 1985 (Santé et Bien-être social Canada, 1989).

Les données sur l'incidence des maladies aiguës et les accidents depuis 1957 ne montrent aucune tendance à long terme et il n'y a pas eu de changements méthodologiques majeurs en ce qui concerne ces affections. Les mouvements à la hausse, observés pour des maladies peu fréquentes, peuvent être dus à de meilleures méthodes diagnostiques et un recours plus grand aux services de santé. La plus grande partie de l'augmentation des maladies chroniques est toutefois attribuée à l'amélioration du questionnaire. L'accroissement du nombre d'affections spécifiées a en effet entraîné une augmentation sensible des conditions qui ne faisaient pas partie des listes auparavant. De plus, avec l'amélioration de l'accès aux soins, des connaissances médicales et des modes de diagnostic, un problème de santé peut maintenant être déclaré comme trois problèmes différents alors que l'état de santé peut demeurer inchangé¹⁰. Ces difficultés peuvent être contournées par l'emploi de données provenant d'enquêtes par examen ou test mais même ces données sont affectées par l'amélioration des procédures diagnostiques. Les données sur les incapacités indiquent une augmentation importante sur les 25 dernières années de la proportion de personnes limitées à long terme dans leurs activités en raison de problèmes de santé chroniques. Le changement le plus marquant est l'augmentation du nombre d'hommes âgés de 45 à 64 ans incapables de travailler, de 4,4 % à 10,8 % entre 1960-61 et 1981. L'amélioration des rentes d'invalidité à la fin des années 60 et au début des années 70 explique en grande partie cette augmentation. De façon concomitante, les attitudes du public ont changé, les personnes étant davantage prêtes à déclarer des incapacités. Les efforts récents pour développer des mesures de capacité fonctionnelle et de restrictions dans les activités de la vie quotidienne (*Activities of daily living, ADL*¹¹), moins sensibles à l'influence des programmes sociaux, pourront aider à contourner ce type d'ambiguïté. Une difficulté supplémentaire provient du fait que les statistiques ont été centrées sur le nombre d'événements (données d'incidence ou de prévalence des affections aiguës ou chroniques) plutôt que sur l'état de santé de la personne. L'indicateur de santé perçue, mesuré depuis le début des années 70, ne montre aucun changement marquant. Les indicateurs synthétiques de l'état de santé (ex. Index de Sullivan) souffrent des mêmes problèmes que leurs composantes et doivent être interprétés avec prudence.

¹⁰ Mizrahi et Mizrahi (1994) soulignent la même difficulté en des termes différents : deux troubles distincts peuvent être la conséquence d'une même maladie et le même tableau clinique pourra donner lieu au cours du temps à des variations dans les évaluations du nombre de maladies.

¹¹ Ces activités sont en général les suivantes: se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer du lit au fauteuil (Katz, Branch, Branson, Papsidero, Beck et Greer, 1983).

Au Canada, la comparaison des données de deux enquêtes de Statistique Canada (l'Enquête sur la maladie de 1950-1951 et Santé Canada de 1978-1979)¹², semble indiquer qu'une faible partie des gains en années vécues se traduisent par des années passées sans incapacité (1,3 et 1,4 années respectivement pour les hommes et les femmes sur les 4,5 et 7,5 années supplémentaires entre 1951 et 1978, d'après Wilkins et Adams, 1983). De plus, les calculs d'espérance de vie sans incapacité, effectués au Canada ou au Québec à partir de l'enquête Santé Canada, confirment l'existence d'écart importants entre groupes sociaux, plus prononcés que ceux indiqués par les calculs d'espérance de vie, et un avantage féminin moins important. La hiérarchie des causes pathologiques est également modifiée. Lorsqu'on attribue à une année passée en restriction d'activités le même poids qu'à une année perdue par décès prématuré, la suprématie des maladies de l'appareil circulatoire est confirmée mais les accidents et traumatismes prennent la deuxième place chez les hommes et les maladies et déficiences du système ostéoarticulaire, la deuxième place chez les femmes (Dillard, 1984).

À la fin des années 80, la question de l'évolution de l'état de santé demeure une question controversée et les conclusions varient selon les auteurs, les sources retenues et les méthodes utilisées. Les conclusions tirées des données d'enquêtes transversales sont souvent négatives (Rice et Laplante, 1988; Verbrugge, 1989; McKinlay, McKinlay et Beaglehole, 1989; Riley, 1990) mais pas toujours lorsqu'elles portent uniquement sur la population âgée (Palmore, 1986; Brody, Brock et Williams, 1987; Poterba et Summers, 1987). Les données sont par contre plus raffinées. On dispose, entre autres, de données par groupe d'âge pour la population âgée, on établit également des distinctions selon le niveau de sévérité. Ainsi, les travaux de Crimmins, Saito et Ingegneri (1989) et Crimmins (1990) indiquent, pour la période 1969-1971 à 1979-1981, une augmentation de la prévalence des limitations d'activités seulement pour la population âgée de 65 à 74 ans et seulement pour les incapacités moins sévères, ce qui était annoncé par la théorie de l'équilibre. Malgré le peu de changements dans l'état de santé de la population âgée durant les années 70, Crimmins (1990) affirme qu'en raison de la forte progression des maladies non létales avec l'âge, on ne peut s'attendre dans l'avenir à une association étroite entre la morbidité et la mortalité à moins qu'on ne prévienne ou traite plus efficacement les maladies non

¹² Ces enquêtes présentent toutefois certaines différences conceptuelles et méthodologiques (Wilkins et Adams, 1983, p. 105).

létales. Verbrugge (1991) conclut, au début des années 90, que les hausses observées sont dues à la prévention secondaire et qu'elles correspondent à des cas plus légers.

Ce type de données suscite encore des réflexions sur leur interprétation, surtout que les données de l'enquête NHIS des années 80 témoignent d'une évolution différente. Pour Waidmann, Bound et Schoebaum (1995), la plupart de mesures de l'état de santé des enquêtes américaines montrent une détérioration durant les années 70, contrairement à une stabilité ou une amélioration dans les années 80, en raison de deux types d'influences sociales, l'extension des programmes de compensation du revenu en cas d'invalidité et un diagnostic plus précoce. D'abord, l'évolution de la mortalité durant les années 70 n'est pas très différente de celle des années 80. Ensuite, les baisses de la mortalité ont été beaucoup plus élevées dans le groupe des 65 ans ou plus que dans le groupe des 45-64 ans (4 fois dans le cas des hommes et 10 fois dans le cas des femmes), alors qu'une détérioration aussi sinon pire de l'état de santé semble avoir eu lieu dans ce dernier groupe d'âge. Les changements dans les déclarations de limitation d'activités des hommes âgés de 45 à 64 ans, dont celle de l'activité principale, ont été cohérents avec les changements de la proportion de ceux qui ont reçu des rentes d'invalidité, durant les années 70, mais ils sont contradictoires avec le fait que les hommes de ce groupe d'âge ne se sont pas dits en plus mauvaise santé. En outre, les personnes âgées, non touchées par l'extension de la couverture de ce programme, ont déclaré un niveau de limitation d'activités relativement constant. Les augmentations rapportées pour une condition donnée durant les années 70 (ex. maladies cardiovasculaires) seraient même plus importantes que celles qui peuvent être expliquées par les changements de mortalité de cette période. Au contraire, dans les années 80, peu d'augmentations et quelques baisses sont observées pour les maladies chroniques. Les affections ayant montré les plus fortes hausses dans la période précédente sont parfois celles qui connaissent les plus fortes baisses (artériosclérose et arthrite pour certains groupes). Les auteurs concluent qu'il est important de combiner l'information provenant de diverses sources et de replacer dans leur contexte social les déclarations des individus.

Au début des années 90, le rassemblement des résultats des différentes enquêtes transversales de plusieurs pays (États-Unis, Canada, Australie, Japon, Pays-Bas, Royaume-Uni, etc.) par le réseau de recherche international REVES (Réseau Espérance de vie en santé) confirme que l'espérance de vie sans incapacité (définie de façon différente selon les enquêtes) a stagné pendant que l'espérance de vie s'élevait, mais que l'espérance de vie sans incapacité sévère

a évolué de façon parallèle à l'espérance de vie dans les différents pays où le calcul a été fait, soit aux États-Unis, au Canada, en Australie, en France et au Japon (Robine, Bucquet et Ritchie, 1991 et Robine, Romieu, Cambois, Van de Water, Boshuizen, 1994). Les calculs d'espérance de vie à 65 ans indiquent des résultats semblables (Robine, Mormiche et Cambois, 1994). De plus, les résultats des différents pays sont plus homogènes en ce qui concerne les états sévères que l'ensemble des incapacités. Certains auteurs émettent également l'hypothèse ou constatent à partir des données d'une enquête canadienne sur la santé et les limitations d'activité, E.S.L.A., que le degré de fiabilité des données augmente avec la sévérité, les niveaux légers étant davantage influencés par des changements de perception et de seuils (Brunelle, Rochon, Saucier et Robine, 1993; McDowell, 1991; Laroche et Morin, 1994).

Des tendances plus favorables sont cependant indiquées par les données américaines des années 80 (Waidmann, Bound et Schoebaum, 1995), non encore publiées au moment de cette comparaison internationale. Dans le cas des personnes âgées de 45-64 ans et de 65-69 ans, la plupart des taux de prévalence déclarée de limitations d'activités sont stables ou diminuent durant les années 80 alors qu'ils montraient une augmentation au début des années 70. Pour la population âgée de 70 ans ou plus, on note peu de changements et aucune tendance claire dans les années 70 ou 80. Les niveaux observés à la fin des années 80 ne peuvent être comparés à ceux du début des années 70 en raison de changements apportés au questionnaire.

On dispose, par ailleurs, depuis la fin des années 80 de mesures d'état fonctionnel basées sur les activités de la vie quotidienne (ADL)¹³ dans le cadre d'enquêtes longitudinales. Après les premiers travaux de Katz, Branch, Branson, Papsidero, Beck et Greer de 1983 sur un échantillon plutôt restreint du Massachusetts Health Care Panel Study, une enquête longitudinale représentative de la population âgée des États-Unis (Longitudinal Study of Aging, LSOA¹⁴) permet une meilleure compréhension du processus de détérioration de l'état de santé avec l'âge, du lien entre la comorbidité et les incapacités (Verbrugge, Leprowski et Imanaka, 1989),

¹³ Les activités de la vie quotidienne considérées varient selon les enquêtes. Elles portent sur la dépendance personnelle à l'égard de tiers pour des fonctions nécessaires à la survie biologique : se laver, se vêtir, aller à la toilette, manger, se déplacer (ex. du lit au fauteuil, à l'intérieur du logement, à l'extérieur) et elles peuvent servir à déterminer la quantité de services nécessaires dans un cadre institutionnel (Colvez, Gardent, Bucquet, 1990).

¹⁴ 5 151 personnes âgées de 70 ans ou plus, interviewées en 1984 dans le cadre du *Supplement on Aging (SOA)* de la NHIS, ont été réinterrogées en 1986.

confirme l'importance des transitions dans les deux sens, c'est-à-dire non seulement d'une bonne à une moins bonne santé mais également d'une moins bonne à une meilleure santé (Rogers, Rogers et Bélanger, 1989 après Manton, 1988) et semble indiquer une évolution positive de l'état de santé (Rogers, Rogers et Bélanger, 1990).

Les résultats d'une enquête de plus grande envergure, National Long Term Care Surveys¹⁵, qui porte sur la population âgée et très âgée ayant des incapacités dans la vie quotidienne (*ADL*) et domestique (*IADL*)¹⁶ en 1982, 1984 et 1989, apportent également un portrait plus positif de l'évolution de l'état de santé. En premier lieu, la prévalence plus forte des incapacités chez les femmes âgées s'avère reliée à leur longévité plus grande et non à une probabilité plus élevée d'entrer dans un état d'incapacité (taux d'incidence de l'incapacité) (Manton, 1988). De plus, la prévalence standardisée selon l'âge et le sexe de l'incapacité chronique et de l'institutionnalisation réunies a baissé de 24,5 % en 1982 à 22,6 % en 1989, marquant une baisse de 8,1 % (Manton, Stallard et Corder, 1995). Cette baisse est significative et elle est plus importante pour les états les moins sévères (restrictions seulement dans les activités de la vie domestique) ou les états les plus détériorés dans la communauté (5 ou 6 *ADL*) ainsi que pour les âges les plus avancés (Manton, Corder et Stallard, 1993; Manton, Stallard et Corder, 1995). La prévalence de plusieurs pathologies (maladies symptomatiques et cliniquement identifiables telles que arthrite, artériosclérose, hypertension, problèmes circulatoires, ...) de même que le nombre de pathologies déclarées a également diminué. Par contre, la prévalence de certaines a augmenté (ex. Parkinson, diabète, maladies du cœur autres que l'infarctus aigu du myocarde). Le seul changement apporté à la liste des maladies identifiées

¹⁵ Cette enquête est représentative de la population couverte par Medicare, soit 97% de la population américaine âgée de 65 ans ou plus. L'instrument de collecte est demeuré inchangé tout au long de l'enquête. En 1982, 34 012 interviews de sélection furent complétées (sept questions sur les activités de la vie domestique et neuf questions portant sur six activités de la vie quotidienne). L'incapacité chronique était définie comme une incapacité depuis au moins 90 jours d'accomplir une activité de la vie quotidienne sans assistance humaine ou technique ou une activité de la vie domestique en raison d'une incapacité ou d'un problème de santé (incluant l'âge avancé). À chaque année, l'échantillon est complété par un nouvel échantillon de personnes qui viennent d'avoir 65 ans afin qu'il soit toujours représentatif des personnes âgées et il contient toujours environ 2000 personnes âgées de 85 ans ou plus (Manton, Corder et Stallard, 1993).

¹⁶ Les activités instrumentales de la vie domestique (*Instrumental activities of daily living, IADL*) définies par Lawton sont complémentaires aux activités de la vie quotidienne. Elles reposent sur huit activités nécessaires au maintien à domicile dans les pays occidentaux industrialisés: faire les courses, préparer les repas, entretenir la maison, utiliser le téléphone, faire la lessive, utiliser les moyens de transport, tenir son budget et prendre des médicaments (Colvez, Gardent, Bucquet, 1990).

dans cette enquête fut l'ajout de la maladie d'Alzheimer au groupe de la démence; malgré cette addition, la prévalence de la démence n'a pas augmenté. Ces changements de morbidité ne sont pas homogènes selon l'âge, le sexe, le type de maladie et l'incapacité mais ils indiquent globalement une amélioration. La baisse de la prévalence de la démence est cohérente avec la baisse des accidents cérébrovasculaires. La baisse de l'artériosclérose peut être liée à des diagnostics maintenant plus précis, ce qui est cohérent avec la baisse importante de l'artériosclérose comme cause initiale du décès ainsi qu'à de meilleurs traitements des maladies cérébrovasculaires aux âges avancés. La prévalence de l'hypertension et de l'emphysème (standardisée pour l'âge, le sexe et l'incapacité) a également baissé. L'augmentation de la prévalence des maladies du cœur est cohérente avec le fait que les personnes ayant eu un infarctus vivent maintenant plus longtemps. Les baisses de morbidité peuvent être également reliées à des changements historiques. Des données récentes récusent l'idée que les maladies chroniques ont augmenté avec l'allongement de la vie et que les risques de maladies chroniques s'intensifient dans les sociétés industrielles, que ce soit pour les maladies cérébrovasculaires, les maladies coronariennes ou les fractures de la hanche.

Pour Manton (1991), il existe chez les personnes âgées un potentiel énorme de baisse d'incidence des pathologies en raison de la diminution des facteurs de risque (ex. hypertension), de l'arrivée de nouvelles générations, et de la réversibilité de l'incapacité démontrée par les études cliniques et les enquêtes de santé. La possibilité d'amélioration de l'état de santé des personnes âgées est aussi confirmée par certaines enquêtes épidémiologiques sur des cohortes de personnes âgées (70 ans au début de l'observation) comme celle de Göteborg en Suède (Svanborg, 1988).

Les données les plus récentes de certaines enquêtes traditionnelles de santé sont également plus positives en ce qui concerne l'évolution de l'état de santé. Ainsi, les données françaises de la période 1981 à 1991 indiquent une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité (Robine et Mormiche, 1993). Les gains d'espérance de vie sans incapacité sont même légèrement supérieurs aux gains d'espérance de vie, indiquant une légère compression de la morbidité. À 65 ans, on observe à nouveau une nette progression de l'espérance de vie sans incapacité, presque égale au gain sur la mortalité dans le cas de la population masculine mais supérieure dans le cas de la population féminine. L'enquête qui a permis d'établir ces résultats, l'enquête sur la santé et les soins médicaux, montre donc une diminution du risque d'invalidité

pour les personnes âgées, malgré l'augmentation du nombre de maladies qu'elles déclarent, et cette amélioration prolonge des résultats déjà trouvés sur de plus petits échantillons, pour la période 1965-1980 (Mizrahi et Mizrahi, 1994). Le nombre moyen de maladies par personne augmenterait essentiellement du fait d'une détection plus précoce, d'une meilleure identification et de traitements plus efficaces. De plus, selon Robine et Cadet (1994), la proportion d'individus atteints d'au moins une maladie chronique n'a pratiquement pas changé entre 1980 et 1991. Ils constatent, de plus, une diminution du taux d'incapacité des personnes souffrant de maladies coronariennes, des maladies ostéoarticulaires, des autres maladies cardiovasculaires dans le cas des hommes et d'hypertension dans le cas des femmes, montrant que les maladies chroniques seraient moins invalidantes en 1991 qu'en 1980. Au Québec, les résultats récents de Santé Québec indiquent également une compression dans le cas de la dépendance sévère (institutionnalisation et besoin d'aide pour les soins personnels) entre 1986-87 et 1992-93, et des gains importants d'espérance de vie sans perte d'autonomie fonctionnelle tous niveaux confondus (dépendant pour les activités instrumentales, incapacité d'accomplir l'activité principale, autres limitations) (Wilkins, Rochon et Lafontaine, 1995). À 65 ans, on observe des phénomènes similaires.

De façon générale, à mesure qu'on avance dans le temps, que les outils d'observation se raffinent et que la comparabilité des données s'améliore¹⁷, le portrait de l'évolution de l'état de santé apparaît plus favorable. Il semble, de plus, y avoir consensus sur le fait qu'au moins en ce qui concerne les niveaux les plus sévères, l'état de santé, tel qu'appréhendé par les incapacités, suit les progrès de la mortalité. La plupart des résultats vont donc dans le sens de la théorie de l'équilibre (Robine, Romieu, Cambois, Van de Water et Boshuizen, 1994).

1.2 Effets des changements démographiques dans le futur

La santé est, avec le domaine de la sécurité du revenu des personnes âgées, le secteur de l'activité gouvernementale le plus sensible à l'augmentation du nombre de personnes âgées et au vieillissement démographique en raison de l'augmentation importante des dépenses avec l'âge dans ce secteur (Lux, 1983; Heller, Heming et Kohnert, 1986; OCDE, 1988; Fellegi, 1988;

¹⁷ Selon Robine et Mormiche (1994), les comparaisons dans le temps et l'espace exigent une constance rigoureuse des définitions, des procédures de collecte de l'information et des procédures de calcul.

Jouvenel, 1989; Henripin, 1989, 1994 et 1995). L'effet des facteurs démographiques est isolé en postulant constantes les dépenses de santé selon l'âge. La plupart des études de projection des dépenses publiques de santé, effectuées jusqu'à maintenant, ont ainsi montré une forte progression de la demande à venir, mais les types de services, la période, les hypothèses démographiques et les groupes d'âges considérés de même que l'appréciation des conséquences financières de cette évolution étaient passablement différents. Certaines projections, plus anciennes, considéraient par exemple les personnes de 75 ans ou plus d'un seul bloc et le calcul des coûts relatifs s'arrêtaient le plus souvent au coût per capita particulièrement dans les études ne portant que sur les dépenses de santé (Boulet et Grenier, 1978; Woods Gordon, 1984), quoique la croissance des coûts soit souvent comparée à l'évolution passée du Produit National Brut (PNB). Elles ne considéraient de plus qu'une seule hypothèse de mortalité à l'exception de quelques auteurs. Ceux-ci n'ont cependant étudié que des variations très faibles d'espérance de vie, n'entraînant ainsi que peu de changements du nombre et de la proportion de personnes âgées dans la population (Boulet et Grenier, 1978 et Denton et Spencer, 1985) à l'exception d'Hertzman et Hayes (1985) qui ont par ailleurs considéré une amélioration de l'état de santé bien au-delà de ce qui est observé empiriquement. De plus, à mesure qu'on avance dans le temps, les projections démographiques retenues comme hypothèse de base ou hypothèse moyenne impliquent une fécondité inférieure et une espérance de vie supérieure et donc une proportion de personnes âgées plus importante.

Malgré la difficulté, nous avons tenté de comparer les sources de données, les méthodes et les résultats des études les plus représentatives ou les plus explicites quant à leurs données et méthodes (tableaux I et II). Le premier groupe d'études présentées concerne spécifiquement le secteur de la santé, à une exception près, alors que le deuxième groupe porte sur les dépenses sociales en général et la capacité de les financer. Les études plus spécifiques au monde de la santé ont particulièrement négligé les indicateurs de coûts relatifs ne percevant qu'un aspect du vieillissement, celui de l'augmentation plus rapide du nombre de personnes âgées (ou très âgées) que celle de l'ensemble de la population. Centrées sur la planification des services et l'évolution des coûts absolus, elles considéraient rarement l'évolution concomitante de la capacité de financer ces dépenses par la population d'âge actif (sauf Mathews, 1988). Au contraire, les études plus générales sur les répercussions économiques du vieillissement démographique se sont davantage attardées à cette problématique (Lux, 1983; Heller, P. S., R. Heming et P. W. Kohnert, 1986; OCDE, 1988; Fellegi, 1988; Jouvenel, 1989; Gauthier, 1991; Henripin, 1994). Il

est vrai cependant que les études spécifiques au domaine de la santé étaient davantage préoccupées du court terme alors que la diminution de la population active n'était prévisible qu'à moyen terme. Plusieurs de ces études ont également intégré des hypothèses quant à des changements organisationnels, plus ou moins importants selon le cas, comme nous allons le constater.

Par ailleurs, même si plusieurs analystes considèrent l'évolution de l'état de santé comme étant un facteur important pour l'avenir de la demande ou des coûts du système de santé (Desrosiers, 1987), cet élément a rarement été intégré dans les calculs de projection de coûts au Canada et jamais au Québec. Manton (1987) a ainsi montré que si les courbes d'incapacité et de mortalité selon l'âge se déplaçaient de façon parallèle, la hausse de la demande de soins de long terme due aux changements démographiques diminuerait sensiblement aux États-Unis (de 20 % environ en l'an 2000 et de 30 % en l'an 2040). Hertzman et Hayes (1985), se servant des calculs de projection de dépenses effectués par Gross et Schwenger (1981) pour l'Ontario, ont par ailleurs traduit la théorie de la compression de la morbidité de la façon suivante. En 2026, le coût du groupe d'âge 65-74 ans serait égal à celui du groupe 0-19 ans en 1976, celui du groupe 75-84 ans serait égal à celui du groupe 65-74 ans et celui du groupe 85 ans ou plus à celui du groupe 75 ans ou plus. Par conséquent, l'augmentation des coûts prévus, entre 1976 et 2026, par Gross et Schwenger (1981) pour les services aux personnes âgées de l'Ontario, ne serait plus de 199 % mais de 10 % et ce, malgré un nombre de personnes âgées bien plus élevé, en raison d'une espérance de vie plus importante (85 ans pour les deux sexes au lieu de 70,6 ans pour les hommes et de 79,2 ans pour les femmes). La moitié de cette réduction est due à l'hypothèse concernant le groupe 65-74 ans, qui apparaît, on ne peut plus, optimiste. Denton et Spencer (1983a), sont également venus à la conclusion, sur la base de la relation statistique entre la progression des dépenses selon l'âge et celle de la mortalité, que l'amélioration de l'état de santé pourrait permettre, à court terme, une augmentation nulle du pourcentage du PNB représentée par les dépenses de santé. Leur analyse de régression a, en effet, montré qu'à chaque baisse de 1 % des taux de mortalité peut correspondre une baisse de 0,35 % des coûts des soins de santé.

1.2.1 Études sur le secteur de la santé

Les hypothèses et les résultats de différentes projections de dépenses de santé effectuées depuis les années 70, pour le Canada ou le Québec, pour des scénarios démographiques et des

périodes comparables apparaissent au tableau I¹⁸. Le scénario démographique commun à ces différentes études comporte une hypothèse de fécondité se situant à 1,8 enfant par femme. Les variations introduites par les hypothèses alternatives apparaissent dans le texte.

Sur la base des dépenses publiques en services médicaux et hospitaliers, estimées selon l'âge et le sexe au début des années 70, le scénario de croissance démographique faible de Boulet et Grenier (1978) conduit à un rythme d'accroissement annuel des dépenses qui décline dans le temps. De 1,8 % pour le lustre 1976-1981, il diminue, en effet, jusqu'à 0,9 % dans la décennie 2021-2031 (Boulet et Grenier, 1978, tableau 2.8). Il atteint, en moyenne, 1,23 % sur la période étudiée, 1976 à 2031, alors que le taux d'accroissement annuel des dépenses per capita est de 0,68 % (tableau I). Une plus forte croissance démographique conduit à un plus fort volume de dépenses mais à un coût per capita moins élevé¹⁹. Puisque la pression occasionnée par le vieillissement démographique²⁰ n'augmente dans le temps que si la croissance démographique est faible, les pressions démographiques sont jugées plus importantes à court terme. Au moment de leur étude, la proportion du PNB représentée par les dépenses de santé, publiques et privées, est à peu près stable, fluctuant autour de 7,1 %. Ces auteurs concluent avec une hypothèse de croissance du PNB per capita de 2 et 3 % par année, que, si les modèles de consommation et les prix restent constants, les gouvernements pourraient bénéficier dans l'avenir d'une marge de manœuvre pour allouer les ressources entre la santé ou d'autres secteurs. Ils constatent, en outre, que le vieillissement a plus de répercussions sur les dépenses hospitalières que sur les dépenses en services médicaux²¹. Le but de leur étude étant l'analyse de l'évolution des dépenses des

¹⁸ Afin de comparer ces différentes études à partir d'une base commune, il a fallu parfois recalculer certaines données. Ainsi, un indicateur recherché était celui des variations relatives des dépenses per capita selon l'âge. Un indice résumé, facile à obtenir, même s'il diminue (lentement) dans le temps du simple fait du vieillissement, est celui du rapport entre les dépenses per capita des personnes âgées et celui de l'ensemble de la population. On peut, de plus, lorsque les données per capita selon l'âge ne sont pas présentées, le calculer aisément en divisant le pourcentage des dépenses dont bénéficient les personnes âgées par leur proportion dans la population.

¹⁹ La projection, comportant une fécondité de 2,2 enfants par femme et un solde migratoire annuel de 100 000 personnes, conduit à une augmentation annuelle de 1,53 % des dépenses et de 0,49 % des dépenses per capita.

²⁰ Les dépenses per capita renseignent directement sur l'effet des changements de la structure par âge sur l'évolution des dépenses absolues.

²¹ La consommation relative des personnes âgées est, en effet, beaucoup plus importante pour les services hospitaliers que pour les services médicaux, les dépenses per capita des personnes âgées atteignent 4,26 fois dans le secteur hospitalier et 1,68 fois dans le secteur des services médicaux les dépenses moyennes de

gouvernements, ces auteurs ne considèrent pas l'évolution des dépenses par travailleur qui devrait être l'objet d'une autre étude selon eux (Boulet et Grenier, 1978, note 33). Ils ne commentent pas, non plus, la baisse de la population d'âge actif à partir de 2011 qu'ils obtiennent dans le scénario faible (Boulet et Grenier, 1978, tableau 2.3).

L'hypothèse alternative de mortalité considère une espérance de vie inférieure²², soit l'arrêt de la baisse de la mortalité en 1986 plutôt qu'en 2001, et résulte en une variation d'espérance de vie minimale dans le cas des femmes (0,5 an) et plus importante dans le cas des hommes (2,5 années). Boulet et Grenier (1978) concluent que la fécondité (2,2 enfants par femme au lieu de 1,8) est le phénomène démographique qui affecte le plus l'évolution des dépenses per capita²³. Les changements dans la consommation (hypothèse d'une réduction de 10 % du séjour hospitalier moyen pour les moins de 65 ans et de 20 % pour les 65 ans ou plus entre 1976 et 1986) ont un effet aussi important que cette augmentation de la fécondité²⁴. Pour ces auteurs, le meilleur moyen de contrôle des coûts par les gouvernements se situe du côté des habitudes de consommation. Ils notent toutefois que, si les prix des services de santé continuent à augmenter plus rapidement que les autres prix, les dépenses de santé des gouvernements pourraient représenter un pourcentage de plus en plus important du PNB.

Bélangier (1986), avec les mêmes postes de dépenses et un même niveau de fécondité (scénario fort), obtient, pour le Québec, un taux d'accroissement annuel des dépenses entre 1981 et 2001 légèrement supérieur à celui de Boulet et Grenier (1978) mais un rythme d'augmentation des dépenses per capita bien plus important (0,91 % comparativement à 0,61 %). Des données fournies par les auteurs, on peut déduire une différence encore plus grande du taux d'accroissement des dépenses par personne d'âge actif (tableau I). Un rythme de vieillissement plus rapide au Québec qu'au Canada, dû à son histoire passée (fécondité plus faible et solde migratoire moins avantageux) et à des hypothèses de solde migratoire plus faible et d'espérance

l'ensemble de la population (déduit de leur tableau 2,6).

²² Leur hypothèse de mortalité basse pour l'an 2001 (72,7 et 78,9 années) était déjà dépassée de quelques années en 1991 (74,6 et 80,9 années selon George, Norris, Nault, Loh et Dai, 1994, tableau 7b).

²³ L'augmentation annuelle moyenne de celle-ci de 0,68 % sur la période 1976-2031, est, en effet, réduite à 0,63 %, 0,65 % et 0,49 % par, respectivement, une baisse moins importante de la mortalité, un solde migratoire plus important (100 000 par année au lieu de 60 000) et une fécondité atteignant le seuil de remplacement des générations.

²⁴ L'augmentation annuelle moyenne est alors réduite à 0,45 %.

de vie supérieure, est sans doute en cause (tableau I). L'auteur note que le taux de croissance des dépenses varie fortement d'un type de services à l'autre, les dépenses en soins de longue durée augmentant trois fois plus que les dépenses en services médicaux et 1,8 fois plus que les hospitalisations en soins de courte durée. Si la croissance démographique s'avérait plus faible²⁵, l'augmentation des dépenses per capita serait plus importante de même que les variations du rythme d'augmentation des dépenses par type de services. De plus, si, outre les soins de longue durée dispensés par les centres hospitaliers de courte durée, les soins de longue durée fournis par les centres hospitaliers de soins prolongés avaient pu être considérés, les implications du vieillissement démographique auraient été plus importantes (hausse des dépenses de 35 % ou 43 % selon le scénario démographique, comparativement à la hausse prévue de 25 % ou 31 % entre 1981 et 2006).

Denton et Spencer (1983b) présentent une évolution assez fine dans le temps des dépenses de santé comprenant les services médicaux, les services hospitaliers et les médicaments (courbe en U pour l'évolution des dépenses selon l'âge s'arrêtant à 70 ans). Ils soulignent, en effet, que la période la plus cruciale se situe dans les premières décennies du siècle prochain. En 2031, quand les survivants des générations du baby boom auront franchi le cap des 65 ans, les dépenses de santé pourraient représenter 1,5 % du PNB de plus qu'en 1981, voire 2,0 %, soit 8,5 % ou 9,0 % comparativement à 7,0 %. Quelle que soit la projection démographique, il y a hausse des dépenses relatives de santé pour maintenir les services actuels. Cependant, alors que les variations entre les différents scénarios démographiques sont importantes en termes de dépenses per capita, elles sont plutôt faibles pour la proportion du PNB (Denton et Spencer, 1983b, tableaux 1 à 3). Le fait que ce modèle inclut une composante économique importante est, peut-être, en cause. La fonction de production repose, par exemple, sur deux facteurs, le capital et le travail (Denton et Spencer, 1983a)²⁶.

²⁵ Hypothèse de 1,35 enfant par femme et d'un solde migratoire nul (solde international de + 10 000 et solde interprovincial de -10 000).

²⁶ Le stock de capital est la somme des investissements passés moins leur dépréciation, l'épargne est une fraction constante de la production et génère les nouveaux investissements. L'apport du travail est le produit de la productivité selon l'âge et des taux d'emploi selon l'âge. Ces derniers sont estimés en poursuivant le déclin des taux d'activité des hommes âgés et la hausse des taux féminins, les taux de chômage étant constants (valeurs non fournies). De plus, les coûts sont indépendants de la capacité productive de l'économie.

Une autre étude canadienne, commandée à la même époque par le Groupe de travail sur l'allocation des ressources de soins de santé (Woods Gordon, 1984), avec un éventail de dépenses plus large que celui de Boulet et Grenier (1978) et un scénario démographique similaire²⁷, en arrive à un accroissement de dépenses bien plus élevé sur la période 1981-2001, 1,83 % par année au lieu de 1,44 % (tableau I)²⁸. La différence est cependant moins grande sur la période 1981-2021 (1,46 % par année au lieu de 1,25 %). Outre les hôpitaux généraux et spécialisés, les services inclus dans cette étude comprennent les hôpitaux psychiatriques, les centres et hôpitaux de soins de longue durée et les soins à domicile fournis par des infirmières (tableau I). L'augmentation des dépenses avec l'âge est plus importante dans ces deux derniers secteurs que dans ceux considérés par Boulet et Grenier (tableau I) et, pour ceux-ci, l'augmentation des dépenses avec l'âge, observée dans une période plus récente, est également légèrement plus élevée (tableau I). Les autres scénarios démographiques envisagés par le bureau Woods Gordon impliquent une croissance démographique plus faible²⁹, un rythme d'augmentation des dépenses absolues moins élevé (1,40 % et 1,31 %) et des dépenses per capita, plus important (0,77 % et 0,85 %). S'appuyant sur les prévisions du *Conference Board* d'une augmentation annuelle du PNB de 2 à 3 % pour les cinq à dix prochaines années, les auteurs de cette étude estiment que de telles augmentations devraient pouvoir être atteintes, à la condition que les autres facteurs (croissance des salaires supérieure à l'inflation, avancées dans les connaissances et techniques biomédicales, productivité accrue des médecins, utilisation accrue des laboratoires et des médicaments, renforcement des professions paramédicales et attentes du public) ne viennent pas pousser la demande à la hausse.

²⁷ Comparativement au scénario, dit faible, de Boulet et Grenier, le scénario, dit élevé, de Woods and Gordon comporte une fécondité un peu plus faible jusqu'en 1991, celle-ci s'élevant de 1,7 à 1,8 enfant par femme, et un solde migratoire plus élevé de 35 000 personnes par année. Par conséquent, la projection démographique retenue par l'étude de Woods Gordon comporte un nombre et un pourcentage de personnes âgées plus élevés en début de période et une population supérieure.

²⁸ Cette augmentation de coûts n'inclut pas les coûts des immobilisations nécessaires pour ajouter un nombre important de lits d'hôpitaux ou de places d'hébergement. Cependant, ces derniers coûts sont faibles comparativement à l'augmentation des dépenses supplémentaires nécessaires au fonctionnement des opérations.

²⁹ 1,7 enfant par femme durant toute la période et solde migratoire annuel de 80 000 dans le premier cas et 1,6 enfant par femme et 55 000 migrants par année dans le deuxième cas.

À la demande du Groupe de travail ayant commandé l'étude, les répercussions de certains changements dans l'organisation des ressources³⁰ ont également été étudiées. Selon cette hypothèse, le taux de croissance des dépenses prévu de 1,4 % par année sur la période 1981-2021 passerait à 0,8 %, en grande partie grâce à la baisse du taux d'institutionnalisation des personnes âgées. La variation ainsi introduite est bien plus importante que celle occasionnée par les changements démographiques. L'influence d'autres variables que l'âge et le sexe (scolarité, état matrimonial, taux d'activité féminine, milieu urbain ou rural) a également été vérifiée sur la base des variations observées dans l'enquête Santé Canada de 1978 et des données de la Saskatchewan sur les services psychiatriques. L'étude en arrive à la conclusion que ces variables ont très peu d'influence. La scolarité (diplôme secondaire ou moins, plus que ce diplôme secondaire) est celle qui a la plus forte influence, réduisant de 9 points de pourcentage l'augmentation prévue de 89 % (projection moyenne) de la consommation hospitalière³¹.

Lux (1983)³² analyse, dans un premier temps, les effets des changements démographiques non seulement sur la structure par âge mais également sur la population active et ce, sur une longue période, 1980-2050. Le vieillissement démographique apparaît inéluctable mais l'évolution de la taille de la population active varie selon les hypothèses démographiques considérées³³. Deux hypothèses d'évolution des taux d'activité sont considérées : taux selon l'âge constants et amélioration de 5 à 11 points de pourcentage, selon les groupes d'âge, des taux d'activité féminine entre 1978 et 2001, de même que différentes hypothèses d'amélioration de la

³⁰ Hypothèse d'une réduction du tiers du taux d'institutionnalisation des personnes âgées de 9,5 % à 6,0 % avec prise en compte de ces nouveaux patients pour les soins à domicile, d'une baisse des taux d'hospitalisation à long terme dans les hôpitaux psychiatriques au niveau observé en Saskatchewan en 1981 et d'une réduction du séjour moyen dans les hôpitaux généraux d'une journée pour la population âgée de moins de 65 ans, le tout sur une période de 20 ans.

³¹ Cependant, la scolarité a été projetée de façon linéaire dans cette étude (Woods Gordon, 1984, p. 34) de sorte que l'amélioration de la scolarisation de la population est largement sous-estimée.

³² Cette étude aurait très bien pu faire partie du second groupe d'études à portée plus générale et plus centrée sur la problématique du financement des dépenses que de leur évolution. Elle est néanmoins assez détaillée sur l'évolution des dépenses de santé.

³³ Décroissance modérée de 5,2 % dans la situation où la fécondité remonte à 1,8 enfant par femme en 1991 et où le solde migratoire annuel, négatif, devient nulle en l'an 2000 (scénario B), croissance importante de 35,9 % dans la situation où la fécondité atteint 2,1 enfants par femme et le solde migratoire s'élève à 12 000 (scénario C), décroissance importante de 28,2 % si la fécondité se maintient à 1,6 enfant par femme et si le solde migratoire représente une perte annuelle de 8 000 personnes (scénario A).

productivité dans le secteur de la santé et d'une meilleure utilisation des ressources disponibles³⁴. Il note également la sensibilité du secteur de la santé à l'augmentation très prononcée du nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus, particulièrement dans le secteur de la longue durée.

Les secteurs de dépenses retenues par cette étude sont ceux qui présentent la plus forte augmentation des dépenses avec l'âge, soit le secteur de l'hébergement et des soins de longue durée (en centre hospitalier de courte durée, de soins prolongés, ou en centre d'accueil d'hébergement) et les services hospitaliers de courte durée (tableau I). Cependant, cette étude tient également compte du taux d'occupation des lits de courte durée et ce facteur réduit la hausse projetée de la demande. L'augmentation de la charge par personne active atteint ainsi 1,1 % par année pour la période 1980-2001 et 1,0 % pour la période 1980-2051. En tenant compte de la croissance de l'activité féminine et d'une meilleure utilisation des ressources disponibles, cette croissance devient minime à court terme (0,1 % en moyenne entre 1980 et 2001) mais reste importante à plus long terme (0,8 % en moyenne entre 1980 et 2051). Elle est néanmoins réduite de 24 %. Pour des hypothèses similaires, les résultats de Lux (1983) conduisent à une hausse du fardeau relatif plus importante (1,1 % par personne active pour la période 1981-2001) que celles indiquées par les études canadiennes (hausse de 0,8 % par personne d'âge actif dans l'étude du bureau Woods Gordon, elle-même déjà plus élevée que celle de Boulet et Grenier, 1978) mais similaire à celle de Bélanger (1986) (tableau I).

Dans le scénario démographique plus favorable, le taux d'accroissement annuel de la charge par personne active ne serait plus de 1,0 % sur la période 1980-2051 mais de 0,7 % et il serait, dans le scénario moins favorable, de 1,3 %. Dans cette étude, contrairement aux précédentes, les changements démographiques entraînent donc une variation plus grande que l'hypothèse alternative qui concerne ici à la fois les taux d'activité de la population et le mode d'organisation des services.

³⁴ Au moment de l'étude, un pourcentage important (34 %) de personnes âgées hébergées en centre d'accueil d'hébergement (46 %) et, dans une moindre mesure, en centre hospitalier de soins prolongés (14 %) nécessite peu de soins et pourraient, avec une meilleure organisation des soins à domicile, continuer à vivre chez elles (Sicotte, 1982).

Tableau I - Projection des dépenses publiques de santé absolues et relatives selon différents auteurs, Québec et Canada					
Source et période de projection	Année d'observation des coûts/âge Dépenses projetées (rapport entre les \$ / capita des personnes âgées et les \$ / capita de la population)	Hypothèses démographiques . Fécondité . Mouvements migratoires . Espérance de vie	Taux d'accroissement annuel des dépenses (\$) en % Période \$ (\$ / capita) (\$ / 15-64 ans) ^a (\$ / actif)	Population de 65 + ans Année N* %	
Boulet et Grenier, 1978 (tableaux 2.4, 2.6, 2.8, B-1, B-2 et B-9) CANADA 1976-2031	1974 Services médicaux (1,68) 1971-1973 Hôpitaux généraux et spécialisés (4,26)	Scénario faible . 1,8 enfant / femme . + 60 000 migrants . 72,7 et 78,9 années en 2001	1976-2001 1,51 (0,63 / capita) 1976-2031 1,23 (0,68 / capita) 1981-2001 1,44 (0,61 / capita) (0,56 / 15-64) ^a 1981-2021 1,25 (0,64 / capita) (0,72 / 15-64) ^a	65 + 2021 2031 % 65 + 8,6 % 9,4 % 12,0 % 17,2 % 21,1 %	
Bélanger, 1986 (tableaux a.3 et 19) QUÉBEC 1981-2006	1981 Services médicaux (1,81) Hôpitaux de courte durée (4,25) . soins de courte durée (3,78) . soins de longue durée (8,15)	Scénario fort . 1,8 enfant / femme . + 6 000 migrants . 73,45 et 82,17 en 2001	1981-2006 1,49 (0,91 / capita) 1981-2001 1,54 (0,91 / capita) (1,01 / 15-64) ^a	% 65 + 1981 2001 2006 8,8 % 12,7 % 13,3 %	

Tableau 1 - Projection des dépenses publiques de santé absolues et relatives selon différents auteurs, Québec et Canada (fin)					
Source et période de projection	Année d'observation des coûts/âge	Hypothèses démographiques	Taux d'accroissement annuel des (\$) en %	Population de 65 + ans	
	Dépenses projetées (rapport entre les \$ / capita des personnes âgées et les \$ / capita de la population)	. Fécondité . Mouvements migratoires . Espérance de vie	Période \$ (\$ / capita) (\$ / 15-64 ans) ^a (\$ / actif)	Année	N* %
Woods Gordon, 1984	1980-1981 et 1981-1982 Services médicaux (1,98) Hôpitaux généraux et spécialisés (5,00)	Scénario élevé . 1,7 à 1,8 enfant / femme en 1991 . + 95 000 migrants	1981-2001 1,83 (0,80 / capita) ^a (0,82 / 15-64) ^a	2001 2021	65 + 3,8 5,8
CANADA 1981-2021	Établissements psychiatriques (3,16) Établissements de soins de longue durée (7,47) Soins à domicile par des infirmières (7,12)	. Stable à partir de 1991 (1/2 des gains de 1976-1981 en 1981-1986 et 1/4 en 1986-1991)	1981-2021 1,46 (0,70 / capita) ^a (0,81 / 15-64) ^a	1981 2001 2021	% 65 + 9,7 % 12,8 % 17,5 %
Lux, 1983 (tableaux 3, 19 et 24)	1977 Hospitalisations (5,7) de courte durée (3,7) et de longue durée (10,3) Centres d'hébergement (non fourni)	Scénario B . 1,8 enfant / femme dès 1991 . négatif jusqu'en 1999, nul par la suite . 71,0 et 79,5 années à partir de 2001	1981-2001 1,09 / actif 0,06 / actif + 1980-2051 1,00 / actif 0,76 / actif +	1981 2001 2031 2051	% 65 + 8,7 % 12,5 % 22,9 % 21,4 %
QUÉBEC 1980-2001 et 2051					
N* a Actif +		Nombre en millions Calculé par l'auteur Changements organisationnels et hausse des taux d'activité			

Une autre étude (Julien et Vermot-Desroches, 1990) considère les dépenses de toutes les clientèles hébergées ou hospitalisées mais non celles des services médicaux. Elle inclut donc la clientèle des centres de réadaptation pour personnes physiquement ou intellectuellement handicapées ou toxicomanes. Cette étude conclut, avec une hypothèse de fécondité très faible (1,4 enfant par femme) et donc une population inférieure, à une augmentation moyenne de 2,0 % par année des dépenses de santé entre 1981 et 2001. Le prolongement de la tendance à l'augmentation des prix crée une progression encore plus forte alors que l'examen de scénarios alternatifs montre une possibilité de réduction fort importante, mais à la condition de développer les soins à domicile.

Enfin, Marzouk (1991) souligne que l'action du vieillissement démographique sur les dépenses de santé est déterminée à partir de coûts constants selon l'âge alors que la variation entre les dépenses per capita des jeunes et celles des personnes âgées ne cesse de s'amplifier. Si on prolonge ce phénomène, les projections à coûts constants sous-estiment sérieusement les futures dépenses publiques de santé.

1.2.2 Études plus économiques

Gauthier (1991) a déjà montré, en comparant deux études sur l'évolution des dépenses sociales canadiennes, comment les conclusions peuvent être différentes d'une étude à l'autre, lorsque les secteurs gouvernementaux pris en compte ne sont pas les mêmes : pratiquement pas de charge additionnelle, entre 1981 et 2031, selon Denton et Spencer (1985) et augmentation de 51 % selon McDonald (1978). McDonald ne considère, en effet, que les dépenses qui peuvent être reliées à l'âge alors que l'étude de Denton et Spencer considère un vaste ensemble de programmes gouvernementaux (ex. défense nationale et développement industriel) dans lequel seulement les dépenses de santé et de sécurité sociale augmentent plus rapidement que la population. Une autre question importante pour juger du fardeau relatif des dépenses sociales, est celle du lien entre l'évolution de ces dépenses et l'évolution de la croissance économique, celle-ci étant largement déterminée par la croissance de la taille de la population active et de la productivité. Pour deux études importantes élaborées dans les années 80 (Heller, Heming et Kohnert, 1986 et OCDE, 1988), le point crucial est le rythme d'accroissement des prestations par habitant comparativement à celui de la productivité ou de la rémunération réelle, c'est-à-dire en dollars constants, de la population active. Il faut que le premier soit inférieur au second pour

qu'une hausse de productivité ait un effet à la baisse sur l'évolution de la charge financière de la population active, ce qui est également souligné par Lux (1983) et Henripin (1994). Comme le rapportent la majorité des études, ces prestations ont, au contraire, augmenté plus rapidement, dans le passé, que la rémunération réelle des travailleurs.

L'étude célèbre du FMI (Heller, Heming et Kohnert, 1986), qui porte sur sept pays industrialisés dont le Canada, s'arrête en 2025, alors que, du dire même de ses auteurs, les effets du vieillissement démographique vont se faire sentir tardivement dans ce pays, le maximum du rapport de dépendance des personnes âgées n'y étant atteint qu'en 2035. Deux hypothèses économiques sont considérées³⁵ et le taux d'activité projeté est pratiquement constant bien que certaines tendances soient poursuivies (augmentation pour la population féminine et baisse aux âges élevés). Jointe au scénario démographique de base (remontée de la fécondité à un niveau de 2,05 enfants par femme, espérance de vie atteignant 78,3 ans pour les hommes et 81,5 ans pour les femmes en 2025), l'hypothèse économique de base implique que le taux annuel de croissance du PNB canadien diminue de façon importante, en raison du ralentissement de la progression de la taille de la population active, durant la période étudiée. Pour cette étude, la question clé est de savoir si les changements de productivité vont influencer la croissance des dépenses réelles per capita. Deux hypothèses sont retenues, soit que les dépenses per capita (selon l'âge) augmentent au même rythme que la productivité, soit qu'elles augmentent un peu plus rapidement (de 0,5 % de plus par année). Par conséquent, les projections ne sont pas très sensibles aux hypothèses sur l'évolution de la productivité et le principal facteur de l'évolution des dépenses en proportion du PNB est l'accroissement différentiel du nombre de bénéficiaires et de la population active³⁶. En se référant au document de travail concernant le Canada (Katz, 1985), on constate qu'outre les trois grands programmes que sont la santé, l'éducation et les pensions, les dépenses gouvernementales considérées incluent les allocations familiales, l'assurance-chômage, le régime d'assistance publique, les affaires indiennes et les vétérans. Les dépenses de santé semblent exhaustives mais peu de groupes d'âge sont considérés.

³⁵ L'hypothèse de base implique une hausse de productivité de 1,5 % et un taux de chômage moyen de 6 % alors que l'hypothèse pessimiste implique une hausse annuelle de productivité de 1,1 % et un taux de chômage moyen de 9,0 %.

³⁶ Il existe également un lien entre la croissance de l'emploi et celle de la productivité. Différentes hypothèses quant à la productivité ont donc été associées à différents taux de chômage à long terme, mais leur influence fut faible.

À coûts constants selon l'âge, le Canada ressort comme un pays à croissance rapide des dépenses absolues de santé (1,2 % en moyenne entre 1980 et 2025). Cette croissance serait jugée sans problème puisqu'elle est inférieure à la croissance du PNB prévue. Toutefois, dans l'hypothèse où les coûts selon l'âge augmentent au même rythme que la productivité, les dépenses publiques de santé, en proportion du PNB canadien, s'élèvent de 27 % entre 1980 et 2025 et, dans l'hypothèse où ils augmentent de 0,5 % de plus que la productivité, de 66 % (Heller, Heming et Kohnert, 1986, tableau 9). Dans cette dernière hypothèse, la proportion du PNB, pour un ensemble de dépenses un peu plus large³⁷, passerait de 5,55 % en 1980 à 6,45 % en 2010 et à 8,44 % en 2025 (tableau II). Cependant, l'ensemble des dépenses sociales se maintiendrait au même niveau, soit un peu plus de 20 % du PNB (Heller, Heming et Kohnert, 1986, tableau 14). L'hypothèse économique pessimiste, jointe à un scénario démographique moins favorable³⁸, change peu la proportion du PNB représentée par les dépenses de santé (8,63 % en 2025) mais davantage la proportion représentée par l'ensemble des dépenses sociales (22,00 % en 2025). Le Canada vient ainsi au cinquième rang des sept pays les plus industrialisés (par ordre décroissant) pour l'augmentation des dépenses de santé. Il vient cependant au dernier rang pour l'ensemble des dépenses sociales parce que, dans cette étude, le montant des pensions, des prestations de la sécurité de la vieillesse et du régime de supplément de revenu garanti est indexé sur les prix et non sur les salaires, comme c'est le cas dans les autres pays. C'est la seule étude, à notre connaissance, qui indique que les dépenses de santé pourraient augmenter plus rapidement que le montant des pensions (au sens large).

D'après les auteurs de cette étude, les problèmes fiscaux posés par l'évolution des dépenses sociales vont être plus sérieux, dans la plupart des pays industrialisés, après l'an 2010. Outre les problèmes d'épargne³⁹ qui se posent, plusieurs actions politiques seront requises comme le contrôle de la hausse des dépenses médicales - la hausse des services par bénéficiaire ayant été jusqu'à maintenant le principal facteur d'augmentation des coûts - et l'ajustement de

³⁷ Sont comprises les dépenses pour la formation et la recherche médicale, l'administration et les frais d'immobilisation. Ces dépenses conserveraient la même part du PNB, soit environ 1%.

³⁸ Maintien de la fécondité au niveau de 1980, soit 1,81 enfant par femme et espérance de vie à peine supérieure à celle du scénario de base, soit 79,1 années pour les hommes et 82,2 années pour les femmes.

³⁹ Sur cette question et son effet sur la hausse de l'intensité en capital de l'économie, voir Fortin et Fortin (1987).

l'économie aux changements structurels qui vont aller de pair avec le vieillissement de la population active.

L'étude de l'OCDE publiée en 1988 va plus loin dans le temps que celle du FMI, soit en 2040 (tableau II). L'indicateur de coût relatif sur lequel s'appuie cette étude est la charge par personne d'âge actif. Les dépenses (publiques) retenues sont fort semblables à celles de l'étude du FMI⁴⁰ sauf que les programmes de compensation du revenu pour invalidité ou insuffisance de revenus (aide sociale) ont été exclus pour la plupart des pays. La répartition des dépenses de santé selon l'âge pour le Canada est tirée de Boulet et Grenier, 1978 (OCDE, 1988, annexe B). Elle concerne donc les dépenses hospitalières et les frais des services médicaux. L'augmentation des dépenses de santé entre 1980 et 2010 (OCDE, 1988, tableau B.1) est supérieure à celle de l'étude du FMI (Heller, Heming et Kohnert, 1986, tableau 8). Elle atteint, en effet, 59 % dans le premier cas (1,6 % par année), comparativement à 40 % dans le second (1,1 % par année). Sur la période 2010-2025, les taux d'accroissement sont cependant fort semblables (respectivement 1,4 % et 1,5 %). Une évolution différente de la progression du nombre de personnes âgées⁴¹ et une différence dans la précision des dépenses selon l'âge sont en cause. Pour la période 2025-2040, le taux moyen d'accroissement annuel n'est plus que de 0,7 % dans l'étude de l'OCDE. De plus, l'ensemble des dépenses sociales canadiennes augmentent presque autant que l'ensemble des dépenses de santé (87 % comparativement à 118 % entre 1980 et 2040).

Si, parmi douze pays, le Canada est le deuxième pays, après l'Australie, pour l'augmentation des dépenses de santé et des dépenses sociales en général, il est au troisième rang pour l'augmentation de la charge globale par personne d'âge actif (15 à 64 ans) après l'Allemagne (l'ex-RFA) et le Japon. Le fardeau financier représenté par les dépenses sociales y augmente de façon très importante entre 2010 et 2030. Comparativement à 1980, la charge par personne d'âge actif s'élève, en effet, de 9 % en 2010, de 25 % en 2020, de 43 % en 2030 et de 45 % en 2040 (OCDE, 1988, tableau 22). L'augmentation relative de la charge par personne d'âge actif que représentent les soins de santé est encore plus importante, 69 % entre 1980 et 2040 (OCDE,

⁴⁰ Elles sont tirées d'une publication de l'OCDE (1985). Pour une comparaison voir le tableau 17 de Heller, Heming et Kohnert, 1986.

⁴¹ Dans l'étude du FMI, le nombre de personnes âgées passe de 2,28 à 3,89 millions entre 1980 et 2010 alors que, dans l'étude de l'OCDE, il passe de 2,29 à 4,51 millions. Il atteint 6,27 millions en 2025 dans la première étude et environ 6,8 millions en 2025 (6,10 millions en 2020 et 7,66 millions en 2030) dans la seconde.

1988, tableau 30). Au Canada, en Australie et aux États-Unis, l'augmentation de cette charge financière est moindre que l'augmentation absolue des dépenses sur l'ensemble de la période, contrairement à ce qui se produit dans plusieurs pays européens, dont l'Allemagne. Cependant, dans la plupart des pays étudiés, les dépenses et la capacité de financement restent en équilibre jusqu'au début du XXI^e siècle, sauf en Allemagne et au Japon où la rupture se fait plus tôt. C'est à partir de 2005 environ, que les dépenses sociales canadiennes devraient croître plus rapidement que la population d'âge actif.

Différentes hypothèses ont permis d'examiner la sensibilité des conclusions aux hypothèses de base. Ainsi, la charge par personne d'âge actif, que constituent les dépenses sociales, serait davantage sensible à un changement de mortalité que de fécondité (hausse de 10 ans de l'espérance de vie à 60 ans entre l'an 2000 et l'an 2030, ce qui peut paraître excessif⁴², et fécondité de 1,4 enfant par femme en 2050 au lieu de 2,1)⁴³. Si la rémunération réelle par actif augmentait plus rapidement que la prestation moyenne par habitant, la réduction de l'augmentation de la charge pourrait être substantielle, chaque demi-point d'écart réduisant à peu près d'autant la majoration annuelle de la charge financière. Mais, comme il est peu réaliste, sur la longue période, de penser qu'un tel écart puisse être maintenu longtemps, la situation du marché du travail sera déterminante pour la capacité de financer les dépenses sociales. L'évolution de l'effectif de la population d'âge actif pourrait favoriser une augmentation du taux d'activité chez les groupes où ce taux est inférieur à ce qu'il pourrait être (travailleurs âgés de 55 ans ou plus, femmes mariées et jeunes). Plusieurs facteurs peuvent contribuer à modifier le rapport entre l'évolution des dépenses réelles par habitant et celle des rémunérations réelles moyennes. Étant donné que les services de santé, par leur nature même, présentent une forte intensité de main-d'œuvre, les coûts des soins médicaux par habitant tendront à croître, sur la longue période, au même rythme que la productivité générale puisque les liens entre la rémunération dans ce secteur et les autres secteurs seront sans doute conservés. Dans le domaine

⁴² Par exemple, au Québec, l'espérance de vie à 60 ans a augmenté de 3 ans environ sur une période de 20 ans, plus précisément de 2,47 ans dans le cas des hommes et de 3,50 ans dans le cas des femmes entre 1971 et 1991, alors que les gains d'espérance de vie à 0 an ont été d'environ 5,5 années (BSQ, tables de mortalité de 1971 et 1991, données non publiées). De plus, Lee et Carter (1992) ne prévoient qu'une hausse de 6 ans, en 75 ans, de l'espérance de vie à 65 ans.

⁴³ Ces données ne sont malheureusement présentées que pour deux pays, le Japon et le Royaume-Uni (OCDE, 1988, tableau 24). Lorsque la fécondité passe de 2,1 à 1,4 enfants par femme au Japon, l'augmentation des dépenses de santé par personne d'âge actif, entre 1980 et 2040, passe de 60 % à 74 %.

de la santé, les facteurs à la hausse sont une élévation de la productivité moindre que celle du reste de l'économie, les progrès de la recherche et de la technologie, une détérioration de l'état de santé possible suite aux progrès de l'espérance de vie et les facteurs à la baisse sont une réforme du système de financement et de prestation des soins médicaux et une amélioration de l'état de santé de la population par des changements des habitudes de vie. Dans le passé, les facteurs démographiques n'ont joué qu'un rôle relativement mineur dans la progression des dépenses. De même, l'évolution à venir sera conditionnée par toute une série de facteurs indépendants de l'évolution démographique.

Cette étude, comme celle du bureau Woods Gordon, insiste sur les besoins en services de soins de longue durée qui vont s'intensifier avec le vieillissement démographique et l'augmentation rapide du nombre de personnes très âgées. L'organisation de ces services est un des grands défis que la politique de santé devra relever. Les services de soins de longue durée sont très variables d'un pays à l'autre quant à leur portée et leur nature. Dans certains pays, comme au Danemark et en Suède, les réseaux de services de soins à domicile et les services assurés par la collectivité sont déjà très développés alors qu'au Canada et aux États-Unis, les services institutionnels sont beaucoup plus souvent utilisés. Dans tous les pays, on s'efforce également de développer les soins ambulatoires, les services à domicile et les services collectifs. Les systèmes d'aide informels, principalement la prise en charge par la famille, sont également importants. Si le nombre d'aidants est appelé à diminuer dans l'avenir, les politiques visant à favoriser l'aide de la famille vont être déterminantes pour le développement des réseaux de soins. La possibilité de développer de nouveaux types de réseaux de services privés ou subventionnés doit aussi être explorée.

Deux études plus récentes explorent également les conséquences des changements démographiques sur les dépenses publiques (tableau II). La première (Murphy et Wolfson, 1992) est une mise à jour et un prolongement d'une étude parue dans l'Observateur économique canadien (Fellegi, 1988). Elle couvre un ensemble assez vaste de programmes, incluant l'aide sociale et l'assurance-chômage. Ces dépenses de transferts ou de services des gouvernements provinciaux et fédéral sont exprimées en pourcentage des salaires. Cette étude considère, de plus, les effets des dispositions législatives actuelles concernant l'indexation des bénéficiaires (ce que faisait l'étude du FMI dans le cas de la sécurité du revenu des personnes âgées, l'indexation

Tableau II - Projection du fardeau financier que représentent les dépenses de santé, les dépenses de pensions et les dépenses sociales selon différents auteurs, Canada et Québec					
Source et période de projection	Hypothèses . Fécondité . Mouvements migratoires . Espérance de vie	Dépenses sociales	Indicateur Valeurs Accroissement (Taux / an) en %	Année	Population 65 + en millions en %
Heller, Heming et Kohnert, 1986	Scénario de base . 2,05 enfant / femme vers 2010	Santé*	% PNB	1980	2,3 9,5 %
Tableaux 14, 19 à 21	. 100 000 à 50 000 au siècle prochain	Pensions**	5,55 à 8,44 + 52 % (0,9 %)	2025	6,5 19,3 %
CANADA 1980-2025	. 78,3 et 81,5 ans en 2025 (+ 7,1 M et + 2,7 F)	Total	3,50 à 4,30 + 23 % (0,5 %) 20,29 à 20,69 + 2 % (0,0 %)		
OCDE, 1988	Scénario de base		\$ / personne 15-64 ans	2040	7,9 22,5 %
Tableaux 19, 22 et 30 A.1 et A.2	. 2,1 enfant / femme vers 2050 . solde récent . + 2 ans en moyenne pour les 7 pays	Santé Pensions Total	+ 69 % (0,9 %) + 136 % (1,4 %) + 45 % (0,6 %)		
CANADA 1980-2040					

* Dans le secteur de la santé, les dépenses augmentent de 0,5 % par année de plus que la productivité générale. Sans cette hypothèse, l'augmentation prévue est diminuée au moins de moitié (Heller, Heming et Kohnert, 1986, tableau 9)

** Les pensions sont indexées sur les prix et non sur les salaires

Tableau II - Projection du fardeau financier que représentent les dépenses de santé, les dépenses de pensions et les dépenses sociales selon différents auteurs, Canada et Québec (suite)

Source et période de projection	Fécondité en 2011 . Mouvements migratoires . Espérance de vie	Dépenses sociales	Indicateur Valeurs Accroissement (Taux / an) en %	Année	Population 65 + en millions en %
Murphy et Wolfson, 1992* Tableau I	. 2,1 enfant / femme . + 110 000 migrants . 77,2 et 84,0 en 2011	Santé Pensions Total	% des salaires 10,1 à 17,1 6,7 à 14,9 34,9 à 49,7 69 % 122 % 42 %	1986 2036	2,7 10,6 % 8,4 22,4 %
et Statistique Canada, 1990 Tableaux 3, 8, 11 et annexes	. 1,2 enfant / femme . + 65 000 migrants . 77,2 et 84,0 en 2011	Santé Pensions Total	10,1 à 19,1 6,7 à 18,0 34,9 à 50,6 89 % 169 % 45 %	2036	8,0 28,8 %
CANADA 1986-2036	. 1,67 enfant / femme . + 110 000 migrants . 77,2 et 84,0 en 2011	Santé Pensions Total	10,1 à 17,5 6,7 à 15,8 34,9 à 49,0 73 % 136 % 40 %	2036	8,4 24,5 %
CANADA 1986-2036	. 1,67 enfant / femme . + 110 000 migrants . 77,2 et 84,0 en 2011	Santé Pensions** Total	10,1 à 17,0 6,7 à 12,6 34,9 à 43,1 68 % 88 % 23 %	2036	8,4 24,5 %

* Les données présentées tiennent déjà compte d'une amélioration des taux d'activité.

** En tenant compte à la fois de la maturation du Régime de rentes du Québec et du Régime de pensions du Canada et des mécanismes d'indexation de la pension de sécurité de la vieillesse et du supplément de revenu garanti. Cependant, le Régime de rentes du Québec et le Régime de pensions du Canada demeurent indexés sur les salaires malgré le fait que, dans les faits, une fois qu'elles sont payables, les rentes sont indexées sur les prix. En ne tenant compte que de la maturation des Régimes de pensions, l'augmentation des dépenses pour la sécurité du revenu des personnes âgées serait de 166 % (2,0 % par an) et l'augmentation générale de 42 % (0,7 %).

Tableau II - Projection du fardeau financier que représentent les dépenses de santé, les dépenses de pensions et les dépenses sociales selon différents auteurs, Canada et Québec (fin)						
Source et période de projection	Hypothèses démographiques · Fécondité en ? · Mouv. migratoires · Espérance de vie	Dépenses sociales	Indicateur Valeurs Accroissement (Taux / an) en %	Année	Population 65 + en millions en %	
Henripin, 1994			% du revenu moyen			
Tableaux 2 à 4	· 2,1 enfant / femme · pas de migrations · 79,5 ans en 2010	Santé Pensions Total	6,6 à 12,8 5,8 à 13,3 24,3 à 37,6	1986 2040	9,7 % 21,2 %	
QUÉBEC 1986-2040	· 1,17 enfant / femme · pas de migrations · 79,5 ans en 2010	Santé Pensions Total	6,6 à 19,0 5,8 à 22,6 24,3 à 47,8	2040	34,4 %	
	· 1,75 enfant / femme · pas de migrations · 79,5 ans en 2010	Santé Pensions Total	6,6 à 15,4 5,8 à 17,2 24,3 à 42,3	2040	26,6 %	
	+ Emploi féminin · 1,75 enfant / femme · pas de migrations · 79,5 ans en 2010	Santé Pensions Total	6,6 à 13,2 5,8 à 17,9 24,3 à 39,4	2040	26,6 %	

se faisant sur les prix et non sur les salaires). Y sont également projetés les revenus étatiques provenant des taxes directes et indirectes, essentiellement les taxes provinciales et fédérales sur le revenu des particuliers, les prélèvements et taxes sur la masse salariale et les taxes à la consommation, réputées assumées par le consommateur. Une distribution détaillée des revenus sert à déterminer les montants des transferts publics et des taxes directes et indirectes. La seconde étude (Henripin, 1994), porte sur trois programmes reliés à l'âge, la santé, les pensions et les dépenses reliées aux enfants (éducation, allocations familiales et transferts fiscaux). Elle exprime ces dépenses de façon analogue, c'est-à-dire en proportion du revenu annuel moyen des personnes en emploi en équivalent temps plein. Cette proportion peut être interprétée comme la proportion du revenu national qui y est consacrée ou la proportion du revenu moyen qui doit être taxée.

Dans la première étude, les coûts des soins de santé selon l'âge sont établis principalement à partir des dépenses hospitalières et des services médicaux et, dans la seconde, uniquement à partir de ces deux postes de dépenses. La distribution selon l'âge des dépenses n'est pas fournie dans la première étude. Dans les deux cas, seuls les services de longue durée dispensés par les hôpitaux généraux sont inclus. Les deux études considèrent des hypothèses alternatives de taux d'activité, la première l'appliquant cependant au départ (soit en 1986). La seconde considère également l'hypothèse d'une hausse de l'âge de la retraite. Dans les deux cas, la croissance économique ou la hausse de productivité ne se traduisent pas en baisse des coûts relatifs puisque l'augmentation des salaires est générale et se répercute sur les coûts des services. Henripin (1994) souligne d'ailleurs que la hausse de productivité ne peut intervenir dans le calcul du fardeau relatif que si elle survient dans le secteur considéré soit par une baisse de la quantité de travail nécessaire à la production d'un service soit par un moindre coût de la production de ce service. Il ajoute que la hausse de productivité dans le secteur de la santé est probablement endogène, ce qui veut dire que les difficultés financières induites par l'augmentation future des coûts pourrait entraîner des progrès techniques ayant pour effet une réduction de coûts. Cependant, dans le passé, les progrès techniques n'ont pas eu un tel effet.

Malgré leurs similitudes, ces deux études diffèrent cependant dans leurs résultats de façon importante, autant en ce qui concerne les dépenses de santé que les dépenses sociales (tableau II). La première aboutit à des différences minimales, entre les différentes projections démographiques, de la charge que représenteraient les dépenses sociales vers 2040 alors que la

seconde conduit à une variation de 27 % du fardeau relatif, de 76 % de l'augmentation de ce fardeau, et ce, en ne faisant varier qu'un phénomène démographique, la fécondité. De plus, la hausse du fardeau relatif, au total et quel que soit le poste de dépenses, est bien plus importante dans la seconde étude, sauf lorsque la fécondité atteint 2,1 enfants par femme, ce qui paraît surprenant (tableau II). Les projections démographiques utilisées sont assez semblables quant aux hypothèses de fécondité (1,20, 1,67 et 2,10 enfants par femme comparativement à 1,17, 1,75 et 2,10) et aux progrès d'espérance de vie (environ quatre ans entre 1986 et 2011 comparativement à trois ans). Elles sont toutefois différentes quant aux hypothèses de solde migratoire, le solde atteignant plus de 110 000 ou de 65 000 personnes par année dans la première étude alors qu'il est nul dans la seconde. Pourtant, c'est dans le scénario où la différence de solde migratoire est la plus faible (65 000 migrants par année), la fécondité étant également la plus basse, que les variations dans la proportion de personnes âgées (28,8 % comparativement à 34,4%) et par conséquent les variations dans l'augmentation du fardeau relatif (45 %, 57 % sur une base comparable⁴⁴, comparativement à 97 %) sont les plus élevées. Dans le scénario où la fécondité est de 2,1 enfants par femme, malgré une différence de solde migratoire de 110 000 migrants par année, les proportions de personnes âgées sont fort semblables (22,4 % et 21,2 %) de même que l'augmentation du fardeau relatif⁴⁵. La différence dans le moment où ces différentes hypothèses démographiques sont atteintes (inconnu pour la fécondité dans la seconde étude) est sans doute en cause.

Par ailleurs, la hausse des coûts des soins de santé est toujours bien plus élevée dans la seconde étude, indiquant l'utilisation d'une progression des dépenses selon l'âge plus importante. La première indique une augmentation du fardeau financier de l'ordre de 1 % par année, comme celle de l'OCDE (1988). La seconde indique, pour une fécondité de près de 1,8 enfant par femme, une augmentation de 1,6 % par année ce qui est nettement plus que l'augmentation obtenue par Lux (1983), soit 1,0 % par année (tableaux I et II). De plus, une légère augmentation des revenus gouvernementaux est notée dans la première étude grâce à l'augmentation des taxes directes et indirectes (représentant 7 % du revenu national), ce qui

⁴⁴ Lorsqu'on fait le chemin à rebours en éliminant l'effet de l'amélioration des taux d'activité féminins (Murphy et Wolfson, tableau 1).

⁴⁵ Elles sont encore plus rapprochées qu'il ne paraît au tableau II car lorsqu'on fait le chemin à rebours dans la première étude en éliminant l'effet de l'amélioration des taux d'activité féminins (Murphy et Wolfson, tableau 1), les hausses obtenues sont respectivement de 79 % (santé), 139 % (pensions) et 54 % (total).

réduit d'autant l'augmentation de la charge financière. Cette étude montre également que la maturation du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec entraîne une hausse du fardeau relatif mais que le mode d'indexation des programmes de sécurité du revenu (pensions de sécurité de la vieillesse et supplément de revenu garanti) sur les prix et non les salaires, entraîne une diminution importante de l'augmentation prévue des transferts aux personnes âgées. La hausse du fardeau relatif total est ainsi diminuée de moitié (tableau II). Celle-ci demeure cependant supérieure à celle obtenue par le FMI, les bénéficiaires du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec étant, dans ce modèle, indexés sur les salaires et non sur les prix. La réalité semble se situer entre les deux puisque les bénéficiaires sont, de fait, indexés sur les prix une fois qu'ils sont payables. Cette étude se rapproche néanmoins de celle du FMI, les différentes hypothèses démographiques semblant entraîner peu de variations dans la hausse du fardeau relatif total. Elle montre également l'incidence fort importante d'une diminution de la consommation, comme d'une hausse des coûts unitaires supérieure de 1 % par année à celle du salaire moyen, dans les secteurs de la santé et de l'éducation, incidence alors plus importante que celle des facteurs démographiques.

Les hypothèses alternatives de taux d'activité (amélioration de 18 %, sexes réunis, dans Henripin, 1994) semblent conduire à des baisses de coûts relatifs, limitées en regard des augmentations prévues. La hausse immédiate des taux d'activité entraîne, en effet, une baisse du fardeau relatif des dépenses de santé de 5,6 % et de l'ensemble des dépenses sociales de 7,5 % dans la première étude, et de respectivement 14,3 % et 6,9 %, en 2040, dans la seconde. L'hypothèse alternative de la hausse de l'âge de la retraite de 2,9 années, testée par Henripin (1994), conduit à une baisse des coûts relatifs des dépenses de santé moins importante (9,7 %) mais à une baisse des coûts relatifs des dépenses sociales plus élevée (13,7 %). Ces deux facteurs réunis peuvent entraîner une diminution des dépenses relatives de santé non négligeable de plus de 20 %, diminution légèrement plus importante que celle permise par une hausse de fécondité de 0,35 enfant par femme (de 1,75 à 2,1 enfants par femme).

1.2.3 Vue d'ensemble

Les premières études ont indiqué une croissance future moyenne des coûts de santé due au vieillissement démographique de l'ordre de 0,7 % par année au Canada et de 0,9 % au Québec, les hausses étant un peu plus élevées pour la population d'âge actif (0,8 et 1,0 %), pour

une fécondité de l'ordre de 1,8 enfant par femme. Des études plus récentes indiquent des augmentations respectives de 1,1 % et 1,6 %. Même si la fécondité remontait au seuil de remplacement des générations, le fardeau financier que représente le système de santé canadien pourrait augmenter de 70 % au Canada et d'au moins 100 % au Québec au moment où les générations du baby boom constitueront le gros des effectifs des personnes âgées, soit vers 2040. Le pourcentage de personnes âgées dans la population atteindrait alors au moins 20 %, comparativement à environ 11 % au départ de la projection. Dans la perspective où la fécondité se situerait à un niveau proche de 1,7 enfant par femme, l'augmentation pourrait être encore plus importante, selon certains auteurs. Au Québec, elle pourrait alors s'élever à 133 % et les personnes âgées représenter plus du quart de la population. La hausse du fardeau relatif s'avère plus rapide au Québec qu'au Canada (environ 1,0 % par année comparativement à 0,8 % au Canada, pour des études similaires). Aucune étude n'a cependant envisagé la possibilité que la mortalité puisse continuer à décliner après l'année 2011. Les études spécifiques à la santé indiquent des résultats plus hétérogènes, les accroissements annuels de coûts variant entre 1,2 % et 2,0 % selon les postes de dépenses, les hypothèses démographiques et les périodes retenues.

Alors que l'amélioration des taux d'activité ou d'emploi semble avoir une action limitée, plusieurs auteurs jugent que des changements organisationnels peuvent entraîner une forte diminution de cette croissance. Mais, si les prix des services de santé augmentent plus rapidement que la richesse collective, l'augmentation future ira bien au-delà de ce qui est prévisible en raison du vieillissement démographique.

Les études sur les dépenses sociales, effectuées jusqu'à maintenant, semblent conduire à des résultats plus homogènes en ce qui concerne l'augmentation de la charge des dépenses de santé que celle reliée aux régimes publics de pensions ou aux dépenses sociales en général. Alors que l'augmentation annuelle de la charge que représentent les dépenses de santé varie de 0,9 % à 1,2 % pour une fécondité de 2,1 enfants par femme, elle se situe entre 0,5 % et 1,5 % pour les régimes de pensions et entre moins de 0,1 % et 0,8 % pour les dépenses sociales (tableau II). De façon générale, les dépenses de santé augmentent moins vite, en termes de proportion du revenu national, que les pensions et plus rapidement que l'ensemble des dépenses sociales.

1.3 Influence respective de la demande et de l'offre de services dans le passé

Plusieurs travaux, non démographiques, remettent cependant en cause l'impact du vieillissement démographique comme facteur important de l'évolution des coûts et de la consommation (Barer, Evans, Hertzman et Lomas, 1987; Evans, Barer, Hertzman, Anderson, Pulcins et Lomas, 1989; Barer, Pulcins, Evans, Hertzman, Lomas et Anderson, 1989; Getzen, 1992; Gerdtham, 1993; Barer, Evans et Hertzman, 1995). Pour la plupart de ces auteurs, c'est la hausse de la consommation per capita selon l'âge, surtout celle des personnes âgées, qui est responsable de la hausse des dépenses. Ils concluent de l'évolution passée que les facteurs démographiques ont peu d'influence ou, du moins, qu'ils n'ont une influence importante qu'à long terme (Barer, Evans et Hertzman, 1995). Les travaux d'économistes canadiens insistent sur le fait que le vieillissement explique une faible part de l'augmentation des dépenses per capita et que la question importante est «Quels sont les soins appropriés à offrir aux personnes âgées?». De plus, c'est l'augmentation de la taille de la population et non le changement de la structure par âge qui aurait le plus de répercussions. Le vieillissement, comme tel, entraînerait une augmentation des coûts per capita pour la population totale d'environ 1 % par année, dans les limites donc de la croissance économique des dernières années (Evans, Barer, Hertzman, Anderson, Pulcins et Lomas, 1989).

Pour Getzen (1992), les auteurs qui n'étudient que les effets démographiques caractérisent le vieillissement comme ayant un effet déterminant alors que ceux qui retiennent un plus grand éventail de facteurs considèrent habituellement la progression du PNB et l'organisation financière comme étant plus importantes, avec des effets plutôt faibles pour les changements démographiques. L'analyse comparative qu'il a menée dans l'espace et dans le temps à partir de 20 pays de l'OCDE sur la période 1960-1988 confirme cette assertion. Quand la variable PNB par habitant est introduite, l'effet de l'âge est de beaucoup diminué. L'introduction d'une variable tendance dans le modèle montre que la relation qui subsiste, entre l'âge et les dépenses par habitant, est en grande partie reliée à d'autres variables également à la hausse durant cette période. Les projections par groupe d'âge n'évaluent donc pas empiriquement le seul effet du vieillissement démographique et les modèles de projections de dépenses par groupe d'âge extrapolent des différences individuelles en différences collectives. Une

perspective macro-économique qui reconnaît la nation comme une entité sociale et politique avec des limites et contraintes financières est nécessaire.

En Suède par exemple, moins du quart de la hausse des coûts per capita entre 1970 et 1985 peut être attribuable au vieillissement démographique, soit 13 % sur une augmentation totale de 56 % en dollars courants (Gerdtham, 1993). La hausse des dépenses per capita dans le groupe des 75 ans ou plus y a été sans commune mesure avec celle des autres groupes d'âge. Celle-ci a, en effet, atteint plus de 50 % dans ce groupe d'âge alors qu'elle a varié autour de 15 % dans les groupes 10-14 et 65-74 ans et a été inexistante dans le groupe des 15-64 ans. N'eut été de la hausse de la consommation per capita durant cette période, le poids des dépenses de santé dans l'économie aurait baissé de 7,0 % à 5,9 % du PNB et ce malgré le vieillissement démographique prononcé de la Suède durant cette période. Le poids des 75 ans ou plus dans la population a alors, en effet, augmenté de 50 %.

1.3.1 Services médicaux

Cette argumentation générale prend tout son sens au Canada quand on regarde l'évolution de la consommation des services médicaux, secteur du système de santé⁴⁶ le moins contraint en termes financiers (Barer, Evans et Hertzman, 1995, p. 210). Pour ce secteur d'activités, on constate en effet que la hausse de la consommation a eu, dans les deux dernières décennies, un effet plus important que les changements démographiques et que, de fait dans ce secteur, la croissance de la population a eu un effet supérieur à celui du vieillissement de la population.

Ainsi, les deux tiers de la hausse de 75,9 % du coût des services médicaux rémunérés à l'acte entre les années financières 1974-1975 et 1985-1986 en Colombie-Britannique (croissance annuelle moyenne de 5,3 %), une fois éliminé l'effet de la hausse des tarifs, sont attribuables à la hausse de la consommation par âge, 28 % à l'augmentation de la population et 7,1 % seulement au vieillissement démographique (Barer, Evans et Hertzman, 1995, tableau 4). Chacun de ces

⁴⁶ Avec celui du secteur des médicaments, pour les personnes âgées, au Québec

Tableau III - Accroissement annuel (en %) de la consommation des services de santé dû aux facteurs démographiques et aux changements dans les taux d'utilisation selon l'âge, Colombie-Britannique et Québec

	Période	Total	Utilisation résiduelle*	Utilisation	Chang. dém.	Popu.	Vieill.
Colombie-Britannique							
Services médicaux en \$ constants ¹	1974/75-1985/86	5,3	3,0		2,2	1,8	0,4
Journées d'hospitalisations (CD, LD, réadaptation)	1969-1985/86	2,3	-0,2		2,6	2,1	0,5
Québec							
Services médicaux en \$ constants	1978-1988 ²	4,0	(2,9)		(1,1)	(0,5)	(0,6)
	1982-1992 ³	3,8	2,4		1,3	0,8	0,5
Journées d'hospitalisation en CHCD ⁴	1981/82-1988/89	0,9	(-0,8)	(-1,0)	(1,7)	(0,4)	(1,3)
C.D.		0,8	(-0,8)	(-0,8)	1,6	(0,4)	1,0
L.D.		1,4	(-1,8)	(-1,8)	3,3	(0,4)	2,6
C.D. épuré ⁵	1989/90-1993/94	0,7	-1,2	-1,3	1,9	1,0	0,9
Personnes-années hébergées ou hospitalisées en soins de longue durée ⁶	1984/85-1993/94	-0,3	-4,2	-4,2	4,1	0,9	3,1

Tableau III - Accroissement annuel (en %) de la consommation des services de santé dû aux facteurs démographiques et aux changements dans les taux d'utilisation selon l'âge, Colombie-Britannique et Québec (fin)

*	<p>Utilisation résiduelle : selon les auteurs, l'effet propre des changements d'utilisation des services est calculé en maintenant constants les taux selon l'âge (Levasseur 1992) ou seul l'effet résiduel est calculé en éliminant l'effet des changements démographiques (Barer, Evans et Hertzman, 1995; Turmel 1991, Demers 1992). L'effet résiduel comprend l'effet propre des changements d'utilisation des services et l'effet de l'interaction de ces changements avec les changements démographiques. On constatera, à partir de certaines des données québécoises, que la différence est minime.</p>
1	<p>Barer, Evans et Hertzman, 1995, tableaux 2 et 4. L'effet de l'augmentation des tarifs est éliminé.</p>
2	<p>Turmel, B., 1991, tableau 1. Les données entre parenthèses sont les résultats obtenus avec les données de population de Statistique Canada (non révisées, annexe 2). L'effet de l'augmentation des tarifs est éliminé et représente une augmentation de 4,0 % par année.</p>
3	<p>Demers, M., 1995, annexe 3, tableau c. Les données révisées de population de Statistique Canada ont été utilisées dans cette étude récente. L'effet de l'augmentation des tarifs est éliminé et représente une augmentation de 4,3 % par année.</p>
4	<p>Levasseur, M., 1992. Les centres hospitaliers psychiatriques et les centres de réadaptation sont exclus. Les chiffres entre parenthèses correspondent aux variations obtenues par cet auteur à partir des données non révisées de Statistique Canada. Les chiffres non entre parenthèses ont été recalculés avec les données de population révisées.</p>
5	<p>Beaupré et Bourdages, 1995. En plus des centres hospitaliers psychiatriques et des centres de réadaptation, les séjours des personnes occupant un lit de courte durée dans l'attente d'être hébergées sont éliminés, y compris la partie de leur séjour où elles ont pu recevoir des soins de courte durée.</p>
6	<p>MSSS, fichier historique des adultes hébergés. Hôpitaux psychiatriques et centres de réadaptation exclus. Les centres d'accueil et d'hébergement privés et autofinancés de même que les familles d'accueil ne sont pas inclus dans ce fichier.</p>

Tableau IV - Accroissement (en %) de la consommation des services de santé dû aux facteurs démographiques et aux changements dans les taux d'utilisation selon l'âge, personnes âgées de 65 ans ou plus, Québec

	Période	Total	Utilisation résiduelle*	Utilisation	Changements démo.	Population	Vieillessement
Services médicaux ¹ en \$,	1982-1992	7,2	3,9		3,2	3,1	0,1
Journées d'hospitalisation en CHCD ²	1981/82-1988/89	4,7	1,3	1,2	3,3	3,0	0,3
C.D.		1,8	-1,9	-2,0	3,8	3,0	0,7
L.D.		3,1	-0,4	-0,4	3,4	3,2	0,3
C.D. épuré ³	1989/90-1993/94	-0,1	-4,3	-4,3	4,5	3,3	0,9
Personnes-année hébergées ou hospitalisées en soins de longue durée ⁴	1984/85-1993/94						

* Utilisation résiduelle : selon les auteurs, l'effet propre des changements d'utilisation des services est calculé en maintenant constants les taux selon l'âge (Levasseur 1992) ou seul l'effet résiduel est calculé en éliminant l'effet des changements démographiques (Barer, Evans et Hertzman, 1995; Turmel 1991, Demers 1992). L'effet résiduel comprend l'effet propre des changements d'utilisation des services et l'effet de l'interaction de ces changements avec les changements démographiques.

¹ Demers, Marie, 1995. L'effet de l'augmentation des tarifs est éliminé et représente une augmentation de 4,3 % par année.

² Levasseur, M., 1992. Les centres hospitaliers psychiatriques et les centres de réadaptation sont exclus. Les données ont été recalculées avec les données de population révisées de Statistique Canada.

³ Beaupré et Bourdages, 1995. En plus des centres hospitaliers psychiatriques et des centres de réadaptation, les séjours des personnes occupant un lit de courte durée dans l'attente d'être hébergées sont éliminés, y compris la partie de leur séjour où elles ont pu recevoir des soins de courte durée.

⁴ MSSS, fichier historique des adultes hébergés. Hôpitaux psychiatriques et centres de réadaptation exclus. Les centres d'accueil et d'hébergement privés et autofinancés de même que les familles d'accueil ne sont pas inclus dans ce fichier.

facteurs pris isolément aurait entraîné, sur une période de onze années, une hausse annuelle moyenne de 3,0 %, 1,8 % et 0,4 % (tableau III). Durant cette période, l'offre de médecins per capita a cru de 1,6 % par année. Les taux de consommation ont augmenté à tous les âges mais davantage aux âges très avancés, soit de 25 à 44 %, selon le groupe d'âge, avant l'âge de 75 ans mais de 81 % dans le groupe des 75 ans ou plus.

Les données québécoises (Turmel, 1991), avec une hausse relative des dépenses moins importante entre 1978 et 1988 (4,0 % en moyenne par année), l'effet de la hausse des tarifs étant également éliminé, montrent aussi l'influence déterminante de l'utilisation des services (à âge égal). Cependant, au Québec, l'effet de l'augmentation de la population est moindre et celui dû aux changements de la structure par âge légèrement supérieur. Par conséquent, ces deux derniers facteurs ont une influence semblable au Québec, contrairement à ce qui se passe en Colombie-Britannique (tableau III). Cette étude, également effectuée sous l'angle de l'offre de services, nous apprend qu'une hausse de 29,2 % des dépenses est imputable à la hausse du nombre de dispensateurs et qu'une hausse supplémentaire de 15,0 % résulte du changement dans les actes que chacun a posés durant cette période. La hausse reliée au nombre de dispensateurs (29,2 %) a été plus élevée que celle explicable par les changements démographiques (16,6 %). Il en est résulté une baisse de la population desservie par chaque dispensateur. Une autre étude québécoise, plus récente (Demers, 1995) indique, pour la période 1982-1992, des résultats similaires à ceux de Turmel (1991). Les changements de consommation expliquent 70,2 % de la hausse des coûts, une fois éliminé l'effet de la hausse des tarifs, la croissance démographique 18,5 % et le vieillissement 11,3 %. L'augmentation du ratio population par médecin de 1,8 % par année (19,1% durant la période) est supérieure à celle que représentent les changements démographiques, à taux d'utilisation selon l'âge constants, soit 1,3 %. Pour la population âgée uniquement, l'effet de la hausse de consommation est également nettement plus important que les effets réunis de la croissance et du vieillissement de cette population (tableau IV). Deux phénomènes sont observés : augmentation du nombre moyen de services per capita, de 13,2 à 17,6, et un glissement vers des services plus coûteux. La proportion de personnes âgées ayant subi un acte chirurgical augmente, par exemple, de 16,9 % à 20,8 %. Pour l'auteur de ce rapport, ces hausses pourraient être le reflet de l'intensité accrue avec laquelle le système de soins traite désormais les problèmes de santé de la population âgée. Une étude plus spécifique portant sur des actes chirurgicaux et diagnostiques précis subis par la population âgée (Durand, Verreault, Dugas, Morin et Paradis, 1994) a montré comment certains actes ont connu, sur la période 1981-

1989, une progression fulgurante (ex. augmentation de 700 % du taux de pontages coronariens), alors que le recours à d'autres actes est resté stable ou a même légèrement décliné (autres formes d'arthroplastie que le remplacement total de la hanche). Par ailleurs, une étude effectuée au Manitoba sur la consommation des services médicaux ambulatoires⁴⁷ (Black, Roos, Havens et MacWilliam, 1995), a montré que la hausse de l'utilisation des services par les personnes âgées entre 1971 et 1983 était principalement due à la hausse de consommation de personnes en bonne santé. Notons qu'un nouveau cadre législatif a fixé de nouvelles règles de progression du budget alloué au remboursement des services médicaux au Québec de sorte que le rythme de progression des dépenses s'est considérablement ralenti à partir de l'année financière 1992-1993 (Côté, 1996).

1.3.2 Hospitalisations

Les données canadiennes sur les hospitalisations présentent un portrait différent puisqu'il n'y a pas, contrairement aux services médicaux, d'augmentation de la consommation per capita de l'ensemble de la population, depuis au moins deux décennies, que ce soit en termes de nombre d'hospitalisations ou de journées d'hospitalisation. Toutefois, cette évolution générale résulte d'évolutions fort différentes selon l'âge et le type de soins (courte ou longue durée). Dans les années 60, une augmentation du taux de journées d'hospitalisation, en centre hospitalier général ou spécialisé⁴⁸ incluant les séjours en soins de longue durée, est observée à l'échelle de l'ensemble de la population (17 %) mais les taux n'augmentent que pour la population âgée de 45 ans ou plus (Nair dans Barer, Evans et Hertzman, 1995, tableau 1). Dans les années 70, une légère baisse (5 %) est observée mais celle-ci résulte d'une forte baisse avant 65 ans, d'une légère baisse à 65-74 ans et de la poursuite de la hausse à partir de 75 ans. Dans les années 80, la baisse du taux de journées d'hospitalisation est plus importante (15 %) et résulte d'une diminution à tous les âges, aussi importante même dans le groupe des 75 ans ou plus que dans le groupe des 65-74 ou 15-44 ans. Toutefois, le groupe des 75 ans ou plus est le seul où le taux d'hospitalisations est

⁴⁷ Services à des patients non hospitalisés.

⁴⁸ La nomenclature des centres hospitaliers varie d'une province à l'autre de même que le type de centres hospitaliers inclus dans ces statistiques (N. Nair, communication personnelle). Ainsi, contrairement aux autres provinces canadiennes, les centres hospitaliers psychiatriques sont inclus dans les données québécoises et les centres hospitaliers pour malades chroniques sont inclus en Ontario et ne le sont pas au Québec et en Alberta.

encore à la hausse, la réduction des taux de journées d'hospitalisation n'étant obtenue que par la réduction du séjour moyen. Sur la période s'écoulant de l'année 1961 à l'année financière 1991-1992, les changements démographiques n'expliqueraient que le tiers de la hausse de la part représentée par les personnes âgées dans les hôpitaux (Barer, Evans et Hertzman, 1995).

Des données de Colombie-Britannique (Barer, Evans et Hertzman, 1995) et du Québec (Levasseur, 1992 et 1996) permettent de mieux saisir l'origine de ces évolutions contrastées. Ces données portent toutefois sur des univers différents. Les premières incluent tous les lits de longue durée dans les établissements hospitaliers de courte durée (C.H.C.D), de longue durée (C.H.L.D) ou de réadaptation alors que les secondes sont limitées aux C.H.C.D. de sorte que les soins de longue durée représentent 43,7 % des journées d'hospitalisation en Colombie-Britannique en 1985-1986 et 16,2 % au Québec en 1984-1985.

En Colombie-Britannique, entre 1969 et 1985-1986, l'augmentation de la population a entraîné une hausse de 38,6 % du nombre de journées d'hospitalisation en C.H.C.D., C.H.L.D. ou établissement de réadaptation et le vieillissement démographique une hausse de 8,0 % (moins d'un demi pour cent par année) alors que l'évolution des taux de consommation par âge a induit une baisse de 2,6 % (Barer, Evans et Hertzman, 1995). Cette baisse résulte d'évolutions différentes selon l'âge : baisses très importantes de la consommation avant 45 ans, sensibles entre 45 et 64 ans, faibles entre 65 et 74 ans mais hausse à 75 ans ou plus. Toutefois, cette augmentation du taux de journées d'hospitalisation des personnes âgées ne s'observe que dans le secteur de la longue durée et de la réadaptation (Barer, Evans et Hertzman, 1995, tableau 3a). Si on associe un séjour de plus de 60 jours à un long séjour, la proportion des longs séjours passe, entre 1969 et 1985-1986, de 1,4 % à 2,0 % de l'ensemble des hospitalisations et de 19,9 % à 48,5 % des journées d'hospitalisation. De plus, le séjour du quart des personnes ayant quitté l'hôpital en 1985-1986, après y avoir séjourné pendant plus de 60 jours, s'est terminé par leur décès. Ces personnes décédées, qui ne représentent que 0,5 % des patients, ont utilisé le quart de toutes les journées d'hospitalisation en 1985-1986. En 1969, les patients décédés après un long séjour ne comptaient que pour 6,1 % des journées d'hospitalisation. En outre, presque 50 % de la hausse nette des journées d'hospitalisation des années 80 peut être attribuée à des patients qui attendent une admission dans un autre genre d'établissement (*nursing home* ou centre d'accueil d'hébergement). Il est néanmoins fort possible que l'augmentation de la consommation des

personnes âgées ne se soit pas poursuivie dans les dernières années puisque le recours à l'hospitalisation aurait baissé du cinquième entre 1987-1988 et 1992-1993.

Dans le secteur de la courte durée, le taux de journées d'hospitalisation des personnes âgées ne diminue que par la baisse du séjour moyen puisque leur taux d'hospitalisation augmente. La hausse des interventions chirurgicales chez les personnes âgées expliquerait ce recours plus grand à l'hospitalisation, de même que la baisse des interventions chirurgicales chez les plus jeunes expliquerait leur défection⁴⁹. Dans tous les groupes d'âge, les taux d'hospitalisation sans intervention chirurgicale auraient décliné (peu pour les personnes âgées et beaucoup chez les plus jeunes). La hausse des hospitalisations en soins de courte durée des personnes âgées serait associée à un petit nombre de conditions ou interventions : remplacement de la hanche et chirurgie cardiovasculaire et, dans les années 1980, extraction de cataractes et remplacement. Selon ces auteurs, la pertinence des premiers et derniers types d'intervention ne serait pas remise en question mais les bénéfiques du deuxième type ne seraient pas aussi évidents. Dans le secteur de la longue durée, le taux de journées d'hospitalisation par habitant entre 1969 et 1985-1986 est multiplié par quatre (Barer, Evans et Hertzman, 1995, tableau 3a). Cette augmentation est encore plus importante dans le cas des personnes très âgées (85 ans ou plus). Et les taux d'hospitalisations augmentent et les durées de séjour. Dans ce secteur de la longue durée, l'utilisation plus grande serait principalement associée à un petit nombre de diagnostics. Ainsi, entre 1969 et 1985-1986, le tiers de l'augmentation des journées est dû aux diagnostics de type démence sénile, maladie d'Alzheimer et autres (augmentation la plus rapide au début des années 80), un quart est relié aux séquelles des accidents cérébrovasculaires (augmentation seulement dans les années 70), un autre 10 % est relié aux maladies du cœur.

Selon ces auteurs, une fois rejetées les hypothèses de prévalence accrue ou de nouveaux moyens de traitement efficaces, reste la réponse du système comme explication ou, autrement dit, les problèmes et les résultats étant inchangés durant cette période, la façon dont la société a décidé de répondre aux problèmes s'est transformée. Les fournisseurs de services sont plus nombreux, les modèles de pratique ont changé en réponse à un ensemble de pressions, économiques et professionnelles, qui ne sont pas reliées de près à la condition ou aux besoins des

⁴⁹ Des données canadiennes indiquent que le taux de personnes hospitalisées qui se font opérer a augmenté de 40% pour les personnes âgées et a diminué de 12 % pour les personnes plus jeunes, entre 1975 et 1987 (Maclean et Oderkik, 1991)

patients. Par exemple, un mouvement social a converti ce qui était considéré jusque là comme des pertes cognitives inévitables en une série de diagnostics cliniques avec, comme résultats, l'institutionnalisation clinique de la maladie de type Alzheimer et sa reconnaissance comme source d'intérêt clinique et de recherche.

Les données québécoises du début des années 80 indiquent des phénomènes similaires sauf qu'il n'y a pas eu, dans les années 80, d'augmentation des taux de journées d'hospitalisation dans le secteur de la longue durée, bien que les durées de séjour y augmentent (Levasseur, 1992 et tableau III). Comme en Colombie-Britannique, une faible proportion d'hospitalisations entraînant un long séjour (60 jours ou plus), soit 1,8 % en 1988-1989, représentent une proportion importante des journées d'hospitalisation, soit 22,8 % (Levasseur, 1992, tableaux A.7 à A.10). Chez les personnes de 75 ans ou plus, ces proportions sont encore plus importantes : 6,3 % des hospitalisations et 42,0 % des journées. Les taux de journées d'hospitalisation impliquant un long séjour étaient à la hausse pour la majorité des groupes d'âge, au début des années 80, mais à la baisse, par la suite; ils se comparent en 1993-1994 à ceux de 1981-1982 (Levasseur, 1996). Le taux global d'utilisation dans les C.H.C.D. ne s'est pas modifié de façon importante dans les années 80 et la baisse du niveau de consommation est venue contrebalancer l'effet du vieillissement de la population sur la consommation totale (Levasseur, 1992). Dans le secteur de la courte durée, on observe cependant, entre 1981-1982 et 1993-1994, une faible réduction du taux global de la consommation (Levasseur, 1996). Depuis la fin des années 80, les seuls indicateurs encore à la hausse sont la chirurgie d'un jour et, pour le groupe des 65 ans ou plus, le taux d'hospitalisations. Par contre, les taux de journées d'hospitalisation des personnes âgées et leur séjour moyen poursuivent leur baisse, amorcée en 1984-1985. En outre, les données québécoises, qui portent sur une période plus récente, indiquent une influence moins importante de la taille de la population - celle-ci s'accroissant, de fait, plus lentement qu'en Colombie-Britannique - une baisse globale plus importante des taux de consommation selon l'âge et une influence plus importante du vieillissement démographique, malgré qu'une portion plus faible des soins de longue durée soit considérée (tableau III).

1.3.3 Ensemble des soins de longue durée

Une hausse de 6 % du taux de personnes âgées hébergées en soins de longue durée se manifeste entre 1979 et 1983, selon les données fournies par Desrosiers (1987) sur l'évolution du

nombre de personnes hébergées, en centre hospitalier ou en centre d'accueil d'hébergement à cette époque, mais la moitié de cette hausse peut s'expliquer par le vieillissement. Pour l'ensemble des soins de longue durée, qu'ils soient dispensés en centre hospitalier de courte durée, en centre hospitalier de soins de longue durée ou en centre d'accueil⁵⁰, on observe une diminution des taux de personnes-année hébergées depuis le milieu des années 80 (Rochon, 1994 et Rochon et Lafontaine, 1994). La quasi stabilité du nombre de places jointe à l'augmentation importante du nombre de personnes très âgées (les 85 ans ou plus) explique la baisse des taux de personnes-année hébergées et le fait que la baisse de consommation équivaut à l'effet des changements démographiques (tableau III).

1.3.4 Ensemble des dépenses

Le principal facteur de l'augmentation des coûts dans les sept pays les plus industrialisés, entre 1960 et 1981, a été l'augmentation des services par bénéficiaire⁵¹ (OCDE, 1985). Ce facteur y a entraîné une hausse annuelle moyenne de 6,5 % entre 1960 et 1975 et de 2,8 % entre 1975 et 1981 alors que les facteurs démographiques et l'augmentation de la proportion de la population couverte par le régime (couverture) ne sont responsables que d'une augmentation de 1,0 % et 1,3 % durant la première période et de respectivement 0,5 % et 0,1 % durant la seconde⁵². Pour le Canada, ce facteur a entraîné une hausse annuelle moyenne de 8,4 % comparativement à une hausse de 1,6 % et 2,6 % pour les facteurs démographiques et l'extension de la couverture, dans la première période, et une hausse de 1,8 % comparativement à des hausses de 1,2 % et 0,0 %, durant la seconde. Au tournant des années 80, les facteurs démographiques et les changements de consommation avaient donc, au Canada, des poids davantage comparables que dans les pays de l'OCDE. On notera, cependant, que les facteurs démographiques ne désignent que l'effet de la taille de la population dans cette publication de

⁵⁰ Ces deux derniers types d'établissement ont d'ailleurs été regroupés au Québec, au début des années 90, et ont désormais comme appellation les centres d'hébergement et de soins de longue durée.

⁵¹ Effet résiduel inclus

⁵² Par ailleurs, l'effet de prix a été moindre au Canada que dans les autres pays industrialisés, l'augmentation des prix du secteur y étant inférieure à l'inflation durant la première période et égale dans la seconde.

l'OCDE (p. 30). Par conséquent, leur effet est sous-estimé et celui des changements de consommation surestimés.

Les données de Santé Canada pour la période 1980-1994 (Santé Canada, 1996a et 1996b) donnent un portrait semblable pour l'ensemble du Canada mais différent pour le Québec (tableau V). Une fois éliminé l'effet de la hausse des prix, en dollars constants donc⁵³, la hausse des dépenses gouvernementales québécoises de 45 % entre 1980 et 1994 (de 2,7 % par année), s'explique davantage par les changements démographiques⁵⁴ (tableau V). Ceux-ci sont, en effet, responsables d'une hausse des dépenses de 1,9 % par année et les changements dans l'utilisation des services selon l'âge, d'une hausse de 0,8 %⁵⁵. De plus, la majeure partie de l'effet des changements démographiques revient au vieillissement démographique (1,1 %) et non à la taille de la population (0,8 %). Dans l'ensemble du Canada, la hausse des dépenses des gouvernements provinciaux y est nettement plus élevée (83 % ou 4,4 % par année), l'évolution démographique différente, et c'est le contraire qui se produit. Les changements de consommation sont, en effet, responsables d'une hausse des dépenses de 2,4 % par année comparativement à 2,0 % pour les changements démographiques, 1,2 % pour l'augmentation de la taille de la population et 0,7 % pour le vieillissement démographique (tableau V). Au Canada, le vieillissement a donc une influence moindre que celle qu'il a, au Québec, et les hausses de consommation (à âge égal) y sont plus importantes⁵⁶. Toutefois, il est probable que l'effet de prix soit sous-estimé par le seul déflateur disponible pour les dépenses provinciales et que, par conséquent, l'augmentation de la consommation soit moins élevée. Des données préliminaires sur un nouvel indice implicite des prix des services de santé gouvernementaux, mis au point par l'Institut canadien d'information

⁵³ Déflaté avec l'indice proposé par Santé Canada, soit l'Indice implicite des prix des biens et services du gouvernement par province, basé sur la demande intérieure finale (Santé Canada, 1996b, tableau X5). Cet indice montre cependant un effet de prix moindre que celui indiqué par l'IPC ou par d'autres indices disponibles seulement au niveau canadien (voir le tableau X1A de Santé Canada, 1994).

⁵⁴ Contrairement aux analyses par secteur d'activités qui étaient menées par groupe quinquennal d'âge, les données de Santé Canada reposent sur quatre grands groupes d'âge: 0-14 ans, 15-44 ans, 45-64 ans et 65 ans ou plus.

⁵⁵ On remarque, de plus, un renversement de tendance au début des années 90. Ainsi, les changements dans l'utilisation des services ont un effet positif, de 1980 à 1991, et négatif par la suite.

⁵⁶ La différence dans la progression des coûts per capita selon l'âge ne contribue que très légèrement à cet effet plus grand du vieillissement au Québec. Si la structure des coûts selon l'âge avait été, en 1980, celle de l'ensemble canadien, le vieillissement aurait entraîné une augmentation des dépenses de 15 % (au lieu de 16 %), soit un accroissement annuel des dépenses de 1,0 % (au lieu de 1,1 %).

Tableau V - Facteurs d'accroissement des dépenses publiques de santé et rapport entre les dépenses per capita des personnes âgées de 65 ans ou plus et celles des personnes âgées de moins de 65 ans, 1980-1994, Canada et Québec

Facteurs	Canada			Québec	
	Publiques	Gouv. provinciaux		Gouv. provincial	
	1980 = 100	1980 = 100	% annuel	1980 = 100	% annuel
\$ courants	307	304		248	
\$ constants*					
Total	185	183	4,4	145	2,7
Utilisation résiduelle	140	139	2,4	111	0,8
Utilisation	141	139	2,4	112	0,8
Changements démographiques	132	132	2,0	130	1,9
Population	119	119	1,2	112	0,8
Vieillissement	111	111	0,7	116	1,1
\$ / capita : 65 ans + / 0-64 ans					
1980	6,9	7,1		8,1	
1994	6,9	7,2		7,4	

Sources : Santé Canada, 1996b, tableaux 74A, 76A et 88A et X5, calculs de l'auteur.

Le secteur public comprend outre les dépenses directes du gouvernement fédéral, les dépenses des gouvernements provinciaux, des Commissions des accidents du travail et des municipalités.

* Indice de l'augmentation des prix : Indice implicite des prix des biens et services du gouvernement par province basé sur la demande intérieure finale (Santé Canada, 1996b, tableaux X5). Il est possible que cet indice sous-estime l'effet de prix et surestime donc la hausse de l'utilisation des services.

sur la santé, indiquent en effet un taux d'accroissement annuel de la consommation d'environ 1 % au Canada et de 0 % au Québec. Ces nouvelles données confirmeraient un fort ralentissement des hausses de consommation de l'ensemble des services publics de santé.

Ces données de Santé Canada permettent également de juger globalement de l'évolution des dépenses per capita selon l'âge, dépenses totales, dépenses publiques, dépenses des administrations provinciales et dépenses privées. On note ainsi, dans ce document, que, malgré l'augmentation de la part des aînés dans les dépenses totales de 34,0 % en 1980 à 38,7 % en 1994, le rapport entre les dépenses (totales) per capita des personnes de 65 ans ou plus et celles des personnes de moins de 65 ans a diminué de 5,0 à 4,7. Les dépenses per capita (en dollars courants) ont, en effet, moins augmenté dans le groupe des 65 ans ou plus que dans le groupe des 0-14 ou 15-44 ans et, à peine plus, que dans le groupe des 45-54 ans, étant multipliées respectivement par 2,4, 2,7 et 2,3 (Santé Canada, 1996a, tableau 20B). Si on ne considère que les dépenses publiques (71,8 % des dépenses)⁵⁷ ou que les dépenses des gouvernements provinciaux, cela demeure vrai. Le rapport entre les dépenses per capita des 65 ans ou plus et celles des 64 ans ou moins est demeuré à 6,9 dans le premier cas et est passé de 7,1 à 7,2 dans le second cas, entre 1980 et 1994 (calculs effectués à partir des tableaux 74A et 76A, Santé Canada, 1996b). Il n'y a donc pas, dans l'ensemble du Canada et dans la période récente, une accentuation de l'écart entre les dépenses per capita des aînés et celles des autres groupes d'âge. Les données québécoises, disponibles selon la même source, indiquent même une diminution de ce rapport (de 8,1 à 7,4⁵⁸), celui-ci se rapprochant maintenant de la valeur canadienne. La stabilité du rapport entre les dépenses per capita des différents groupes, ou la diminution selon le cas, montre, par ailleurs, que les évolutions observées dans un secteur, même important, ne peuvent être étendues à l'ensemble.

Cela est confirmé par les données fournies par Santé Canada sur le total des dépenses des gouvernements provinciaux pour certaines catégories de dépenses. La stabilité des dépenses per capita entre le groupe des personnes âgées et celui des autres groupes d'âge résulte en effet

⁵⁷ Elles incluent, outre les dépenses des gouvernements provinciaux, celles des municipalités et des commissions des accidents du travail. Ces dernières représentent, en 1994, 7,7 % des dépenses publiques au Canada et 4,7% au Québec (Santé Canada, 1996b, tableaux 17A et 21A).

⁵⁸ Il est de 7,33 en 1991, année pour laquelle nous établissons les coûts selon le groupe d'âge quinquennal à la section 2.3, et de 7,36 en 1994 (calculs effectués à partir des tableaux 20A et 20B).

d'évolutions différentes selon la catégorie. Ainsi, ce rapport a augmenté dans le secteur des hôpitaux (incluant le secteur de la santé mentale et les soins de longue durée) alors qu'il a diminué dans les autres types d'établissements (centres ou foyers pour personnes âgées ou souffrant d'un handicap physique ou mental). Les grands groupes d'âge semblent donc se partager de la même façon les ressources publiques disponibles, même si les postes de dépenses se sont modifiés.

Il est à remarquer que les données de Santé Canada indiquent une progression des dépenses selon l'âge beaucoup moins forte pour les dépenses privées de santé que pour les dépenses publiques ou les dépenses des gouvernements provinciaux. On note, dans ce rapport, la grande différence qui existe, dans la proportion des dépenses pour les aînés, entre les dépenses publiques (48,1 %) et privées (14,5 %). À l'aide des données fournies, nous avons pu établir que la proportion des dépenses privées diminuait avec l'âge de la façon suivante au Canada : 49 % à 0-14 ans, 39 % à 15-44 ans, 35 % à 45-64 ans et 11 % à 65 ans ou plus, la moyenne étant de 28 % pour l'ensemble de la population (Santé Canada, 1996b, tableaux 72 et 77).

1.3.5 Influence de l'offre de services

Les changements dans le temps de la consommation témoigneraient de l'influence de l'offre de services sur les dépenses de santé. Pour Getzen (1992), les dépenses de santé évoluent en fonction du niveau du PNB. Elles sont assujetties à des contraintes budgétaires globales et dépendent des choix politiques et professionnels plutôt que des effets de tendances objectives de la population, de la morbidité, de la technologie, ou d'autres forces incontrôlables. Les changements technologiques sont, en effet, souvent décrits comme un facteur important dans l'intensification du recours aux services (Newhouse, 1993). Leur action est souvent paradoxale : baisse des coûts unitaires mais augmentation importante du nombre de personnes qui y sont soumises. Dans le domaine hospitalier, les changements technologiques permettent une réduction des durées de séjour mais des interventions à des âges de plus en plus avancés (Mizrahi et Mizrahi, 1995). Pour Chesnais (1995), l'évolution des dépenses tient à l'absence de régulation efficace et est sans lien avec les performances sanitaires. Le besoin de santé est quasi illimité et l'offre, excessive (sur-densité médicale, excédent de lits), tend à générer sa propre demande. L'augmentation de la consommation dans le temps ne reçoit cependant pas toujours la même explication, du moins dans le cas des personnes âgées. Ainsi, Mizrahi et Mizrahi (1988a)

insistent plutôt sur le rattrapage des personnes âgées en matière de consommation médicale⁵⁹. Ils lient le développement de la recherche médicale à une forte demande mais reconnaissent qu'en dernier recours il est lié au financement collectif (Mizrahi et Mizrahi, 1995).

L'influence de l'offre de services s'exprime également à partir de la grande variabilité, entre pays à développement économique et technologique comparable, de la richesse nationale consacrée au système de santé et de la grande variabilité, entre régions d'un même pays, des pratiques médicales et du recours aux services (OCDE, 1994a; Angus, Auer, Cloutier et Albert, 1995; Roos, Shapiro et Roos, 1984; Roos, Shapiro et Havens, 1987; Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, 1994; Naylor, Anderson et Goel, 1994). Ainsi, le pourcentage du PIB consacré aux dépenses publiques et privées de santé, dans les pays à développement économique et état de santé comparables, varie, en 1992, de 6,9 % au Japon à 14,0 % aux États-Unis (OCDE, 1994a)⁶⁰. De plus, ce pourcentage n'est pas relié au degré de vieillissement des populations (Getzen, 1992). Le Canada se situe au deuxième rang (10,1 %). En 1994, la proportion du PIB consacrée aux dépenses de santé atteindrait 9,7 % au Canada⁶¹ et 9,9 % au Québec (Santé Canada, 1996a). Selon les travaux de l'OCDE (1994a), le Canada se caractérise par une proportion élevée de personnes dans des établissements de long séjour et une faible proportion des dépenses consacrées aux services à domicile. De plus, le Canada aurait une mauvaise performance de son système de soins, comparativement aux autres pays de l'OCDE, selon deux critères : le contrôle des dépenses et les gains de santé (espérance de vie, sexes réunis, et mortalité infantile) (Contandriopoulos, Champagne, Denis, Lemay, Ducrot, Fournier et Djona, 1993). Des estimations, dites modérées, effectuées pour le Conseil économique du Canada indiquent qu'un changement dans les façons de faire pourrait entraîner une économie de 15 % (Angus, Auer, Cloutier et Albert, 1995). Au Québec, la variabilité du recours à neuf interventions chirurgicales, parmi les plus courantes, est de 1,7 à 5,0, en 1990-1991 et 1991-1992, entre les différentes régions (Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec,

⁵⁹ Les données fournies par Boulet et Grenier (1978, tableaux B-6 et B-7), indiquent d'ailleurs que dans le Québec du début des années 70, dans la période antérieure donc à celle qui fut analysée au point 1.3.1, c'est le coût et le nombre de services médicaux per capita des plus jeunes qui augmentent le plus rapidement.

⁶⁰ Selon une étude de l'OCDE (1993b), il est possible que les données canadiennes comprennent un éventail d'établissements de soins à long terme plus large que celui d'autres pays.

⁶¹ Il était de 5,6 % en 1960 et de 7,1% en 1970 (Boulet et Grenier, 1978). La barre du 8 % est franchie en 1982, celle du 9 % en 1990 et celle du 10 % en 1992 mais il y a diminution depuis, au Québec comme au Canada (Santé Canada, 1996a et Côté, 1996).

1994, tableau 2). Une variabilité plus grande est généralement associée à plus d'incertitude en ce qui concerne les bienfaits d'une intervention. Or, une moins grande dispersion existe dans la région de Montréal et si le type de pratique de cette région devenait la référence provinciale, une baisse de consommation serait obtenue à l'échelle de la province. Bélanger (1986) avait déjà montré la très forte variation existante entre les coûts des services per capita, standardisés pour éliminer l'effet des variations de structure par âge et sexe, des différentes régions du Québec en 1981. La corrélation s'était avérée très forte entre le coût des services médicaux et la densité médicale. L'élasticité de l'offre de services était cependant apparue plus faible dans le secteur des soins hospitaliers de courte durée. Le secteur de la longue durée témoigne également de fortes variations. La durée de vie passée en institution, lorsqu'on a tenu compte des différences de structure par âge entre régions, diffère en effet de près de 50 % en 1987 (Lafontaine, Pampalon et Rochon, 1991, tableau 4).

Pour Blais et Philibert (1990), on ne peut prendre pour acquis le niveau actuel de consommation et les choix quant aux politiques de santé et aux styles de pratique médicale influenceront de façon déterminante la quantité et le coût des services dispensés dans l'avenir. Ce qui importe donc pour déterminer l'évolution des coûts, c'est l'intensité d'intervention à laquelle sera soumise la population. Selon ces auteurs,

« La quantité de services consommés par une population résulte de l'interaction entre les facteurs de demande (âge, sexe, autres caractéristiques socio-démographiques, niveau de morbidité, propension à faire appel au système de soins, etc.) et les facteurs d'offre (disponibilité de lits, de médecins, de technologies, organisation et accessibilité des services, caractéristiques des dispensateurs). La contribution relative de chacune de ces variables ne fait pas l'unanimité. »

Nous avons vu que, si on associe les changements dans la consommation selon l'âge à l'influence de l'offre de services, ce facteur a eu, au Québec et au Canada, une influence plus, aussi ou moins déterminante que celle des changements démographiques, tout dépendant du secteur d'activités considéré (tableau III), et ce même si on ne considère que le groupe des personnes âgées (tableau IV). De plus, cette influence peut être à la hausse comme à la baisse, selon le secteur d'activités ou l'époque. Elle présente également, sur la période considérée, une étendue plus grande de variation (-4,2 % à +3,0 %) que celle des changements démographiques (1,3 % à 4,1 %) ou du vieillissement (+ 0,5 % à 3,1 %). Si on ne considère que le groupe des personnes âgées, l'influence de l'offre de services est toutefois différente de celle qui s'observe au niveau de l'ensemble de la population, du moins dans les années 80, sauf pour les services de

longue durée puisque ce secteur les concerne principalement. Ce groupe d'âge a, en effet, alors bénéficié d'une hausse plus forte des taux d'utilisation des services médicaux et d'une hausse des taux de journées d'hospitalisation en soins de courte durée au lieu d'une baisse. Par ailleurs, dans le secteur hospitalier, l'augmentation de la taille de la population âgée a été plus déterminante que l'intensification des services (tableau IV).

Plus les taux de consommation s'élèvent avec l'âge dans un secteur, plus le vieillissement démographique a de l'influence dans ce secteur. Ainsi, durant les années 80, le vieillissement peut expliquer une augmentation des dépenses publiques d'environ 0,5 % par année dans le secteur des services médicaux, de 1% dans le secteur de la courte durée mais de 3 % dans le secteur de la longue durée. Par conséquent, l'influence du vieillissement est moindre que celle de l'augmentation de la population dans le secteur des services médicaux, égale dans le secteur (épuré) des soins de courte durée et largement supérieure dans le secteur des soins de longue durée. Mais les augmentations de dépenses n'ont pas suivi ce modèle au Québec, durant les années 80. Ce fut, en effet, dans le secteur où le vieillissement a le moins d'influence, qu'une hausse des taux d'utilisation fut observée et, dans le secteur où il en a le plus, qu'une importante baisse des taux eut lieu (tableau III). Ces évolutions différentes ont toutefois permis la stabilité de la consommation relative des différents groupes d'âge pour l'ensemble des secteurs d'activités (Santé Canada, 1996b et tableau V).

Selon Chesnais (1995), l'universalisation étant réalisée et la maîtrise des coûts devenant un impératif politique, le vieillissement des populations est appelé à prendre un relief croissant, surtout au moment du choc de l'arrivée des générations du baby boom aux âges de retraite, des générations creuses formant alors le groupe des actifs. Ce processus de maîtrise des coûts semble avoir été amorcé au Québec.

1.3.6 Deux approches

On peut donc distinguer deux points de vue et deux approches en ce qui concerne les conséquences des changements démographiques sur l'évolution du système de soins de santé : les travaux, entre autres démographiques, qui prolongent dans le temps l'utilisation observée et les travaux de type plus économique-politique qui, se fondant sur l'observation des différences de consommation dans le temps et l'espace, en concluent que les facteurs démographiques n'ont à

peu près pas d'influence sur la consommation (Getzen, 1992) ou, du moins, qu'ils n'ont qu'une influence ténue et progressive, importante à long terme seulement (Barer, Evans et Hertzman, 1995). Pour ces auteurs, ce sont les changements qui surviennent du côté de l'offre de services qui sont prépondérants. Cette argumentation a pour but d'attirer l'attention sur les hausses de consommation, notamment celle des personnes âgées, et d'initier une action politique pour infléchir cette évolution. Elle a également, parfois, pour but de dégager une marge de manœuvre financière pour agir sur les autres déterminants de l'état de santé, jugés plus efficaces pour améliorer l'état de santé (Institut canadien de recherches avancées, 1991; Evans et Stoddart, 1990). L'augmentation importante des dépenses, la grande variabilité des pratiques médicales, du recours aux services et de la richesse nationale consacrée au système de santé, de moins en moins en lien avec les résultats obtenus en termes de santé (Cliche, 1995 et Chesnais, 1995), servent d'arguments pour remettre en cause l'efficacité des façons de faire actuelles (Angus, Auer, Cloutier et Albert, 1995 et Association des hôpitaux du Canada, 1993).

Les travaux démographiques reliés à la première approche insistent, au contraire, sur la discordance à venir entre l'évolution de la demande et la capacité de payer d'une population d'âge actif réduite, recherchant, parfois, à induire une action politique qui augmenterait le support collectif à la fécondité (Henripin, 1994 et 1995). Elle paraît négliger le potentiel de variation que représente l'offre de services, ou comme le dit Angus (1986), supposer que le niveau d'utilisation correspond aux besoins, alors que la seconde, se basant sur une période particulière du développement du système de soins, facilitée d'ailleurs par une croissance économique importante, a tendance à négliger les conséquences des changements démographiques futurs. Ces derniers travaux ne considèrent, en effet, que l'évolution absolue de l'intensité des services consommés sans référence à l'évolution parallèle de la population qui assume le financement de ces services, sans référence au lien qui existe entre l'évolution du PIB et celle de la taille de la population active ou sans référence au lien qui existe entre l'évolution des coûts unitaires et celle de la productivité générale.

1.4 Remise en question de l'effet de l'âge

L'effet fixe de l'âge sur les dépenses de santé est donc remis en cause à plus d'un titre. Certains, sur la base du lien entre l'évolution temporelle de l'état de santé et de la mortalité,

prédisent soit une diminution soit une augmentation des coûts selon l'âge (voir la section 1.2.1) alors que d'autres ne lui reconnaissent pas un effet de niveau des dépenses mais seulement un effet redistributeur (Getzen, 1992). Plusieurs modèles explicatifs de l'utilisation des services font également une large place aux caractéristiques des systèmes de soins de santé comme celui d'Andersen et Newman (1973). Quel que soit le modèle cependant, les études ont montré que, parmi les variables caractérisant les individus, le meilleur prédicteur de la consommation est l'état de santé (Béland, 1995). Relié à la détérioration de l'état de santé avec l'âge, le «statut vital» (nombre d'années qu'il reste à vivre à un individu) atténuerait également l'effet de l'âge puisqu'une partie de l'augmentation des coûts avec l'âge est due à l'augmentation concomitante de la mortalité (Fuchs, 1984). Plusieurs démographes, sociologues ou gérontologues (Marcil-Gratton et Légaré, 1987; Riley, 1988; Manton, 1991; Stahl et Rupp Feller, 1990; Pous, 1995) mettent de l'avant l'effet de génération qui interfère avec l'effet d'âge ou l'hétérogénéité intra et intergénérationnelle. Le processus d'avancée en âge des individus se modifierait à travers la succession de cohortes ayant des histoires et des comportements distincts. Le processus du vieillissement individuel serait donc en interaction avec les structures sociales et le changement social en général (Riley, 1988).

1.4.1. Déterminants de l'utilisation des services

Les recherches portant sur les déterminants de l'utilisation des services montrent que les caractéristiques des individus telles que l'âge, le revenu ou l'état de santé n'expliquent qu'une faible partie des variations de leur consommation, autour de 20 %, et que cette part revient principalement à l'état de santé (Branch, Jette, Evashwick, Polansky, Rowe et Diehr, 1981; Wolinski, Coe, Miller, Prendergast, Creel et Chavez, 1983; Coulton et Frost, 1982). Dans un modèle explicatif comme celui d'Andersen et Newman (1973), les deux autres grands déterminants de l'utilisation des services de santé sont les déterminants sociétaux (technologies disponibles et normes sociales conditionnant par exemple les choix quant au mode de financement du système de santé) et les caractéristiques du système de santé (volume et distribution des ressources, modes d'organisation et pratiques médicales, accessibilité). L'individu serait responsable du premier contact avec le système de soins mais par la suite, sa consommation serait déterminée en grande partie par les caractéristiques du praticien rencontré et du système de soins.

Il en est sensiblement de même dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées. Une revue de littérature portant sur les résultats d'analyses multivariées de données d'enquêtes transversales et longitudinales indique que les facteurs individuels n'expliquent qu'une faible partie de la variation de la consommation et que les facteurs de prédiction importants sont l'âge avancé, le fait de vivre seul, la présence d'incapacités et la confusion mentale (Trahan, 1989). Des données canadiennes récentes vont dans le même sens (Carrière et Légaré, 1993). Trahan (1989) souligne que les facteurs institutionnels et environnementaux (pratiques professionnelles, disponibilité de programmes de maintien à domicile, cheminement de la personne âgée et de ses proches) sont rarement pris en compte dans les études.

1.4.2 Dernières années de la vie

Le phénomène de l'augmentation des coûts avec l'âge s'expliquerait en partie par l'augmentation concomitante de la proportion des personnes dans leurs dernières années de vie (Fuchs, 1984)⁶². L'augmentation du nombre de personnes âgées aurait donc moins de conséquences sur les coûts que ne le postule un simple exercice de projection des coûts selon l'âge qui ne tiendrait pas compte du «statut vital». Ces années sont, pour les individus, quel que soit l'âge auquel ils décèdent et qu'ils soient de grands consommateurs ou non, les années les plus coûteuses (Roos, Shapiro et Tate, 1989). Subsiste alors, c'est-à-dire à âge et «statut vital» égaux, une forte hétérogénéité de coûts dans la population. Cette préoccupation pour les dernières années de la vie s'apparente au questionnement sur les conséquences de la baisse de la mortalité et témoigne de l'intérêt pour une meilleure réponse aux besoins des personnes âgées (ex. soins palliatifs⁶³).

Mais les dernières années de vie coûtent-elles plus cher ou moins cher lorsqu'on meurt à 85 ans plutôt qu'à 70 ans? La réponse à la question varie selon les études. Les premières

⁶² Aux États-Unis, la dernière année de vie représente un pourcentage important des dépenses de santé des personnes âgées. Ainsi, les personnes décédées de 1978 représentaient 5,9 % des inscrits mais 27,9 % des dépenses de Medicare (Lubitz et Prihoda, 1984). Ce pourcentage fluctue entre 27,2 % et 30,6 % de 1976 à 1988 (Lubitz et Riley, 1993).

⁶³ Moins reliée au décès mais davantage à la période de fragilité qui le précède, donc aux dernières années de la vie, la formation d'équipes gériatriques dans les hôpitaux aurait également pour effet de diminuer l'utilisation à long terme des lits de courte durée par les personnes âgées (Brymer, Kohm, Naglie, Shekter-Wolfson, Zorzitto, O'Rourke et Kirkland, 1995)

données parues, qui concernent les dépenses couvertes par Medicare, indiquent une diminution avec l'âge (Lubitz et Prihoda, 1984). D'autres études américaines, qui portent sur une population plus limitée⁶⁴ mais couvrent l'ensemble des services, y compris les centres d'hébergement et les soins à domicile, indiquent soit une diminution pour les 80 ans ou plus (Scitovsky, 1988), soit une stabilité (Temkin-Greener, Meiners, Petty et Szydlowski, 1992). Les seules données qui indiquent une augmentation, quoique faible comparativement à l'augmentation des coûts avec l'âge que l'on observe dans l'ensemble de la population, sont les données manitobaines du début des années 70 qui portent sur les quatre années précédant le décès (Roos, Montgomery et Roos, 1987). Quelle que soit l'étude cependant, l'âge au décès a un effet sensible sur le type de consommation : plus de ressources hospitalières et de services médicaux pour les jeunes décédés et plus de ressources en centre d'hébergement ou de services à domicile pour les plus âgés. De plus, les données américaines indiquent que la différence de coûts entre les survivants et les personnes dans leur dernière année de vie est plus importante pour les jeunes aînés que pour les personnes très âgées (Temkin-Greener, Meiners, Petty et Szydlowski, 1992). La seule étude québécoise sur la morbidité et la consommation dans les dernières années de vie a porté sur les services médicaux (Demers, 1994). Cette étude confirme, pour cette catégorie de services, la réduction du coût moyen avec l'âge à compter d'un certain âge au décès (60 ans pour les femmes et 75 ans pour les hommes).

Cette approche, basée sur les données de Medicare, a montré que l'augmentation prévisible de 7,9 % de l'espérance de vie à 65 ans entre 1990 et 2020 ne conduirait qu'à une augmentation de 2 % des dépenses cumulées par personne (Lubitz, Beebe et Baker, 1995). Par contre, appliquée aux données manitobaines, cette approche a conduit à une faible baisse de la demande de services hospitaliers et à une baisse nulle de la demande de services d'hébergement, sur une période de 25 ans (Roos, Montgomery et Roos, 1987). Elle semble donc moins favorable qu'une hypothèse d'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population, conforme à la baisse de la mortalité, hypothèse qui, appliquée au secteur dont les dépenses sont le plus susceptibles d'augmenter, le secteur des soins de longue durée, conduit à une baisse non négligeable de la demande (Manton, 1987).

⁶⁴ Personnes inscrites à une clinique médicale dans le premier cas et population d'un comté américain couverte par Medicare et Medicaid (programme s'adressant aux personnes ayant de très faibles revenus) dans le second.

Mizrahi et Mizrahi (1988b), en comparant non plus des personnes ayant le même nombre d'années à vivre mais le même indicateur de morbidité à deux dimensions, pronostic vital et risque d'invalidité, constatent également une diminution avec l'âge des dépenses médicales (services médicaux et hospitalisations incluant les longs séjours). L'âge agit donc bien à travers la dégradation de l'état de santé et le rapprochement de la mort.

1.4.3 Effet de génération

Certains historiens et démographes contestent, sur la base de l'effet de génération, l'effet fixe de l'âge (Desjardins et Légaré, 1984 et Bourdelais, 1993). Les personnes âgées de demain auront vécu différemment de celles qui les auront précédées et elles seront donc différentes (Simmons-Tropea et Osborne, 1986; Marcil-Gratton et Légaré, 1987; Naud, 1990a; Manton, 1991). La plupart des variables socio-démographiques, socio-économiques et d'état de santé sont donc susceptibles de varier.

Selon Naud (1990b), outre l'état de santé, les différences des caractéristiques des personnes âgées de demain auront trait à l'expérience matrimoniale (qui conditionne le fait de vivre seul), au niveau d'instruction, à l'expérience sur le marché du travail des femmes et aux ressources financières⁶⁵. Notons que cette question des ressources financières des personnes âgées a une double importance parce qu'elle conditionne non seulement les dépenses qu'elles peuvent assumer mais également la capacité collective de financement des dépenses publiques, les personnes âgées contribuant, dans la mesure de leurs moyens, aux revenus de l'État. On note, par exemple, une dépendance de moins en moins grande du groupe des personnes âgées à l'égard des programmes de sécurité de la vieillesse (PSV) et de supplément de revenu garanti (SRG); la part du revenu des personnes âgées qui provient de ces deux sources est ainsi passée de 42 % à 37 % entre 1981 et 1991 (Conseil des aînés, 1995, tableau 8).

L'aide disponible provenant de la famille est souvent citée dans le domaine des services de longue durée comme étant un facteur primordial (OCDE, 1994b). Toutes les études nord-

⁶⁵ De plus, ces différentes variables sont souvent inter-reliées. Ainsi, chez les personnes âgées habitant un logement privé, il y a corrélation entre le revenu et l'état de santé (Institut canadien de recherches avancées, 1991). Il y a également un lien entre le fait de vivre seul et le niveau de revenus (Bureau de la statistique du Québec, 1984).

américaines confirment, en effet, que de 70 à 80 % des soins et services personnels sont assurés par la famille (Garant et Bolduc, 1990). Il est difficile toutefois de prédire dans quel sens ira l'intensité de l'aide fournie par les proches. On sait que certains facteurs pourraient jouer à la baisse (baisse du nombre d'enfants et de la fratrie, travail à l'extérieur des filles) alors que d'autres pourraient jouer à la hausse (présence d'un conjoint grâce à la baisse du veuvage⁶⁶). Marcil-Gratton (1991) estime, de plus, que la propension à se remarier sera plus forte dans les futures générations de femmes âgées. Toutefois, bien que les chiffres indiquent une réduction du réservoir d'aide apporté par les familles, des signes montrent que les conséquences sur l'ensemble de l'aide n'ont pas été celles que laissaient supposer ces chiffres (OCDE, 1994b).

Pour Henripin (1995), cet effet de génération demeure difficile à évaluer. Il n'est, en effet, pas certain que les vieux de l'avenir, même plus instruits, mieux pensionnés et en meilleure santé que ceux de maintenant, vont coûter moins cher aux actifs. Ce qui est, de plus, paradoxal, c'est que, dans la littérature française sur les soins de santé, l'effet de génération désigne plutôt le fait (qualifié d'effet d'offre au Canada) que les générations qui se succèdent recourent de plus en plus au système de santé. Hourriez (1993) signale cependant que l'interprétation de l'évolution de la consommation des personnes âgées par des effets de cohorte n'est pas la seule possible, une autre explication étant les modifications de l'offre de soins. En France comme au Québec, cet effet de génération a, toutefois, perdu de son ampleur depuis le début des années 80. Mizrahi et Mizrahi (1995) constatent, en effet, qu'une saturation semble apparaître.

L'effet de génération pourrait également entraîner des modifications au niveau social. Ainsi, le renouvellement de la population âgée est très rapide et l'évolution des caractéristiques et des besoins des cohortes successives de personnes âgées peut avoir une grande influence sur les priorités de la politique sociale à l'avenir (OCDE, 1988). Fortin et Fortin (1986) rappellent également que les facteurs de croissance des coûts publics (demande, offre et croissance économique) ne sont pas indépendants les uns des autres.

De façon plus générale, on retrouve l'idée que le vieillissement s'accompagne d'autres transformations sociétales (technologiques, économiques, familiales, sociales, culturelles), transformations qui participent d'un nouvel ordre et qui pourraient faciliter l'adaptation des

⁶⁶ Une inconnue demeure cependant, soit les conséquences de l'instabilité des unions dans les jeunes générations sur leur propension à vivre en couple lorsqu'elles seront plus âgées.

sociétés de demain à leur vieillissement (Loriaux, 1995). En outre, dans le secteur de la gérontologie, on met de l'avant l'hétérogénéité du groupe des personnes âgées (le fait d'être vieux ne signifie pas nécessairement être en mauvaise santé) et la dimension sociale de la médicalisation de la vieillesse (Stahl et Rupp Feller, 1990).

1.5 Vue d'ensemble

Les récents progrès de l'espérance de vie accélèrent l'augmentation du nombre de personnes âgées et le vieillissement démographique. Certains auteurs envisagent dorénavant des durées de vie moyennes de 100 ans alors que d'autres s'en tiennent à une limite de 85 ans. Pour que la hausse de l'espérance de vie se maintienne dans l'avenir, les gains devront avoir lieu à des âges de plus en plus avancés. Il en résultera une augmentation fort importante du nombre de personnes très âgées. Ces nouveaux gains d'espérance de vie se traduisent cependant par un nombre équivalent d'années passées sans incapacité sévère. Sur les autres dimensions de l'état de santé, les résultats des enquêtes sont souvent contradictoires : hausse des maladies déclarées mais diminution des incapacités en France, hausse de la morbidité déclarée mais baisse de la morbidité mesurée (spécifique) aux Etats-Unis, baisse de la morbidité et de l'incapacité chroniques de la population âgée dans l'enquête longitudinale américaine NLTC, stagnation de l'espérance de vie sans incapacité mais hausse de l'espérance de vie sans incapacité sévère dans la plupart des pays. Ces résultats peuvent être interprétés en fonction des conséquences, sur les connaissances et les activités de la population, de la plus grande fréquence de ses contacts avec le système de santé, de l'introduction de plusieurs programmes de dépistage de maladies et de protection sociale (notamment en matière d'invalidité).

Sans même prolonger la baisse récente de la mortalité sur une longue période et ne tenant pas compte d'une possible amélioration de l'état de santé de la population, le vieillissement démographique pourrait conduire, d'ici le milieu du siècle prochain, au doublement du fardeau financier représenté par le système de santé au Québec et à une augmentation moindre au Canada⁶⁷. Ce type d'analyse est, cependant, contesté à plus d'un titre.

⁶⁷ L'augmentation du fardeau relatif, représenté par un ensemble de dépenses sociales, est beaucoup moins claire, variant fortement selon les études mais elle est toujours inférieure à celle des dépenses de santé.

Selon certains auteurs, l'offre de services serait, en effet, plus déterminante que la demande. D'une part, l'augmentation de la richesse collective et l'organisation financière seraient les premières causes de l'augmentation passée des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. D'autre part, les fortes variations régionales et internationales du niveau de dépenses, parfois du simple au double, ne peuvent s'expliquer par des variations de structure par âge ou d'état de santé. De même, les variations des caractéristiques des individus n'expliquent qu'une faible part de leur consommation différentielle. L'âge ou l'état de santé pourraient donc déterminer l'affectation des ressources mais n'augmenteraient pas, de façon substantielle, le montant total des fonds disponibles pour les soins et services. L'effet du vieillissement a pourtant été le principal facteur à l'origine de la croissance des dépenses réelles de santé des quinze dernières années au Québec. L'évolution est toutefois différente, au Canada, où l'augmentation de l'offre a été plus importante et le vieillissement démographique moindre. On remarque également des influences fort différentes de l'offre de services et du vieillissement démographique selon le secteur d'activités, au Québec, de sorte qu'il est dangereux d'extrapoler une évolution dans un secteur, les services médicaux par exemple, à l'ensemble des services de santé.

L'effet de l'âge sur la demande de services n'aurait, en outre, rien d'immuable. Ce dernier constat repose sur le fait que l'état de santé a un effet propre bien supérieur à celui de l'âge et que ce sont les dernières années de vie qui coûtent le plus cher au système de soins. Dans le secteur de l'hébergement et des soins de longue durée, d'autres variables ont également une influence certaine comme le fait de vivre seul. Ajoutons que les changements dans les caractéristiques des personnes âgées, qualifiées d'effet de génération, pourraient influencer, outre la consommation, le financement des dépenses publiques puisque les personnes âgées contribuent, dans la mesure de leurs moyens, aux revenus de l'État. En outre, l'évolution des caractéristiques des cohortes de personnes âgées et les pressions fiscales résultant du vieillissement de la population, pourraient entraîner une modification des priorités de la politique sociale et des modes d'organisation financière et de prestations des services de santé.

CHAPITRE II

PERSPECTIVE THÉORIQUE, DÉPENSES ET HYPOTHÈSES

Les sections, qui suivent, décrivent la démarche entreprise pour répondre, de façon certes limitée, à la problématique générale. Les changements sociaux peuvent-ils atténuer de façon significative les fortes pressions fiscales engendrées par le vieillissement de la population, notamment le vieillissement par le sommet de la pyramide des âges, dans le domaine de la santé? Après avoir formalisé les différentes influences que subit le système de santé et les variables qui déterminent la consommation et les dépenses, nous introduisons les questions de recherche plus précises et les limites des méthodes retenues.

Nous indiquons ensuite l'univers des dépenses publiques de santé considérées ainsi que les résultats de notre estimation de ces dépenses par groupe quinquennal d'âge et par sexe. L'annexe A indique, plus précisément, les différentes informations disponibles sur l'intensité des ressources utilisées selon l'âge par type de services. Une estimation par grand groupe d'âge des dépenses privées de santé, selon Santé Canada, est également mise à profit.

Après avoir décrit les hypothèses à la base des projections démographiques, nous exposons le mode de détermination des valeurs retenues pour chaque variable introduite dans la projection des dépenses, soit l'état de santé, l'emploi, la participation des personnes âgées aux revenus de l'État et au financement des dépenses publiques de santé, et l'offre de services. Ces différentes hypothèses permettent de modifier d'une part le niveau de dépenses selon l'âge et le sexe suite à un changement de la demande ou de l'offre et d'autre part la capacité de financement de ces dépenses. Soulignons que l'évolution des dépenses de santé pourra, au dernier chapitre, être située dans le contexte plus général de l'évolution des dépenses sociales grâce aux travaux de Gauthier (1995) qui a intégré les dépenses de santé, que nous avons établies, dans un ensemble plus vaste de sept secteurs de l'activité gouvernementale.

2.1 Perspective théorique

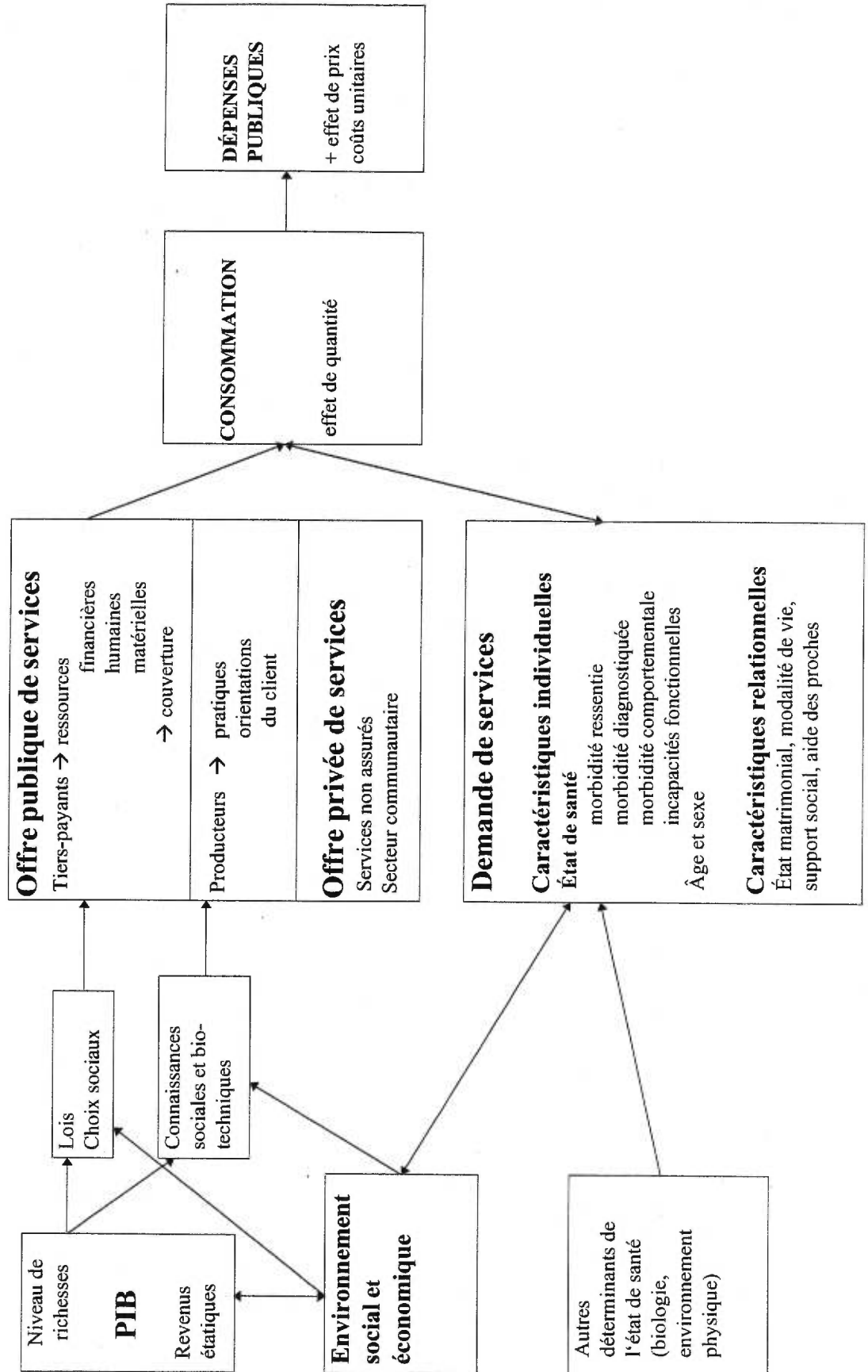
2.1.1 Deux grandes influences

La consommation des services de santé obéit à deux grandes forces, l'offre et la demande de services et le poids de ces facteurs varie selon l'époque et le type de services considérés. Alors que l'offre de services se modifie en fonction de phénomènes collectifs comme l'évolution de la richesse nationale, les connaissances biomédicales (et sociales) acquises et les lois qui traduisent des choix de structuration de système, la demande de services évolue en fonction des caractéristiques individuelles de la population, notamment l'état de santé et, surtout pour les services de longue durée, par ses caractéristiques relationnelles (figure 1). Ces caractéristiques sont fortement reliées à l'âge et à la mortalité (ex. veuvage). L'offre de services est, par ailleurs, la résultante de l'action de trois types d'acteurs qui peuvent agir dans des sens contraires. Les tiers-payants, soumis à des contraintes financières via l'évolution de la richesse nationale, cherchent (plus ou moins) à contrôler l'évolution des coûts et encadrent les pratiques des producteurs de services, médecins par exemple, qui constituent le deuxième groupe d'acteurs, par un ensemble de lois et de règlements budgétaires. L'industrie biomédicale et pharmaceutique et la recherche médicale et sociale en général, par le développement de nouveaux produits ou connaissances, tentent également d'influencer les pratiques des professionnels des services de santé. Les connaissances peuvent provenir de l'intérieur comme de l'extérieur du système de soins ou du pays concerné. La majorité des services offerts se situent dans un cadre public et le secteur privé comme le secteur communautaire offrent, plutôt à la marge, certains types de services particuliers (ex. services dentaires et optométriques non assurés, support social).

Ces deux grandes forces sont en interrelation sur le plan individuel (micro) et collectif (macro). Le contact avec le système de soins transforme, par exemple, la morbidité ressentie ou non ressentie en morbidité diagnostiquée et peut amener une modification ultérieure de l'état de santé (modification des facteurs de risque et des habitudes de vie, progression de la maladie) et de la morbidité comportementale (consommation de services, restriction d'activités, etc.)⁶⁸.

⁶⁸ Pour les différents concepts de morbidité, voir Péron et Strohmenger, 1985, chapitre 5.

Figure 1 - Facteurs à l'origine des dépenses publiques de santé



La morbidité ressentie ou non ressentie a pour origine d'autres déterminants de l'état de santé (biologie, environnement social et physique). Par ailleurs, les changements socio-démographiques, via les caractéristiques individuelles et relationnelles des individus, influencent non seulement la consommation de services mais également l'évolution de la richesse collective et des revenus gouvernementaux, particulièrement, les revenus provenant de l'impôt⁶⁹. Par ce biais, ils conditionnent également l'offre de services. L'effet du vieillissement démographique sur la charge que représentent les dépenses de santé est donc double, il agit au numérateur (les dépenses) et au dénominateur (la capacité de financement).

L'évolution des dépenses publiques de santé ne résulte pas uniquement de l'évolution de la consommation mais également de l'évolution des coûts unitaires des services. Si cette évolution suivait l'inflation générale, la capacité de financement ne s'en trouverait pas modifiée. Mais le secteur de la santé est marqué par une inflation spécifique, c'est-à-dire par un excédent d'inflation. Ainsi, l'OCDE estime, dans une publication récente, que celle-ci a atteint en moyenne 1,4 % par année durant les années 60, 0,3 % durant les années 70 et 1,8 % durant les années 80 au Canada (OCDE, 1993a, tableau 3). Ce facteur a donc eu des conséquences non négligeables sur l'augmentation des dépenses dans le passé. Il est probable toutefois que son importance sera très faible, dans les années 90, en raison de la stabilité des salaires dans le secteur de la santé.

Dans le passé, l'action globale de l'offre de services a eu sur la consommation un effet à la hausse important. Au Québec, cette action s'est de beaucoup atténuée dans les années 80, agissant même à la baisse dans plusieurs secteurs d'activités (tableau III). Le montant des dépenses réelles a même diminué depuis l'année 1992. Cet effet demeurera négatif dans les quelques années à venir en raison d'importantes compressions budgétaires.

Le présent travail de projection de dépenses publiques de santé survient donc à une étape particulière du développement du système de soins. La remise en cause des façons de faire est évidente dans de nombreux pays (OCDE, 1994a). La plupart des pays occidentaux, poussés par

⁶⁹ À régime fiscal constant, la progression des revenus autonomes du Gouvernement du Québec suit celle de la richesse collective, du moins sur la période 1980-1981 à 1996-1997 (Gouvernement du Québec, Ministère du conseil exécutif, 1996). Cependant, l'évolution du montant des transferts fédéraux est moins rapide durant la même période. Dès qu'une province a une performance économique supérieure à la moyenne canadienne, le montant des transferts est, en effet, diminué et, de plus, le gouvernement fédéral a réduit le montant de ses transferts aux provinces.

une augmentation élevée des dépenses, un ralentissement de croissance économique et un endettement public parfois important, sont engagés dans un tel processus. La réalisation des comparaisons internationales et régionales témoignent d'une volonté de réforme et d'une recherche de meilleures façons de faire. Nous retenons de ces travaux que le niveau actuel de consommation, qui sert de point de départ à la projection, n'est pas un «étalon», un «absolu». Il reflète une façon de faire dans une étape particulière du développement du système de soins.

En outre, la pression sur les tiers-payants, exercée par le vieillissement démographique, via l'écart grandissant entre le rythme d'augmentation de la demande et celui du revenu national, sera de plus en plus forte. Un déplacement de ressources d'un secteur à l'autre est possible et est, de toutes façons, déjà amorcé au Québec (conversion de petits hôpitaux de soins de courte durée en centres d'hébergement et de soins de longue durée). Une action des tiers payants pour freiner l'accroissement des dépenses est donc prévisible et est déjà en cours. Nous retenons le chiffre avancé par Angus, Auer, Cloutier et Albert (1995), soit 15 %, comme économie réalisable par des modifications de l'offre de services. De plus, les tiers-payants disposent d'un autre moyen d'action qui est celui d'augmenter la part du financement privé, en modifiant la couverture des services assurés. Là aussi le processus est engagé. Le groupe des personnes âgées nous apparaît particulièrement visé, car relativement protégé jusqu'ici. Deux décisions récentes vont dans ce sens, soit le remplacement de la gratuité des médicaments pour les personnes âgées par leur participation financière à un régime d'assurance-médicaments et l'augmentation de la contribution financière des bénéficiaires hospitalisés ou hébergés (pour les frais dits d'hôtellerie). Jusqu'à maintenant, la progression des dépenses privées de santé avec l'âge était beaucoup moins élevée que celle que l'on observait au niveau des dépenses publiques (Santé Canada, 1996b). En outre, il est probable que le secteur des services à domicile se développe avec la participation du secteur communautaire, du secteur privé et d'un nouveau secteur de l'économie sociale. La forme d'organisation influencera certes les coûts unitaires de ces services.

2.1.2 Questions, méthodes et limites

Quand on considère un ensemble de dépenses de santé plus vaste que les seuls services médicaux et les services hospitaliers (70 % des dépenses en 1991 selon Côté, 1996), pour y inclure l'ensemble des soins de réadaptation et de longue durée ainsi que certains services sociaux, la progression des dépenses selon l'âge et dans le temps est-elle modifiée? Comment les

différents secteurs d'activités du domaine de la santé seront-ils affectés, dans l'avenir, par les changements démographiques?

Considérer la poursuite de la baisse de la mortalité sur une plus longue période que ce qui a été fait jusqu'à maintenant change-t-il la situation prévisible au moment où les générations du baby boom atteindront les âges de forte consommation et par la suite? Quelle est l'ampleur de cette action en regard de celle des autres phénomènes démographiques (fécondité et mouvements migratoires)? Préalablement, quelle est l'influence de la mortalité, en regard de celle des deux autres phénomènes, sur l'évolution de la taille et de la composition de la population? L'évolution de l'état de santé, si elle suit celle de la mortalité, peut-elle atténuer le fardeau supplémentaire dû à la baisse de la mortalité?

Aucune analyse n'a considéré directement jusqu'à maintenant l'apport des personnes âgées au financement des dépenses publiques de santé. Quel est cet apport et quel est son potentiel d'atténuation du poids financier que devront supporter les actifs?

La prise en compte de ces différents facteurs, en y joignant la fraction de la population en emploi et l'action des tiers-payants, peut-elle atténuer sensiblement l'augmentation de la charge financière prévue, «toutes choses étant égales par ailleurs»? La croissance de la productivité commune à l'ensemble de l'économie n'est pas retenue comme facteur d'atténuation du fardeau financier car nous faisons l'hypothèse, comme plusieurs auteurs avant nous, que cette hausse se répercute sur les rémunérations du secteur et donc sur les dépenses. L'excédent d'inflation propre au secteur de la santé est donc postulé égal aux gains de productivité et ces deux facteurs sont ignorés dans l'analyse de sensibilité.

Avant de présenter les sources, les hypothèses et, parfois, les calculs qui les sous-tendent (ex. évolution de l'état de santé) à la base des projections de l'évolution démographique et des dépenses publiques de santé, notons un certain nombre de limites. Les dépenses des femmes d'âge reproductif incluent le coût des accouchements et celui-ci n'est donc pas isolé. Par conséquent, les différences de dépenses entre les projections démographiques impliquant diverses hypothèse de fécondité seront légèrement sous-estimées. De plus, le mode de projection des dépenses ne tient pas explicitement compte des dépenses d'immobilisation nécessaires pour développer un nombre important de nouvelles ressources. Les dépenses projetées incluent, en effet, 444 millions de dollars d'immobilisation (3,7 % des dépenses) mais celles-ci représentent

surtout des réaménagements, des rénovations et l'achat de nouveaux équipements. Le coût de construction d'un lit de centre hospitalier est bien plus élevé que celui d'une place d'hébergement mais, dans les deux cas, ces coûts sont nettement moindres que les coûts récurrents de fonctionnement. L'adoption de nouvelles normes et orientations (ex. moins de lits de courte durée par 1000 habitants et virage ambulatoire, services à domicile) facilitée, surtout dans le premier secteur, par le développement technologique (techniques chirurgicales moins invasives), ne favorise pas cependant la construction de nouvelles installations.

Par ailleurs, les liens entre l'évolution démographique et l'évolution économique sont, en partie, biffés puisque les taux de personnes en emploi sont les mêmes quelle que soit la croissance démographique. Toutefois, ces liens sont complexes et l'information souvent déficiente pour aller plus loin dans les conclusions (Fortin et Fortin, 1987).

Enfin, cet exercice de simulation ne prétend pas que les facteurs qui interféreront avec le vieillissement démographique atteindront nécessairement les valeurs retenues. Il vise à tester leur potentiel d'atténuation. L'horizon temporel retenu (2066) permet de distinguer la situation résultant du passage des générations du baby boom au troisième et quatrième âges des effets à long terme de différents régimes démographiques. La stabilité du taux d'accroissement de la population et de la structure par âge est, en effet, à peu près atteinte en 2066. Toutefois, sur les plans social, économique et politique, cet horizon apparaît bien incertain. C'est pourquoi, nous nous sommes limitée à des changements prévisibles dans les quelques décennies à venir et qu'aucune hypothèse de changement n'est posée pour la période postérieure à 2016, si ce n'est l'évolution de la mortalité et de l'état de santé.

2.2 Dépenses de santé selon l'âge et le sexe

2.2.1. Dépenses publiques

Les dépenses publiques considérées se veulent exhaustives et correspondent à une définition large de la santé. Celle-ci implique les problèmes reliés au manque d'autonomie des personnes que ce soit pour des raisons physiques, mentales ou sociales. Elles incluent les dépenses reliées à la santé mentale, aux soins de longue durée, à la réadaptation fonctionnelle et à la mésadaptation sociale (toxicomanies, négligence et abus des enfants, délinquance et

itinérance). Ce dernier poste de dépenses appartient traditionnellement aux services sociaux⁷⁰ mais représente une proportion assez faible des dépenses (6,2 % en 1991). Toutefois, il inclut des services retenus par Santé Canada (1996b) : dépenses pour alcooliques, toxicomanes ou enfants souffrant de troubles émotifs. Les soins de longue durée destinés aux personnes atteintes d'incapacités sont donc considérés quel que soit le lieu de «dispensation» : centre hospitalier, centre d'hébergement et de soins de longue durée, centre de réadaptation et domicile. Ces services qualifiés au Québec de services d'intégration sociale, sont à cheval entre les services de santé et les services sociaux. Selon les organismes et les études, ils ne sont donc pas toujours compris dans les dépenses de santé. Ainsi l'OCDE ne les retient que s'ils sont dispensés en centre hospitalier alors que Santé Canada les inclut dans leur grande majorité. Nous référerons, parfois, à des fins de comparaison, à un univers plus restreint en excluant le secteur de l'adaptation sociale.

Toutes les dépenses imputées au Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans les comptes publics du Gouvernement du Québec sont incluses. Les dépenses de l'année 1991 ont été estimées sur la base des années financières 1990-1991 et 1991-1992⁷¹. Le domaine de la santé et des services sociaux représente la principale source de dépenses du Gouvernement du Québec (environ le tiers des dépenses) et environ le cinquième des dépenses des deux paliers de gouvernement, provincial et fédéral (tableaux XVI et XVII). Les dépenses sont classées selon leur nature ou la problématique des clientèles plutôt que par le type d'établissement qui les fournit. Outre les dépenses en adaptation sociale, on retrouve cinq secteurs d'activités qui s'adressent à l'ensemble de la population : 1^o la santé physique (dépenses principalement des hôpitaux de courte durée excluant les dépenses de santé mentale, de soins de longue durée et de réadaptation), 2^o l'intégration sociale (dépenses reliées aux services de réadaptation fonctionnelle, d'hébergement et de soins de longue durée⁷² ou de services à domicile destinés aux personnes en perte d'autonomie, personnes âgées ou personnes atteintes de déficience intellectuelle ou physique), 3^o les services médicaux qu'ils soient rendus en cabinet,

⁷⁰ Tout comme les centres d'hébergement pour personnes âgées (ou maisons médicalisées).

⁷¹ Poids de trois douzièmes pour l'année 1990-1991 et de neuf douzièmes pour l'année 1991-1992.

⁷² Au Québec, il n'y a plus de distinction administrative entre les services d'hébergement et les soins de longue durée en raison de l'alourdissement des clientèles. Les services à domicile de longue durée sont encore peu développés; ils constituent le plus souvent des services légers de peu d'heures-soins par semaine et sont le plus souvent fournis sur une base temporaire.

en établissement ou à domicile, 4⁰ la santé mentale (dépenses principalement des centres hospitaliers psychiatriques et des unités de santé mentale des centres hospitaliers de courte durée) et 5⁰ la santé publique. Ces cinq secteurs représentent 84,5 % des dépenses en 1991, le principal étant la santé physique (36,8 %) suivi de l'intégration sociale (24,1 %) et des services médicaux (15,7 %); la santé mentale ne constitue que 6,8 % des dépenses et la santé publique 1,1 %. Le domaine de la santé et des services sociaux comporte également des services de santé complémentaires qui ne sont assurés, pour la plupart, que pour certains groupes d'âge de la population (5,9 % des dépenses) et des frais d'administration (4,0 % des dépenses), incluant des fonds de recherches. Les services de santé complémentaires comprennent les médicaments pour la population âgée de 65 ans ou plus, les services dentaires pour la population âgée de moins de 10 ans et certains services optométriques pour la population âgée de moins de 18 ans ou de 40 ans ou plus. Les services de santé complémentaires représentent 5,9 % des dépenses et ont subi plusieurs modifications depuis le début des années 90. Ainsi, celui des médicaments (3,8 % des dépenses) connaîtra un changement important, en 1997, en raison de l'introduction d'un régime d'assurance destiné à toutes les personnes non assurées, quel que soit leur âge.

Les dépenses publiques per capita selon l'âge et le sexe ont été établies pour chaque secteur d'activités, pour l'année 1991. Elles ne sont connues, de façon exacte, que pour les services rendus par les professionnels de la santé et rémunérés à l'acte par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). La rémunération à l'acte représente 82,7 % des dépenses en services médicaux. Pour les activités des différents établissements du réseau de la santé et des services sociaux (centres hospitaliers, centres d'hébergement et de soins de longue durée, centres de réadaptation,...), les dépenses per capita selon l'âge ont été obtenues en appliquant le meilleur indicateur disponible de l'intensité des ressources utilisées aux dépenses moyennes per capita de l'ensemble de la population⁷³.

Le tableau VI présente l'ensemble des services pour lesquels un coût public a été établi ainsi que l'indicateur utilisé pour en fixer la répartition par âge et sexe. Pour certaines activités s'adressant à l'ensemble de la population, en raison du peu de ressources impliquées et du manque d'informations pertinentes et précises, aucune différence de coûts selon l'âge ou le sexe

⁷³ Les dépenses moyennes per capita et les taux moyens d'utilisation ont été calculés avec la population de 1991 ayant servi de point de départ aux projections démographiques.

Tableau VI - Dépenses gouvernementales consacrées au domaine de la santé et des services sociaux et indicateur de coût selon l'âge et le sexe par secteur d'activités, 1991

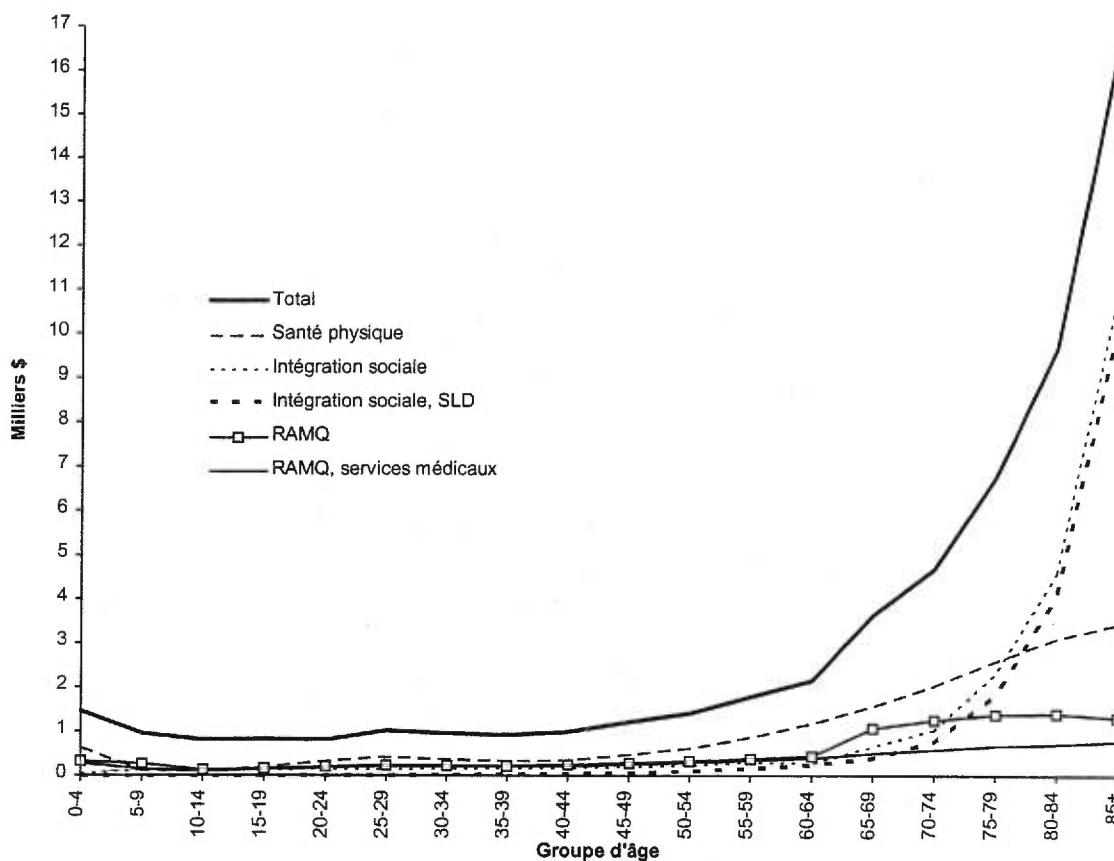
Secteur d'activités	Dépenses ¹ 000\$	Indicateur de coûts selon l'âge et le sexe	Source de l'indicateur
TOTAL	11 913 544,5		
SANTÉ PHYSIQUE	4 382 065,8	Coûts/âge et sexe estimés en appliquant les indices N.I.R.U. ² aux taux d'hospitalisations/âge et sexe, diagnostics psychiatriques exclus, 1990-1991	Comité tripartite MSSS-CRSSH-AHQ et fichier MED-ÉCHO ³
INTÉGRATION SOCIALE	2 868 675,9		
. Soins de longue durée	1 825 776,4	Taux de jours-présence/âge et sexe, 1990-91	Fichier de contribution des bénéficiaires hébergés
. Maintien à domicile	321 370,9	Taux de personnes desservies/âge et /sexe (estimés /âge et sexe)	Marcotte, 1993
. Centres de réadaptation (C.R.) et autres, adultes	529 915,0	5-59 ans	Rapports statistiques des C.R.
. Autres, personnes âgées	42 659,3	65+ ans	
. C.H. psychiatrique	97 493,0	Population totale	
. Office des personnes handicapées du Québec	51 461,3	Population totale	
SANTÉ MENTALE	809 135,0	Taux de personnes hébergées au 1/04/91 dans un C.H. psychiatrique et taux de jours-présence dans un C.H.C.D. pour un motif psychiatrique	Fichiers de l'Hygiène mentale et MED-ÉCHO ³ , 1990-1991
ADAPTATION SOCIALE	738 540,4		
. Jeunesse	625 259,1	0-17 ans	
. Autres	113 281,3	20-49 ans	
SANTÉ PUBLIQUE	136 941,7	Population totale	
ADMINISTRATION (Gestion ministérielle, coordination régionale et coordination de la recherche)	410 745,3	Total des coûts/âge et sexe des cinq secteurs d'activités précédents	

Tableau VI - Dépenses gouvernementales consacrées au domaine de la santé et des services sociaux et indicateur de coût selon l'âge et le sexe par secteur d'activités, 1991 (fin)			
RAMQ ⁴	2 611 340,5		
Ajustement pour les réductions du 15 mai 1992 ⁴	2 567 440,5		
Services médicaux	1 866 132,1	Coûts/âge et sexe, 1991	RAMQ, statistiques annuelles, 1991
Médicaments pers. âgées	449 577,0	Coûts/âge et sexe chez les 65+, 1991	
Services dentaires enfants ⁴	59 579,0	Coûts/âge des 0-9 ans, 1990	RAMQ, statistiques annuelles, 1990
Serv. optométriques ⁴	39 958,5	Coûts/âge et sexe, 1990	
Autres services	81 600,7	Population totale	
Administration	70 593,2	Total des coûts/âge et sexe de l'ensemble des programmes de la RAMQ	
<p>¹ Ne sont pas incluses les dépenses de la RAMQ imputées à d'autres ministères, ex. les programmes destinés aux prestataires de la sécurité du revenu.</p> <p>² Voir annexe A</p> <p>³ Fichier de morbidité hospitalière des centres hospitaliers de courte durée</p> <p>⁴ Les réductions annoncées le 15 mai 1992 aux services dentaires pour enfants et aux services optométriques sont appliquées</p> <p>Sources des informations sur les dépenses : Côté, 1992 et 1993; mise à jour du tableau 3 de Sous-comité sur le découpage des dépenses par champ d'activités et par région, 1993 et données non publiées du Service des politiques et orientations du MSSS</p>			

n'a été présumée. Dans ces cas, l'indicateur retenu est la population totale puisqu'on postule que les taux d'utilisation sont les mêmes quel que soit l'âge et le sexe. Lorsque la population d'un groupe d'âge est mentionnée à titre d'indicateur, cela signifie que les coûts sont supposés nuls pour les autres groupes et que les différences de coûts à l'intérieur de ce groupe d'âge sont considérées inexistantes, minimales ou mal connues. Le choix des indicateurs est discuté et les distributions par secteur d'activités figurent à l'annexe A.

La progression des dépenses per capita des soins de santé avec l'âge, obtenue en faisant la somme des dépenses des différents secteurs d'activités, est très marquée (figure 2 et tableau

Figure 2 - Dépenses publiques de santé et de services sociaux selon l'âge, total et principaux secteurs d'activités, Québec, 1991



Sources : Tableaux VII, A.I, A.II, A.IV et A.VI à A.IX

VII). Comparativement aux dépenses moyennes per capita, les dépenses après la première année de vie (donnée non représentée) sont relativement faibles mais elles doublent à 65-69 ans, sont multipliées par quatre à 75-79 ans et par dix à 85 ans ou plus. En 1991, les personnes âgées de 65 ans ou plus, qui représentent 11,0 % de la population, utilisent 41,1 % des ressources, soit 3,7 fois plus que la moyenne, et les personnes âgées de 85 ans ou plus, qui représentent 0,9 % de la population, utilisent 8,8 % des ressources. Les différences de dépenses per capita selon le sexe sont bien moins importantes que les différences selon l'âge et elles s'expliquent en grande partie par les variations dans la structure par âge des deux populations, l'écart de 23,8 % passant à 4,2 % à structure par âge égale. Chaque secteur d'activités contribue différemment à la progression des dépenses selon l'âge (figure 2). L'accroissement des dépenses publiques autour de la soixantaine est reliée à l'augmentation du coût des services de santé physique et à l'introduction de la médication gratuite pour les personnes âgées. Après l'âge de 75 ans

cependant, la composante soins de longue durée (SLD) des services d'intégration sociale est responsable de la très forte hausse des dépenses avec l'âge. La santé physique constitue la principale source de dépenses à tout âge, sauf dans le cas des enfants et adolescents et des personnes âgées de 80 ans ou plus.

Les services d'intégration sociale présentent une augmentation tardive des dépenses selon l'âge comparativement aux services de santé physique, mais une augmentation nettement plus importante (figure 2). À compter de l'âge de 85 ans, les dépenses reliées au manque d'autonomie des personnes sont au moins deux fois plus élevées que la somme des dépenses des services de santé physique, des services médicaux et des programmes de santé complémentaires.

Les dépenses per capita des services aux personnes âgées de 65 ans ou plus atteignent 5,83 fois les dépenses moyennes par habitant dans le secteur de l'intégration sociale, 3,57 fois dans le secteur de la santé physique, 3,40 fois pour les programmes administrés par la RAMQ, 2,28 fois pour les services médicaux et 1,93 fois dans le secteur de la santé mentale. Cette dernière donnée reflète le changement à la baisse des pratiques d'institutionnalisation dans le temps plutôt qu'une réelle augmentation des problèmes de santé mentale avec l'âge⁷⁴. Chaque secteur d'activités présente donc un profil des dépenses selon l'âge fort différent (figure 2).

Alors que les dépenses de santé physique présentent une progression assez linéaire, celles des dépenses d'intégration sociale montrent une progression exponentielle (figure 2). La forme de la courbe obtenue pour le total des dépenses provient donc du secteur de l'intégration sociale et plus particulièrement des soins de longue durée. Lorsque les dépenses de soins de longue durée ne sont pas comprises dans les dépenses de santé, comme c'est le cas en France dans l'Enquête sur les soins médicaux, la progression des dépenses (publiques et privées) selon l'âge obtenue peut être assez différente. Au Québec, le retrait de celles-ci fait passer le coût relatif des personnes âgées des soins de santé dans son sens restreint (dépenses d'adaptation sociale exclues) de 4,0 à 3,3.

La progression des dépenses ainsi obtenue est moins élevée que celle fournie par Santé Canada (1996b) pour le Québec en 1991. Le rapport entre les dépenses per capita des personnes

⁷⁴ Les services destinés aux personnes âgées atteintes de problèmes cognitifs sont inclus dans le secteur de l'intégration sociale.

Tableau VII - Indice des dépenses publiques per capita des soins de santé et des services sociaux selon l'âge et le sexe, 1991										
Groupe d'âge										
	Total	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
T	1,00	0,87	0,57	0,48	0,49	0,48	0,61	0,57	0,55	0,59
M	0,89	0,90	0,58	0,49	0,45	0,36	0,41	0,44	0,49	0,56
F	1,10	0,83	0,55	0,48	0,53	0,62	0,81	0,70	0,61	0,62
Groupe d'âge										
	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	65+
T	0,72	0,84	1,06	1,28	2,16	2,79	4,02	5,76	9,93	3,72
M	0,71	0,86	1,15	1,47	2,41	3,08	4,21	5,59	8,65	3,59
F	0,73	0,82	0,96	1,12	1,97	2,57	3,89	5,86	10,44	3,81
Les dépenses moyennes per capita de 1 682\$ = 1,00										
Source : Annexe A										

âgées et celles de l'ensemble de la population s'établit en effet à 4,0, en excluant les dépenses d'adaptation sociale, et à 4,3 selon Santé Canada. Le choix d'indicateurs différents des dépenses selon l'âge est en cause de même qu'un univers de dépenses légèrement différent. Par exemple, Santé Canada a utilisé, dans le cas des dépenses hospitalières, les jours présence, indice plus élevé que celui que nous avons retenu (voir l'annexe A).

De plus, la courbe obtenue pour l'ensemble des dépenses du domaine de la santé et des services sociaux, comparée à celle qui est la plus accessible et qui a été la plus souvent utilisée dans le passé, soit le regroupement des services médicaux et des services hospitaliers de courte ou de longue durée en C.H.C.D., indique que cette dernière surévalue légèrement les dépenses associées aux personnes âgées (4,3 comparativement à 3,7, à 4,0 si on exclut les services d'adaptation sociale) et, de façon plus importante, les dépenses associées aux personnes très âgées (12,6 comparativement à 9,9, à 10,6 si on exclut les services d'adaptation sociale). Il en résulte une surestimation de 15 % des dépenses affectées aux personnes de 65 ans ou plus et de

27 % de celles affectées aux personnes âgées de 85 ans ou plus (7 % et 20 % respectivement si on exclut les services d'adaptation sociale)⁷⁵.

L'accroissement des dépenses selon l'âge a un double intérêt. Le suivi de cet indicateur permet d'apprécier l'effet du vieillissement démographique - plus il est important, plus la hausse de coûts sera élevée - et de distinguer ses effets de ceux des changements dans la consommation ou des dépenses selon l'âge. En second lieu, cet accroissement peut être le reflet de la différence dans le degré de sévérité de l'état de santé des clientèles des différents secteurs d'activités. Ainsi, seul le profil des dépenses selon l'âge du secteur de l'intégration sociale a une courbe qui ressemble à celle de la mortalité (progression exponentielle).

2.2.2. Dépenses publiques et privées

Les dépenses privées de santé comprennent les dépenses des compagnies d'assurance-maladie, les dépenses directes des particuliers et les recettes des établissements de soins de santé provenant des services aux patients et autres services (ex. montants additionnels pour des chambres privés, les co-paiements pour des soins à long terme comme la contribution des bénéficiaires hébergés pour l'hôtellerie). Les contributions privées couvrent donc essentiellement par ordre d'importance des médicaments, des services professionnels (ex. dentistes), des frais d'hébergement dans les hôpitaux, d'autres dépenses comme les services à domicile et les appareils et les frais d'hébergement dans les autres institutions (Santé Canada 1996b, tableau 64B et page 13 du Guide de l'utilisateur).

Si le montant des dépenses privées est bien connu, leur répartition selon l'âge et le sexe doit faire l'objet d'une estimation. Celle de Santé Canada (Santé Canada, 1996b, tableau 77) repose sur l'Enquête sur les dépenses des familles. Ce faisant, l'information obtenue concerne uniquement les ménages privés. La répartition des dépenses retenue par Santé Canada peut donc sous-estimer les dépenses des personnes âgées, puisque celles des personnes institutionnalisées ne sont pas prises en compte. De plus, la répartition selon l'âge n'est disponible que pour quatre

⁷⁵ Selon la projection 1 (voir le tableau IX), les dépenses publiques en 2041 sont ainsi surestimées de 12 % pour la population totale, de 18 % pour la population âgée de 65 ans ou plus et de 27 % pour la population âgée de 85 ans ou plus (de 8 %, 11 % et 20 % respectivement, si on exclut les dépenses d'adaptation sociale).

grands groupes d'âge et que pour l'ensemble du Canada. Elle est donc nettement moins précise et, dans une situation où l'augmentation des dépenses avec l'âge serait importante, pourrait conduire à une sous-estimation de l'effet du vieillissement. Néanmoins, la répartition selon l'âge des dépenses privées apparaît fort différente de celle des dépenses publiques, le groupe d'âge 45-64 ans ayant les dépenses les plus élevées (tableau VIII). Cette distribution a été estimée à partir des dépenses privées per capita pour le Québec et la distribution canadienne. L'ajout des dépenses privées aux dépenses publiques modifie peu la répartition des dépenses selon l'âge sauf dans le cas des personnes âgées. Leurs dépenses per capita passent, en effet, de 3,7 à 3,1 fois celles de l'ensemble de la population (de 4,0 à 3,3 si on exclut les dépenses d'adaptation sociale).

Tableau VIII - Indice de la progression des dépenses publiques et privées selon l'âge, Québec, 1991					
	Groupe d'âge				
	Total	0-14	15-44	45-64	65 +
Total	1,0	0,7	0,6	1,0	3,1
Public	1,0	0,6	0,6	0,9	3,7
Privé	1,0	0,8	0,9	1,4	1,2
Sources : Santé Canada, 1996b, tableaux 64B et 77 et estimations de l'auteur					

2.3 Hypothèses démographiques

Les hypothèses à la base des projections démographiques sont maintenant présentées, après un rappel succinct des changements qu'ont subis les phénomènes démographiques dans les dernières décennies.

2.3.1 Fécondité

La descendance des générations québécoises nées au milieu des années cinquante est plus faible que celle que l'on observe dans tous les pays du monde (1,6 enfant par femme)⁷⁶. Le

⁷⁶ Seule l'ancienne RFA a un niveau analogue; dans les générations plus jeunes, qui n'ont pas encore entièrement complété leur descendance, davantage de pays voisineront le niveau de 1,6 enfant par femme

mouvement à la baisse s'est cependant arrêté avec les générations nées au milieu des années cinquante (Duchesne, 1995, tableau 419). La reprise, vite interrompue, de l'indice conjoncturel de fécondité à la fin des années 80⁷⁷ aura permis cette stabilité de la descendance finale des générations nées dans la seconde moitié des années 50 et au début des années 60. Il est encore trop tôt pour vérifier si le fait d'être moins nombreuses sera favorable à la fécondité des générations nées après le milieu des années soixante mais cette hypothèse demeure valable. De plus, la remontée de la fécondité, dans plusieurs pays européens, à 2,0 enfants par femme (Suède, Finlande) ou 1,8 enfant par femme (Danemark⁷⁸, Pays-Bas, Luxembourg) montre que de tels niveaux peuvent être atteints. D'autres pays indiquent cependant une stagnation à des niveaux très faibles de 1,3 ou 1,5 enfant par femme depuis plus d'une décennie (Suisse, RFA) laissant présager que tous les pays ne réunissent pas les conditions d'une telle reprise. Néanmoins, aucun pays n'affiche une descendance finale de génération inférieure à 1,6 enfant par femme.

Dans ces conditions, la variation que l'on observe dans la descendance finale de génération des pays occidentaux, de 1,6 à 2,1 enfants par femme, apparaît actuellement, comme l'étendue des possibles sur une assez longue période. Le niveau de 2,1 enfants par femme assure de plus, en l'absence de mouvements migratoires, le remplacement des générations et donc la stabilité de la taille de la population. Le niveau de 1,85 enfant par femme apparaît sans doute plus accessible dans le cas du Québec. Mais, malgré le désir maintes fois exprimé d'une fécondité plus élevée par la population en âge de procréer, les présentes conditions économiques, sociales et conjugales ne semblent pas permettre la réalisation d'une descendance plus élevée.

2.3.2 Mouvements migratoires

Si, dans le passé éloigné, le solde des mouvements migratoires a été négatif (Duchesne, 1993), il faut remonter à trois ou quatre décennies pour qu'il soit nul et il est positif dès que l'on

dont l'Italie (Rochon, 1995 et Sardon, 1994).

⁷⁷ Rappelons l'évolution de l'indice conjoncturel de fécondité au Québec. De 4,1 enfants par femme au moment le plus fort du baby boom (1957), il n'était plus que de 1,8 enfant par femme 15 ans plus tard. Oscillant autour de 1,7 enfant par femme durant les années 70, il a baissé à nouveau durant les années 80, atteignant 1,4 enfant par femme de 1983 à 1988. Il est remonté par la suite, atteignant d'abord 1,65 enfant mais se situe depuis 1993 à 1,6 enfant par femme (Duchesne, 1995, tableau 402 et données à paraître).

⁷⁸ Le Danemark est ainsi passé d'un niveau de 1,38 enfant par femme en 1983 à un niveau de 1,81 en 1994 (Sardon, 1994 et Guibert-Lantoin et Monnier, 1995).

considère une période plus courte (Thibault, Gauthier et Létourneau, 1996; Duchesne, 1995, tableaux 7.1 et 601 et données à paraître). Dans les décennies récentes, il est le résultat de deux mouvements de sens contraire, les mouvements internationaux, positifs, et les mouvements interprovinciaux, négatifs.

Les nouvelles estimations des mouvements migratoires, qui incluent dorénavant les résidents non permanents, indiquent en effet un solde de migrations internationales positif depuis au moins deux décennies (moyenne annuelle de 17 700 pour la période 1971-80 et de 15 100 pour la période 1981-85), solde qui s'est amplifié durant la période 1986-93 passant à 36 800 personnes par année. Une augmentation du solde des résidents non permanents et l'accroissement du nombre annuel d'immigrants à plus de 40 000 par année expliquent cette hausse. Cependant, le nombre d'immigrants diminue de 44 900 à 27 500 entre 1993 et 1994 et se situe à moins de 26 000 en 1995 (nombres provisoires). On observe un solde moyen de migrations internationales de 25 000 dans les vingt dernières années mais un solde de près de 34 000 dans les dix dernières. D'après les informations obtenues du Ministère des Affaires internationales, de l'Immigration et des Communautés culturelles, le volume d'entrées serait plutôt de 27 à 30 000 dans les prochaines années en raison de critères plus serrés⁷⁹ d'admission et de l'évolution de la demande (nombre de candidatures). Il s'agit là d'un volume inférieur à l'objectif de 42 000 immigrants pour 1996 (43 000 pour 1997) adopté par le Gouvernement du Québec en 1994, moment où les prévisions du Bureau de la Statistique du Québec (BSQ) ont été élaborées. Cet objectif demeurerait valable à moyen terme mais serait difficile à atteindre dans la présente situation du marché du travail.

Contrairement aux migrations internationales, les migrations interprovinciales présentent toujours un solde négatif depuis 1963. L'ampleur de ce solde varie cependant selon la période. Fortement négatif de 1966 à 1984, les sorties dépassant alors les entrées de 22 200 en moyenne par année, il n'est plus que de 12 000 dans les 15 dernières années (1981-1995).

Pour l'ensemble des mouvements migratoires, on observe ainsi des périodes de solde positif (1973 à 1976 et 1984 à aujourd'hui) et des périodes de solde négatif. Un solde moyen

⁷⁹ Ces nouveaux critères ont par ailleurs déjà été revus. On recherchera prochainement des candidats polyvalents, jugés plus aptes à se trouver un emploi que les candidats ayant une formation spécifique. On ne connaît pas encore l'effet de ces nouveaux critères sur le volume des candidatures qui seront retenues.

positif exceptionnel de 26 700 a été atteint de 1986 à 1993. Toutefois, le solde serait nul en 1994 et atteindrait 16 200 en 1995. Plus on considère une période rapprochée, plus le solde migratoire moyen est élevé. Il est très faible dans les 30 dernières années, atteignant 2 700 de 1966 à 1995, mais s'élève à 8 300 dans les 20 dernières, à 15 500 dans les 15 dernières et à 24 400 dans les 10 dernières (1986-1995). Les mouvements migratoires fluctuent donc rapidement et semblent une composante des mouvements démographiques difficile à prévoir. Un solde nul à un solde pouvant atteindre jusqu'à 25 000 personnes par année nous a paru présenter une variation possible dans les prochaines décennies. La comparaison de ces deux hypothèses permet, de plus, d'isoler l'action des mouvements migratoires. L'hypothèse de solde nul permet également de distinguer l'évolution démographique résultante du seul accroissement naturel de la population québécoise.

2.3.3 Mortalité

La mortalité accuse des baisses importantes depuis plusieurs décennies. La période 1981-1991 marque cependant des progrès moins importants que la décennie précédente, gains d'espérance de vie de 2,2 années comparativement à 2,9 dans le cas des hommes et de 1,9 comparativement à 3,5 dans le cas des femmes (Thibault, Gauthier et Létourneau, 1996, tableau 2.1). Les gains masculins sont plus importants que les gains féminins depuis 1981. L'écart entre les espérances de vie masculine et féminine a, en effet, diminué de 0,2 entre 1980-82 et 1985-87 et de 0,4 entre 1985-87 et 1990-92 (Duchesne, 1995, tableau 4.1). Il est fort possible que cette tendance se poursuive et s'accroisse.

Pour isoler l'effet de ce phénomène sur le nombre de personnes âgées, deux hypothèses sont d'abord retenues. Dans la première, la mortalité est maintenue constante et, dans la seconde, la baisse de la période 1981-1991 est prolongée jusqu'en 2041. L'espérance de vie, sexes réunis, atteint dans cette deuxième hypothèse presque 85 ans, limite retenue par Fries (1989) et Olshansky, Carnes et Cassel (1990). Une troisième hypothèse poursuit la baisse durant encore un quart de siècle. L'espérance de vie à la naissance atteint ainsi, en 2066, environ 2,5 années de plus et les femmes se rapprochent alors de la limite fixée par Duchêne et Wunsch (1986), soit 90 ans.

2.3.4 Projections démographiques

Les projections démographiques présentées (tableau IX) ont été réalisées à partir du modèle provincial du BSQ⁸⁰. Trois hypothèses ont été retenues pour chaque phénomène démographique. La fécondité est fixée à 1,6 enfant par femme (projection 1), 1,85 enfant par femme (projection 2) et 2,1 enfants par femme (projection 3). La première hypothèse correspond au niveau observé dans les dernières années et à la descendance finale des générations nées depuis 1953. La deuxième représente une amélioration sensible du niveau de fécondité et la troisième, le seuil de remplacement des générations en l'absence de migrations. Dans le modèle du BSQ, les taux de fécondité selon l'âge sont tous majorés de la même façon que l'indice synthétique.

Les hypothèses quant aux mouvements migratoires sont un solde nul, un solde fortement positif, comme celui observé dans la dernière décennie de 24 500 personnes par année (hypothèse forte : F) et une hypothèse intermédiaire de 12 000 personnes (hypothèse moyenne : M). Dans le modèle du BSQ, certaines composantes du mouvement migratoire sont fixes, les nombres d'immigrants, d'émigrants et d'entrants des autres provinces, alors que le nombre de sortants interprovinciaux est déterminé par l'application de probabilités de sortie par année d'âge et sexe auxquels s'ajoutent 7,5 % des immigrants internationaux de la même année⁸¹. La structure par âge et par sexe des sortants interprovinciaux, qui résulte de l'application des probabilités, est étendue aux entrants interprovinciaux et aux émigrants internationaux alors que les immigrants internationaux conservent la structure par âge et sexe des immigrants de la fin des années 80. Le nombre de sortants interprovinciaux est donc influencé par la variation de la taille de la population et, par conséquent, le solde interprovincial et le solde total varient de quelques centaines au fil du temps. Le solde migratoire interprovincial atteint environ 13 000 personnes et

⁸⁰ Au moment où ces projections ont été réalisées, les données de 1991, corrigées pour le sous-dénombrement, n'étaient pas encore définitives de sorte que la population de départ est très légèrement différente, soit de 0,01 %, de celle qui fut publiée par la suite par le BSQ (7 181 800 comparativement à 7 181 100), de même que l'espérance de vie à la naissance pour l'année 1991 (73,5 et 80,9 années pour les hommes et les femmes comparativement à 73,4 et 80,7) (Duchesne, 1995, tableau 4.1 et Thibault, Gauthier et Létourneau, 1996, tableau 2.1).

⁸¹ Un autre 7,5 % des immigrants internationaux quittent le Québec, pour un autre pays, l'année de leur arrivée. Les probabilités de sortie pour une autre province canadienne sont celles de la période 1986-1991, telles que déclarées par un échantillon d'un cinquième de la population au recensement de 1991.

Tableau IX - Hypothèses à la base des projections démographiques, Québec, 1991-2066

Projection	Fécondité	Mortalité			Mouvements migratoires		
		Espérance de vie à la naissance			Solde inter-prov.	Immi. Émi. Solde	Solde total
		Année	M	F			
1	1,6	1991 2016 2041	73,5 78,2 81,7	80,9 84,7 87,4	0 dès 2002	0 dès 2002	0 dès 2002
1M	1,6	1991 2016 2041	73,5 78,2 81,7	80,9 84,7 87,4	-11 500	27 000 3 500 24 500	12 000
1F	1,6	1991 2016 2041	73,5 78,2 81,7	80,9 84,7 87,4	-13 000	42 000 4 500 37 500	24 500
2	1,85 dès 1998	1991 2016 2041	73,5 78,2 81,7	80,9 84,7 87,4	0 dès 2002	0 dès 2002	0 dès 2002
3	2,1 dès 2003	1991 2016 2041	73,5 78,2 81,7	80,9 84,7 87,4	0 dès 2002	0 dès 2002	0 dès 2002
1S	1,6	1991	73,5	80,9	0 dès 2002	0 dès 2002	0 dès 2002
1T	1,6	2066	84,6	89,7	0 dès 2002	0 dès 2002	0 dès 2002
2M	1,85 dès 1998	1991 2016 2041	73,5 78,2 81,7	80,9 84,7 87,4	-11 500	27 000 4 000 24 500	12 000
3F	2,1 dès 2003	1991 2016 2041	73,5 78,2 81,7	80,9 84,7 87,4	-13 000	42 000 5 000 37 500	24 000

le nombre d'émigrants 4 500 lorsque l'immigration est de 42 000 (solde total de 24 500). Ces nombres diminuent à 11 500 et 3 500 lorsque l'immigration est fixée à 27 000 (solde total de 12 000). À très long terme, dans les projections où la taille de la population croît ou décroît fortement, ces nombres varient de quelques milliers. La situation qui présente la plus forte variation est la combinaison d'une augmentation de la fécondité à 2,1 enfants par femme et d'un solde migratoire fortement positif (projection 3F), le solde migratoire diminue alors à 21 000 dans la deuxième moitié du siècle prochain.

Les deux hypothèses de solde migratoire positif varient donc essentiellement par le nombre d'immigrants alors que l'hypothèse de solde nul permet d'apprécier l'effet des autres phénomènes démographiques en l'absence de migrations. Il est certain, par ailleurs, que de tels niveaux d'immigration modifient la composition ethnique et linguistique de la province. Il n'est pas facile pour autant de déterminer la proportion de personnes nées à l'étranger qui résulterait de ces deux hypothèses. Au recensement de 1991, le pourcentage de la population immigrante (personnes étant ou ayant été des immigrants reçus) atteignait 8,7 % au Québec, 23,7 % en Ontario et 16,1 % dans l'ensemble du Canada (Statistique Canada, 1992a, tableau 5). Si les taux de rétention des immigrants et d'émigration étaient les mêmes au Québec qu'au Canada et si la fécondité demeurait à un niveau de 1,6 enfant par femme, cette proportion passerait à 20 % en 2066 selon une hypothèse de solde migratoire modéré et à 24 % selon une hypothèse de solde élevé⁸².

Dans l'hypothèse de base sur la mortalité, qui prolonge jusqu'en 2041 la baisse de la mortalité observée durant la dernière décennie, l'espérance de vie masculine progresse de 73,5 à 81,7 années et l'espérance de vie féminine de 80,9 à 87,4 années (de 77,2 environ à 84,6, sexes réunis). Les gains moyens des hommes et des femmes sont appliqués aux deux sexes de sorte que l'écart entre les sexes de 7,3 années en 1991 atteindrait 5,5 années en 2041. Une autre hypothèse suppose constante la mortalité dès l'année de départ de la prévision (hypothèse S). Une troisième hypothèse (hypothèse T) poursuit au contraire la baisse de la mortalité jusqu'en

⁸² Calculs effectués à partir de l'expression 4 de Lachapelle, 1990 et de la valeur de Z qu'il propose pour l'ensemble canadien ($Z=0,55$). Cette valeur représente le rapport entre la durée de présence dans la population considérée d'un nouveau-né et d'un immigrant, en considérant l'émigration. Il est possible que la valeur de Z soit plus faible dans le cas du Québec et que la proportion de personnes nées à l'étranger soit donc moins élevée que celle qui est ici estimée. Le taux québécois de rétention, plus faible dans le passé que celui du Canada, s'est amélioré dans les années 80 (Thibault, Gauthier et Létourneau, 1996, p. 44).

2066 (espérance de vie de 84,6 ans pour les hommes, de 89,7 ans pour les femmes et de 87,2 ans pour les deux sexes).

Les principales projections considérées dans ce travail ne font varier qu'un seul phénomène démographique à la fois permettant ainsi d'isoler l'action de chaque composante démographique sur les variations futures de la taille et de la composition de la population et donc, dans un deuxième temps, sur les dépenses publiques de santé et de services sociaux. La projection de base correspond à une situation de migrations nulles, de fécondité à 1,6 enfant par femme et de baisse de mortalité jusqu'en 2041 (projection 1). L'effet des augmentations successives du solde migratoire (projections 1M et 1F) est ensuite comparé à l'effet des augmentations possibles de l'indice conjoncturel de fécondité (projections 2 et 3) puis à des variations de la mortalité (projections 1S et 1T). Certains scénarios, impliquant à la fois un solde migratoire positif et une fécondité plus importantes, sont également parfois considérés (projections 2M et 3F). La projection 1M est sans doute celle qui reflète le mieux la situation présente alors que la projection 1F correspond sensiblement à l'hypothèse moyenne du BSQ (Thibault, Gauthier et Létourneau, 1996).

Il est certain cependant que l'effet de chaque phénomène démographique est influencé par le niveau des autres phénomènes. Certains auteurs ont ainsi montré, grâce à l'emploi des populations stables, que la baisse de la mortalité a d'autant plus d'influence sur la structure par âge que la fécondité est faible (Gauthier et Duchesne, 1991, p. 67). On peut également déduire du tableau 3 de Lachapelle (1990) que l'effet de l'immigration sur la structure par âge diffère selon le niveau de fécondité retenu⁸³.

2.4 Hypothèses sur l'évolution de l'état de santé

L'effet des facteurs démographiques sur l'évolution des dépenses de santé est isolé en postulant des dépenses constantes selon l'âge et en appliquant ces dépenses aux populations résultant des projections démographiques. Ces projections reposant sur des hypothèses de baisse de mortalité, l'hypothèse de dépenses constantes selon l'âge implique donc, toutes choses étant

⁸³ Ainsi l'augmentation de l'indice conjoncturel d'immigration de 0,0 à 0,25 diminue la proportion de personnes âgées de 4,4 points de pourcentage lorsque la fécondité est de 1,6 enfant par femme et de 3,2 points lorsque la fécondité est de 2,1 enfants par femme (Lachapelle, 1990 et données non publiées).

égales par ailleurs, particulièrement l'offre de services, que la morbidité est stable alors que la mortalité diminue. Des taux de morbidité ou d'incapacité constants selon l'âge alors que la mortalité est en baisse signifient une détérioration de la part des années vécues en bonne santé parce que les années gagnées surviennent à des âges où la morbidité est importante (Robine et Mathers, 1993). L'hypothèse de dépenses constantes selon l'âge implique donc, implicitement, une diminution du rapport entre l'espérance de vie sans incapacité et l'espérance de vie totale (EVSI/EV) et se fonde sur une hypothèse d'expansion relative de la morbidité.

2.4.1. Amélioration de l'état de santé

Malgré les difficultés d'observation d'un processus aussi complexe que les interactions entre la morbidité, les incapacités et la mortalité, les résultats de plusieurs enquêtes de santé suggèrent, au moins en ce qui concerne les incapacités assez sévères, qu'une autre hypothèse puisse être envisagée. D'une part, les courbes d'espérance de vie (EV) et d'espérance de vie sans incapacité sévère (EVSI) évoluent de façon parallèle dans de nombreux pays, que ce soit à la naissance (Robine, Bucquet et Ritchie, 1991 et Robine, Romieu, Cambois, Van de Water et Boshuizen, 1994) ou à l'âge de 65 ans (Robine, Mormiche et Cambois, 1994), indiquant que le nombre d'années vécues en incapacité sévère est stable. De plus, des données longitudinales américaines confirment une baisse des taux d'incapacités chroniques des personnes âgées et du nombre moyen de maladies par personne (Manton, Stallard et Corder, 1995). D'autre part, les états sévères ont plus de poids dans le calcul des dépenses per capita que les états moins sévères, chaque individu ayant un poids fonction de sa consommation et donc de la sévérité de son état de santé. Au contraire, dans la plupart des mesures d'état de santé de la population, chaque individu a le même poids quel que soit le niveau de gravité de son état⁸⁴.

L'hypothèse retenue est donc que la morbidité et les incapacités assez sévères évoluent parallèlement à la mortalité (le nombre d'années vécues en mauvaise santé est constant mais sa proportion diminue⁸⁵) et que les dépenses selon l'âge, pour trois secteurs d'activités, évoluent de la même façon que l'état de santé. Ces trois secteurs sont : les services médicaux, les services de

⁸⁴ Ce poids différent des individus selon la gravité de leur état de santé est cependant reflété par un indicateur tel l'espérance de vie en bonne santé pondérée par la qualité (Wilkins et Adams, 1983; Péron et Strohmenger, 1985).

⁸⁵ Robine et Mathers (1993) parlent alors d'équilibre sociétal.

santé physique et les services d'intégration sociale. Elle implique donc une compression relative de la morbidité (diminution du rapport EVSI/EV). La baisse des dépenses publiques selon l'âge résultant de cette hypothèse favorable est établie pour les années 2016 et 2041.

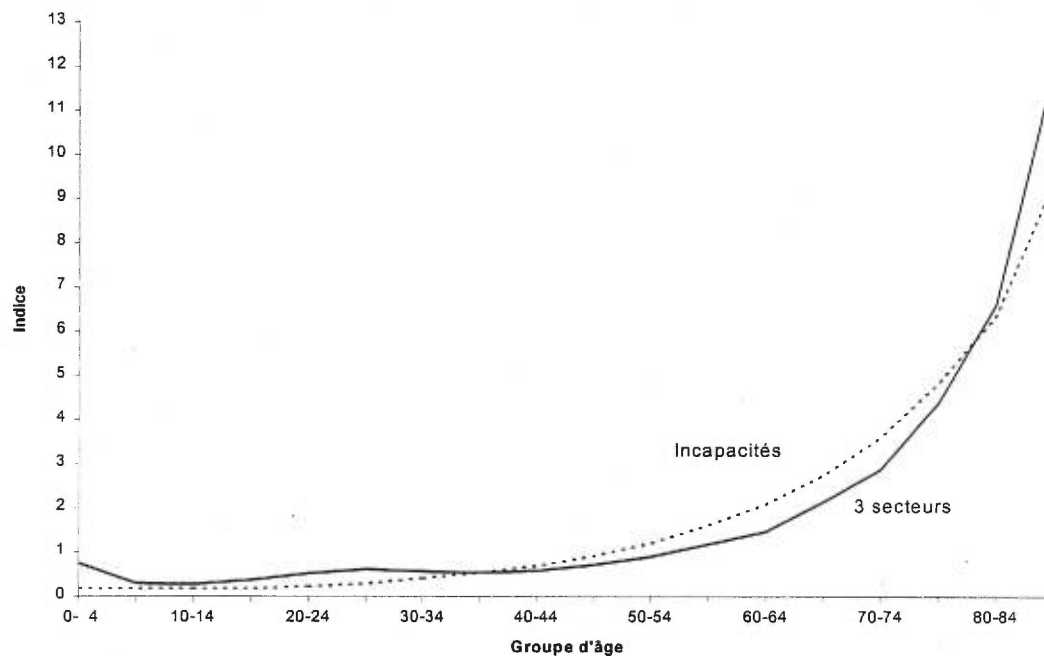
2.4.2 Les dépenses publiques selon l'âge dans l'hypothèse d'une amélioration de l'état de santé

La transposition de cette hypothèse en nouvelles données d'incapacités (et de coûts) selon l'âge n'est cependant pas simple. Plusieurs modes de calcul peuvent être employés et ils varient généralement selon les auteurs et selon les données utilisées : incidence ou prévalence, nombres de transitions considérées, variations absolues ou relatives de la mortalité, méthode Sullivan ou tables multi-états pour le calcul de l'espérance de vie sans incapacité (Sullivan, 1971; Robine et Mathers, 1993; Crimmins, Hayward and Saito, 1994; Manton, 1987). La méthode de calcul de l'espérance de vie sans incapacité la plus courante, est la méthode Sullivan, en raison notamment des données de prévalence facilement accessibles qu'elle requiert, et c'est celle que nous avons retenue. Cette méthode consiste à déduire, du nombre d'années vécues par une cohorte de 100 000 personnes soumises aux conditions de mortalité du moment, les années vécues en incapacité. Ce nombre d'années vécues en incapacité est obtenu en appliquant les taux de prévalence de l'incapacité selon l'âge observés dans la population aux années vécues à chaque groupe d'âge dans la table de mortalité (Sullivan, 1971). Il est vrai que, contrairement aux données d'incidence (fréquence de nouveaux cas durant un intervalle de temps donné) et de mortalité, les données de prévalence (proportion de la population atteinte à un moment donné) ne sont pas de pures mesures du moment puisqu'elles reflètent en partie des conditions passées. Les simulations effectuées par Robine et Mathers (1993) ont toutefois montré que cette méthode donne une bonne estimation de la valeur de la période lorsque les changements se font progressivement et de façon assez régulière. En outre, lorsqu'il y a amélioration de l'état de santé, la méthode Sullivan sous-estime légèrement le mouvement et le biais est plus prononcé aux âges élevés.

L'espérance de vie en incapacité à chaque âge est donc supposée constante et égale à celle de l'année 1991. La proportion d'années vécues en incapacité à chaque âge, résultant de cette hypothèse, fournit les nouveaux taux d'incapacités. Pour ce calcul, les données de prévalence sont les incapacités modérées ou sévères tirées de l'E.S.L.A. car elles reflètent assez

bien le profil selon l'âge des dépenses des trois secteurs retenus⁸⁶ (figure 3). Les résultats de l'enquête de 1986 ont été préférés à ceux de 1991 puisqu'ils sont beaucoup plus précis selon l'âge en raison de la forte réduction de la taille de l'échantillon en 1991. De plus, il n'y a pas de différence significative entre les taux d'incapacités modérées ou sévères des deux enquêtes au Québec (LaRoche et Morin, 1994). De l'hypothèse retenue, découlent une très légère compression de la morbidité à la naissance et une compression importante à l'âge de 65 ans. On peut apprécier, au tableau X, les deux hypothèses quant à l'évolution de l'état de santé, constant ou à la hausse, en termes d'années et de proportions d'années vécues sans incapacité en 2016⁸⁷.

Figure 3 - Profil selon l'âge des dépenses publiques de santé et de services sociaux per capita pour trois secteurs d'activités et des taux d'incapacités modérées ou sévères, sexes réunis, Québec, 1991 (moyenne=1,0)



Sources : Tableaux A.I, A.IV, A.VI et XI

⁸⁶ Il a fallu néanmoins estimer les taux quinquennaux à partir des taux décennaux pour la population institutionnalisée, lisser les courbes qui présentaient des irrégularités dans la progression selon l'âge et transformer le taux à 85 ans ou plus en taux à 85-89 ans et 90 ans ou plus. Les taux avant 15 ans ont été supposés égaux à ceux du groupe 15-19 ans.

⁸⁷ Puisque le modèle provincial de projection du BSQ ne fournit pas les quotients de mortalité générés par les hypothèses de mortalité, nous avons dû utiliser les quotients de mortalité, résultant du modèle régional du BSQ (espérance de vie de départ de 73,4 au lieu de 73,5 pour les hommes et de 80,9 au lieu de 80,7 pour les femmes).

Tableau X - Espérance de vie (EV) et espérance de vie sans incapacité modérée ou sévère (EVSI), à la naissance et à 65 ans, 1991 et, selon deux hypothèses, 2016, Québec						
Sexe et année	Taux selon l'âge et le sexe constants			Nombre d'années vécues en incapacité constant		
	EV	EVSI	EVSI / EV en %	EV	EVSI	EVSI / EV en %
À la naissance						
M						
1991	73,4	67,5	92,1			
2016	78,1	70,8	90,7	78,1	72,1	92,4
1991-2016	4,6	3,3	- 1,2	4,6	4,6	0,5
F						
1991	80,7	71,1	88,0			
2016	84,3	73,1	86,6	84,5	74,7	88,5
1991-2016	3,6	2,0	- 1,4	3,6	3,6	0,5
À 65 ans						
M						
1991	14,9	10,6	71,4			
2016	17,3	12,0	69,4	17,3	13,0	75,4
1991-2016	2,4	1,4	- 2,0	2,4	2,4	4,0
F						
1991	19,8	12,5	63,2			
2016	21,9	13,4	61,4	21,9	14,6	66,8
1991-2016	2,1	0,9	- 2,1	2,1	2,1	3,8
Sources :						
Calculs effectués à partir des tables de mortalité et de la méthode Sullivan.						
Quotients de mortalité : BSQ, modèle régional						
Taux d'incapacités modérées et sévères : E.S.L.A., 1986 et calculs de l'auteur						

Cependant, la population survivante en 2016 n'a pas bénéficié de tous ces gains puisqu'elle a été soumise, à mesure qu'elle vieillissait à la mortalité de 1992, 1993,2015 et 2016. Les gains dont elle a bénéficié sur la mortalité et sur l'incapacité sont donc plus ténus et la table de 2016 correspond aux gains moyens de la période 1991-2041 et donc, à peu près, aux

gains de la population survivante en 2041. Un calcul détaillé des gains sur la mortalité et l'incapacité a été réalisé en faisant vieillir chaque groupe quinquennal d'âge pendant 25 et 50 ans à l'aide des tables moyennes de chaque période quinquennale⁸⁸. La baisse des taux d'incapacités, qui en résulte en 2016 et 2041, apparaît au tableau XI. Entre 50 et 84 ans, les taux quinquennaux rejoignent généralement, après une période de 50 ans, le taux du groupe 5 ans plus jeune. Pour la population masculine, les gains peuvent être un peu plus importants s'approchant parfois du taux du groupe 10 ans plus jeune. Aux âges jeunes, les résultats obtenus ne sont pas pleinement satisfaisants. La baisse apparaît trop élevée à 15-24 ans pour les hommes et les femmes. Si la courbe de l'incapacité selon l'âge avait suivi fidèlement celle des dépenses, la baisse des taux aurait été plus faible à ces âges (et un peu plus forte aux âges avancés). Les figures 4 et 5 indiquent les dépenses selon l'âge ainsi obtenues. À structure par âge constante et égale à celle de 1991, l'amélioration de l'état de santé de la population représente, pour les trois secteurs concernés, une baisse de 12 % des dépenses per capita en 2016 et une baisse de 19 % en 2041 et, pour le total des dépenses, de 9 % en 2016 et de 14 % en 2041.

Les différents secteurs d'activités du système contribuent et bénéficient sans doute de ces gains dans des proportions variables, ne serait-ce qu'en raison de la composition de la clientèle des différents secteurs d'activités selon la gravité de leur état de santé. L'ensemble des personnes vues par les médecins ont un meilleur état de santé en moyenne, par exemple, que celles qui sont hospitalisées ou qui résident dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée. On a un indicateur de la plus ou moins grande sévérité des cas traités par les différentes composantes du système de soins en comparant la progression selon l'âge des dépenses dans ces secteurs à celle de la mortalité. Le rapport entre le taux de mortalité de la population âgée et celui de l'ensemble de la population est de 6,6 en 1991. Il est donc très proche de celui observé dans le secteur de l'intégration sociale, 5,9. Mais il atteint le double de celui de la santé physique, 3,6, et le triple de celui des services médicaux, 2,3.

Le secteur de l'intégration sociale apparaît particulièrement sensible à la baisse de la mortalité. Le report des années vécues en mauvaise santé devrait retarder le moment où des soins continus sont nécessaires et augmenter la probabilité de conserver son conjoint en vie,

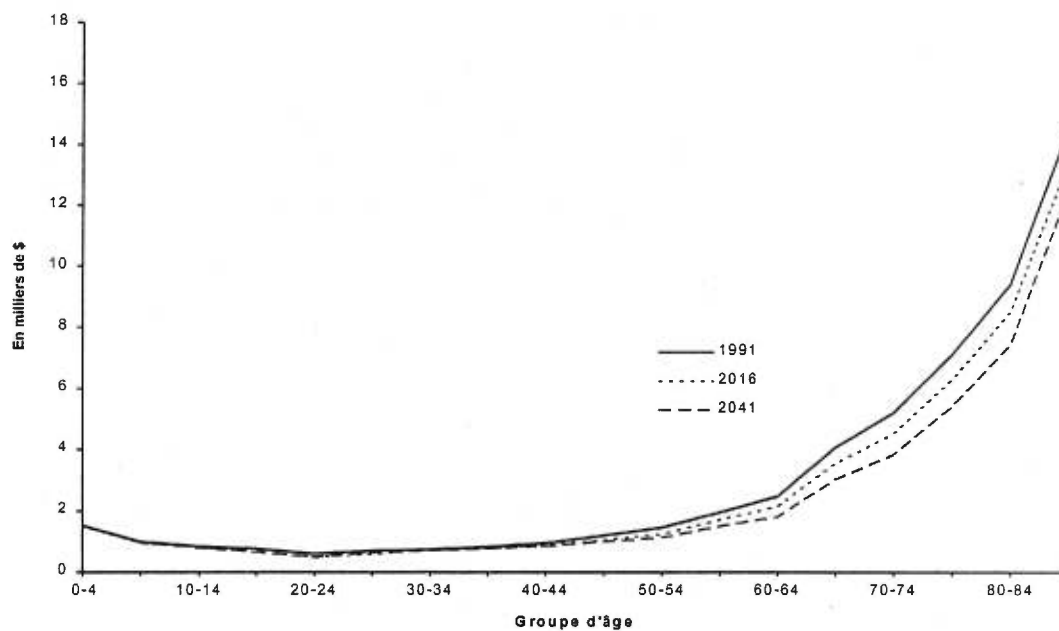
⁸⁸ Dans ce cas, le taux d'incapacité est obtenu au moyen de la formule apparaissant à l'annexe B.

Tableau XI - Taux d'incapacités modérées et sévères selon l'âge et le sexe, 1991, selon l'hypothèse de la constance du nombre d'années vécues en incapacité, 2016 et 2041, Québec						
	Hommes			Femmes		
Groupe d'âge	1991	2016	2041	1991	2016	2041
Taux pour 1000						
Total	58			79		
0-4	12	12	12	12	12	12
5-9	12	11	11	12	11	11
10-14	12	11	11	12	11	11
15-19	12	09	09	12	11	11
20-24	16	12	12	16	13	14
25-29	20	16	18	20	16	19
30-34	27	26	25	29	28	28
35-39	35	34	32	39	37	36
40-44	45	40	39	50	46	44
45-49	60	50	47	65	56	52
50-54	80	66	58	85	72	64
55-59	105	90	77	115	101	89
60-64	135	114	93	150	132	114
65-69	175	146	117	200	176	151
70-74	230	192	154	260	227	193
75-79	305	262	216	350	308	264
80-84	395	351	298	460	412	357
85-89	576	515	451	679	614	546
90+	755	718	677	897	864	828

Sources :
E.S.L.A., 1986, à partir de Saucier et Lafontaine, 1991 et Saucier, 1992 et calculs de l'auteur

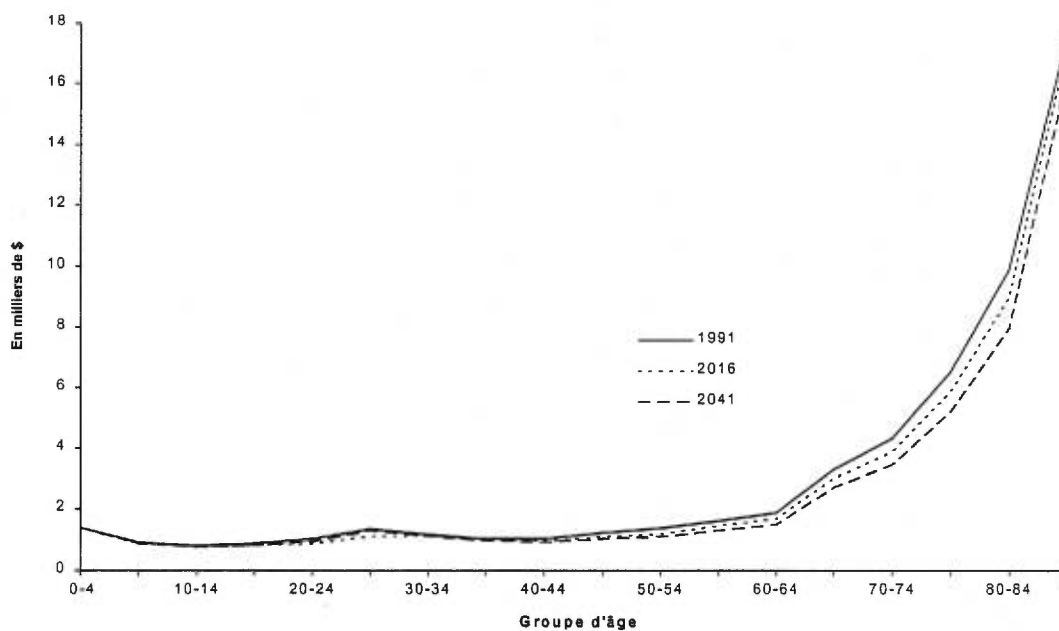
celui-ci étant le premier aidant dans les activités de la vie quotidienne. Le fait d'avoir un conjoint est, en effet, associé à un taux d'institutionnalisation plus faible de tous les hommes mariés quel que soit leur âge et des femmes mariées jusqu'à l'âge de 85 ans (Rochon, 1994

Figure 4 - Évolution des dépenses publiques selon l'âge dans l'hypothèse d'une amélioration de l'état de santé, Québec, sexe masculin, 1991, 2016 et 2041



Sources : Tableaux A.I, A.IV, A.VI et XI

Figure 5 - Évolution des dépenses publiques selon l'âge dans l'hypothèse d'une amélioration de l'état de santé, Québec, sexe féminin, 1991, 2016 et 2041



Sources : Tableaux A.I, A.IV, A.VI et XI

d'après des compilations spéciales du recensement de 1986). S'il est facile de supposer que l'amélioration de la qualité de la vie est favorable à une baisse des besoins en services d'intégration sociale, l'âge de l'apparition de ces besoins étant retardé, il est certain, par ailleurs, que les gains sur la mortalité sont obtenus non seulement par de meilleures habitudes et conditions de vie mais également par l'action du système de soins de santé qui dépiste, de plus en plus tôt et à une échelle de plus en plus large, des affections (hypertension, diabète) qui, mieux contrôlées, entraînent moins de complications. L'apparition de la phase sévère de plusieurs maladies chroniques est retardée (Verbrugge, 1991). Il est donc fort possible que les secteurs du système de soins qui font face aux épisodes les plus sévères des maladies connaissent une baisse relative plus importante de la demande (à âge égal) que les secteurs centrés sur les soins courants. Des tests nous ont permis de constater qu'à une courbe de progression moins forte des incapacités selon l'âge (représentant les dépenses des différents secteurs d'activités) correspondent également des baisses à chaque âge moins importantes. Implicitement, une baisse de la consommation moins élevée est donc attribuée aux secteurs d'activités où la progression des coûts selon l'âge est plus faible.

2.5 Hypothèses sur l'emploi

2.5.1 Le choix d'un indicateur

L'indicateur retenu est la population en emploi pondéré par les différences de traitement entre hommes et femmes. Il équivaut donc à des emplois en équivalent plein traitement. La capacité productive d'une économie est reliée à la taille de la population active mais la production effective et les revenus de l'État sont fonction de la population détenant un emploi et qui paie des impôts. Qualifié parfois de taux d'occupation (Seghin, 1995), parfois de taux d'emploi (Guillemard, 1994), cet indicateur rend mieux compte de la charge qui pèse sur les actifs occupés (Seghin, 1995) et de la situation de l'emploi, le chômage représentant une importante voie de sortie précoce d'activité pour les travailleurs âgés (Guillemard, 1994). Le chômage structurel que connaît le Québec depuis plusieurs décennies est un autre élément qui plaide en faveur du choix de cet indicateur. Il varie, à âge égal, en fonction du taux d'activité et du taux de chômage. Le taux d'occupation ayant été choisi par Statistique Canada pour désigner le complément du taux de chômage, c'est-à-dire la proportion d'actifs qui occupent un emploi, nous retiendrons l'expression taux d'emploi pour désigner la fraction de la population qui occupe

effectivement un emploi. L'expression rapport emploi-population est également fréquente dans les publications canadiennes, notamment celles de Statistique Canada.

L'autre phénomène qui doit être pris en considération est celui de l'écart entre les revenus d'emploi féminins et masculins, écart qui résulte de la différence de formation, de temps de travail, de traitement et d'avancement entre les sexes. Les revenus d'emploi féminins n'atteignent en moyenne que 65,5% des revenus masculins, en 1993, selon l'Enquête sur les finances de consommateurs (totalisations effectuées par le BSQ⁸⁹). Le taux d'emploi en équivalent plein traitement a donc été recalculé en réduisant la valeur des taux d'emploi féminins. Il rend ainsi compte et de la différence de temps de travail et de la différence de la rémunération des personnes travaillant le même nombre d'heures.

Trois sources peuvent être employées pour fixer les taux d'emploi par âge et sexe de l'année 1991. Ce sont l'enquête sur la population active (EPA) et le recensement de 1991, définition de 1991 ou définition de 1971⁹⁰. Cette dernière est celle qui est retenue par Statistique Canada pour établir des données historiquement comparables (Statistique Canada, 1993b). Les différences ont trait à l'univers de la population considérée, particulièrement en ce qui concerne les résidents non permanents et les pensionnaires d'établissements institutionnels⁹¹. Les données de l'EPA et du recensement diffèrent non seulement par la couverture mais également par le nombre et le libellé des questions posées, la méthodologie (répondants versus interviewers) et la période de référence. Ces trois sources fournissent néanmoins des résultats assez rapprochés. Ainsi, pour l'ensemble de la population âgée de 15 ans ou plus, le rapport emploi-population dans la semaine précédant le recensement de 1991 est de 55,6 % ou 57,3 % selon que l'on utilise la définition de 1971 ou celle de 1991 et il est de 56,0 % pour l'ensemble de l'année 1991 selon

⁸⁹ Asselin, Duchesne, Gauthier, Jean, Lachapelle, Laroche, Lavoie et Nobert, 1994, tableau 8.2, p. 8-186 et données transmises par Sylvie Jean du BSQ pour les années récentes.

⁹⁰ Au recensement, certains travailleurs agricoles autrefois considérés comme inactifs font désormais partie de la catégorie des personnes occupées, les questions pour déterminer le statut de chômeur sont plus nombreuses et certaines personnes autrefois considérées comme chômeuses font maintenant partie des personnes occupées (personnes cherchant du travail mais absentes).

⁹¹ La définition du recensement de 1971 intègre les pensionnaires d'un établissement institutionnel, définis alors comme inactifs, alors que la définition du recensement de 1991 les exclut de la population sur laquelle les taux sont établis. Les résidents non permanents tels les titulaires d'un permis de séjour pour étudiants ou d'un permis de travail ont été dénombrés au recensement de 1991 mais ne l'ont pas été aux recensements antérieurs. L'EPA exclut, entre autres, les pensionnaires d'institution, les personnes demeurant dans les réserves indiennes et les résidents non permanents.

l'EPA⁹². Les taux par âge et sexe correspondant à la définition de 1971 sont inférieurs à ceux correspondant à celle de 1991 quel que soit l'âge ou le sexe mais ils sont inférieurs, égaux ou supérieurs à ceux de l'EPA.

Les taux du recensement de 1991 correspondant à la définition de 1971 ont été retenus même si la population non-résidente n'y est pas considérée. Les deux autres sources ont toutefois servi à établir des données cohérentes pour des groupes d'âge plus fins. Selon la définition retenue, le taux d'emploi de la population âgée de 20 à 64 ans atteint 67,0 % en 1991. Sous l'action des revenus différentiels selon le sexe, le taux d'emploi en équivalent plein traitement de la population âgée de 20 à 64 ans passe à 57,7 % en 1991.

2.5.2 Évolution du taux d'emploi

Le taux d'emploi de la population, tout comme le taux d'activité, n'a cessé d'augmenter dans les dernières décennies (Statistique Canada, 1993b, tableau 3), le taux d'emploi moins que le taux d'activité (8 comparativement à 12 points de pourcentage pour la population de 15 ans ou plus entre 1971 et 1991). De plus, l'évolution observée est différente selon le sexe. Le taux masculin régresse depuis 1976, alors que le taux féminin s'accroît.

Le taux d'emploi de la population masculine âgée de 15 ans ou plus a en effet diminué de 69,0 % à 64,5 % entre 1976 et 1986 et il est de 64,0 % en 1991. La baisse a été particulièrement importante dans le groupe d'âge 60-64 ans suivi du groupe 55-59 ans. On remarque donc pour la population masculine deux phénomènes, une baisse du nombre d'emplois disponibles relativement à la population et un retrait précoce des travailleurs âgés. Ce dernier phénomène serait, au moins en partie, expliqué par la baisse relative du nombre d'emplois (Gower, 1995)⁹³.

⁹² Les données québécoises selon l'âge et le sexe des années 1987, 1991 et 1994 nous ont été aimablement fournies par la Direction Recherche, Études et Évaluation de la Société québécoise de développement de la main-d'œuvre.

⁹³ Pour Guillemard (1994), «ce recul massif de l'activité après 55 ans ne peut trouver une explication dans l'élargissement et la maturation des régimes de retraite. Il s'agirait plutôt de la montée d'une discrimination par l'âge dans l'emploi, qui s'est opérée dans la plupart des pays, dans un contexte de déséquilibre sur le marché du travail et de crise de l'activité économique. Dans ce contexte de récession, ... ce sont moins les jeunes ou les derniers entrés dans l'entreprise qui ont permis de réduire les sureffectifs que, prioritairement, les travailleurs vieillissants, même lorsqu'ils bénéficient d'une protection particulière dans l'emploi...».

Le taux d'emploi féminin a, au contraire, augmenté de 37,2 % à 47,7 % entre 1976 et 1991. Par contre, les données les plus récentes de l'EPA indiquent un léger recul de l'emploi féminin entre 1991 et 1994 et ce en raison de la baisse de l'emploi chez les femmes de moins de 35 ans⁹⁴, le taux des 35 ans ou plus poursuivant sa hausse mais à un rythme plus lent sur la période 1991-1994 que sur la période 1987-1991. Les jeunes générations féminines, en période de récession économique, font donc face aux mêmes difficultés que leurs confrères masculins.

Par ailleurs, l'écart entre les revenus d'emploi féminins et masculins diminue de façon importante avec l'âge et dans le temps indiquant une diminution de ce phénomène dans les générations plus jeunes. En effet, le revenu moyen d'emploi féminin atteignait 59 % du revenu moyen masculin dans le groupe 25-34 ans en 1970 et c'est la différence que l'on a observée, dix ans plus tard, dans l'ensemble de la population en emploi. Il en a été de même en 1981 et 1991 alors que l'on a observé une proportion de 62 % dans le groupe 25-34 ans en 1981 et une proportion de 62 % dans l'ensemble de la population en 1991. Cette proportion atteint 71 % dans le groupe d'âge 25-34 ans en 1991 (62,1 % au total et 65,5 % en 1993).

2.5.3 Deux hypothèses d'amélioration

Deux hypothèses d'amélioration sont retenues pour l'avenir des taux d'emploi de la population d'âge actif (20-64 ans) : le statu-quo amélioré, c'est-à-dire le maintien des taux d'emploi actuels sauf pour les taux d'emploi des femmes de 35 ans ou plus (effet de génération) et, sur un horizon plus lointain, une amélioration générale des taux d'emploi, possible, au moment où la population active déclinera (tableau XII). L'effet de la contraction de la population active est cependant loin d'être automatique comme le soulignent Blanchet et Kessler (1993). Dans l'hypothèse du statu-quo amélioré pour les femmes, les écarts de revenus d'emploi selon l'âge de 1993 sont maintenus constants⁹⁵ alors que, dans l'hypothèse d'une amélioration du niveau d'emploi, l'écart de revenus entre les sexes s'aligne sur l'écart observé dans les générations plus jeunes (tableau XIII). Le revenu moyen d'emploi des femmes atteignant 71 % de celui des hommes dans le groupe des 25-34 ans, la variation a été fixée à 70 %.

⁹⁴ De plus, c'est la première fois, au recensement de 1991, que les femmes des générations âgées de 25 à 34 ans n'ont pas un taux légèrement supérieur à celui des générations dix ans plus âgées (35 à 44 ans).

⁹⁵ La différence de traitement a été estimée pour des groupes d'âges plus fins.

Tableau XII - Taux d'emploi et taux d'emploi équivalent plein traitement selon l'âge et le sexe, observés en 1991 et selon deux hypothèses d'évolution, Québec								
Groupe d'âge	1991			Statu-quo amélioré		Une amélioration possible de l'emploi		
	Total	M	F	Total	F	Total	M	F
Taux d'emploi								
20-64*	67,0	75,2	58,7	69,2	63,1	74,1	81,1	67,1
20-24	66,5	67,7	65,3	66,5	65,3	67,7	70,0	65,3
25-29	72,2	77,1	67,1	71,7	66,1	77,2	84,1	70,1
30-34	73,1	80,7	65,2	73,5	66,1	80,6	88,0	73,0
35-39	74,5	81,9	67,0	76,0	70,0	81,0	88,0	74,0
40-44	75,1	83,1	66,9	77,1	71,0	81,5	88,0	75,0
45-49	72,2	82,0	62,5	76,0	70,0	79,8	86,4	73,4
50-54	65,5	77,9	51,4	70,9	64,0	74,3	82,1	66,6
55-59	49,8	65,2	35,2	56,4	48,0	62,5	71,5	54,0
60-64	28,5	40,1	18,1	33,2	27,0	41,0	51,6	31,5
65-69	17,1	24,8	10,8	19,4	15,0	24,0	32,3	17,3
Taux d'emploi équivalent plein traitement								
20-64*	57,7	75,2	40,2	59,0	42,8	64,7	81,1	48,4
20-24	61,6	67,7	55,2	61,6	55,2	62,7	70,0	55,2
25-29	63,5	77,1	49,4	63,2	48,7	68,5	84,1	52,3
30-34	63,7	80,7	46,4	64,1	47,0	69,5	88,0	50,6
35-39	63,8	81,9	45,4	64,8	47,4	70,0	88,0	51,8
40-44	62,7	83,1	42,2	64,0	44,8	70,3	88,0	52,5
45-49	59,4	82,0	36,9	61,6	41,3	68,8	86,4	51,4
50-54	53,6	77,9	29,7	57,3	37,0	64,2	82,1	46,6
55-59	42,5	65,2	20,9	46,4	28,5	54,2	71,5	37,8
60-64	24,7	40,1	11,0	27,6	16,3	36,0	51,6	22,1
65-69	15,0	24,8	7,0	16,5	9,8	21,2	32,3	12,1
Sources :								
Recensement du Canada dans Statistique Canada 1993b, tableau XII et calculs de l'auteur								
* Selon la structure par âge et sexe de la population de 1991.								

Tableau XIII - Revenu moyen d'emploi féminin en proportion du revenu moyen masculin, Québec, 1991 et 1993, et hypothèse d'évolution

	EFC		Estimation (par groupe quinquennal)		Hypothèse d'évolution
	1991	1993	1991	1993	
Total	62,1	65,5			
20-24	0,73	0,85	0,73	0,85	0,85
25-29	0,71	0,72	0,72	0,74	0,75
30-34	0,71	0,72	0,71	0,71	0,69
35-39	0,61	0,65	0,65	0,68	0,70
40-44	0,61	0,65	0,58	0,63	0,70
45-49	0,55	0,58	0,55	0,59	0,70
50-54	0,55	0,58	0,55	0,58	0,70
55-59	0,62	0,60	0,61	0,59	0,70
60-64	0,62	0,60	0,63	0,61	0,70
65-69	0,65	0,65	0,65	0,65	0,70

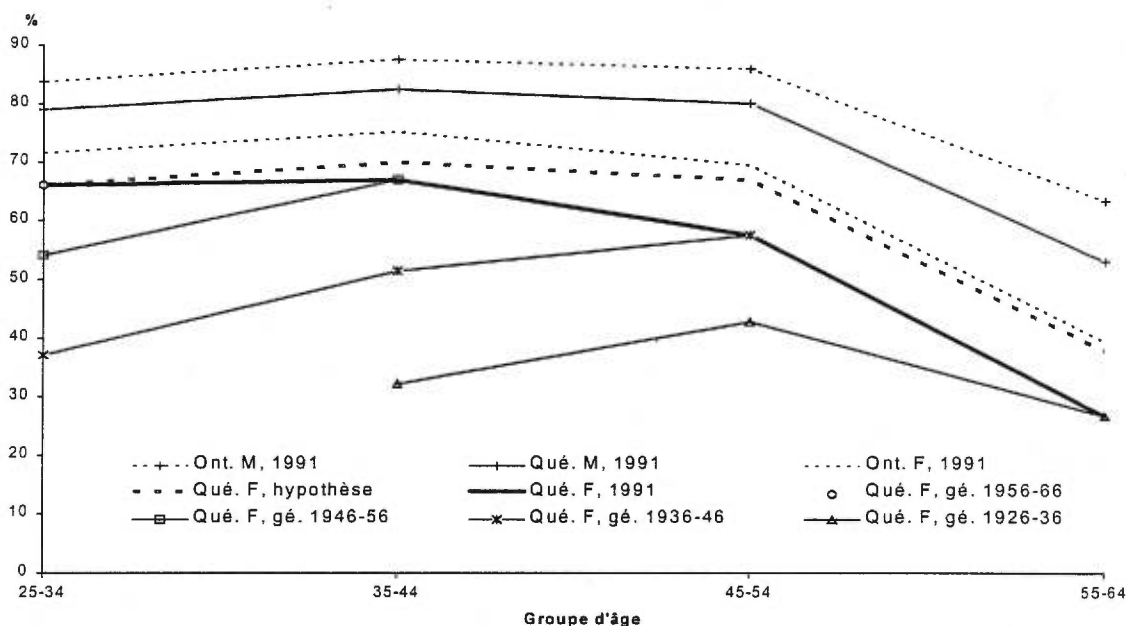
Sources :
Statistique Canada, Enquête sur les finances des consommateurs, totalisations effectuées par le BSQ

2.5.4 Un statu-quo amélioré grâce aux taux d'activité féminins

Il n'est pas facile de prévoir à quelles valeurs se stabiliseront les taux d'emploi féminins. Les valeurs retenues sont assez conservatrices. Elles sont basées sur l'évolution passée et les valeurs déjà atteintes par les générations ontariennes, nettement en avance sur les Québécoises, surtout les générations plus âgées. Mais, en Ontario comme au Québec, un effet de génération alimente la progression des taux d'activité féminins.

Les Québécoises suivent les Ontariennes avec généralement dix ans de retard, sauf pour les taux d'emploi après 55 ans qui demeurent plus faibles que les taux ontariens des années 70

Figure 6 - Taux d'emploi féminins et masculins selon l'âge, Québec et Ontario, 1991, évolution des taux féminins québécois selon l'âge et la génération et hypothèse quant à l'avenir



Sources : Statistique Canada, 1993b, tableau 3 et hypothèse de l'auteur

(Statistique Canada, 1993b, tableau 3). On remarque ainsi une hausse de 14 et 13 points de pourcentage entre les groupes d'âge 25-34 ans et 35-44 ans dans les derniers groupes de générations observées au Québec (figure 6). Malgré cela, une hausse très modeste de 3 points de pourcentage entre le taux d'emploi des Québécoises âgées de 25-34 ans en 1991 et leur taux à 35-44 ans (en 2001) est prévu (générations nées entre 1956 et 1966), postulant ainsi que les Québécoises, comme leurs confrères masculins, ne peuvent atteindre les niveaux d'emploi ontariens en raisons de structures industrielles différentes entre les deux provinces. De plus, ces générations connaîtraient, contrairement à celles qui les précèdent, une baisse de leur taux d'emploi entre 35-44 et 45-54 ans, de 70 à 67 %, marquant néanmoins une augmentation de 9 points de pourcentage par rapport aux générations qui avaient cet âge vingt ans plus tôt, soit en 1991. Cette augmentation apparaît néanmoins modeste comparativement à celle survenue entre 1971 et 1991 (26 %). En 2021, ces générations alors âgées de 55 à 64 ans atteindraient un taux d'emploi de 38 %, un taux inférieur donc au taux d'emploi des Ontariennes du même âge en 1991 mais néanmoins important comparé à celui des générations actuelles (27 %).

Ces nouveaux taux d'emploi, déterminés par groupe d'âge quinquennal et appliqués à la population féminine de 1991, font passer le taux d'emploi féminin de la population âgée de 20 à 64 ans de 58,7 % à 63,1 % et le taux d'emploi sexes réunis de 67,0 % à 69,2 %, ce qui ne représente qu'une augmentation de 2,2 points de pourcentage (tableau XII). Le taux d'emploi en équivalent plein traitement, pour le total des deux sexes, passe de 57,7 % à 59,0 %, n'augmentant que de 1,3 points et de 2,3 %.

2.5.5 Une détérioration plus importante ?

Nous basant sur les données de Seghin (1995)⁹⁶, nous avons retenu deux pays qui semblaient présenter une situation de l'emploi moins favorable que celle du Québec en 1991 (64,6 %), la France avec un taux de 58,5 % et la Belgique avec un taux de 55,7 %. À partir des *Statistiques de la population active* publiées par l'OCDE (OCDE, 1995), nous avons établi les taux d'emploi par âge et sexe pour l'année 1991 de ces deux pays. Or, ces taux d'emploi appliqués à la population québécoise âgée de 20 à 64 ans en 1991 présentent un portrait plus favorable dans le cas des hommes⁹⁷ et moins favorable dans le cas des femmes que celle que connaît le Québec (tableau XIV). Pour les deux sexes, la France fournit une situation supérieure à celle du Québec et la Belgique une situation inférieure. La Belgique ne nous paraît pas présenter un modèle intéressant puisque ce modèle repose sur une tradition de plus faible participation des femmes au marché du travail. Aucun de ces deux pays ne peut donc fournir une hypothèse de situation plus défavorable pour le Québec.

Par ailleurs, selon le groupe Prospective et transfert technologique de l'INRS-Urbanisation (1994), l'économie canadienne se caractérise par une relative stagnation depuis 1976 du moins par rapport à ses taux de croissance antérieurs. Ces auteurs prévoient, sur l'horizon 2006, des taux d'activité stables pour la population masculine avec une légère baisse pour les hommes de 55 ans ou plus⁹⁸, une augmentation des taux d'activité, quoique plus lente,

⁹⁶ Celui-ci rapporte la population occupée à la population âgée de 15 à 64 ans.

⁹⁷ Ces pays se distinguent par des taux d'emploi masculins supérieurs à tous les âges sauf à 20-24 ans et à 60-64 ans.

⁹⁸ équivalente pour la période 1991-2006 à celle survenue entre 1986 et 1991.

Tableau XIV - Taux d'emploi, Québec, France et Belgique et taux d'emploi québécois selon les taux par âge français et belge, 1991				
	Taux d'emploi 15-64 ans	Taux d'emploi 20-64 ans, taux selon l'âge appliqués à la population québécoise		
	Total	Total	Hommes	Femmes
Québec	64,6	67,0	75,2	58,7
France	58,5	68,2	78,6	57,8
Belgique	55,7	63,6	77,7	49,5

Sources :
Statistique Canada, 1993b, tableau 3, OCDE, 1995, partie III, calculs de l'auteur

pour les femmes de tous les groupes d'âge compris entre 20 et 64 ans et une faible baisse du taux de chômage (9 % en 2006)⁹⁹. L'argument voulant que les pouvoirs publics soient obligés d'éliminer tous les incitatifs à la retraite leur apparaît pertinent mais prématuré. Selon eux, le choc du vieillissement se produira vers 2006 et c'est alors que les pouvoirs publics se résigneront aux réformes qui seront imposées par les circonstances. Une détérioration de l'emploi masculin à 55 ans ou plus, telle que postulée par ces auteurs d'ici 2006, en l'occurrence égale à celle survenue entre 1986 et 1991 pour les hommes de 55 ans ou plus, changerait très peu notre hypothèse de statu-quo amélioré, le taux d'emploi, sexes réunis, pour la population âgée de 20 à 64 ans, passant de 69,2 à 68,9 %, de 59,0 à 58,8 % en équivalent plein traitement.

Il nous paraît donc douteux que, d'ici le moment où la population active se mettra à décroître, le taux de la population en emploi sexes réunis se dégrade davantage que ne le permet l'hypothèse de taux d'emploi constants selon l'âge même avec la poursuite de la baisse des taux d'emploi après l'âge de 55 ans. Toutefois, l'hypothèse de statu-quo complet, si on accepte comme inévitable la poursuite de la hausse de l'activité féminine après 35 ans en raison des acquis des générations en cause, peut fournir une situation de relative détérioration. Cette détérioration est équivalente à la différence entre l'hypothèse de statu-quo amélioré et celle du

⁹⁹ Malheureusement, ces auteurs n'ont établi aucune mesure synthétique permettant de voir l'effet de ces différentes hypothèses sur le taux d'emploi ou le taux d'activité tout âge.

statu-quo complet, soit de 2,3 points de pourcentage, et serait attribuable uniquement à la détérioration de la situation des groupes plus jeunes et à celle de la population masculine.

2.5.6 Une amélioration possible des taux d'emploi

Nous basant sur les taux d'emploi masculins du milieu des années 70, et les taux observés dans d'autres pays, notamment les pays scandinaves qui nous ont paru présenter le maximum pouvant être atteint, nous avons d'abord fixé l'amélioration possible des taux masculins. Plus précisément, les taux d'emploi masculins selon l'âge ont été calqués sur la situation qui prévalait au milieu des années 70, sauf en ce qui concerne les 20-24 ans et les 55 ans ou plus, seulement la moitié du chemin parcouru étant récupéré par ces deux groupes. Puis, sur la base des différences entre les taux d'emploi des hommes et des femmes dans les générations, nous avons supposé une évolution probable des taux féminins. Les taux d'emploi féminins sont supposés suivre cette « reprise » des taux d'emploi masculins. Cette hypothèse correspondrait, en 1991, à un taux de 71,5 % pour la population âgée de 15 à 64 ans. Il demeurerait donc inférieur à ce que l'on observe actuellement dans les pays scandinaves (74,9 % en 1992), au Japon (74,2 %) ou en Ontario (72,6 % en 1991) mais il serait légèrement supérieur à ce que l'on observe aux États-Unis (70,2 %) ¹⁰⁰.

À structure par âge et sexe constante et égale à celle de 1991, le taux d'emploi des 20-64 ans, passerait selon cette hypothèse de 67,0 % à 74,1 %, augmentant ainsi de 10,6 %. Ce taux représenterait une augmentation de 5,8 points pour le sexe masculin et de 8,4 points pour le sexe féminin et une amélioration croissante selon l'âge (tableau XII). Ainsi, le taux des 25-29 ans s'améliorerait de 5,0 points, celui des 50-54 ans de 9,7 points, celui des 55-59 ans de 12,7 points et celui des 60-64 ans de 12,5 points. Le taux d'emploi équivalent plein traitement pour les deux sexes passerait de 57,7 % à 64,7 %, augmentant de 7,0 points de pourcentage et de 12,2 %.

Cette hypothèse apparaît assez conservatrice en regard des progrès qui pourraient être accomplis du côté de l'âge effectif de la retraite. Ainsi, si seuls les taux en emploi des travailleurs les plus âgés s'élevaient, les taux à 50-54 ans devenant ceux des 55-59 ans et ainsi de suite (les taux à 50-54 ans étant également augmentés en conséquence), le taux d'emploi en

¹⁰⁰ Seghin (1995) et calculs pour l'Ontario conformes, la population en emploi étant rapportée à la population âgée de 15 à 64 ans, selon Statistique Canada (1993b, tableau 3).

équivalent plein traitement de l'ensemble de la population âgée de 20 à 64 ans augmenterait en 1991 de 57,7 % à 61,5 %, soit de 3,7 points et de 6,5 %. Si on considérait les groupes d'âge au-delà de 65 ans, le taux du groupe 65-69 ans devenant celui du groupe 70-74 ans, alors le taux des 20-74 ans en emploi passerait de 52,9 à 57,6, augmentant de 4,7 points et de 8,9 %.

Bien que l'hypothèse d'amélioration générale de l'emploi soit privilégiée, car elle implique une amélioration à tous les âges et permet une distinction simple entre contribution de la population d'âge actif et contribution de la population âgée, l'hypothèse du seul report de l'âge de la retraite sera également étudiée. Dans les deux cas, ces progrès débuteraient en 2016 et feraient suite à l'amélioration des taux féminins déjà considérés à la section 2.5.4.

2.6 Contribution des personnes âgées au financement du système public de santé¹⁰¹

Les indicateurs classiques de rapport de dépendance et de charge financière assumée par la population active négligent l'apport des personnes âgées, en tant que personnes contribuant au financement des dépenses publiques de santé ainsi qu'à un ensemble assez vaste de dépenses sociales¹⁰². Le système de santé canadien est, en effet, financé par l'État et les personnes âgées contribuent à ce financement de différentes façons, particulièrement par l'impôt sur le revenu des particuliers, les taxes à la consommation mais aussi par leur participation à l'activité économique. Un nouvel indicateur a donc été développé qui tient compte de la contribution des personnes âgées aux revenus de l'État et au financement des dépenses de santé. Contrairement à l'indicateur de la population en emploi, celui-ci ne renseigne pas sur l'évolution de la fraction de la production ou de l'activité économique (Produit intérieur brut, PIB)¹⁰³ qui sera consacrée aux

¹⁰¹ Nous tenons à remercier les personnes suivantes qui ont bien voulu supporter et valider la mise au point de cet indicateur: Madame Sylvie Rheault, économiste à la Direction de l'évaluation et de la recherche du Ministère de la Santé et des Services sociaux, M. Jacques Gagnon, professeur à l'Institut de recherche et d'enseignement en fiscalité de l'Université de Sherbrooke et M. Claude Montmarquette, professeur au Département de science économique de l'Université de Montréal.

¹⁰² Elles ne contribuent pas aux programmes de protection du revenu lié à l'emploi (assurance-chômage et Régime de rentes du Québec).

¹⁰³ La main-d'œuvre n'est pas le seul facteur de croissance économique. Soulignons le rôle important de l'innovation technologique et des investissements en capital physique et celui des exportations. Mais, nous avons fait l'hypothèse que les hausses de productivité (hausse de la production ou de la richesse par travailleur) se traduisent par des augmentations de salaires et donc des coûts unitaires.

dépenses publiques mais sur l'augmentation de la charge qui devra être supportée par les actifs, en tenant compte de la contribution des personnes âgées. Du point de vue des transferts intergénérationnels, il n'est, en effet, pas indifférent que les personnes âgées soient détentrices d'une partie de la richesse accumulée et qu'elles participent, dans la mesure de leurs moyens, au financement des dépenses sociales. Il importe donc de mesurer leur apport, ce qui n'a pas encore été fait à notre connaissance, et d'en tenir compte au moment d'étudier, comment, dans une société vieillie ou dans un moment difficile comme celui du passage du baby boom au troisième et quatrième âges, la contribution des personnes âgées peut alléger le fardeau des plus jeunes.

2.6.1 Les sources

Pour établir la contribution des personnes âgées au financement des dépenses publiques de santé et de services sociaux, il a fallu d'abord déterminer leur participation à chaque poste de recettes du Gouvernement du Québec et du Gouvernement du Canada, en raison de l'importance des transferts fédéraux (en espèces) aux provinces (tableaux C.I à C.III en annexe). L'indice de la participation relative des personnes âgées prend la forme suivante : rapport entre le montant moyen provenant d'une personne âgée (montants fournis par des personnes âgées divisés par la population âgée de 65 ans ou plus) et le montant moyen provenant d'une personne âgée de 20 ans ou plus (montants reçus divisés par la population âgée de 20 ans ou plus). Cet indice est égal à 1 lorsque la contribution des personnes âgées équivaut à leur fraction dans la population adulte âgée de 20 ans ou plus (15,5 % en 1993, selon Statistique Canada, 1995b). Une contribution au Fonds des services de santé affectant les personnes qui ont des revenus qui ne proviennent pas d'un emploi a été introduite en 1993; c'est pourquoi la contribution des personnes âgées a été calculée sur le budget de l'année financière 1993-94.

2.6.1.1 L'impôt sur le revenu des particuliers

L'impôt sur le revenu des particuliers représente la plus grande source de revenus des deux paliers de gouvernement : 32,6 % des revenus du Gouvernement du Québec et 44,0 % des revenus du Gouvernement fédéral en 1993-94 (tableaux C.I et C.II). Pour ce poste, l'information est disponible, précise et claire (Ministère du Revenu, 1995, tableau 3 et Revenu Canada, 1994,

tableau de base 4)¹⁰⁴. Les statistiques fiscales portent cependant sur l'année de calendrier et la population n'ayant pas rempli de déclaration, les non-contribuables, est supposée être non-imposable et par conséquent ne pas contribuer aux revenus de l'État (informations obtenues de la Direction des études et du contrôle des revenus, Ministère du Revenu, Gouvernement du Québec). La proportion de Québécois ayant rempli une déclaration de revenus en 1993 est similaire dans le groupe des personnes âgées (86,2 %) et dans le groupe des 20 ans ou plus (85,3 %). De plus, très peu de non-résidents ont à remplir une déclaration d'impôt; ce sont les non-résidents ayant une entreprise au Québec. Leur inclusion ne peut que réduire très légèrement l'apport relatif des personnes âgées. La contribution moyenne est établie en divisant le montant global des impôts après crédits¹⁰⁵ provenant de chaque groupe d'âge par la population de ce groupe d'âge et non par le nombre de contribuables. La population institutionnalisée est donc comprise (et au numérateur et au dénominateur) dans les données fiscales présentées ci-après. Le montant moyen d'impôt d'un Québécois âgé de 65 ans ou plus versé au gouvernement provincial en 1993, ainsi établi, atteint 53 % de celui d'un adulte de 20 ans ou plus¹⁰⁶ et celle d'un Canadien âgé de 65 ans ou plus au gouvernement fédéral en 1992 correspond à 59 % de celle d'un Canadien âgé de 20 ans ou plus. Cette différence tient, en partie, au fait que l'écart de revenu est moins prononcé au Canada qu'au Québec. En effet, le revenu moyen des personnes âgées atteint 76 % de celui des 20 ans ou plus au Québec mais 80 % dans l'ensemble du Canada en 1991 (tableau XV). Pour cette raison, la contribution des Québécois âgés aux revenus du Gouvernement fédéral a été établie à l'aide des indicateurs québécois (tableau C.II).

¹⁰⁴ Les données provinciales portent sur toutes les déclarations traitées informatiquement, soit sur 99,3 % d'entre elles alors que les statistiques fédérales sont produites à partir d'un échantillon de 1,7 %, soit de 338 776 déclarations.

¹⁰⁵ Au palier provincial, l'impôt après crédits comprend l'impôt à payer (élément 79, ligne 444 de la déclaration), la surtaxe des particuliers (élément 82, ligne 447 de la déclaration), la contribution au Fonds des services de santé (élément 81, ligne 446 de la déclaration) moins les crédits suivants : crédit pour l'entreprise de taxi (élément 90, ligne 457 de la déclaration), crédit pour l'hébergement des parents (élément 91, ligne 458 de la déclaration), remboursement de la TVQ (élément 92, ligne 459 de la déclaration), remboursement d'impôts fonciers (élément 93, ligne 460 de la déclaration), le crédit d'impôt remboursable pour la TVQ (élément 94, ligne 461 de la déclaration) et enfin d'autres crédits (élément 95, ligne 462 de la déclaration). Au palier fédéral, l'impôt fédéral net (poste 57, ligne 420 de la déclaration), qui inclut la surtaxe fédérale des particuliers, est réduit du crédit d'impôt pour dividendes (poste 64, ligne 502 de la déclaration) et du crédit d'impôt pour enfants (poste 65, ligne 444 de la déclaration).

¹⁰⁶ Cette proportion résulte du fait que 43 % des personnes âgées ont un impôt après crédits à payer comparativement à 57 % de la population âgée de 20 ans ou plus (60 % de la population âgée de 20 à 64 ans) et que le montant moyen d'impôts d'une personne âgée imposable atteint 70 % de celui d'une personne

2.6.1.2 Les taxes à la consommation

Les revenus gouvernementaux provenant des taxes à la consommation (ex. ventes au détail, tabac, alcool) constituent la deuxième source de revenus en importance, soit environ le cinquième des revenus. Pour ces postes, la contribution des personnes âgées peut être estimée à partir de la consommation déclarée dans les enquêtes (Enquête sur les dépenses des familles, Santé Québec)¹⁰⁷. L'utilisation de ces enquêtes pose toutefois un problème quand la situation des individus ne peut être distinguée de celles des ménages, ceux-ci étant classés selon l'âge de la personne de référence. Ainsi dans l'Enquête sur les dépenses des familles de 1992¹⁰⁸, on ne peut retracer l'information que pour les Canadiens âgés vivant en couple avec ou sans enfant célibataire seulement et que pour les personnes âgées vivant seules (Statistique Canada, 1994a). Ces deux groupes représentent 83,0 % des personnes âgées vivant en ménage privé. Les autres personnes âgées sont quelquefois des chefs de famille monoparentale (2 %) mais le plus souvent des personnes hors-famille qui vivent avec des personnes apparentées. L'Enquête sur les finances des consommateurs (EFC)¹⁰⁹ nous donne des indications précieuses sur la capacité de dépenser des personnes hors-famille (tableau XV). Ces personnes ont en effet, comparativement aux personnes qui habitent seules, des revenus plus faibles mais elles bénéficient d'une économie d'échelle sur le logement et l'alimentation (BSQ, 1984). Elles ne sont donc pas nécessairement pénalisées au niveau de la portion de leur revenu disponible pour d'autres types de consommation.

L'Enquête sur les dépenses des familles nous apprend que, comparativement aux mêmes types de ménages, les ménages des personnes âgées consacrent une portion légèrement

imposable âgée de 20 ans ou plus (68 % de celui d'une personne de 20-64 ans).

¹⁰⁷ Ces enquêtes sont limitées aux ménages privés (Santé-Québec) ou excluent les pensionnaires d'institution (Enquête sur les dépenses des familles). En 1991, 10,6 % des Québécois âgés vivent en logement collectif, 8,3 % à titre de pensionnaires d'institutions (hôpitaux et centre de soins pour malades chroniques ou personnes âgées) (Statistique Canada, 1992b, tableaux 2 et 7). Ces proportions pour l'ensemble de la population âgée de 18 ans ou plus sont de 2,3 % et 1,6 % (Statistique Canada, totalisations spéciales effectuées à la demande du Service de la recherche, Ministère de la Santé et des Services sociaux).

¹⁰⁸ L'échantillon est prélevé à partir de la base de sondage de l'Enquête sur la population active (EPA). Celui-ci représente l'ensemble des familles et des particuliers au Canada, sauf les résidents du Yukon et des territoires du Nord-Ouest, les membres des ménages vivant dans les réserves indiennes, les membres à plein temps des Forces armées et les pensionnaires d'institution.

¹⁰⁹ Échantillon également prélevé à partir de la base de sondage de l'Enquête sur la population active.

supérieure de leurs revenus à la consommation courante. Si on exclut le logement et l'alimentation en incluant les repas pris au restaurant, nous approchant ainsi de l'univers des biens de consommation taxables, la portion du revenu des ménages de personnes âgées dévolue à la consommation est inférieure dans le cas des ménages d'une personne (36 % comparativement à 41 %) et équivalente dans le cas des ménages composés d'un couple marié avec ou sans enfant (42 % et 43 %). Pour l'ensemble des Canadiens âgés vivant seuls ou en couple, la portion du revenu réservée à la consommation atteint 92 % de celle de la population adulte (40 % comparativement à 44 %). Faisant l'hypothèse que les personnes âgées hors-famille ou monoparentales consacrent la même proportion de leur revenu à la consommation (excluant le logement et les aliments) que les personnes vivant seules, on peut estimer que les personnes âgées dépensent 10 % de moins de leur revenu que l'ensemble de la population (39 % comparativement à 44 %). Si on applique cette proportion à la différence de revenu observée au Québec, le revenu moyen d'une personne âgée atteignant 74 % de celui d'une personne âgée de 20 ans ou plus selon les statistiques fiscales de 1993¹¹⁰ (tableau XV), la consommation taxable des personnes âgées n'atteint que 67 % de celle de l'ensemble de la population¹¹¹.

2.6.1.3 L'impôt sur le revenu des sociétés

Pour les revenus provenant non d'individus mais de sociétés tels l'impôt sur le revenu des sociétés (5,4 % et 8,5 % des revenus des gouvernements provincial et fédéral en 1993-94) ou encore la vente d'électricité aux industries, etc. (1,1 % des revenus du gouvernement provincial), il faut retenir un indicateur de la participation des personnes âgées aux activités commerciales et industrielles des sociétés via les actions qu'elles détiennent. Les enquêtes de même que les statistiques fiscales indiquent qu'en ce qui concerne les revenus provenant de placements de toutes sortes, et notamment les dividendes des corporations canadiennes, le groupe des personnes âgées est en meilleure position que la population plus jeune (tableau XV).

¹¹⁰ Cette proportion est légèrement inférieure à celle obtenue au recensement ou dans l'EFC (76 %) mais les pensionnaires d'institution sont inclus.

¹¹¹ Cet indice qui repose sur les statistiques fiscales inclut donc les pensionnaires d'institution alors que l'indice de 90 % ne les considère pas. Il est fort probable que les personnes institutionnalisées, généralement très âgées, consacrent une portion moindre de leurs revenus à des biens de consommation. Il est toutefois difficile d'établir une correction pour ce facteur, car le revenu de ces personnes, également plus faible, ne nous est pas connu. Cette correction ne pourrait, par contre, réduire l'indice obtenu de 67 % que de quelques points de pourcentage.

Le patrimoine est une notion trop large parce qu'elle inclut la valeur marchande de la résidence ou de l'automobile mais la composition de ce patrimoine notamment celles portant sur les avoirs financiers et les intérêts commerciaux n'est pas sans intérêt. Cependant, la qualité des données sur le patrimoine est inférieure à celle des données sur le revenu, justement en raison de la sous-estimation des avoirs financiers, notamment des actions négociables sur le marché (Oja, 1987 p. 33), aspects qui nous intéressent. Selon cet auteur, les données sur le patrimoine de l'EFC (dernière enquête en 1984) sont de qualité inférieure à celles sur le revenu et aux autres données semblables provenant d'enquêtes annuelles ou de dossiers fiscaux, plus faciles à recueillir et bien plus fiables. Malgré cette sous-estimation qui risque d'affecter davantage les données concernant les personnes âgées, les données canadiennes indiquent, pour l'ensemble des ménages dont la personne de référence est une personne âgée de 65 ans ou plus, un patrimoine supérieur de 10 %¹¹² et des avoirs financiers nets supérieurs de 85 %. Si on regroupe les avoirs financiers et les intérêts commerciaux, cette différence n'est toutefois plus que de 26 %.

Les données sur la provenance des revenus de l'EFC et celles sur la fiscalité des particuliers confirment que les revenus moyens de placements des Québécois âgés sont deux fois plus élevés que ceux de l'ensemble de la population (tableau XV). Les statistiques fiscales indiquent que les intérêts de source canadienne¹¹³ sont responsables d'une telle différence. Si on ne considère que le montant imposable des dividendes de corporations canadiennes imposables¹¹⁴ ou encore que le regroupement du montant imposable des dividendes de

¹¹² Ce qui exclut la valeur de la résidence, des autres biens immobiliers et des véhicules. Le patrimoine est supérieur de 26 % dans le cas des familles économiques et de 37 % dans le cas des personnes seules. Au sens de l'EFC, les personnes seules sont des personnes qui vivent seules ou qui vivent dans un ménage sans avoir de lien de parenté avec d'autres membres du ménage. Les données québécoises (calculs de l'auteur effectués à partir des tableaux 7.21 et 7.24 de Gauthier et Duchesne, 1991) indiquent un patrimoine supérieur seulement dans le cas des familles économiques et, de plus, un avantage moins important (13 % comparativement à 26 % dans l'ensemble du Canada).

¹¹³ Intérêts d'obligations canadiennes, de dépôts en banque ou en compagnie de fiducie, d'hypothèques ou d'autres titres, de corporations canadiennes, montant de la partie imposable des paiements de rentes à l'exception des paiements d'un contrat de rente d'étalement, primes en argent touchées sur des obligations d'épargne du Canada ou du Québec imposables à 50 %, intérêts sur les biens qui ont fait l'objet d'un transfert (Ministère du Revenu, 1995, p. 202).

¹¹⁴ Montant versé par les corporations canadiennes imposables comme dividendes ouvrant droit au crédit d'impôt pour dividendes, majoré de 25 %. Les dividendes qui n'ouvrent pas droit au crédit d'impôt pour dividendes s'ajoutent à ce montant (Ministère du Revenu, 1995, p. 202).

corporations canadiennes et des gains en capital imposables¹¹⁵, excluant les intérêts et les autres revenus de placements¹¹⁶, la différence est moins importante (38 % et 18 %).

Une dernière indication provient des données canadiennes de L'Enquête sur les dépenses des familles de 1992 sur la variation nette de l'actif et du passif des ménages, c'est-à-dire de la variation entre l'avoir et les dettes au cours de l'année observée¹¹⁷ (Statistique Canada, 1994a). Ces données, qui excluent les intérêts et dividendes parce que ceux-ci sont inclus dans les revenus, indiquent également un avantage pour les personnes âgées. Cet avantage est toutefois difficile à établir pour l'ensemble des personnes âgées et uniquement pour elles puisque l'unité d'observation est le ménage. La valeur des transactions financières indique un léger avantage parmi les ménages composés d'un couple marié avec ou sans enfant célibataire pour ceux dont l'époux est âgé de 65 ans ou plus et un avantage certain pour les personnes âgées vivant seules (tableau XV). Si on regroupe l'information sur ces personnes, en considérant le fait qu'il y a 1,7 adulte de 65 ans ou plus et 0,5 adulte de 18 à 64 ans en moyenne dans les ménages de personnes âgées, les gains moyens par adulte dans les ménages de personnes âgées sont supérieurs de 13 % aux gains moyens par adulte de tous les ménages. Toutefois, ces personnes ne représentent que 83,0 % de la population âgée et les gains des enfants ou des conjoints n'ayant pas atteint 65 ans ont pu être inclus. Faire une hypothèse sur la situation des 17 % restants apparaît difficile¹¹⁸.

Le meilleur indicateur de la contribution relative des personnes âgées aux revenus gouvernementaux provenant de sociétés, nous apparaît être le fait qu'elles tirent plus de revenus

¹¹⁵ Gain ou perte réalisée lors de l'aliénation d'un bien (action, obligation, créance, terrain, immeuble). La partie imposable du gain correspond à 75 % de ce gain (Ministère du Revenu, 1995, p. 203).

¹¹⁶ Intérêts touchés ou payables dans l'année d'imposition par une personne avec laquelle le contribuable a un lien de dépendance ou par une société dont il est membre, le montant des autres redevances et des autres revenus de placements et de fiducie et le montant brut des revenus de placements étrangers (Ministère du Revenu, 1995, p. 202).

¹¹⁷ L'avoir comprend l'argent en banque, l'argent liquide en mains, l'argent dû au ménage, les actions et les obligations (sauf les fluctuations du cours), les produits de la vente de biens personnels, les placements immobiliers, y compris les logements immobiliers et les fonds de commerce alors que les dettes comprennent les billets souscrits auprès d'une banque, d'une société de crédit ou d'une compagnie d'assurance, etc., les achats à tempérament, les comptes de crédit et autres effets, les loyers, les taxes et l'impôt (Statistique Canada, 1994a, p. 177).

¹¹⁸ Les données sur les revenus totaux (selon l'EFC ou cette enquête) et sur les revenus provenant de placement (EFC), indiquent que les personnes âgées qui vivent seules ont des revenus supérieurs à celles qui vivent dans des familles de recensement. Or, la variation nette de l'actif et du passif par adulte est plus faible dans le cas des ménages d'une personne que dans le cas des ménages formés de couples mariés.

Tableau XV - Revenu moyen et revenu moyen de placements (en dollars courants), population adulte et population âgée de 65 ans ou plus, Québec et Canada *			
	20+	65+ ans	65+ / 20+
Revenu moyen, 1990, selon le recensement de 1991 ¹			
Canada	23 718	19 081	0,80
Québec	21 541	16 440	0,76
1991, selon l'EFC, Québec ²	21 329	16 244	0,76
1988, selon l'EFC, Québec ³	17 364	12 436	0,72
. /adulte, familles de rec.	18 477	11 484	0,62
. personnes hors-famille	16 528	12 388	0,75
vivant seules		13 097	
vivant avec d'autres		10 831	
Revenu moyen de placements, Québec, 1991 ²		2 875	
1988 ³	695	1 741	2,51
. /adulte, familles de recensement	739	1 263	1,71
. personnes hors-famille	992	1 982	2,00
vivant seules		2 226	
vivant avec d'autres		1 191	
Selon les stat. fiscales de 1993, Québec ⁴			
revenu moyen total	20 617	15 294	0,74
revenus moyens de placements	1 575	3 293	2,10
. montant impo. de dividendes de corpo. can.	314	432	1,38
. intérêts	738	2 276	3,09
. gains en capital imposables	489	512	1,05
. autres placements	34	73	2,15
. div. impo. + gains de capital impo.	837	1 018	1,18
. div. impo./1,25 + gains cap. impo. /0,75 ⁵	899	1 028	1,14
Canada, Selon les stat. fiscales de 1992 ⁴ ,			
. revenu moyen total	24 730	20 019	0,81
. div. impo./1,25 + gains cap. impo. /0,75 ⁵	919	1 494	1,63
Variation nette de l'actif et du passif ⁶			
. /adulte, couple marié avec ou sans enfants	1 237	1 278	1,03
. personnes vivant seules	283	457	1,62
. /adulte (83% des 65+ ans)	887	1 003	1,13

**Tableau XV - Revenu moyen et revenu moyen de placements (en dollars courants),
population adulte et population âgée de 65 ans ou plus, Québec et Canada* (fin)**

* Il s'agit du revenu moyen de l'ensemble de la population et non seulement du revenu moyen des personnes qui ont un revenu. Les pensionnaires d'institution sont exclus sauf dans les statistiques fiscales.

Sources :

- ¹ Revenu moyen recalculé en incluant les personnes n'ayant gagné aucun revenu, Statistique Canada, 1993a, tableau 2
- ² Enquête sur les finances des consommateurs (EFC) dans Fugère, 1994, tableaux 1 et 5. Les données sont fournies pour la population âgée de 18 ans ou plus (et non de 20 ans ou plus).
- ³ EFC dans Gauthier et Duchesne, 1991, calculs effectués à partir des tableaux 7.1, 7.3, 7.8, 7.10, 7.13 et 7.18. Les données sont fournies pour la population âgée de 15 ans ou plus (et non de 20 ans ou plus).
- ⁴ Les revenus déclarés par ceux qui ont produit une déclaration d'impôt sont reportés à l'ensemble de la population, calculs effectués à partir du tableau 3 de Ministère du Revenu, 1995 et du tableau de base 4 de Revenu Canada, 1994.
- ⁵ Voir les notes 114 et 115
- ⁶ Enquête sur les dépenses des familles 1992, calculs effectués à partir des tableaux 3, 18, 20, 21 et 22 de Statistique Canada, 1994a. La variation nette de l'actif et du passif n'a pu être établie que pour 83% des personnes âgées, c'est-à-dire pour celles qui vivent en couple sans enfant ou avec des enfants uniquement et celles qui vivent seules (ménages d'une personne).

de dividendes de corporations canadiennes ou de gains en capital que l'ensemble de la population âgée de 20 ans ou plus. En tenant compte du fait que les montants imposables déclarés sont majorés de 25 % dans le premier cas et réduits de 25 % dans le second (voir les notes 114 et 115), l'indice de la contribution des personnes âgées atteint 1,14 (tableau XV).

Une dernière difficulté, 1,1 % des revenus du Gouvernement du Québec proviennent, par l'intermédiaire de Sociétés d'État, d'activités commerciales qui incluent celles d'organismes publics (permis d'immatriculation pour des véhicules commerciaux ou institutionnels et vente d'électricité au secteur général et institutionnel). Pour ces cas, l'indicateur de 1,14 a été abaissé à 1,00 de sorte que la contribution des personnes âgées équivaut alors au pourcentage qu'elles représentent dans la population âgée de 20 ans ou plus (15,5 % en 1993). De plus, cet indicateur a été retenu pour des revenus divers totalisant 0,6 % des revenus du Gouvernement du Québec (revenus du Ministère des Affaires municipales provenant des municipalités, revenus d'Hydro-Québec pour l'éclairage public et revenus du Ministère de la Justice provenant d'actes judiciaires), car il ne suppose aucune sur ou sous-représentation des personnes âgées alors qu'aucune information précise n'est facilement disponible (tableau C.III). En outre, certains

postes de revenus concernant une population non-résidente n'ont pas été répartis, ce qui équivaut à leur attribuer le pourcentage obtenu pour l'ensemble des autres postes de dépenses.

2.6.1.4 Assurance-chômage et Fonds des services de santé

La participation des personnes âgées est par ailleurs presque nulle¹¹⁹ en ce qui concerne les cotisations et les contributions à l'assurance-chômage (Gouvernement fédéral) et la contribution des employeurs au Fonds des services de santé qu'on assume prélevée sur la masse salariale. Cependant, dans le calcul de la contribution des personnes âgées aux revenus du Gouvernement du Québec provenant du Gouvernement fédéral, les cotisations et contributions à l'assurance-chômage ne sont pas considérées puisque celles-ci ne peuvent servir aux transferts aux provinces. L'indice de la participation des personnes âgées aux transferts fédéraux passe ainsi de 0,53 à 0,64 (tableau C.II).

2.6.2 Résultats

L'indice de la participation relative des personnes âgées à l'ensemble des revenus de l'État québécois en 1993-94 atteint ainsi 0,61 (tableau C.I). C'est donc dire que les 15,5 % de personnes âgées parmi les 20 ans ou plus ont contribué pour 9,4 % des revenus de l'État québécois, soit pour 3,40 milliards de dollars sur 36,06 milliards. En ce qui concerne le financement des services de santé et de services sociaux, les revenus sont assumés égaux aux dépenses du Ministère de la Santé et des Services sociaux (tableau XVI)¹²⁰. Celles-ci se sont élevées à 12,74 milliards de dollars en 1993-94. Le fonds des services de santé représente des revenus de 3,09 milliards dont seulement 0,16 milliard provient de la nouvelle contribution des personnes au moment de leur déclaration d'impôt. Pour cette nouvelle contribution, l'indice de la participation des personnes âgées, révélé par les statistiques fiscales de 1993, est très élevé. Il atteint en effet 2,53. Malgré cela, la contribution des personnes âgées au Fonds des services de

¹¹⁹ Le taux d'emploi des personnes de 65 ans ou plus n'atteint en effet que 4 % depuis le début des années 90 (Données de l'EPA transmises par la Direction Recherche, Études et Évaluation de la Société québécoise de développement de la main-d'œuvre).

¹²⁰ Les dépenses directes du gouvernement fédéral n'atteignant que 3,4 % des dépenses de santé au Canada en 1991 (Santé Canada, 1996a, tableau 2C).

santé demeure réduite (indice de 0,13). Par ailleurs, les transferts fédéraux pour ce programme sont estimés à 1,86 milliard de dollars¹²¹ alors que les revenus autonomes du Ministère de la

Tableau XVI - Contribution des personnes âgées (PA) au financement des dépenses publiques de santé et de services sociaux, Québec, 1993-1994					
	Revenus	Revenus en milliers \$		Contribution PA	
	en %	Total	PA	en %	Indice
Dépenses*	100,0	12 736 536	1 054 915	8,3	0,53
Transferts du fédéral attribués au	14,6	1 862 446	185 679	10,0	0,64
MSSS		57 031			
Ministère des Finances		1 805 415			
. Santé		1 350 641			
. Part du MSSS, RAPC		454 774			
Revenus autonomes MSSS	0,9	114 419	13 365	11,7	0,75
Fonds des services de santé (FSS)	24,2	3 087 551	61 234	2,0	0,13
. Contr. des employeurs	23,0	2 932 113	0	0,0	0,00
. Nouvelle contribution	1,2	155 438	61 234	39,4	2,53
Reste*	61,1	7 786 539	794 637	10,2	0,66

* Les revenus sont supposés égaux aux dépenses

Sources :

Gouvernement du Québec, Ministère des Finances, 1994

MSSS, Service de la gestion des ententes fédérales-provinciales, données non publiées

Statistique Canada, 1995b

Indice de la contribution par personne âgée comparativement à la contribution par personne âgée de 20 ans ou plus :

Transferts du fédéral : Indice de la contribution des Québécois âgés aux revenus du gouvernement fédéral moins les contributions à l'assurance-chômage (tableau C.II)

Revenus autonomes du MSSS : Indice des revenus de la S.A.A.Q. car 93,0 % de ces revenus proviennent de cet organisme (voir le tableau C.III pour cet indice)

Contribution des employeurs au FSS : Sommes prélevées sur la masse salariale

Nouvelle contribution au FSS : Ministère du revenu, 1995, tableau 3

Reste : revenus autonomes du Gouvernement du Québec - FSS (tableau C.I)

¹²¹ Informations sur la proportion des dépenses encourues en 1993-94 par le Ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre des programmes à frais partagés dont le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) obtenues du Service de la gestion des ententes fédérales-provinciales de ce ministère.

Santé et des Services sociaux n'atteignent que 0,11 milliard de dollars. Le reste, soit 7,79 milliards, provient donc des revenus autonomes du Gouvernement du Québec (revenus totaux moins l'ensemble des transferts fédéraux), auquel on doit soustraire les revenus destinés au Fonds des services de santé. Pour cet ensemble de 25,18 milliards de revenus du Gouvernement du Québec, l'indice de la contribution des personnes âgées s'établit à 0,66 (tableau C.I).

Au total, la participation des personnes âgées au financement des dépenses publiques de santé et de services sociaux atteint donc 1,05 milliard en 1993-94 (tableau XVI); 15,5 % de personnes âgées contribuent ainsi à 8,3 % des revenus nécessaires au paiement des dépenses et, pour une contribution moyenne égale à 1, celle d'une personne âgée atteint 0,53 et celle d'une personne âgée de 20 à 64 ans 1,09. La contribution moyenne d'une personne âgée n'atteint donc que la moitié (plus exactement 0,49) de celle d'une personne âgée de 20 à 64 ans. On remarquera que l'indice obtenu (0,53) est identique à celui révélé par les statistiques fiscales provinciales sur l'impôt sur le revenu des particuliers (tableau C.I).

Si on s'intéresse non plus seulement au financement des dépenses publiques de santé mais au financement des programmes sociaux en général, alors la participation des personnes âgées semble quasi identique puisque l'indice atteint 0,54 pour l'ensemble des revenus gouvernementaux. Cet indice a été calculé considérant l'ensemble des revenus des deux paliers de gouvernement (provenant de la population du Québec)¹²² ainsi que les cotisations au Régime de rentes du Québec (tableau XVII). On remarquera que, dans ce calcul également, les dépenses sont supposées égales aux revenus et que donc le paiement de la dette fait alors partie des dépenses. Un calcul plus précis quant au montant des dépenses sociales, soit 39,7 milliards de dollars en 1991 selon Gauthier (1995) pour l'éducation, l'aide aux familles, l'aide sociale, l'assurance-chômage, les pensions et rentes aux personnes âgées et la santé et les services sociaux, conduit à un indice légèrement inférieur (0,51). La contribution d'une personne âgée atteindrait alors 0,47 fois plutôt que 0,50 fois celle d'une personne d'âge actif.

¹²² La part des revenus du Gouvernement fédéral provenant du Québec a été fixée en utilisant la proportion de la population québécoise dans l'ensemble canadien (25,0 %). L'indice de 0,54 n'est cependant pas modifié par l'emploi d'une proportion différente, comme celle de la proportion des impôts sur le revenu des particuliers provenant du Québec (21,6 %).

Tableau XVII - Contribution des personnes âgées (PA) au financement des programmes sociaux, Québec, 1993-1994				
	Revenus en milliers de \$		Contribution des personnes âgées	
	Total	PA	en %	Indice
Revenus du Gouvernement fédéral	115 984 000			
Revenus du Gouvernement fédéral provenant du Québec *	28 965 397	2 389 789	8,3	0,53
Cotisations au RRQ	2 776 700	0	0,0	0,00
Revenus autonomes du Gouv. Qué.	28 272 471	2 631 422	9,3	0,60
Total : provincial, fédéral et RRQ	60 014 568	5 021 211	8,4	0,54
* Proportion des revenus du Gouvernement fédéral (115,984 milliards) provenant du Québec estimée à 25,0%				
Sources				
Gouvernement du Canada, 1994				
Régie des rentes du Québec, 1995				
Gouvernement du Québec, Ministère des Finances, 1994				
Statistique Canada, 1995b				
Indice de la contribution par personne âgée comparativement à la contribution par personne âgée de 20 ans ou plus :				
Revenus du Gouvernement fédéral provenant du Québec : même indice que celui des transferts du Gouvernement du Canada, tableau C.II, contributions à l'assurance-chômage incluses				
Cotisations au Régime de rentes du Québec : contributions minimales des personnes âgées non considérées				
Revenus autonomes du Gouvernement du Québec : tableau C.I				

2.6.3 Évolution de la contribution relative des personnes âgées dans l'avenir

Il nous apparaît difficile, pour le moment, de tenter d'établir comment la contribution relative de la population âgée va évoluer dans l'avenir. Il est vrai que les revenus autonomes des personnes âgées sont appelés à augmenter mais, de façon concomitante, les transferts publics à leur endroit vont diminuer. Ainsi, les programmes universels et d'assistance qui leur sont destinés seront fortement réduits à mesure que leurs revenus autonomes s'élèveront. Le programme de la Pension de vieillesse est pratiquement déjà aboli comme programme universel en raison de l'indexation partielle du seuil de récupération (IPC moins 3 %) et une nouvelle

prestation aux aînés doit entrer en vigueur en 2001¹²³. Il nous paraît néanmoins probable que la contribution de la population âgée augmentera. Déjà, au niveau canadien, cette proportion est plus élevée de 6 points de pourcentage, si on se fie à l'impôt sur le revenu des particuliers. Nous n'avons néanmoins pas tenté, dans le présent exercice, d'élaborer quelque hypothèse à ce sujet puisqu'il faudrait prendre en compte non seulement une moyenne mais la diversité des revenus et des situations des personnes âgées. Nous retenons donc comme hypothèse, autant pour les dépenses de santé que pour les dépenses sociales en général, que la contribution d'une personne âgée équivaut à la moitié de celle d'une personne d'âge actif (20-64 ans).

2.7 Hypothèses sur l'offre de soins

Sous la pression de l'endettement public croissant et du vieillissement démographique, des remises en question sont donc en cours. Les décisions gouvernementales annoncées dans le cadre de l'objectif «Déficit zéro» au Québec, vont poursuivre l'annulation, au moins partielle, des augmentations passées des dépenses publiques de santé. On peut estimer, suite à la réduction annoncée d'un milliard de dollars des dépenses de santé et de services sociaux, que l'effet de l'offre de services, sur la période 1991-1999 signifie une baisse de près de 20 % des dépenses, baisse qui peut résulter d'une meilleure efficacité et d'une réduction des coûts unitaires, de la hausse du financement privé et d'une réduction de la consommation. Les dépenses prévues pour l'année financière 1999-2000 (12,2 milliards de dollars) signifient, en effet, que le budget serait le même que celui de l'année 1991-1992 en dollars courants alors que le maintien des dépenses publiques selon l'âge et le sexe entraînerait, en raison des changements démographiques (projection 1M), une augmentation de 16,2 % en dollars constants. Déjà, avec l'effet de prix réalisé entre 1991 et 1994¹²⁴, soit 1,9 %, l'économie annoncée représente une diminution de la consommation (selon les modèles existants en 1991) de 18,3 % sur huit années. Cette dernière valeur est supérieure à l'économie de 15 % réalisable selon Angus, Auer, Cloutier et Albert (1995). Une économie de 6,5 % a déjà été réalisée entre les années financières 1991-1992 et

¹²³ Toutefois, toute personne âgée de 60 ans ou plus au 31 décembre 1995, de même que son conjoint, aura le choix de passer au nouveau système ou de continuer à bénéficier du régime en vigueur.

¹²⁴ basé sur l'indice implicite des prix des biens et services du gouvernement pour le Québec, selon Santé Canada, 1996b, tableau X5.

1995-1996 puisque l'augmentation des dépenses en dollars constants atteint 1,4 %¹²⁵ alors que l'augmentation attendue en fonction des changements démographiques est de 8,4 %. Le processus de révision des dépenses semble donc non seulement enclenché mais vouloir prendre un rythme très rapide. Des changements importants dans l'organisation des services sont attendus, notamment dans le secteur de l'hébergement et des soins de longue durée, par la remise en question de la disponibilité plus grande de certains services, comme les services infirmiers, pour les personnes hébergées. L'accessibilité devrait être étendue à toutes les personnes qui en ont besoin, quel que soit leur lieu de résidence, alors que le développement des services d'aide à domicile pourrait se faire grâce à des ressources moins coûteuses.

Il est aussi fort possible que la part des dépenses privées continue d'augmenter, du moins pour certains programmes (médicaments, soins à domicile, hébergement). Les tiers-payants pourraient ainsi revoir la proportion des dépenses privées assumées par chaque grand groupe d'âge en relation avec leurs revenus. Selon les données de Santé Canada (1996b), les dépenses privées de santé représentent au Québec 23 % des dépenses per capita (administrations provinciales et dépenses privées) de la population âgée de 15 ans ou plus mais 8 % des dépenses des 65 ans ou plus, en 1991. Si le rapport entre les revenus de ces deux groupes (environ 74 %) était respecté, la proportion des dépenses privées des personnes âgées pourrait atteindre 17 %, soit 9 points de pourcentage de plus. Cependant, ces revenus moyens relativement élevés reflètent en partie la situation d'une minorité fortunée, ce qu'indique la part des personnes âgées dans l'impôt sur le revenu après crédits (53 %). De plus, la consommation des services de santé n'est pas proportionnelle aux revenus. Si la contribution actuelle des personnes âgées au financement des dépenses publiques de santé (indice de 0,53) servait de point de repère, la proportion des dépenses privées des personnes âgées pourrait atteindre 12 %, soit 4 points supplémentaires. Dans cette éventualité, l'économie atteinte serait peu importante, les personnes âgées ne représentant qu'une partie des utilisateurs de services.

Nous retenons néanmoins, comme hypothèse, qu'une diminution générale des dépenses de 15 % est possible et que, de plus, les dépenses publiques per capita des personnes âgées pourraient diminuer de 5 %. Cette dernière éventualité ne serait applicable qu'en 2011.

¹²⁵ Côté, 1996, annexe 10, tableau 2

CHAPITRE III

ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE ET RAPPORTS DE DÉPENDANCE

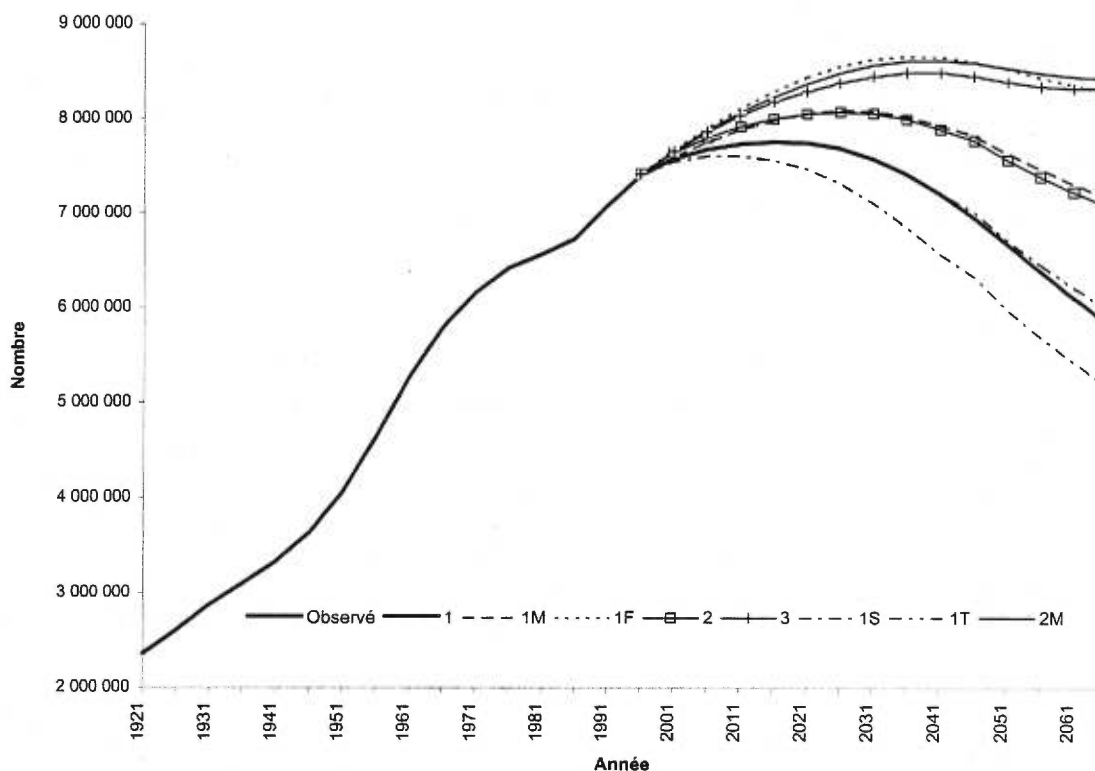
L'évolution démographique prévisible est une conséquence de l'évolution passée plus ou moins lointaine. Certains traits sont irréversibles, comme le vieillissement de la population ou une baisse prochaine de la population d'âge actif, alors que d'autres peuvent encore se modifier, comme la décroissance rapide de la taille de la population. Avant de décrire l'action des différents phénomènes démographiques sur cette évolution, rappelons le particularisme démographique au Canada et en Amérique du Nord. La population canadienne est encore relativement jeune (un peu plus de 11 % de personnes âgées de 65 ans ou plus en 1991 comparativement à 15 % dans beaucoup de pays d'Europe et à 18 % en Suède) mais elle est appelée à rejoindre, au cours des prochaines décennies, le niveau de vieillissement prévu pour de nombreuses populations européennes (plus de 20 % de personnes âgées de 65 ans ou plus). Mais, contrairement à beaucoup de pays européens, elle connaîtra à la fin du premier quart du siècle prochain, une augmentation fort importante du nombre de personnes âgées et très âgées. Alors qu'entre 1990 et 2025, la population âgée augmentera de 30 % en Suède et de 62 % en France, elle augmentera de 133 % au Canada (U.N., 1993)¹²⁶. Le Québec, qui se singularise au sein de l'ensemble canadien par une fécondité plus faible depuis trois décennies, connaîtra une augmentation du nombre de personnes âgées et très âgées au moins aussi importante mais un vieillissement encore plus rapide.

3.1 Accroissement de la population

Après avoir connu un mouvement de croissance important jusqu'au milieu des années 60 (figure 7), la population québécoise présente un fléchissement important de son taux d'accroissement annuel. De plus de 2,0 % jusqu'alors, celui-ci est descendu jusqu'à 0,5 %, du milieu des années 70 au milieu des années 80, et se situe à 1,0 % dans la période plus récente. Il devrait continuer à décroître jusqu'à devenir négatif après 2016, si la fécondité se maintient à son

¹²⁶ Il n'est donc pas surprenant de constater que, dans l'étude de l'OCDE portant sur les conséquences du vieillissement démographique (OCDE, 1988), le Canada ressort comme un des pays où l'augmentation des dépenses de santé et de la charge financière pour la population d'âge actif est parmi les plus élevées.

Figure 7 - Évolution de la population du Québec, 1921 à 1991, et évolution future selon différentes projections démographiques, 1991 à 2066



Sources : Statistique Canada, 1973 et 1993c et annexe D

niveau actuel (1,6 enfant par femme) et si le solde des mouvements migratoires est nul (projection 1). La population passerait ainsi de 7,1 à 7,8 millions d'habitants entre 1991 et 2016 mais, phénomène nouveau, diminuerait par la suite (figure 7 et annexe D). Son rythme de décroissance serait de plus en plus rapide, de 0,5 % par année dès 2036 et de près de 0,9 % dès 2056. La population serait en 2041 inférieure à sa valeur actuelle et ne serait plus que de 5,9 millions d'habitants en 2066, diminuant ainsi de 20 % chaque quart de siècle.

Avec un solde migratoire positif mais modéré (12 000 personnes, projection 1M), le déclin de la population commence 10 ans plus tard, soit en 2027, et le maximum atteint est légèrement plus élevé (8,1 millions d'habitants). Le taux annuel de décroissance est plus faible, atteignant 0,2 % en 2036 et près de 0,4 % en fin de période. Dans cette hypothèse, la population diminuerait de 9 % tous les quarts de siècle. Cet apport migratoire ne crée une différence appréciable de la taille de la population qu'après plusieurs décennies, de 0,3 million après 25 ans,

soit de 3 %, de 0,7 million après 50 ans, soit de 10 %, et de 1,3 million après 75 ans, soit de 23 %.

Un apport migratoire beaucoup plus important de plus de 24 000 personnes par année (projection 1F), prolonge la période de croissance démographique jusqu'en 2036 (8,7 millions d'habitants) et réduit le rythme de décroissance de la population. Celui-ci atteignant, en fin de période, moins de 0,2 % par année, la population diminuerait de 4 % tous les quarts de siècle. Un apport migratoire, même très important, ne retarde que quelque peu le moment où l'accroissement naturel cesse d'être positif (2023 plutôt que 2017). Cet apport entraîne, comparativement à des migrations nulles, une variation de 7 % de la population en 2016 (0,5 million), de 20 % en 2041 (1,4 million) et de 42 % (2,4 millions) en 2066.

Une hausse de la fécondité à 1,85 enfant par femme sans apport migratoire (projection 2), permet une évolution de la taille de la population similaire à celle du solde migratoire modéré (figure 7). Dans les deux cas, la décroissance débute en 2027, le maximum atteint est de près de 8,1 millions d'habitants et, en fin de période, la décroissance atteint 0,4 % par année. La population diminuerait dans ce jeu d'hypothèses de 9 % tous les quarts de siècle.

Une hausse plus importante de la fécondité au seuil de remplacement des générations (projection 3) permettrait la stabilisation de la population à un niveau oscillant autour de 8,4 millions d'habitants dès l'année 2026 (figure 7 et annexe D). Cette hypothèse conduit, après plusieurs décennies, à une population légèrement plus élevée que celle impliquée par un solde migratoire fortement positif (projection 1F). À long terme en effet, la population est stable dans le premier cas alors qu'elle décline de près de 0,2 % par année dans le deuxième cas. L'apport conjoint d'une hausse de fécondité intermédiaire (1,85 enfant par femme) et d'un solde migratoire modéré (projection 2M) permet une évolution analogue et une population à peu près stable à très long terme (-0,05 % par année, -1 % à tous les 25 ans) alors que l'hypothèse, peu probable, d'une remontée de la fécondité au seuil de remplacement et d'un solde migratoire fortement positif (projection 3F) conduit à une légère croissance de 0,4 % par année.

L'absence de nouveaux gains sur la mortalité (projection 1S) ralentit au contraire la progression de la population et accentue le rythme de décroissance prévu au siècle prochain par la projection 1 de 0,1 % à 0,3 % par année, selon la période. Si la mortalité se stabilisait à sa valeur actuelle, la population déclinerait dès l'année 2009, après avoir atteint un maximum de 7,6

millions d'habitants. L'effet sur la taille de la population est tout aussi important à moyen terme (- 3 % en 2016 et - 9 % en 2041) que celui d'un solde migratoire modéré (+ 3 % en 2016 et +10 % en 2041) ou d'une hausse de la fécondité de 0,25 enfant par femme (+ 3 % en 2016 et + 9 % en 2041). Il en est de même, à très long terme, si les gains de mortalité sont prolongés sur toute la période (projection 1T).

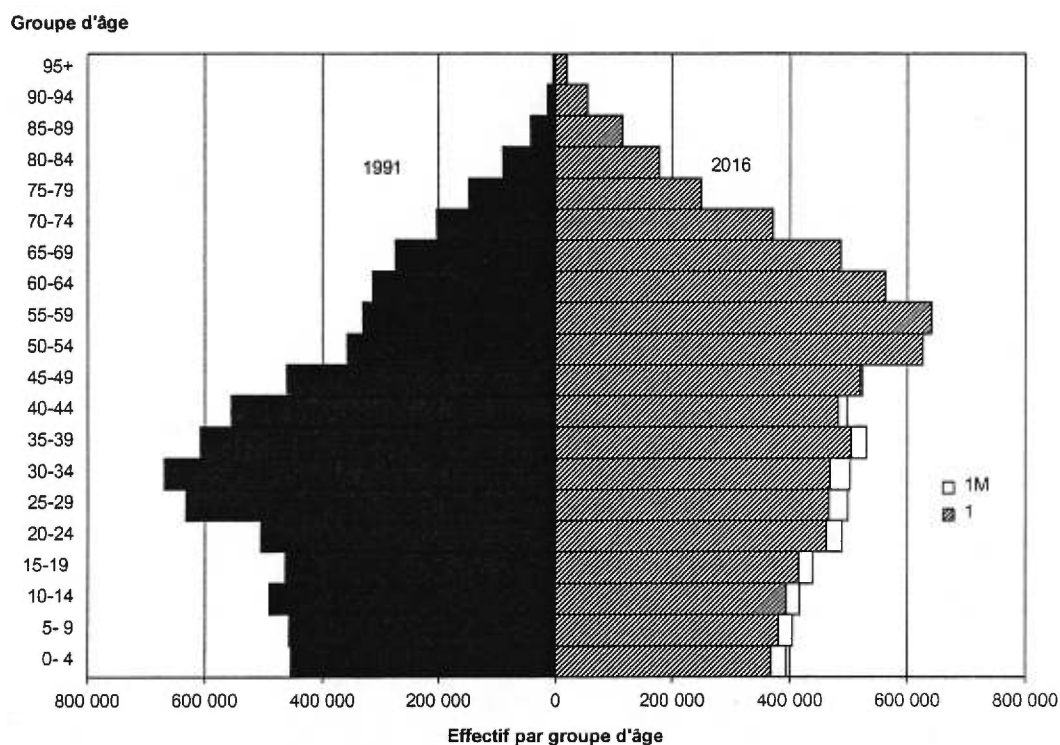
3.2 Évolution de la population par grand groupe d'âge

Ces différentes hypothèses ont encore plus d'influence sur des groupes d'âge particuliers et donc la composition de la population. Ainsi, l'absence de gains supplémentaires sur la mortalité marque essentiellement la population âgée, l'absence de mouvements migratoires, la population jeune adulte et enfantine¹²⁷, et la hausse de la fécondité, la population enfantine. Mais après plusieurs décennies, on observe une influence dans d'autres groupes d'âge, les enfants sont devenus de jeunes adultes et ont à leur tour des enfants, les nouveaux arrivants sont devenus des aînés et les gains sur la mortalité deviennent perceptibles dans la quarantaine et la cinquantaine. À plus long terme encore, les effets des mouvements migratoires et de la fécondité se font sentir jusqu'au sommet de la pyramide des âges de sorte que l'évolution de chaque groupe d'âge rejoint celle de la population totale.

En 1991, l'évolution démographique passée a déjà marqué profondément la pyramide des âges (figure 8, partie de gauche). Les générations du baby boom constituent les générations les plus nombreuses (25 à 49 ans) et sont encore fortement présentes aux âges de procréation. Cependant, la base de la pyramide des âges est déjà érodée suite à la forte baisse de la fécondité survenue à partir des années 60. Dans l'avenir, chaque groupe d'âge sera touché par un phénomène de forte croissance puis de décroissance à mesure qu'avanceront en âge les générations nées pendant et après le baby boom. La base de la pyramide devrait poursuivre sa réduction à moins d'une reprise importante de la fécondité, les générations en âge de procréer étant de moins en moins nombreuses. Le milieu de la pyramide ne tardera pas à entreprendre un tel mouvement de baisse alors que le sommet de la pyramide ne cessera de prendre de l'ampleur (figure 8, partie de droite). À très long terme cependant, même la population très âgée sera touchée par le phénomène de la décroissance.

¹²⁷ puisque les nouveaux arrivants sont souvent de jeunes adultes en âge d'avoir des enfants.

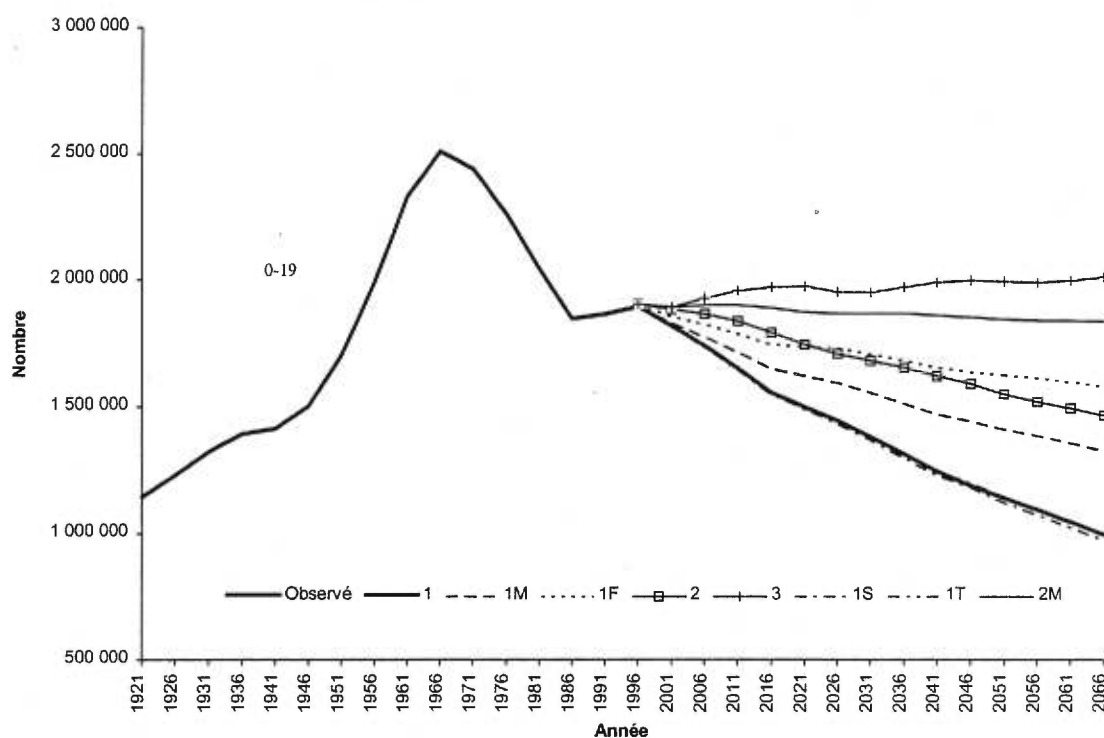
Figure 8 - Pyramide des âges, sexes réunis, 1991 et 2016, projections 1 et 1M, Québec



Source : Voir annexe D

La population jeune (0-19 ans) devrait donc poursuivre sa diminution, entreprise au milieu des années 60 et interrompue seulement durant la présente décennie (1986-1996), à un rythme un peu plus faible cependant (figure 9 et annexe D). En effet, même si la fécondité se maintient à son niveau actuel, 1,6 enfant par femme, et si le solde migratoire est nul (projection 1), le nombre de jeunes diminue de 16,6 % entre 1991 et 2016 et de 19,9 % entre 2016 et 2041 alors qu'il a baissé de 26 % au cours des 25 dernières années (1966-1991). En présence de mouvements migratoires modérés (projection 1M), la population jeune déclinerait toutefois moins rapidement, de 11,5 % entre 1991 et 2016 et de 10,9 % entre 2016 et 2041. Une hausse de fécondité à 1,85 enfant par femme (projection 2) aurait plus d'effet à court terme que cet apport migratoire, permettant une légère baisse de 3,9 % entre 1991 et 2016. Le rythme de diminution serait, par contre, le même par la suite (9,5 % entre 2016 et 2041 et respectivement 9,7 % et 9,6 % entre 2041 et 2066). Seule une hausse de fécondité au seuil de remplacement (projection 3) peut endiguer définitivement la baisse du nombre de jeunes, un solde migratoire, même très

Figure 9 - Population âgée de 0 à 19 ans, 1921 à 1991, et évolution future selon différentes projections démographiques, 1991 à 2066, Québec



Sources : Statistique Canada, 1973 et 1993c et annexe D

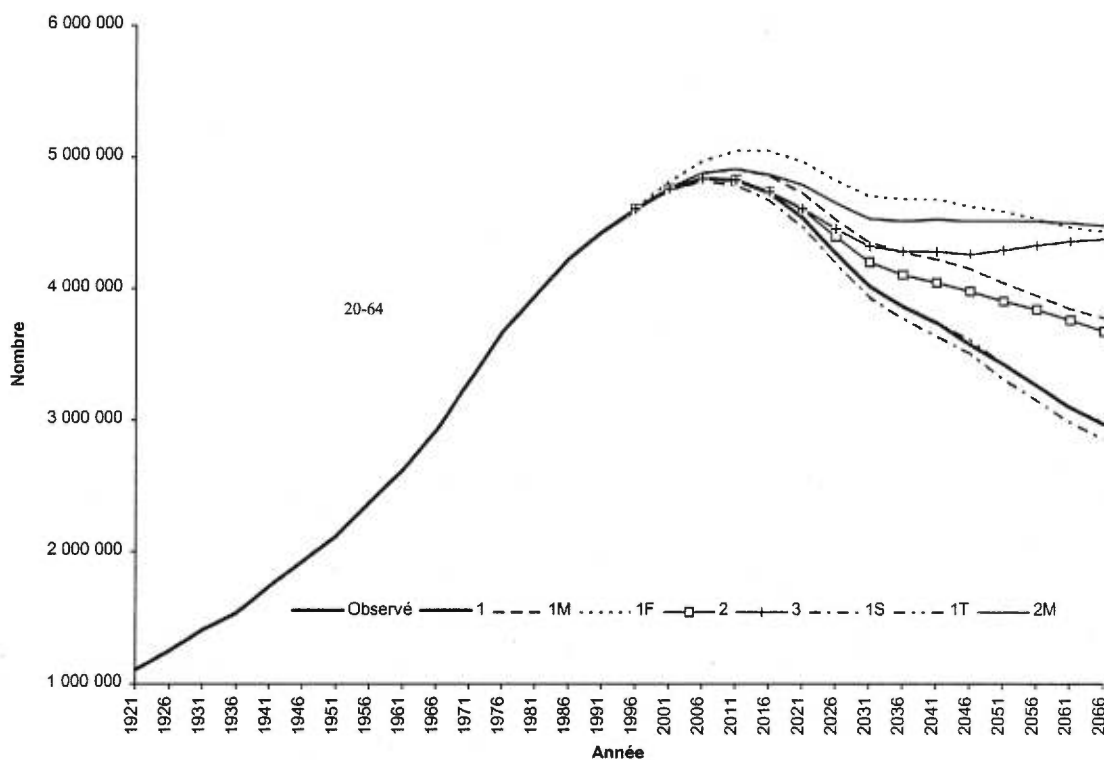
important (projection 1F), ne pouvant qu'atténuer ce mouvement (figure 9). La combinaison d'une remontée de l'indice de fécondité à 1,85 enfant par femme jointe à un apport migratoire modéré (projection 2M) permettrait toutefois une décroissance minimale du groupe des 0-19 ans. La mortalité (projection 1S) a bien sûr un effet marginal sur cette population, qui jouit déjà d'une probabilité de survie entre la naissance et le vingtième anniversaire de 99 %.

La population d'âge actif (20-64 ans) ne prolonge sa croissance que jusqu'en 2006 et elle diminue rapidement à partir de 2016, baissant de 20 % tous les vingt-cinq ans (figure 10 et annexe D). L'augmentation de 9,2 % de 1991 à 2006 est bien inférieure à celle survenue au cours de la période récente sous la poussée des dernières générations du baby boom (20,9 % entre 1976 et 1991). Cette population réagit de façon presque immédiate à un solde migratoire positif, de façon plus substantielle sur le très long terme à la hausse de la fécondité et de façon progressive et ténue à l'arrêt des gains sur la mortalité (figure 10). Ainsi, en 2016, la hausse de fécondité n'a pas encore eu le temps de se faire sentir et seul les mouvements migratoires ont eu

le temps de marquer la population d'âge actif (projections 1M et 1F), retardant le moment de sa décroissance. La variation est par contre peu importante (2,8 % dans la projection 1M et 6,8 % dans la projection 1F de plus que dans la projection 1). En 2041, l'apport migratoire touche jusqu'au groupe d'âge 70-74 ans alors que la hausse de fécondité ne peut influencer que les effectifs de moins de 45 ans dans le cas de la projection 2 et que les effectifs de moins de 40 ans dans le cas de la projection 3. La baisse de la population active de la période 2016-2041, prévue par la projection 1, peut alors être réduite de façon importante, selon les niveaux atteints par la fécondité ou les mouvements migratoires, de moitié par exemple par la hausse de fécondité à 2,1 enfants par femme (projection 3) et des deux tiers par un fort apport migratoire (projection 1F). C'est à partir de 2051 que l'évolution devient divergente, la remontée de l'indice de fécondité à 2,1 enfants par femme (projection 3) permettant alors une légère croissance de la population d'âge actif alors que l'apport migratoire (projection 1F) ne fait qu'amortir le déclin. Par conséquent, après 2066, cette remontée de la fécondité fournit une population d'âge actif supérieure à celle produite par des mouvements migratoires très importants. Une hausse de la fécondité à un niveau de 1,85 enfant par femme, jointe à un solde migratoire modéré (projection 2M), permettrait, par ailleurs, de maintenir à long terme la population d'âge actif à sa valeur actuelle, celle-ci connaissant néanmoins une hausse à court terme puis une baisse équivalente (figure 10).

Contrairement à la population jeune ou d'âge actif, la population âgée de 65 ans ou plus croît de façon importante jusqu'en 2031, d'au moins 2 % par année, et de 3 % entre 2006 et 2026 alors que les générations du baby boom franchiront le cap des 65 ans (figure 11 et annexe D). Cette population a doublé au cours des deux derniers quarts de siècle (+100 % et +122 %) et devrait connaître un rythme de croissance légèrement plus faible dans le prochain, s'élevant d'environ 90 %, avec ou sans mouvements migratoires. Cette légère baisse du rythme de croissance est due à l'arrivée au troisième âge, entre 1996 et 2006, des générations, moins nombreuses, nées durant la crise des années 30. Durant les 25 années suivantes, de 2016 à 2041, la population âgée ne devrait cependant augmenter que de moitié, amorçant son déclin vers 2041. En l'absence de nouvelles baisses de la mortalité (projection 1S), l'augmentation serait toutefois moins rapide et la décroissance surviendrait un peu plus tôt (2036). La croissance du nombre de personnes âgées entre 1991 et 2016 demeurerait toutefois importante, atteignant 71,4 %, mais ne

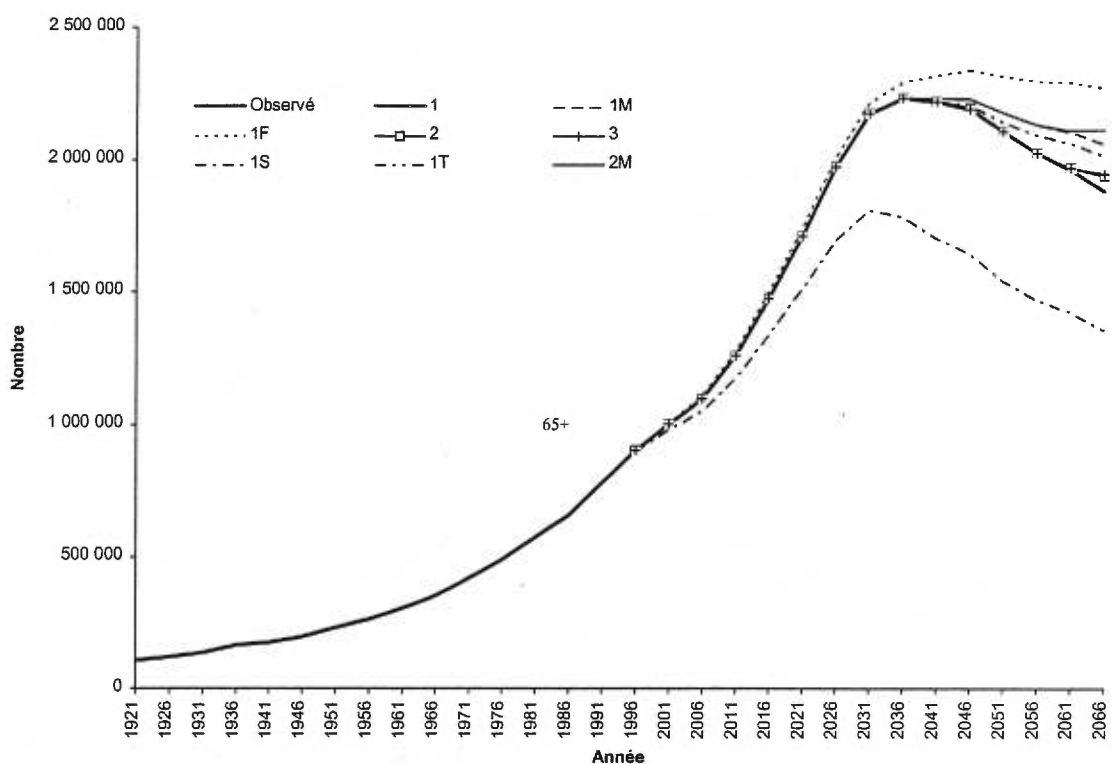
Figure 10 - Population âgée de 20 à 64 ans, 1921 à 1991, et évolution future selon différentes projections démographiques, 1991 à 2066, Québec



Sources : Statistique Canada, 1973 et 1993 c et annexe D

serait plus que de 27,1 % entre 2016 et 2041. L'augmentation prévue de 80,0 % entre 2006 et 2026 (projection 1) serait alors réduite à 61,3 %. La différence de mortalité sur 50 ans entre les projections 1S et 1 crée une variation de la taille de la population âgée de 9,2 % en 2016 et de 23,4 % en 2041. Cette différence de mortalité sur un demi-siècle se fait encore sentir 25 ans plus tard, en 2066, alors que la population âgée de 65 ans ou plus est inférieure de 28,0 % à celle prévue par la projection 1. Si la baisse de la mortalité se poursuit durant la période 2041-2066 (projection 1T), l'écart est encore plus important, les effectifs étant plus élevés de moitié dans la projection 1T comparativement à la projection 1S. Les mouvements migratoires n'influencent la taille de la population âgée qu'après de nombreuses décennies. Même un apport migratoire très important (projection 1F) ne crée qu'une différence de 4,4 % après 50 ans. Cette différence atteint 20,9 % après 75 ans et demeure donc inférieure à celle provoquée par un arrêt de la baisse de la mortalité. Une remontée de la fécondité dans les décennies à venir ne commence à se faire sentir, bien sûr, que 65 ans plus tard soit à la fin de la période étudiée.

Figure 11 - Population âgée de 65 ans ou plus, 1921 à 1991, et évolution future selon différentes projections démographiques, 1991 à 2066, Québec

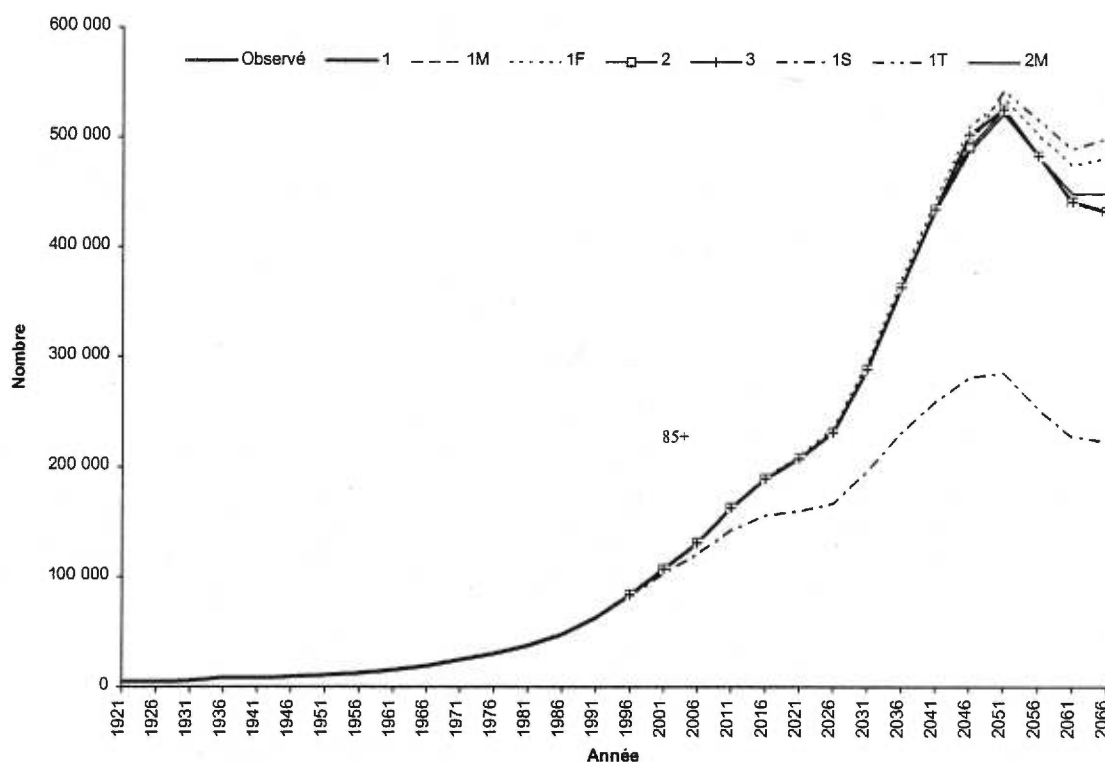


Sources : Statistique Canada, 1973 et 1993c et annexe D

La population très âgée (85 ans ou plus) croît, relativement, de façon encore plus importante que l'ensemble de la population âgée de 65 ans ou plus¹²⁸, triplant tous les vingt-cinq ans, pour une première fois entre 1966 et 1991 et une seconde fois entre 1991 et 2016 (figure 12 et annexe D). Elle devrait de nouveau non plus tripler mais doubler entre 2016 et 2041. Cette population augmente d'au moins 50 % à tous les dix ans jusqu'en 2011 et à nouveau à la fin de la décennie des années 2020 alors que les baby boomers atteindront cet âge vénérable, mais elle décline à compter de 2056. La population très âgée, dont les effectifs commencent à être importants en cette fin de siècle, est encore plus sensible à la baisse de la mortalité que la population âgée prise globalement. Sans celle-ci, sa croissance est, en effet, ralentie de façon fort importante (figure 12). La variation entre les projections 1S et 1 atteint 17,7 % après un

¹²⁸ sauf durant la période 2011-2026 quand les générations du baby boom arrivent dans le groupe des jeunes aînés.

Figure 12 - Population âgée de 85 ans ou plus, 1921 à 1991, et évolution future selon différentes projections démographiques, 1991 à 2066, Québec



Sources : Statistique Canada, 1973 et 1993c et annexe D

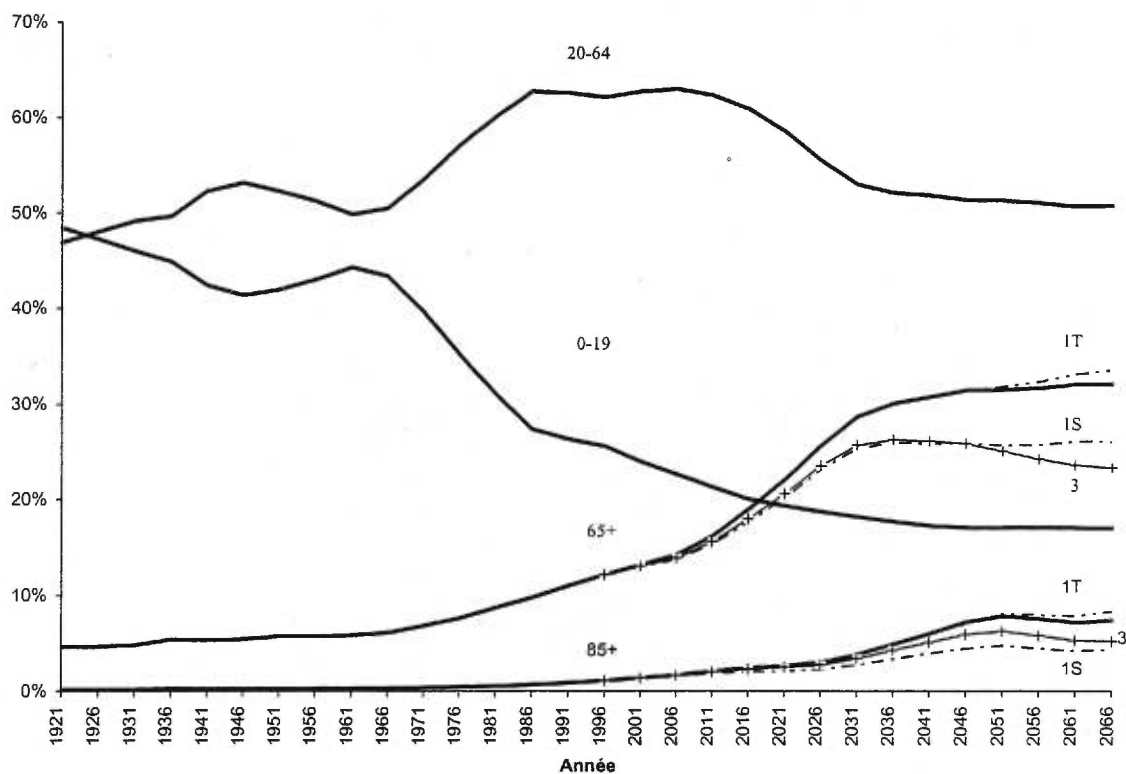
quart de siècle, 40,3 % après un demi-siècle et 48,4 % après trois quarts de siècle. Cette dernière variation est beaucoup plus importante (du simple au double) lorsqu'on considère la possibilité que la baisse de la mortalité se prolonge jusqu'en 2066 (projection 1T).

3.3 Vieillesse démographique et composition de la population selon l'âge et le sexe

3.3.1 Trois grands groupes d'âge

Alors que durant le dernier demi-siècle (1941-1991), la proportion de jeunes âgés de 0 à 19 ans a chuté de 16 points de pourcentage, celle des adultes d'âge actif a augmenté de 10 points et celle des personnes âgées de 6 points (figure 13). Cette réduction de l'importance des jeunes dans la population a donc profité aux deux autres grands groupes d'âge mais davantage à la

Figure 13 - Évolution de la composition de la population par grand groupe d'âge (en %), 1921 à 1991, évolution future selon la projection 1 et proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus et de 85 ans ou plus selon les projections 1S, 1T et 3, 1991 à 2066, Québec



Sources : Statistique Canada, 1973 et 1993c et annexe D

population d'âge actif. Durant cette période, la part des 85 ans ou plus n'a augmenté que de 0,6 %. En 1991, les jeunes représentent le quart de la population, les adultes d'âge actif les deux tiers, les 65 ans ou plus un peu plus de 10 % et les 85 ans ou plus en représentent près de 1 %.

Le prochain demi-siècle verra également chuter la part de la population d'âge actif et cette baisse sera alors même plus importante que celle des jeunes (figure 13 et annexe D). Elle sera plus tardive et plus abrupte cependant. Ces deux réductions profiteront aux personnes âgées et très âgées. La part de celles-ci devrait passer, dans l'hypothèse du maintien de la fécondité à son niveau actuel et en l'absence de mouvements migratoires, de 11,0 % et 0,9 % en 1991 à 19,0 % et 2,4 % en 2016 et à 30,8 % et 6,0 % en 2041 (projection 1). Elles pourraient se stabiliser, vers 2066, à 32 % et 7 %, mais à 34 % et 8 % si la baisse de la mortalité se poursuivait après 2041 (projection 1T). La proportion de personnes âgées de 85 ans ou plus pourrait donc atteindre, vers le milieu du prochain siècle, la proportion qu'occupait l'ensemble de la

population âgée de 65 ans ou plus, il n'y a pas si longtemps, soit dans les années 70 (7 ou 8 %). Même avec l'arrêt immédiat des progrès de l'espérance de vie (projection 1S) ou un redressement important de la fécondité (projection 3), elle sera d'au moins 4 % (figure 13).

Tableau XVIII - Effet de différents phénomènes démographiques sur la structure par âge de la population québécoise en 2066								
Projection	Indice de fécondité	Espérance de vie	Solde migrat.	Taille de la population (en millions)	Taux d'acc. annuel en %	Composition de la population selon l'âge		
						<20	20-64	65+
1	1,6	84,6	nul	5,8	- 0,9	17,0	50,8	32,2
1F	1,6	84,6	24 500	8,3	- 0,2	19,1	53,5	27,4
1S	1,6	77,2	nul	5,2	- 0,9	18,8	55,1	26,1
1T	1,6	87,2	nul	6,0	- 0,7	16,6	49,8	33,6
3	2,1	84,6	nul	8,3	0,0	24,1	52,5	23,3
3F	2,1	84,6	24 500	11,0	0,4	25,2	53,7	21,1
Effet des mouvements migratoires à mortalité décroissante (50 ans) et à fécondité faible (1F-1)						+2,0	+2,7	-4,8
Effet de la baisse de mortalité sur 50 ans, à solde migratoire nul et à fécondité faible (1-1S)						-1,8	-4,3	+6,1
Effet de la baisse de mortalité sur 75 ans à solde migratoire nul et à fécondité faible (1T-1S)						-2,2	-5,3	+7,5
Effet de la hausse de fécondité à mortalité décroissante (50 ans) et à solde migratoire nul (3-1)						+7,1	+1,7	-8,8
Effet de la hausse de fécondité à mortalité décroissante (50 ans) et à solde migratoire élevé (3F-1F)						+6,2	+0,1	-6,3
Source : Annexe D								

En outre, la proportion de personnes âgées deviendrait plus importante que celle des jeunes à partir de 2021. La baisse de cette dernière, durant le prochain demi-siècle, serait même égale à l'augmentation de la part de la population âgée de 80 ans ou plus (de 9 points de pourcentage). Si on regarde un peu plus attentivement ce qui se passe par contre, on voit que

c'est l'ensemble de la population de moins de 50 ans qui diminue en importance, les plus fortes diminutions ayant lieu entre 25 et 39 ans et les plus fortes augmentations entre 70 et 89 ans.

La baisse de la part que représentent les jeunes dans la population est antérieure au post-baby boom et provient du mouvement séculaire de la baisse de la fécondité (figure 13). Le moment et le niveau auxquels cette proportion se stabilisera dépend de l'évolution à venir des phénomènes démographiques (annexe D). Seule une remontée de la fécondité à 2,1 enfants par femme, avec ou sans mouvements migratoires, permet à très long terme à la population jeune de demeurer supérieure à la population âgée (tableau XVIII).

Par contre, la baisse de la population d'âge actif apparaît inéluctable tout comme le vieillissement de la population (tableau XVIII et annexe D). Même selon la projection très optimiste d'une population croissante, la projection 3F (apport migratoire important et remontée de la fécondité à 2,1 enfants par femme), la part de la population âgée augmente de 10,1 points de pourcentage entre 1991 et 2066, principalement au détriment de la part de la population d'âge actif (8,9 points). Dans cette perspective, la proportion de personnes âgées atteindrait 21,1 % en 2066, après avoir connu un maximum plus élevé de 23,4 % en 2036. Une hypothèse intermédiaire de 1,85 enfant par femme et d'un solde migratoire modéré (projection 2M) donne 25,1 % de personnes âgées, alors que l'atteinte rapide d'une limite à la vie humaine sans remontée de la fécondité ou apport migratoire (projection 1S) fournit un résultat légèrement supérieur de 26,1 %. De plus, l'absence de gains sur la mortalité crée une plus grande différence dans le pourcentage de personnes âgées (6,1 % en 2066 entre les projections 1 et 1S et 7,5 % entre les projections 1S et 1T) que l'apport des mouvements migratoires (4,8 % entre les projections 1 et 1F) mais inférieure à celle que l'on observe suite à la remontée de la fécondité à un niveau de 2,1 enfants par femme (8,8 % entre les projections 1 et 3). En outre, en altérant le poids des personnes âgées, les différents phénomènes démographiques n'agissent pas de la même façon sur les autres groupes d'âge. En effet, les mouvements migratoires avantagent presque autant les jeunes que les actifs, la mortalité désavantage beaucoup plus les actifs que les jeunes alors que la fécondité profite essentiellement aux jeunes (tableau XVIII).

Ces résultats sont confirmés et complétés par les modèles de populations stables ouvertes et fermées¹²⁹. Les données de Lachapelle (1990), pour une même augmentation de

¹²⁹ Une population fermée est une population théorique dans laquelle n'a lieu ni émigration, ni immigration

fécondité et une augmentation similaire de l'espérance de vie à la naissance (9,4 années comparativement à 10,0 années) mais un peu plus élevée des mouvements migratoires¹³⁰, apparaissent au tableau XIX. Lorsque la mortalité est fixe et que le point de départ est une situation à mortalité relativement élevée et à fécondité faible, c'est la baisse de la mortalité qui a l'influence la plus importante sur la fraction de la population âgée (plus 8,0 points de pourcentage comparativement à moins 7,2 points pour le redressement de la fécondité et moins 4,3 points pour l'immigration¹³¹) et sur la fraction de la population d'âge actif (moins 5,7 comparativement à 0,0 et plus 2,5). La remontée de la fécondité vient donc au dernier rang pour la hausse de la population d'âge actif mais au premier rang pour la hausse de la fraction de la

Tableau XIX - Effet des différents phénomènes démographiques sur la composition par âge de la population, populations stables						
Indice synthétique de fécondité	Espérance de vie	Immigration	Taux d'acc. annuel en %	Composition de la population selon l'âge		
				<20	20-64	65+
1,6	75,5	nulle	- 0,9	19,5	55,8	24,7
1,6	75,5	compensatrice*	0,0	21,4	58,3	20,3
1,6	84,9	nulle	- 0,8	17,2	50,1	32,7
2,1	75,5	nulle	0,1	26,7	55,8	17,5
Effet de l'immigration, à mortalité élevée et fécondité faible				+1,8	+2,5	-4,3
Effet de la baisse de mortalité, à immigration nulle et fécondité faible				-2,3	-5,7	+8,0
Effet de la hausse de fécondité, à mortalité élevée et immigration nulle				+7,2	+0,0	-7,2
* compensatrice pour que le taux d'accroissement de la population soit nul						
Sources : Lachapelle, 1990, tableau 1 et données non publiées						

(Lévy, 1992). Elle est ouverte si de tels échanges avec l'extérieur ont lieu.

¹³⁰ Immigration permettant de ramener le taux d'accroissement annuel de - 0,9 % à 0,0 % comparativement à des mouvements migratoires permettant de ramener le taux d'accroissement de - 0,9 % à - 0,2 %.

¹³¹ Effet d'ailleurs légèrement accentué lorsqu'on prend en compte l'émigration, celui-ci passant de - 4,3 % à - 5,2 % (Lachapelle, 1990, tableau XVIII).

population jeune. Son action sur la proportion de la population âgée suit par contre d'assez près celle de la mortalité.

Lorsque la mortalité est faible, l'action de la fécondité est amplifiée en termes absolus (baisse de 8,1 points de pourcentage comparativement à une baisse de 7,2 points, données non représentées).

3.3.2 Autres groupes d'âge

Au sein de chacun de ces grands groupes d'âge, on note également des transformations importantes. Mentionnons le vieillissement de la population d'âge actif, durant le prochain quart de siècle, ainsi que le vieillissement de la population âgée qui se poursuivra pendant encore un demi-siècle. Entre 1991 et 2016 en effet, les 45-64 ans passeront de 33 % à 50 % de la population d'âge actif et cette évolution ne pourra être atténuée que quelque peu et que par la suite par un redressement de la fécondité. Par ailleurs, les 65-74 ans, qui représentent 61 % du groupe des personnes âgées en 1991, verront leur part fluctuer autour de 55 % jusqu'en 2031 puis diminuer rapidement jusqu'à un peu plus de 40 %. Cette réduction se fera principalement au profit des 85 ans ou plus qui passeront de 8 % du groupe des 65 ans ou plus en 1991 à plus de 20 % à partir de 2041. L'arrêt des gains sur la mortalité ne peut qu'atténuer cette évolution, la proportion des personnes âgées de 85 ans ou plus doublant alors néanmoins.

3.3.3 Déséquilibre des sexes chez les personnes âgées

La baisse différentielle de la mortalité selon le sexe qui a débuté dans la première moitié du XXe siècle a provoqué chez les personnes âgées un déséquilibre des sexes important. Ainsi, en 1991, il y a 68,1 hommes pour 100 femmes dans la population âgée de 65 ans ou plus et ce déséquilibre croît avec l'âge : 77,6 à 65-74 ans, 59,3 à 75-84 ans et 40,2 dans le groupe des 85 ans ou plus (annexe D). Les gains de survie récents de la population masculine, importants après l'âge de 45 ans, s'ils se maintiennent¹³², viendront toutefois atténuer ce déséquilibre pour

¹³² Rappelons que l'hypothèse du BSQ sur la mortalité implique que les écarts de mortalité entre hommes et femmes continuent de se réduire. Entre 1971 et 1991, la probabilité de survie entre 45 et 64 ans a augmenté de 11 % pour les hommes et de 5 % pour les femmes, celle de survivre entre 65 et 79 ans de 23 % dans le cas des hommes et de 21 % dans le cas des femmes (calculs effectués à partir du tableau 2.2 de Thibault, Gauthier et Létourneau, 1996). L'hypothèse implique que sur la période 1991-2011, ces gains

l'ensemble des aînés, ce rapport devrait passer à 74,5 en 2016 puis à 78,2 en 2041 et 79,9 en 2066 si les progrès sur la mortalité perdurent durant 50 ans (projection 1). De plus, le déséquilibre disparaîtra presque complètement en fin de période chez les 65-74 ans, s'atténuera sensiblement chez les 75-84 ans (rapport de 83,7, dans la projection 1) mais demeurera important dans le groupe des 85 ans ou plus (rapport de 50,5).

Si par contre, la mortalité demeurait à son niveau actuel, aucun progrès digne de mention ne se produirait pour l'ensemble des aînés (projection 1S). Les 65-74 et 75-84 ans bénéficieraient cependant d'une légère amélioration, de 77,6 à 86,9 du nombre d'hommes pour 100 femmes dans le premier cas et de 59,3 à 66,1 dans le second. Il y aurait cependant une légère détérioration dans le cas des 85 ans ou plus (de 40,2 à 34,4).

3.4 Rapports de dépendance démographique et économique

Ces évolutions fort contrastées des grands groupes d'âge entraînent une évolution marquée des différents rapports de dépendance.

3.4.1 Rapport de dépendance démographique et âge de sortie d'activité

Le rapport de dépendance démographique assimile l'ensemble des personnes jeunes et âgées à des dépendants, chacun ayant le même poids¹³³, et l'ensemble des personnes d'âge actif à des producteurs de biens et services. Ce rapport, en baisse depuis le début du siècle grâce à la diminution du poids des jeunes et à l'augmentation du poids des personnes d'âge actif, réagit instantanément à la baisse de ce dernier (figure 14). C'est, en effet, au moment où les premières générations du baby boom basculent dans le groupe des personnes âgées qu'a lieu la diminution

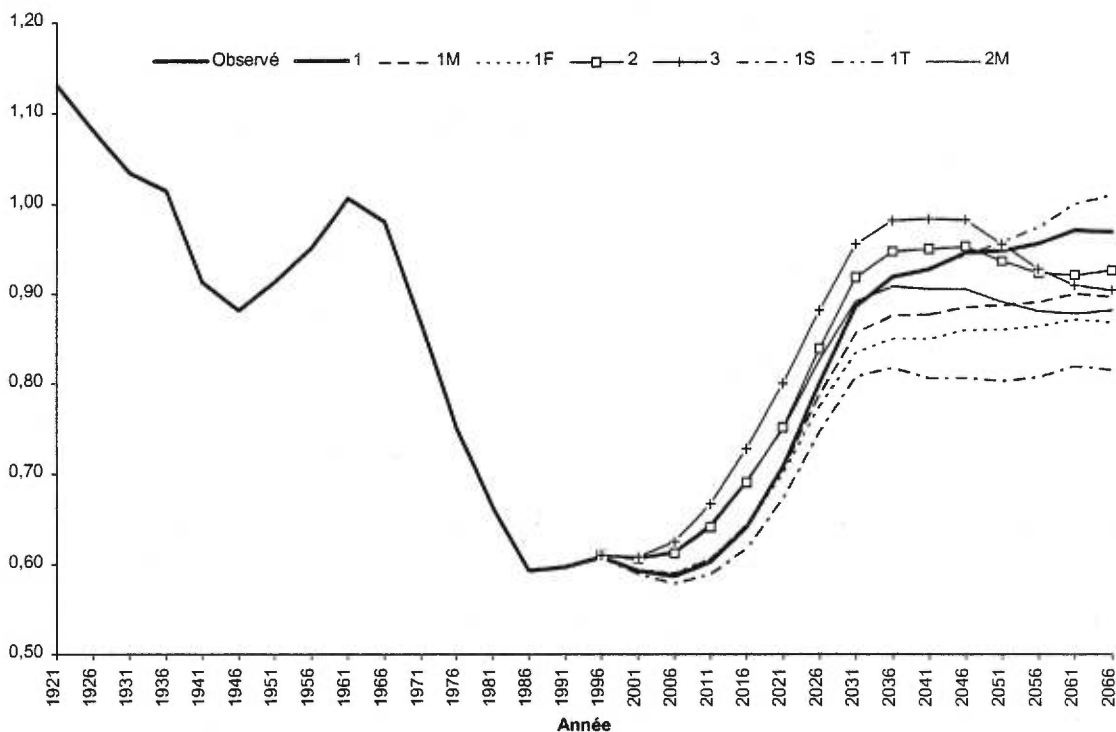
soient respectivement de 7 % et 4 % pour la survie entre 45 et 64 ans et de 20 % et 9 % pour la survie entre 65 et 79 ans.

¹³³ Il a été maintes fois affirmé que du point de vue des dépenses publiques, ce poids est fort différent. Les dépenses seraient au moins deux fois plus élevées dans le cas des personnes âgées que des jeunes (Lux, 1982 et OCDE, 1988). Pour sept secteurs gouvernementaux, incluant la sécurité du revenu et donc les programmes d'assurance-chômage et d'aide sociale, Gauthier (1995, tableau 1) a établi récemment que ce rapport était de 2 à 1. Pour l'ensemble des dépenses publiques et privées, ce rapport pourrait être différent selon Wolfson (1990). Ce rapport serait, en effet, inférieur dans la mesure où la part des dépenses publiques serait plus grande pour les personnes âgées que les personnes jeunes.

du poids des actifs et le début d'une montée fort rapide du rapport de dépendance qui perdure pendant deux décennies, soit de 2011 à 2031. Le rapport de dépendance démographique s'élève alors d'au moins 37 % (projection 1F) et de 47 % dans l'hypothèse du maintien de la fécondité à son niveau actuel et d'un solde migratoire nul (figure 14 et annexe D). Il se stabilise par la suite ou continue d'augmenter plus lentement, suivant les hypothèses.

Dans la projection 1, il augmente au total de 62 % entre 1991 et 2066. La remontée de la fécondité à 2,1 enfants par femme (projection 3) fait diminuer cette augmentation à 51 % mais après une hausse momentanée plus importante (64 %) alors que des mouvements migratoires fort importants la ramène au plus à 46 %. L'arrêt de la baisse de la mortalité (projection 1S) a un effet contraire mais plus important, faisant passer l'augmentation de 62 %, prévue selon la projection 1, à 36 %.

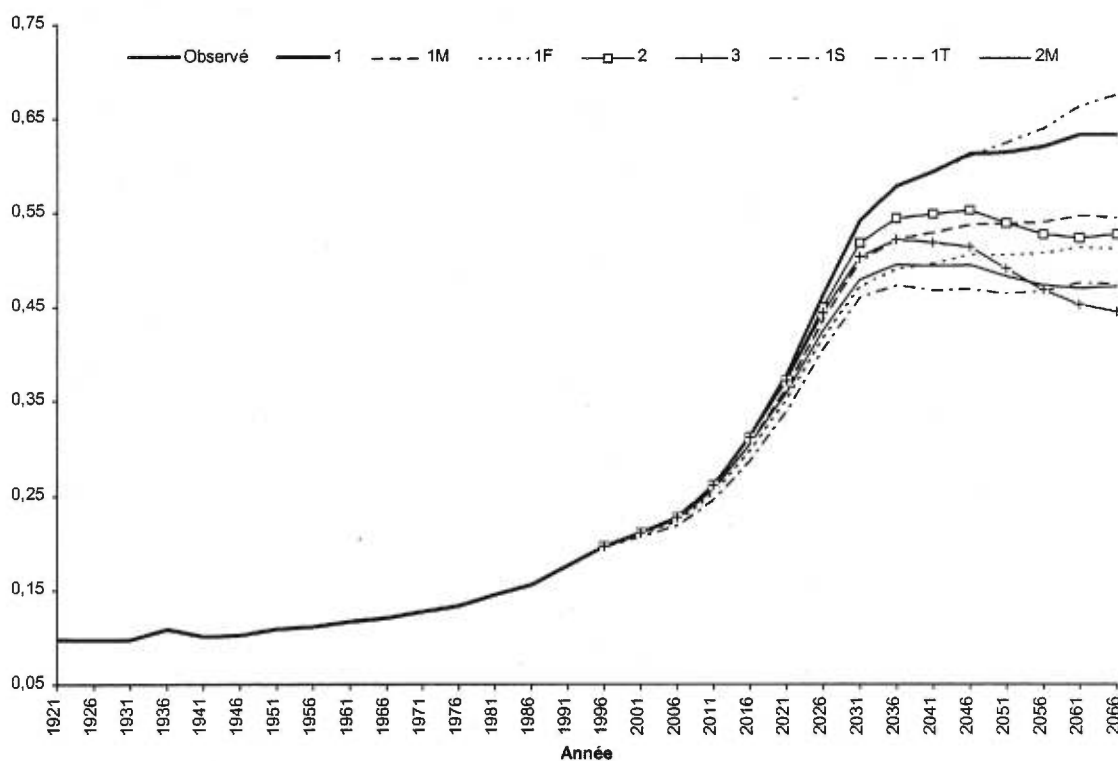
Figure 14 - Évolution du rapport de dépendance démographique, 1921 à 1991, et évolution future selon différentes projections démographiques, 1991 à 2066, Québec



Sources : Statistique Canada, 1973 et 1993c et annexe D

Si on ne considère que le rapport de dépendance de la population âgée à la population d'âge actif¹³⁴, on observe des phénomènes similaires, sauf pour l'évolution passée (figure 15). Toutefois, alors que la hausse de la charge est légèrement plus élevée en termes absolus (0,46 au lieu de 0,37 entre 1991 et 2066 selon la projection 1), l'augmentation relative est nettement plus substantielle (annexe D). Le rapport de dépendance de la population âgée à la population d'âge actif, passant de 0,18 à 0,63 entre 1991 et 2066, augmente en effet de 259 % alors que le rapport de dépendance global n'augmente que de 62 % (de 0,60 à 0,97) (annexe D). De plus, lorsque seules les personnes âgées sont considérées dans le rapport de dépendance, l'action de la fécondité apparaît plus déterminante, à très long terme, que celle des autres phénomènes démographiques. Une hausse de celle-ci au seuil de remplacement pourrait même entraîner une diminution de ce rapport après l'année 2036 (figure 15).

Figure 15 - Évolution du rapport de dépendance de la population âgée, 1921 à 1991, et évolution future selon différentes projections démographiques, 1991 à 2066, Québec



Sources : Statistique Canada, 1973 et 1993c et annexe D

¹³⁴ Cette décomposition est fort utile pour les secteurs d'activité qui affectent les personnes âgées de façon exclusive (régimes de retraite) ou quasi exclusive (soins de longue durée).

Dans un premier temps, c'est la mortalité qui a le plus d'effet sur ce rapport suivi des mouvements migratoires. Mais, 40 ans après que la fécondité ait atteint le seuil de remplacement des générations (2046), l'effet de la fécondité rejoint celui des mouvements migratoires, le dépasse fortement par la suite, et rejoint celui de la mortalité. Une remontée de l'indice de fécondité de 0,5 enfant par femme semble avoir davantage d'impact sur le rapport entre la population âgée et la population d'âge actif à long terme qu'une augmentation d'espérance de vie de 7,4 années sur 50 ans. Toutefois, le recours aux populations stables confirment l'action déterminante de la mortalité, quand une différence de près de 10 années d'espérance de vie est considérée (tableau XX).

Tableau XX - Effet des différents phénomènes démographiques sur le rapport de dépendance démographique, populations stables					
Indice synthétique de fécondité	Espérance de vie	Immigration	Taux d'acc. annuel en %	Rapport de dépendance	
				<20 et 65+ / 20-64	65+ / 20-64
1,6	75,5	nulle	- 0,9	0,79	0,44
1,6	75,5	compensatrice*	0,0	0,72	0,35
1,6	84,9	nulle	- 0,8	1,00	0,65
2,1	75,5	nulle	0,1	0,79	0,31
Effet de l'immigration, à mortalité élevée et fécondité faible				- 0,08	- 0,09
Effet de la baisse de mortalité, à immigration nulle et fécondité faible				+ 0,20	+0,21
Effet de la hausse de fécondité, à mortalité élevée et immigration nulle				+ 0,00	- 0,13
* compensatrice pour que le taux d'accroissement de la population soit nul					
Source : Tableau XIX					

Les changements démographiques sont reliés à des transformations sociales et économiques profondes. Ils s'accompagnent de modifications des rôles sociaux à plusieurs âges de la vie, modifications qui touchent parfois différemment les hommes et les femmes. Le report de l'entrée dans la vie active, suite à une scolarisation plus poussée et à des exigences de plus en plus élevées pour occuper un emploi, peut être évoqué. Sans que ce mouvement soit immuable, on constate également un mouvement à la prise de la retraite de plus en plus hâtive.

Une modification des âges d'activité, 20-59 ans plutôt que 20-64 ans par exemple, entraîne non seulement une augmentation immédiate du taux de dépendance de 20 % mais également une croissance plus forte dans le temps (tableau XXI). Un tel changement occasionne, en effet, une augmentation du rapport de dépendance entre 1991 et 2066 non plus de 62 %, selon la projection 1, mais de 109 %. Le report de l'âge de la sortie d'activité de cinq ans entraîne des changements similaires en importance mais favorables puisqu'ils diminuent la progression du taux de dépendance. Le fardeau subi par la population d'âge actif, ainsi progressivement modifié (de 20-64 ans à 20-69 ans), n'augmenterait plus que d'environ 25 % sur l'ensemble de la période étudiée, selon la projection 1. Cette élévation de l'âge de sortie d'activité de cinq ans est égale aux progrès sur la mortalité prévus pour la période 1991-2021. Elle entraîne, de plus, une diminution aussi importante du rapport de dépendance des personnes âgées que celle permise par la hausse de la fécondité à un niveau de 2,1 enfants par femme (tableau XXI).

3.4.2 Rapport de dépendance économique et population en emploi

Outre les âges d'entrée et de sortie de la vie active, les taux d'activité et d'emploi subissent des transformations importantes et influencent, tout comme les changements démographiques, les transferts intergénérationnels et le coût des dépenses sociales. Le rapport de dépendance économique (dépendants sur actifs) peut refléter cette réalité de même que le rapport d'inactivité (inactifs sur actifs) qui considère l'ensemble de la charge que les actifs assument¹³⁵.

¹³⁵ Encore là, chaque dépendant reçoit le même poids quel que soit son âge.

À taux d'emploi par âge et sexe constants, l'évolution de la population de 20 à 64 ans occupant un emploi (en équivalent plein traitement) est légèrement moins favorable que celle de l'effectif total du groupe d'âge 20-64 ans en raison du vieillissement de cette population (annexe D et tableau XXII). Le taux d'emploi (en équivalent plein traitement) de la population âgée de 20 à 64 ans diminue de quelques points de pourcentage entre 1991 et 2066, quelle que soit la projection démographique, de 57,7 % à 54,7 % si les migrations sont nulles et si la fécondité demeure à 1,6 enfant par femme (projection 1), à 55,3 % si le solde migratoire est important (projection 1F), ou encore à 55,6 % si la fécondité remonte au seuil de remplacement (projection 3). Mais c'est, en 2021, que la proportion la plus faible est observée et ce, dans toutes les projections. L'hypothèse de la progression des taux en emploi des femmes de 35 ans ou plus (voir la section 2.5.4) montre une évolution relative similaire de la population en emploi et de la population âgée de 20 à 64 ans (tableau XXII et annexe D) alors que l'hypothèse d'amélioration générale de l'emploi (voir la section 2.5.6) permet d'atténuer la diminution du nombre de personnes occupant un emploi (en équivalent plein traitement).

Le tableau XXI permet de distinguer l'action de ces différents facteurs sur les différents rapports de dépendance économique et de comparer leur action à celle des phénomènes démographiques. On constate d'abord que les rapports de dépendance concernant uniquement les personnes âgées augmentent en valeur absolue de façon similaire à celle des rapports impliquant les jeunes et les personnes âgées¹³⁶ mais qu'en valeurs relatives les augmentations sont sans commune mesure. Puisque l'augmentation absolue n'est pas si différente selon que l'on considère la charge représentée par les personnes de tout âge sans emploi (+ 0,83 dans la projection 1), les personnes jeunes et âgées (+ 0,74) ou les personnes âgées (+ 0,85), plus un indicateur témoigne de toutes les charges qui pèsent sur le groupe des personnes en emploi, moins son augmentation relative est élevée et plus l'effet des facteurs non démographiques peut se manifester. De plus, lorsqu'on considère le rapport des sans emploi aux personnes en emploi, la hausse de l'emploi a un double effet en diminuant le numérateur en plus d'augmenter le dénominateur.

¹³⁶ quoique de façon un peu plus élevée sauf dans le cas où la fécondité atteint le seuil de remplacement des générations.

Tableau XXI - Variations entre 1991 et 2066 du rapport de dépendance démographique selon trois hypothèses d'âge de sortie d'activité et du rapport de dépendance économique selon trois hypothèses de taux d'emploi, différentes projections démographiques, Québec

Proj.	Population d'âge actif				Population de 20-64 ans en emploi			
	20-64	20-59	20-69		Taux constants	+ F	+ M F	
	Variation				Variation			
	absolue	relative			absolue	relative		
	Pers. âgées / Pers. d'âge actif				65 ans ou + / 20-64 en emploi			
1991	18	100	151	61	31	100	98	89
2066								
1	+ 46	359	493	254	+ 85	379	368	332
1 M	+ 37	309	425	218	+ 68	324	314	284
1 F	+ 34	290	401	204	+ 62	303	294	266
2	+ 35	299	414	208	+ 65	313	304	274
3	+ 27	252	354	177	+ 49	262	254	230
1 S	+ 30	269	382	182	+ 56	283	275	248
1 T	+ 50	383	521	274	+ 93	405	392	354
2 M	+ 30	268	371	186	+ 54	278	270	244
3F	+ 22	223	314	156	+ 40	230	224	203
	Jeunes et âgées / âge actif				<20 et 65+ / 20-64 en emploi			
1991	60	100	120	84	103	100	98	89
2066								
1	+ 37	162	209	125	+ 74	171	166	150
1 M	+ 30	150	192	117	+ 59	157	152	138
1 F	+ 27	145	185	114	+ 53	152	147	133
2	+ 33	155	198	121	+ 64	162	157	142
3	+ 31	151	191	122	+ 59	157	153	138
1 S	+ 22	136	177	105	+ 45	144	139	126
1 T	+ 41	169	218	130	+ 81	179	173	156
2 M	+ 28	148	187	117	+ 55	153	149	135
3F	+ 27	145	180	118	+ 51	149	145	131
					Non en emploi / 20-64 en emploi			
1991					177	100	97	83
2066								
1					+ 83	147	141	121
1 M					+ 67	138	132	114
1 F					+ 61	134	129	111
2					+ 72	141	135	117
3					+ 65	137	132	114
1 S					+ 55	131	125	107
1 T					+ 91	151	145	125
2M					+ 62	135	130	112
3F					+ 56	132	127	110

Sources : Annexe D et calculs de l'auteur

Ainsi, une hausse importante de la proportion de la population en emploi modifie peu l'augmentation prévue du poids que représentent les personnes âgées pour les personnes en emploi, surtout en regard des variations apportées par les phénomènes démographiques (tableau XXI); cet effet équivaut à peine à celui d'un solde migratoire de 12 000 personnes par année (projection 1M). Par contre, une telle hausse a presque autant d'effet, sur le poids que représente l'ensemble des personnes jeunes et âgées, qu'un solde migratoire de 24 000 personnes et une hausse de fécondité de 0,5 enfant par femme réunis (48,9 % d'augmentation selon la projection 3F comparativement à 49,6 % selon la projection 1 et l'hypothèse d'une amélioration générale des taux d'emploi) et un effet légèrement inférieur à celui de l'arrêt des gains sur la mortalité pendant une période de 50 ans (projection 1S).

Cependant, la hausse des taux en emploi a des limites qu'une décroissance importante comme celle engendrée par la projection 1 n'a pas. Il est difficile en effet d'imaginer comment la croissance du taux d'emploi peut pallier longtemps à une baisse de la population d'âge actif de 20 % tous les 25 ans.

3.4.3 Facteurs non démographiques

Les facteurs que sont les seuils d'entrée et de sortie de l'activité professionnelle de même que le taux général d'emploi ont une influence non négligeable mais limitée sur le rapport de dépendance qui concerne uniquement les personnes âgées (tableau XXI). Ils peuvent cependant grandement atténuer l'augmentation importante du niveau général de la dépendance. En effet, si la fécondité se maintient à son niveau actuel et que la mortalité poursuit sa baisse durant encore 50 années, la charge générale (population sans emploi) que supporte la population en emploi pourrait augmenter, en l'absence de mouvements migratoires, de près de 50 % et, en présence de mouvements migratoires modérés, de près de 40 % sous l'action du triplement de la charge que représentent les personnes âgées. Une simple amélioration de 7 points de pourcentage de la population en emploi pourrait diminuer cette augmentation de plus de la moitié alors qu'un retard de cinq ans du moment où une personne devient dépendante a un effet, à peu près, aussi important. Le seul déplacement de cinq ans des taux d'activité des travailleurs âgés fournit, en effet à long terme, un nombre de travailleurs (en équivalent plein traitement) légèrement plus élevé que l'hypothèse d'amélioration générale du taux d'emploi (tableau XXII). Si on considère

Tableau XXII - Variation entre 1991 et 2066 de la population qui supporte la charge des dépendants selon plusieurs hypothèses et projections démographiques, Québec

Proj.	Groupe d'âge				20-64 ans en emploi			
	20-64	20-59	20-69	20-64 + 1/2(65+)	Taux constants	Taux + F	Taux + M F	Report* de 5 ans
1991	100	93	106	100	100	102	112	109
2066								
1	67	59	76	81	63	65	73	74
1M	85	75	95	100	82	84	93	95
1F	100	89	111	116	96	99	109	111
2	83	73	93	96	79	82	90	92
3	99	88	109	111	95	98	108	109
1S	64	57	72	73	61	63	70	71
1T	67	59	76	83	64	66	73	75
2M	101	90	112	115	97	100	111	112
3F	134	120	146	147	130	133	147	147

* Augmentation du nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans en emploi (en équivalent plein traitement) résultant de l'hypothèse suivante : seuls les taux en emploi des travailleurs les plus âgés s'élèvent, les taux à 50-54 ans devenant ceux des 55-59 ans et ainsi de suite (les taux à 50-54 ans étant également augmentés en conséquence). Voir la section 2.5.6.

Source : Annexe D

la possibilité que les taux d'emploi après l'âge de 65 ans augmentent également, la réduction de l'augmentation de la charge serait encore plus importante (14 % entre 1991 et 2066 dans la projection 1 et 9 % dans la projection 1M, annexe D).

Rappelons que ces rapports de dépendance accordent le même poids aux personnes dépendantes quel que soit leur âge. De plus, ces rapports ne reconnaissent pas le fait que si une partie des personnes âgées sont dépendantes financièrement, plusieurs contribuent, au contraire, aux revenus de l'État (voir la section 2.6.2). Ainsi, dans la projection 1M, l'apport des personnes âgées équivaut à une augmentation de la population d'âge actif de 15 %. La prise en compte de ce facteur a encore plus d'influence, sur l'évolution de la population qui supporte la dépendance, que l'allongement de la vie active de cinq ans ou qu'une amélioration de sept points de pourcentage de la population âgée de 20 à 64 ans qui détient un emploi en équivalent plein

traitement (tableau XXII). Cet avantage comparatif s'atténue, cependant, si la fécondité est à la hausse, ou encore, si la mortalité est stable.

3.5 Vue d'ensemble

La population du Québec croît encore sous le poids de son évolution démographique passée mais cette croissance cache des évolutions différentes par groupe d'âge et ne peut durer si la fécondité demeure à son niveau actuel. Selon l'importance des mouvements migratoires, la population du Québec décroîtra à un rythme plus ou moins rapide au siècle prochain (de 20 % tous les quarts de siècle si les échanges avec l'extérieur sont nuls, et plus probablement de 9 % dans la perspective d'un solde migratoire modéré). Phénomène également nouveau, la population d'âge actif est appelée à diminuer au moment où les générations du baby boom basculeront dans le groupe des 65 ans ou plus. En présence de mouvements migratoires modérés (solde positif de 12 000 personnes par année) et d'un relèvement de la fécondité (1,85 enfant par femme), la décroissance de la population totale pourrait être pratiquement évitée.

Même en l'absence de nouveaux gains d'espérance de vie, l'augmentation importante de la population âgée (65 ans ou plus) et très âgée (85 ans ou plus) se poursuivra pendant de nombreuses décennies, jusqu'en 2031 dans le premier cas et jusqu'en 2046 dans le second. Si la baisse de la mortalité persiste, la hausse se poursuivra un peu plus longtemps et sera plus imposante. Ainsi, comparativement à une situation de mortalité stable, les nombres de personnes âgées et très âgées pourraient être plus élevés de 10 % et 22 % en 2016 et de 31 % et 68 % en 2041. La mortalité crée donc une incertitude non négligeable du nombre d'aînés après quelques décennies seulement et, à long terme, une incertitude importante. De plus, la poursuite des tendances récentes atténue le déséquilibre des sexes chez les jeunes aînés.

La poursuite du vieillissement de la population est donc inévitable et, même dans des scénarios fort optimistes (fécondité au seuil de remplacement des générations et mouvements migratoires très importants), le pourcentage de personnes âgées doublera et atteindra plus de 20 % au siècle prochain. Si, par ailleurs, les conditions actuelles se maintenaient (1,6 enfant par femme, mouvements migratoires modérés et poursuite de la baisse de la mortalité), ce pourcentage atteindra au moins 28 % à partir de 2036. Le Québec ne franchira cependant que,

vers 2016, soit dans deux décennies, le cap de 18 % de personnes âgées, proportion déjà atteinte par la Suède en 1991 (Nations Unies, 1995).

La poursuite de la baisse de la mortalité aura autant d'effet dans l'avenir sur le vieillissement démographique qu'un relèvement important de la fécondité, quoiqu'en sens contraire, modifiant d'environ cinq points le pourcentage de la population âgée en 2041 et de huit points en 2066. Un fort accroissement des rapports de dépendance aura lieu entre 2011 et 2031.

Les phénomènes démographiques qui ont, à long terme, le plus d'impact sur ce rapport sont la mortalité, la fécondité et, dans une moindre mesure, les mouvements migratoires. Quand on considère le niveau général de la dépendance, des facteurs socio-économiques comme l'âge à la retraite ou la fraction de la population en emploi peuvent avoir une action considérable et atténuer ou, au contraire, exacerber cette évolution. Dans ce cas, ces facteurs ont une action supérieure à celle des phénomènes démographiques. Mais, quand on ne considère que la dépendance des personnes âgées, l'augmentation relative est beaucoup plus importante et l'action des facteurs socio-économiques apparaît bien tenue en regard des variations engendrées par les phénomènes démographiques.

Toutefois, les rapports de dépendance peuvent mal rendre compte de l'évolution des dépenses publiques due aux changements démographiques. D'une part, les différents groupes d'âge n'entraînent pas tous les mêmes coûts et ne peuvent donc avoir le même poids, et d'autre part, une bonne partie des personnes âgées doivent être comptabilisées dans le groupe de la population qui contribue au financement des dépenses publiques.

CHAPITRE IV

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

L'évolution de l'ensemble des dépenses de santé et de services sociaux, résultant des hypothèses et facteurs de variations retenus, peut maintenant être établie. Dans un premier temps, les profils de consommation selon l'âge et le sexe observés en 1991 sont maintenus constants et l'effet des changements démographiques (taille et structure par âge de la population) peut être étudié en fonction de l'évolution des phénomènes démographiques (mortalité, migrations et fécondité). Les différentes composantes du système de santé, dépenses publiques selon le secteur d'activités et dépenses privées, sont alors distinguées. La modification de la charge financière est examinée de deux points de vue, celui de l'économie (fraction de la production représentée par les dépenses de santé et de services sociaux) et celui du financement des dépenses publiques, la contribution des personnes âgées aux revenus de l'État étant prise en compte. Différentes hypothèses d'évolution des taux en emploi de la population sont alors considérées. Une brève comparaison de ces résultats avec ceux d'autres études ou pays présentant un degré de vieillissement élevé, soit la Suède, est ensuite présentée.

Dans un deuxième temps, le niveau de dépenses selon l'âge et le sexe est remis en cause, notamment suite à la baisse de la mortalité. Un changement dans l'état de santé de la population est en effet considéré, l'amélioration de cet état étant fermement établie pour les niveaux qui suscitent les plus fortes dépenses, soit les niveaux sévères. Puis, une réduction de l'offre de services publics et une légère augmentation de la proportion des dépenses de santé privées des personnes âgées sont envisagées. L'effet combiné des changements dans la demande, l'offre et la capacité de production et de financement permettra ensuite d'apprécier le potentiel d'atténuation de l'ensemble des facteurs envisagés.

L'augmentation du fardeau financier résultant des dépenses de santé sera ensuite comparée à celle occasionnée par un ensemble de dépenses sociales qui impliquent les jeunes, les adultes d'âge actif et les personnes âgées et, en particulier, à celle des pensions et rentes, autre secteur fortement marqué par le vieillissement démographique. L'évolution des différents rapports de dépendance sera alors rappelée.

4.1 Coûts constants selon l'âge et le sexe

4.1.1 Dépenses publiques

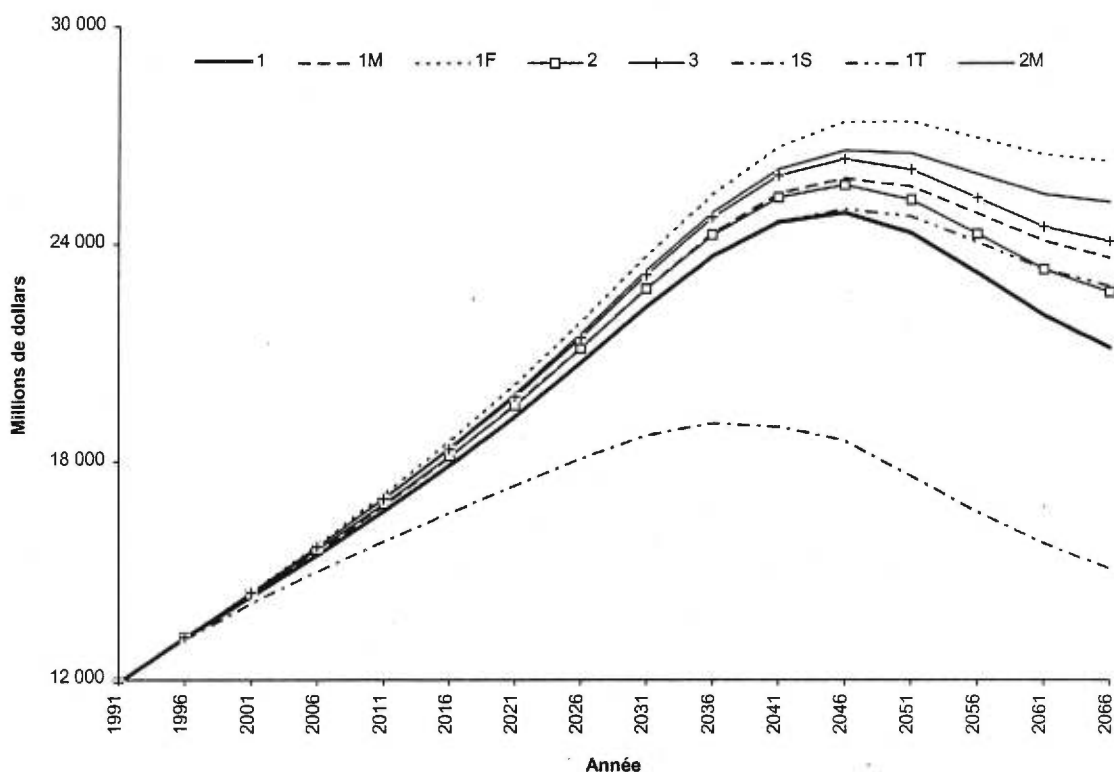
La grande sensibilité du secteur de la santé et des services sociaux au nombre de personnes âgées et très âgées apparaît à la figure 16, puisque les dépenses publiques de santé continuent de s'élever longtemps après que la population eut cessé de croître et même un peu après qu'il en eut été ainsi pour la population âgée. Ces dépenses pourraient, en effet, augmenter de moitié d'ici 25 ans et doubler d'ici 50 ans (en dollars constants) dans la perspective d'une baisse de mortalité jusqu'en 2041 et de coûts constants selon l'âge (et le sexe). Le niveau de dépenses sera maximal en 2046, moment où le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus sera également à son point le plus élevé, puis il déclinera de façon plus ou moins importante selon l'évolution démographique (figure 16 et annexe E).

Le rythme d'accroissement des dépenses, dû aux changements démographiques, ne sera pas différent, dans le prochain quart de siècle, de celui de la période 1971-1991, atteignant 1,6 % par année en moyenne; il diminuera cependant, dans le suivant, à 1,3 % par année (projection 1). En présence de mouvements migratoires modérés (projection 1M), ces taux d'accroissement sont sensiblement les mêmes, atteignant respectivement 1,7 % et 1,4 % par an. C'est donc en début de période, soit dans la présente décennie, que le taux d'accroissement annuel est le plus élevé. Il décline lentement, par la suite, demeurant supérieur à 1,5 % jusqu'en 2031.

Ce portrait n'est pas modifié par l'adoption d'une définition stricte de la santé qui exclurait les dépenses d'adaptation sociale, l'accroissement des dépenses n'étant que légèrement majoré (tableau XXIII, projection 1M). Le taux d'accroissement annuel des dépenses est, par exemple, le même ou plus élevé de 0,1 % selon les périodes. La hausse des dépenses qui en résulte est supérieure de 4 points de pourcentage en 2016 et de 9 points en 2041 (projection 1).

Le rythme d'augmentation des dépenses découle de deux mouvements différents, mouvements qui ne sont pas sans conséquences sur la capacité de les financer (tableau XXIII, projection 1M). L'effet de la taille de la population se réduit sans cesse, devenant même négatif

Figure 16 - Évolution des dépenses publiques de santé et de services sociaux à coûts constants selon l'âge et le sexe, selon différentes projections démographiques, Québec, 1991 à 2066



Source : Annexe E

au tournant des années 30 du prochain siècle, alors que l'effet du vieillissement démographique¹³⁷ prend, au contraire, de l'importance augmentant jusqu'en 2031 et demeurant positif jusqu'en 2051 et même au-delà, si la baisse de la mortalité se poursuivait durant toute la période étudiée (annexe E, projection 1T). L'effet du vieillissement, qui fut de 0,9 % en moyenne sur la période 1971-1991, passe ainsi à 1,1 % par année, en début de période, et à 1,7 %¹³⁸ au tournant des années 30 du prochain siècle.

¹³⁷ L'effet du sexe s'est avéré nul sur l'ensemble de la période. Il peut cependant entraîner, dans certains lustres, une variation, positive ou négative, minime et négligeable du taux d'accroissement annuel de 0,01 %. À aucun moment, il n'entraîne une variation de plus de 0,2 % du montant des dépenses.

¹³⁸ 1,5 % en présence de mouvements migratoires modérés.

Tableau XXIII - Évolution (en %) des dépenses de santé et de services sociaux par décennie selon le secteur d'activités, effet de la taille de la population et du vieillissement démographique, projection 1M, et des dépenses relatives selon différentes projections, Québec, 1991 à 2061							
	1991- 2001	2001- 2011	2011- 2021	2021- 2031	2031- 2041	2041- 2051	2051- 2061
Projection 1M	Décomposition en facteurs						
Total	20	17	17	16	11	1	- 6
Taille de la population	7	4	2	0	- 2	- 4	- 4
Vieillessement	12	13	14	16	14	5	- 2
Projection 1M	Évolution des dépenses selon le secteur d'activités						
Total sans adaptation sociale	22	19	17	17	12	1	- 6
Santé physique	19	18	17	13	6	- 3	- 5
Intégration sociale	35	27	23	28	26	6	- 8
Services médicaux	13	11	10	7	2	- 3	- 4
Santé mentale	13	10	7	4	0	- 3	- 4
Adaptation sociale	- 2	- 7	- 5	- 4	- 5	- 4	- 4
Santé publique	7	4	2	0	- 2	- 4	- 4
RAMQ, autres	21	18	27	22	2	- 4	- 3
Projection	Dépenses						
1	20	16	16	16	10	- 1	- 9
1M	20	17	17	16	11	1	- 6
1F	21	19	18	18	13	3	- 3
2	21	17	16	16	11	0	- 8
3	21	18	17	17	12	1	- 6
1S	18	12	10	8	1	- 7	- 11
1T	20	16	16	16	10	1	- 6
2M	21	18	17	17	12	2	- 4
Projection	Dépenses / emploi (20+ ans, équivalent plein traitement)						
1	13	18	24	28	20	8	0
1M	13	17	22	24	16	5	- 2
1F	13	16	20	22	14	5	- 1
2	14	19	23	24	16	3	- 4
3	14	20	23	21	13	0	- 7
1S	12	14	19	20	11	2	- 1
1T	13	18	24	28	20	10	3
2M	14	18	21	21	13	2	- 4
Source : Annexe E							

Ces changements s'accompagneront de variations importantes dans la proportion des dépenses consacrées aux personnes âgées. Celle-ci, de 41 % en 1991, passera à plus de 55 % en 2016 et à 75 % en 2041 et à près de 80 % en 2066 (moins de 70 %, en 2041 et 2066, si la mortalité se stabilisait au niveau de 1991).

Une évolution différente des phénomènes démographiques a peu d'influence sur l'évolution du niveau de services requis à court terme et, sauf pour la mortalité, à moyen terme (figure 16 et tableau XXIII). Dans l'hypothèse où la baisse de la mortalité n'a aucun effet sur les coûts selon l'âge, l'arrêt de la baisse de la mortalité permettrait, en effet, une réduction de 7 % des dépenses prévues en 2016 mais de 23 % en 2041 et de 29 % en 2066. L'augmentation anticipée de 107 % sur 50 ans serait ainsi presque réduite de moitié, passant à 59 %. L'arrêt de la baisse de la mortalité sur une période de 75 ans crée, bien sûr, une différence encore plus importante du montant des dépenses (de 52 % entre les projections 1S et 1T)¹³⁹. La plus forte variation, après celle causée par la mortalité, provient des mouvements migratoires (8 % en 2041 et 24 % en 2066) et non de la fécondité (5 % et 14 %). Nous verrons, cependant, un peu plus loin, qu'il en est autrement quant à la capacité de financer ces dépenses.

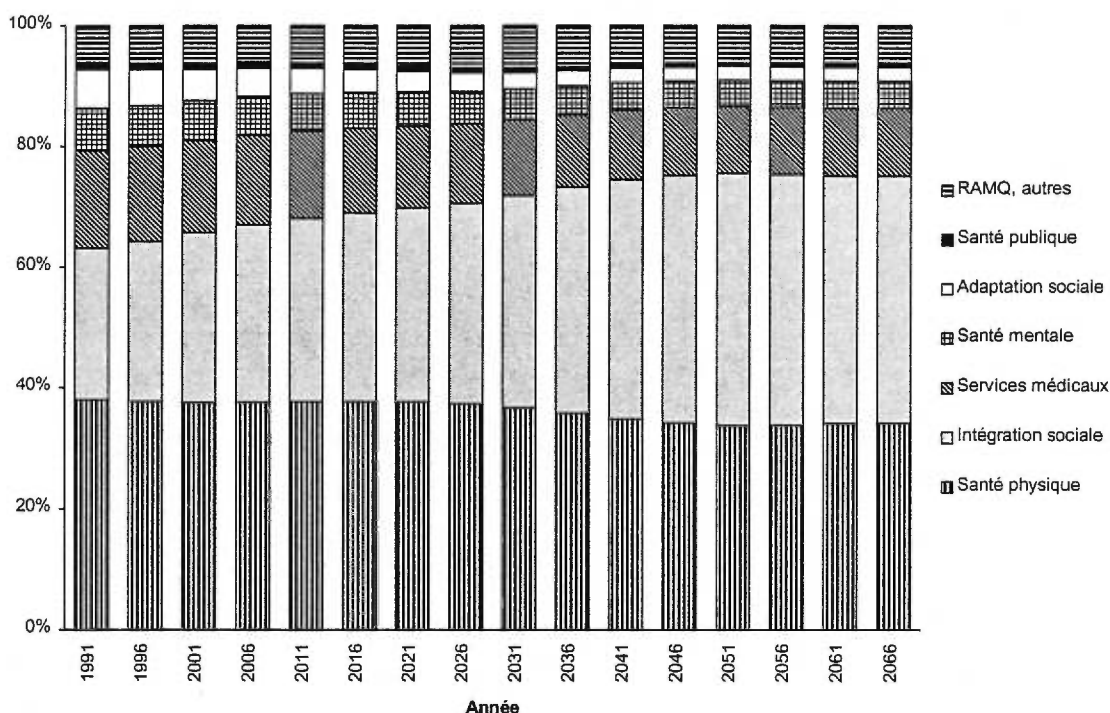
Les différents secteurs d'activités subissent des évolutions fort variables (tableau XXIII pour la projection 1M et annexe E)¹⁴⁰. Plus la croissance des dépenses avec l'âge dans un secteur est accentuée (figure 2 et annexe A), plus l'augmentation relative des dépenses est susceptible d'être élevée. Ainsi, selon les modèles de consommation actuels, les besoins en services d'intégration sociale sont multipliés par plus de 3, entre 1991 et 2041, alors que les besoins en services de santé physique le sont par près de 2¹⁴¹ et que les services médicaux ne devraient croître que de 50 %. Par conséquent, le vieillissement démographique devrait entraîner une augmentation des dépenses d'intégration sociale 5 fois plus forte (6 fois en 2066) que celles des services médicaux et 2,5 fois plus forte (3 fois en 2066) que celle des services de santé physique.

¹³⁹ Ces différences sont du même ordre de grandeur que les variations dans le nombre de personnes âgées entre ces deux projections puisque celles-ci varient essentiellement par le nombre de personnes âgées, seule l'hypothèse de mortalité changeant.

¹⁴⁰ Sauf en fin de période, la nouvelle structure par âge ayant à peu près atteint la stabilité.

¹⁴¹ Les dépenses pour les programmes complémentaires de santé administrés par la RAMQ auraient également fortement augmenté si le programme de médicaments était demeuré le même.

Figure 17 - Évolution de la composition des dépenses publiques de santé et de services sociaux selon le secteur, projection 1M, Québec, 1991 à 2066



Source : Annexe E

Par ordre décroissant, on retrouve ensuite les services de santé mentale, de santé publique et d'adaptation sociale. Dans ce dernier secteur, les dépenses devraient même (théoriquement) diminuer à compter de 1996. Ce portrait n'est modifié que très légèrement par les différentes hypothèses démographiques (annexe E).

La distribution des dépenses selon le secteur d'activités va donc se modifier graduellement (figure 17, projection 1M). Puisque seul le secteur des services destinés aux personnes en perte d'autonomie, le secteur de l'intégration sociale, a une progression des dépenses avec l'âge supérieure à la moyenne, c'est également le seul secteur qui voit son poids relatif augmenter. Celui-ci est majoré de 14 points de pourcentage entre 1991 et 2041, passant de 24,1 % à 38,9 %. C'est aussi le secteur dont les dépenses augmentent le plus tardivement, jusqu'en 2046 ou 2051 selon la projection. Le secteur de la santé physique, dont la progression des dépenses avec l'âge n'est que légèrement inférieure à la moyenne, ne perd que trois points de pourcentage entre 1991 et 2041 et cesse d'être le premier poste en importance vers 2036.

On peut cependant imaginer les difficultés à développer des services très spécialisés et à former du personnel pour rencontrer des besoins qui ne seront que temporaires. Ainsi, les services nécessaires en santé physique, dans la période 2036-2046, ne seront que passagers et, quinze ans plus tard, soit dès l'année 2061, le niveau de services requis sera redevenu celui de l'année 2021.

4.1.2 Dépenses publiques et privées

L'augmentation des dépenses privées avec l'âge est bien plus faible que celle des dépenses publiques car les premières présentent peu de variations selon l'âge (section 2.2.2). La croissance des dépenses publiques et privées est donc fort différente. Néanmoins, la prise en compte des dépenses privées change peu l'évolution, le secteur public représentant les trois quarts des dépenses de santé. Les dépenses totales n'augmentent donc qu'un peu moins que les dépenses publiques (tableau XXV). Ainsi, la majoration des dépenses totales atteindrait, dans la projection 1, 42 % en 2016, celle des dépenses publiques, 50 %, et celle des dépenses privées, 18 %. En 2041, ces majorations seraient respectivement de 83 %, 106 % et 11 %.

4.1.3 Dépenses publiques relatives

La progression de la charge financière que représentent les dépenses publiques de santé et de services sociaux dépend de l'évolution de deux termes, les dépenses (le numérateur) et la capacité de les financer à même la richesse collective produite et les revenus gouvernementaux (le dénominateur).

Deux points de vue peuvent être considérés, celui de l'économie et de la production nationale, seul le facteur travail étant alors retenu, et celui des revenus gouvernementaux et des transferts intergénérationnels¹⁴², la participation des personnes âgées au financement des services étant également prise en compte. D'autres facteurs que le travail interviennent dans l'évolution

¹⁴² Nous ne prétendons pas, pour autant, présenter une comptabilité stricte des transferts entre générations, ceux-ci impliquant des calculs autres que ceux que nous avons effectués. On en retrouvera cependant un exemple chez Gauthier (1995). Cet auteur semble néanmoins ne considérer que l'apport des actifs au financement des dépenses publiques alors que leur contribution, comme nous le verrons maintenant, sera loin d'être négligeable dans l'avenir sous la seule action de leur nombre.

du PIB mais nous avons choisi de postuler que l'augmentation de la productivité et de la richesse collective se répercute sur les salaires du secteur et donc sur les coûts unitaires (section 2.1.2). Il est possible toutefois que cette hausse ne se réalise pas entièrement dans le secteur de l'intégration sociale, secteur le plus sensible à l'évolution de la mortalité, puisque le développement pourrait s'y faire par des modes de prestation de services différents des modes actuels.

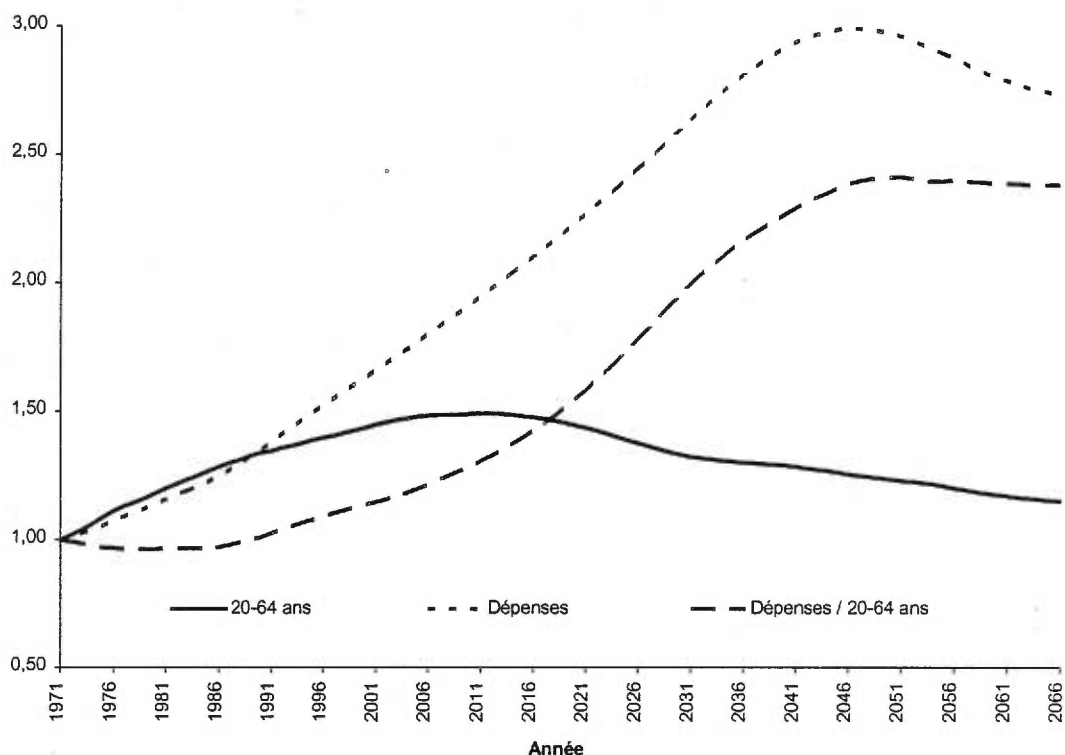
À noter que les projections démographiques qui entraînent une plus forte croissance démographique, soit par un redressement de la fécondité, soit par un solde migratoire plus important, entraînent un niveau de dépenses plus élevé (figure 16) mais une augmentation de la charge financière plus faible (figure 20). Elles induisent en effet une plus grande capacité de financement (population d'âge actif, figure 10).

4.1.3.1 Fardeau pour l'économie

Jusqu'à récemment, l'augmentation des dépenses due aux changements démographiques (calculée selon les dépenses selon l'âge et le sexe de 1991) et la croissance de la population d'âge actif, les 20-64 ans, ont suivi une évolution semblable permettant théoriquement une stabilité, voire une légère diminution, de la charge financière (figure 18). Mais il n'en est plus ainsi depuis la fin des années 80. Le phénomène de la croissance différentielle des dépenses et de la taille de la population d'âge actif, les 20-64 ans, est donc un phénomène très récent et c'est justement à partir du moment où ces deux courbes se séparent que la charge financière devrait entreprendre une ascension rapide.

Comme proportion de la production, approchée par le facteur travail à taux d'emplois (en équivalent plein traitement) selon l'âge et le sexe constants, les dépenses publiques de santé présentent donc une évolution différente de celle des dépenses absolues (tableau XXIII et figure 19, projection 1M). La charge financière ainsi déterminée apparaît, en effet, plus favorable dans un premier temps (surtout dans la présente décennie) mais moins favorable par la suite, en raison de la diminution de la taille de la population en emploi (annexes D et E). Celle-ci tient essentiellement à la baisse de la population en âge de travailler mais s'y ajoute une légère baisse (de quelques points de pourcentage) due au vieillissement de cette population, les taux d'emploi

Figure 18 - Évolution relative de la population d'âge actif, des dépenses publiques de santé et de services sociaux à coûts constants selon l'âge et le sexe, et de la charge financière par personne d'âge actif, projection 1M, Québec, 1971 à 2066 (1971=1,00)

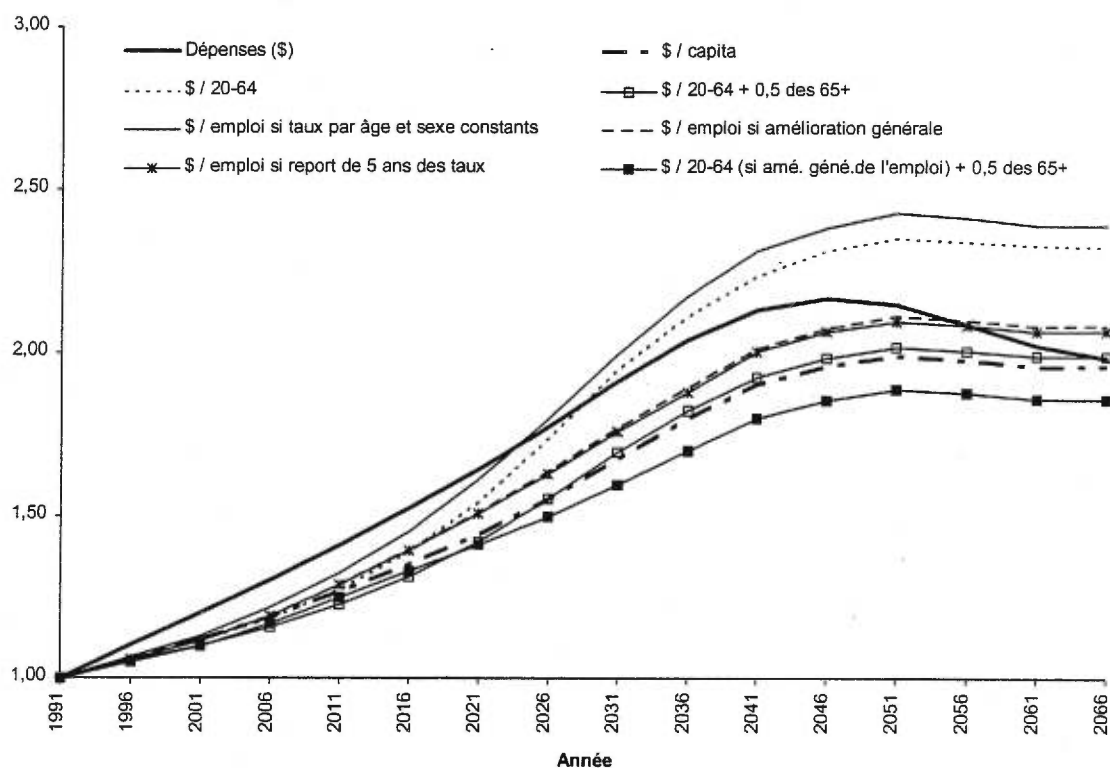


Sources : Statistique Canada, 1993c, annexes D et E

diminuant à compter d'un certain âge (figure 19). Cet effet de la structure par âge demeure tenu alors qu'au contraire le fossé s'élargit dans le temps entre le nombre des actifs et le montant des dépenses publiques de santé. Le fardeau s'élève de façon extrêmement rapide dans les prochaines décennies, particulièrement au moment où les générations du baby boom basculent dans le groupe des personnes âgées, soit de plus de 20 % par décennie (tableau XXIII et figure 19). L'augmentation la plus importante est observée entre 2016 et 2031, période pendant laquelle le taux d'accroissement annuel de la proportion de la production accaparée par les dépenses de santé atteint 2,1 % (2,4 % en l'absence de mouvements migratoires). Dans la présente décennie, il est de 1,2 %.

Avec l'extinction progressive des générations du baby boom, le montant des dépenses diminue mais la capacité de financement aussi. Dans l'hypothèse du maintien des conditions

Figure 19 - Évolution relative des dépenses publiques de santé et de services sociaux et de la charge financière qu'elles représentent selon différentes hypothèses de taux d'emploi et de contribution des personnes âgées, projection 1M, Québec, 1991 à 2066 (1991=1,00)

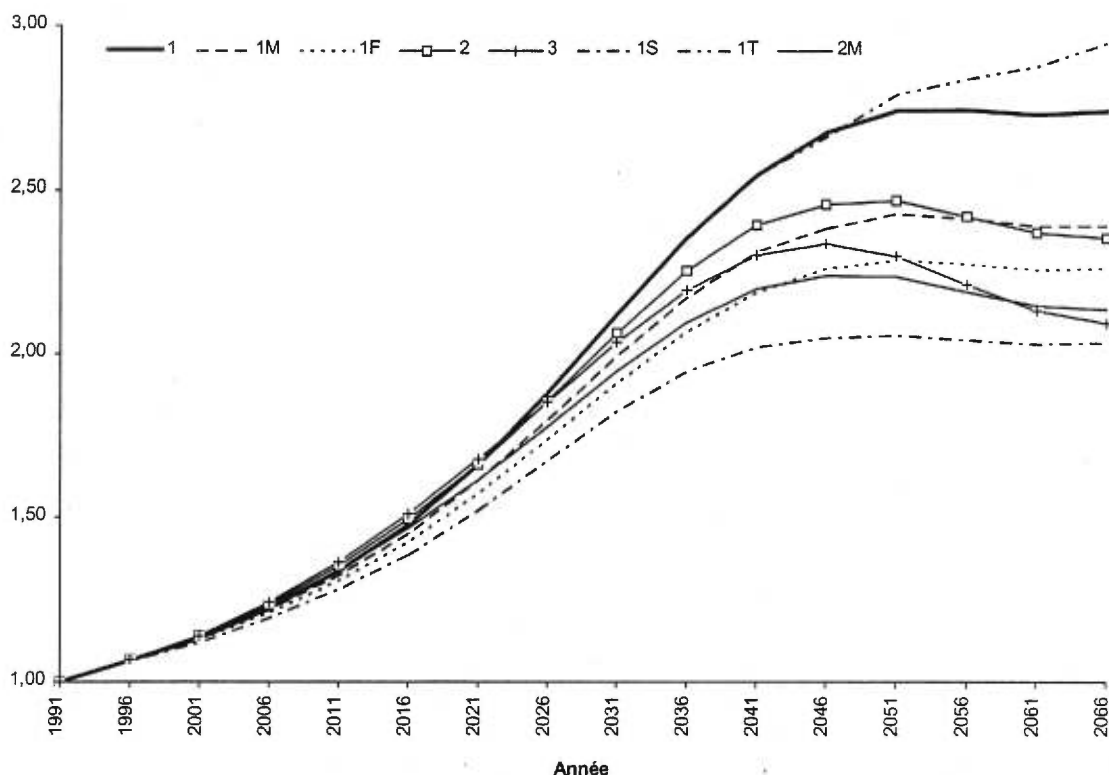


Source : Annexe E

démographiques actuelles - 1,6 enfant par femme, solde migratoire modéré et taux d'emploi constants - le fardeau sur la production nationale se stabilise, à partir de 2046, à un niveau qui représente 2,4 fois le niveau actuel et, en l'absence de mouvements migratoires, à 2,7 fois le niveau actuel (figure 20 et annexe E).

Un mouvement migratoire plus important a une influence un peu plus grande (2,3 le niveau actuel). Une hausse prochaine de fécondité permettrait, au contraire, une diminution du poids relatif des dépenses de santé, plus ou moins importante selon la valeur atteinte (à 2,4 ou 2,1) alors que la poursuite de la baisse de la mortalité retarderait le moment où le fardeau se stabiliserait et l'amplifierait, celui-ci atteignant en fin de période trois fois la valeur actuelle (figure 20 et annexe E). Même en l'absence de nouveaux gains sur la mortalité, la proportion du secteur public de la santé dans la production nationale serait multipliée par deux.

Figure 20 - Évolution relative de la charge financière représentée par les dépenses publiques de santé et de services sociaux, à taux d'emploi constants, selon différentes projections démographiques, Québec, 1991 à 2066 (1991=1,00)



Source : Annexe E

Comparativement à l'évolution des dépenses absolues, l'évolution du fardeau relatif aboutit à des situations plus variées selon les projections démographiques, bien que l'évolution de la mortalité apparaisse toujours le phénomène le plus marquant des hypothèses envisagées (figures 16 et 20). À court terme, c'est un solde migratoire prononcé qui, après l'arrêt de la baisse de la mortalité, a le potentiel le plus grand pour réduire la hausse du fardeau relatif (figure 20). Vers 2041, un solde migratoire et une hausse de fécondité modérés ont un effet aussi important (projection 2M). En fin de période cependant, une hausse de fécondité au seuil de remplacement a un potentiel de baisse du fardeau financier plus grand que la combinaison d'un solde migratoire et d'une hausse de fécondité modérés, et encore plus qu'un solde migratoire élevé (tableau XXIII).

Les améliorations importantes des taux d'emploi envisagées à la section 2.5 ont des effets modestes en regard des hausses prévisibles de la charge financière. Une amélioration des

taux d'emploi féminins suivie, soit d'une hausse générale de l'emploi, soit d'un report de la sortie d'activité de cinq ans, diminue en effet le fardeau relatif d'environ 13 % autant en 2041 qu'en 2066 alors que les hausses prévues, en présence de mouvements migratoires modérés, atteignent plus de 130 % à compter de 2041 (figure 19, projection 1M, et annexe E). Ces réductions qui apparaissent bien limitées sont cependant aussi, sinon plus importantes, que celles permises par les changements démographiques à moyen terme (annexe E). À très long terme cependant, la baisse obtenue est du même ordre de grandeur que celle permise par des changements modérés de la fécondité ou du solde migratoire (13 % et 14 % en 2066).

4.1.3.2 Capacité de financement

Du côté des finances publiques, la prise en compte de la contribution des personnes âgées diminue la progression du fardeau financier de façon un peu plus importante que les améliorations de l'emploi déjà considérées (figure 19). En effet, avec la contribution actuelle des deux grands groupes d'âge, telle qu'établie à la section 2.6.2, soit une demi-contribution d'une personne âgée de 65 ans ou plus pour une contribution d'une personne âgée de 20 à 64 ans, l'augmentation pour la population d'âge actif n'est plus, dans la projection 1M, que de 31 % en 2016, 92 % en 2041 et 99 % en 2066. Pour la population de cet âge en emploi, qui croît moins rapidement à taux d'emploi selon l'âge et le sexe constants, l'augmentation atteint 38 %, 100 % et 106 %¹⁴³. L'apport de la population âgée diminue donc la charge de la population âgée de 20 à 64 ans en emploi de 6 % en 2016 et de 15 % en 2041 et en 2066. L'indicateur se situe très près de celui des dépenses per capita (figure 19). Ainsi, si on tient compte de la contribution des personnes âgées au financement des dépenses publiques, l'augmentation de la charge financière tient essentiellement à l'effet du vieillissement démographique sur les dépenses absolues.

Si cette contribution relative est à peu près stable dans le temps, la part des personnes âgées dans les revenus de l'État québécois passe de 6 % à 8 % entre 1971 et 1991 et devrait atteindre 13 % en 2016 puis 21 % à partir de 2036 sous le seul poids de leur nombre (projection 1M).

¹⁴³ La contribution, égale à 1, de chaque personne du groupe d'âge 20-64 ans est réduite ou majorée dans la même proportion que le taux en emploi (en équivalent plein traitement) de ce groupe d'âge.

L'augmentation du fardeau demeure néanmoins encore fort importante pour tous les contribuables et celle du fardeau de la population en emploi n'est qu'atténuée. Si, par ailleurs, l'hypothèse d'amélioration générale des taux d'emploi des 20-64 ans se réalisait au moment de la contraction de la population d'âge actif, alors l'augmentation de la charge financière atteindrait 33 % en 2016, 80 % en 2041 et 86 % en 2066 (projection 1M). Dans ce cas, la baisse du fardeau prévu est de 9 % en 2016 et de 23 % en 2041 et 2066. Sans être négligeable, l'effet de ces deux facteurs - la contribution des personnes âgées et une amélioration générale de l'emploi - demeure donc limité. Il est cependant équivalent à celui, à long terme, d'une hausse (prochaine) de fécondité au seuil de remplacement des générations ou d'un arrêt sur 50 ans de la baisse de la mortalité.

4.1.3.3 Comparaison avec les résultats antérieurs et la Suède

Si on compare ces résultats avec ceux obtenus par d'autres auteurs, on peut en conclure, pour des hypothèses semblables, une hausse plus élevée d'environ 50 points de pourcentage. Ainsi, Lux (1982, tableau 24), pour un certain nombre de postes de dépenses publiques qui impliquent une forte progression avec l'âge mais après avoir tenu compte de facteurs organisationnels¹⁴⁴, obtient, pour une hypothèse de fécondité relativement élevée, un solde migratoire nul et une espérance de vie à la naissance d'environ 75 ans à partir de 2001, un doublement du fardeau par adulte actif entre 1980 et 2051 (tableau I) alors que les résultats de la projection 2, qui implique les mêmes hypothèses démographiques sauf pour la mortalité (84,6 ans à partir de 2041), indiquent que le fardeau est multiplié par 2,5 en 2051 (par 2,4 si on considère le même nombre de décennies, soit la période 1991-2061). Henripin (1994, tableau 3), avec des postes de dépenses qui impliquent une progression avec l'âge légèrement supérieure à celle que nous avons établie, une espérance de vie inférieure de 5 ans (79,5 en 2010), en arrive à un facteur de multiplication de 1,9 entre 1986 et 2041 si la fécondité remonte au seuil de remplacement des générations (tableau II) alors que le facteur obtenu en 2041 (ou 2046) dans la projection 3 est de 2,3. Murphy et Wolfson (1992, tableau 1, et tableau II), pour le Canada, avec une hypothèse de solde migratoire important et d'espérance de vie d'environ 80,6 années, obtiennent une augmentation du fardeau relatif entre 1986 et 2036, tenant compte d'une

¹⁴⁴ Taux d'inoccupation dans les centres hospitaliers et utilisation inadéquate des ressources dans le secteur des centres d'hébergement

augmentation des taux d'activité, de 73 % si la fécondité demeure à 1,67 et de 69 % si elle s'élève à 2,1 (tableau II). Les projections 1F et 3F indiquent, pour une faible amélioration des taux d'emploi due à l'activité féminine, des augmentations de 112 % et 98 % entre 1991 et 2041.

Trop de différences existent entre ces différentes projections pour qu'on puisse isoler l'effet de la prolongation de la baisse de la mortalité. Rappelons toutefois que le gain de 7,4 années d'espérance de vie en 2041 crée une différence dans l'augmentation du fardeau par personne active (ou en emploi) de 53 points de pourcentage en 2041 et de 70 points en 2066.

On peut également examiner la situation de la Suède actuelle, dont la proportion de personnes âgées est égale à celle qu'atteindra le Québec vers 2016 (18 %). Les dépenses publiques et privées de santé y atteignent 8,4 % du PIB en 1991, ce qui est apparemment bien mieux que la situation québécoise, environ 10 % du PIB mais 11 % de personnes âgées¹⁴⁵. Si on inclut cependant, dans les données suédoises, tous les services sociaux pour les personnes âgées, dont l'aide à domicile et tous les types d'hébergement, la proportion du PIB grimpe à 12,5 %, selon Thorslund et Parker (1995). L'atteinte par le Québec de la situation suédoise indique une augmentation d'au plus 29 % lorsque la proportion de personnes âgées sera de 18 % alors qu'à coûts constants les projections démographiques indiquent une augmentation d'au moins 45 % pour un univers similaire de dépenses (dépenses d'adaptation sociale exclues, mais plus restreint dans le cas du Québec, les dépenses suédoises comprenant les subsides pour le logement et des services de transport). Bien sûr, une offre de services différente ne constitue pas l'unique variation entre les situations québécoise et suédoise, les taux d'emploi, par exemple, y sont différents. Cette comparaison semble, néanmoins, indiquer qu'une marge de manœuvre existe sans que celle-ci soit faramineuse.

4.2 Coûts selon l'âge et le sexe à la baisse

Deux types de facteurs sont ici considérés, l'un qui concerne les caractéristiques de la population (son état de santé), et l'autre, les changements qui s'opèrent ou risquent de s'opérer du côté de l'offre de services.

¹⁴⁵ En appliquant la structure par âge suédoise aux dépenses selon l'âge canadiennes, la proportion du PIB atteindrait 11,9 % (Thorslund et Parker, 1995). À structure par âge égale, les dépenses de santé, en proportion du PIB, seraient donc supérieures de 42 % au Canada.

4.2.1 Effet de l'amélioration de l'état de santé

Si un report des années en mauvaise santé accompagne la baisse de la mortalité et se répercute sur les coûts, une baisse des dépenses prévues d'environ 9 % serait observée en 2016, de 17 % en 2041 et de 16 % en 2066. La hausse des dépenses passerait ainsi de 50 % à 36 % entre 1991 et 2016 et de 107 % à 71 % entre 1991 et 2041, dans la projection 1 (tableau XXIV).

L'hypothèse de coûts selon l'âge à la baisse s'avère aussi favorable que l'hypothèse d'absence de nouveaux gains sur la mortalité, seulement dans un premier temps (tableau XXIV), beaucoup de décès étant reportés et peu de différences étant encore sensibles dans le nombre de personnes âgées (figure 21). Par la suite, l'hypothèse du report des années de mauvaise santé demeure favorable mais se situe presque à mi-chemin entre l'hypothèse de baisse de mortalité sans baisse de coûts selon l'âge et l'hypothèse de mortalité et de coûts selon l'âge constants.

Sans nouvelle baisse de mortalité, les évolutions (relatives) du nombre de décès et du nombre de personnes âgées sont assez similaires (figure 21, projection 1S). Mais, avec une nouvelle baisse de mortalité, ces deux courbes se distinguent, le report d'un certain nombre de décès atténuant leur hausse alors qu'au contraire l'augmentation du nombre de personnes âgées devient plus importante, particulièrement après 2031 (projection 1). Il s'en suit qu'avec le temps, les différences entre les deux hypothèses de mortalité, constante ou à la baisse, s'atténuent pour le nombre de décès mais augmentent pour le nombre de personnes âgées. Les différences entre les deux hypothèses de mortalité sont donc plus fortes, dans un premier temps, pour le nombre de décès mais, après quelques décennies soit à partir de 2031, plus fortes pour le nombre de personnes âgées. De plus, contrairement à la situation où la baisse de la mortalité se prolonge encore (projection 1T), lorsqu'une limite à l'allongement de la vie humaine est atteinte (projection 1), le nombre de décès redevient supérieur dans la projection où la mortalité a baissé plus longtemps (figure 21, projection 1 comparativement à la projection 1S).

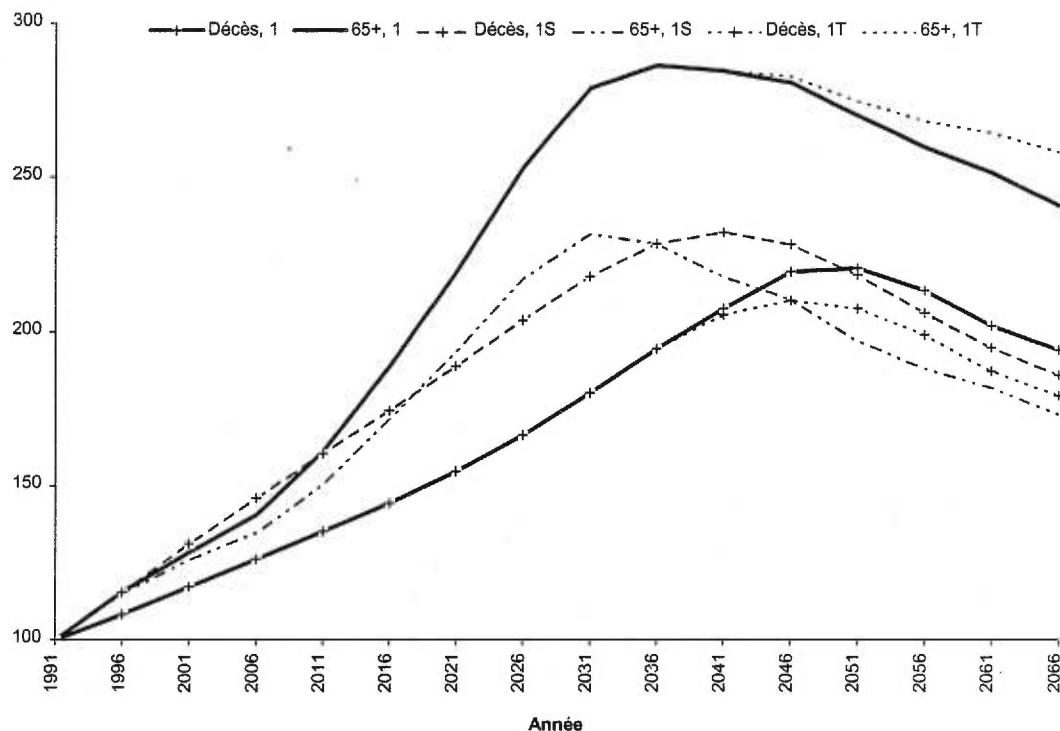
Par conséquent, le report des années vécues en mauvaise santé n'annule l'effet d'une nouvelle baisse de la mortalité qu'en début de période; à moyen terme, cette nouvelle baisse de la mortalité engendre des dépenses supplémentaires. Quelle que soit la projection démographique,

Tableau XXIV - Évolution future des dépenses publiques de santé et de services sociaux selon deux hypothèses d'évolution de la mortalité et de l'état de santé, Québec			
	Projection 1S Mortalité, morbidité et coûts constants	Projection 1 Mortalité à la baisse*, morbidité et coûts constants	Projection 1 Mortalité, morbidité et coûts à la baisse**
<i>Augmentation en %</i>			
1991-2016			
Dépenses	39	50	36
Dépenses / emploi	39	48	34
Dépenses / 20-64+0,5 des 65+	26	33	20
1991-2041			
Dépenses	59	107	71
Dépenses / emploi	102	155	111
Dépenses / 20-64+0,5 des 65+	71	105	70
1991-2066			
Dépenses	26	78	48
Dépenses / emploi	104	174	128
Dépenses / 20-64+0,5 des 65+	73	119	82
* Jusqu'en 2041			
** Baisse de la morbidité et des coûts selon l'âge et le sexe en fonction d'un nombre constant d'années vécues en mauvaise santé (voir la section 2.4)			
Sources : Annexes D et E et calculs de l'auteur			

ce report entraîne, néanmoins, une réduction de 17 % des dépenses en 2041 et du tiers de l'augmentation prévue des dépenses publiques (annexe E).

En outre, lorsque la contribution des personnes âgées au financement des services est considérée, l'hypothèse du report des années vécues en mauvaise santé annule, également à moyen terme, l'effet d'une nouvelle baisse de la mortalité sur le fardeau relatif de la population qui l'assume. À très long terme, l'effet d'une nouvelle baisse de la mortalité est même très faible, n'ajoutant que 9 points de pourcentage à la hausse prévisible (tableau XXIV).

Figure 21 - Évolution relative du nombre de décès et du nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus, selon trois hypothèses de mortalité (projections 1, 1S et 1T), Québec, 1991 à 2066 (1991=100)



Sources : BSQ et annexe D

4.2.2 Effet de l'offre de services

L'hypothèse retenue d'une baisse de 15 % des dépenses suite à une modification importante de l'offre de services en dix ans (voir la section 2.7) est appliquée également à tous les groupes d'âge et de sexe car il n'y a pas de signe d'une baisse inégale de 1991-1992 à 1994-1995 pour plusieurs indicateurs (taux de journées d'hospitalisation en soins de courte durée et taux de journées d'hospitalisation ou d'hébergement en soins de longue durée).

Cette réduction de 15 % des dépenses à tout âge change l'ordre de grandeur de la hausse prévue pour les 25 prochaines années mais occasionne peu de changements à plus long terme. Ainsi, la majoration de 48 %, entre 1991 et 2016, de la charge financière prédite par les changements démographiques si les coûts selon l'âge demeurent au niveau de l'année 1991, est

presque réduite de moitié, car elle passe à 26 % (projection 1). Cependant, la croissance bien plus importante de 155 % prévue au moment où les générations du baby boom seront très âgées, soit en 2041, n'est réduite que du quart (116 %). La charge financière, si seul ce facteur intervenait, atteindrait donc quand même alors, au moins le double de celle de 1991 (tableau XXV).

L'hypothèse très modeste d'une baisse supplémentaire de 5 % des dépenses publiques pour les personnes âgées en raison d'un déplacement de la source de financement (de publique à privée) se répercuterait par une baisse encore plus ténue des dépenses totales en 2016 (2,9 %) mais assez similaire en 2041 et 2066 (3,8 % et 3,9 % en 2066) (projection 1).

4.2.3 Effet combiné de changements dans la demande et l'offre de services

Si chacun des facteurs considérés jusqu'à maintenant change peu le portrait d'ensemble, leur synergie peut changer radicalement la situation (tableau XXV), que ce soit du point de vue du financement des dépenses publiques ou de celui de l'économie.

Ainsi, si on considère, dans un premier temps, les charges publiques sous l'action simultanée des changements dans l'offre de services (changements de pratiques et augmentation des dépenses privées pour les personnes âgées), des caractéristiques des personnes âgées (amélioration de l'état de santé) et de la capacité de financement (amélioration générale de l'emploi ou report de l'âge de la retraite et contribution des personnes âgées), on constate que l'augmentation de la charge financière dans le prochain quart de siècle est annulée et peut être fortement réduite par la suite. L'augmentation prévue de 155 % en 2041 passe, en effet, à 31 % (projection 1) et celle en 2066, de 174 % à 40 %. Par conséquent, la réduction obtenue de l'augmentation de la charge financière est de 80 % en 2041 et de 77 % en 2066 et la charge est alors diminuée de moitié (tableau XXV).

Les facteurs qui ont le plus grand potentiel de réduction de la charge financière sont, à court terme, la recherche d'efficience et la réduction de consommation (15 % par hypothèse), l'état de santé de la population (9 %) et enfin l'augmentation de la contribution financière des personnes âgées par la seule action de leur poids grandissant (5 %). L'hypothèse retenue de l'amélioration des taux d'emploi (uniquement ceux des générations féminines âgées de 35 ans ou plus entre 1991 et 2016) et celle de la réduction de la part des dépenses publiques dans le cas des

personnes âgées ont, alors, des conséquences mineures (dans chaque cas, réduction supplémentaire de 3 % des dépenses). En 2041 et 2066, l'amélioration générale de l'emploi ou la contribution des personnes âgées ont presque autant d'effet (13 %) que les deux premiers facteurs pris séparément (15 % et 17 %). Seule la réduction de la part du financement public des services aux personnes âgées a toujours un effet peu élevé (4 %).

De plus, à moyen et long terme, les phénomènes démographiques (mouvements migratoires et fécondité) ont un effet, généralement, au moins égal à chacun de ces facteurs (respectivement 14 % et 10 % en 2041 et 17 % et 24 % en 2066). Par conséquent, leur action peut venir prolonger celle des moyens qui seraient déjà mis en place (tableau XXV). Ainsi, avec un relèvement de la fécondité et des mouvements migratoires modérés (projection 2M), l'augmentation de la charge financière devient inférieure à 20 %.

Dans un second temps, si on considère le poids dans l'économie de l'ensemble des dépenses publiques et privées, les gains demeurent considérables mais sont un peu moins élevés, l'augmentation de la charge financière à long terme étant réduite de 63 % plutôt que de 77 % (projection 1). En effet, en considérant simultanément la quasi-stabilité des dépenses publiques annoncée pour la présente décennie, la baisse possible des dépenses publiques¹⁴⁶ selon l'âge suite à l'évolution de l'état de santé et l'amélioration de l'emploi, l'augmentation prévisible atteindrait, en 2016, 6 % (au lieu de 40 %), en 2041, 43 % (au lieu de 126 %) et, en 2066, 53 % (au lieu de 142 %). Entre 1991 et 2016, c'est l'action de l'offre de soins qui a un impact important, par la suite il n'y a pas de démarcation importante quant à l'effet des trois facteurs retenus. Cependant, un relèvement même modéré de la fécondité, joint à un solde migratoire moyen (projection 2M), permettrait une baisse encore importante du fardeau financier à la fin et après le passage des générations du baby boom aux âges avancés de la vie (tableau XXV).

Toutes les possibilités ne sont pas épuisées, autant en ce qui concerne la demande que l'offre de services (changements technologiques qui viendraient augmenter la productivité du secteur, effet de prix moindre que celui prévu) ou encore la capacité de financement

¹⁴⁶ Puisque les dépenses privées croissent peu selon l'âge, elles devraient être peu affectées par une baisse de mortalité.

Tableau XXV - Potentiel d'atténuation de l'évolution de la charge financière des dépenses de santé et de services sociaux pour les personnes en emploi* par différents facteurs, dépenses publiques et ensemble des dépenses publiques et privées, projection démographique 1, Québec, 1991 à 2016, 2041 et 2066				
	1991	2016	2041	2066
Dépenses publiques				
Dépenses et taux d'emploi selon l'âge et le sexe constants	1,00	1,48	2,55	2,74
Facteurs reliés à l'offre de services				
. Baisse générale de 15 %	1,00	1,26	2,16	2,33
. Baisse de 5 % pour les personnes âgées	1,00	1,44	2,45	2,64
Facteur relié à la demande				
. Amélioration de l'état de santé	1,00	1,34	2,11	2,28
Facteurs reliés à la capacité de financement				
. Amélioration générale de l'emploi **	1,00	1,43	2,21	2,38
. Contribution des personnes âgées	1,00	1,40	2,15	2,28
Changements démographiques				
. Projection 1S	1,00	1,39	2,02	2,04
. Projection 1T	1,00	1,48	2,55	2,95
. Projection 1M	1,00	1,45	2,31	2,39
. Projection 1F	1,00	1,43	2,19	2,26
. Projection 2	1,00	1,50	2,40	2,36
. Projection 3	1,00	1,51	2,30	2,10
Effet combiné				
. Offre	1,00	1,22	2,08	2,24
. Offre et demande	1,00	1,11	1,73	1,87
. Offre, demande et capacité de financement	1,00	1,01	1,31	1,40
. Offre, demande et capacité de financement et projection 1M	1,00	1,00	1,23	1,27
. Offre, demande, capacité de financement et projection 2M	1,00	1,00	1,19	1,17
. Offre, demande, capacité de financement et projection 3F	1,00	0,99	1,13	1,07

Tableau XXV- Potentiel d'atténuation de l'évolution de la charge financière des dépenses de santé et de services sociaux pour les personnes en emploi* par différents facteurs, dépenses publiques et ensemble des dépenses publiques et privées, projection démographique 1, Québec, 1991 à 2016, 2041 et 2066 (fin)				
Dépenses publiques et privées				
Dépenses et taux d'emploi selon l'âge et le sexe constants	1,00	1,40	2,26	2,42
Effet combiné				
. Offre (baisse de 15 %)	1,00	1,19	1,92	2,06
. Offre et demande	1,00	1,10	1,65	1,76
. Offre, demande et amélioration de l'emploi	1,00	1,06	1,43	1,53
. Offre, demande et amélioration de l'emploi et projection 1M	1,00	1,04	1,32	1,36
. Offre, demande, amélioration de l'emploi et projection 2M	1,00	1,05	1,27	1,24
. Offre, demande, amélioration de l'emploi et projection 3F	1,00	1,04	1,20	1,12
* Emplois des personnes âgées de 20 ans ou plus en équivalent plein traitement sauf quand la contribution des personnes âgées est considérée. Dans ce dernier cas, seule la population âgée de 20 à 64 ans est retenue.				
** Effet similaire si déplacement de l'âge de la retraite de cinq ans				
Sources : Annexe E et calculs de l'auteur				

(amélioration générale de l'emploi concomitante à un report de l'âge de la retraite, amélioration des revenus des personnes âgées). Mais la réduction de l'offre de services de 15 % déjà posée aura, de toutes façons, des effets sur la productivité et les prix du secteur et des conditions difficiles à réaliser sont déjà postulées, l'accomplissement de chacune (sauf pour l'augmentation de la contribution privée des personnes âgées¹⁴⁷) étant nécessaire à l'atteinte des résultats obtenus.

¹⁴⁷ Ce moyen peut cependant être utile pour freiner une augmentation des dépenses publiques qui irait bien au-delà de ce qui est explicable par les changements démographiques et qui est, par ailleurs, questionnée sur le plan médical (Comité d'analyse de la consommation médicamenteuse des personnes âgées, 1992), comme dans le secteur des médicaments.

4.3 Évolution des dépenses sociales

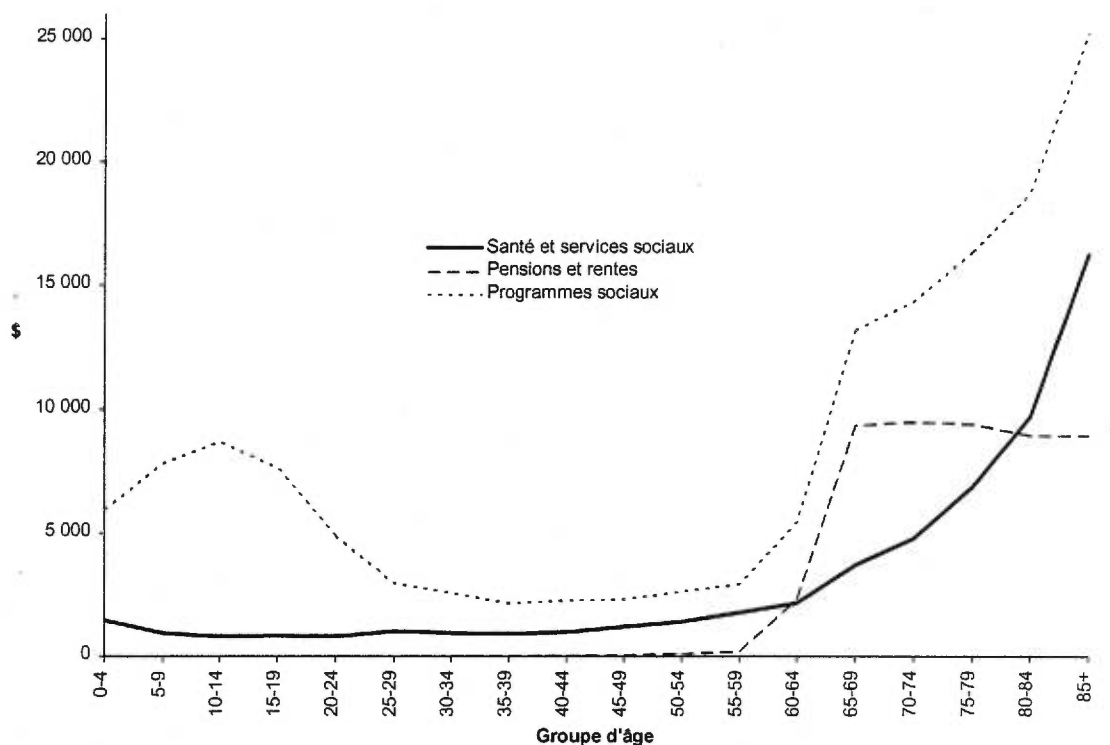
4.3.1 Programmes sociaux dont les pensions et rentes

Les dépenses publiques de santé et de services sociaux que nous avons établies¹⁴⁸ ont été intégrées par Gauthier (1995) dans un ensemble de sept programmes gouvernementaux incluant l'éducation, l'aide aux familles, l'aide sociale, l'assurance-chômage, les pensions et les rentes (figure 22). On constate une grande différence entre les deux grands secteurs qui touchent particulièrement les personnes âgées. Alors que celui des pensions et rentes, qui les concerne pratiquement exclusivement, ne montre pas de progression avec l'âge, passé le cap des 65 ans, le secteur de la santé et des services sociaux témoigne d'une forte progression qui, comme nous l'avons vu précédemment, provient essentiellement du secteur des soins de longue durée. La première partie de la courbe des dépenses sociales selon l'âge est marquée par les dépenses d'éducation, qui culminent dans le groupe 10-14 ans, alors que la dernière partie est influencée par l'arrêt des revenus provenant du travail puis par les dépenses de santé et de services sociaux.

Les changements démographiques entraîneront, à coûts constants selon l'âge et le sexe, une augmentation de l'ensemble des dépenses sociales nettement moins élevée que celle prévue pour les seules dépenses de santé et de services sociaux (tableau XXVI). Dans l'hypothèse du maintien des conditions actuelles, le montant des dépenses publiques de santé et de services sociaux devrait, en effet, doubler en 2041 alors que celui de l'ensemble des dépenses sociales devrait seulement augmenter de moitié. L'autre secteur fortement influencé par le nombre de personnes âgées, soit celui des pensions et rentes, voit ses dépenses s'élever davantage que celles du secteur de la santé et des services sociaux. Le montant des pensions et rentes est près de tripler puisqu'il est multiplié par 2,7 entre 1991 et 2041. Toutefois, le mode d'indexation des pensions et rentes (voir la section 1.2) n'est pas pris en compte dans ce calcul et l'hypothèse que la hausse de la productivité se répercute sur les prestations est moins pertinente dans ce secteur, à moins que celles-ci soient bonifiées. Il est donc possible que l'augmentation du montant des pensions et rentes soit plus faible.

¹⁴⁸ Toutefois, les dépenses de soins de longue durée pour le groupe des 90 ans ou plus (voir le tableau A.II) n'ont pas été intégrées de sorte que l'augmentation des dépenses obtenue au tableau XXV est légèrement inférieure à celle figurant dans les tableaux antérieurs.

Figure 22 - Progression des dépenses publiques per capita selon l'âge, santé et services sociaux, pensions et rentes et un ensemble de sept programmes sociaux, Québec, 1991



Sources : Calculs de l'auteur d'après le tableau VII et Gauthier, 1995

Tout comme pour les dépenses de santé et de services sociaux, l'augmentation de la charge financière pour la population d'âge actif est, à long terme, plus importante que celle des dépenses absolues. Celle-ci serait, en fin de période, majorée de 70 % pour l'ensemble des programmes sociaux mais serait multipliée par, respectivement, 2,3 et 2,9 pour les services de santé et services sociaux d'une part et les pensions et rentes d'autre part (projection 1M).

Les différents phénomènes démographiques, pris isolément, peuvent réduire de façon sensible l'augmentation prévue de la charge de la population d'âge actif (tableau XXVI). Le phénomène qui crée la plus grande différence, quelle que soit la période, est celui de la mortalité. L'arrêt des progrès d'espérance de vie permet une augmentation de 52 % au lieu de 79 % en 2041 soit une variation de 15 % sur un demi-siècle et de 19 % après 75 ans (projections 1 et 1S). La hausse de fécondité crée d'abord une hausse du poids des programmes sociaux puis une diminution en fin de période de sorte que la baisse des coûts relatifs est alors plus importante que

Tableau XXVI - Évolution des dépenses de santé et de services sociaux, des pensions et des rentes et de sept programmes sociaux, selon différentes projections démographiques, Québec, 1991, 2016 et 2041				
	1991	2016	2041	2066
Projection 1M	Dépenses absolues			
Santé et services sociaux	100	151	210	193
Pensions et retraites	100	187	270	248
Ensemble de 7 programmes	100	130	159	146
Projection 1M	Dépenses / 20-64 ans			
Santé et services sociaux	100	138	220	227
Pensions et retraites	100	171	283	291
Ensemble de 7 programmes	100	119	167	171
Projection 1M	Dépenses / (20-64 ans + 0,5 des 65+ ans)			
Santé et services sociaux	100	130	189	194
Ensemble de 7 programmes	100	112	144	146
Projection 1M	Dépenses / emploi (équivalent plein traitement)			
<i>À taux d'emploi constants</i>				
Santé et services sociaux	100	144	227	233
Pensions et retraites	100	178	293	299
Ensemble de 7 programmes	100	124	173	176
<i>Amélioration générale et contribution des personnes âgées</i>				
Santé et services sociaux	100	132	177	181
Ensemble de 7 programmes	100	114	135	137
Projection	Pensions et retraites / 20-64 ans			
1	100	175	316	336
1M	100	171	283	291
1F	100	167	266	274
2	100	175	293	282
3	100	175	276	239
1S	100	162	253	256
1T	100	175	316	357
2M	100	171	264	253

Tableau XXVI- Évolution des dépenses de santé et de services sociaux, des pensions et des rentes et de sept programmes sociaux, selon différentes projections démographiques, Québec, 1991, 2016 et 2041 (fin)				
Projection	Dépenses sociales / 20-64 ans			
1	100	119	179	188
1M	100	119	167	171
1F	100	118	161	165
2	100	123	176	172
3	100	126	175	161
1S	100	114	152	153
1T	100	119	179	198
2M	100	123	166	161
Projection 1M	Rapports de dépendance démographique			
<20 et 65+ / 20-64	100	108	147	150
65+ / 20-64	100	173	300	309
Sources : Calculs de l'auteur d'après le tableau VII et Gauthier (1995)				

celle permise par l'apport migratoire. Cependant, du seul point de vue des pensions et rentes, c'est la fécondité qui a le plus d'effet, réduisant la charge prévue de 13 % en 2041 et de 29 % en 2066.

L'effet de facteurs comme l'amélioration possible de l'emploi au siècle prochain et la prise en compte de la participation des personnes âgées au financement des dépenses publiques¹⁴⁹ a toutefois une influence majeure sur l'augmentation du fardeau financier des personnes en emploi. Ces deux facteurs, réduisant de 22 % la charge prévue à compter de 2041 (projection 1M), font passer l'augmentation de celle-ci de 73 % à 35 % en 2041 (tableau XXVI). Sans être négligeable, cette croissance est donc fort différente de celle que l'on prévoit pour le seul secteur de la santé et des services sociaux.

De plus, le secteur des pensions et rentes, tout comme celui de la santé et des services sociaux, est touché par des réformes importantes et influencé, encore plus directement, par des

¹⁴⁹ Tout comme pour les dépenses de santé et de services sociaux, la contribution d'une personne âgée atteint la moitié de celle d'une personne d'âge actif (voir la section 2.6.2).

changements dans les caractéristiques des personnes âgées. D'une part, le programme universel de pension de sécurité de la vieillesse, qui représente la moitié du montant des transferts publics aux personnes âgées, est pratiquement aboli, en raison du seuil de récupération partiellement indexé (IPC moins 3%), et une nouvelle prestation aux aînés doit entrer en vigueur en 2001. D'autre part, les programmes d'assistance sont basés sur le revenu familial. Par conséquent, les revenus accrus des personnes âgées, particulièrement ceux des femmes, viendront se substituer à une partie des transferts publics et il est probable que les coûts des pensions, à âge égal, seront à la baisse. Les programmes d'assistance, qui sont des programmes purs de répartition, vont, relativement, diminuer au profit du régime mixte qu'est le Régime de rentes du Québec et des régimes privés de capitalisation. L'augmentation de la proportion de personnes âgées qui reçoivent une rente du Régime des rentes (de 47 % à 70 % entre 1981 et 1993) et de celles qui bénéficient d'un régime privé (de 23 % à 34 %) devrait, en effet, se poursuivre car les régimes de retraite ne sont pas rendus à maturité (Régie des rentes du Québec, 1996). Le mode de financement du Régime de rentes du Québec est actuellement à l'étude, tout comme celui du Régime de pensions du Canada. Le taux de cotisation devrait être haussé afin de le rendre viable et d'augmenter la capitalisation du régime. Les propositions à l'étude pourraient entraîner le doublement des taux de cotisation actuels. La part des sources de revenus des personnes âgées qui est capitalisée est ainsi appelée à augmenter. Toutefois, une partie importante des personnes âgées (40 % des travailleurs) demeureront dépendantes des régimes publics de retraite et des mesures fédérales d'assistance puisqu'elles ne cotisent à aucun régime privé.

Il est certain, par ailleurs, que, du point de vue de la comptabilité des régimes de pensions, l'élévation de l'âge de la retraite a un impact plus important pour réduire la charge financière que la simple amélioration générale du taux d'emploi, même si les deux moyens augmentent également le nombre de personnes en emploi, l'élévation de l'âge de la retraite permettant, de plus, une diminution du nombre de ceux qui reçoivent des prestations. Il est probable qu'il en soit de même pour l'ensemble des dépenses sociales puisque les dépenses qui semblent augmenter le plus rapidement sont les dépenses de pensions et rentes et que leur proportion dans les dépenses sociales devrait passer de 21 % à 35 % entre 1991 et 2066 (projection 1M). Il est cependant loin d'être certain que ce point de vue soit retenu, du moins dans la conjoncture actuelle. Cependant, il pourrait en être autrement lorsque la charge apparaîtra trop importante. Il est, en effet, probable qu'à mesure que le fardeau de la sécurité du

revenu des personnes âgées se fera sentir, des réformes seront mises en place pour favoriser son allègement.

4.3.2 Comparaison avec les rapports de dépendance

Les rapports de dépendance démographique (voir la section 3.4) simplifient l'apport et la dépendance de chaque groupe d'âge. Toutefois, on constate que le rapport de dépendance démographique indique une évolution assez approchée de celle de la charge financière de la population d'âge actif engendrée par les programmes sociaux, la sous-estimant d'au moins 10 % si l'apport des personnes âgées n'est pas considérée mais la surestimant fort légèrement si cet apport est pris en compte (tableau XXVI). Il est intéressant de noter que, pour cet ensemble de dépenses publiques, les dépenses relatives des trois grands groupes d'âge s'établissent de la façon qui suit. Si on attribue la valeur 1 aux dépenses per capita effectuées pour le groupe 0-19 ans, les dépenses per capita pour le groupe d'âge 20-64 ans atteignent 0,4 alors que celles des personnes âgées montent à 2,1. Les dépenses publiques pour les personnes âgées atteignent donc le double de celles à l'égard des jeunes. Toutefois, le groupe des actifs comporte également une charge, quoique moindre, tout comme le groupe des personnes âgées a un apport, quoique moindre.

De plus, le rapport de dépendance des personnes âgées renseigne assez bien sur l'évolution de la charge financière des pensions et rentes (à coûts constants selon l'âge et le sexe). L'évolution de la charge financière des dépenses de santé et de services sociaux se situe entre celles des deux rapports de dépendance démographique. En effet, en fin de période, le rapport de dépendance est multiplié par 1,5, celui des personnes âgées par 3,1 alors que le fardeau relatif représenté par les dépenses de santé et de services sociaux augmente de 2,3 si on ne considère pas la participation des personnes âgées au financement et de 1,9 si on la considère (projection 1M). Par ailleurs, le fardeau des dépenses d'intégration sociale pour la population d'âge actif augmente de façon similaire au rapport de dépendance des personnes âgées si on retient leur apport, davantage sinon. En fin de période, le fardeau est, en effet, multiplié par 3,2 dans le premier cas et par 3,8 dans le second alors que le rapport de dépendance des personnes âgées indique une augmentation de 3,1.

Le rapport de dépendance économique qui met tous les sans emploi sur le même pied indique une augmentation de 35 % sur l'ensemble de la période (34 % sur les 50 prochaines

années) alors que la charge financière des personnes en emploi augmente de 76 % (73 %). Cet indicateur semble donc peu approprié pour évaluer l'évolution des dépenses sociales. Même si on considère la contribution de la population âgée et ne retient que la population en emploi âgée de 20 à 64 ans, l'augmentation de la charge financière demeure supérieure (52 %) à celle indiquée par ce rapport (38 %).

4.4 Vue d'ensemble

Ce n'est pas le rythme d'augmentation des dépenses de santé et de services sociaux qui est un phénomène nouveau mais bien le fait que cette croissance résulte, de plus en plus, de changements dans la structure par âge de la population et que, conséquemment, la population d'âge actif ne progresse plus au même rythme que ces dépenses. Ce dernier changement est particulièrement récent car il débute à la fin des années 80. De plus, les différents secteurs d'activité sont touchés de façon fort différente, le secteur des services aux personnes en perte d'autonomie, appelé secteur de l'intégration sociale, croissant nettement plus que tous les autres secteurs.

C'est durant la période 2016-2031, soit au moment du passage des générations du baby boom aux âges avancés de la vie que la situation financière se détériore le plus rapidement. De plus, la décroissance de la population à venir, dans l'hypothèse du maintien des conditions démographiques actuelles, aura plusieurs conséquences dont une situation difficile pour les dernières générations du baby boom, de nouveaux services devant être développés pour quelques décennies à peine.

À coûts constants selon l'âge et le sexe, c'est la mortalité qui, parmi les phénomènes démographiques, a le plus de répercussions sur l'augmentation des dépenses absolues et relatives. Sans nouvelle baisse de la mortalité, le poids sur la production nationale des dépenses publiques de santé augmenterait de près de 40 % dans le prochain quart de siècle (1991-2016), de 100 % dans le prochain demi-siècle et se stabiliserait à ce niveau, par la suite, alors que la poursuite du mouvement de baisse de la mortalité ferait passer ces augmentations à environ 50 % en 2016,

150 % en 2041 et 200 % en 2066 (175 % si la mortalité se stabilisait à compter de 2041)¹⁵⁰. La prise en compte des dépenses privées ne réduit que quelque peu ces augmentations (126 % comparativement à 155 % en 2041).

Cependant, si l'état de santé suivait les progrès de la mortalité, à offre constante, l'effet d'une nouvelle réduction de la mortalité pourrait être annulé, au moins pendant quelques décennies. Par la suite, cet effet serait également réduit de façon importante.

Des changements dans les niveaux des phénomènes démographiques faciliteraient, à long terme, le financement des dépenses de santé et de services sociaux et une hausse de fécondité permettrait même un léger fléchissement du fardeau financier au moment de l'extinction des générations du baby boom. D'ici là, différents facteurs, surtout s'ils sont combinés, peuvent amortir la hausse : changements dans l'organisation des services, amélioration de l'état de santé de la population, augmentation des taux d'emploi et contribution financière de plus en plus importante du groupe des personnes âgées aux revenus de l'État du simple fait de leur poids grandissant dans la population. Cet ensemble de facteurs peut changer radicalement la forte augmentation prévisible. Ainsi, dans les conditions démographiques actuelles, l'augmentation du fardeau relatif pourrait augmenter du quart au lieu de plus du double d'ici 2041 (en présence de mouvements migratoires modérés).

L'ensemble des dépenses sociales présente une augmentation moins élevée que celle de la santé et des services sociaux mais néanmoins très forte (73 % de la charge de la population en emploi dans le prochain demi-siècle, comparativement à 127 %, en présence de mouvements migratoires modérés). Là encore, certains facteurs peuvent avoir des effets à la baisse non négligeables. De plus, le secteur des pensions et retraites, dont les dépenses pourraient augmenter plus rapidement que celles de la santé et des services sociaux, s'avère davantage sensible à un changement de fécondité que de mortalité.

Le rapport de dépendance démographique ne sous-estime pas l'augmentation de la charge financière (à coûts selon l'âge constants) résultant des dépenses sociales lorsqu'on tient compte de la contribution des personnes âgées au financement de ces dépenses. Par conséquent,

¹⁵⁰ Dans la perspective du maintien du niveau de fécondité actuel (1,6 enfant par femme) et en l'absence de mouvements migratoires (projections 1 et 1S).

le surplus de dépenses sociales par personne âgée (comparativement aux dépenses par personne jeune) est grandement compensé par leur apport financier.

Le rapport de dépendance des personnes âgées rend également bien compte de la charge que constituent les services aux personnes en perte d'autonomie (services de soins de longue durée et d'intégration sociale) si on considère la contribution des personnes âgées au financement des dépenses publiques. Par contre, le rapport de dépendance des personnes âgées renseigne bien sur l'évolution de la charge des pensions et rentes si on ne tient pas compte des modes d'indexation et de financement de ces différents programmes.

CONCLUSION

Au Québec, le mouvement de vieillissement démographique s'accélérala dans à peine une décennie. Alors que la proportion de personnes âgées y a presque doublé, entre 1971 et 1996, augmentant alors de 5 points de pourcentage (de 6,8 % à 12,2 %), elle pourrait doubler de nouveau, entre 2006 et 2031, mais alors s'élever de 13 points, passant de 14,2 % à 26,9 % (projection 1M). L'arrêt de la baisse de la mortalité ou un relèvement de fécondité ne pourraient diminuer cette proportion que de quelques points. Le rapport de dépendance des personnes âgées témoigne d'un changement encore plus important. N'ayant augmenté que de 54 % entre 1971 et 1996, il s'élèvera de plus du double entre 2006 et 2031. De 13 personnes âgées pour 100 personnes d'âge actif en 1971, ce rapport atteint, en effet, 20 personnes âgées en 1996 et grimpera à environ 50 en 2031. Il continuera d'augmenter, se stabilisera ou déclinera légèrement par la suite selon l'évolution des phénomènes démographiques à venir.

Les changements démographiques suscitent bien des débats et questions dans le secteur de la santé. Certaines projections de dépenses indiquent, en effet, que le fardeau financier des actifs pourrait doubler d'ici le milieu du siècle prochain au Québec; l'augmentation serait moindre au Canada (70 %). La présente étude accorde une attention spéciale aux transformations subies par le sommet de la pyramide des âges : étendue des possibles en ce qui concerne le nombre de personnes âgées (mortalité stable ou baisse de la mortalité sur l'ensemble de la période étudiée), amélioration ou détérioration relative de l'état de santé de la population (de la proportion des années vécues en bonne santé) et contribution des personnes âgées au financement du système. Considérant également l'influence de l'offre de services dans le passé récent et la poursuite de l'amélioration du taux en emploi de la population d'âge actif, elle cherche à évaluer la possibilité que d'autres changements, concomitants au vieillissement démographique, puissent atténuer ses effets négatifs «toutes autres choses étant égales par ailleurs». Plusieurs questions ont donc retenu notre attention : le champ des dépenses considérées, l'effet de l'âge sur la consommation de différents types de services, la sensibilité à l'évolution de la mortalité et de l'état de santé de la population et aux autres phénomènes démographiques (mouvements migratoires et fécondité), l'influence respective de la demande et de l'offre de services, la participation financière des personnes âgées au financement du système

public, la proportion des dépenses privées selon l'âge et enfin l'évolution possible des taux d'emploi de la population d'âge actif.

L'ensemble des facteurs pouvant influencer la consommation des individus n'a donc pas été considéré mais seulement les grandes forces qui la déterminent. Certes, les conditions de vie influencent la consommation par leur effet sur l'état de santé mais, même à état de santé égal, l'appartenance à un groupe socio-économique ou l'état matrimonial peuvent modifier la consommation. Ces relations sont toutefois complexes et varient selon le secteur d'activités et le groupe d'âge. Béland (1995) a ainsi montré, à partir du jumelage des données de l'enquête Santé Québec et de la RAMQ, que la consommation des services médicaux ambulatoires, une fois les variables d'état de santé prises en compte, diminuait pour les adultes mais augmentait pour les enfants avec l'augmentation de la scolarité (celle des parents dans le cas des enfants), diminuait pour les enfants et les adultes en présence de soutien social, augmentait pour les adultes en situation de chômage mais qu'aucune variable socio-démographique ne s'avérait significative dans le cas des personnes âgées. Pour les soins de longue durée, les associations sont différentes, la présence d'un conjoint et un revenu familial élevé ayant des effets importants à la baisse (Carrière et Légaré, 1993). Les données sur l'état de santé et la consommation sont cependant moins précises dans cette dernière étude. Une prospective qui prendrait en compte l'ensemble de ces variables (mortalité, état de santé, situation conjugale, variables socio-économiques, consommation de différents types de services) et leurs interactions devrait donc reposer sur des données assez fines, plusieurs hypothèses et un modèle assez élaboré. Des travaux pourraient être poursuivis en ce sens.

Le secteur de la santé et des services sociaux est le seul domaine important des dépenses publiques à présenter une progression des dépenses au-delà de l'âge de 65 ans. Le profil des dépenses selon l'âge varie fortement selon la nature des services et les conclusions des études sur l'influence du vieillissement, que ce soit pour le passé ou le futur, peuvent donc différer selon le ou les secteurs d'activités retenus. La progression des dépenses avec l'âge est ainsi plus importante pour les services reliés aux conséquences des maladies (les soins de longue durée destinés aux personnes atteintes d'incapacités fonctionnelles) que pour leurs diagnostic et traitement. Les besoins reliés à la réadaptation et à la dépendance dans les activités de la vie domestique et quotidienne et les besoins de surveillance nécessitée par des troubles cognitifs importants, les services d'intégration sociale, prennent donc une place de plus en plus importante

des dépenses totales à mesure qu'on considère des groupes plus âgés. Ainsi, les dépenses de santé et de services sociaux atteignaient, en moyenne en 1991, 1 682 \$ pour l'ensemble de la population, 6 274 \$ pour une personne âgée de 65 ans ou plus et 16 702 \$ pour une personne âgée de 85 ans ou plus et, si on exclut les dépenses d'adaptation sociale et d'administration, la proportion des dépenses reliées aux conséquences de la maladie n'atteignait que 30 % des dépenses pour l'ensemble de la population, 41 % pour la population âgée de 65 ans ou plus et 72 % pour la population âgée de 85 ans ou plus. Ce sont donc les besoins reliés au grand âge et à la dépendance qui sont appelés à augmenter le plus et non les services professionnels, services dont l'utilité est, par ailleurs, parfois remise en question. En outre, les solutions pour le système public ne peuvent se situer, du moins à court terme et pour une bonne partie des personnes très âgées, du côté du financement privé. En effet, d'une part, les revenus moyens des personnes de 85 ans ou plus sont inférieurs aux dépenses publiques qu'elles engendrent¹⁵¹ et, d'autre part, l'augmentation possible du financement privé par l'ensemble des personnes âgées - hypothèse basée sur la comparaison de la proportion des dépenses de santé privées et de la contribution aux revenus étatiques des personnes d'âge actif et des personnes âgées - s'avère peu importante. Suite à l'augmentation de la fraction de la population concernée par la maladie chronique, la dépendance et la mort, la société est donc appelée à changer la façon dont elle répond à ce type de situations (accessibilité plus grande à des soins infirmiers réguliers pour les personnes vivant à domicile, développement des soins palliatifs, des services d'aide à domicile par des emplois d'utilité sociale, de régimes d'assurance-soins de longue durée) et d'une meilleure articulation entre ces services et le réseau informel d'aide (familial et aide communautaire). La plus grande part de l'aide reçue par les personnes âgées provient en effet de l'entourage (conjoint, enfants et collatéraux).

Il est difficile de dire jusqu'où ira la baisse de la mortalité mais ce phénomène démographique longtemps négligé apparaît aussi sinon plus important que la fécondité dans l'évolution de la composition de la population et des rapports de dépendance. Ses conséquences, à coûts constants selon l'âge et le sexe, apparaissent déterminantes pour le secteur de la santé puisqu'il affecte fortement les groupes d'âge qui engendrent les coûts les plus élevés. Une nouvelle baisse de la mortalité accroît ainsi, d'environ 50 points de pourcentage, l'augmentation

¹⁵¹ Les revenus moyens d'une personne âgée de 65 ans ou plus atteignaient 16 244 \$ en 1991 (selon l'EFC dans Fugère, 1994, tableau 2) mais ceux-ci diminuent avec l'âge (selon l'EFC dans Asselin, Duchesne, Gauthier, Jean, Lachapelle, Laroche, Lavoie et Nobert, 1994, tableau 8.19).

prévue pour 2041 de 59 % des dépenses et de 102 % de la charge financière de la population en emploi (à fécondité constante et à migrations nulles). Mais une telle hypothèse de coûts constants selon l'âge, alors que la mortalité est en baisse, suppose implicitement une stabilité des taux de morbidité et d'incapacités. Nous basant sur l'évolution observée de l'amélioration de l'état de santé des populations, du moins pour les états les plus sévères¹⁵², nous avons introduit une seconde hypothèse, l'évolution parallèle de la morbidité et de la mortalité, soit la stabilité du nombre d'années vécues en mauvaise santé. La première hypothèse implique, puisque les années gagnées surviennent à des âges où la mortalité est importante, une détérioration de la part des années vécues en bonne santé et la seconde hypothèse, une amélioration de cette proportion.

La simulation effectuée, à partir des méthodes et données à notre disposition, a montré que la stabilité du nombre d'années vécues en mauvaise santé (tous les gains d'espérance de vie se traduisent par des années de bonne santé) peut fortement atténuer l'effet de la baisse de la mortalité et donc du vieillissement par le sommet de la pyramide des âges. Dans un premier temps, l'effet est remarquable parce qu'un grand nombre de décès sont reportés et que peu de différences apparaissent encore dans le nombre de personnes âgées. La situation est même alors légèrement plus favorable que celle où il n'y a pas baisse de mortalité. Après plusieurs décennies cependant, le report des années en mauvaise santé ne suffit plus à éliminer complètement l'effet de la poursuite de la baisse de la mortalité puisque la différence dans le nombre de décès s'est atténuée alors que le nombre de personnes âgées est beaucoup plus important.

Il est souvent reproché à de telles études prospectives de ne pas considérer empiriquement l'influence d'autres facteurs particulièrement ceux reliés à l'offre de services. L'élasticité du niveau de dépenses selon le pays est plus élevée que celle de l'état de santé ou du vieillissement démographique. De plus, durant les années 60 et 70, l'augmentation des dépenses due à des hausses d'utilisation des services a été bien plus importante que celle reliée aux changements démographiques. Par conséquent, l'influence de l'offre de services serait plus grande que celle du vieillissement et il n'y a pas de niveau de dépenses ou de consommation objectif ou idéal. Au Québec, le mouvement d'augmentation de la consommation s'est cependant inversé dans les années 80 et 90, à un rythme plus ou moins rapide selon le secteur d'activités, indiquant que les changements de l'offre de services peuvent autant atténuer qu'accentuer les

¹⁵² Ces états sont ceux qui ont le plus de poids dans l'évolution des dépenses selon l'âge.

conséquences des changements démographiques. Notons que c'est justement au moment où les conséquences du vieillissement démographique commencent à se faire sentir sur la capacité de financement des dépenses (figure 18¹⁵³) que l'action de l'offre de services s'inverse. De positive, elle devient négative. Dans le nouveau contexte de stabilité des dépenses totales, la tension exercée par le vieillissement démographique crée, en effet, une remise en question des modes d'organisation et des pratiques et signifie une réduction des dépenses per capita selon l'âge. L'offre de services a donc été incluse dans les facteurs pouvant affecter l'augmentation de la charge financière due au vieillissement démographique.

Les simulations que nous avons réalisées indiquent qu'aucun facteur ne peut modifier de façon importante l'évolution prévisible «toutes choses égales par ailleurs» mais que leur combinaison peut y parvenir. D'une part, la forte augmentation du nombre de personnes âgées ne se traduit pas seulement par une hausse du nombre de consommateurs de services mais également par une hausse du nombre de contribuables et d'autre part, l'amélioration de l'état de santé de la population peut fortement atténuer l'accroissement de la demande résultant d'une nouvelle baisse de la mortalité. Bien qu'ayant un effet limité, la contribution des personnes âgées aux revenus gouvernementaux, et donc au financement des dépenses publiques, atténuera la tension engendrée, particulièrement, entre 2011 et 2031. À revenus relatifs constants, l'augmentation du nombre de personnes âgées permet, en effet, une diminution d'au moins 10 % du fardeau financier, quelle que soit la projection démographique à partir de 2026. De plus, le potentiel de réduction de dépenses que représente l'amélioration de l'état de santé atteint 17 % des dépenses prévues en 2041. Les objectifs politiques actuellement fixés, de même que des études canadiennes, indiquent une réduction possible des dépenses d'au moins 15 %. Enfin, la contraction de la population d'âge actif pourrait être favorable à une hausse de la fraction de la population en emploi de tout âge et pourrait prolonger au siècle prochain la hausse en cours due à l'amélioration des taux féminins. Celle-ci, ou encore le report de l'âge de la retraite de cinq ans, pourrait entraîner une autre réduction de 13 % de la charge prévue. L'ensemble de ces facteurs pourrait conduire à une réduction de près de 50 % du fardeau financier de la population en emploi prévu en 2041 et d'au moins 80 % de son augmentation. Le poids (prévu) dans l'économie des dépenses publiques et privées serait réduit au moins du tiers et son augmentation

¹⁵³ La prise en compte de la participation financière des personnes âgées ne change pas ce moment mais atténue par la suite la progression du fardeau relatif.

d'au moins 66. %. Mais, malgré toutes ces réductions, dans le maintien des conditions démographiques actuelles - fécondité stable, solde migratoire moyen et baisse de la mortalité jusqu'en 2041 - la charge financière des actifs augmenterait de plus de 20 % et le prélèvement sur l'économie du tiers (projection 1M). Ces augmentations apparaissent néanmoins modestes comparativement aux augmentations prévues de 131 % et de 107 %.

Le vieillissement démographique présente donc un énorme défi pour le système de santé. Le relèvement de ce défi exige un suivi rigoureux de plusieurs facteurs. La croissance économique est de première importance pour le financement des dépenses de santé mais cette croissance n'a aucun effet d'allègement du fardeau financier si elle se traduit par une hausse des coûts unitaires ou de la consommation. L'effet de prix propre au secteur de la santé et à ses différentes composantes doit donc être l'objet d'un examen attentif tout comme les conséquences des changements technologiques et organisationnels, particulièrement sur le profil des dépenses selon l'âge. De plus, l'évolution démographique et sanitaire peut réserver encore bien des surprises : troisième phase de la transition épidémiologique permettant le contrôle du vieillissement de l'organisme ou, au contraire, recrudescence des maladies infectieuses (Ducel, 1995). En même temps, les modifications des caractéristiques des personnes très âgées, notamment leur modalité de vie (vivre seul), influenceront leurs besoins alors que l'augmentation des revenus relatifs des personnes âgées pourrait faciliter le financement des dépenses. Ces facteurs ne viendront toutefois que moduler une situation rapidement changeante et inévitable. Ils ne pourront fortement l'atténuer que s'ils présentent tous une évolution favorable.

Rappelons que le rapport de dépendance des personnes âgées ne témoigne bien de l'augmentation du fardeau financier que pour le secteur des pensions et rentes (si on ignore leur mode d'indexation qui est inférieur à celui des salaires au Canada) et celui des services des soins de longue durée (qui augmente, de fait, plus rapidement sauf si on tient compte de la contribution des personnes âgées aux revenus gouvernementaux). Lorsqu'on considère un ensemble de services et transferts gouvernementaux et donc la dépendance de l'ensemble des groupes d'âge, l'augmentation du fardeau financier est bien moins élevée. Cette augmentation est bien reflétée par le rapport de dépendance démographique lorsqu'on tient compte de la contribution des personnes âgées aux revenus gouvernementaux. Celui-ci a fortement diminué avec la baisse de la fécondité des années 60 et 70 et a, sans doute, été propice à l'amélioration des programmes sociaux de cette période. Il entreprendra, au contraire, un mouvement d'ascension rapide entre

2011 et 2031 augmentant alors de 40 % en seulement 20 ans. Il devrait alors provoquer de nombreuses remises en question et transformations sociétales. L'amélioration générale de l'emploi diminuerait la charge des actifs mais serait, sans doute, plus favorable à un redressement de la fécondité alors que le report de l'âge de la retraite diminuerait davantage la charge financière puisqu'il diminuerait également le coût des pensions et rentes. Le redressement de la fécondité permettrait un adoucissement de la dépendance générale après le passage des générations du baby boom aux âges avancés de la vie. À coûts constants selon l'âge et le sexe et compte tenu des variations de fécondité et d'espérance de vie retenues, le secteur des pensions et rentes s'avère, à long terme, plus sensible à l'évolution de la fécondité et l'ensemble des dépenses sociales - dont le profil selon l'âge aux âges avancés de la vie est marqué par le secteur de la santé et des services sociaux - à l'évolution de la mortalité. Cependant, l'effet à la hausse de la baisse de la mortalité sur les dépenses est fortement atténué si l'état de santé s'améliore au même rythme.

Le rythme de l'augmentation du nombre de personnes âgées et des dépenses sociales variera selon les pays de même que la capacité de financement de ces dépenses, quoique la direction des changements sera la même partout. Outre l'évolution démographique, les systèmes en vigueur, en particulier les modes de prestations et les sources de financement, influenceront l'évolution de la charge financière. De plus, les conclusions des études prospectives peuvent varier selon l'étendue des dépenses considérées. Ainsi, la conclusion à laquelle en arrive Blanchet (1994) à savoir que l'élasticité des dépenses de santé (per capita) est trois fois moindre que celle des dépenses de retraite est influencée par la définition stricte des dépenses de santé employée en France et ne se vérifie ni au Canada ni au Québec. La différence dans le rythme d'augmentation des dépenses y est moins importante (voir la section 4.3.1) et est encore moindre si on considère le mode d'indexation des pensions et rentes (Murphy et Wolfson, 1992 au tableau II). Certaines autres conclusions, entre autres sur le coût des dernières années de la vie, établies à partir des dépenses remboursées par le programme Medicare aux États-Unis doivent être également étendues avec prudence à la situation canadienne ou québécoise parce qu'elles ne couvrent pratiquement pas certains secteurs d'activités tel l'hébergement en maisons médicalisées (Scitovsky, 1984). Enfin, la majorité des études quant à l'influence du vieillissement démographique sur les dépenses publiques négligent l'apport des personnes âgées au financement des dépenses sociales alors que celui-ci est manifeste lorsque ces dépenses sont principalement financées à même les impôts. Une publication récente de *Population et Sociétés* indique, en

effet, que la structure de financement est fort variable d'un pays à l'autre (Lévy, 1997). Ainsi, la proportion des dépenses de protection sociale financées à même les impôts varie de 23,5 % en France à 80,7 % au Danemark. Nous pouvons estimer cette proportion à 74,1 % dans le cas des dépenses publiques québécoises. Cependant, la proportion comparable est un peu moins élevée puisqu'il faudrait également considérer certaines dépenses comme les assurances-médicaments privées.

Enfin, au même titre que les particularités des programmes sociaux viendront moduler les conséquences des changements démographiques dans les différents pays, les groupes sociaux à l'intérieur de ces sociétés pourront être marqués différemment par les transformations économiques et sociales engendrées par le vieillissement démographique. Blanchet (1994) souligne ainsi que, même si le vieillissement démographique ne pose pas de problème d'accumulation du capital (et donc de croissance économique), la répartition du revenu et du patrimoine entre catégories d'agents économiques pourrait se modifier. Selon de Pouvoirville (1995), la nature de la croissance économique et les mécanismes de distribution de la richesse nationale pourraient jouer un rôle déterminant dans les revenus, la qualité de vie et l'état de santé des futures personnes âgées. Une autre question, non abordée dans la présente étude, pourrait affecter la distribution de la richesse entre groupes d'âge et groupes sociaux. Les transferts publics ne représentent, en effet, qu'un des deux courants par lesquels s'opèrent les transferts financiers entre générations, l'autre courant étant constitué des transferts privés (héritage). Ceux-ci seront également modifiés par les changements démographiques et il est possible qu'ils soient amplifiés, même s'il y avait «désépargne» partielle par les générations du baby boom, puisqu'ils seront répartis entre un plus petit nombre de descendants. Ils pourraient donc compenser, pour une partie de la population, la perte de revenus liée aux hausses des charges sociales.

C'est donc à travers les changements dans les conditions de vie, l'état de santé, les modes de consommation des services publics, les réseaux d'entraide et le niveau de revenus des différents groupes d'ânés, mais aussi des autres groupes de la population, que se dessineront au fil de l'arrivée de nouvelles générations aux troisièmes et quatrièmes âges et des modifications aux politiques sociales, les conséquences effectives du vieillissement démographique.

RÉFÉRENCES

- AHLBURG, D. A., et J. W. VAUPEL, 1990. «Alternative projections of the U.S. population». *Demography*, 27, 639-652.
- ANDERSEN, R., et J.F. NEWMAN, 1973. «Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States». *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 95-124.
- ANDERSON, G., I. R. PULCINS, M.L. BARER, R. G. EVANS et C. HERTZMAN, 1990. «Acute care hospital utilization under Canadian National Health Insurance : the British Columbia experience from 1969 to 1988». *Inquiry*, 27, 352-358.
- ANGUS, D. E., 1986. «Vieillesse et coûts des soins de santé : y-a-t-il un problème?». *Cahiers québécois de démographie*, 15, 1, 11-26.
- ANGUS, D. E., L. AUER, J. E. CLOUTIER et T. ALBERT, 1995. *Pour un système de soins de santé viable au Canada*. Rapport de synthèse. Projets de recherche économique des universités d'Ottawa et Queen's. Ottawa, Université d'Ottawa, 165 p.
- ASSELIN, S., L. DUCHESNE, H. GAUTHIER, S. JEAN, J. LACHAPPELLE, D. LAROCHE, Y. LAVOIE et Y. NOBERT, 1994. *Les hommes et les femmes. Une comparaison de leurs conditions de vie*. Québec, Les Publications du Québec, Bureau de la Statistique du Québec, Statistiques sociales, 301 p.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU CANADA, 1993. *Projet de réforme des politiques nationales de santé*. Ottawa, Presses de l'AHC, 149 p.
- BARER, M.L., R. G. EVANS, C. HERTZMAN, J. LOMAS, 1987. «Aging and health care utilization : New evidence on old fallacies». *Social Science and Medicine.*, 24, 10, 851-862.
- BARER, M.L., R. G. EVANS et C. HERTZMAN, 1995. «Avalanche or glacier? : Health care and the demographic rhetoric». *La Revue canadienne du vieillissement / Canadian Journal on Aging*, 14, 2, 193-224.
- BARER, M. L., I. R. PULCINS, R. G. EVANS, C. HERTZMAN, J. LOMAS et G. M. ANDERSON, 1989. «Trends in the use of medical services by the elderly in British Columbia». *Canadian Medical Association Journal*, 141, 39-45.
- BEAUPRÉ, M., et J. BOURDAGES, 1995. *Statistiques MED-ÉCHO 1989-1990 à 1993-94 : les soins hospitaliers de courte durée au Québec*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation. Collection Données statistiques et indicateurs, n° 29, 85 p.
- BÉLAND, F., 1995. «Costs of ambulatory medical care over the long term in Québec Medicare System». *Revue canadienne du vieillissement / Canadian Journal on Aging*, 14, 2, 391-413.

BÉLANGER, A., 1986. *L'effet du vieillissement démographique sur les dépenses publiques de la santé au Québec : une étude multirégionale 1981-2006*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, 138 p.

BLACK, C., N. P. ROOS, B. HAVENS et L. MACWILLIAM, 1995. «Rising use of physician services by the elderly : The contribution of morbidity». *La Revue canadienne du vieillissement / Canadian Journal on Aging*, 14, 2, 225-244.

BLAIS, R., et L. PHILIBERT, 1990. «Impact de l'accroissement du nombre de personnes âgées et de l'intensité d'intervention médicale sur les services de santé : la prostatectomie au Québec». *Cahiers québécois de démographie*, 19, 2, 353-364.

BLANCHET, D., 1994. *Les structures par âge importent-elles?* INSEE, Département des Études Économiques d'Ensemble, Division «Redistribution et Politiques Sociales», Document de travail G9401, 30 p.

BLANCHET, D., et D. KESSLER, 1993. «Vers une baisse du niveau de vie de l'ensemble de la population?» In SZIJ, É., éd. *Retraites et vieillissement démographique. Comparaisons internationales*. Paris, La Documentation Française, Problèmes politiques et sociaux, Dossiers d'actualité mondiale, n° 715, 44-46.

BOULET, J.-A., et G. GRENIER, 1978. *Health expenditures in Canada and the Impact of Demographic Changes on Future Government Health Insurance Program Expenditures*. Discussion paper , n° 123. Ottawa, Conseil économique du Canada, 98 p.

BOURBEAU, R. et J. LÉGARÉ, 1982. *Évolution de la mortalité au Canada et au Québec 1831-1931*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 141 p.

BOURDELAIS, P., 1993. *L'âge de la vieillesse : Histoire du vieillissement*. Paris, Odile Jacob.

BOURGEOIS-PICHAT, J., 1985. «L'évolution récente de la mortalité dans les pays industrialisés». In VALLIN, J., et A. LOPEZ, éd. *La lutte contre la mort*. Paris, INED, PUF, Travaux et documents, Cahier 108, 489-521.

BOURGEOIS-PICHAT, J., 1988. «Du XXe au XXIe siècle : l'Europe et sa population après l'an 2000». *Population*, 43, 1, 9-43.

BOYLE, P., et C. MCDUGALL, 1993. *Les DRG au Québec : des outils perfectibles*. Communication au colloque Jean-Yves Rivard, Montréal, 1993.

BRANCH, L., A. JETTE, C. EVASHWICK, M. POLANSKY, G. ROWE et P. DIEHR, 1981. «Toward understanding elders' health service utilization». *Journal of Community Health*, 7, 2, 80-92.

BRODY, J. A., D. B. BROCK et T. F. WILLIAMS, 1987. «Trends in the health of the elderly population». *Annual Review of Public Health*, 8, 211-234.

BRUNELLE, Y., M. ROCHON, A. SAUCIER et J.-M. ROBINE, 1993. «Understanding changes in the health status». In ROBINE, J.-M., C.D. MATHERS, M.R. BONE and I. ROMIEU, éd.

Calculations of health expectancies : harmonization, consensus achieved and future perspectives. Colloque INSERM/John Libbey Eurotext, vol. 226, 287-308.

BRYMER, C. D., C. A. KOHM, G. NAGLIE, L. SHEKTER-WOLFSON, M. L. ZORZITTO, K. O'ROURKE et J. L. KIRKLAND, 1995. «Do geriatric programs decrease long-term use of acute care beds?». *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 8, 885-889.

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, 1984. *Vivre seul ou en groupe. Modes de vie non familiaux et répartition du revenu.* Québec, Bureau de la statistique du Québec, 184 p.

CARRIÈRE, Y. et J. LÉGARÉ, 1993. «Vieillesse démographique et institutionnalisation des personnes âgées : des projections nuancées pour le Canada». *Cahiers québécois de démographie*, 22, 1, 63-90.

CASELLI, G. et J. VALLIN, 1989. *Mortalité et vieillissement de la population.* Paris, INED, Dossiers et recherches n° 24, 28 p.

CHESNAIS, J.C., 1995. «L'inversion de la pyramide des âges et ses conséquences sur le financement des dépenses de santé». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 43, 297-299.

CLICHE, P., 1995. *Les critères de financement des régions. Éléments d'analyse.* Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la planification, document de travail, 25 p.

COALE, A. J., 1996. «Age patterns and time sequence of mortality in national populations with the highest expectation of life at birth». *Population and Development Review*, 22, 1, 127-135.

COLVEZ, A. et M. BLANCHET, 1981. «Disability Trends in the United States Population 1966-76 : Analysis of Reported Causes». *American Journal of Public Health*, 71, 5, 464-471.

COLVEZ, A., et M. BLANCHET, 1983. «Potential gains in life expectancy free of disability : A tool for health planning». *International Journal of Epidemiology*, 12, 2, 224-229.

COLVEZ, A., H. GARDENT et D. BUCQUET, 1990. «Validation d'indicateurs en gérontologie: application au domaine des indicateurs de capacité fonctionnelle». In GROUPE DE RECHERCHE SUR LE BESOIN ET LES INDICATEURS EN GÉRONTOLOGIE, rédaction sous la dir. de COLVEZ, A., et H. GARDENT. *Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie. Information, validation, utilisation.* Paris, CTNERHI-INSERM, 37-78.

COMITÉ D'ANALYSE DE LA CONSOMMATION MÉDICAMENTEUSE DES PERSONNES ÂGÉES, 1992. *Rapport du comité d'analyse de la consommation médicamenteuse chez les personnes âgées.* Rapport présenté à la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Québec, Régie de l'assurance-maladie du Québec, 181 p.

COMITÉ TRIPARTITE MSSS-CRSSH-AHQ, mai 1992. *Équité interrégionale et interétablissements, programme de santé physique. Rapport d'étape.* Document polycopié, 54 p.

COMITÉ TRIPARTITE MSSS-CRSSH-AHQ, 1994. *L'équité dans l'allocation interrégionale des ressources du champ de la santé physique.* Ministère de la Santé et des Services sociaux,

Conférence des Régies régionales de la Santé et des Services sociaux du Québec et Association des hôpitaux du Québec, 96 p. et annexes.

CONSEIL DES AÎNÉS, 1995. *La situation économique des aînés du Québec*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Conseil des aînés, 98 p.

CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ DU QUÉBEC, 1994. *Variations dans la fréquence des interventions chirurgicales par région du Québec*. Montréal, 43 p.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P., F. CHAMPAGNE, J.-L. DENIS, A. LEMAY, S. DUCROT, M.-A. FOURNIER et A. DJONA, 1993. *Regulatory mechanisms in the health care systems of Canada and other industrialized countries : description and assessment*. Projets de recherche économique des universités d'Ottawa et Queen's, document de travail 93-01, Ottawa, Université d'Ottawa, 163 p.

CÔTÉ, R., 1992. *Statistiques évolutives des dépenses gouvernementales pour la mission sociale 1981-1982 à 1990-91*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Collection Données statistiques et indicateurs, n° 15, 65 p.

CÔTÉ, R., 1993. *Statistiques évolutives des dépenses gouvernementales pour la mission sociale 1982-1983 à 1991-92*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Collection Données statistiques et indicateurs, n° 23, 70 p.

CÔTÉ, R., 1996. *Statistiques évolutives des dépenses gouvernementales pour la mission sociale 1986-87 à 1995-1996*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation. Collection Données statistiques et indicateurs, n° 31, 80 p.

COULTON, C., et A. K. FROST, 1982. «Use of social services and health services by the elderly». *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 330-339.

CRIMMINS, E. M., 1990. «Are Americans healthier as well as longer-lived?». *Journal of Insurance Medicine*, 22, 2, 89-92.

CRIMMINS, E. M., M.D. HAYWARD et Y. SAITO, 1994. «Changing Mortality and Morbidity Rates and the Health Status and Life Expectancy of the Older Population». *Demography*, 31, 1, 159-175.

CRIMMINS, E. M., Y. SAITO et D. INGEGNERI, 1989. «Changes in Life Expectancy and Disability-Free Life Expectancy in the United States». *Population and Development Review*, 15, 2, 235-267.

DEMERS, M., 1994. *Coût des services médicaux durant la dernière année de vie au Québec en 1991*. Régie de l'assurance-maladie du Québec, Direction générale de l'évaluation et du contrôle, 39 p.

DEMERS, M., 1995. *Facteurs explicatifs de la hausse des coûts des services médicaux chez les personnes âgées entre 1982 et 1992*. Régie de l'assurance-maladie du Québec, Direction générale de l'évaluation et du contrôle, document de travail confidentiel, 113 p.

DENTON, F.T., et B. G. SPENCER, 1983a. *The sensitivity of health-care costs to changes in population age structure*. QSEP Research report No. 74. Hamilton, McMaster University, Program for Quantitative Studies in Economics and Population, 31 p.

DENTON, F.T., et B. G. SPENCER, 1983b. «Population aging and future health costs in Canada». *Analyse de politiques*, 1X, 2, 155-163.

DENTON F.T., et B. G. SPENCER, 1985. «Prospective changes in population and their implications for government expenditures». In COURCHENE, T. J., D. W. CONKLIN et G. C. A. COOK, éd. *Ottawa and the provinces : The distribution of money and power*. Volume 1. Ontario Economic Council, Special research Report, 44-95.

DE POUVOURVILLE, G., 1995. «Le puzzle du vieillissement». *Revue canadienne du vieillissement / Canadian Journal on Aging*, 40, 2, 414-425.

DESJARDINS, B., 1993. *Vieillesse de la population et personnes âgées. La conjoncture démographique*. Ottawa, Statistique Canada, Division de la démographie, catalogue 91-533F Hors-série, 130 p.

DESJARDINS, B. et J. LÉGARÉ, 1984. «Le seuil de la vieillesse : quelques réflexions de démographes». *Sociologie et sociétés*, 16, 2, 37-48.

DESROSIERS, H., 1987. *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux : les véritables enjeux*. Québec, Les Publications du Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Synthèse critique n° 31, 100 p.

DILLARD, S., 1984. *Durée ou qualité de la vie?* Sillery, Conseil des affaires sociales et de la famille, 70 p.

DITTGEN, A., et L. LEGOUX, 1990. «Vieillesse par le haut et par le bas : l'exemple de la France». In LORIAUX, M., D. REMY et É. VILQUIN, éd. *Populations âgées et révolution grise*. Actes du Colloque Chaire Quetelet 1986. Bruxelles, CIACO, 89-103.

DUCEL, G., 1995. «Les nouveaux risques infectieux». *Futuribles*, 203, 5-32.

DUCHENE, J. et G. WUNSCH, 1990. «Les tables de mortalité limite : quand la biologie vient au secours du démographe». In LORIAUX, M., D. REMY et É. VILQUIN, éd. *Populations âgées et révolution grise*. Actes du Colloque Chaire Quetelet 1986, 321-332.

DUCHESNE, L., 1992. *La situation démographique au Québec, édition 1991-92*. Québec, Les Publications du Québec, Bureau de la statistique du Québec, 231 p.

DUCHESNE, L., 1993. «Évolution de la population au Québec et au Canada depuis un siècle et demi en l'absence de migrations». *Cahiers québécois de démographie*, 22, 1, 1-21.

DUCHESNE, L., 1995. *La situation démographique au Québec, édition 1995*. Québec, Les Publications du Québec, Bureau de la statistique du Québec, 240 p.

DUMAS, J., 1990. *La conjoncture démographique. Rapport sur l'état de la population du Canada 1988*. Ottawa, Statistique Canada, catalogue 91-209F hors-série, 165 p.

DURAND, P.J., R. VERREAULT, M. DUGAS, J. MORIN, C. PARADIS, 1994. «Utilisation de procédures diagnostiques et chirurgicales chez les personnes âgées au Québec». *L'Union médicale du Canada*, 123, 4, 226-236.

EVANS, R. G., M. L. BARER, C. HERTZMAN, G. M. ANDERSON, I. R. PULCINS et J. LOMAS, 1989. «The long good-bye : the great transformation of the British Columbia hospital system». *Health Services Research*, 24, 4, 435-459.

EVANS, R. G. et G. L. STODDART, 1990. «Producing health, consuming health care». *Social Science and Medicine*, 31, 12, 1347-1363.

FELLEGI, I. P., 1988. «Pouvons-nous assumer le vieillissement de la société?». *L'Observateur économique canadien*, 1, 10, 4.1-4.34.

FORTIN, B. et P. FORTIN, 1986. *Le déclin démographique et l'évolution des coûts du secteur public*. Rapport présenté au Groupe d'étude de l'évolution démographique et de son incidence sur la politique économique et sociale, Santé et Bien-Être Social Canada, Ottawa. Québec, Université Laval, Département d'économie, 16 p.

FORTIN, B. et P. FORTIN, 1987. «Croissance économique et décroissance démographique à long terme : l'optimisme du modèle néoclassique pur est-il justifié?». *Canadian Studies in Population*, 14, 2, 171-186.

FRIES, J. F., 1980. «Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity». *The New England Journal of Medicine*, 303, 3, 130-135.

FRIES, J. F., 1984. «The Compression of Morbidity : Miscellaneous Comments About a Theme». *The Gerontologist*, 24, 4, 354-359.

FRIES, J. F., 1989. «The Compression of Morbidity : Near or Far?». *Milbank Quarterly*, 67, 2, 208-232.

FUCHS, V. R., 1984. «Though much is taken : reflections on aging, health, and medical care». *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 62, 2, 143-166.

FUGÈRE, D., 1994. *L'évolution du revenu des personnes âgées au Québec entre 1981 et 1991*. Québec, Régie des rentes du Québec, 13 p.

GARANT, L., et M. BOLDOC, 1990. *L'aide par les proches : mythes et réalités*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation. Collection Études et analyses, n° 8, 157 p.

GAUTHIER, H., 1991. «Vieillesse et dépenses de l'État». In HENRIPIN, J., et Y., MARTIN, éd. *La population du Québec d'hier à demain*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 89-107.

GAUTHIER, H., 1995. «Variables démographiques et charges sociales : comparaisons annuelles et intergénérationnelles». *Cahiers québécois de démographie*, 24, 2, 285-321.

GAUTHIER, H. et L. DUCHESNE, 1991. *Le vieillissement démographique et les personnes âgées au Québec*. Québec, Les Publications du Québec, Bureau de la statistique du Québec, 297 p.

GEORGE, M. V., M. J. NORRIS, F. NAULT, S. LOH et S. Y. DAI, 1994. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires 1993-2016*. Ottawa, Statistique Canada, Division de la démographie, 195 p.

GERDTHAM, U.G., 1993. «The impact of aging on health care expenditure in Sweden». *Health Policy*, 24, 1-8.

GETZEN, T.E., 1992. «Population Aging and the Growth of Health Expenditures». *Journal of Gerontology (Social Sciences)*, 47, 3, S98-S104.

GONNOT, J. P. 1992. «Some selected aspects of mortality in the ECE region». In STOLNIZ, G. J., éd. *Demographic causes and economic consequences of population aging. Europe and North America*. New York, United Nations Economic Commission for Europe. Economic Studies n° 3, 85-94.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DES FINANCES, 1994. *Comptes publics 1993-94, Volume 2. Détail des revenus, crédits et dépenses du Gouvernement du Québec*. 413 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF, 1996. *Fiscalité et financement des services publics. Les Québécois, la fiscalité et le financement des services publics*. Québec, Les publications du Québec, 146 p.

GOVERNEMENT DU CANADA, 1994. *Comptes publics 1994, vol. 1, Revue et États financiers*. Ottawa, Approvisionnement et Services Canada.

GOWER, D., 1995. «Le point sur la retraite anticipée chez les hommes». *L'emploi et le revenu en perspective*, 7, 3. Statistique Canada, catalogue 75-001F, 33-38.

GROSS, M. J., et C. W. SCHWENGER, 1981. *Health care costs for the elderly in Ontario : 1976-2026*. Toronto, Ontario Economic Council, Occasional Paper 11, 204 p.

GRUPE PROSPECTIVE ET TRANSFERT TECHNOLOGIQUE DE L'INRS-URBANISATION, 1994. *Québec 2000+. Une prospective du Québec à l'aube d'un autre siècle*. Document photocopié, 469 p.

GRUENBERG, E. M., 1977. «The failures of success». *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 3-24.

GUIBERT-LANTOINE, C. et A. MONNIER, 1995. «La conjoncture démographique : l'Europe et les pays développés d'Outre Mer». *Population*, 50, 4-5, 1185-1210.

GUILLEMARD, A.-M., 1994. «Un nouveau calendrier du retrait définitif d'activité en Europe». In Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle. *Emploi et Vieillessement*. Cahier Travail et Emploi. Paris, La Documentation Française, 13-19.

GURALNIK, J.M., M. YANAGISHITA et E.L. SCHNEIDER, 1988. «Projecting the older population of the United States : Lessons from the past and prospects for the future». *The Milbank Quarterly*, 66, 2, 283-308.

HELLER, P. S., R. HEMING et P. W. KOHNERT, 1986. *Aging and social expenditure in the major industrial countries, 1980-2025*. Washington, FMI, Occasional paper n° 47, 76 p.

HENRIPIN, J., 1989. *Naître ou ne pas être*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 141 p.

HENRIPIN, J., 1994. «The financial consequences of population aging». *Analyse de politiques*, XX, 1, 78-94.

HENRIPIN, J., 1995. «Vieillessement de la population : inconvénients et adaptation». *Population*, 50, 6, 1593-1609.

HERTZMAN, C., et M. HAYES, 1985. «Will the elderly really bankrupt us with increased health care costs?» *Canadian Journal of Public Health*, 76, 373-377 .

HILL, G.B., 1990. «La mortalité chez les personnes âgées au Canada : tendances de la cohorte». *Maladies chroniques au Canada*, 11, 1, 1-4.

HOURRIEZ, J.-M., 1993. «La consommation médicale à l'horizon 2010». *Économie et Statistique*, 265, 5, 17-30.

INED, 1988. «XVIIe Rapport sur la situation démographique de la France». *Population*, 43, 4-5, 727-798.

INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHES AVANCÉES, 1991. *Les déterminants de l'état de santé*. Ottawa, Institut canadien de recherches avancées, 39 p.

JOUVENEL, H., 1989. *Europe's ageing population. Trends and challenges to 2025*. RES et *Futuribles*, 52 p.

JULIEN, P.A. et B. VERMOT-DESROCHES, 1990. «Québec 2001 : vieillessement de la population et coûts de la santé». *Futuribles*, 143, 17-29.

KANNISTO, V., 1993. «La mortalité des centenaires en baisse». *Population*, 48, 4, 1070-1072.

KANNISTO, V., LAURITSEN, J., THATCHER, A.R. et J.W. VAUPEL, 1994. «Reductions in mortality at advanced ages : several decades of evidence from 27 countries». *Population and development Review*, 20, 4, 793-810.

KATZ, M., 1985. *The future of expenditures on social programs in Canada, 1980-2025*. Document de travail, FMI, 63 p.

- KATZ, S., BRANCH, L. G., BRANSON, M. H., PAPSIDERO, J. A., BECK, J. C. et GREER D. S., 1983. «Active life expectancy». *New England Journal of Medicine*, 1218-1224.
- KRAMER, M., 1980. «The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, Suppl. 285, 382-397.
- LACHAPELLE, R., 1990. «Le concept de population stable ouverte : application à l'étude des variations de la structure démographique». *Cahiers québécois de démographie*, 19, 2, 197-213.
- LAFONTAINE, P., R. PAMPALON et M. ROCHON, 1991. «L'espérance de vie sans incapacité en région au Québec en 1987». *Cahiers québécois de démographie*, 20, 2, 383-404.
- LAROCHE, S., et J.-P. MORIN, 1994. *Étude des variations entre les taux d'incapacité de l'ESLA de 1986 et de 1991*. Statistique Canada, Division des méthodes d'enquêtes sociales, document polycopié, 27 pages.
- LEE, R. D., et L. R. CARTER, 1992. «Modeling and forecasting U.S. mortality». *Journal of the American Statistical Association*, 87, 419, 659-671.
- LÉGARÉ, J., 1967. «La mortalité à 45 ans et plus : son évolution récente en Norvège et dans d'autres pays à faible niveau de mortalité». In UNION INTERNATIONALE POUR L'ÉTUDE SCIENTIFIQUE DE LA POPULATION, *Congrès mondial de la population, 1965, Belgrade*. Actes, vol. II. New York, ONU, 431-435.
- LÉGARÉ, 1990. «Espérance de vie en bonne santé : construction et applications». 209-217. In LORIAUX, M., D. REMY et É. VILQUIN, éd. *Populations âgées et révolution grise*. Actes du Colloque Chaire Quetelet 1986. Bruxelles, CIACO, 209-217.
- LEVASSEUR, M., 1992. *La consommation de soins dans les centres hospitaliers de courte durée par les personnes âgées : Québec 1981-82 à 1988-89*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation. Collection Données statistiques et indicateurs, n° 17, 44 p. et annexe.
- LEVASSEUR, M., 1996. *Évolution de la consommation de soins hospitaliers de courte durée par les personnes âgées : une mise à jour*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation. Collection Études et analyses, n° 27, 45 p.
- LÉVY, M.-L. , 1992. *Déchiffrer la démographie*. Paris, Syros-Alternatives, 272 p.
- LÉVY, M.-L., 1997. «Salaires, revenus familiaux, niveaux de vie». *Population et Sociétés*, 320, 1-4.
- LOPEZ, A., 1992. «Mortality trends in the ECE region : Prospects and implications». In UNITED NATIONS. *Changing population age structures, 1990-2015. Demographic and economic consequences and implications*. Geneva, 23-36.

- LORIAUX, M., 1995. «Du vieillissement démographique à l'intégration des âges : la révolution de la g erit ud e». *Population*, 50, 6, 1611-1625.
- LUBITZ, J, J. BEEBE et C. BAKER, 1995. «Longevity and medicare expenditures». *New England Journal of Medicine*, 332, 15, 999-1003.
- LUBITZ, J., et R. PRIHODA, 1984. «The use and costs of Medicare services in the last 2 years of life». *Health Care Financing Review*, 5, 3, 117-131.
- LUBITZ, J. et G. F. RILEY, 1993. «Trends in medicare payments in the last year of life». *New England Journal of Medicine*, 320, 15, 1092-1096.
- LUX, A., 1983. «Un Québec qui vieillit. Perspectives pour le XXI e siècle». *Recherches sociodémographiques*, R.S., XXIV, 326-377.
- MACLEAN, M. B., et J. ODERKIK, 1991. «Les interventions chirurgicales chez les personnes âgées». *Tendances sociales canadiennes*, 21, 11-13.
- MANTON, K. G., 1982. «Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population». *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 60, 2, 183-244.
- MANTON, K. G., 1987. «Rapport entre morbidité et mortalité. L'incidence d'une meilleure espérance de vie à un âge avanc e sur la demande de services de santé». In *Troisième âge et soins de santé*. Actes d'un colloque parrainé par le Conseil économique du Canada sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé, mai 1986. Ottawa, 56-62.
- MANTON, K. G., 1988. «Longitudinal study of functional change and mortality in the United States». *Journal of Gerontology*, 43, 5, S153-S161.
- MANTON, K.G., 1991. «The dynamics of population aging : demography and policy analysis». *Milbank Quarterly*, 69, 2, 309-338.
- MANTON, K.G., L. CORDER and E. STALLARD, 1993. «Changes in the Use of Personal Assistance and Special Equipment from 1982 to 1989 : Results from the 1982 and 1989 NLTCs». *The Gerontologist*, 33, 2, 168-176.
- MANTON, K.G., E. STALLARD et L. CORDER, 1995. «Changes in morbidity and chronic disability in the U.S. elderly population : evidence from the 1982, 1984 and 1989 national Long Term Care Surveys». *Journal of Gerontology : Social Sciences*, 50B, 4, S194-S204.
- MANTON, K.G., E. STALLARD et H. D. TOLLEY, 1991. «Limits to human life expectancy : evidence, prospects, and implications». *Population and Development Review*, 17, 4, 603-637.
- MARCIL-GRATTON, N., 1991. « tre vieille demain : des métamorphoses qui s'annoncent». In *femmes et questions démographiques. Un nouveau regard*. Actes du colloque «Femmes et questions démographiques» tenu à Québec les 15 et 16 mai 1990   l'Université Laval. Québec, Les Publications du Québec, Conseil du Statut de la femme, 125-148.

MARCIL-GRATTON, N. et J. LÉGARÉ, 1987. «Vieillesse d'aujourd'hui et de demain. Un même âge, une autre réalité?». *Futuribles*, 110, 3-21.

MARCOTTE, L., 1993. *Analyse de la cueillette d'information en maintien à domicile réalisée auprès des C.L.S.C. pour l'année financière 1990-91*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Programmes à la communauté, document polycopié, 72 p.

MARZOUK, M. S., 1991. «Aging Age-Specific Health Care Costs and the Future Health care burden in Canada». *Analyse de Politiques*, XVII, 4, 490-506.

MATHEWS, G., 1988. *Le vieillissement démographique et son impact sur la situation des personnes âgées et les services qui leur sont offerts*. Québec, Gouvernement du Québec, Conseil québécois de la recherche sociale, 136 p.

McDONALD, L. J., 1978. *Changing Population and the Impact on government age-specific expenditures*. Ottawa, Secrétariat du Conseil du Trésor, document miméographié, 89 p. et annexe. Cité par GAUTHIER, 1991.

McDOWELL, I., 1991. «Measuring health status and consequences of health problems». In *Measuring the Health of Canadians Using Population Surveys*. National Health Information Council, Ottawa, 1991, 75-81.

MCKINLAY, J.B., S. M. MCKINLAY et R. BEAGLEHOLE, 1989. «A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States». *International Journal of Health Services*, 19, 2, 181-208.

MESLÉ, F., 1993. «Analyse comparée des projections nationales en Europe». In VALLIN, J., éd. *L'avenir de l'espérance de vie*. Congrès et Colloques No 12, Institut National d'Études démographiques et Société Internationale de Démographie, Économie et Sociologie Médicales, 5-22.

MESLÉ, F., 1995. «La mortalité en France : le recul se poursuit». *Population*, 1995, 3, 745-778.

MESLÉ, F., et VALLIN, J., 1993. «Développement économique et espérance de vie : la transition sanitaire au tournant des années soixante». In UNION INTERNATIONALE POUR L'ÉTUDE SCIENTIFIQUE DE LA POPULATION. *Congrès international de la population*. Montréal, 1993. Vol. 2. Liège, UIESP, 365-382.

MINISTÈRE DU REVENU, 1994. *Portrait de la fiscalité des particuliers au Québec, Statistiques 1991*. Québec, Gouvernement du Québec, 305 p.

MINISTÈRE DU REVENU, 1995. *Portrait de la fiscalité des particuliers au Québec, Statistiques 1993*. Québec, Gouvernement du Québec, 237 p.

MIZRAHI, A., et A. MIZRAHI, 1988a. «Vieillesse et croissance des dépenses de santé». *Prospective et santé*, 47/48, 77-83.

MIZRAHI ET MIZRAHI, 1988b. «Consommation médicale selon l'âge. Effet de morbidité et effet de génération». *La revue hospitalière de France*, 418, 133-153.

MIZRAHI, A., et A. MIZRAHI, 1994. *L'évolution paradoxale de l'état de santé des personnes âgées en France : amélioration du pronostic vital, diminution de l'incapacité et augmentation du nombre de maladies*. Paris, CREDES, n° 1027, 21 p.

MIZRAHI, A., et A. MIZRAHI, 1995. *Les évolutions passées permettent-elles de décrire les grandes lignes du système de santé du XXIème siècle : retournements de tendance et stabilités*. Paris, CREDES, n° 1060, 36 p.

MORIYAMA, I. M., 1964. *The change in Mortality Trend in the United States*. NCHS, Vital and Health Statistics, Series 3, n° 1, 43 p.

MURPHY, B. B. et M. C. ET WOLFSON, 1992. «When the baby-boom grows old : impacts on Canada's public sector». In UNITED NATIONS. *Changing population age structures. Demographic and economic consequences and implications*. Geneva, United Nations, 133-147.

MYERS, G. C., 1989. «Mortality and health dynamics at older ages». In RUZICKA, L., G. WUNSCH et P. KANE, éd. *Differential mortality. Methodological issues and biosocial factors*. Clarendon Press, Oxford, 189-204.

MYERS, G. 1993. «Health Aspects of the ageing process». In TABAH, L., G. MYERS et J. LÉGARÉ, éd. *Synthesis of national monographs on population aging*. Malte, CICRED-International Institute of Aging.

NAULT, F., 1990a. «Le vieillissement de la population québécoise». *Cahiers québécois de démographie*, 19, 2, 173-177.

NAULT, F., 1990b. *Les personnes âgées de demain : une autre réalité*. Sous la dir. de LÉGARÉ, J., N. MARCIL-GRATTON et B. DESJARDINS. Rapport de recherche au Fonds FCAR. Montréal, Université de Montréal, Département de démographie, 79 p. et annexes.

NAYLOR, C.D., G. M. ANDERSON et V. GOEL, éd., 1994. *Patterns of health care in Ontario*. The ICES Practice Atlas, Vol. 1. Toronto, Institute for Clinical Evaluative Sciences in Ontario, 325 p.

NEWHOUSE, J. P., 1993. «An iconoclastic view of health cost containment». *Health Affairs*, 12, Suppl., 152-171.

OCDE, 1985. *Dépenses sociales 1960-1990. Problèmes de croissance et de maîtrise*. Étude de politique sociale. Paris, OCDE, 100 p.

OCDE, 1988. *Le vieillissement démographique*. Paris, OCDE, 98 p.

OCDE, 1993a. *Les systèmes de santé des pays de l'OCDE. Faits et tendances, 1960-1991. Vol. I*. Études de politique de santé n° 3. Paris, OCDE, 181 p.

OCDE, 1993b. *Les systèmes de santé des pays de l'OCDE. Environnement Socio-Économique, Sources statistiques. Vol. II*. Études de politique de santé n° 3. Paris, OCDE, 200 p.

- OCDE, 1994a. *La réforme des systèmes de santé. Étude de dix-sept pays de l'OCDE*. Paris, OCDE, 370 p.
- OCDE, 1994b. *Protéger les personnes âgées dépendantes. Nouvelles orientations*. Paris, OCDE, Études de politique sociale n° 14, 155 p.
- OCDE, 1995. *Statistiques de la population active 1973-1993. Édition 1995*. Paris, OCDE, Direction des statistiques, 501 p.
- OJA, G., 1987. *Évolution de la répartition de la richesse au Canada, 1970-1984*. Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, Statistique Canada, Division de l'analyse des enquêtes sur le travail et les ménages, Rapport analytique sur le revenu n° 1, catalogue 13-588, n°1, 39 p.
- OLSHANSKY, S. J., B. A. CARNES et C. CASSEL, 1990. «In search of Methuselah : Estimating the Upper Limits to Human Longevity». *Science*, 250, 634-640.
- OMRAN, A. R., 1971. «The epidemiologic transition. A Theory of the Epidemiology of Population Change». *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49, 509-538.
- PALMORE, E.B., 1986. «Trends in the Health of the Aged». *The Gerontologist*, 26, 3, 298-302.
- PAMPALON, R., et P. FERLAND, 1993. *Programme Santé physique*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Groupe technique sur les indicateurs de besoin. Document polycopié.
- PARANT, A., 1978. «Les personnes âgées en 1975 et le vieillissement démographique en France (1931-1975)». *Population*, 33, 2, 381-411.
- PÉRON, Y., 1996. «L'accroissement de l'espérance de vie en cas d'élimination ou de réduction de mortalités particulières». Communication au Colloque de l'AIDELF, Morbidité, mortalité. Problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective. Sinaia, 3-6 septembre 1996, 8 p.
- PÉRON, Y. et C. STROHMENGER, 1985. *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations*. Ottawa, Statistique Canada, Division de la santé, Section de la recherche et de l'analyse, 262 p.
- POTERBA, J. M. et L. H. SUMMERS, 1987. «Implications of declining old-age Mortality». In BURTLESS, G., éd. *Work, health and income among the elderly*. Washington, D.C., The Brookings Institution, 19-58.
- POUS, J., 1995. «Vieillesse, âge, vieillesse : Réflexions sur un domaine de recherches». *Journal d'Économie Médicale*, 13, 1, 3-4.
- PRESSAT, R., 1969. *L'analyse démographique*. Paris, PUF, 2^e éd. refondue, 321p.
- PRESSAT, R., 1983. *L'analyse démographique. Concepts. Méthodes. Résultats*. Paris, PUF, 4^e éd. refondue et augmentée, 295 p.

PRESTON, S. H., C. HIMES et M. EGGERS, 1989. «Demographic Conditions responsible for Population Aging». *Demography*, 26, 4, 691-704.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, 1991. *Statistiques annuelles 1990*. Québec, Régie de l'assurance-maladie du Québec, 302 p.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, 1992. *Statistiques annuelles 1991*. Québec, Régie de l'assurance-maladie du Québec, 302 p.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, 1993. *Statistiques annuelles 1992*. Québec, Régie de l'assurance-maladie du Québec, 308 p.

RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC, 1995. *Rapport annuel 1994-1995*. Québec, Régie des Rentes du Québec, 72 p.

RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC, 1996. *Une réforme du régime des rentes du Québec pour vous et vos enfants : garantir l'avenir du régime de rentes du Québec*. Québec, Régie des Rentes du Québec, 50 p.

REVENU CANADA, 1994. *Statistiques fiscales. Analyse des déclarations des particuliers pour l'année d'imposition 1992 et statistiques diverses*. Ottawa, Approvisionnements et Services, 351 p.

RICE, D. P., et J. J. FELDMAN, 1983. «Living longer in the United states : demographic changes and health needs of the elderly». *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 61, 3, 362-395.

RICE, D. P. et M. P. LAPLANTE, 1988. «Chronic illness, disability, and increasing longevity». In SULLIVAN, S., et M. EIN-LEWIN (éd.). *Ethics and Economics of Long-term care*. Washington, American Enterprise Institute for Public Policy Research, 9-55.

RILEY, J. C., 1990. «The risk of being sick : Morbidity trends in four countries». *Population and Development Review*, 16, 3, 403-432.

RILEY, M. WHITE, 1988. «On the signifiacnce of age in sociology». In RILEY, M. WHITE, B. J. HUBER et B. B. HESS, éd. *Social change and the life course. Volume 1. Social structures and human lives*, 24-45.

ROBINE, J.-M., 1986. *L'espérance de vie sans incapacité*. Sillery, Conseil des affaires sociales et de la famille, 59 p. et biblio.

ROBINE, J.-M., D. BUCQUET et K. RITCHIE, 1991. «L'espérance de vie sans incapacité, un indicateur de l'évolution des conditions de santé au cours du temps : vingt ans de calcul». *Cahiers québécois de démographie*, 20, 2, 205-233.

ROBINE, J.-M. et B. CADET, 1994. «L'espérance de vie sans incapacité progresse : comment, pourquoi?». In Actes du colloque. *Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991-1992. Paris, 20 juin 1994*, 110-124.

ROBINE, J.-M. et C.D. MATHERS, 1993. «Measuring the compression or expansion of morbidity through changes in health expectancy». In ROBINE, J.-M., C.D. MATHERS, M.R. BONE et I. ROMIEU, éd. *Calculation of health expectancies : harmonization consensus achieved and future perspective*, Colloque INSERM/John Libbey Eurotext Ltd, vol. 226, 269-286.

ROBINE, J.-M. et P. MORMICHE, 1993. «L'espérance de vie sans incapacité augmentée». *INSEE Première*, 281,1-4.

ROBINE, J.-M., et P. MORMICHE, 1994. «Estimation de la valeur de l'espérance de vie sans incapacité en France en 1991». *Solidarité Santé, Études statistiques*, 1, 17-36.

ROBINE, J.-M., P. MORMICHE et E. CAMBOIS, 1994. «L'évolution de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans». *Gérontologie et Société*, 71, 66-83.

ROBINE, J.-M., I. ROMIEU, E. CAMBOIS, H.P.A. VAN DE WATER et H.C. BOSHIJZEN, 1994. *Contribution of the Network on Health Expectancy and the Disability Process to the World Health Report 1995*. REVES/INSERM, 51 p.

ROCHON, Madeleine., 1994. «Caractéristiques socio-démographiques des aînés du Québec et vieillissement de la population». In CARIS, P. et MISHARA, B. L., dir. *L'avenir des aînés au Québec après l'an 2000*. Québec, Presses de l'Université du Québec, 217-292.

ROCHON, M., 1995. «Fécondité». In MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le Québec comparé : Indicateurs sanitaires, démographiques et socio-économiques. Évolution de la situation québécoise, canadienne et internationale*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 31-43.

ROCHON, M., et P. LAFONTAINE, 1994. *Nombre et taux de personnes hébergées dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, Québec 1987 et 1992-93*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service des études et analyses, document polycopié, 4 p.

ROGERS, R.G., A. BÉLANGER et A. ROGERS, 1991. «Espérance de vie autonome, en perte d'autonomie et en institution parmi la population âgée des États-Unis». *Cahiers québécois de démographie*, 20, 2, 269-289.

ROGERS, R.G., A. ROGERS et A. BÉLANGER, 1989. «Active life among the elderly in the United States : Multistate life-table estimates and population projections». *Milbank Quarterly*, 67, 3-4, 370-411.

ROGERS, R.G., A. ROGERS et A. BÉLANGER, 1989. «Longer life but worse health? measurement and dynamics». *The Gerontologist*, 30, 5, 640-649.

ROOS, N. P., P. MONTGOMERY et L. L. ROOS, 1987. «Health care utilization in the years prior to death». *Milbank Quarterly*, 65, 2, 231-253.

ROOS, N. P., E. SHAPIRO et B. HAVENS, 1987. «Le vieillissement dans un contexte de ressources limitées. Quelles devraient être nos préoccupations véritables?». In *Troisième âge et*

soins de santé. Actes d'un colloque parrainé par le Conseil économique du Canada sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé, mai 1986. Ottawa, 56-62.

ROOS, N. P., E. SHAPIRO et L.L. ROOS, 1984. «Aging and the Demand for Health Services : Which Aged and Whose Demand?». *The Gerontologist*, 24, 31-36.

ROOS, N. P., E. SHAPIRO et R. TATE, 1989. «Does a small minority of elderly account for a majority of health care expenditures? A sixteen-year perspective». *Milbank Quarterly*, 67, 3-4, 347-369.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, 1989. *Principaux résultats de l'étude sur l'hypertension artérielle au Canada*. Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada, 13 p.

SANTÉ CANADA, 1994. *Dépenses nationales de santé au Canada 1975-1993*. Ottawa., Santé Canada, Direction générale des politiques et de la consultation.

SANTÉ CANADA, 1996a. *Dépenses nationales de santé au Canada 1975-1994. Rapport sommaire*. Ottawa., Santé Canada, Direction générale des politiques et de la consultation.

SANTÉ CANADA, 1996b. *Dépenses nationales de santé au Canada 1975-1994. Rapport complet*. Ottawa., Santé Canada, Direction générale des politiques et de la consultation.

SANTÉ QUÉBEC, 1995. *Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-93*. Volume 1. Sous la direction de C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR. Québec, Gouvernement du Québec, 412 p.

SARDON, J.-P., 1994. *La population européenne en chiffres. Fécondité générale*. Paris, INED, 13 p.

SAUCIER, A., et P. LAFONTAINE, 1991. *Nature et gravité des incapacités au Québec en 1986. Un portrait statistique des adultes à domicile et en établissement selon l'Enquête sur la santé et les limitations d'activité*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Collection Données statistiques et indicateurs, n° 11, 63 p.

SAUCIER, A., 1992. *Le portrait des personnes ayant des incapacités au Québec en 1986*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Collection Données statistiques et indicateurs, n° 18, 63 p.

SCHNEIDER, E.L., J. A. BRODY, 1983. «Aging, natural death, and the compression of morbidity : another view». *New England Journal of Medicine*, 854-856.

SCHNEIDER, E.L., et J. M. GURALNIK, 1990. «The aging of America. Impact on health care costs». *Journal of the American Medical Association*, 263, 17, 2335-2340.

SCITOVSKY, A. A., 1984. «The high cost of dying : What do the data show?». *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 62, 4, 591-608.

SCITOVSKY, A. A., 1988. «Medical Care in the Last Twelve Months of Life : The Relation between Age, Functional Status, and Medical Care Expenditures». *Milbank Quarterly*, 66, 4, 640-660.

SEGHIN, A., 1995. «Les taux d'occupation en Europe. Le choix des indicateurs pertinents». *Futuribles*, 198, 17-41.

SICOTTE, C., 1982. *Évaluation des bénéficiaires en Centres d'accueil d'hébergement et en Centres hospitaliers de soins prolongés*. Gouvernement du Québec, Ministère des Affaires sociales, Direction de l'évaluation des programmes, 25 p. et annexes.

SIMONS-TROPEA, D., R. W. OSBORNE et C. SCHWENGER, 1986. *Health status and health services for elderly Canadians*. Toronto, University of Toronto, Program in gerontology, 116 p.

SOUS-COMITÉ SUR LE DÉCOUPAGE DES DÉPENSES PAR CHAMP D'ACTIVITÉS ET PAR RÉGION, 1993. *Dépenses par champ d'activités*. Rapport d'étape, 17 mars 1993. Ministère de la Santé et des Services sociaux, document photocopie.

SPIEGELMAN, M., 1966. *Significant Mortality and Morbidity Trends in the United States Since 1900*. Pennsylvania, Bryn Mawr, The American College of Life Underwriters, 11 p.

STAHL, S. M., et J. RUPP FELLER, 1990. «Olds equals sick : an ontogenetic fallacy». In Ed. STAHL, S.M., éd. *The legacy of Longevity*. California, Newbury Park, Sage Publications, 21-33.

STATISTIQUE CANADA, 1973. *Population 1921-1971. Révision des estimations annuelles de la population par sexe et par groupe d'âge, Canada et provinces*. Ottawa, Information Canada, 60 p.

STATISTIQUE CANADA, 1979. *Projections démographiques pour le Canada et les provinces, 1976-2001*. Ottawa, Statistique Canada, 472 p.

STATISTIQUE CANADA, 1989. *Enquête sur la santé et la limitation d'activités. Données infraprovinciales pour le Québec*. Ottawa, Statistique Canada, catalogue 82-607.

STATISTIQUE CANADA, 1990. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires 1989-2001*. Ottawa, Division de la démographie, 192 p.

STATISTIQUE CANADA, 1992a. *Immigration et citoyenneté*. Ottawa, Statistique Canada, Recensement du Canada 1991, catalogue 93-316, 333 p.

STATISTIQUE CANADA, 1992b. *Logements et ménages. Le pays*. Ottawa, Statistique Canada, Recensement du Canada 1991, catalogue 93-311, 209 p.

STATISTIQUE CANADA, 1993a. *Certaines statistiques sur le revenu*. Ottawa, Statistique Canada, Recensement du Canada 1991, catalogue 93-331, 305 p.

STATISTIQUE CANADA, 1993b. *Activité*. Ottawa, Statistique Canada, Recensement du Canada 1991, catalogue 93-324, 139 p.

STATISTIQUE CANADA, 1994a. *Dépenses des familles au Canada, 1992*. Ottawa, Statistique Canada, catalogue 62-555, 200 p.

STATISTIQUE CANADA, 1994b. *Estimations intercensitaires révisées de la population et des familles au 1^{er} juillet 1971-1991*. Ottawa, Statistique Canada, catalogue 91-537 Hors-série, 749 p.

STATISTIQUE CANADA, 1995. *Statistiques chronologiques sur la population active 1994*. Ottawa, Statistique Canada, catalogue 71-201, 422 p.

STATISTIQUE CANADA, octobre 1995b. *Estimations annuelles postcensitaires de la population selon l'âge et le sexe pour le Canada, les provinces et les territoires au 1er juillet 1993 à 1995*. Ottawa, Statistique Canada, Division de la démographie, document polycopié, 4 p.

SULLIVAN, D. F., 1971. «A single index of mortality and morbidity». *HSMA Health Reports*, 86, 4, 347-354.

SUZMAN, R. et M. WHITE RILEY, 1985. «Introducing the "Oldest Old"». *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 63,2, 177-185

SUZMAN, R. M., K.G. MANTON et D. P. WILLIS, 1992. «Introducing the oldest old». In Suzman, R. M., D. P. Willis et K.G. MANTON, éd. *The oldest old*. New York, Oxford, Oxford University Press, 3-14.

SVANBORG, A., 1988. «Cohort differences in the Göteborg studies of Swedish 70 years old». In BRODY, J.A., et G. L. MADDOX, éd. *Epidemiology and aging*. Springer Publishing Company, 27- 35.

TEMKIN-GREENER, H., M. R. MEINERS, E. A. PETTY et J. S. SZYDLOWSKI, 1992. «The use and cost of health services prior to death : A comparison of the medicare-only and the Medicare-Medicaid elderly populations». *Milbank Quarterly*, 70, 4, 679-701.

THIBAUT, N., H. GAUTHIER et E. LÉTOURNEAU, 1996. *Perspectives démographiques : Québec et régions 1991-2041 et MRC 1991-2016*. Québec, Les Publications du Québec, Bureau de la statistique du Québec, 439 p.

THORSLUND, M., et M. G. PARKER, 1995. «Strategies for an ageing population : expanding the priorities discussion». *Ageing and Society*, 15, 199-217.

TRAHAN, L., 1989. *Les facteurs associés à l'orientation des personnes âgées dans des établissements d'hébergement. Une revue de la littérature*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation. Collection Études et analyses, n° 5, 100 p.

TURMEL, B., 1991. *Facteurs explicatifs de l'augmentation des coûts du programme des services médicaux entre 1978 et 1988*. R.A.M.Q., Service évaluation des programmes, document polycopié, 62 p. et annexes.

UNITED NATIONS, 1993. *World Population Prospects. The 1992 Revision*. New York, United Nations, Department for Economic and Social information and Policy Analysis, 677 p.

VALLIN, J., 1993. «Life expectancy : past, present and future possibilities». In Robine, J.-M., C.D. Mathers, M.R., Bone et I. Romieu, éd. *Calculation of health expectancies : harmonization consensus achieved and future perspective*, Colloque INSERM/John Libbey Eurotext Ltd, vol. 226, 63-77.

VAUPEL, J.W., et A.E. GOWAN, 1986. «Passage to Methuselah : Some demographic consequences of continued progress against mortality». *American Journal of Public Health*, 76, 4, 430-433.

VERBRUGGE, L. M., 1984. «Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-aged and Older Persons». *Milbank Quarterly*, 62, 3, 475-519.

VERBRUGGE, L. M., 1989. «Recent, present, and future health of American adults». *Annual Review of Public Health*, 10, 333-361.

VERBRUGGE, L.M., 1991. «Survival curves, prevalence rates, and dark matters therein». *Journal of Aging and Health*, 1991, 3, 2, 217-236.

VERBRUGGE, L. M., J. M. LEPROWSKI et Y. IMANAKA, 1989. «Comorbidity and its impact on disability». *Milbank Quarterly*, 76, 3-4, 450-484.

WAIMANN, T., J. BOUND et M. SCHOEBAUM, 1995. «The illusion of failure : trends in the self-reported health of the U.S. elderly». *Milbank Quarterly*, 73, 2, 253-287.

WILKINS, R. et O. ADAMS, 1983. *Healthfulness of Life*. Institut de recherches politiques, 153 p.

WILKINS, R., avec la participation de M. ROCHON et P. LAFONTAINE, 1995. «Autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé». In *Santé Québec. Et la santé ça va? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*, Vol. 1, 279-311.

WILSON, R. W., et T. F. DRURY, 1984. «Interpreting trends in illness and disability : Health Statistics and Health Status». *Annual Review of Public Health*, 5, 83-106.

WOLFSON, M., 1990. «Niveau de vie : faits, perceptions et attentes». In Beaujot, R., éd. *Faire face au changement démographique*. Compte rendu d'un colloque organisé par la Société Royale du Canada et la Fédération Canadienne de Démographie. Université Laval, Québec, 7-9 juin 1989. Ottawa, Société royale du Canada, 16-19.

WOLINSKI, F. D., R. M. COE, D. K MILLER, J. M. PRENDERGAST, M. J. CREEL et M.N. CHAVEZ, 1983. «Health services utilization among the noninstitutionalized elderly». *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 325-337.

WOODS GORDON, 1984. *Task Force on The Allocation of Health Care Ressources. Investigation of the Impact of Demographic Change on the Health Care System in Canada.* Toronto, 68 p. et annexes.

ANNEXE A

INDICATEURS DES DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX SELON L'AGE, LE SEXE ET LE SECTEUR D'ACTIVITES

Les dépenses moyennes per capita pour l'ensemble de la population sont représentées, dans chaque secteur d'activités, par un indice égal à 1 afin d'en comparer l'étendue des variations selon l'âge et le sexe (tableaux A.I à A.IX). Les dépenses absolues selon l'âge et le sexe peuvent donc être recomposées en multipliant l'indice par les dépenses moyennes per capita, apparaissant à chaque tableau. Le total des dépenses du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de l'année 1991 a été déterminé sur la base des comptes publics du Québec. Cependant, la distribution des dépenses des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires et des familles d'accueil par champ d'activités (santé physique, intégration sociale, santé mentale, adaptation sociale et santé publique) est basée sur les dépenses directes nettes de l'année financière 1991-92, fournie par le Service des politiques et orientations de ce ministère¹.

Santé physique

La santé physique regroupe un ensemble très vaste de services et d'activités visant à améliorer ou à restaurer la santé physique ou à résoudre un problème précis nécessitant une intervention ponctuelle. Il constitue le principal secteur, représentant, plus du tiers des dépenses avec 4,4 milliards de dollars en 1991. La presque totalité des dépenses de santé physique (95 %) est réalisée par les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés² et près de 70 % de ces dépenses sont effectuées à l'occasion d'une hospitalisation (Comité tripartite MSSS-CRSSH-AHQ, 1992, tableau 10).

¹ Plus précisément à partir de la mise à jour du tableau 3 de Sous-comité sur le découpage des dépenses par champ d'activités et par région (1993).

² Ancienne appellation: centres hospitaliers de courte durée. Ceux-ci incluaient cependant les centres hospitaliers psychiatriques.

L'intensité des ressources hospitalières utilisées selon l'âge et le sexe est connue grâce à deux indicateurs qui ne concernent cependant que la population hospitalisée. Aucun indicateur de l'intensité des ressources utilisées par les différents groupes d'âge en services externes n'était, en effet, disponible au moment où les dépenses selon l'âge ont été établies. Deux structures de consommation pour les personnes hospitalisées ont été testées et elles donnent des résultats fort semblables, la consommation des personnes âgées de 65 ans ou plus atteignant 3,9 fois dans le premier cas et 3,6 fois dans le second cas la consommation moyenne par habitant. Dans le premier cas, il s'agit de taux de jours-présence, les personnes hospitalisées pour un motif psychiatrique ayant été exclues. Ces taux ont été établis par Pampalon et Ferland (1993) pour l'année financière 1990-91, d'après l'univers épuré des statistiques de morbidité hospitalière MED-ÉCHO³. Le taux de journées d'hospitalisation per capita de 1991 a été recalculé sur la base de la population de 1991. En utilisant le taux de journées d'hospitalisation comme indicateur des dépenses selon l'âge et le sexe, on fait l'hypothèse qu'une journée d'hospitalisation coûte le même prix, quel que soit l'âge ou le sexe de la personne hospitalisée. Or ceci n'est pas vérifié.

Au contraire, on retrouve dans la littérature des indications, pour le passé, de coûts plus faibles pour une journée d'hospitalisation d'une personne âgée (Roos, N., E. Shapiro et B. Havens, 1987). Cependant, il y a eu une forte progression des interventions chez les personnes âgées au Canada (Maclean et Oderkik, 1991; Anderson, Pulcins, Barer, Evans et Hertzman, 1990). M. Levasseur, dans son étude sur les hospitalisations entre 1981-82 et 1988-89 au Québec, constate ainsi une hausse du taux de journées d'hospitalisation avec chirurgie pour les personnes âgées, mais seulement pour la période 1981-82 à 1984-85, et, malgré cette hausse, le pourcentage de journées d'hospitalisation avec chirurgie des personnes âgées demeure en 1988-89 légèrement inférieur (38,0 %) à celui des personnes plus jeunes (42,1 %) (Levasseur, 1992, tableaux A.18 et A.21). De plus, le pourcentage de journées d'hospitalisation avec chirurgie atteint son maximum dans un groupe très jeune, le groupe des 35-39 ans (51,7 %) et il décroît par la suite avec l'âge (30,9 % dans le groupe des 85 ans ou plus). Il est donc possible qu'il subsiste des différences selon l'âge dans le coût d'une journée d'hospitalisation. La variation semble toutefois minimale lorsqu'on compare le groupe des personnes de moins de 65 ans à celui des personnes de 65 ans ou plus. De plus, une

³ Seuls les centres hospitaliers de soins de courte durée généraux et spécialisés sont retenus. Sont donc exclus les centres ou unités de soins psychiatriques, de réadaptation ou de longue durée (Beaupré et Bourdages, 1995).

fraction non négligeable des activités des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (37 % des dépenses) est commune aux différents patients (ex. alimentation, entretien ménager) et n'occasionne pas de différenciation de coûts selon l'âge.

Le second indice est basé sur l'indice N.I.R.U. (Niveau d'intensité des ressources utilisées) spécifique par D.R.G. (*Diagnosis Related Groups* francisé par Diagnostics repères pour la gestion) et le taux d'hospitalisation selon l'âge et le sexe. L'indice N.I.R.U. a été développé par le Comité tripartite MSSS-CRSSH-AHQ sur l'équité interrégionale et interétablissements pour le programme de santé physique. Il tient compte de la durée de séjour et de la lourdeur des cas d'hospitalisation. Il repose cependant sur les coûts par D.R.G. développés au New-Jersey, ceux-ci étant corrigés pour tenir compte des durées de séjour plus longues au Québec. L'indice des dépenses selon l'âge et sexe est obtenu en multipliant l'indice N.I.R.U. (coût théorique d'un cas d'hospitalisation compte tenu de la distribution à chaque âge pour chaque sexe des D.R.G. et des coûts de ces différents D.R.G.) par le taux d'hospitalisation pour chaque âge et sexe.

Ce dernier indice a été retenu, car il permet de tenir compte de deux facteurs (durée de séjour et lourdeur des cas), même s'il peut paraître encore grossier (Boyle et McDougall, 1993). Le fait qu'il atténue légèrement les variations selon l'âge obtenues avec le premier indice confirme que les personnes âgées ont un coût de journée d'hospitalisation légèrement moindre et ceci est d'autant plus vrai qu'elles ont atteint un âge avancé.

L'augmentation des dépenses selon l'âge dans ce champ d'activités est élevée (tableau A.I). Les dépenses de santé physique sont importantes au moment de la naissance (donnée non représentée). Elles régressent ensuite pour augmenter vers la vingtaine; aux âges de fécondité, cette augmentation est importante pour le sexe féminin. Elles diminuent à nouveau dans la trentaine, suite à la diminution des maternités, puis augmentent de façon assez régulière à partir de la quarantaine. Comparativement à la consommation moyenne des soins de santé physique, la consommation des enfants de moins d'un an est multipliée par cinq (donnée non représentée), celle des personnes âgées de 65 ans ou plus est multipliée par 3,57 et celle des personnes âgées de 85 ans ou plus par 5,55. Entre 1 et 54 ans, la consommation est inférieure à la moyenne.

Tableau A. I - Indice des dépenses publiques per capita des services de santé physique selon l'âge et le sexe, 1991										
Groupe d'âge										
Sexe	Total	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
T	1,00	1,03	0,18	0,17	0,31	0,53	0,69	0,59	0,53	0,57
M	0,95	1,09	0,21	0,18	0,26	0,30	0,31	0,36	0,43	0,55
F	1,05	0,97	0,16	0,16	0,37	0,78	1,08	0,83	0,62	0,59
Groupe d'âge										
Sexe	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	65+
T	0,77	1,00	1,39	1,91	2,53	3,27	4,18	5,01	5,55	3,57
M	0,82	1,12	1,65	2,33	3,10	4,01	5,08	5,84	6,48	4,18
F	0,72	0,88	1,14	1,52	2,07	2,73	3,60	4,56	5,17	3,16
Les dépenses moyennes per capita de 619 \$ = 1,00										
Sources : Indices N.I.R.U. appliqués aux taux d'hospitalisation par âge et sexe, MED-ÉCHO, 1990-91, diagnostics psychiatriques exclus, Comité tripartite MSSS-CRSSH-AHQ, et population de 1991 à la base des projections démographiques										

Les coûts féminins ne sont supérieurs aux coûts masculins qu'entre 15 et 44 ans (tableau A.I) et si les hommes ont en moyenne un coût inférieur (indice de 0,95) à celui des femmes (indice de 1,05), ce n'est qu'en raison de leur structure par âge plus jeune. En effet, la surconsommation des femmes est annulée quand on applique aux coûts par âge des hommes la structure par âge féminine; l'écart entre les coûts féminins et masculins passe alors de +10,5 % à -7,3 %. Les dépenses per capita pour les hommes de 65 ans ou plus atteignent 4,18 fois les dépenses moyennes per capita de la population masculine et les dépenses per capita pour les femmes de 65 ans ou plus 3,16 fois les dépenses moyennes féminines. Dans le groupe des personnes âgées de 65 ans ou plus, le coût féminin est inférieur de 24,4 % au coût masculin.

Depuis que ces dépenses selon l'âge ont été établies, une nouvelle information a été produite (Comité tripartite MSSS-CRSSH-AHQ, 1994, tableau 2). Il s'agit de la répartition selon l'âge des services médicaux fournis à la clientèle externe (remboursés par la RAMQ). Il ne s'agit donc pas d'un indicateur de l'intensité des ressources hospitalières utilisées par la clientèle externe. Cette

information indique néanmoins que la clientèle externe est un peu plus jeune que la clientèle hospitalisée. Si ce nouvel indicateur avait été utilisé, le coût per capita de la population âgée de 65 ans ou plus comparativement à celui de l'ensemble de la population, aurait atteint, dans le secteur de la santé physique, 3,30 au lieu de 3,57, et, pour l'ensemble des dépenses publiques de santé, 3,63 au lieu de 3,72. En utilisant pour l'ensemble des services de santé physique un indicateur qui s'appuie sur la clientèle hospitalisée, il semble donc qu'on surévalue légèrement l'augmentation de la consommation selon l'âge.

Intégration sociale

L'intégration sociale constitue le deuxième poste en importance de l'ensemble des dépenses de soins de santé et de services sociaux (2,8 milliards de dollars et près du quart des dépenses totales en 1991). Ce champ d'activités regroupe les programmes destinés aux personnes qui ont de la difficulté à acquérir ou à maintenir leur autonomie et leur intégration sociale. Trois clientèles sont concernées : les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes présentant une déficience physique et les personnes présentant une déficience intellectuelle.

Tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux contribuent en 1991 à ce champ d'activités mais l'hébergement accapare la majeure partie de ce budget. Les services de maintien à domicile n'en représentent, par exemple, que 11,2 %. Les personnes hébergées en soins de longue durée sont pour la très grande majorité (85 %) des personnes âgées. Elles reçoivent principalement des services d'aide dans les activités de la vie quotidienne mais également des services de surveillance en raison de pertes cognitives reliées à certaines maladies, telle la maladie d'Alzheimer.

Deux facteurs importants influencent la demande de services :

- 1) l'état de santé de la personne, exprimé en termes de déficiences, d'incapacités ou de difficultés à accomplir les activités élémentaires de la vie quotidienne (se déplacer, faire ses courses, s'alimenter, faire sa toilette, ...).
- 2) l'aide provenant de son entourage (le principal aidant est le conjoint) ou de l'organisation sociale (ex. logement adapté), ou plutôt l'absence de ce type d'aide. On observe par

exemple des variations importantes des taux d'hébergement des personnes âgées selon l'état matrimonial (Rochon, 1994, figure 17).

Les dépenses d'intégration sociale des personnes en perte d'autonomie ont été établies pour six catégories de services :

- les services d'intégration sociale en soins de longue durée, les centres hospitaliers psychiatriques étant exclus, qui constituent des services d'hébergement en très grande partie (63,6 % des dépenses d'intégration sociale),
- les services de maintien à domicile (11,2 %),
- les services dispensés par les Centres de réadaptation des personnes présentant une déficience physique ou intellectuelle (15,7 %), les familles d'accueil (0,9 %) et certains services sociaux pour adultes (1,9 %),
- les familles d'accueil et certains services sociaux pour personnes âgées (1,5 %)⁴,
- les soins en centre hospitalier psychiatrique aux patients qui n'ont pas de diagnostic psychiatrique associé mais qui présentent une déficience intellectuelle (3,4 %),
- enfin les activités de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) (1,8 %).

Des structures par âge et sexe ont ensuite été déterminées pour chacune de ces catégories.

La structure par âge et sexe des jours-personnes hébergées dans un centre hospitalier (à l'exception des centres hospitaliers psychiatriques) ou dans un centre d'hébergement de soins de longue durée (pavillons inclus), provenant du fichier de contribution des bénéficiaires hébergés de 1990-91, a été utilisée comme indicateur des dépenses des soins de longue durée selon l'âge et le sexe (tableau A.II). De tous les services du domaine de la santé et des services sociaux, c'est la structure de consommation qui présente la plus forte augmentation avec l'âge (tableau A.II). Elle ne se compare à aucune autre. Comparativement au taux d'hébergement moyen (0,64 %, ou plus exactement 0,64 personnes-année pour cent personnes), l'indice des 65 ans ou plus est près de 8 fois plus élevé (5,0 %) et celui des 85 ans ou plus 40 fois plus élevé (25,8 %). C'est en raison même de la nature de ce service qu'il devient très important aux grands âges de la vie. Ainsi, même si on limite le calcul de l'indice à la population âgée de 65 ans ou plus, les variations restent très importantes,

⁴ Proportion de 30 % des familles d'accueil destinées aux adultes et personnes âgées d'après le Service des politiques et orientations du MSSS.

Tableau A. II - Indice des dépenses per capita des services d'hébergement et de soins de longue durée selon l'âge et le sexe, 1991									
Groupe d'âge									
Sexe	Total	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Total	1,00	0,01	0,03	0,06	0,07	0,12	0,17	0,24	0,40
M	0,66	0,01	0,04	0,07	0,09	0,14	0,20	0,26	0,42
F	1,33	0,01	0,02	0,04	0,06	0,11	0,15	0,22	0,37
Groupe d'âge									
	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	65+
Total	0,63	0,95	1,57	3,01	7,06	15,88	32,22	56,90	7,74
M	0,68	1,08	1,61	2,87	6,16	12,79	24,59	43,97	5,52
F	0,58	0,83	1,54	3,10	7,63	17,52	35,43	61,57	9,26
<p>Les dépenses moyennes per capita de 258 \$ = 1,00 L'indice du groupe 0-14 ans = 0,00 quel que soit le sexe L'indice du groupe 85+ ans = 39,88 (30,15 pour les hommes et 43,80 pour les femmes)</p> <p>Source : Taux de personnes-années hébergées en soins de longue durée dans un centre hospitalier (non-psychiatrique) ou un centre d'hébergement de soins de longue durée calculés à partir des jours-présence au fichier historique de contribution des bénéficiaires hébergés de 1990-91 et de la population de 1991</p>									

l'indice des 85 ans ou plus atteignant 5 fois celui des 65 ans ou plus.

Globalement, le coût est plus élevé dans le cas des femmes, plus souvent hébergées à compter de l'âge de 70 ans. La distribution des femmes âgées selon l'état matrimonial, plus souvent sans conjoint que les hommes, est en grande partie responsable de la propension plus grande des femmes à recourir à l'hébergement, les personnes non mariées y ayant davantage recours que les personnes mariées (Rochon, 1994, tableau 13 et figure 17)⁵. À compter de 85 ans ou plus, un autre phénomène intervient. Le mariage ne semble plus alors jouer son effet protecteur dans le cas des femmes. Contrairement aux hommes mariés du même âge, ou aux femmes et hommes mariés plus jeunes, les femmes mariées de 85 ans ou plus ont en effet sensiblement les mêmes taux

⁵ En 1986, 46,6 % des femmes de 65 ans ou plus sont veuves comparativement à 14,3 % des hommes et 37,9 % d'entre elles sont mariées comparativement à 75,0 % d'entre eux.

d'hébergement que les femmes des autres états matrimoniaux, soit les célibataires ou les veuves (Rochon, 1994, figure 18).

Pour les activités de maintien à domicile, d'une part la structure par âge et d'autre part la structure par sexe de la clientèle sont disponibles pour l'année 1990-91 (Marcotte, 1993)⁶. Les données sur les services intensifs de maintien à domicile, tirées de la même source, indiquent une clientèle à peine plus âgée que pour les services réguliers de maintien à domicile⁷. La structure par âge et sexe a été estimée par nous.

L'indice présente de fortes variations selon l'âge (tableau A.III). Ces variations sont nettement plus importantes que celles observées dans le cas des services de santé physique (pour les personnes de 65 ans ou plus, indice de 6,39 comparativement à un indice de 3,57 et, pour les personnes de 85 ans ou plus, indice de 15,06 comparativement à un indice de 5,55). Elles sont cependant bien moindres que celles observées dans le cas des services d'hébergement en soins de longue durée (indice de 7,74 pour les personnes de 65 ans ou plus et de 39,88 pour les personnes de 85 ans ou plus). Cette dernière différence peut être due au fait que l'indice utilisé ne tient pas compte de l'intensité des services (ici le nombre d'heures de soins par semaine) qui peut augmenter avec l'âge⁸. Il est également possible que la clientèle à domicile soit moins âgée et moins dépendante que la clientèle hébergée et que les variations selon l'âge du nombre d'heures de soins par semaine soient donc assez légères, ce nombre étant très limité⁹.

⁶ Moins de la moitié des Centres locaux de services communautaires (CLSC) ont fourni l'information sur les groupes d'âge demandés. Cependant, plus d'une dizaine de CLSC ont fourni l'information pour l'ensemble des 75 ans ou plus. La compilation de la clientèle selon l'âge de ces CLSC a indiqué une distribution fort similaire à celle déjà obtenue avec le premier groupe de CLSC (les 75-84 ans et les 85 ans ou plus étant regroupés). La distribution selon l'âge obtenue avec le premier groupe de CLSC peut donc être assez représentative de celle de l'ensemble de la clientèle des CLSC.

⁷ 5 % de plus seulement de personnes âgées de 85 ans ou plus.

⁸ Pour les hospitalisations, par exemple, la prise en compte de la durée de séjour accentue les variations selon l'âge obtenues. L'indice de la consommation des personnes de 65 ans ou plus s'élève ainsi de 2,25 à 4,07 quand on passe des taux d'hospitalisations aux taux de journées d'hospitalisation. L'augmentation de la durée de séjour avec l'âge explique une telle différence (Levasseur, 1992, tableaux A.4 à A.6).

⁹ Trois heures environ pour les services réguliers de maintien à domicile et de cinq à un peu plus de dix heures, selon le CLSC, pour les services intensifs à domicile. Les services intensifs sont cependant bien moins fréquents que les services réguliers.

Tableau A. III - Indice des dépenses per capita des services de maintien à domicile selon l'âge et le sexe, 1991						
Groupe d'âge						
Sexe	Total	0-64	65-74	75-84	85+	65+
Total	1,00	0,33	3,91	9,27	15,06	6,39
M	0,71	0,31	3,33	6,91	10,36	4,74
F	1,28	0,36	4,28	10,49	16,95	7,51

Les dépenses moyennes per capita de 45 \$ = 1,00

Source : Taux de personnes desservies en services réguliers de maintien à domicile par âge, par sexe tirés de Marcotte, 1993 et population de 1991. L'estimation des taux par âge et sexe est de M. Rochon.

La structure par âge des personnes hébergées en centre de réadaptation (CR) en raison d'une déficience intellectuelle ou physique est connue grâce aux rapports statistiques fournis par ces établissements. Les taux par âge étant peu différenciés et les coûts par âge étant difficiles à déterminer pour la clientèle externe, la totalité des coûts reliés à l'ensemble de la clientèle des CR a été attribuée globalement au groupe des 5 à 59 ans sans autre distinction.

Les dépenses des familles d'accueil et services sociaux pour personnes âgées ont été attribuées au groupe des 65 ans ou plus et les deux dernières catégories de dépenses (services d'intégration sociale en centre hospitalier psychiatrique et OPHQ) ont été affectées à l'ensemble de la population sans distinction d'âge ou de sexe.

Le portrait qui résulte de la somme des dépenses selon l'âge et le sexe pour les différents services reliés à l'intégration sociale des personnes apparaît au tableau A.IV. Il indique une très forte progression selon l'âge, progression qui provient essentiellement de l'hébergement des personnes très âgées. Cette progression est beaucoup plus accentuée que celle que l'on obtient avec un indicateur d'incapacités tiré d'une enquête de santé, tel le taux d'incapacités modérées ou sévères de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de Statistique Canada¹⁰.

¹⁰ Taux de 1986-87 appliqués à la population de 1991 dans Saucier (1992). Les personnes qui ont déclaré une incapacité modérée ou sévère représente 90 % des personnes en établissement et 60 % des personnes à domicile ayant déclaré une incapacité.

Comparativement à la moyenne de la population, le premier indice (coût des services) indique une progression de 5,9 et le second (taux d'incapacités modérées ou sévères) de 4,1 pour les personnes âgées de 65 ans ou plus et de respectivement 27,7 et 10,1 pour les personnes âgées de 85 ans ou plus. Même si on ne retient que les personnes âgées de 65 ans ou plus pour établir la moyenne, une différence très importante persiste entre les deux indices pour les personnes âgées de 85 ans ou plus. Ce constat n'est pas modifié mais atténué lorsqu'on ne considère que les incapacités sévères. Outre le fait que les incapacités ne soient pas la seule cause du recours à l'hébergement des personnes âgées, une aide suffisante pouvant permettre le maintien à domicile, ce manque de similitude tient au fait que le taux d'incapacités, comme la très grande majorité des indicateurs de santé, attribue le même poids à tous les individus quel que soit leur état de santé contrairement aux

Tableau A. IV - Indice des dépenses per capita des services d'intégration sociale selon l'âge et le sexe, 1991										
Groupe d'âge										
Sexe	Total	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
T	1,00	0,09	0,33	0,33	0,33	0,35	0,36	0,37	0,40	0,44
M	0,75	0,09	0,32	0,32	0,33	0,35	0,37	0,38	0,41	0,45
F	1,24	0,09	0,33	0,33	0,33	0,34	0,35	0,36	0,40	0,43
Groupe d'âge										
Sexe	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	65+
T	0,48	0,58	0,73	0,69	1,62	2,53	5,70	11,33	27,26	5,83
M	0,49	0,59	0,75	0,77	1,59	2,39	4,88	9,10	20,54	4,23
F	0,47	0,57	0,70	0,62	1,64	2,64	6,22	12,52	29,96	6,92
Les dépenses moyennes per capita de 405 \$ = 1,00										

mesures de dépenses selon l'âge qui, par définition, attribuent un poids en fonction de l'intensité des ressources consommées, qui peut être une observation indirecte de la sévérité. S'il existait un tel indicateur d'incapacités pondéré par la sévérité, l'écart subsistant pourrait alors être explicable par l'aide reçue des proches.

Les dépenses moyennes per capita pour l'ensemble des services d'intégration sociale (405 dollars) augmentent avec l'âge de façon telle qu'elles ont plus que doublé à l'âge de 70-74 ans et sont multipliées par 27 à l'âge de 85 ans ou plus (tableau A.IV). Le coût féminin moyen est plus élevé que le coût masculin moyen de 64,1 % (indice de 1,24 et de 0,75) mais les différences de structure par âge expliquent 70 % de cet écart. Celui-ci est en effet réduit à 19,5 % lorsqu'on attribue aux coûts masculins la structure par âge féminine.

Le coût des services d'intégration sociale aux personnes âgées de 65 ans ou plus atteint près de six fois le coût moyen, quatre fois dans le cas de la population masculine et sept fois dans le cas de la population féminine. L'écart entre sexes chez les personnes âgées n'est réduit que de moitié lorsqu'on tient compte des différences de structure par âge, passant de 63,5 % à 32,4 %. Les taux féminins se démarquent, en effet, de façon importante des taux masculins à compter de l'âge de 75 ans.

Santé mentale

Ce champ regroupe les activités qui visent à permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée ou qui risque de voir son équilibre psychique compromis, d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation. Représentant 6,8 % des dépenses du domaine de la santé et des services sociaux, les dépenses de ce programme atteignent 0,8 milliard de dollars en 1991.

La structure par âge et sexe, établie pour deux clientèles différentes, a été combinée en tenant compte des dépenses encourues. La structure des taux des personnes hébergées en centre hospitalier psychiatrique pour un diagnostic de santé mentale (déficience et troubles cognitifs

Tableau A. V - Indice des dépenses per capita des services de santé mentale selon l'âge et le sexe, 1991								
Groupe d'âge								
Sexe	Total	0-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75+	65+
Total	1,00	0,14	0,54	1,12	1,43	1,89	1,99	1,93
M	1,05	0,19	0,63	1,22	1,43	2,10	2,24	2,15
F	0,95	0,08	0,46	1,01	1,44	1,72	1,85	1,77

Les dépenses moyennes per capita de 114 \$ = 1,00

Source : Taux de personnes hébergées au 11/04/91 selon le fichier de l'hygiène mentale (structure ayant un poids de 48 %) et taux de journées d'hospitalisation en centre hospitalier de courte durée selon MED-ÉCHO en 1990-91 (structure ayant un poids de 52 %), diagnostics 291-292, 295-309, 311-316 (CIM-9) et population de 1991. Ces taux ont été établis par Pampalon, R., R. Couture et P. Caris dans le cadre des travaux préliminaires du Groupe technique sur les indicateurs de besoins sur le programme de santé mentale du MSSS.

exclus) a reçu un poids de 48 % et celle des taux de journées d'hospitalisation en centre hospitalier psychiatrique ou de soins généraux et spécialisés (centre hospitalier de courte durée) pour les mêmes diagnostics¹¹ a reçu un poids de 52 %. Passé l'âge de 45 ans, les taux augmentent avec l'âge seulement pour la clientèle hébergée en centre hospitalier psychiatrique. Ceci est explicable par les pratiques passées d'institutionnalisation qui ont davantage affecté les générations les plus âgées.

Il résulte de la combinaison de ces deux structures une progression selon l'âge assez légère (tableau V). Les différences selon le sexe sont également peu élevées (10 % en moyenne, 15 % si on élimine l'effet des différences de structure par âge entre les deux populations), les hommes présentant dans presque tous les groupes d'âge un indice légèrement supérieur à l'indice féminin.

¹¹ Taux établis par Pampalon, R., R. Couture et P. Caris dans le cadre des travaux préliminaires du Groupe technique sur les indicateurs de besoins sur le programme de santé mentale. Les codes CIM des diagnostics psychiatriques retenus pour les deux clientèles apparaissent au tableau A.V.

Adaptation sociale

Ce programme s'adresse aux personnes dont l'adaptation sociale est compromise ou risque de l'être en raison de problèmes sociaux, familiaux ou personnels tels la violence, les abus, la négligence, la délinquance, l'itinérance, l'alcoolisme. Il représente des dépenses de 0,7 milliard de dollars soit 6,2 % de l'ensemble des activités du domaine de la santé et des services sociaux. Ces activités concernent principalement les jeunes en difficulté (84,7 % du coût de ce champ d'activités).

La principale dépense de ce champ d'activités est actuellement l'hébergement en centre de réadaptation pour mésadaptés socio-affectifs, suivie des activités des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse puis du soutien aux familles d'accueil. Le coût du programme jeunesse a été attribué globalement à la population de 0-17 ans et le coût des autres programmes a été attribué aux 20-49 ans.

Santé publique

Ce champ d'activités regroupe l'ensemble des interventions et actions visant l'information et la protection de la population en matière de santé. Les dépenses de santé publique atteignent 137 millions de dollars et correspondent à 1,1 % des dépenses totales des soins de santé et des services sociaux en 1991. Aucune distinction par âge et sexe n'a été retenue pour l'ensemble des activités de ce secteur.

Administration (dépenses ministérielles et régionales)

Les dépenses ministérielles et régionales de gestion et de coordination, incluant la coordination de la recherche, s'élèvent à près de 0,41 milliard de dollars en 1991 (3,4 % des dépenses du domaine de la santé et des services sociaux).

Afin d'obtenir une répartition selon l'âge et le sexe de l'ensemble des dépenses, on a appliqué au secteur de l'administration la répartition du coût total des cinq champs d'activités du réseau de la santé et des services sociaux selon l'âge et le sexe. Ceci est cohérent avec l'évolution fort similaire

des dépenses à ces deux postes budgétaires, à l'exception du moment de la mise en place des nouvelles structures de coordination régionale.

Programmes administrés par la RAMQ

Les coûts des programmes administrés par la RAMQ, et non attribués à d'autres ministères ou organismes¹², atteignent 2,6 milliards de dollars en 1991, soit plus du cinquième des dépenses publiques des soins de santé et des services sociaux. Un ajustement a été apporté aux dépenses de 1991 pour tenir compte de deux des réductions aux services assurés, annoncées le 15 mai 1992. Les réductions au chapitre des soins dentaires aux enfants et des services optométriques assurés se sont effectivement concrétisées l'année financière ultérieure. Au contraire, la nouvelle contribution de 2,00 dollars pour le programme de médicaments et de services pharmaceutiques des personnes âgées n'a pas entraîné une réduction des dépenses mais un ralentissement de la croissance annuelle de 17 % (en dollars courants) observée au tournant des années quatre-vingt (RAMQ, 1992, tableau C, p. 226 et RAMQ, 1993, tableau c, p. 220). Celle-ci n'a donc pas été intégrée.

Les services rendus par les médecins en cabinet, à domicile ou en établissement (près de 1,9 milliard de dollars en 1991) constituent le troisième poste en importance du domaine de la santé et des services sociaux (15,7 % des dépenses) après la santé physique et l'intégration sociale. Ils constituent également le principal programme de la RAMQ. Ils représentent, en effet, près des trois quarts des dépenses de cet organisme.

Le deuxième programme le plus important administré par la RAMQ (3,8 % des dépenses publiques de soins de santé et de services sociaux et 17,5 % des dépenses de la RAMQ imputées au MSSS) est celui des médicaments et services pharmaceutiques pour les personnes âgées (0,4 milliard de dollars)¹³. Les autres programmes, services dentaires, services optométriques, aides techniques (ex. prothèses, fauteuils roulants) représentent des dépenses bien moindres (tableau VI).

¹² telles les dépenses, habituellement privées, des prestataires de la sécurité du revenu.

¹³ À noter que les médicaments défrayés par les établissements du réseau de la santé ne sont pas inclus dans ce programme.

Les programmes administrés par la RAMQ sont ceux dont les dépenses selon l'âge et le sexe sont les mieux connues (RAMQ, statistiques annuelles). Toutefois dans le cas du principal programme, les services médicaux, les dépenses ventilées par âge et sexe ne représentent que 82,7 % des dépenses¹⁴. Elles sont, en effet, limitées au mode de rémunération à l'acte et la médecine de laboratoire est exclue.

Deux indices des coûts selon l'âge existent pour les services médicaux rémunérés à l'acte. Le premier repose sur les coûts bruts, ce faisant il rend compte non seulement des variations de coûts selon l'âge mais également de l'influence de la rémunération différenciée selon le lieu de pratique (région et cabinet ou établissement) sur ces variations. La population âgée réside, en effet, davantage que le reste de la population à la fois en milieu urbain et en établissement. L'effet de la rémunération différenciée selon le lieu de pratique est donc d'atténuer les différences selon l'âge. Le second indice, les coûts standardisés, élimine l'effet de la rémunération différenciée sur les variations selon l'âge. Cet indice a été développé au Service de la planification des ressources humaines du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Les différences entre les deux indices se sont cependant avérées minimes, sauf à 85 ans ou plus, le second indice atteignant 3,3 alors que le premier atteint 2,9.

L'indice des coûts bruts a été retenu puisqu'il correspond au coût selon les pratiques actuelles de rémunération. Il montre une progression significative des coûts avec l'âge, les services aux personnes âgées de 65 ans ou plus coûtant 2,28 fois plus que ceux de l'ensemble de la population (tableau A.VI). Cette progression est inférieure à celle que l'on observe pour les services de santé physique (tableau A.I).

Les coûts féminins sont, dans l'ensemble, supérieurs aux coûts masculins. Toutefois, ceci ne se vérifie pas à tous les âges. Ainsi, chez les jeunes enfants et les personnes âgées de 60 ans ou plus, les coûts masculins sont plus élevés. Les écarts selon le sexe les plus importants s'observent aux âges de la procréation et autour de 80 ans. Les différences de coûts selon le sexe pour la population totale tiennent peu à la différence de structure par âge entre les sexes puisque, lorsqu'on élimine l'effet de cette différence, l'écart passe de 37,8 % à 25,2 %.

¹⁴ RAMQ, 1992, tableau G, p. 52.

Tableau A. VI - Indice des dépenses per capita du programme des services médicaux, administré par la RAMQ, selon l'âge et le sexe, 1991										
	Groupe d'âge									
Sexe	Total	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
T	1,00	1,07	0,53	0,43	0,55	0,71	0,82	0,79	0,77	0,83
M	0,84	1,14	0,55	0,43	0,42	0,43	0,46	0,50	0,57	0,65
F	1,16	1,00	0,51	0,43	0,69	1,00	1,19	1,08	0,97	1,02
	Groupe d'âge									
Sexe	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	65+
T	0,97	1,13	1,31	1,54	1,90	2,23	2,53	2,69	2,92	2,28
M	0,79	0,97	1,25	1,55	2,01	2,40	2,77	2,96	3,06	2,41
F	1,15	1,29	1,38	1,53	1,82	2,11	2,37	2,55	2,87	2,20
Les dépenses moyennes per capita de 264 \$ = 1,00										
Source : RAMQ, 1992, tableau 13										

Les coûts du programme des médicaments et services pharmaceutiques pour les personnes âgées varient peu selon l'âge et le sexe (tableau VII). Le fait que les personnes de 85 ans ou plus semblent moins consommer est attribuable à ce qu'une bonne partie d'entre elles sont hébergées et

Tableau A. VII - Indice des dépenses per capita du programme des médicaments et services pharmaceutiques pour les personnes de 65 ans ou plus, administré par la RAMQ, selon l'âge et le sexe, 1991						
	Groupe d'âge					
Sexe	65+	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Total	1,00	0,90	1,06	1,13	1,09	0,84
M	1,00	0,89	1,06	1,13	1,10	0,88
F	1,00	0,90	1,05	1,13	1,09	0,83
Les dépenses moyennes par personne âgée de 65 ans ou plus de 576 \$ = 1,00						
Source : RAMQ, <i>Statistiques annuelles 1991</i> , tableau 72						

reçoivent donc leurs médicaments de l'établissement où elles résident, le programme de la RAMQ n'étant pas alors impliqué. En 1988-89, 32,4 % des dépenses gouvernementales en médicaments étaient engagées par les établissements du réseau sociosanitaire (Comité d'analyse de la consommation médicamenteuse des personnes âgées, 1992, p. 27).

Tableau A. VIII - Indice des dépenses du programme des services dentaires pour les enfants, administré par la RAMQ, selon l'âge et le sexe			
Sexe	Groupe d'âge		
	0-9	0-4	5-9
Total	1,00	0,37	1,62
M	1,00	0,38	1,63
F	1,00	0,37	1,62

Sources : RAMQ, 1991, tableau 37 et informations sur les réductions annoncées le 15 mai 1992 reçues du Service des politiques de financement du MSSS.

Tableau A. IX - Indice des dépenses du programme des services optométriques, administré par la RAMQ, selon l'âge et le sexe									
Sexe	Groupe d'âge								
	Total	0-4	5-9	10-14	15-19	20-39	40-44	45-49	50-54
T	1,00	0,16	1,11	1,63	1,10	0,00	1,73	2,08	1,92
M	0,94	0,15	1,06	1,38	0,88	0,00	1,46	1,98	1,86
F	1,06	0,16	1,16	1,90	1,34	0,00	2,00	2,18	1,98
Sexe	Groupe d'âge								
		55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	65+
T		1,82	1,71	2,01	2,04	1,94	1,60	0,90	1,87
M		1,83	1,69	2,18	2,34	2,47	2,20	1,31	2,23
F		1,81	1,73	1,88	1,83	1,61	1,29	0,74	1,63

Sources : RAMQ, 1991, tableau 56 et informations sur les réductions annoncées le 15 mai 1992 reçues du Service des politiques de financement du MSSS

Les coûts des services dentaires aux enfants et des services optométriques selon l'âge et le sexe, après avoir appliqué les réductions annoncées le 15 mai 1992, apparaissent aux tableaux A.VIII et A.IX. Ces programmes complémentaires représentent une portion infime des dépenses totales (0,8 %) et une très faible proportion de l'ensemble des dépenses de la RAMQ (3,8 %).

Les frais d'administration de la RAMQ ont été répartis selon l'âge et le sexe de la même façon que les dépenses totales de l'ensemble des programmes de la RAMQ.

Vue d'ensemble

Suivant les secteurs d'activités, les dépenses publiques selon l'âge et le sexe comportent, rappelons-le, une part d'approximation plus ou moins grande. La courbe de la progression selon l'âge de l'ensemble des dépenses pourrait donc être raffinée mais elle ne serait que légèrement transformée. Le secteur de l'adaptation sociale, par exemple, pourrait être davantage précisé mais seule une information nouvelle modifiant sensiblement la structure par âge et sexe d'un secteur important en termes de dépenses peut modifier la courbe obtenue.

ANNEXE B

MODE DE CALCUL DE LA BAISSSE DES TAUX D'INCAPACITES SELON L'AGE ET LE SEXE

1. Calcul simple

La table de mortalité moyenne de la période (moyenne géométrique des quotients de mortalité de 1991 et 2016) permet de déduire les nouveaux taux d'incapacités en gardant constant le nombre d'années vécues en incapacités (à chaque âge) obtenu dans la table de 1991. Le taux d'incapacités (TI) est déduit directement de la table :

$$TI \text{ à } 5-9 \text{ ans} = LL \text{ en incapacités } 5-9 / LL \text{ } 5-9$$

On constate également que les nouveaux taux d'incapacités et leur complément, les taux sans incapacités, sont liés entre eux par le rapport entre les probabilités de survie perspectives au total et sans incapacité:

$$\frac{P \text{ } 0-4 \text{ à } 5-9}{PSI \text{ } 0-4 \text{ à } 5-9} = \frac{LL \text{ } 5-9 / LL \text{ } 0-4}{LL \text{ SI } 5-9 / LL \text{ SI } 0-4} = \frac{1 - (TSI \text{ } 0-4)}{TSI \text{ } 5-9} = \frac{1 - TI \text{ } 0-4}{1 - TI \text{ } 5-9}$$

SI : Sans incapacité
P : Probabilité de survie perspective
PSI : Probabilité de survie perspective sans incapacité
TSI : Taux sans incapacité
TI : Taux d'incapacités

2. Calcul plus précis, par bond de 5 ans

Les tables moyennes pour chaque période quinquennale sont établies et on cumule les gains (probabilités de survie perspectives P et PSI). Les 0-4 ans en 1991, par exemple, passent à 5-9 ans selon la table moyenne 1991-1996, puis à 10-14 ans selon la table 1996-2001 et ainsi de suite ... En 2016, ceux qui ont 0-4 ans ne sont soumis qu'à la dernière table. On peut donc calculer

directement le taux d'incapacités à 0-4 ans et ensuite déduire le taux à 5-9 ans au moyen de la formule :

$$TI_{5-9} = 1 - \frac{(PSI_{0-4 \text{ à } 5-9}) (1 - TI_{0-4})}{(P_{0-4 \text{ à } 5-9})}$$

$$TI_{5-9} = 1 - \frac{1 - TI_{0-4}}{(P_{0-4 \text{ à } 5-9}) / (PSI_{0-4 \text{ à } 5-9})}$$

et ainsi de suite.

ANNEXE C

**CONTRIBUTION DES PERSONNES AGEES
AUX REVENUS DES GOUVERNEMENTS DU QUEBEC ET DU CANADA**

Tableau C.I
Contribution des personnes âgées (PA) aux revenus du Gouvernement du Québec, 1993-94

	Revenus en %	Revenus en milliers de \$ PA	Contribution en %	Contribution des PA Indice	Contribution par PA / Contribution par personne de 20 ans ou +	Source de l'indice
TOTAL DES REVENUS	100,0%	36 063 658	9,5%	0,61	Total	
Total des transferts du Gouvernement du Canada	21,6%	7 791 187	10,0%	0,64	Tableau C.II, contributions à l'assurance-chômage exclues	
Total des revenus autonomes	78,4%	28 272 471	9,3%	0,60	Sous-total	
<i>Impôt sur les revenus et les biens</i>	46,2%	16 649 622	7,9%	0,51	Sous-total	
<i>Contribution des employeurs au Fonds des serv. santé</i>	8,1%	2 932 113	0,0%	0,00	Sommes réputées prélevées sur la masse salariale	
<i>Impôt sur le rev. des particuliers</i>	32,6%	11 765 855	8,3%	0,53	Statistiques fiscales québécoises de l'année 1993	
<i>Impôt des sociétés</i>	5,4%	1 953 838	17,7%	1,14	Dividendes impo. de corpo. can. et gains en capital, tableau XV	
<i>Autres (droits de succession)</i>	0,0%	-2 184	8,3%	0,53	Indice de l'impôt sur le revenu des particuliers	
<i>Taxes à la consommation</i>	19,8%	7 144 698	10,3%	0,67	Sous-total	
<i>Ventes au détail</i>	15,5%	5 578 569	10,4%	0,67	Enquête sur les dépenses des fam. (0,9) et revenus (0,74)	
<i>Carburants</i>	3,5%	1 263 463	10,4%	0,67	Tableau C.III	
<i>Tabac</i>	0,8%	288 203	9,0%	0,58	Santé Québec 1992-93, % de fumeurs réguliers 65+ / 15+	
<i>Parti mutuel</i>	0,0%	14 463	12,4%	0,80	Même indice que loteries	
<i>Droits et permis</i>	2,5%	919 308	11,9%	0,76	Sous-total	
<i>Véhicules automobiles</i>	1,6%	566 987	11,7%	0,75	SAAQ, tableau C.III	
<i>Boissons alcooliques</i>	0,3%	102 662	10,9%	0,70	Santé Québec 1992-93, nombre de consommations / âge	
<i>Ressources naturelles</i>	0,3%	97 807	17,7%	1,14	Même indice que celui de l'impôt sur les sociétés	
<i>Autres *</i>	0,4%	151 852	9,5%	0,61	50%: population d'âge actif (indice=0), 50%: sociétés (indice=1,14)	
<i>Revenus divers</i>	5,2%	1 881 900	12,5%	0,81	Tableau C.III	
<i>Ventes de biens et services</i>	1,7%	602 880	15,1%	0,97		
<i>Intérêts</i>	0,6%	215 758	12,7%	0,82		
<i>Amendes, confiscations et recouvrements</i>	2,9%	1 063 262	11,0%	0,71		
<i>Revenus provenant des reprises et org. du Gov.</i>	4,6%	1 676 943	13,7%	0,88	Sous-total	
<i>Sociétés des alcools du Qué.</i>	1,0%	345 395	7,6%	0,50	Santé Québec 1992-93, nombre de consommations / âge	
<i>Loto-Québec**</i>	1,5%	536 315	13,2%	0,85	Loto-Q., Sondage, région de Montréal, dépenses moy./âge (N=1500)	
<i>Hydro-Québec</i>	2,1%	761 000	16,6%	1,07	Tableau C-III	
<i>Autres***</i>	0,1%	34 233	17,7%	1,14	Même indice que celui de l'impôt sur les sociétés	
Revenus autonomes du Gov. du Québec - FSS		25 184 920	10,2%	0,66	Nouvelle contribution au FSS (impôt sur le revenu) également déduit	
Population 65+ / 20+ en %			15,5%			

Autres* : ex. rapport annuel des compagnies, entrepreneurs en construction, permis de chasse, pêche et piégeage
Loto-Québec** : en 1993-94, 90,9% des revenus proviennent des loteries comparativement à 77,8% en 1994-95 en raison du développement des casinos et des vidéo-pokers.
L'information sur les joueurs par âge n'est pas encore disponible dans ces secteurs.

Autres*** : surtout Société de récupération, d'exploitation et de développement forestiers du Québec et Société québécoise d'initiatives pétrolières

Sources

Revenus : Gouvernement du Québec, Ministère des Finances, 1994

Population : Statistique Canada, 1995b

Tableau C.II
Contribution relative des personnes âgées (PA) du Québec aux recettes du Gouvernement du Canada, 1993-94

	Recettes en millions de \$ Total	en %	PA	Contribution des PA en %	Indice PA / 20+	Source de l'indice Contribution par PA / contribution par pers. de 20 ans ou +
TOTAL	1 15 984	100,0%				
<i>Recettes fiscales</i>	107 332	92,5%	5 939	7,5%	0,48	
<i>sur le revenu</i>	80375	69,3%	4 201	8,2%	0,53	Statistiques fiscales québécoises de l'année 1993
<i>des particuliers</i>	51051	44,0%	1 738	17,7%	1,14	Dividendes impo. de corporations can. et gains en capital, tableau XV
<i>des sociétés</i>	9819	8,5%	0	0,0%	0	Contributions minimes
<i>ass.-chômage (cotis. et contr.)</i>	18233	15,7%				Non répartis
<i>des non-rés.</i>	1272	1,1%				
<i>Taxes et droits d'accise</i>	26635	23,0%	2 754	10,3%	0,67	Enquête sur les dépenses des familles (0,90) et revenus (0,74)
Taxes s. produits et services	15696	13,5%				
Taxe de vente	-75	-0,1%				
Droits de douane à l'importation	3652	3,1%				
Taxes en matière d'énergie	3656	3,2%				
Autres *	3706	3,2%				
<i>Autres recettes fiscales**</i>	322	0,3%				Non réparties
<i>Recettes non fiscales</i>	8 652	7,5%				Non réparties
<i>Produits de placements</i>	6142	5,3%				
Banque du Canada	1452	1,3%				
So. can. d'hypo. et de log.	719	0,6%				
So. du crédit agricole	211	0,2%				
Compte du fonds des changes	2916	2,5%				
Intérêts des dépôts bancaires	128	0,1%				
Autres produits de placement	716	0,6%				
<i>Autres recettes non fiscales***</i>	2 510	2,2%				Non réparties
ARGENTS RÉPARTIS/ÂGE	105 738	91,2%	8 693	8,2%	0,53	
Moins assurance-chômage	87 505	75,4%	8 693	9,9%	0,64	
Population 65+/20+ en %				15,5%		

Autres*: tabac, alcool, aussi bijoux, climatiseurs des automobiles

Autres recettes fiscales**: retenues d'impôt sur le revenu gagné au Canada par des compagnies d'assurance-vie non résidentes et sur le revenu des fiduciaires

Autres recettes non fiscales***: produits des ventes de biens immobiliers, de biens et services, recouvrements de dépenses d'exercices antérieurs, licences et permis, etc

Sources

Recettes: Gouvernement du Canada, 1994; Population: Statistique Canada, 1995b

Tableau C.III
Contribution des personnes âgées (PA) à certains postes de revenus du Gouvernement du Québec, 1993-94

	Revenus en milliers de \$ Total	PA en %	Contribution des PA en %	Indice	Contribution par PA / contribution par pers. de 20 ans ou +	Source de l'indice
REVENUS DIVERS	1 881 900	235 766	12,5%	0,81	Total	
Ministère concerné: type de revenus						
Ventes de biens et services	602 880	100,0%	15,1%	0,97	Sous-total	
Aff. muni.: Service de police-municipalités	66 519	11,0%	15,5%	1,00	Choix arbitraire	
Finances: Garantie de prêts - Sociétés d'Etat	191 238	31,7%	16,6%	1,07	Indice Hydro-Québec, car Hydro-québec surtout	
Justice: Actes judiciaires, actes juridiques, etc.	142 198	23,6%	15,5%	1,00	Choix arbitraire	
Santé et Serv. soc.: Tierces responsabilités (SAAQ princ.)	106 398	17,6%	11,7%	0,75	Indice SAAQ*	
Autres	96 527	16,0%	15,1%	0,97	Sous-total sans autres	
Intérêts	215 758	100,0%	12,7%	0,82	Sous-total	
Revenu: Impôt sur le revenu des particuliers	91 046	42,2%	8,3%	0,53	Même indice que l'impôt sur le revenu des particuliers	
Revenu: Impôt sur le revenu des sociétés	78 783	36,5%	17,7%	1,14	Même indice que celui de l'impôt sur les sociétés	
Autres	45 929	21,3%	12,7%	0,82	Sous-total sans autres	
Amendes, confiscations et recouvrements	1 063 262	100,0%	11,0%	0,71	Sous-total	
Justice: Infractions au Code de la sécurité routière	53145	5,0%	9,1%	0,59	SAAQ, Détenueurs de permis de conduire selon l'âge, 1994	
Main-d'Oeuvre: Recouvrements (Aide de dernier recours princ)	48835	4,6%	0,0%	0,00	Population âgée non couverte par ce programme	
Revenu: Pénalités	89681	8,3%	12,7%	0,82	Indice des Intérêts, Ministère du Revenu (ci-dessus)	
Transports: Recouvrements (SAAQ principalement)	765000	71,9%	11,7%	0,75	Indice SAAQ*	
Autres	107 601	10,1%	11,0%	0,71	Sous-total sans autres	
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)	566 987	100,0%	11,7%	0,75	Total	
Permis de conduire		13,6%	9,1%	0,59	SAAQ, Détenueurs de permis de conduire selon l'âge, 1994	
Certificats d'immatriculation		86,4%	12,1%	0,78	Sous-total	
véhicules de promenade		51,4%	9,7%	0,63	SAAQ, Propriétaires de véhic. de prom. légers selon l'âge, 1994	
utilisation commerciale ou institutionnelle		35,0%	15,5%	1,00	Indice de l'impôt des sociétés (1,14) réduit à 1,00	
Hydro-Québec **	761 000	126 251	16,6%	1,07	Indice des ventes d'électricité	
Ventes d'électricité en \$		100,0%	16,6%	1,07	Total	
Hors-Québec		6,5%	16,6%	1,07	Même indice que celui des ventes d'électricité au Québec	
Québec		93,5%	16,6%	1,07	Sous-total	
secteur domestique et agricole		40,2%	16,7%	1,07	Estimation de 1,07 pour le secteur résidentiel à partir de l'enquête sur les dépenses des familles (1,45 de 0,74)***	
secteur général et institutionnel		25,7%	15,5%	1,00	Indice de l'impôt des sociétés (1,14) réduit à 1,00	
secteur industriel		24,4%	17,7%	1,14	Même indice que celui de l'impôt sur les sociétés	
autres (municipalités, éclairage public)		3,3%	15,5%	1,00	Choix arbitraire	

* Indice SAAQ : Les contributions d'assurances sont des montants différents des droits et permis mais leur répartition entre permis de conduire et immatriculation des véhicules est semblable.
 ** Hydro-Québec : La répartition des ventes d'électricité est appliquée aux revenus gouvernementaux provenant d'Hydro-Québec (Source des ventes: Hydro-Québec, Rapport annuel 1994).
 *** La part des revenus des ménages de personnes âgées, consacrée aux dépenses d'électricité, est 1,45 fois plus élevée que celle de l'ensemble des ménages et le revenu des personnes âgées atteint 74% du revenu des personnes de 20 ans ou plus.

Sources des revenus: Gouvernement du Québec, Ministère des Finances, tableau 4 et informations obtenues du Service des revenus de la SAAQ.

ANNEXE D

TAILLE ET COMPOSITION DE LA POPULATION PAR AGE, RAPPORT DE MASCULINITE CHEZ LES PERSONNES AGEES, POPULATION EN EMPLOI EN EQUIVALENT PLEIN TRAITEMENT ET RAPPORTS DE DEPENDANCE DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE, SELON DIFFERENTES HYPOTHESES ET PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES, QUEBEC, 1991-2066

Sources : Tableau IX, modèle provincial de projections démographiques du BSQ et calculs de l'auteur

PROJECTION 1

	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051	2056	2061	2066	1991-2006	2006-2041	2041-2066	1991-2041	1991-2066
Population en milliers																					
Total	7 081,8	7 405,1	7 565,5	7 679,3	7 737,3	7 761,2	7 750,1	7 692,3	7 581,1	7 418,9	7 212,4	6 962,0	6 680,6	6 390,8	6 111,2	5 847,9	10%	-7%	-19%	2%	-17%
0-19	1 866,8	1 897,1	1 820,1	1 741,1	1 652,2	1 557,6	1 457,7	1 352,7	1 245,5	1 131,5	1 014,0	898,2	783,8	668,8	553,8	438,8	-17%	-20%	-20%	-33%	-47%
20-64	4 434,0	4 605,1	4 761,5	4 841,0	4 827,7	4 729,6	4 538,6	4 271,6	4 021,0	3 868,2	3 743,2	3 580,0	3 430,8	3 268,7	3 102,0	2 971,5	7%	-21%	-21%	-16%	-33%
65+	781,0	902,9	1 001,9	1 097,1	1 257,5	1 474,0	1 710,8	1 975,0	2 177,4	2 352,2	2 221,2	2 191,7	2 107,5	2 028,5	1 962,8	1 880,4	89%	51%	-15%	184%	141%
65-74	479,1	539,3	561,2	586,8	684,1	856,4	982,8	1 092,9	1 192,8	1 017,8	894,7	865,3	870,7	836,9	830,5	781,7	79%	4%	-13%	87%	63%
75-84	236,8	279,7	333,4	379,4	401,0	428,4	520,6	651,2	756,4	854,2	892,5	803,6	711,2	706,9	691,7	666,7	79%	108%	-25%	274%	179%
85+	63,1	83,8	107,2	131,0	162,4	189,1	207,5	230,9	268,2	369,2	434,1	502,8	525,7	482,7	440,7	432,0	200%	130%	0%	588%	565%
Composition en pourcentage																					
0-19	26,4%	25,6%	24,0%	22,7%	21,4%	20,1%	19,4%	18,8%	18,2%	17,7%	17,3%	17,1%	17,1%	17,1%	17,0%	17,0%	-6,3%	-2,8%	-0,3%	-9%	-9,3%
20-64	62,6%	62,2%	62,8%	63,0%	62,4%	60,9%	58,6%	55,5%	53,0%	52,1%	51,9%	51,4%	51,4%	51,1%	50,8%	50,8%	-1,7%	-9,0%	-1,1%	-11%	-11,6%
65+	11,0%	12,2%	13,2%	14,3%	16,3%	19,0%	22,1%	25,7%	28,7%	30,1%	30,8%	31,5%	31,5%	31,7%	32,1%	32,2%	8,0%	11,8%	1,4%	20%	21,1%
85+	0,9%	1,1%	1,4%	1,7%	2,1%	2,4%	2,7%	3,0%	3,8%	4,9%	6,0%	7,2%	7,9%	7,6%	7,4%	7,4%	1,5%	3,6%	1,4%	5%	6,5%
Rapport de masculinité (nombre d'hommes pour 100 femmes)																					
65+	88,1	87,8	88,4	89,5	71,8	74,5	76,6	78,3	79,3	78,9	78,2	78,0	77,9	78,4	79,4	79,9	6,4	3,7	1,7	10,1	11,8
65-74	77,6	79,8	82,6	85,0	87,0	88,5	89,6	91,4	93,3	94,5	94,7	95,6	96,1	96,4	97,2	97,6	10,9	6,2	3,0	17,1	20,1
75-84	59,3	59,1	60,9	63,4	66,6	69,5	72,4	74,4	76,2	78,3	80,5	81,6	82,1	83,1	83,3	83,7	10,2	10,9	3,2	21,2	24,4
85+	40,2	34,7	33,5	33,7	35,4	37,2	39,0	41,4	44,6	46,9	48,3	49,6	50,1	49,0	49,0	50,5	-3,1	11,1	2,2	8,1	10,3
Rapports de dépendance démographique																					
<20 et 65+/20-64	0,60	0,61	0,59	0,59	0,60	0,64	0,71	0,80	0,89	0,92	0,93	0,94	0,95	0,96	0,97	0,97	7%	45%	4%	55,2%	62%
<20/20-64	0,42	0,41	0,38	0,36	0,34	0,33	0,33	0,34	0,34	0,34	0,33	0,33	0,33	0,34	0,34	0,34	-22%	1%	1%	-20,8%	-20%
65+/20-64	0,18	0,20	0,21	0,23	0,26	0,31	0,38	0,46	0,54	0,58	0,59	0,61	0,61	0,62	0,63	0,63	77%	90%	7%	236,8%	259%
Population en emploi (équivalent plein traitement) en milliers, 20-64 ans																					
Taux/âge et sexe constants	2 559,3	2 650,8	2 715,3	2 707,3	2 655,1	2 570,7	2 445,9	2 312,1	2 201,0	2 118,1	2 040,2	1 963,7	1 866,9	1 776,2	1 695,3	1 624,1	0%	-21%	-20%	-20%	-37%
Amélioration tx. féminins	2 559,3	2 689,1	2 753,5	2 763,8	2 728,3	2 648,8	2 526,1	2 386,1	2 270,3	2 185,2	2 105,3	2 016,0	1 928,9	1 834,7	1 746,7	1 675,4	3%	-21%	-20%	-18%	-35%
Amélioration générale	2 559,3	2 669,1	2 753,5	2 763,8	2 728,3	2 667,2	2 606,1	2 545,0	2 483,8	2 422,7	2 335,8	2 236,3	2 136,3	2 036,5	1 939,7	1 858,3	4%	-12%	-20%	-9%	-27%
Report de 5 ans des taux	2 559,3	2 669,1	2 753,5	2 763,8	2 728,3	2 677,4	2 626,6	2 575,7	2 524,8	2 474,0	2 385,0	2 294,5	2 193,3	2 094,7	1 996,6	1 905,5	6%	-11%	-20%	-7%	-26%
Population en emploi (équivalent plein traitement) en milliers, 20+ ans																					
Taux/âge et sexe constants	2 600,5	2 695,3	2 756,2	2 717,5	2 646,0	2 529,2	2 405,4	2 281,8	2 163,3	2 110,2	2 027,2	1 935,2	1 846,2	1 762,8	1 684,6	1 608,6	2%	-20%	-20%	-19%	-35%
Amélioration tx. féminins	2 600,5	2 714,1	2 800,2	2 814,5	2 793,7	2 728,5	2 615,1	2 486,7	2 369,2	2 287,1	2 181,6	2 096,1	2 000,8	1 908,6	1 822,0	1 741,2	5%	-20%	-20%	-16%	-33%
Amélioration générale	2 600,5	2 714,1	2 800,2	2 814,5	2 793,7	2 740,5	2 687,3	2 634,2	2 581,0	2 527,8	2 433,7	2 339,0	2 233,6	2 131,5	2 033,8	1 942,8	5%	-11%	-20%	-6%	-25%
Report de 5 ans des taux	2 600,5	2 714,1	2 800,2	2 814,5	2 793,7	2 748,1	2 702,5	2 656,9	2 611,3	2 565,7	2 461,5	2 365,9	2 266,2	2 164,1	2 065,8	1 974,1	6%	-10%	-20%	-5%	-24%
Rapport de dépendance économique																					
<20 et 65+/20-64 ans en emploi	1,03	1,06	1,04	1,05	1,10	1,18	1,31	1,48	1,62	1,68	1,70	1,73	1,74	1,76	1,76	1,77	14%	44%	4%	64%	71%
Taux/âge et sexe constants	1,03	1,05	1,02	1,03	1,07	1,14	1,27	1,43	1,57	1,62	1,65	1,68	1,69	1,70	1,72	1,72	11%	44%	4%	59%	66%
Amélioration tx. féminins	1,03	1,05	1,02	1,03	1,07	1,14	1,23	1,34	1,43	1,47	1,49	1,51	1,52	1,53	1,55	1,55	10%	31%	4%	44%	50%
Amélioration générale	1,03	1,05	1,02	1,03	1,07	1,14	1,23	1,34	1,43	1,47	1,49	1,51	1,52	1,53	1,55	1,55	10%	31%	4%	44%	50%
Sans emploi * / 20-64 ans en emploi																					
Taux/âge et sexe constants	1,77	1,79	1,79	1,84	1,91	2,02	2,17	2,33	2,44	2,50	2,54	2,56	2,58	2,59	2,60	2,60	14%	29%	3%	43%	47%
Amélioration tx. féminins	1,77	1,77	1,75	1,78	1,84	1,93	2,07	2,22	2,34	2,40	2,43	2,45	2,47	2,48	2,49	2,49	9%	26%	3%	37%	41%
Amélioration générale	1,77	1,77	1,75	1,78	1,84	1,91	1,97	2,02	2,05	2,06	2,09	2,11	2,12	2,14	2,15	2,15	8%	9%	3%	18%	21%
Sans emploi / 20+ ans en emploi																					
Taux/âge et sexe constants	1,72	1,75	1,75	1,79	1,85	1,93	2,06	2,20	2,31	2,38	2,42	2,43	2,45	2,46	2,47	2,47	12%	25%	2%	40%	43%
Amélioration générale	1,72	1,73	1,71	1,73	1,77	1,83	1,88	1,94	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	2,00	2,00	2,01	6%	7%	2%	12%	17%
Report de 5 ans des taux	1,72	1,73	1,71	1,73	1,77	1,82	1,87	1,90	1,90	1,89	1,93	1,94	1,95	1,95	1,96	1,96	6%	6%	2%	12%	14%

* Toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus sont réputées sans emploi

PROJECTION 1M

Population en milliers

	1981	1986	2001	2006	2011	2016	2021	2028	2031	2038	2041	2045	2051	2056	2061	2066	1981-2041	2041-2066	1981-2041	1981-2066	
Totale	7 081,8	7 402,7	7 599,1	7 757,9	7 888,2	7 991,1	8 085,1	8 088,3	8 085,0	8 027,9	7 933,4	7 830,0	7 640,3	7 473,2	7 314,9	7 169,9	13%	-1%	-10%	12%	1%
0-19	1 866,8	1 896,5	1 828,6	1 776,1	1 715,7	1 651,2	1 622,8	1 594,7	1 566,8	1 513,8	1 471,0	1 443,1	1 411,6	1 386,2	1 357,5	1 327,6	-12%	-11%	-10%	-21%	-29%
20-64	4 434,0	4 603,5	4 786,5	4 883,0	4 911,3	4 861,2	4 728,1	4 530,0	4 356,5	4 280,8	4 228,3	4 165,6	4 049,6	3 952,7	3 851,6	3 722,2	10%	-13%	-11%	-5%	-15%
65+	781,0	902,7	1 001,9	1 098,8	1 261,2	1 478,7	1 714,1	1 973,6	2 171,7	2 233,2	2 234,2	2 231,3	2 179,2	2 134,3	2 103,8	2 060,0	89%	51%	-8%	186%	164%
65-74	479,1	539,2	581,4	626,6	697,7	760,0	824,2	890,0	950,0	1 021,3	1 061,1	1 092,8	1 114,1	1 129,8	1 141,1	1 148,5	79%	7%	-3%	91%	86%
75-84	238,8	279,7	333,3	379,2	401,3	429,8	452,5	469,2	475,0	478,9	482,8	485,4	487,6	488,5	489,1	489,5	80%	106%	-18%	271%	204%
85+	63,1	83,8	107,2	131,0	162,2	188,9	207,4	231,4	288,7	363,2	432,7	487,7	521,1	482,5	448,3	448,1	199%	129%	4%	586%	610%

Composition en pourcentage

	1981	1986	2001	2006	2011	2016	2021	2028	2031	2038	2041	2045	2051	2056	2061	2066	1981-2041	2041-2066	1981-2041	1981-2066	
0-19	26,4%	25,6%	24,1%	22,9%	21,8%	20,7%	20,1%	19,7%	19,3%	18,9%	18,5%	18,4%	18,5%	18,5%	18,6%	18,5%	-5,7%	-2,1%	0,0%	-8%	-7,8%
20-64	62,6%	62,2%	62,9%	62,9%	62,9%	60,8%	58,6%	55,9%	53,9%	53,3%	53,3%	53,1%	53,0%	52,9%	52,7%	52,9%	-1,8%	-7,5%	-0,5%	-9%	-9,9%
65+	11,0%	12,2%	13,2%	14,2%	16,0%	18,5%	21,3%	24,4%	26,9%	27,8%	28,2%	28,5%	28,5%	28,6%	28,6%	28,7%	7,5%	9,7%	0,6%	17%	17,7%
85+	0,9%	1,1%	1,4%	1,7%	2,1%	2,4%	2,6%	2,9%	3,6%	4,5%	5,5%	6,2%	6,8%	6,5%	6,1%	6,3%	1,5%	3,1%	0,8%	5%	5,4%

Rapport de masculinité (nombre d'hommes pour 100 femmes)

	1981	1986	2001	2006	2011	2016	2021	2028	2031	2038	2041	2045	2051	2056	2061	2066	1981-2041	2041-2066	1981-2041	1981-2066	
65+	68,1	67,8	68,4	69,5	71,7	74,1	76,0	77,6	78,5	78,2	77,7	77,7	77,9	78,5	79,5	80,0	6,0	3,5	2,3	9,6	11,9
65-74	77,6	79,8	82,6	84,9	86,6	87,9	89,1	90,6	92,5	93,7	94,1	94,9	95,5	95,7	96,4	96,8	10,3	6,2	2,7	16,5	19,2
75-84	59,3	59,1	60,9	63,4	66,4	69,3	72,0	73,8	75,4	77,5	78,7	80,7	81,5	82,5	82,7	83,0	10,0	10,4	3,3	20,3	23,7
85+	40,2	34,7	33,5	33,8	35,4	37,2	38,9	41,3	44,4	46,5	47,8	48,9	49,6	48,7	48,9	50,4	-3,0	10,6	2,6	7,6	10,2

Rapports de dépendance démographique

	1981	1986	2001	2006	2011	2016	2021	2028	2031	2038	2041	2045	2051	2056	2061	2066	1981-2041	2041-2066	1981-2041	1981-2066	
<20 et 65+ / 20-64	0,60	0,61	0,59	0,59	0,61	0,64	0,71	0,79	0,86	0,88	0,88	0,88	0,89	0,89	0,90	0,90	8%	36%	2%	46,7%	50%
<20 / 20-64	0,42	0,41	0,38	0,36	0,35	0,34	0,34	0,35	0,36	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35	-19%	2%	1%	-17,4%	-17%
65+ / 20-64	0,18	0,20	0,21	0,23	0,26	0,30	0,36	0,44	0,50	0,52	0,53	0,54	0,54	0,54	0,55	0,54	73%	74%	3%	200,0%	209%

Population en emploi (équivalent plein traitement) en milliers, 20-64 ans

	1981	1986	2001	2006	2011	2016	2021	2028	2031	2038	2041	2045	2051	2056	2061	2066	1981-2041	2041-2066	1981-2041	1981-2066	
Taux et sexe constants	2 559,3	2 649,8	2 717,4	2 733,0	2 707,4	2 654,4	2 566,3	2 473,3	2 404,8	2 363,4	2 324,5	2 286,4	2 224,7	2 172,1	2 124,3	2 086,3	4%	-12%	-10%	-9%	-18%
Amélioration tx. féminins	2 559,3	2 680,0	2 757,7	2 789,5	2 780,8	2 732,9	2 647,5	2 549,3	2 477,6	2 453,3	2 385,7	2 356,4	2 292,7	2 230,0	2 185,4	2 149,4	7%	-12%	-10%	-6%	-16%
Amélioration générale	2 559,3	2 680,0	2 757,7	2 789,5	2 780,8	2 763,7	2 746,6	2 729,5	2 712,5	2 695,4	2 680,3	2 669,3	2 659,7	2 649,1	2 638,4	2 627,7	8%	-4%	-10%	4%	-7%
Report de 5 ans des taux	2 559,3	2 680,0	2 757,7	2 789,5	2 780,8	2 771,2	2 761,6	2 752,0	2 742,4	2 732,8	2 690,4	2 655,1	2 585,4	2 528,1	2 470,9	2 419,5	8%	-3%	-10%	5%	-5%

Population en emploi (équivalent plein traitement) en milliers, 20+ ans

	1981	1986	2001	2006	2011	2016	2021	2028	2031	2038	2041	2045	2051	2056	2061	2066	1981-2041	2041-2066	1981-2041	1981-2066	
Taux et sexe constants	2 600,5	2 694,3	2 783,0	2 820,0	2 770,1	2 729,8	2 649,4	2 586,0	2 495,1	2 439,4	2 397,0	2 363,2	2 288,7	2 246,7	2 185,3	2 156,0	5%	-12%	-10%	-8%	-17%
Amélioration tx. féminins	2 600,5	2 713,1	2 804,3	2 840,3	2 846,5	2 812,7	2 736,4	2 649,4	2 576,0	2 518,1	2 474,7	2 440,0	2 373,2	2 319,2	2 269,9	2 225,1	8%	-12%	-10%	-5%	-14%
Amélioration générale	2 600,5	2 713,1	2 804,3	2 840,3	2 846,5	2 837,5	2 828,5	2 819,5	2 810,5	2 801,6	2 754,7	2 716,6	2 642,9	2 583,3	2 527,3	2 476,5	9%	-3%	-10%	6%	-5%
Report de 5 ans des taux	2 600,5	2 713,1	2 804,3	2 840,3	2 846,5	2 842,0	2 837,4	2 832,9	2 828,4	2 823,9	2 787,6	2 728,7	2 664,2	2 603,2	2 546,9	2 495,7	9%	-3%	-10%	6%	-4%

Rapport de dépendance économique

	1981	1986	2001	2006	2011	2016	2021	2028	2031	2038	2041	2045	2051	2056	2061	2066	1981-2041	2041-2066	1981-2041	1981-2066	
<20 et 65+ / 20-64 ans en emploi	1,03	1,06	1,04	1,05	1,10	1,16	1,30	1,44	1,55	1,59	1,59	1,61	1,61	1,62	1,63	1,62	14%	35%	2%	54%	57%
Amélioration tx. féminins	1,03	1,05	1,03	1,03	1,07	1,15	1,26	1,40	1,50	1,54	1,55	1,56	1,57	1,57	1,58	1,58	11%	35%	2%	49%	52%
Amélioration générale	1,03	1,05	1,03	1,03	1,07	1,13	1,21	1,31	1,37	1,39	1,40	1,41	1,41	1,42	1,43	1,42	9%	23%	2%	35%	38%

Sans emploi * / 20-64 ans en emploi

	1981	1986	2001	2006	2011	2016	2021	2028	2031	2038	2041	2045	2051	2056	2061	2066	1981-2041	2041-2066	1981-2041	1981-2066	
Taux et sexe constants	1,77	1,77	1,79	1,80	1,84	1,91	2,01	2,14	2,27	2,36	2,40	2,41	2,42	2,44	2,44	2,44	14%	20%	1%	37%	38%
Amélioration tx. féminins	1,77	1,77	1,76	1,78	1,84	1,92	2,05	2,18	2,26	2,30	2,31	2,32	2,33	2,34	2,34	2,34	9%	20%	1%	31%	32%
Amélioration générale	1,77	1,77	1,76	1,78	1,84	1,89	1,94	1,97	1,98	1,98	1,99	2,00	2,01	2,01	2,02	2,01	7%	5%	1%	13%	14%

Sans emploi / 20+ ans en emploi

	1981	1986	2001	2006	2011	2016	2021	2028	2031	2038	2041	2045	2051	2056	2061	2066	1981-2041	2041-2066	1981-2041	1981-2066	
Taux et sexe constants	1,72	1,75	1,75	1,79	1,85	1,93	2,04	2,16	2,24	2,29	2,31	2,31	2,32	2,33	2,33	2,33	12%	20%	1%	34%	35%
Amélioration générale	1,72	1,73	1,71	1,73	1,77	1,82	1,85	1,87	1,88	1,87	1,88	1,88	1,89	1,89	1,89	1,89	5%	4%	1%	9%	10%
Report de 5 ans des taux	1,72	1,73	1,71	1,73	1,77	1,81	1,84	1,86	1,86	1,86	1,87	1,87	1,87	1,87	1,87	1,87	5%	3%	0%	8%	8%

* Toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus sont réputées sans emploi

PROJECTION 1F

	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051	2056	2061	2066	1991-2006	2011-2041	2041-2066	1991-2041	1991-2066
Population en milliers																					
Total	7 081,8	7 415,5	7 678,6	7 909,0	8 114,8	8 295,9	8 450,1	8 565,5	8 636,3	8 664,8	8 656,8	8 609,7	8 533,3	8 447,1	8 366,2	8 294,3	17%	-4%	-4%	22%	17%
0-19	1 866,8	1 901,1	1 855,6	1 825,7	1 788,3	1 746,1	1 738,2	1 728,5	1 707,7	1 681,6	1 655,3	1 637,3	1 626,1	1 614,1	1 598,2	1 580,6	-6%	-5%	-5%	-11%	-15%
20-64	4 434,0	4 611,1	4 817,0	4 975,6	5 050,4	5 049,6	4 988,9	4 826,2	4 708,0	4 688,5	4 682,0	4 631,8	4 589,5	4 533,9	4 472,6	4 440,7	14%	-7%	-5%	6%	0%
65+	781,0	903,3	1 006,0	1 107,8	1 278,0	1 500,2	1 743,0	2 010,8	2 219,6	2 296,7	2 319,5	2 340,5	2 317,7	2 289,1	2 285,4	2 273,0	92%	55%	-2%	197%	191%
65-74	479,1	539,7	584,4	644,9	707,6	773,5	841,1	911,1	982,2	1 052,8	1 119,1	1 185,2	1 250,9	1 317,7	1 384,4	1 450,7	82%	11%	2%	102%	107%
75-84	238,8	279,8	334,2	381,4	405,4	436,4	532,0	664,5	770,2	867,3	909,1	836,4	770,8	793,7	804,1	799,3	83%	108%	-12%	281%	235%
85+	63,1	83,8	107,4	131,4	163,0	190,3	208,9	235,3	284,3	370,5	441,9	510,4	535,6	501,9	474,3	481,0	202%	132%	9%	600%	662%
Composition en pourcentage																					
0-19	26,4%	25,6%	24,2%	23,1%	22,0%	21,0%	20,6%	20,2%	19,8%	19,4%	19,1%	19,0%	19,1%	19,1%	19,1%	19,1%	-5,3%	-1,9%	-0,1%	-7%	-7,3%
20-64	62,6%	62,2%	62,7%	62,9%	62,2%	60,9%	58,8%	56,3%	54,5%	54,1%	54,1%	53,8%	53,6%	53,7%	53,5%	53,5%	-1,7%	-6,6%	-0,6%	-9%	-9,1%
65+	11,0%	12,2%	13,1%	14,0%	15,7%	18,1%	20,6%	23,5%	25,7%	26,5%	26,9%	27,2%	27,2%	27,4%	27,4%	27,4%	7,1%	8,7%	0,6%	16%	16,4%
85+	0,9%	1,1%	1,4%	1,7%	2,0%	2,3%	2,5%	2,7%	3,4%	4,3%	5,1%	5,9%	6,3%	5,9%	5,7%	5,8%	1,4%	2,8%	0,7%	4%	4,9%
Rapport de masculinité (nombre d'hommes pour 100 femmes)																					
65+	66,1	67,8	68,4	69,4	71,5	73,9	75,7	77,3	78,2	78,0	77,6	77,8	78,1	78,7	79,7	80,1	5,8	3,7	2,5	9,5	12,0
65-74	77,6	79,8	82,5	84,7	86,3	87,5	88,6	90,2	92,1	93,4	93,9	94,8	95,3	95,5	96,1	96,5	9,8	6,4	2,5	16,3	18,8
75-84	59,3	59,1	60,9	63,4	66,3	69,1	71,6	73,3	75,0	77,1	79,3	80,6	81,3	82,3	82,5	82,7	9,8	10,2	3,4	20,0	23,4
85+	40,2	34,7	33,6	33,8	35,4	37,2	38,9	41,2	44,2	46,3	47,5	48,9	48,4	46,7	49,0	50,5	-3,0	10,3	3,0	7,3	10,3
Rapports de dépendance démographique																					
<20 et 65+ / 20-64	0,60	0,61	0,59	0,59	0,61	0,64	0,70	0,77	0,83	0,85	0,85	0,86	0,86	0,86	0,87	0,87	8%	32%	2%	42,2%	45%
<20 / 20-64	0,42	0,41	0,39	0,37	0,35	0,35	0,35	0,36	0,36	0,36	0,36	0,35	0,35	0,36	0,36	0,36	-18%	2%	1%	-16,0%	-15%
65+ / 20-64	0,18	0,20	0,21	0,22	0,25	0,30	0,35	0,42	0,47	0,48	0,50	0,51	0,51	0,51	0,51	0,51	69%	67%	3%	181,3%	191%
Population en emploi (équivalent plein traitement) en milliers, 20-64 ans																					
Taux/âge et sexe constants	2 559,3	2 654,3	2 746,2	2 786,2	2 790,8	2 767,2	2 708,6	2 647,8	2 609,6	2 596,4	2 583,3	2 556,3	2 531,2	2 507,2	2 475,0	2 457,1	8%	-7%	-5%	1%	-4%
Amélioration tx. féminins	2 559,3	2 672,5	2 786,6	2 845,4	2 865,3	2 847,6	2 793,6	2 727,5	2 687,1	2 674,0	2 661,0	2 635,2	2 607,1	2 575,8	2 548,5	2 530,2	11%	-7%	-5%	4%	-1%
Amélioration générale	2 559,3	2 672,5	2 786,6	2 845,4	2 865,3	2 893,7	2 902,2	2 920,6	2 939,0	2 957,4	2 944,9	2 915,8	2 885,7	2 851,0	2 819,3	2 799,2	13%	2%	-5%	15%	9%
Report de 5 ans des taux	2 559,3	2 672,5	2 786,6	2 845,4	2 865,3	2 890,0	2 914,7	2 939,3	2 964,0	2 988,6	2 977,5	2 959,9	2 928,4	2 897,4	2 865,5	2 838,0	13%	3%	-5%	16%	11%
Population en emploi (équivalent plein traitement) en milliers, 20+ ans																					
Taux/âge et sexe constants	2 600,5	2 693,9	2 792,0	2 837,8	2 854,6	2 794,1	2 742,2	2 702,3	2 675,8	2 660,6	2 641,7	2 611,9	2 583,3	2 558,2	2 535,7	2 518,2	9%	-6%	-5%	2%	-2%
Amélioration tx. féminins	2 600,5	2 717,6	2 833,6	2 896,7	2 931,8	2 928,5	2 893,9	2 829,5	2 788,1	2 760,5	2 745,2	2 728,0	2 695,0	2 665,2	2 639,9	2 615,7	13%	-6%	-5%	6%	1%
Amélioration générale	2 600,5	2 717,6	2 833,6	2 896,7	2 931,8	2 859,1	2 866,4	3 013,8	3 041,1	3 068,4	3 053,0	3 032,3	2 893,4	2 865,7	2 835,5	2 806,9	14%	3%	-5%	17%	12%
Report de 5 ans des taux	2 600,5	2 717,6	2 833,6	2 896,7	2 931,8	2 981,9	2 992,0	3 022,1	3 052,2	3 062,3	3 038,7	3 013,4	2 979,6	2 949,2	2 922,7	2 896,2	14%	3%	-1%	16%	12%
Rapport de dépendance économique																					
<20 et 65+ / 20-64 ans en emploi	1,03	1,06	1,04	1,05	1,10	1,17	1,28	1,41	1,50	1,53	1,54	1,55	1,56	1,56	1,57	1,57	13%	31%	2%	49%	52%
Amélioration tx. féminins	1,03	1,05	1,03	1,03	1,07	1,14	1,25	1,37	1,46	1,49	1,49	1,51	1,51	1,52	1,53	1,52	10%	31%	2%	44%	47%
Amélioration générale	1,03	1,05	1,03	1,03	1,07	1,13	1,20	1,28	1,34	1,35	1,35	1,36	1,37	1,37	1,38	1,38	9%	20%	2%	30%	33%
Sans emploi * / 20-64 ans en emploi																					
Taux/âge et sexe constants	1,77	1,79	1,80	1,84	1,91	2,00	2,12	2,23	2,31	2,34	2,35	2,37	2,37	2,38	2,38	2,38	13%	18%	1%	33%	34%
Amélioration tx. féminins	1,77	1,77	1,76	1,78	1,83	1,91	2,02	2,14	2,21	2,24	2,25	2,27	2,27	2,28	2,28	2,28	8%	18%	1%	28%	29%
Amélioration générale	1,77	1,77	1,76	1,78	1,83	1,88	1,91	1,93	1,94	1,93	1,94	1,95	1,96	1,96	1,97	1,96	6%	3%	1%	10%	11%
Sans emploi / 20+ ans en emploi																					
Taux/âge et sexe constants	1,72	1,75	1,75	1,79	1,84	1,92	2,02	2,12	2,20	2,24	2,25	2,26	2,27	2,27	2,27	2,27	11%	18%	1%	31%	32%
Amélioration générale	1,72	1,73	1,71	1,73	1,77	1,80	1,83	1,84	1,83	1,84	1,84	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85	5%	2%	1%	7%	7%
Report de 5 ans des taux	1,72	1,73	1,71	1,73	1,77	1,80	1,82	1,83	1,83	1,83	1,83	1,83	1,83	1,84	1,84	1,84	5%	2%	0%	6%	7%

* Toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus sont réputées sans emploi

PROJECTION 2

	1981	1986	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041	2045	2051	2056	2061	2066	1981-2016	2016-2041	2041-2066	1981-2041	1981-2066
Population en milliers																					
Total	7 081,8	7 413,3	7 648,1	7 805,2	7 922,4	8 004,8	8 058,8	8 081,5	8 064,5	8 000,9	7 892,9	7 775,7	7 587,9	7 392,4	7 231,5	7 085,9	13%	-4%	-10%	11%	0%
0-19	1 866,8	1 905,3	1 884,7	1 867,0	1 837,3	1 793,2	1 745,1	1 709,7	1 692,1	1 665,4	1 622,0	1 592,3	1 550,2	1 520,7	1 494,3	1 466,6	-4%	-10%	-10%	-13%	-21%
20-64	4 340,0	4 605,1	4 761,5	4 841,0	4 827,7	4 737,7	4 602,9	4 396,8	4 205,1	4 110,4	4 049,7	3 983,9	3 910,2	3 845,2	3 768,8	3 680,8	7%	-15%	-9%	-9%	-17%
65+	781,0	902,9	1 001,9	1 097,1	1 257,5	1 474,0	1 710,8	1 975,0	2 177,4	2 235,2	2 221,2	2 199,5	2 107,5	2 026,5	1 970,4	1 893,5	89%	51%	-13%	184%	148%
65-74	478,1	539,3	561,2	586,8	694,1	856,4	982,8	1 092,9	1 132,8	1 017,8	894,7	884,1	870,7	836,9	830,0	840,8	79%	4%	-6%	87%	75%
75-84	238,8	279,7	333,4	379,4	401,0	428,4	520,6	651,2	756,4	854,2	892,5	824,3	711,2	706,9	691,7	666,7	79%	108%	-25%	274%	179%
85+	63,1	83,8	107,2	131,0	162,4	189,1	207,5	230,9	288,2	363,2	484,1	491,1	525,7	482,7	440,7	432,0	200%	130%	0%	588%	585%
Composition en pourcentage																					
0-19	26,4%	25,7%	24,6%	23,9%	23,2%	22,4%	21,7%	21,2%	20,9%	20,7%	20,5%	20,5%	20,5%	20,6%	20,7%	20,7%	-4,0%	-1,9%	0,1%	-6%	-5,7%
20-64	62,6%	62,1%	62,3%	62,0%	60,8%	59,2%	57,1%	54,4%	52,1%	51,4%	51,3%	51,2%	51,7%	52,0%	52,1%	51,9%	-3,4%	-7,9%	0,6%	-11%	-10,7%
65+	11,0%	12,2%	13,1%	14,1%	15,9%	18,4%	21,2%	24,4%	27,0%	27,9%	28,1%	28,3%	27,8%	27,4%	27,2%	27,4%	7,4%	9,7%	-0,8%	17%	16,3%
85+	0,9%	1,1%	1,4%	1,7%	2,0%	2,4%	2,6%	2,9%	3,6%	4,5%	5,5%	6,3%	6,9%	6,5%	6,1%	6,1%	1,5%	3,1%	0,6%	5%	5,2%
Rapport de masculinité (nombre d'hommes pour 100 femmes)																					
65+	88,1	87,8	86,4	85,5	84,8	83,5	82,6	81,8	81,3	80,9	80,5	80,3	80,1	79,9	79,7	79,5	6,4	3,7	2,3	10,1	12,3
65-74	77,6	79,8	82,6	85,0	87,0	88,5	89,8	91,4	93,3	94,5	94,7	95,4	96,1	96,4	97,2	97,9	10,9	6,2	3,2	17,1	20,3
75-84	59,3	59,1	60,9	63,4	66,6	69,5	72,4	74,4	76,2	78,3	80,5	81,5	82,1	83,1	83,3	83,7	10,2	10,9	3,2	21,2	24,4
85+	40,2	34,7	33,5	33,7	35,4	37,2	39,0	41,4	44,6	46,9	48,3	49,4	50,1	49,0	48,0	50,5	-3,1	11,1	2,2	8,1	10,3
Rapports de dépendance démographique																					
<20 et 65+ / 20-64	0,60	0,61	0,61	0,61	0,64	0,69	0,75	0,84	0,92	0,95	0,95	0,95	0,94	0,92	0,92	0,93	15%	38%	-2%	99%	55%
<20 / 20-64	0,42	0,41	0,40	0,39	0,38	0,38	0,38	0,39	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40	-10%	6%	-1%	-4,8%	-5%
65+ / 20-64	0,18	0,20	0,21	0,23	0,26	0,31	0,37	0,45	0,52	0,54	0,55	0,55	0,54	0,53	0,52	0,53	77%	76%	-4%	211,4%	199%
Population en emploi (équivalent plein traitement) en milliers, 20-64 ans																					
Taux/âge et sexe constants	2 559,3	2 650,8	2 713,3	2 707,3	2 655,1	2 657,7	2 485,7	2 390,6	2 317,2	2 271,4	2 233,8	2 203,5	2 161,4	2 121,8	2 077,0	2 032,5	1%	-13%	-9%	-13%	-21%
Amélioration tx. féminins	2 559,3	2 669,1	2 753,5	2 763,8	2 728,3	2 653,8	2 565,8	2 464,4	2 366,6	2 300,4	2 269,2	2 235,8	2 185,1	2 136,9	2 092,8	2 048,8	4%	-13%	-9%	-10%	-18%
Amélioration générale	2 559,3	2 669,1	2 753,5	2 763,8	2 728,3	2 700,1	2 671,9	2 643,7	2 615,5	2 587,3	2 545,2	2 509,4	2 461,9	2 417,7	2 367,0	2 315,5	6%	-6%	-9%	-1%	-10%
Report de 6 ans des taux	2 559,3	2 669,1	2 753,5	2 763,8	2 728,3	2 708,2	2 688,2	2 668,1	2 648,0	2 628,0	2 580,2	2 546,7	2 485,6	2 407,5	2 356,8	2 305,8	6%	-5%	-9%	1%	-8%
Population en emploi (équivalent plein traitement) en milliers, 20+ ans																					
Taux/âge et sexe constants	2 600,5	2 695,3	2 758,8	2 756,2	2 717,5	2 651,0	2 569,0	2 483,9	2 408,0	2 346,7	2 303,9	2 276,7	2 229,6	2 189,8	2 145,7	2 101,3	2%	-13%	-9%	-11%	-19%
Amélioration tx. féminins	2 600,5	2 714,1	2 800,2	2 814,5	2 793,7	2 733,5	2 654,8	2 565,1	2 485,5	2 421,1	2 376,7	2 348,6	2 300,1	2 259,1	2 213,6	2 167,6	5%	-13%	-9%	-9%	-17%
Amélioration générale	2 600,5	2 714,1	2 800,2	2 814,5	2 793,7	2 773,4	2 753,2	2 732,6	2 682,4	2 643,1	2 611,5	2 567,2	2 512,7	2 462,8	2 411,5	2 360,6	7%	-5%	-9%	2%	-7%
Report de 5 ans des taux	2 600,5	2 714,1	2 800,2	2 814,5	2 793,7	2 778,9	2 764,1	2 749,3	2 734,5	2 718,7	2 686,7	2 620,3	2 570,4	2 524,1	2 476,7	2 426,6	7%	-4%	-9%	2%	-7%
Rapport de dépendance économique																					
<20 et 65+ / 20-64 ans en emploi	1,03	1,06	1,06	1,09	1,17	1,27	1,39	1,54	1,67	1,71	1,72	1,72	1,69	1,67	1,67	1,68	23%	36%	-3%	66%	62%
Amélioration tx. féminins	1,03	1,05	1,05	1,07	1,13	1,23	1,35	1,50	1,62	1,66	1,67	1,67	1,64	1,62	1,62	1,63	19%	36%	-3%	61%	57%
Amélioration générale	1,03	1,05	1,05	1,07	1,13	1,21	1,29	1,39	1,48	1,50	1,51	1,51	1,49	1,47	1,46	1,47	17%	25%	-3%	46%	42%
Sans emploi / 20-64 ans en emploi																					
Taux/âge et sexe constants	1,77	1,80	1,82	1,88	1,98	2,11	2,24	2,38	2,48	2,52	2,53	2,53	2,50	2,48	2,49	2,49	19%	20%	-2%	43%	41%
Amélioration tx. féminins	1,77	1,78	1,78	1,82	1,90	2,02	2,14	2,28	2,38	2,42	2,43	2,43	2,40	2,38	2,39	2,39	14%	21%	-2%	38%	35%
Amélioration générale	1,77	1,78	1,78	1,82	1,90	1,96	2,02	2,06	2,08	2,09	2,10	2,10	2,07	2,06	2,06	2,06	11%	7%	-2%	19%	17%
Sans emploi / 20+ ans en emploi																					
Taux/âge et sexe constants	1,72	1,75	1,77	1,83	1,92	2,02	2,14	2,25	2,35	2,41	2,43	2,42	2,39	2,38	2,37	2,37	17%	20%	-2%	41%	38%
Amélioration générale	1,72	1,73	1,73	1,77	1,84	1,89	1,93	1,96	1,97	1,99	1,99	1,98	1,96	1,94	1,94	1,94	9%	5%	-2%	15%	13%
Report de 5 ans des taux	1,72	1,73	1,73	1,77	1,84	1,88	1,92	1,94	1,95	1,94	1,97	1,97	1,94	1,93	1,92	1,92	9%	5%	-3%	14%	11%

* Toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus sont réputées sans emploi

PROJECTION 3

	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051	2058	2061	2066	1991-2016	2016-2041	2041-2066	1991-2041	1991-2066	Variation relative
Population en milliers																						
Total	7 081,8	7 413,3	7 657,7	7 866,9	8 043,7	8 184,0	8 286,6	8 386,1	8 485,3	8 484,9	8 486,6	8 457,8	8 399,3	8 351,5	8 331,7	8 337,3	16%	4%	-2%	20%	18%	
0-19	1 866,8	1 905,3	1 892,4	1 928,8	1 958,5	1 972,4	1 975,3	1 952,8	1 952,2	1 971,3	1 989,4	1 997,6	1 993,9	1 989,8	1 995,4	2 010,1	6%	1%	1%	7%	8%	
20-64	4 434,0	4 605,1	4 761,5	4 841,0	4 827,7	4 737,7	4 610,5	4 456,3	4 325,7	4 288,5	4 285,9	4 268,6	4 297,9	4 335,1	4 364,9	4 380,6	7%	-10%	2%	-3%	-1%	
65+	781,0	902,9	1 001,9	1 097,1	1 257,5	1 474,0	1 710,8	1 975,0	2 177,4	2 235,2	2 221,2	2 191,7	2 107,5	2 026,5	1 970,4	1 946,5	89%	51%	-12%	184%	149%	
65-74	479,1	539,3	586,8	684,1	856,4	982,8	1 092,9	1 192,8	1 192,8	1 017,8	884,7	865,3	870,7	859,9	858,0	847,9	79%	4%	-5%	87%	77%	
75-84	236,8	279,7	333,4	379,4	401,0	428,4	520,6	651,2	756,4	854,2	892,5	803,8	711,2	706,9	691,7	666,7	79%	108%	-25%	274%	175%	
85+	63,1	83,8	107,2	131,0	162,4	189,1	207,5	230,9	288,2	363,2	434,1	502,8	525,7	482,7	440,7	432,0	200%	130%	0%	588%	585%	
Composition en pourcentage																						
0-19	26,4%	25,7%	24,7%	24,5%	24,3%	24,1%	23,8%	23,3%	23,1%	23,2%	23,4%	23,6%	23,7%	23,8%	24,0%	24,1%	-2,3%	-0,7%	0,7%	-3%	-2,3%	
20-64	62,6%	62,1%	62,2%	61,5%	60,0%	57,9%	55,6%	53,2%	51,2%	50,5%	50,4%	50,5%	51,2%	51,9%	52,4%	52,5%	-4,7%	-7,4%	2,1%	-12%	-10,1%	
65+	11,0%	12,2%	13,1%	13,9%	15,6%	18,0%	20,6%	23,6%	25,8%	26,3%	26,1%	25,9%	25,1%	24,3%	23,6%	23,3%	7,0%	8,1%	-2,8%	15%	12,3%	
85+	0,9%	1,1%	1,4%	1,7%	2,0%	2,3%	2,5%	2,8%	3,4%	4,3%	5,1%	5,9%	6,3%	5,8%	5,2%	5,2%	1,4%	2,8%	0,1%	4%	4,3%	
Rapport de masculinité (nombre d'hommes pour 100 femmes)																						
65+	68,1	67,8	66,4	69,5	71,8	74,5	76,6	78,3	79,3	78,9	78,2	78,0	77,9	78,4	79,4	80,5	6,4	3,7	2,3	10,1	12,4	
65-74	77,6	79,8	82,6	85,0	87,0	88,5	89,8	91,4	93,3	94,5	94,7	95,6	96,1	96,4	97,2	97,9	10,9	6,2	3,2	17,1	20,3	
75-84	59,3	59,1	60,9	63,4	66,6	69,5	72,4	74,4	76,2	78,3	80,5	81,6	82,1	83,1	83,3	83,7	10,2	10,9	3,2	21,2	24,4	
85+	40,2	34,7	33,5	33,7	35,4	37,2	39,0	41,4	44,6	46,9	48,3	49,6	50,1	49,0	48,0	50,5	-3,1	11,1	2,2	8,1	10,3	
Rapports de dépendance démographique																						
<20 et 65+ / 20-64	0,60	0,61	0,61	0,63	0,67	0,73	0,80	0,88	0,95	0,98	0,98	0,98	0,95	0,93	0,91	0,90	22%	35%	-8%	64,5%	51%	
<20 / 20-64	0,42	0,41	0,40	0,40	0,41	0,42	0,43	0,44	0,45	0,46	0,46	0,47	0,46	0,46	0,46	0,46	-1%	11%	-1%	10,3%	9%	
65+ / 20-64	0,18	0,20	0,21	0,23	0,26	0,31	0,37	0,44	0,50	0,52	0,52	0,51	0,48	0,47	0,45	0,44	77%	87%	-14%	184,2%	152%	
Population en emploi (équivalent plein traitement) en milliers, 20-64 ans																						
Taux d'âge et sexe constants	2 559,3	2 650,8	2 713,3	2 707,3	2 655,1	2 575,7	2 490,4	2 428,7	2 392,8	2 383,9	2 383,4	2 386,3	2 404,0	2 423,2	2 435,0	2 437,7	1%	-7%	2%	-7%	-5%	
Amélioration bx. féminins	2 559,3	2 689,1	2 753,5	2 763,8	2 728,3	2 653,8	2 570,5	2 502,4	2 451,6	2 450,6	2 450,6	2 452,8	2 471,1	2 491,2	2 503,6	2 506,4	4%	-8%	2%	-4%	-2%	
Amélioration générale	2 559,3	2 689,1	2 753,5	2 763,8	2 728,3	2 724,0	2 719,8	2 715,5	2 711,2	2 706,9	2 705,7	2 706,0	2 725,9	2 748,2	2 763,0	2 767,3	6%	-1%	2%	6%	8%	
Report de 5 ans des taux	2 559,3	2 689,1	2 753,5	2 763,8	2 728,3	2 730,7	2 733,2	2 735,6	2 738,0	2 740,4	2 730,4	2 732,2	2 741,6	2 763,5	2 781,3	2 790,3	7%	0%	2%	7%	9%	
Population en emploi (équivalent plein traitement) en milliers, 20+ ans																						
Taux d'âge et sexe constants	2 600,5	2 685,3	2 758,8	2 756,2	2 717,5	2 651,0	2 573,6	2 522,0	2 483,6	2 459,1	2 453,5	2 459,9	2 472,3	2 491,2	2 503,7	2 507,6	2%	-7%	2%	-6%	-4%	
Amélioration bx. féminins	2 600,5	2 714,1	2 800,2	2 814,5	2 793,7	2 733,5	2 659,5	2 603,1	2 560,9	2 533,5	2 526,9	2 532,8	2 545,3	2 565,2	2 578,3	2 582,4	5%	-8%	2%	-3%	-1%	
Amélioration générale	2 600,5	2 714,1	2 800,2	2 814,5	2 793,7	2 797,4	2 801,0	2 804,7	2 808,3	2 812,0	2 803,6	2 808,7	2 821,2	2 843,2	2 866,8	2 864,9	8%	0%	2%	8%	10%	
Report de 5 ans des taux	2 600,5	2 714,1	2 800,2	2 814,5	2 793,7	2 801,4	2 809,1	2 816,8	2 824,5	2 832,2	2 806,8	2 803,6	2 816,5	2 833,0	2 850,5	2 860,1	8%	0%	2%	8%	10%	
Rapport de dépendance économique																						
<20 et 65+ / 20-64 ans en emploi	1,03	1,06	1,07	1,12	1,21	1,34	1,48	1,62	1,73	1,76	1,77	1,76	1,71	1,68	1,63	1,62	29%	32%	-8%	71%	57%	
Taux d'âge et sexe constants	1,03	1,05	1,05	1,09	1,18	1,30	1,43	1,57	1,68	1,72	1,72	1,71	1,66	1,61	1,58	1,58	26%	32%	-8%	66%	53%	
Amélioration bx. féminins	1,03	1,05	1,05	1,09	1,18	1,27	1,36	1,45	1,52	1,55	1,56	1,55	1,50	1,46	1,44	1,43	22%	23%	-8%	50%	38%	
Amélioration générale	1,03	1,05	1,05	1,09	1,18	1,27	1,36	1,45	1,52	1,55	1,56	1,55	1,50	1,46	1,44	1,43	22%	23%	-8%	50%	38%	
Sans emploi * / 20-64 ans en emploi																						
Taux d'âge et sexe constants	1,77	1,80	1,82	1,91	2,03	2,18	2,33	2,45	2,53	2,56	2,56	2,54	2,49	2,45	2,42	2,42	23%	18%	-6%	45%	37%	
Amélioration bx. féminins	1,77	1,78	1,78	1,85	1,95	2,08	2,23	2,35	2,43	2,47	2,47	2,45	2,40	2,35	2,33	2,33	18%	18%	-6%	40%	32%	
Amélioration générale	1,77	1,78	1,78	1,85	1,95	2,00	2,05	2,09	2,12	2,14	2,14	2,13	2,08	2,04	2,02	2,01	13%	13%	7%	21%	14%	
Sans emploi / 20+ ans en emploi																						
Taux d'âge et sexe constants	1,72	1,75	1,78	1,85	1,96	2,09	2,22	2,33	2,40	2,45	2,46	2,44	2,40	2,35	2,33	2,32	21%	18%	-6%	43%	35%	
Amélioration générale	1,72	1,73	1,73	1,80	1,88	1,93	1,96	1,99	2,01	2,02	2,03	2,01	1,98	1,94	1,91	1,91	12%	12%	5%	-6%	18%	11%
Report de 5 ans des taux	1,72	1,73	1,73	1,80	1,88	1,92	1,95	1,98	1,99	2,00	2,03	2,02	1,98	1,95	1,92	1,92	12%	12%	5%	-6%	18%	11%

* Toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus sont réputées sans emploi

PROJECTION 15

	1981	1986	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041	2045	2051	2056	2061	2066	1981-2016	2016-2041	2041-2066	1981-2041	1981-2066
Population en milliers																					
Total	7 081,8	7 387,9	7 551,7	7 606,7	7 609,4	7 564,5	7 473,1	7 325,0	7 118,0	6 862,5	6 575,8	6 337,0	5 982,5	5 700,9	5 435,9	5 185,5	7%	-13%	-21%	-7%	-27%
0-19	1 866,8	1 896,8	1 818,6	1 736,1	1 647,0	1 550,5	1 491,8	1 435,2	1 370,6	1 301,6	1 232,4	1 184,0	1 123,6	1 075,7	1 025,5	974,3	-17%	-21%	-21%	-34%	-48%
20-64	4 434,0	4 602,6	4 751,1	4 817,8	4 788,9	4 675,1	4 470,0	4 194,3	3 938,8	3 777,4	3 642,2	3 509,3	3 320,0	3 155,4	2 989,5	2 858,2	5%	-22%	-22%	-18%	-36%
65+	781,0	886,5	981,9	1 050,8	1 175,4	1 336,9	1 511,4	1 695,5	1 808,6	1 783,5	1 701,2	1 643,6	1 536,9	1 469,8	1 420,9	1 353,0	71%	27%	-20%	118%	73%
65-74	478,1	537,4	583,1	589,6	662,8	803,1	905,0	990,0	1 008,6	891,1	774,6	760,6	741,6	710,8	703,0	658,0	69%	-4%	-15%	62%	37%
75-84	238,8	278,1	325,5	360,4	368,5	380,3	446,7	539,0	604,5	661,2	667,5	602,2	512,1	506,1	490,2	471,9	59%	76%	-23%	180%	98%
85+	63,1	83,1	103,3	120,9	142,1	155,6	159,7	166,5	195,6	231,2	259,0	280,9	285,2	292,9	227,8	223,0	147%	66%	-14%	310%	253%
Composition en pourcentage																					
0-19	26,4%	25,6%	24,1%	22,8%	21,9%	20,5%	20,0%	19,6%	19,3%	19,0%	18,7%	18,7%	18,8%	18,9%	18,9%	18,8%	-5,9%	-1,8%	0,0%	-8%	-7,6%
20-64	62,6%	62,2%	62,9%	63,3%	62,9%	61,9%	59,8%	57,3%	55,3%	55,0%	55,4%	55,4%	55,5%	55,3%	55,0%	55,1%	-0,8%	-6,4%	-0,3%	-7%	-7,5%
65+	11,0%	12,1%	13,0%	13,8%	15,4%	17,7%	20,2%	23,1%	25,4%	26,0%	25,9%	25,9%	25,7%	25,8%	26,1%	26,1%	6,7%	8,2%	0,2%	15%	15,1%
85+	0,9%	1,1%	1,4%	1,6%	1,9%	2,1%	2,1%	2,3%	2,7%	3,4%	3,9%	4,4%	4,8%	4,4%	4,2%	4,3%	1,2%	1,9%	0,4%	3%	3,4%
Rapport de masculinité (nombre d'hommes pour 100 femmes)																					
65+	88,1	87,6	87,6	87,9	89,2	70,8	71,7	72,2	71,9	70,1	68,3	67,7	67,4	67,8	66,6	66,7	2,7	-2,4	0,3	0,2	0,6
65-74	77,6	79,6	81,7	82,2	84,2	84,6	84,8	85,4	86,2	86,3	85,8	86,0	86,1	86,2	86,7	86,9	7,0	1,2	1,1	8,2	9,3
75-84	59,3	58,9	59,9	61,2	62,8	64,0	65,0	65,2	65,2	65,7	66,0	65,8	65,7	66,2	65,8	66,1	4,7	2,0	0,1	6,7	6,8
85+	40,2	34,5	32,7	32,0	32,5	32,9	33,1	33,8	35,1	35,4	35,1	35,1	34,7	33,5	33,4	34,4	-7,3	2,3	-0,8	-5,1	-5,9
Rapports de dépendance démographique																					
<20 et 65+ / 20-64	0,60	0,61	0,59	0,58	0,59	0,62	0,67	0,75	0,81	0,82	0,81	0,81	0,80	0,81	0,82	0,81	3%	30%	1%	34,9%	36%
<20 / 20-64	0,42	0,41	0,38	0,36	0,34	0,33	0,33	0,34	0,35	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	-2,1%	2%	1%	-15,6%	-19%
65+ / 20-64	0,18	0,20	0,21	0,22	0,25	0,29	0,34	0,40	0,46	0,47	0,47	0,47	0,46	0,47	0,48	0,47	63%	63%	1%	16,3%	16,9%
Population en emploi (équivalent plein traitement) en milliers, 20-64 ans																					
Taufrage et sexe constants	2 559,3	2 649,6	2 707,9	2 695,7	2 636,1	2 544,3	2 413,1	2 274,9	2 159,9	2 072,0	1 989,0	1 916,2	1 810,0	1 720,1	1 636,8	1 564,8	-1%	-22%	-21%	-22%	-39%
Amélioration tx. féminins	2 559,3	2 667,7	2 748,1	2 752,0	2 708,7	2 621,5	2 492,0	2 347,4	2 227,8	2 137,5	2 052,4	1 979,4	1 867,8	1 774,7	1 688,4	1 614,3	2%	-22%	-21%	-20%	-37%
Amélioration générale	2 559,3	2 667,7	2 748,1	2 752,0	2 708,7	2 640,7	2 572,6	2 504,6	2 368,5	2 275,6	2 194,2	2 071,7	1 968,5	1 871,5	1 789,4	1 719,0	3%	-14%	-21%	-11%	-30%
Report de 5 ans des taux	2 559,3	2 667,7	2 748,1	2 752,0	2 708,7	2 647,4	2 566,1	2 524,9	2 463,6	2 402,3	2 306,9	2 231,6	2 107,6	2 007,4	1 909,2	1 819,0	3%	-13%	-21%	-10%	-29%
Population en emploi (équivalent plein traitement) en milliers, 20+ ans																					
Taufrage et sexe constants	2 600,5	2 693,9	2 752,8	2 743,1	2 695,7	2 614,9	2 489,9	2 359,4	2 241,0	2 136,3	2 050,0	1 981,4	1 866,5	1 778,2	1 694,2	1 616,2	1%	-22%	-21%	-21%	-38%
Amélioration tx. féminins	2 600,5	2 712,6	2 794,0	2 801,1	2 771,2	2 696,3	2 574,3	2 439,0	2 316,5	2 210,1	2 119,2	2 048,6	1 931,9	1 838,3	1 751,1	1 670,5	4%	-21%	-21%	-19%	-35%
Amélioration générale	2 600,5	2 712,6	2 794,0	2 801,1	2 771,2	2 709,2	2 647,3	2 585,4	2 523,5	2 461,5	2 361,3	2 289,0	2 153,8	2 050,1	1 951,9	1 861,4	4%	-13%	-21%	-9%	-28%
Report de 5 ans des taux	2 600,5	2 712,6	2 794,0	2 801,1	2 771,2	2 712,7	2 654,2	2 595,7	2 537,2	2 478,7	2 369,4	2 289,5	2 167,5	2 052,6	1 964,1	1 873,1	4%	-13%	-21%	-9%	-28%
Rapport de dépendance économique																					
<20 et 65+ / 20-64 ans en emploi	1,03	1,05	1,03	1,03	1,07	1,14	1,24	1,38	1,47	1,49	1,47	1,47	1,47	1,48	1,49	1,49	10%	30%	1%	43%	44%
Taufrage et sexe constants	1,03	1,05	1,02	1,01	1,04	1,10	1,21	1,33	1,43	1,44	1,43	1,43	1,43	1,43	1,45	1,44	7%	30%	1%	38%	39%
Amélioration tx. féminins	1,03	1,05	1,02	1,01	1,04	1,09	1,17	1,25	1,30	1,30	1,29	1,29	1,29	1,29	1,31	1,30	6%	18%	1%	25%	26%
Amélioration générale	1,03	1,05	1,02	1,01	1,04	1,09	1,17	1,25	1,30	1,30	1,29	1,29	1,29	1,29	1,31	1,30	6%	18%	1%	25%	26%
Sans emploi * / 20-64 ans en emploi																					
Taufrage et sexe constants	1,77	1,79	1,79	1,82	1,89	1,97	2,10	2,22	2,30	2,31	2,31	2,30	2,31	2,31	2,32	2,31	12%	17%	0%	31%	31%
Amélioration tx. féminins	1,77	1,77	1,75	1,76	1,81	1,89	2,00	2,12	2,20	2,21	2,20	2,20	2,20	2,21	2,22	2,21	7%	17%	0%	25%	25%
Amélioration générale	1,77	1,77	1,75	1,76	1,81	1,86	1,90	1,92	1,92	1,90	1,89	1,89	1,89	1,90	1,90	1,90	6%	1%	0%	7%	7%
Sans emploi / 20+ ans en emploi																					
Taufrage et sexe constants	1,72	1,75	1,74	1,77	1,82	1,89	2,00	2,10	2,18	2,21	2,21	2,20	2,20	2,21	2,21	2,21	10%	17%	0%	28%	28%
Amélioration tx. féminins	1,72	1,73	1,70	1,72	1,75	1,79	1,82	1,83	1,82	1,82	1,79	1,78	1,78	1,78	1,78	1,78	4%	0%	0%	4%	4%
Amélioration générale	1,72	1,73	1,70	1,72	1,75	1,79	1,82	1,82	1,81	1,77	1,78	1,77	1,76	1,76	1,77	1,77	4%	0%	-1%	0%	3%
Report de 5 ans des taux	1,72	1,73	1,70	1,72	1,75	1,79	1,82	1,82	1,81	1,77	1,78	1,77	1,76	1,76	1,77	1,77	4%	0%	-1%	0%	3%

* Toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus sont réputées sans emploi

PROJECTION 1T

Population en milliers	1981	1986	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051	2056	2061	2066	1981-2016	2016-2041	2041-2066	1981-2041	1981-2066
Total	7 081,8	7 405,1	7 563,5	7 679,3	7 737,3	7 761,2	7 750,1	7 692,3	7 581,1	7 416,9	7 212,4	7 024,1	6 720,9	6 465,6	6 222,0	5 995,5	10%	-7%	-17%	2%	-15%
0-19	1 865,8	1 897,1	1 820,1	1 741,1	1 652,2	1 557,6	1 500,7	1 445,7	1 362,7	1 315,5	1 248,0	1 201,0	1 142,4	1 095,9	1 046,7	996,5	-17%	-20%	-20%	-33%	-47%
20-64	4 434,0	4 605,1	4 761,5	4 841,0	4 827,7	4 739,6	4 538,6	4 271,6	4 021,0	3 868,2	3 743,2	3 615,9	3 434,8	3 275,9	3 112,0	2 984,4	7%	-21%	-20%	-16%	-33%
65+	781,0	902,9	1 001,9	1 097,1	1 257,5	1 474,0	1 710,8	1 975,0	2 177,4	2 235,2	2 221,2	2 207,1	2 143,7	2 093,8	2 063,3	2 014,6	89%	51%	-9%	184%	158%
65-74	479,1	539,3	561,2	586,8	694,1	858,4	982,8	1 092,9	1 132,8	1 017,8	894,7	885,5	877,2	848,4	847,7	803,9	79%	4%	-10%	87%	68%
75-84	238,8	279,7	333,4	379,4	401,0	428,4	520,6	651,2	756,4	854,2	892,3	827,3	723,4	729,4	726,3	711,8	79%	108%	-20%	274%	199%
85+	63,1	83,8	107,2	131,0	162,4	189,1	207,5	230,9	268,2	363,2	434,1	494,4	543,4	516,0	489,3	468,9	200%	130%	15%	588%	691%
Composition en pourcentage																					
0-19	26,4%	25,6%	24,0%	22,7%	21,4%	20,1%	19,4%	18,8%	18,2%	17,7%	17,3%	17,1%	17,0%	16,9%	16,6%	16,6%	-6,3%	-2,8%	-0,7%	-9%	-9,7%
20-64	62,6%	62,2%	62,8%	63,0%	62,4%	60,9%	58,6%	55,5%	53,0%	52,1%	51,9%	51,5%	51,1%	50,7%	49,8%	49,8%	-1,7%	-9,0%	-2,1%	-11%	-12,8%
65+	11,0%	12,2%	13,2%	14,3%	16,3%	19,0%	22,1%	25,7%	28,7%	30,1%	30,8%	31,4%	31,9%	32,4%	33,2%	33,6%	8,0%	11,8%	2,8%	20%	22,6%
85+	0,9%	1,1%	1,4%	1,7%	2,1%	2,4%	2,7%	3,0%	3,6%	4,9%	6,0%	7,0%	8,1%	8,0%	7,9%	8,3%	1,5%	3,6%	2,3%	5%	7,4%
Rapport de masculinité (nombre d'hommes pour 100 femmes)																					
65+	66,1	67,8	68,4	69,5	71,8	74,5	76,6	78,3	79,3	78,9	78,2	78,2	78,5	79,4	81,0	82,2	6,4	3,7	4,0	10,1	14,1
65-74	77,6	79,8	82,6	85,0	87,0	88,5	89,8	91,4	93,3	94,5	94,7	95,5	96,6	97,3	98,5	99,6	10,9	6,2	4,9	17,1	22,0
75-84	59,3	59,1	60,9	63,4	66,6	69,5	72,4	74,4	76,2	78,3	80,5	81,7	83,0	84,8	86,0	87,3	10,2	10,9	6,9	21,2	26,0
85+	40,2	34,7	33,5	33,7	35,4	37,2	39,0	41,4	44,6	46,9	48,3	49,6	51,0	50,8	51,8	54,4	-3,1	11,1	6,1	8,1	14,2
Rapports de dépendance démographique																					
<20 et 65+ / 20-64	0,60	0,61	0,59	0,59	0,60	0,64	0,71	0,80	0,89	0,92	0,93	0,94	0,96	0,97	1,00	1,01	7%	45%	9%	55,2%	69%
65+ / 20-64	0,42	0,41	0,38	0,36	0,34	0,33	0,33	0,34	0,34	0,34	0,33	0,33	0,33	0,33	0,34	0,33	-22%	1%	0%	-30,8%	-21%
Population en emploi (équivalent plein traitement) en milliers, 20-64 ans																					
Taux/âge et sexe constants	2 559,3	2 650,8	2 713,3	2 707,3	2 655,1	2 570,7	2 445,9	2 312,1	2 201,0	2 118,1	2 040,2	1 972,6	1 888,9	1 781,7	1 700,2	1 630,5	0%	-21%	-20%	-20%	-36%
Amélioration tx. féminins	2 559,3	2 689,1	2 753,5	2 763,8	2 728,3	2 648,8	2 526,1	2 386,1	2 270,3	2 185,2	2 105,3	2 035,7	1 928,6	1 838,3	1 753,8	1 682,0	3%	-21%	-20%	-18%	-34%
Amélioration générale	2 559,3	2 689,1	2 753,5	2 763,8	2 728,3	2 667,4	2 606,6	2 545,0	2 483,8	2 422,7	2 335,8	2 258,1	2 140,6	2 047,7	1 945,6	1 865,9	4%	-12%	-20%	-9%	-27%
Report de 5 ans des taux	2 559,3	2 669,1	2 763,5	2 763,8	2 728,3	2 677,4	2 628,6	2 575,7	2 524,8	2 474,0	2 395,0	2 315,1	2 196,6	2 100,6	2 005,0	1 916,2	5%	-11%	-20%	-7%	-25%
Population en emploi (équivalent plein traitement) en milliers, 20+ ans																					
Taux/âge et sexe constants	2 600,5	2 695,3	2 758,6	2 756,2	2 717,5	2 646,0	2 529,2	2 405,4	2 291,8	2 193,3	2 110,2	2 045,9	1 937,6	1 850,6	1 769,0	1 692,6	2%	-20%	-20%	-19%	-35%
Amélioration tx. féminins	2 600,5	2 714,1	2 800,2	2 814,5	2 793,7	2 728,5	2 615,1	2 486,7	2 369,2	2 267,1	2 181,6	2 115,4	2 003,3	1 913,1	1 828,5	1 749,5	5%	-20%	-20%	-16%	-33%
Amélioration générale	2 600,5	2 714,1	2 800,2	2 814,5	2 793,7	2 740,5	2 667,3	2 634,2	2 581,0	2 527,8	2 433,7	2 360,4	2 236,5	2 136,8	2 041,4	1 952,5	5%	-11%	-20%	-8%	-25%
Report de 5 ans des taux	2 600,5	2 714,1	2 800,2	2 814,5	2 793,7	2 746,1	2 702,5	2 656,9	2 611,3	2 565,7	2 461,5	2 386,8	2 272,3	2 171,4	2 076,3	1 987,5	6%	-10%	-19%	-5%	-24%
Rapport de dépendance économique																					
<20 et 65+ / 20-64 ans en emploi	1,03	1,06	1,04	1,05	1,10	1,18	1,31	1,48	1,62	1,68	1,70	1,73	1,76	1,79	1,83	1,85	14%	44%	9%	64%	79%
Taux/âge et sexe constants	1,03	1,05	1,02	1,03	1,07	1,14	1,27	1,43	1,57	1,62	1,65	1,67	1,70	1,74	1,77	1,79	11%	44%	9%	59%	73%
Amélioration tx. féminins	1,03	1,05	1,02	1,03	1,07	1,14	1,23	1,34	1,43	1,47	1,49	1,51	1,54	1,56	1,60	1,61	10%	31%	9%	44%	56%
Amélioration générale	1,03	1,05	1,02	1,03	1,07	1,14	1,23	1,34	1,43	1,47	1,49	1,51	1,54	1,56	1,60	1,61	10%	31%	9%	44%	56%
Sans emploi * / 20-64 ans en emploi																					
Taux/âge et sexe constants	1,77	1,79	1,79	1,84	1,91	2,02	2,17	2,33	2,44	2,50	2,54	2,56	2,60	2,63	2,66	2,68	14%	26%	6%	43%	51%
Amélioration tx. féminins	1,77	1,77	1,75	1,78	1,84	1,93	2,07	2,22	2,34	2,40	2,43	2,45	2,48	2,52	2,55	2,56	9%	26%	6%	37%	45%
Amélioration générale	1,77	1,77	1,75	1,78	1,84	1,91	1,97	2,02	2,05	2,06	2,09	2,11	2,14	2,17	2,20	2,21	8%	9%	6%	18%	25%
Sans emploi / 20+ ans en emploi																					
Taux/âge et sexe constants	1,72	1,75	1,75	1,79	1,85	1,93	2,06	2,20	2,31	2,38	2,42	2,43	2,47	2,49	2,52	2,54	12%	25%	5%	40%	46%
Amélioration générale	1,72	1,73	1,71	1,73	1,77	1,83	1,88	1,92	1,94	1,96	1,98	1,99	2,01	2,03	2,05	2,07	6%	7%	5%	14%	20%
Report de 5 ans des taux	1,72	1,73	1,71	1,73	1,77	1,82	1,87	1,90	1,89	1,89	1,93	1,94	1,96	1,98	2,00	2,02	6%	6%	4%	12%	17%

* Toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus sont réputées sans emploi

PROJECTION 2M

	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051	2056	2061	2066	1991-2016	2016-2041	2041-2066	1991-2041	1991-2066
Population en milliers																					
Total	7 081,8	7 410,9	7 663,7	7 883,9	8 074,4	8 237,5	8 378,2	8 483,1	8 574,8	8 617,2	8 623,1	8 601,5	8 542,1	8 491,9	8 455,4	8 432,9	16%	5%	-2%	22%	19%
0-19	1 866,8	1 904,7	1 893,2	1 902,1	1 901,9	1 889,7	1 873,7	1 866,4	1 867,9	1 867,2	1 860,9	1 853,6	1 844,4	1 840,9	1 839,0	1 835,7	-3,4%	-2%	-1%	0%	-2%
20-64	4 434,0	4 603,5	4 768,5	4 883,0	4 911,3	4 869,1	4 790,4	4 651,2	4 535,2	4 416,8	4 282,0	4 151,7	4 018,5	3 891,5	3 772,7	3 660,6	10%	-7%	-1%	2%	1%
65+	781,0	902,7	1 001,9	1 098,8	1 261,2	1 478,7	1 714,1	1 973,6	2 171,7	2 233,2	2 234,2	2 231,3	2 179,2	2 134,3	2 112,7	2 113,6	88%	51%	-5%	186%	171%
65-74	479,1	539,2	561,4	588,6	607,7	600,0	584,2	562,2	548,7	533,3	522,5	511,1	500,0	488,8	477,6	466,1	79%	7%	3%	91%	96%
75-84	238,8	279,7	333,3	379,2	401,3	429,8	452,5	475,9	494,7	511,9	522,8	530,2	536,3	541,7	546,1	549,5	80%	106%	-18%	271%	204%
85+	63,1	83,8	107,2	131,0	162,2	188,9	207,4	231,4	268,7	303,2	332,7	362,2	391,3	420,6	448,1	482,5	199%	129%	4%	586%	610%
Composition en pourcentage																					
0-19	26,4%	25,7%	24,7%	24,1%	23,6%	22,9%	22,4%	22,0%	21,8%	21,7%	21,6%	21,5%	21,6%	21,7%	21,7%	21,8%	-3,4%	-1,4%	0,2%	-5%	-4,6%
20-64	62,6%	62,1%	62,2%	61,9%	60,8%	59,1%	57,2%	54,9%	52,9%	52,4%	52,5%	52,5%	52,9%	53,2%	53,3%	53,2%	-3,5%	-6,6%	0,7%	-10%	-9,4%
65+	11,0%	12,2%	13,1%	13,9%	15,6%	18,0%	20,5%	23,2%	25,3%	25,9%	25,9%	25,9%	25,5%	25,1%	25,0%	25,1%	6,9%	8,0%	-0,8%	15%	14,0%
85+	0,9%	1,1%	1,4%	1,7%	2,0%	2,3%	2,5%	2,7%	3,4%	4,2%	5,0%	5,7%	6,1%	5,7%	5,3%	5,3%	1,4%	2,7%	0,3%	4%	4,4%
Rapport de masculinité (nombre d'hommes pour 100 femmes)																					
65+	68,1	67,8	68,4	69,5	71,7	74,1	76,0	77,6	78,5	78,2	77,7	77,7	77,9	78,5	79,5	80,4	6,0	3,5	2,7	9,6	12,3
65-74	77,6	79,8	82,6	84,9	86,6	87,9	89,1	90,6	92,5	93,7	94,1	94,9	95,5	95,7	96,4	97,0	10,3	6,2	2,9	16,5	19,3
75-84	59,3	59,1	60,9	63,4	66,4	69,3	72,0	73,8	75,4	77,5	79,7	80,7	81,5	82,5	82,7	83,0	10,0	10,4	3,3	20,3	23,7
85+	40,2	34,7	33,5	33,8	35,4	37,2	38,9	41,3	44,4	46,5	47,8	48,9	49,6	48,7	48,9	50,4	-3,0	10,6	2,6	7,5	10,2
Rapports de dépendance démographique																					
<20 et 65+ / 20-64	0,60	0,61	0,61	0,61	0,64	0,69	0,75	0,83	0,89	0,91	0,90	0,90	0,89	0,88	0,88	0,89	16%	31%	-3%	51,4%	48%
<20 / 20-64	0,42	0,41	0,40	0,39	0,39	0,38	0,39	0,40	0,41	0,41	0,41	0,41	0,41	0,41	0,41	0,41	-8%	6%	0%	-4,4%	-3%
65+ / 20-64	0,18	0,20	0,21	0,23	0,26	0,30	0,36	0,42	0,48	0,49	0,49	0,49	0,48	0,47	0,47	0,47	72%	62%	-4%	180,1%	168%
Population en emploi (équivalent plein traitement) en milliers, 20+ ans																					
Taux/âge et sexe constants	2 559,3	2 649,8	2 717,4	2 753,0	2 707,4	2 659,3	2 604,8	2 549,2	2 517,5	2 512,8	2 513,9	2 512,9	2 513,2	2 509,3	2 500,9	2 482,3	4%	-5%	-1%	-2%	-3%
Amélioration tx. féminins	2 559,3	2 688,0	2 757,7	2 789,5	2 780,8	2 737,8	2 686,0	2 625,1	2 590,3	2 585,3	2 586,4	2 585,2	2 585,7	2 581,7	2 573,0	2 563,9	7%	-6%	-1%	1%	0%
Amélioration générale	2 559,3	2 688,0	2 757,7	2 789,5	2 780,8	2 795,8	2 810,7	2 825,6	2 840,6	2 855,5	2 857,8	2 855,2	2 856,2	2 852,6	2 843,2	2 832,7	9%	2%	-1%	12%	11%
Report de 5 ans des taux	2 559,3	2 688,0	2 757,7	2 789,5	2 780,8	2 801,2	2 821,6	2 842,0	2 862,3	2 882,7	2 884,2	2 884,4	2 881,1	2 880,5	2 874,6	2 865,3	9%	3%	-1%	13%	12%
Population en emploi (équivalent plein traitement) en milliers, 20+ ans																					
Taux/âge et sexe constants	2 600,5	2 694,3	2 763,0	2 782,0	2 770,1	2 734,7	2 687,9	2 641,9	2 607,9	2 588,8	2 586,4	2 589,7	2 587,1	2 584,0	2 577,0	2 569,4	5%	-5%	-1%	-1%	-1%
Amélioration tx. féminins	2 600,5	2 713,1	2 804,3	2 840,3	2 846,5	2 817,6	2 774,9	2 725,2	2 688,7	2 668,0	2 665,4	2 668,8	2 666,1	2 663,0	2 655,8	2 647,8	8%	-5%	-1%	2%	2%
Amélioration générale	2 600,5	2 713,1	2 804,3	2 840,3	2 846,5	2 869,5	2 892,6	2 915,6	2 938,7	2 961,7	2 959,2	2 962,8	2 959,5	2 956,8	2 949,4	2 940,4	10%	3%	-1%	14%	13%
Report de 5 ans des taux	2 600,5	2 713,1	2 804,3	2 840,3	2 846,5	2 872,0	2 897,4	2 922,9	2 948,4	2 973,9	2 958,3	2 958,1	2 958,9	2 955,7	2 950,5	2 942,6	10%	3%	-1%	14%	13%
Rapport de dépendance économique																					
<20 et 65+ / 20-64 ans en emploi	1,03	1,06	1,07	1,10	1,17	1,27	1,38	1,51	1,60	1,63	1,63	1,63	1,60	1,58	1,58	1,58	22%	28%	-3%	57%	53%
Taux/âge et sexe constants	1,03	1,05	1,05	1,08	1,14	1,23	1,34	1,46	1,56	1,59	1,58	1,58	1,56	1,54	1,54	1,54	19%	29%	-3%	53%	49%
Amélioration tx. féminins	1,03	1,05	1,05	1,08	1,14	1,20	1,28	1,36	1,42	1,44	1,43	1,43	1,41	1,39	1,39	1,39	16%	16%	-3%	38%	35%
Amélioration générale	1,03	1,05	1,05	1,08	1,14	1,20	1,28	1,36	1,42	1,44	1,43	1,43	1,41	1,39	1,39	1,39	16%	16%	-3%	38%	35%
Sans emploi * / 20-64 ans en emploi																					
Taux/âge et sexe constants	1,77	1,80	1,82	1,88	1,96	2,10	2,22	2,33	2,41	2,43	2,43	2,42	2,40	2,38	2,38	2,38	19%	16%	-2%	38%	35%
Amélioration tx. féminins	1,77	1,78	1,78	1,83	1,90	2,01	2,12	2,24	2,31	2,33	2,33	2,33	2,30	2,29	2,29	2,29	14%	16%	-2%	32%	30%
Amélioration générale	1,77	1,78	1,78	1,83	1,90	2,01	2,12	2,24	2,31	2,33	2,33	2,33	2,30	2,29	2,29	2,29	10%	10%	4%	14%	12%
Sans emploi / 20+ ans en emploi																					
Taux/âge et sexe constants	1,72	1,75	1,77	1,83	1,91	2,01	2,12	2,21	2,29	2,33	2,33	2,32	2,30	2,29	2,28	2,28	17%	16%	-2%	35%	32%
Amélioration générale	1,72	1,73	1,73	1,78	1,84	1,91	2,00	2,09	2,17	2,21	2,21	2,21	2,19	2,18	2,17	2,17	9%	9%	2%	2%	11%
Report de 5 ans des taux	1,72	1,73	1,73	1,78	1,84	1,87	1,89	1,91	1,91	1,91	1,91	1,91	1,89	1,87	1,87	1,87	8%	8%	2%	-3%	11%

* Toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus sont réputées sans emploi

PROJECTION 3F

	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2038	2044	2046	2051	2056	2061	2066	1991-2016	2016-2041	2041-2066	1991-2041	1991-2066
Population en milliers																					
Total	7 081,8	7 423,7	7 751,5	8 101,2	8 493,0	8 740,4	9 029,9	9 305,7	9 571,8	9 820,6	10 043,1	10 233,9	10 409,7	10 597,5	10 812,1	11 049,5	23%	15%	10%	42%	56%
D-19	1 866,8	1 909,3	1 928,5	2 017,9	2 106,6	2 182,7	2 247,7	2 283,7	2 337,5	2 411,2	2 488,3	2 552,7	2 608,6	2 667,9	2 718,1	2 785,7	17%	14%	12%	33%	49%
20-64	4 434,0	4 811,1	4 817,0	4 975,6	5 050,4	5 057,5	5 039,2	5 011,2	5 014,7	5 112,7	5 237,4	5 340,7	5 485,4	5 640,5	5 791,7	5 930,2	14%	4%	13%	18%	34%
65+	781,0	903,3	1 006,0	1 107,6	1 276,0	1 500,2	1 745,0	2 010,8	2 219,6	2 396,7	2 318,5	2 340,5	2 317,7	2 299,1	2 302,3	2 333,6	92%	56%	1%	197%	199%
65-74	478,1	539,7	584,4	594,9	707,6	873,5	1 001,1	1 111,1	1 155,2	1 258,9	968,4	993,7	1 011,3	1 003,4	1 023,9	1 053,2	82%	82%	11%	9%	102%
75-84	238,8	279,6	334,2	381,4	405,4	436,4	532,0	664,5	770,2	867,3	809,1	836,4	770,8	793,7	804,1	799,3	83%	108%	-12%	281%	235%
85+	63,1	83,8	107,4	131,4	163,0	190,3	209,9	235,3	294,3	370,5	441,9	510,4	535,6	501,9	474,3	481,0	202%	132%	9%	600%	662%
Composition en pourcentage																					
0-19	26,4%	24,9%	24,9%	24,9%	25,0%	24,9%	24,5%	24,5%	24,4%	24,6%	24,6%	24,9%	25,0%	25,1%	25,1%	25,2%	-1,4%	-0,2%	0,5%	-2%	-1,1%
20-64	62,6%	62,1%	61,4%	59,9%	57,9%	55,8%	53,9%	52,4%	52,1%	52,1%	52,1%	52,2%	52,7%	53,2%	53,6%	53,7%	-4,7%	-5,7%	1,5%	-10%	-8,9%
65+	11,0%	12,2%	13,0%	13,7%	15,1%	17,2%	19,3%	21,6%	23,2%	23,4%	23,1%	22,9%	22,3%	21,7%	21,3%	21,1%	6,1%	5,9%	-2,0%	12%	10,1%
85+	0,9%	1,1%	1,4%	1,6%	1,9%	2,2%	2,3%	2,5%	3,1%	3,8%	4,4%	5,0%	5,1%	4,7%	4,4%	4,4%	1,3%	2,2%	0,0%	4%	3,5%
Rapport de masculinité (nombre d'hommes pour 100 femmes)																					
65+	68,1	67,8	68,4	69,4	71,5	73,9	75,7	77,3	78,2	78,0	77,6	77,8	78,1	78,7	79,7	80,5	5,8	3,7	2,9	9,5	12,4
65-74	77,6	79,8	82,5	84,7	86,3	87,5	88,6	90,2	92,1	93,4	93,9	94,8	95,3	95,5	96,1	96,7	9,8	6,4	2,7	16,3	19,0
75-84	59,3	59,1	60,9	63,4	66,3	69,1	71,6	73,3	75,0	77,1	79,3	80,6	81,3	82,3	82,5	82,7	9,8	10,2	3,4	20,0	23,4
85+	40,2	34,7	33,6	33,8	35,4	37,2	38,9	41,2	44,2	46,3	47,5	48,9	49,4	48,7	49,0	50,5	-3,0	10,3	3,0	7,3	10,3
Rapports de dépendance démographique																					
<20 et 65+ / 20-64	0,60	0,61	0,61	0,63	0,67	0,73	0,79	0,86	0,91	0,92	0,92	0,92	0,90	0,88	0,87	0,86	22%	26%	-6%	53,7%	45%
<20 / 20-64	0,42	0,41	0,40	0,41	0,42	0,43	0,45	0,46	0,47	0,47	0,47	0,48	0,48	0,47	0,47	0,47	3%	10%	-1%	12,8%	12%
65+ / 20-64	0,18	0,20	0,21	0,22	0,25	0,30	0,35	0,40	0,44	0,45	0,44	0,44	0,42	0,41	0,40	0,39	68%	49%	-11%	151,4%	123%
Population en emploi (équivalent plein traitement) en milliers, 20-64 ans																					
Taux/âge et sexe constants	2 559,3	2 654,3	2 746,2	2 788,2	2 790,8	2 772,1	2 763,1	2 763,2	2 802,0	2 865,6	2 934,4	3 003,8	3 087,0	3 173,0	3 253,0	3 323,7	8%	6%	13%	15%	30%
Amélioration tx. féminins	2 559,3	2 672,5	2 786,6	2 845,4	2 865,3	2 837,1	2 842,8	2 879,3	2 944,0	3 014,1	3 084,7	3 175,5	3 268,0	3 359,1	3 445,5	3 526,6	11%	11%	13%	18%	33%
Amélioration générale	2 559,3	2 672,5	2 786,6	2 845,4	2 865,3	2 841,3	3 017,2	3 093,2	3 169,2	3 245,1	3 322,8	3 398,7	3 492,6	3 590,5	3 682,6	3 764,2	15%	13%	13%	30%	47%
Report de 5 ans des taux	2 559,3	2 672,5	2 786,6	2 845,4	2 865,3	2 944,0	3 022,6	3 101,3	3 180,0	3 258,6	3 330,7	3 410,2	3 495,0	3 582,1	3 666,7	3 773,2	15%	13%	13%	30%	47%
Population en emploi (équivalent plein traitement) en milliers, 20+ ans																					
Taux/âge et sexe constants	2 600,5	2 698,9	2 792,0	2 837,8	2 854,3	2 848,5	2 837,5	2 857,6	2 894,6	2 945,2	3 011,7	3 087,3	3 167,7	3 255,2	3 337,3	3 410,9	10%	6%	13%	16%	31%
Amélioration tx. féminins	2 600,5	2 717,6	2 833,6	2 896,7	2 931,8	2 933,3	2 927,4	2 944,7	2 960,3	3 030,5	3 096,3	3 175,5	3 258,0	3 348,3	3 433,2	3 509,1	13%	6%	13%	19%	35%
Amélioration générale	2 600,5	2 717,6	2 833,6	2 896,7	2 931,8	3 016,7	3 101,5	3 186,4	3 271,3	3 356,1	3 430,8	3 515,3	3 605,3	3 705,2	3 800,2	3 885,9	16%	14%	13%	32%	48%
Report de 5 ans des taux	2 600,5	2 717,6	2 833,6	2 896,7	2 931,8	3 015,9	3 100,0	3 184,1	3 268,2	3 352,3	3 411,5	3 489,1	3 560,0	3 674,3	3 770,3	3 859,0	16%	13%	13%	31%	48%
Rapport de dépendance économique																					
<20 et 65+ / 20-64 ans en emploi	1,03	1,06	1,07	1,12	1,21	1,33	1,45	1,55	1,63	1,64	1,64	1,63	1,60	1,56	1,54	1,54	28%	23%	-6%	58%	49%
Taux/âge et sexe constants	1,03	1,05	1,05	1,10	1,18	1,29	1,41	1,51	1,58	1,60	1,59	1,59	1,55	1,52	1,50	1,50	25%	23%	-6%	54%	45%
Amélioration tx. féminins	1,03	1,05	1,05	1,10	1,18	1,25	1,32	1,39	1,44	1,45	1,45	1,44	1,41	1,38	1,36	1,36	21%	16%	-6%	40%	31%
Amélioration générale	1,03	1,05	1,05	1,10	1,18	1,25	1,32	1,39	1,44	1,45	1,45	1,44	1,41	1,38	1,36	1,36	21%	16%	-6%	40%	31%
Sans emploi * / 20-64 ans en emploi																					
Taux/âge et sexe constants	1,77	1,80	1,82	1,91	2,02	2,15	2,28	2,37	2,42	2,43	2,42	2,41	2,37	2,34	2,32	2,32	23%	13%	-4%	37%	32%
Amélioration tx. féminins	1,77	1,78	1,78	1,85	1,94	2,06	2,18	2,27	2,32	2,34	2,33	2,32	2,28	2,25	2,24	2,24	17%	13%	-4%	32%	27%
Amélioration générale	1,77	1,78	1,78	1,85	1,94	1,97	1,99	2,01	2,02	2,03	2,02	2,01	1,98	1,95	1,94	1,94	12%	3%	-4%	14%	10%
Sans emploi / 20+ ans en emploi																					
Taux/âge et sexe constants	1,72	1,75	1,76	1,85	1,95	2,07	2,18	2,26	2,31	2,33	2,33	2,31	2,29	2,26	2,24	2,24	20%	13%	-4%	35%	30%
Amélioration tx. féminins	1,72	1,73	1,74	1,80	1,88	1,90	1,91	1,92	1,93	1,93	1,93	1,91	1,89	1,88	1,85	1,84	10%	2%	-4%	12%	7%
Report de 5 ans des taux	1,72	1,73	1,74	1,80	1,88	1,90	1,91	1,92	1,93	1,93	1,93	1,91	1,89	1,88	1,87	1,86	10%	2%	-4%	13%	8%

* Toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus sont réputées sans emploi

ANNEXE E

**ÉVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX
SELON LE SECTEUR D'ACTIVITES ET DIFFERENTES HYPOTHESES
QUANT A L'ETAT DE SANTE, L'EMPLOI, L'OFFRE DE SERVICES ET
L'EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE,
QUEBEC, 1991-2066**

Sources : Annexes A et D et calculs de l'auteur

PROJECTION 1	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051	2056	2061	2066
DÉPENSES PUBLIQUES																
Dépenses selon l'âge et le sexe constantes																
Dépenses en millions de dollars (\$)																
Total	11 914	13 153	14 297	15 437	16 642	17 913	19 256	20 730	22 279	23 668	24 613	24 857	24 315	23 216	22 049	21 156
Santé physique	4 362	4 799	5 198	5 608	6 055	6 528	7 021	7 496	7 997	8 161	8 244	8 112	7 813	7 464	7 148	6 875
Intégration sociale	2 869	3 355	3 865	4 372	4 891	5 417	5 975	6 684	7 618	8 671	9 583	10 109	10 107	9 627	9 030	8 652
Services médicaux	1 866	2 002	2 111	2 216	2 322	2 425	2 522	2 602	2 666	2 673	2 648	2 582	2 483	2 375	2 273	2 181
Santé mentale	809	870	917	960	998	1 029	1 055	1 075	1 083	1 076	1 056	1 025	984	942	902	865
Adaptation sociale	739	745	720	687	647	613	592	570	544	517	492	469	451	432	412	392
Santé publique	137	143	147	148	150	150	150	149	147	143	139	135	129	124	118	113
RAMQ, autres	701	784	850	905	954	1 118	1 262	1 420	1 539	1 573	1 563	1 513	1 451	1 398	1 356	1 301
Total sans adaptation sociale	11 175	12 408	13 577	14 750	15 995	17 300	18 664	20 160	21 735	23 151	24 121	24 388	23 864	22 784	21 637	20 764
1991 = 1,00																
Total	1,00	1,10	1,20	1,30	1,40	1,50	1,62	1,74	1,87	1,99	2,07	2,09	2,04	1,95	1,85	1,78
Effet de																
Taille de la population	1,00	1,05	1,07	1,08	1,09	1,10	1,09	1,09	1,07	1,05	1,02	0,98	0,94	0,90	0,86	0,83
Vieillessement	1,00	1,06	1,12	1,19	1,28	1,37	1,48	1,60	1,75	1,90	2,03	2,12	2,16	2,16	2,14	2,15
\$ / 20-64	1,00	1,06	1,12	1,19	1,28	1,41	1,58	1,81	2,06	2,28	2,45	2,58	2,64	2,64	2,65	2,65
\$ / 20-64 + 0,5 des 65+	1,00	1,05	1,10	1,16	1,24	1,33	1,45	1,60	1,77	1,92	2,05	2,15	2,20	2,20	2,19	2,19
\$ / 20 + en emploi (équivalent plein traitement)																
Taux/âge et sexe constants	1,00	1,07	1,13	1,22	1,34	1,48	1,66	1,88	2,12	2,36	2,55	2,68	2,74	2,74	2,73	2,74
Amélioration tx. féminins	1,00	1,06	1,11	1,20	1,30	1,43	1,61	1,82	2,05	2,28	2,46	2,59	2,65	2,66	2,64	2,65
Amélioration générale	1,00	1,06	1,11	1,20	1,30	1,43	1,56	1,72	1,88	2,04	2,21	2,32	2,38	2,38	2,37	2,38
Report de 5 ans des taux	1,00	1,06	1,11	1,20	1,30	1,42	1,56	1,70	1,86	2,01	2,18	2,29	2,34	2,34	2,33	2,34
Amélioration générale* + 0,5 des 65+	1,00	1,05	1,10	1,17	1,26	1,35	1,45	1,56	1,67	1,80	1,93	2,03	2,07	2,07	2,06	2,06
Dépenses selon l'âge et le sexe à la baisse																
Report des années vécues en mauvaise santé suite à la baisse de la mortalité																
Total	1,00					1,36					1,71					1,48
\$ / 20 + en emploi (équivalent plein traitement)																
Taux / âge et sexe constants	1,00					1,34					2,11					2,28
Amélioration générale	1,00					1,29					1,83					1,98
Amélioration générale* + 0,5 des 65+	1,00					1,23					1,60					1,72
Changements dans l'offre de services																
\$ / 20+ en emploi (taux constants)	1,00					1,26					2,16					2,33
Baisse de 15 %	1,00					1,44					2,45					2,64
DÉPENSES PUBLIQUES ET PRIVÉES																
Dépenses selon l'âge et le sexe constantes																
Total	1,00	1,09	1,18	1,26	1,34	1,43	1,51	1,60	1,70	1,78	1,84	1,84	1,80	1,72	1,63	1,57
\$ / 20+ en emploi (taux constants)	1,00	1,06	1,11	1,19	1,28	1,40	1,55	1,73	1,93	2,11	2,26	2,37	2,42	2,42	2,41	2,42

* Emplois des 20-64 ans seulement

PROJECTION 1M	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051	2056	2061	2066
DÉPENSES PUBLIQUES																
Dépenses selon l'âge et le sexe constantes																
Dépenses en millions de dollars (\$)																
Total	11 914	13 150	14 312	15 517	16 797	18 147	19 575	21 138	22 786	24 293	25 391	25 811	25 588	24 853	24 098	23 627
Santé physique	4 382	4 797	5 193	5 635	6 108	6 606	7 125	7 630	8 070	8 386	8 639	8 520	8 321	8 106	7 929	7 793
Intégration sociale	2 869	3 354	3 867	4 382	4 912	5 452	6 025	6 750	7 697	8 758	9 680	10 163	10 296	9 933	9 496	9 291
Services médicaux	1 866	2 001	2 114	2 231	2 351	2 470	2 584	2 683	2 759	2 801	2 807	2 785	2 720	2 655	2 598	2 550
Santé mentale	809	869	918	966	1 010	1 048	1 082	1 111	1 129	1 134	1 128	1 117	1 089	1 065	1 043	1 023
Adaptation sociale	739	745	723	699	672	649	639	628	611	594	578	568	556	545	534	522
Santé publique	137	143	147	150	153	155	156	157	156	155	153	151	148	145	141	139
RAMQ, autres	701	784	851	909	1 001	1 128	1 274	1 432	1 551	1 590	1 581	1 564	1 522	1 494	1 476	1 446
Total sans adaptation sociale	11 175	12 405	13 589	14 818	16 125	17 498	18 936	20 511	22 174	23 698	24 813	25 244	25 033	24 307	23 564	23 105
1991 = 1,00																
Total	1,00	1,10	1,20	1,30	1,41	1,52	1,64	1,77	1,91	2,04	2,13	2,17	2,15	2,09	2,02	1,98
Effet de																
Taille de la population	1,00	1,05	1,07	1,10	1,11	1,13	1,14	1,14	1,14	1,13	1,12	1,11	1,08	1,06	1,03	1,01
Vieillessement	1,00	1,06	1,12	1,19	1,27	1,35	1,44	1,55	1,68	1,80	1,90	1,96	1,99	1,98	1,96	1,96
\$ / 20-64	1,00	1,06	1,12	1,18	1,27	1,39	1,54	1,74	1,95	2,11	2,23	2,31	2,35	2,34	2,33	2,32
\$ / 20-64 + 0,5 des 65+	1,00	1,05	1,10	1,16	1,23	1,31	1,42	1,55	1,70	1,82	1,92	1,98	2,02	2,00	1,99	1,99
\$ / 20 + en emploi (équivalent plein traitement)																
Taux/âge et sexe constants	1,00	1,07	1,13	1,22	1,32	1,45	1,61	1,80	1,99	2,17	2,31	2,38	2,43	2,41	2,39	2,39
Amélioration tx. féminins	1,00	1,06	1,11	1,19	1,29	1,41	1,56	1,74	1,93	2,11	2,24	2,31	2,35	2,34	2,32	2,32
Amélioration générale	1,00	1,06	1,11	1,19	1,29	1,40	1,51	1,64	1,77	1,89	2,01	2,07	2,11	2,10	2,08	2,08
Report de 5 ans des taux	1,00	1,06	1,11	1,19	1,29	1,39	1,51	1,63	1,76	1,88	2,00	2,06	2,10	2,08	2,07	2,07
Amélioration générale* + 0,5 des 65+	1,00	1,05	1,10	1,17	1,25	1,33	1,41	1,50	1,59	1,70	1,80	1,85	1,89	1,88	1,86	1,86
Dépenses selon l'âge et le sexe à la baisse																
Report des années vécues en mauvaise santé suite à la baisse de la mortalité																
Total	1,00				1,38						1,77					1,65
\$ / 20 + en emploi (équivalent plein traitement)																
Taux/âge et sexe constants	1,00				1,32						1,92					2,00
Amélioration générale	1,00				1,27						1,67					1,74
Amélioration générale* + 0,5 des 65+	1,00				1,21						1,50					1,55
Changements dans l'offre de services																
\$ / 20+ en emploi (taux constants)	1,00					1,23					1,97					2,03
Baisse de 15 %	1,00					1,41					2,23					2,30
Baisse de 5 %, altnés																
DÉPENSES PUBLIQUES ET PRIVÉES																
Dépenses selon l'âge et le sexe constantes																
Total	1,00	1,09	1,18	1,27	1,36	1,45	1,54	1,64	1,75	1,84	1,91	1,93	1,91	1,86	1,81	1,77
\$ / 20+ en emploi (taux constants)	1,00	1,06	1,11	1,18	1,27	1,38	1,51	1,67	1,82	1,96	2,07	2,13	2,16	2,15	2,13	2,14

* Emplois des 20-64 ans seulement

PROJECTION 1F	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051	2056	2061	2066
DÉPENSES PUBLIQUES																
Dépenses selon l'âge et le sexe constantes																
Dépenses en millions de dollars (\$)																
Total	11 914	13 166	14 412	15 715	17 104	18 576	20 139	21 854	23 671	25 368	26 681	27 375	27 384	26 933	26 470	26 280
Santé physique	4 382	4 803	5 230	5 708	6 220	6 761	7 328	7 889	8 391	8 778	9 013	9 064	8 979	8 861	8 779	8 731
Intégration sociale	2 869	3 357	3 885	4 419	4 972	5 542	6 152	6 919	7 914	9 029	10 014	10 640	10 794	10 541	10 227	10 145
Services médicaux	1 866	2 004	2 132	2 266	2 404	2 543	2 677	2 799	2 899	2 969	3 003	3 003	2 977	2 943	2 915	2 894
Santé mentale	809	871	925	980	1 033	1 079	1 122	1 162	1 191	1 207	1 213	1 210	1 199	1 187	1 176	1 167
Adaptation sociale	739	747	733	719	700	686	684	680	670	660	651	644	640	635	628	621
Santé publique	137	143	148	153	157	160	163	166	167	168	167	166	165	163	162	160
RAMQ, autres	701	785	855	919	1 016	1 150	1 302	1 467	1 596	1 645	1 652	1 649	1 630	1 620	1 618	1 604
Total sans adaptation sociale	11 175	12 419	13 679	14 996	16 404	17 890	19 456	21 175	23 000	24 708	26 031	26 731	26 744	26 298	25 842	25 659
1991 = 1,00																
Total	1,00	1,11	1,21	1,32	1,44	1,56	1,69	1,83	1,99	2,13	2,24	2,30	2,30	2,26	2,22	2,21
Effet de																
Taille de la population	1,00	1,05	1,08	1,12	1,15	1,17	1,19	1,21	1,22	1,22	1,22	1,22	1,20	1,19	1,18	1,17
Vieillessement	1,00	1,06	1,12	1,18	1,25	1,33	1,42	1,52	1,63	1,74	1,83	1,89	1,91	1,90	1,88	1,88
\$ / 20-64	1,00	1,06	1,11	1,18	1,26	1,37	1,51	1,69	1,87	2,01	2,12	2,20	2,22	2,21	2,20	2,20
\$ / 20-64 + 0,5 des 65+	1,00	1,05	1,10	1,15	1,22	1,30	1,40	1,52	1,65	1,76	1,85	1,91	1,93	1,92	1,91	1,91
\$ / 20 + en emploi (équivalent plein traitement)	1,00	1,06	1,13	1,21	1,31	1,43	1,57	1,74	1,91	2,07	2,19	2,26	2,29	2,28	2,26	2,26
Taux/âge et sexe constants	1,00	1,06	1,11	1,18	1,27	1,38	1,52	1,69	1,85	2,01	2,12	2,19	2,22	2,21	2,19	2,19
Amélioration tx. féminins	1,00	1,06	1,11	1,18	1,27	1,37	1,47	1,58	1,70	1,80	1,91	1,97	1,99	1,98	1,97	1,97
Amélioration générale	1,00	1,06	1,11	1,18	1,27	1,37	1,47	1,58	1,69	1,80	1,90	1,97	1,98	1,97	1,96	1,96
Report de 5 ans des taux	1,00	1,06	1,11	1,18	1,27	1,37	1,47	1,58	1,69	1,80	1,90	1,97	1,98	1,97	1,96	1,96
Amélioration générale* + 0,5 des 65+	1,00	1,05	1,09	1,16	1,24	1,31	1,38	1,46	1,55	1,64	1,73	1,78	1,80	1,79	1,78	1,78
Dépenses selon l'âge et le sexe à la baisse																
Report des années vécues en mauvaise santé suite à la baisse de la mortalité																
Total	1,00				1,41						1,86					1,84
\$ / 20 + en emploi (équivalent plein traitement)																
Taux / âge et sexe constants					1,29						1,82					1,89
Amélioration générale					1,24						1,59					1,65
Amélioration générale* + 0,5 des 65+					1,19						1,44					1,48
Changements dans l'offre de services																
\$ / 20+ en emploi (taux constants)																
Baisse de 15 %											1,86					1,92
Baisse de 5 %, aînés											2,11					2,18
DÉPENSES PUBLIQUES ET PRIVÉES																
Dépenses selon l'âge et le sexe constantes																
Total	1,00	1,09	1,19	1,28	1,38	1,48	1,59	1,70	1,82	1,93	2,02	2,06	2,06	2,03	1,99	1,98
\$ / 20+ en emploi (taux constants)	1,00	1,05	1,11	1,18	1,26	1,36	1,48	1,62	1,75	1,88	1,97	2,03	2,05	2,04	2,03	2,03

* Emploi des 20-64 ans seulement

PROJECTION 2 1991 1996 2001 2006 2011 2016 2021 2026 2031 2036 2041 2045 2051 2056 2061 2066

DÉPENSES PUBLIQUES

Dépenses selon l'âge et le sexe constants

Dépenses en millions de dollars (\$)

Total	11 914	13 165	14 387	15 586	16 839	18 157	19 559	21 120	22 764	24 245	25 281	25 624	25 223	24 286	23 313	22 686
Santé physique	4 382	4 804	5 225	5 654	6 107	6 592	7 109	7 619	8 052	8 343	8 454	8 392	8 119	7 843	7 616	7 453
Intégration sociale	2 869	3 355	3 869	4 383	4 909	5 444	6 010	6 729	7 675	8 743	9 671	10 148	10 233	9 776	9 207	8 876
Services médicaux	1 866	2 004	2 129	2 242	2 354	2 467	2 576	2 675	2 748	2 762	2 776	2 743	2 661	2 584	2 518	2 466
Santé mentale	809	870	918	962	1 002	1 036	1 066	1 094	1 110	1 111	1 101	1 086	1 054	1 027	1 003	983
Adaptation sociale	739	748	744	733	715	693	676	663	653	642	629	617	601	590	580	569
Santé publique	137	143	148	151	153	155	156	156	155	155	153	150	146	143	140	137
RAMQ, autres	701	785	854	915	1 006	1 131	1 275	1 436	1 559	1 596	1 579	1 550	1 482	1 433	1 397	1 374

Total sans adaptation sociale	11 175	12 417	13 642	14 853	16 124	17 464	18 883	20 456	22 112	23 603	24 653	25 007	24 622	23 696	22 733	22 117
1991 = 1,00																

Total	1,00	1,11	1,21	1,21	1,31	1,41	1,52	1,64	1,77	1,91	2,04	2,12	2,15	2,12	2,04	1,96
Effet de																
Taille de la population	1,00	1,05	1,08	1,10	1,12	1,13	1,14	1,14	1,14	1,14	1,13	1,11	1,10	1,07	1,04	1,00
Vieillessement	1,00	1,06	1,12	1,19	1,26	1,35	1,44	1,55	1,68	1,80	1,90	1,96	1,98	1,95	1,92	1,90
\$ / 20-64	1,00	1,06	1,12	1,20	1,30	1,43	1,58	1,79	2,01	2,20	2,32	2,39	2,40	2,35	2,30	2,29
\$ / 20-64 + 0,5 des 65+	1,00	1,05	1,11	1,17	1,25	1,34	1,45	1,59	1,74	1,88	1,98	2,04	2,06	2,02	1,99	1,98
\$ / 20+ en emploi (équivalent plein traitement)																
Taux/âge et sexe constants	1,00	1,07	1,14	1,23	1,35	1,50	1,66	1,86	2,06	2,26	2,40	2,46	2,47	2,42	2,37	2,36
Amélioration tx. témoins	1,00	1,06	1,12	1,21	1,32	1,46	1,61	1,80	2,00	2,19	2,32	2,38	2,39	2,35	2,30	2,28
Amélioration générale	1,00	1,06	1,12	1,21	1,32	1,43	1,55	1,69	1,83	1,97	2,09	2,14	2,15	2,11	2,07	2,05
Report de 5 ans des taux	1,00	1,06	1,12	1,21	1,32	1,43	1,54	1,68	1,82	1,95	2,08	2,13	2,14	2,10	2,05	2,04
Amélioration générale* + 0,5 des 65+	1,00	1,05	1,11	1,18	1,27	1,36	1,44	1,54	1,64	1,75	1,85	1,90	1,92	1,89	1,86	1,84

Dépenses selon l'âge et le sexe à la baisse

Report des années vécues en mauvaise santé suite à la baisse de la mortalité

Total	1,00	1,38	1,77	1,99	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04
\$ / 20+ en emploi (équivalent plein traitement)																
Taux / âge et sexe constants	1,00	1,36	1,77	1,99	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04
Amélioration générale	1,00	1,30	1,74	1,99	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04
Amélioration générale* + 0,5 des 65+	1,00	1,23	1,54	1,77	1,99	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04

Changements dans l'offre de services

\$ / 20+ en emploi (taux constants)	1,00	1,27	1,77	1,99	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,00
Baisse de 15 %	1,00	1,45	1,99	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,00
Baisse de 5 %, aînés	1,00	1,45	1,99	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,27

DÉPENSES PUBLIQUES ET PRIVÉES

Dépenses selon l'âge et le sexe constants

Total	1,00	1,09	1,18	1,27	1,36	1,45	1,54	1,64	1,74	1,84	1,90	1,92	1,88	1,82	1,75	1,70
\$ / 20+ en emploi (taux constants)	1,00	1,06	1,12	1,20	1,30	1,42	1,56	1,72	1,88	2,04	2,14	2,19	2,20	2,16	2,12	2,11

* Emplois des 20-64 ans seulement

PROJECTION 3	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051	2056	2061	2066
DÉPENSES PUBLIQUES																
Dépenses selon l'âge et le sexe constants																
Dépenses en millions de dollars (\$)																
Total	11 914	13 165	14 398	15 672	16 983	18 348	19 798	21 420	23 159	24 745	25 883	26 339	26 052	25 267	24 482	24 077
Santé physique	4 382	4 804	5 230	5 689	6 152	6 643	7 172	7 707	8 177	8 502	8 642	8 581	8 384	8 170	8 024	7 958
Intégration sociale	2 869	3 355	3 869	4 385	4 920	5 462	6 036	6 763	7 720	8 800	9 744	10 305	10 342	9 908	9 366	9 066
Services médicaux	1 866	2 004	2 131	2 258	2 380	2 499	2 617	2 729	2 821	2 876	2 889	2 820	2 775	2 745	2 735	2 735
Santé mentale	809	870	918	963	1 004	1 039	1 073	1 105	1 129	1 138	1 136	1 127	1 112	1 099	1 091	1 089
Adaptation sociale	739	748	747	756	760	758	753	747	749	757	763	765	763	762	766	771
Santé publique	137	143	148	152	156	160	162	164	164	164	164	164	162	161	161	161
RAMQ, autres	701	785	854	919	1 015	1 142	1 288	1 449	1 575	1 617	1 603	1 569	1 513	1 467	1 436	1 422
Total sans adaptation sociale	11 175	12 417	13 651	14 916	16 223	17 590	19 045	20 673	22 410	23 988	25 119	25 574	25 289	24 505	23 716	23 306
1991 = 1,00																
Total	1,00	1,11	1,21	1,32	1,43	1,54	1,66	1,80	1,94	2,08	2,17	2,21	2,19	2,12	2,05	2,02
Effet de																
Taille de la population	1,00	1,05	1,08	1,11	1,14	1,16	1,17	1,18	1,19	1,20	1,20	1,19	1,19	1,18	1,18	1,18
Vieillesse	1,00	1,06	1,12	1,18	1,26	1,33	1,42	1,52	1,63	1,73	1,81	1,85	1,84	1,80	1,75	1,72
\$ / 20-64	1,00	1,06	1,13	1,20	1,31	1,44	1,60	1,79	1,99	2,15	2,25	2,30	2,26	2,17	2,09	2,05
\$ / 20-64 + 0,5 des 65+	1,00	1,05	1,11	1,18	1,26	1,36	1,47	1,59	1,73	1,85	1,94	1,99	1,97	1,91	1,85	1,82
\$ / 20 + en emploi (équivalent plein traitement)	1,00	1,07	1,14	1,24	1,36	1,51	1,68	1,85	2,04	2,20	2,30	2,34	2,30	2,21	2,13	2,10
Taux/âge et sexe constants	1,00	1,06	1,12	1,22	1,33	1,47	1,62	1,80	1,97	2,13	2,24	2,27	2,23	2,15	2,07	2,04
Amélioration tx. féminins	1,00	1,06	1,12	1,22	1,33	1,43	1,54	1,67	1,80	1,92	2,02	2,05	2,02	1,94	1,87	1,83
Amélioration générale	1,00	1,06	1,12	1,22	1,33	1,43	1,54	1,66	1,79	1,91	2,01	2,05	2,02	1,95	1,87	1,84
Report de 5 ans des taux	1,00	1,06	1,12	1,22	1,33	1,43	1,54	1,66	1,79	1,91	2,01	2,05	2,02	1,95	1,87	1,84
Amélioration générale* + 0,5 des 65+	1,00	1,05	1,11	1,19	1,28	1,36	1,44	1,52	1,62	1,73	1,81	1,84	1,83	1,77	1,72	1,69
Dépenses selon l'âge et le sexe à la baisse																
Report des années vécues en mauvaise santé suite à la baisse de la mortalité																
Total	1,00					1,40					1,81					1,70
\$ / 20 + en emploi (équivalent plein traitement)																
Taux / âge et sexe constants	1,00					1,37					1,92					1,76
Amélioration générale	1,00					1,30					1,68					1,54
Amélioration générale* + 0,5 des 65+	1,00					1,24					1,51					1,42
Changements dans l'offre de services																
\$ / 20+ en emploi (taux constants)	1,00										1,96					1,78
Baisse de 15 %	1,00										2,22					2,02
Baisse de 5 %, aînés																
DÉPENSES PUBLIQUES ET PRIVÉES																
Dépenses selon l'âge et le sexe constants																
Total	1,00	1,09	1,19	1,28	1,37	1,46	1,56	1,67	1,78	1,88	1,96	1,98	1,96	1,91	1,86	1,83
\$ / 20+ en emploi (taux constants)	1,00	1,06	1,12	1,21	1,31	1,44	1,58	1,72	1,86	1,99	2,07	2,10	2,06	1,99	1,93	1,90

* Emplois des 20-64 ans seulement

PROJECTION 1S	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041	2045	2051	2056	2061	2066
DÉPENSES PUBLIQUES																
Dépenses selon l'âge et le sexe constantes																
Dépenses en millions de dollars (\$)																
Total	11 914	13 114	14 111	14 989	15 818	16 602	17 350	18 095	18 740	19 080	19 984	18 604	17 628	16 647	15 773	15 078
Santé physique	4 382	4 785	5 126	5 460	5 788	6 107	6 408	6 649	6 778	6 761	6 592	6 368	5 979	5 672	5 412	5 180
Intégration sociale	2 869	3 339	3 786	4 174	4 517	4 816	5 100	5 471	5 950	6 416	6 697	6 737	6 468	6 041	5 646	5 395
Services médicaux	1 866	1 998	2 095	2 177	2 252	2 316	2 365	2 388	2 379	2 331	2 250	2 170	2 044	1 944	1 855	1 772
Santé mentale	809	868	910	946	973	990	998	999	985	957	920	886	835	795	759	725
Adaptation sociale	739	745	720	685	645	611	588	566	539	512	485	466	443	424	404	383
Santé publique	137	143	146	147	147	146	145	142	138	133	127	123	116	110	105	100
RAMQ, autres	701	781	837	876	941	1 034	1 137	1 245	1 309	1 292	1 232	1 182	1 107	1 061	1 025	980
Total sans adaptation sociale	11 175	12 369	13 391	14 304	15 173	15 991	16 762	17 529	18 200	18 569	18 499	18 138	17 185	16 223	15 369	14 694
1991 = 1,00																
Total	1,00	1,10	1,18	1,26	1,33	1,39	1,46	1,52	1,57	1,60	1,59	1,56	1,48	1,40	1,32	1,27
Effet de																
Taille de la population	1,00	1,04	1,07	1,07	1,07	1,07	1,06	1,03	1,01	0,97	0,93	0,89	0,84	0,81	0,77	0,73
Vieillessement	1,00	1,05	1,11	1,17	1,24	1,30	1,38	1,47	1,56	1,65	1,72	1,75	1,75	1,74	1,72	1,73
\$ / 20-64	1,00	1,06	1,11	1,16	1,23	1,32	1,44	1,61	1,77	1,88	1,94	1,97	1,98	1,96	1,96	1,96
\$ / 20-64 + 0,5 des 65+	1,00	1,05	1,09	1,14	1,19	1,26	1,34	1,45	1,57	1,65	1,71	1,74	1,75	1,73	1,73	1,73
\$ / 20 + en emploi (équivalent plein traitement)	1,00	1,06	1,12	1,19	1,28	1,39	1,52	1,67	1,83	1,95	2,02	2,05	2,06	2,04	2,03	2,04
Taux/âge et sexe constants	1,00	1,06	1,10	1,17	1,25	1,34	1,47	1,62	1,77	1,88	1,96	1,98	1,99	1,98	1,97	1,97
Amélioration tx. féminins	1,00	1,06	1,10	1,17	1,25	1,34	1,43	1,53	1,62	1,69	1,75	1,78	1,79	1,77	1,76	1,77
Amélioration générale	1,00	1,06	1,10	1,17	1,25	1,34	1,43	1,52	1,61	1,68	1,75	1,78	1,78	1,77	1,76	1,76
Report de 5 ans des taux	1,00	1,06	1,10	1,17	1,25	1,34	1,43	1,52	1,61	1,68	1,75	1,78	1,78	1,77	1,76	1,76
Amélioration générale* + 0,5 des 65+	1,00	1,05	1,09	1,15	1,21	1,28	1,35	1,41	1,48	1,55	1,60	1,63	1,64	1,63	1,62	1,62
Dépenses selon l'âge et le sexe à la baisse																
Report des années vécues en mauvaise santé suite à la baisse de la mortalité																
Total																
\$ / 20 + en emploi (équivalent plein traitement)																
Taux / âge et sexe constants																
Amélioration générale																
Amélioration générale* + 0,5 des 65+																
Changements dans l'offre de services																
\$ / 20+ en emploi (taux constants)																
Baisse de 15 %	1,00															
Baisse de 5 %, aînés	1,00															
DÉPENSES PUBLIQUES ET PRIVÉES																
Dépenses selon l'âge et le sexe constantes																
Total	1,00	1,09	1,16	1,23	1,28	1,33	1,38	1,42	1,46	1,47	1,45	1,42	1,34	1,27	1,21	1,15
\$ / 20+ en emploi (taux constants)	1,00	1,05	1,10	1,16	1,24	1,33	1,44	1,57	1,69	1,79	1,84	1,86	1,87	1,86	1,85	1,85

* Emplois des 20-64 ans seulement

PROJECTION 1T	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051	2056	2061	2066
DÉPENSES PUBLIQUES																
Dépenses selon l'âge et le sexe constants																
Dépenses en millions de dollars (\$)																
Total	11 914	13 153	14 297	15 437	16 942	17 913	19 256	20 730	22 279	23 668	24 613	24 961	24 766	24 070	23 316	22 856
Santé physique	4 382	4 799	5 188	5 608	6 055	6 528	7 021	7 496	7 997	8 161	8 244	8 177	7 932	7 685	7 477	7 316
Intégration sociale	2 869	3 355	3 865	4 372	4 891	5 417	5 975	6 684	7 618	8 671	9 583	10 096	10 363	10 118	9 756	9 626
Services médicaux	1 866	2 002	2 111	2 216	2 322	2 425	2 522	2 602	2 666	2 673	2 648	2 603	2 511	2 426	2 349	2 283
Santé mentale	809	870	917	960	998	1 029	1 055	1 075	1 083	1 076	1 056	1 034	993	959	927	898
Adaptation sociale	739	745	720	687	647	613	592	570	544	517	492	473	451	432	412	392
Santé publique	137	143	147	148	150	150	150	149	147	143	139	136	130	125	120	116
RAMQ, autres	701	784	850	905	994	1 118	1 262	1 420	1 539	1 573	1 553	1 527	1 473	1 439	1 415	1 381
Total sans adaptation sociale	11 175	12 408	13 577	14 750	15 995	17 300	18 664	20 160	21 735	23 151	24 121	24 488	24 315	23 638	22 903	22 463
1991 = 1,00																
Total	1,00	1,10	1,20	1,30	1,40	1,50	1,62	1,74	1,87	1,99	2,07	2,10	2,08	2,02	1,96	1,92
Effet de																
Taille de la population	1,00	1,05	1,07	1,08	1,09	1,10	1,09	1,09	1,07	1,05	1,02	0,99	0,95	0,91	0,88	0,85
Vieillessement	1,00	1,06	1,12	1,19	1,28	1,37	1,48	1,60	1,75	1,90	2,03	2,11	2,19	2,21	2,23	2,27
\$ / 20-64	1,00	1,06	1,12	1,19	1,28	1,41	1,58	1,81	2,06	2,28	2,45	2,57	2,68	2,73	2,79	2,85
\$ / 20-64 + 0,5 des 65+	1,00	1,05	1,10	1,16	1,24	1,33	1,45	1,60	1,77	1,92	2,05	2,14	2,23	2,25	2,28	2,32
\$ / 20 + en emploi (équivalent plein traitement)	1,00	1,07	1,13	1,22	1,34	1,48	1,66	1,88	2,12	2,36	2,55	2,66	2,79	2,84	2,88	2,95
Taux/âge et sexe constants	1,00	1,06	1,11	1,20	1,30	1,43	1,61	1,82	2,05	2,28	2,46	2,58	2,70	2,75	2,78	2,85
Amélioration tx. féminins	1,00	1,06	1,11	1,20	1,30	1,43	1,56	1,72	1,88	2,04	2,21	2,31	2,42	2,46	2,49	2,56
Amélioration générale	1,00	1,06	1,11	1,20	1,30	1,42	1,56	1,70	1,86	2,01	2,18	2,28	2,36	2,42	2,45	2,51
Report de 5 ans des taux	1,00	1,06	1,11	1,20	1,30	1,42	1,56	1,70	1,86	2,01	2,18	2,28	2,36	2,42	2,45	2,51
Amélioration générale* + 0,5 des 65+	1,00	1,05	1,10	1,17	1,26	1,35	1,45	1,56	1,67	1,80	1,93	2,02	2,10	2,13	2,14	2,18
Dépenses selon l'âge et le sexe à la baisse																
Report des années vécues en mauvaise santé suite à la baisse de la mortalité																
Total	1,00				1,36								1,71			
\$ / 20 + en emploi (équivalent plein traitement)	1,00				1,34								2,11			
Taux / âge et sexe constants	1,00				1,29								1,83			
Amélioration générale	1,00				1,23								1,60			
Amélioration générale* + 0,5 des 65+	1,00															#####
Changements dans l'offre de services																
\$ / 20+ en emploi (taux constants)	1,00				1,26								2,16			2,51
Baisse de 15 %	1,00				1,44								2,45			2,83
Baisse de 5 % aînés	1,00															
DÉPENSES PUBLIQUES ET PRIVÉES																
Dépenses selon l'âge et le sexe constants																
Total	1,00	1,09	1,18	1,26	1,34	1,43	1,51	1,60	1,70	1,78	1,84	1,85	1,83	1,78	1,72	1,68
\$ / 20+ en emploi (taux constants)	1,00	1,06	1,11	1,19	1,28	1,40	1,55	1,73	1,93	2,11	2,26	2,36	2,46	2,50	2,53	2,58

* Emplois des 20-64 ans seulement

PROJECTION 2M	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051	2056	2061	2066
DÉPENSES PUBLIQUES																
Dépenses selon l'âge et le sexe constants																
Dépenses en millions de dollars (\$)																
Total	11 914	13 162	14 402	15 667	16 996	18 396	19 884	21 535	23 278	24 878	26 071	26 578	26 511	25 935	25 371	25 157
Santé physique	4 382	4 803	5 230	5 682	6 161	6 672	7 215	7 755	8 227	8 589	8 752	8 764	8 629	8 484	8 394	8 363
Intégration sociale	2 869	3 354	3 870	4 393	4 930	5 478	6 061	6 796	7 755	8 830	9 768	10 264	10 421	10 082	9 672	9 512
Services médicaux	1 866	2 004	2 131	2 258	2 385	2 513	2 639	2 756	2 851	2 911	2 937	2 932	2 899	2 866	2 844	2 835
Santé mentale	809	869	919	968	1 013	1 055	1 093	1 130	1 156	1 169	1 173	1 170	1 158	1 148	1 142	1 139
Adaptation sociale	739	748	747	746	740	730	725	724	724	724	721	718	715	714	713	712
Santé publique	137	143	148	152	156	159	162	164	166	167	167	166	165	164	164	163
RAMQ, autres	701	784	854	919	1 013	1 141	1 288	1 448	1 571	1 613	1 608	1 593	1 554	1 530	1 519	1 518
Total sans adaptation sociale	11 175	12 414	13 654	14 920	16 256	17 666	19 159	20 811	22 554	24 155	25 350	25 859	25 796	25 221	24 658	24 446
1991 = 1,00																
Total	1,00	1,10	1,21	1,32	1,43	1,54	1,67	1,81	1,95	2,09	2,19	2,23	2,23	2,18	2,13	2,11
Effet de																
Taille de la population	1,00	1,05	1,08	1,11	1,14	1,16	1,18	1,20	1,21	1,22	1,22	1,21	1,21	1,20	1,19	1,19
Vieillessement	1,00	1,06	1,12	1,18	1,25	1,33	1,41	1,51	1,61	1,72	1,80	1,84	1,84	1,82	1,78	1,77
\$ / 20-64	1,00	1,06	1,12	1,19	1,29	1,41	1,54	1,72	1,91	2,05	2,14	2,19	2,18	2,14	2,10	2,09
\$ / 20-64 + 0,5 des 65+	1,00	1,05	1,11	1,17	1,24	1,33	1,43	1,55	1,68	1,79	1,87	1,91	1,91	1,88	1,85	1,84
\$ / 20+ en emploi (équivalent plein traitement)	1,00	1,07	1,14	1,23	1,34	1,47	1,61	1,78	1,95	2,10	2,20	2,24	2,24	2,19	2,15	2,14
Taux/âge et sexe constants	1,00	1,06	1,12	1,20	1,30	1,43	1,56	1,72	1,89	2,04	2,14	2,17	2,17	2,13	2,09	2,07
Amélioration tx. féminins	1,00	1,06	1,12	1,20	1,30	1,40	1,50	1,61	1,73	1,83	1,92	1,96	1,96	1,91	1,88	1,87
Amélioration générale	1,00	1,06	1,12	1,20	1,30	1,40	1,50	1,61	1,72	1,83	1,92	1,96	1,96	1,92	1,88	1,87
Report de 5 ans des taux	1,00	1,06	1,12	1,20	1,30	1,40	1,50	1,61	1,72	1,83	1,92	1,96	1,96	1,92	1,88	1,87
Amélioration générale* + 0,5 des 65+	1,00	1,05	1,10	1,18	1,26	1,33	1,41	1,48	1,57	1,66	1,74	1,78	1,78	1,75	1,72	1,71
Dépenses selon l'âge et le sexe à la baisse																
Report des années vécues en mauvaise santé suite à la baisse de la mortalité																
Total	1,00				1,40						1,83					1,77
\$ / 20+ en emploi (équivalent plein traitement)					1,33						1,84					1,79
Taux / âge et sexe constants					1,27						1,60					1,57
Amélioration générale					1,21						1,45					1,43
Changements dans l'offre de services																
\$ / 20+ en emploi (taux constants)					1,25						1,87					1,82
Baisse de 15 %					1,43						2,12					2,06
Baisse de 5 %, aînés																
DÉPENSES PUBLIQUES ET PRIVÉES																
Dépenses selon l'âge et le sexe constants																
Total	1,00	1,09	1,19	1,28	1,37	1,47	1,57	1,68	1,79	1,90	1,97	2,01	2,00	1,96	1,92	1,91
\$ / 20+ en emploi (taux constants)	1,00	1,06	1,12	1,20	1,29	1,40	1,52	1,65	1,79	1,91	1,98	2,01	2,01	1,97	1,94	1,93

* Emplois des 20-64 ans seulement

PROJECTION 3F	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051	2056	2061	2066
DÉPENSES PUBLIQUES																
Dépenses selon l'âge et le sexe constantes																
Dépenses en millions de dollars (\$)																
Total	11 914	13 178	14 514	15 956	17 460	19 038	20 720	22 596	24 616	26 528	28 059	28 990	29 281	29 172	29 120	29 446
Santé physique	4 382	4 808	5 272	5 792	6 322	6 884	7 491	8 115	8 690	9 145	9 444	9 574	9 597	9 621	9 717	9 883
Intégration sociale	2 869	3 357	3 889	4 433	5 002	5 589	6 216	7 003	8 022	9 167	10 185	10 849	11 045	10 842	10 587	10 586
Services médicaux	1 866	2 097	2 152	2 310	2 465	2 621	2 779	2 934	3 075	3 186	3 263	3 311	3 342	3 376	3 427	3 494
Santé mentale	809	871	926	983	1 038	1 089	1 141	1 192	1 238	1 271	1 297	1 316	1 333	1 351	1 375	1 403
Adaptation sociale	739	750	760	790	817	840	858	874	896	925	954	978	998	1 018	1 042	1 069
Santé publique	137	144	150	157	163	169	175	180	185	190	194	198	201	205	209	214
RAMC, autres	701	785	869	932	1 038	1 176	1 331	1 500	1 635	1 693	1 708	1 711	1 699	1 697	1 709	1 733
Total sans adaptation sociale	11 175	12 428	13 754	15 166	16 643	18 198	19 862	21 722	23 720	25 603	27 105	28 012	28 282	28 153	28 077	28 378
1991 = 1,00																
Total	1,00	1,11	1,22	1,34	1,47	1,60	1,74	1,90	2,07	2,23	2,36	2,43	2,46	2,45	2,44	2,47
Effet de																
Taille de la population	1,00	1,05	1,09	1,14	1,19	1,23	1,28	1,31	1,35	1,39	1,42	1,45	1,47	1,50	1,53	1,56
Vieillesse	1,00	1,06	1,11	1,17	1,23	1,29	1,36	1,44	1,53	1,61	1,66	1,68	1,67	1,64	1,60	1,58
\$ / 20-64	1,00	1,06	1,12	1,19	1,29	1,40	1,53	1,68	1,83	1,93	1,99	2,02	1,99	1,92	1,87	1,85
\$ / 20-64 + 0,5 des 65+	1,00	1,05	1,10	1,17	1,24	1,33	1,42	1,52	1,63	1,72	1,78	1,80	1,78	1,74	1,70	1,68
\$ / 20+ en emploi (équivalent plein traitement)	1,00	1,07	1,13	1,23	1,34	1,46	1,59	1,73	1,86	1,97	2,03	2,05	2,02	1,96	1,90	1,88
Taux/âge et sexe constants	1,00	1,06	1,12	1,20	1,30	1,42	1,55	1,67	1,80	1,91	1,98	1,99	1,96	1,90	1,85	1,83
Amélioration tx. féminins	1,00	1,06	1,12	1,20	1,30	1,42	1,55	1,67	1,80	1,91	1,98	1,99	1,96	1,90	1,85	1,83
Amélioration générale	1,00	1,06	1,12	1,20	1,30	1,38	1,46	1,55	1,64	1,73	1,79	1,80	1,77	1,72	1,67	1,65
Report de 5 ans des taux	1,00	1,06	1,12	1,20	1,30	1,38	1,46	1,55	1,64	1,73	1,80	1,81	1,79	1,73	1,69	1,67
Amélioration générale* + 0,5 des 65+	1,00	1,05	1,10	1,18	1,26	1,32	1,38	1,44	1,51	1,59	1,64	1,66	1,64	1,60	1,57	1,55

Dépenses selon l'âge et le sexe à la baisse																
Report des années vécues en mauvaise santé suite à la baisse de la mortalité																
Total	1,00					1,45					1,97					2,08
\$ / 20+ en emploi (équivalent plein traitement)	1,00					1,33					1,71					1,59
Taux / âge et sexe constants	1,00					1,25					1,50					1,39
Amélioration générale	1,00					1,20					1,38					1,31
Amélioration générale* + 0,5 des 65+	1,00					1,20					1,38					1,31

Dépenses publiques et privées																
Dépenses selon l'âge et le sexe constantes																
Total	1,00	1,10	1,20	1,30	1,41	1,53	1,64	1,77	1,91	2,04	2,15	2,21	2,24	2,24	2,24	2,27
\$ / 20+ en emploi (taux constants)	1,00	1,06	1,11	1,19	1,29	1,39	1,51	1,61	1,72	1,80	1,85	1,86	1,84	1,79	1,75	1,73

Dépenses publiques et privées																
Dépenses selon l'âge et le sexe constantes																
Total	1,00					1,24					1,73					1,60
Baisse de 15 %	1,00					1,42					1,96					1,82

* Emplois des 20-64 ans seulement