

**Chaire de recherche
en fiscalité et
en finances publiques**

Le financement des dépenses de santé

Fascicule 1 : La réalité des statistiques

DOCUMENT DE TRAVAIL 2014-03

**Gilles LARIN
Daniel BOUDREAU**

Mai 2014

Remerciements

La *Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques* de l'Université de Sherbrooke tient à remercier de son appui renouvelé le ministère des Finances du Québec et désire lui exprimer sa reconnaissance pour le soutien financier dont elle bénéficie afin de poursuivre sa mission d'apporter une réflexion libre et indépendante sur des questions touchant la politique économique de la fiscalité et des finances publiques.

La mission de la Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques

La Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques (CFFP) a été mise sur pied le 15 avril 2003. Au Québec, les lieux communs et officiels où praticiens, cadres de l'État et chercheurs peuvent échanger sur les nouveaux défis touchant la fiscalité et les finances publiques sont rares. De plus, la recherche dans ces domaines est généralement de nature unidisciplinaire et néglige parfois l'aspect multidisciplinaire des relations entre l'État et ses contribuables. La Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques tire sa raison d'être de ces deux réalités. La mission principale de la Chaire est de stimuler la recherche et la formation interdisciplinaires par le regroupement de professeurs et de chercheurs intéressés par la politique économique de la fiscalité. Pour plus de détails sur la Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques, vous pouvez consulter son site officiel à l'adresse suivante : <http://www.usherbrooke.ca/adm/recherche/chairefiscalite/>.

Gilles Larin est titulaire de la CFFP et Daniel Boudreau est professionnel de recherche à la CFFP.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs, ces derniers assument l'entière responsabilité des commentaires et des interprétations figurant dans la présente étude. Les droits d'auteurs appartiennent à la CFFP.

Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques
Faculté d'administration, Université de Sherbrooke
2500, boul. de l'Université
Sherbrooke (Québec) J1K 2R1
Téléphone : (819) 821-8000, poste 61353
Courriel : cffp.adm@usherbrooke.ca

Précis

Les dépenses de santé et leur financement

Les dépenses de santé constituent un poste important dans tous les budgets publics à travers le monde et leur rythme de croissance généralement supérieur à celui de l'économie complexifie davantage le travail des gouvernements en ce qui a trait à leur financement. Au Québec, il s'agit du programme public ayant le plus important budget. Il n'est donc pas étonnant que le gouvernement ait mis sur pied 3 comités d'étude depuis l'an 2000 afin de le conseiller sur les meilleures façons de gérer et de financer ces dépenses dans le but d'assurer la pérennité du système actuel.

Rationalisation des dépenses, augmentation de la productivité, responsabilisation, place du privé, nouveau fonds dédié, etc., les recommandations se recoupent souvent d'un rapport à l'autre, mais elles témoignent toutes de l'urgence d'agir pour éviter de mettre en péril la survie même du régime et l'universalité de l'accès aux soins.

Plus récemment, la décision du gouvernement fédéral de limiter, à compter de 2017-18, la croissance des transferts en santé à celle de l'économie¹ plutôt qu'à 6 % comme c'est le cas actuellement ajoutera davantage de pression sur les finances publiques du Québec et des gouvernements des autres provinces en obligeant ces administrations à prélever davantage de revenus directement de leurs contribuables pour compenser ces pertes.

La présente étude propose de poursuivre le travail déjà amorcé dans les différents rapports en matière de financement et de réfléchir sur des façons de mieux lier les revenus et les dépenses afin de responsabiliser la population aux coûts réels de la santé. Sans restreindre l'universalité de ce service essentiel, nous évaluerons, à l'aide de l'expérience américaine, comment le principe de l'assurance pourrait servir de fil conducteur pour permettre un financement public adéquat et adapté à un rythme de croissance soutenu.

Ce premier fascicule vise à mettre à jour les dépenses de santé et leur financement depuis la publication de ces rapports, d'abord de manière générale dans le monde puis avec davantage de détails pour le Québec. Nous aborderons ensuite le rythme de leur croissance en analysant si la tendance observée est susceptible de se poursuivre. Nous terminerons ce fascicule en évaluant la part du financement supportée directement et indirectement par chaque ménage québécois en le répartissant selon leur niveau de revenus. L'ajout des contributions supportées par les non-résidents et les générations futures complètera ce tableau qui servira alors de référence pour

¹ L'annonce du gouvernement fédéral prévoit que les transferts en espèces du *Transfert canadien en matière de santé* progresseraient selon la moyenne mobile sur trois ans de la croissance du PIB nominal. Un taux minimum de croissance de 3 % est garanti.

Ministère des Finances du Canada, *Transfert canadien en matière de santé*.

<<http://www.fin.gc.ca/fedprov/cht-fra.asp>>

évaluer l'impact sur la contribution exigée de chaque groupe d'intervenants en vue d'éventuelles modifications proposées au financement des soins de santé.

Table des matières

Remerciements.....	i
Mission de la Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques	ii
Précis	iii
Mise en contexte	1
Chapitre 1 : Les dépenses de santé et leur financement	4
1.1 L'étendue des dépenses de santé.....	5
1.2 L'importance des dépenses de santé	6
1.2.1 Sur le plan international.....	6
1.2.2 La situation canadienne	9
1.3 Le financement des dépenses de santé.....	12
1.3.1 Sur le plan international.....	12
1.3.2 La situation canadienne	14
Chapitre 2 : Les facteurs contributifs fondamentaux	19
2.1 Le vieillissement de la population	20
2.1.1 L'importance de la cohorte des « baby-boomers ».....	23
2.1.2 Les coûts de la santé croissent avec l'âge.....	24
2.1.3 Un allongement de l'espérance de vie	25
2.1.4 Une réduction du nombre de travailleurs	25
2.2 L'inflation dans le secteur de la santé.....	29
2.3 L'évolution technologique reliée à la santé	30
Chapitre 3 : Les coûts des soins de santé supportés par les ménages québécois selon leur niveau de richesse.....	32
3.1 Le financement public.....	33
3.1.1 Les sources générales	33
3.1.1.1 Les fonds spéciaux dédiés à la santé	35
3.1.1.2 Le <i>Fonds consolidé du revenu du Québec</i>	41
3.1.1.3 Les paiements de transfert spécifiques à la santé du gouvernement fédéral	65
3.1.1.4 Les revenus d'autres provenances	68
3.1.1.5 Sommaire du financement à partir des revenus généraux	69
3.1.2 Les fonds de sécurité sociale	70
3.1.3 La contribution des usagers au financement public.....	72
3.2 Le financement privé	74
3.3 La répartition globale des coûts de la santé	77
Conclusion	82
Annexe 1 : Constitution du fichier des ménages à partir des statistiques fiscales du Québec	85
Annexe 2 : Répartition des montants de la taxe de vente du Québec (TVQ) versés au <i>Fonds consolidé du revenu du Québec</i> selon les quintiles de revenus des ménages québécois et les non-résidents	89
Bibliographie.....	97

Mise en contexte

La santé constitue certes l'un des enjeux les plus importants au Québec en ce début de XXI^e siècle. Confronté à des finances publiques difficiles et à une population vieillissante, le gouvernement québécois se retrouve devant une situation budgétaire qui nécessitera des choix difficiles à effectuer à l'intérieur d'un avenir rapproché.

Une demande grandissante de soins résultant notamment des avancées médicales et d'une espérance de vie prolongée combinée à une inflation plus élevée que dans d'autres secteurs de l'économie créent une pression énorme sur les budgets de la santé. Depuis le tournant du millénaire, les coûts de la santé au Québec ont crû de 82,7 % alors que les revenus budgétaires durant cette même période n'ont augmenté que de 44,5 % faisant ainsi progresser de 34,4 % à 44,8 % la part de la santé dans les dépenses totales. Cette hausse signifie que 65,9 % de l'augmentation des revenus budgétaires sont allés au seul secteur de la santé².

Pour certains, donner une place accrue au secteur privé permettrait de dégager des ressources publiques et de réduire cette pression, mais les opposants craignent une médecine différente pour les mieux nantis par rapport aux moins riches ce qui pourrait réduire la qualité des soins pour ces derniers. Pour d'autres, une tarification sous la forme d'un ticket modérateur éviterait les abus et diminuerait la demande de services de santé. Toutefois, cette barrière aux soins de la santé pénaliserait également les ménages à faibles revenus et irait à l'encontre du principe de l'universalité d'accès.

Depuis l'an 2000, trois rapports importants commandés par les différents gouvernements sont venus proposer des pistes de solution pour assurer la pérennité du régime actuel de santé³. Toutes

² Secrétariat du Conseil du trésor du Québec, *Budget des dépenses 2011-12*, Vol. IV, mars 2011, Québec, p. 157. Ministère des Finances du Québec, *Plan budgétaire, budget 2013-14*, nov. 2012, Québec, p. A.50 et I.3.

³ Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Les solutions émergentes*, Commission présidée par M. Michel Clair, Québec, 2000, 454 p.

<<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf>>

Comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations*, Comité présidé par M. L. Jacques Ménard, Québec, 2005, 155 p.

ces études ont conduit à un constat similaire : il faut responsabiliser davantage les intervenants, accroître la productivité, aligner les revenus à la croissance des dépenses et ajouter des sommes supplémentaires sous la forme d'un fonds dédié. Depuis ces études, le gouvernement fédéral a annoncé son intention de réduire ses transferts aux provinces à compter de 2017-18 en les alignant sur le rythme de croissance de l'économie.

Alors que la croissance des *Transferts canadiens en matière de santé* (TCS) s'établira en moyenne à 6 % par année entre 2007-2008 et 2016-2017, soit un taux d'augmentation comparable à la croissance projetée des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux en matière de santé, la proposition fédérale pourrait s'avérer catastrophique pour les provinces. Le Bureau du directeur parlementaire du Budget (DPB) prévoit que

les transferts en espèces du TCS progresseront ensuite de 3,9 % par année en moyenne sur la période de 2017-2018 à 2024-25, ce qui est nettement inférieur à la croissance projetée par le DBP des dépenses provinciales-territoriales en santé pendant la même période (croissance annuelle de 5,1 %) ⁴.

Le Québec a reçu 4,5 milliards \$ en 2011-2012 au titre du TCS ⁵. En supposant que les prévisions du DPB se réalisent, les recettes annuelles que tirerait le Québec du TCS en 2024-25 seraient alors de 1,4 milliard de dollars de moins que si la méthode actuelle continuait de s'appliquer, ce qui créerait un manque à gagner majeur pour le gouvernement accentuant d'autant le besoin d'apporter rapidement des correctifs.

Dans ce premier fascicule, nous situerons d'abord les coûts de la santé au niveau international ainsi que les grands axes de leur financement en prenant soin de distinguer les coûts relevant du secteur public de ceux attribuables au secteur privé. Nous poursuivrons notre portrait statistique, mais cette fois de manière plus détaillée, aux niveaux canadien et québécois.

<http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/MONO/2005/07/818789/Tome_1_ex_1.pdf>

Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé, *En avoir pour notre argent*, Groupe de travail présidé par M. Claude Castonguay, Québec, 2008, 338 p.

<http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/rapport/pdf/RapportFR_FinancementSante.pdf>

⁴ Bureau du directeur parlementaire du budget, *Renouvellement du Transfert canadien en matière de santé : conséquences pour la viabilité financière aux niveaux fédéral et provincial territorial*, Ottawa, 2012, p. ii.

⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Comptes de la santé 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013*, p. 16. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-614-01F.pdf>>

Le deuxième chapitre cherchera à évaluer si les facteurs qui ont conduit à cette explosion des coûts sont ponctuels ou s'ils sont toujours présents, continuant ainsi d'exercer une pression importante sur les finances publiques à moyen terme. Le dernier chapitre abordera un secteur méconnu du financement de la santé, mais très important, en évaluant la partie du financement de 2010-11 et 2011-12 supportée par chaque quintile de revenus des ménages québécois ainsi que par les non-résidents et les générations futures.

Chapitre 1 : Les dépenses de santé et leur financement

Les dépenses de santé peuvent constituer un ensemble de dépenses très vaste et variable d'un pays à un autre, d'une période à une autre. Afin de structurer notre analyse de manière cohérente, nous avons consulté des organismes internationaux reconnus comme l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) qui ont introduit des normes strictes qui ont par la suite été adoptées par l'ensemble des pays.

Cette première partie du fascicule tracera d'abord un portrait général des dépenses de santé dans le monde et plus particulièrement au Canada puis détaillera les principaux postes où les services sont rendus. Un survol historique permettra de mieux apprécier la situation actuelle et la tendance des dernières années.

À l'égard du financement, les sources de revenus sont beaucoup moins connues. Le niveau de détail des statistiques internationales se limite principalement à présenter la part supportée par le secteur public, soit en provenance du régime général ou des systèmes d'assurance sociale, et celle relevant du secteur privé. Au Canada, une partie importante provient des impôts et taxes, mais les transferts du gouvernement fédéral aux provinces, plusieurs fonds dédiés financés à partir de contributions spécifiques et l'apport du privé viennent compléter le financement.

Afin d'obtenir un portrait complet du financement de la santé au Québec, nous inclurons le coût des dépenses fiscales reliées à la santé. Il s'agit en fait d'une dépense du gouvernement qui ne vient pas accroître le budget total de la santé, mais qui vise plutôt à réduire la part réelle supportée par les individus au titre du financement privé augmentant d'autant celle de l'État. Ce versement représente en fait un paiement de transfert du secteur public aux individus qui vient réduire les revenus perçus par le gouvernement au titre de l'impôt sur le revenu des particuliers.

1.1 L'étendue des dépenses de santé

C'est en 2000 que l'OCDE a introduit le *System of Health Accounts* (SHA) afin de répondre aux besoins de plus en plus pressants des personnes impliquées dans l'analyse des politiques publiques relatives à la santé en vue d'obtenir une information structurée, fiable et comparable sur le plan international. Une mise à jour importante de ce système a été publiée en 2011.

Les **dépenses de santé** incluent les dépenses nationales de santé, la prévention et la santé publique, les dépenses en soins en milieu hospitalier, les dépenses en soins ambulatoires, les dépenses en soins à domicile, les produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables, les appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables, les dépenses courantes de santé par prestataires de soins, ainsi que des données sur les dépenses de santé par sources de financement⁶.

Les statistiques comprennent donc les dépenses de nature publique ainsi que privée. De plus, les dépenses de financement des immobilisations sont incluses permettant ainsi d'obtenir une vue complète de l'ensemble des dépenses encourues dans le domaine de la santé. Chaque type de dépense est codifié de manière distincte selon un niveau de détail pouvant aller jusqu'à 3 chiffres⁷, puis regroupé selon de grandes catégories comme les agents de financement, les fonctions ou les prestataires de soins par exemple⁸.

Selon les pays et les regroupements, la disponibilité des statistiques peut varier fortement : sur le plan international, nous nous limiterons aux catégories générales alors que pour les dépenses au Canada et au Québec, nous augmenterons le niveau de détail afin de présenter le portrait le plus précis possible.

⁶ OCDE, *Base de données de l'OCDE sur la santé 2012 : Liste des indicateurs*, Paris, 2012.

⁷ À titre d'exemple, la catégorie HC5, Biens médicaux, se subdivise en 2 soit la catégorie HC51 Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables et la catégorie HC52, Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables. Chacune de ces sous-catégories se divise à nouveau en un troisième palier de détail : HC511 à HC513 et HC521 à HC529.

⁸ Le lecteur peut obtenir plus de détails sur ces diverses catégories de dépenses et de regroupement en consultant l'OCDE, *Liste des variables dans la base de données de l'OCDE sur la santé 2012*, juin 2012, p. 11-15.

1.2 L'importance des dépenses de santé

Les dépenses de santé pour l'ensemble des pays dans le monde atteignaient 9,2 % du PIB en 2011, en hausse par rapport au taux de 8,2 % enregistré en 2000⁹. Mais les statistiques publiées par l'OMS sont trompeuses et ne permettent pas de tenir compte des disparités énormes selon les régions géographiques : les pays de l'Asie du Sud-Est ne disposent que d'un ratio de 3,7 % pour cette même année comparativement à 14,3 % pour ceux des Amériques.

Dans les pays les plus pauvres, une partie importante des soins de santé est assurée par les organismes humanitaires, ce qui diminue d'autant les dépenses locales assumées par les résidents. De plus, la panoplie des soins offerts est souvent moindre que celle que l'on retrouve dans les pays plus riches. Aux fins de notre analyse, nous limiterons nos comparaisons aux seuls pays membres de l'OCDE, soit ceux ayant un niveau de richesse comparable à celui du Canada. Pour l'année 2011, les dépenses de santé de ces pays ont représenté 9,3 % du PIB¹⁰.

1.2.1 Sur le plan international

Les États-Unis dominent largement la liste des pays de l'OCDE pour les coûts de santé les plus élevés avec une proportion de 17,7 % du PIB en 2011 alors que le Canada se situe un peu au-dessus de la moyenne à 11,2 % (tableau 1). Le Québec se retrouve au deuxième rang, juste derrière les États-Unis, confirmant ainsi l'importance des ressources financières qu'il accorde à la santé compte tenu de son niveau de richesse.

Au cours de la dernière décennie, les dépenses de santé ont connu un rythme de croissance différent selon les pays, mais tous ont vu celles-ci s'accroître davantage que l'économie. Malgré tous les efforts déployés pour restreindre ses coûts durant cette période, le Québec a néanmoins réussi à dépasser la France et l'Allemagne et à se distancer de la moyenne des pays de l'OCDE.

⁹ OMC, *Health expenditure : Health expenditure ratios*, Global Health Observatory Data Repository, <<http://apps.who.int/gho/data/?vid=1901#>>

¹⁰ OCDE, *OECD Health Statistics 2013 – Frequently Requested Data*, 2013, <http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT>

Tableau 1 : Importance relative des dépenses de santé selon le pays, 2000-2011

Pays	% du PIB			Variation relative
	2000	2005	2011	2011/2000 (%)
États-Unis	13,7	15,8	17,7	29,2
Québec	9,6	10,8	12,0	25,0
France	10,1	11,0	11,6	14,9
Allemagne	10,4	10,8	11,3	8,7
Canada	8,8	9,8	11,2	27,3
Portugal	9,3	10,4	10,2	9,7
Japon	7,6	8,2	*9,6	26,3
Suède	8,2	9,1	9,5	15,9
Royaume-Uni	7,0	8,3	9,4	34,3
Moyenne de l'OCDE	7,8	8,7	9,3	19,2
Italie	7,9	8,7	9,2	16,5
Australie	8,1	8,5	*8,9	9,9

Calculs effectués par les auteurs.

* : 2010

Sources : OCDE, *Compare your country – Health profile*, consulté le 3 avril 2013.

<<http://www.compareyourcountry.org/health/health-spending-gdp?cr=oced&lg=en>>

OCDE, *Panorama de la santé 2013*, p. 157.

<<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>>

Institut canadien d'information sur la santé, *Tendance des dépenses nationales de santé, 1975 à 2011*, tableau B.1.3, p. 156. <https://secure.cihi.ca/free_products/nhex_trends_report_2011_fr.pdf>

Suite à la crise économique et financière de 2008-09, plusieurs gouvernements ont dû réduire fortement leurs dépenses publiques, ce qui a eu comme conséquence de ralentir la tendance à la hausse des dépenses relatives de la santé par rapport au PIB.

Dans un pays de l'OCDE sur trois, les dépenses totales de santé ont baissé entre 2009 et 2011, et les pays les plus touchés par la crise sont les principaux concernés. La tendance s'inverse donc brutalement après les fortes hausses observées dans les années précédant la crise, selon un nouveau rapport de l'OCDE. (...) il est essentiel dans ce contexte que les pays rendent leurs systèmes de santé plus productifs, plus efficaces et plus abordables.

Les dépenses par habitant ont baissé dans 11 pays de l'OCDE sur 33 entre 2009 et 2011. Elles ont notamment reculé de 11.1 % en Grèce et de 6.6 % en Irlande. Dans d'autres pays, leur progression s'est considérablement ralentie. C'est par exemple le cas du Canada (0.8 %) et des États-Unis (1.3 %) ¹¹.

¹¹ OCDE, *Fort ralentissement des dépenses de santé en raison des coupes budgétaires sur fond de crise*, Communiqué de presse, 21 novembre 2013. <<http://www.oecd.org/fr/presse/fort-ralentissement-des-depenses-de-sante-en-raison-des-coupes-budgetaires-sur-fond-de-crise.htm>>

Lorsque nous répartissons les dépenses de santé selon les catégories de services (tableau 2), la combinaison des dépenses reliées aux hôpitaux et aux autres établissements avoisine les 40 %, ce qui constitue le poste de dépense le plus important dans tous les pays/régions. À l’opposé, pour d’autres postes, il existe des écarts significatifs : les médicaments, par exemple, accaparent 12,1 % des dépenses pour l’ensemble des régions comparativement à 17,5 % au Canada et même 19,4 % au Québec¹². C’est presque le double de la part qu’ils occupent aux États-Unis (10,3 %).

Au Canada et au Québec, les dépenses pour les médecins et plus particulièrement pour les autres professionnels sont nettement inférieures à la moyenne de l’OCDE tout comme les frais administratifs. Ce sont les États-Unis qui dominent pour les dépenses relatives aux médecins et les coûts administratifs.

¹² Les proportions pour le Québec sont présentées à titre comparatif puisqu’elles ne sont pas établies exactement sur la même base de calcul. Le lecteur peut consulter le tableau 4 pour obtenir les proportions pour le Canada selon la même base de calcul que pour le Québec.

Tableau 2 : Importance relative des dépenses de santé par catégorie de services selon le pays, 2011 (données en % du total)

Pays / régions	Hôpitaux HP1	Autres établissements HP2	Médecins HP31	Autres professionnels HP3 sauf HP31	Médicaments (pharmacies) HP41	Administration HP6	Autres dépenses	Total
Allemagne	30,0	7,8	15,6	15,4	14,0	5,9	11,2	100,0
Canada	30,2	10,9	15,8	12,9	17,5	3,4	9,2	100,0
États-Unis	33,4	5,9	21,3	15,0	10,3	7,4	6,7	100,0
Europe de l'Ouest*	35,0	8,7	11,6	16,7	14,5	5,1	8,3	100,0
France	35,5	6,4	11,8	16,4	15,8	7,0	7,1	100,0
Pays de l'OCDE**	33,9	6,6	17,7	15,5	12,1	6,4	7,6	100,0
Portugal	38,7	1,6	11,6	21,0	18,8	1,8	6,5	100,0
Québec	26,8	14,0	12,8	10,2	19,4	3,4	13,4	100,0

Calculs effectués par les auteurs.

*: L'absence de statistiques détaillées pour l'Irlande, l'Italie, la Norvège et le Royaume-Uni ne permet pas d'inclure ces pays.

** : En plus des pays mentionnés pour l'Europe de l'Ouest, l'Australie, Israël, le Japon le Mexique et la Turquie sont exclus du calcul.

Sources : OECD (2013), *Dépenses de santé et financement, Statistiques de l'OCDE sur la santé* (database). (Consulté le 27 novembre 2013)

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Bulletin d'information sur les dépenses de santé comparatives tant à l'échelle canadienne que sur le plan international*, Bulletin no 6, novembre 2012, p. 44. <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2242718>>

1.2.2 La situation canadienne

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'importance relative des dépenses de santé dans l'économie canadienne a crû jusqu'en 2009 pour atteindre 11,6 % du PIB. Depuis, le taux tendrait à diminuer et selon les prévisions de l'organisme, il aurait atteint 11,2 % en 2013. L'Île-du-Prince-Édouard (de 16,1 % à 16,6 %), la Nouvelle-Écosse (de 15,1 % à 16,1 %), le Québec (de 12,1 % à 12,2 %) et la Colombie-Britannique (de 11,7 % à 11,8 %) sont les seules provinces où le taux aurait continué de progresser.

Le tableau 3 présente un sommaire des dépenses de santé selon la province pour la période 2000-2011, dernière année où nous disposons de données réelles. Historiquement, le Québec a toujours eu un montant de dépenses par habitant inférieur à la moyenne canadienne et cet écart tend à s'accroître au fil des années. En 2011, c'est la province qui dépense le moins par habitant au

Canada! Toutefois, étant donné que son niveau de richesse est inférieur à la moyenne canadienne, la part de ces dépenses dans l'économie s'avère supérieure à celle du Canada. Il est intéressant d'observer comment l'Ontario, la Colombie-Britannique et le Québec ont su contenir leurs dépenses de santé par habitant entre 2000 et 2011 comparativement à d'autres provinces, mais malgré ce succès, leur importance par rapport à l'économie n'a cessé de croître.

Tableau 3 : Importance des dépenses de santé selon la province, 2000-2011

Provinces	Dépenses par habitant				Dépenses par rapport au PIB			
	2000	2005	2011	2011/2000	2000	2005	2011	2011/2000
	(\$)	(\$)	(\$)	(%)	(%)	(%)	(%)	(pts de %)
Terre-Neuve	3 195	4 349	6 822	7,1	12,1	10,2	10,4	(1,7)
Alberta	3 195	4 624	6 602	6,8	6,6	6,9	8,4	1,8
Manitoba	3 542	4 785	6 414	5,5	11,9	13,5	14,4	2,5
Île-du-Prince-Édouard	2 941	4 168	6 383	7,3	11,5	12,9	16,2	4,7
Saskatchewan	3 135	4 466	6 325	6,6	9,3	10,0	9,0	(0,3)
Nouvelle-Écosse	3 037	4 302	6 324	6,9	11,9	14,1	17,4	5,5
Nouveau-Brunswick	2 956	4 384	6 238	7,0	11,0	13,3	14,6	3,6
Canada	3 213	4 342	5 803	5,5	9,2	10,2	11,4	2,2
Ontario	3 341	4 499	5 747	5,1	8,9	10,5	11,7	2,8
Colombie-Britannique	3 321	4 248	5 591	4,8	10,2	10,7	11,8	1,6
Québec	2 947	3 884	5 223	5,3	9,6	10,8	12,0	2,4

Calculs effectués par les auteurs.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendance des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013*, tableaux B.1.2 et B.1.3, p. 157 et 158.

<https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport_FR.pdf>

Pour toutes les provinces à l'exception de Terre-Neuve et de la Saskatchewan, l'importance relative des dépenses de santé a crû durant la période 2000-2011. Pour ces deux provinces, c'est la croissance exceptionnelle des revenus liée à l'exploitation du pétrole qui a permis de conserver un ratio constant par rapport au PIB. Même l'Alberta qui a aussi profité du boom pétrolier n'a pu empêcher ses dépenses de santé de croître plus rapidement que son économie.

Si nous décomposons les dépenses totales selon les catégories de services (tableau 4), les hôpitaux se classent au premier rang dans toutes les provinces¹³. En combinant ce poste et celui

¹³ Les données sur les hôpitaux et les autres établissements doivent être analysées avec prudence. Le classement des dépenses de santé dans ces deux catégories pose des défis, particulièrement pour le Québec, étant donné la configuration du système québécois de santé et de services sociaux et la fusion d'établissements. Il est donc préférable de traiter ces deux postes de dépenses de manière combinée.

pour les autres établissements, la dépense pour le Québec atteint 40,8 % de l'ensemble, légèrement au-dessus de la moyenne canadienne (39,8 %). Comme cela avait été observé au niveau international, il s'agit du plus important poste de dépenses pour toutes les provinces. Les provinces maritimes obtiennent les taux les plus élevés, soit entre 43,7 % et 51,1 %.

Tableau 4 : Importance relative des dépenses de santé par catégorie de services selon la province, 2011 (données en % du total)

Provinces	Hôpitaux	Autres établissements	Médecins	Autres professionnels	Médicaments	Immobilisations	Administration	Autres dépenses
Colombie-Britannique	29,2	7,0	15,1	13,3	12,9	4,3	3,6	14,7
Alberta	34,6	7,3	14,4	11,5	13,0	5,7	2,7	10,8
Saskatchewan	29,0	12,9	13,4	9,3	13,8	3,9	2,9	14,7
Manitoba	30,7	12,1	12,8	9,2	13,4	3,2	3,1	15,5
Ontario	27,9	10,4	15,8	10,7	16,4	4,8	2,9	11,3
Québec	26,8	14,0	12,8	10,2	19,4	5,4	3,4	8,0
Nouveau-Brunswick	33,7	11,1	12,5	9,0	17,4	3,6	3,1	9,5
Île-du-Prince-Édouard	30,1	13,6	11,4	7,5	15,1	5,4	7,7	9,1
Nouvelle-Écosse	31,2	12,6	12,4	9,9	17,6	4,2	4,1	8,0
Terre-Neuve	37,7	13,4	12,7	6,2	15,0	3,8	3,0	8,2
Canada	29,2	10,6	14,4	10,7	15,9	4,8	3,1	11,1

Calculs effectués par les auteurs.

Données prévisionnelles.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Bulletin d'information sur les dépenses de santé comparatives tant à l'échelle canadienne que sur le plan international*, Bulletin no 6, novembre 2012, p. 44. <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2242718>>

Le deuxième poste en importance au niveau canadien est celui des médicaments. Cette fois, le Québec est la province qui occupe le premier rang (19,4 %), nettement au-dessus de la moyenne canadienne (15,9 %), et sur une base historique, l'écart s'accroît. Parmi les facteurs explicatifs, le fait que le Québec ait une population plus vieille que la moyenne canadienne (âge médian de 41,1 ans comparativement à 39,5) peut représenter un élément de réponse pertinent¹⁴. Du côté des professionnels de la santé, la part de ces dépenses dans le total représente un poids moindre

¹⁴ La proportion de personnes ayant 65 ans et plus est la plus élevée dans les provinces maritimes alors qu'elle est la moins élevée dans les provinces à l'ouest de l'Ontario. Lorsque nous comparons ces observations avec la part qu'occupent les médicaments dans les dépenses de santé, nous constatons qu'à l'exception du Québec, c'est dans les provinces maritimes que la part est la plus élevée alors que dans les provinces de l'Ouest, la proportion est la plus faible. L'Ontario se situe au milieu autant pour la proportion des personnes âgées que pour l'importance des dépenses de médicaments. Ces résultats confirment le lien étroit entre l'âge des résidents et l'importance des frais de médicaments.

au Québec (12,8 % pour les médecins et 10,2 % pour les autres professionnels) que dans l'ensemble canadien (14,4 % et 10,7 % respectivement).

1.3 Le financement des dépenses de santé

Dans cette section, nous présenterons comment les secteurs public et privé se partagent le financement des dépenses de santé.

1.3.1 Sur le plan international

Bien que les États-Unis se situent au premier rang des pays en ce qui a trait à la part de leur richesse qu'ils allouent à la santé (17,7 % du PIB en 2011), l'importance relative des dépenses payées avec les deniers publics (8,5 % du PIB) se situe juste au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE (6,7 %) et est même inférieure à la proportion de plusieurs pays européens. C'est le secteur privé qui occupe une place nettement plus élevée (9,2 %) aux États-Unis que dans n'importe quel autre pays avec un taux de plus de 3 fois la moyenne des pays de l'OCDE¹⁵.

Depuis l'an 2000, les statistiques indiquent une hausse de l'importance relative des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé : la proportion moyenne des pays de l'OCDE a crû de 59,0 % à 59,7 % en 2011. Toutefois, cette augmentation est essentiellement due aux États-Unis (hausse de 4,8 points de pourcentage durant cette période) dont l'influence sur les statistiques globales est très grande étant donné que ce pays accapare à lui seul un peu plus de la moitié des dépenses totales de santé au sein des pays de l'OCDE. En excluant ce pays, les proportions changent substantiellement et la tendance est inversée puisque la part des dépenses publiques diminue légèrement de 74,1 % à 71,8 % durant la période, mais demeure néanmoins très élevée par rapport à l'importance du secteur privé.

¹⁵ OCDE, *Compare your country – Health profile*, consulté le 3 avril 2013.
<<http://www.compareyourcountry.org/health/health-spending-gdp?cr=oced&lg=en>>

Tableau 5 : Proportion des dépenses totales de santé financées par le secteur public selon le pays, 2000-2011 (données en % du total des dépenses)

Pays	2000	2005	2011	Variation (2011/2000) Points de %
Allemagne	79,5	76,6	76,5	(3,0)
Canada	70,4	70,2	70,4	(0,0)
France	79,4	77,7	76,8	(2,6)
Royaume-Uni	79,1	80,9	82,8	3,7
Japon	80,8	81,6	*82,1	1,3
Suède	84,9	81,2	81,6	(3,3)
Moyenne de l'OCDE**	59,0	58,8	59,7	0,7
Excluant les États-Unis**	74,1	73,9	71,8	2,3
Québec	72,5	71,0	71,5	(1,0)
Portugal	66,6	68,0	65,0	(1,6)
États-Unis	43,0	44,2	47,8	4,8

Calculs effectués par les auteurs.

*: 2010.

** : Pour 2005 et 2011, les statistiques pour les Pays-Bas ne sont pas disponibles. Pour 2011, s'ajoutent celles de la Turquie. Pour 2011, les statistiques de l'Australie, du Japon et du Mexique ne sont pas disponibles et ont été remplacées par celles de 2010.

Sources : OECD StatsExtract, consulté le 2 avril 2014.

<http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT>

Institut canadien d'information sur la santé, *Tendance des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013*, tableau B.3.3, p. 164. <https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport_FR.pdf>

Contrairement à la majorité des grands pays industrialisés où la part du secteur public fluctue entre 70 % et 85 % de l'ensemble des dépenses, les États-Unis (47,8 %) se retrouvent avec un taux comparable à celui de pays comme la Chine, le Mexique ou le Brésil où la fourchette des taux varie entre 45 % et 55 %. Le Canada avec un taux de 70,4 % se retrouve nettement au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE (59,7 %), mais juste au-dessous lorsqu'on exclut les États-Unis du calcul (71,8 %).

Au sein des pays membres de l'OCDE en 2011¹⁶, seuls les États-Unis (47,8 %), le Chili (47,2 %) et le Mexique (47,3 %) avaient une proportion des dépenses publiques inférieure à celle du secteur privé dans le financement global de la santé. Les Pays-Bas (84,8 %) dominent la liste des pays pour l'importance des dépenses publiques. D'ailleurs, la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest ont des ratios supérieurs à la moyenne. Pour le Québec (71,5 %), la part relevant du public se situait juste au-dessus de celle du Canada (70,4 %).

¹⁶ OECD StatsExtract, consulté le 2 avril 2014. <http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT>

En ce qui a trait aux dépenses privées, la tendance générale de leur importance par rapport au PIB est à la hausse. Entre 2000 et 2011, tous les pays mentionnés au tableau 6 ont connu une augmentation allant de 0,1 point de pourcentage pour le Royaume-Uni à 1,4 point pour les États-Unis. Même dans un pays où l'État joue un rôle important dans l'économie comme la Suède, l'importance du secteur privé s'est fortement appréciée passant de 1,2 % à 1,7 % du PIB durant cette période.

Tableau 6 : Dépenses privées de santé en proportion du PIB selon le pays, 2000-2011

Pays	2000	2005	2011	Variation (2011/2000) Points de %
Allemagne	2,1	2,5	2,7	0,6
Canada	2,6	2,9	3,3	0,7
France	2,1	2,5	2,7	0,6
Royaume-Uni	1,5	1,6	1,6	0,1
Japon	1,5	1,5	*1,7	0,2
Suède	1,2	1,7	1,7	0,5
Québec	2,6	3,1	3,4	0,8
Portugal	3,1	3,3	3,6	0,5
États-Unis	7,8	8,8	9,2	1,4

Calculs effectués par les auteurs.

*: 2010.

Sources : OECD StatsExtract, consulté le 8 avril 2014.

http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

Institut canadien d'information sur la santé, *Tendance des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013*, tableau B.3.3, p. 164. https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport_FR.pdf

En 2011, les États-Unis allouaient 9,2 % de leur richesse aux dépenses privées de santé, le taux de loin le plus élevé des pays de l'OCDE, comparativement à 1,6 % au Royaume-Uni et à 1,7 % pour la Suède et le Japon (2010).

1.3.2 La situation canadienne

En 2011, sur la base des dépenses publiques par habitant, c'est le Québec qui allouait le moins de ressources publiques à la santé avec un montant de 3 735 \$ alors que Terre-Neuve dominait les provinces à 5 276 \$ (tableau 7). De 2000 à 2011, ces dépenses ont augmenté de 5,5 %

annuellement en moyenne au Canada alors que la croissance économique n'a été que de 4,4 %¹⁷ durant cette période. Selon l'ICIS, l'importance relative des dépenses publiques au Québec était, en 2011, supérieure à la moyenne canadienne, soit 71,5 % comparativement à 70,4 %. Depuis l'an 2000, cette part a légèrement régressé au Québec (de 72,5 % à 71,5 %) au profit du secteur privé, alors que pour le Canada, le taux est resté relativement semblable (de 70,2 % à 70,4 %).

Tableau 7 : Dépenses de santé financées par le secteur public selon la province, 2000-2011

Provinces	Dépenses par habitant (\$)				Dépenses en % du total			
	2000	2005	2011	2011/2000	2000	2005	2011	2011/2000
	(\$)	(\$)	(\$)	(%)*	(%)	(%)	(%)	Pts de %
Colombie-Britannique	2 433	3 051	3 882	4,3	73,3	71,8	69,4	(3,9)
Alberta	2 261	3 365	4 794	7,1	70,7	72,8	72,6	1,9
Saskatchewan	2 363	3 399	4 802	6,7	75,4	76,1	75,9	0,5
Manitoba	2 619	3 568	4 746	5,6	74,0	74,6	74,0	0,0
Ontario	2 221	3 006	3 902	5,3	66,5	66,8	67,9	1,4
Québec	2 134	2 756	3 735	5,2	72,5	71,0	71,5	(1,0)
Nouveau-Brunswick	2 105	3 074	4 392	6,9	71,2	70,1	70,4	(0,8)
Île-du-Prince-Édouard	2 035	2 987	4 729	8,0	69,2	71,7	74,1	4,9
Nouvelle-Écosse	2 108	3 012	4 412	6,9	69,4	70,0	69,8	0,4
Terre-Neuve	2 497	3 279	5 276	7,0	78,2	75,4	77,3	(0,9)
Canada	2 257	3 041	4 083	5,5	70,2	70,0	70,4	0,2

Calculs effectués par les auteurs.

* : Taux annuel composé.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendance des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013*, tableaux B.3.2 et B.3.3, p. 163 et 164.

<https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport_FR.pdf>

En 2011, Terre-Neuve et la Saskatchewan sont les deux provinces où la partie publique était la plus importante avec des proportions respectives de 77,3 % et 75,9 %. À l'opposé, c'est l'Ontario qui a le taux le plus bas à 67,9 %. Ce faible écart entre les provinces démontre bien l'acceptation généralisée des Canadiens à la prédominance du secteur public en matière de santé. Mais les taux, mêmes les plus élevés, laissent de toute manière une place importante au secteur privé.

¹⁷ Statistique Canada, *Produit intérieur brut, en termes de revenus*, CANSIM tableau 380-0063. Consulté le 9 avril 2014. <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=3800063&pattern=&p2=-1&p1=1&tabMode=dataTable&stByVal=1&paSer=&csid=&retrLang=fra&lang=fra>>

Examinons la pression que ces dépenses exercent sur les finances publiques de chaque province (tableau 8). En 2008-09, c'est un peu plus du tiers (33,8 %) des revenus des provinces qui ont été alloués aux dépenses publiques de santé. Le Québec est la province où cette proportion est la plus faible à 27,9 %¹⁸ alors que c'est l'Ontario qui obtient le taux le plus élevé à 40,5 %. Des dépenses publiques générales plus importantes que dans les autres provinces et requérant une fiscalité plus élevée constituent un facteur important pour expliquer ce faible ratio au Québec.

Tableau 8 : Importance des dépenses publiques de santé sur les finances publiques des provinces, 2000-01 à 2008-09

Provinces	2000-01	2008-09	Part des revenus additionnels accordée à la santé (%)
	En % des revenus totaux		
Colombie-Britannique	32,5	35,6	43,9
Alberta	20,1	29,9	53,8
Saskatchewan	25,2	28,2	32,2
Manitoba	28,1	34,7	52,1
Ontario	33,4	40,5	47,3
Québec	25,3	27,9	34,1
Nouveau-Brunswick	29,0	39,3	63,0
Île-du-Prince-Édouard	27,7	32,5	44,4
Nouvelle-Écosse	31,8	33,8	38,1
Terre-Neuve	31,7	28,0	23,7
Canada	28,5	33,8	46,0

Calculs effectués par les auteurs.

Note : L'année 2008-09 est la dernière où l'information est compilée par la fondation canadienne d'études fiscales.

Source : Canadian Tax Foundation, *Finances of the Nation 2011*, Tableaux A.6 et A.7, p. A:9 et A:10.
<<http://www.ctf.ca/ctfweb/CMDownload.aspx?ContentKey=852c3c6e-b6ff-48bc-9ca0-d980195a6e2f&ContentItemKey=a784d6da-f3a1-450e-8434-90ebaacb0f53>>

Comparativement à 2000-01, toutes les provinces, sauf Terre-Neuve, ont vu les dépenses publiques de santé accaparer une part grandissante de leurs revenus. Pour l'ensemble des provinces, c'est près de la moitié (46,0 %) des nouveaux revenus qui ont été affectés aux dépenses de santé. Le Québec compte parmi les provinces canadiennes où cette part a été la plus faible (34,1 %), après Terre-Neuve et la Saskatchewan, deux provinces dont les revenus ont

¹⁸ Ces statistiques se limitent aux dépenses de programmes comptabilisées par le Conseil du trésor et ne comprennent pas le coût des crédits d'impôt accordés pour les frais médicaux. À titre indicatif, la dépense fiscale encourue par le gouvernement du Québec en 2009 au titre de ces crédits d'impôt a atteint 577 millions \$ et aurait permis de faire passer le ratio du Québec de 27,9 % à 28,6 %.

Ministère des Finances du Québec, *Dépenses fiscales*, édition 2011, Québec, p. A.44.

http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/autres/fr/AUTFR_DepensesFiscales2011.pdf

grandement bénéficié des activités pétrolières. À l’opposé, c’est près des deux tiers (63,0 %) des nouveaux revenus du Nouveau-Brunswick qui ont été accaparés par les dépenses publiques de santé. Ces proportions élevées indiquent bien la pression qu’exercent les dépenses de santé sur les finances publiques des différents gouvernements.

En ce qui a trait au financement privé des dépenses de santé, le tableau 9 présente un sommaire de la situation selon la province. En 2011, le Québec est la province dont les dépenses privées par habitant étaient les plus faibles au Canada, à 1 488 \$, une hausse annuelle moyenne de 5,7 % par rapport à l’an 2000. Cette croissance supérieure à celle du Canada place le Québec dans le groupe des provinces avec la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve où l’importance relative des dépenses privées par rapport à l’ensemble des dépenses de santé a crû (1,0 point de % pour le Québec) alors que pour l’ensemble du pays, elles ont plutôt baissé de 0,2 point de %.

Tableau 9 : Dépenses de santé financées par le secteur privé selon la province, 2000-2011

Provinces	Dépenses par habitant				Dépenses en % du total			
	2000	2005	2011	2011/2000	2000	2005	2011	2011/2000
	(\$)	(\$)	(\$)	(%)	(%)	(%)	(%)	Pts de %
Colombie-Britannique	888	1 197	1 708	6,1	26,7	28,2	30,6	3,9
Alberta	935	1 259	1 808	6,2	29,3	27,2	27,4	(1,9)
Saskatchewan	773	1 066	1 524	6,4	24,6	23,9	24,1	(0,5)
Manitoba	922	1 217	1 668	5,5	26,0	25,4	26,0	--
Ontario	1 120	1 493	1 845	4,6	33,5	33,2	32,1	(1,4)
Québec	811	1 128	1 488	5,7	27,5	29,0	28,5	1,0
Nouveau-Brunswick	851	1 310	1 846	7,3	28,8	29,9	29,6	0,8
Île-du-Prince-Édouard	906	1 181	1 654	5,6	30,8	28,3	25,9	(4,9)
Nouvelle-Écosse	930	1 290	1 912	6,8	30,6	30,0	30,2	(0,4)
Terre-Neuve	698	1 070	1 546	7,5	21,8	24,6	22,7	0,9
Canada	956	1 301	1 719	5,5	29,8	30,0	29,6	(0,2)

Calculs effectués par les auteurs.

Source : Institut canadien d’information sur la santé, *Tendance des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013*, tableaux B.2.2 et B.2.3, p. 159 et 160.

https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport_FR.pdf

Pour terminer ce survol statistique, examinons les dépenses de santé au Canada selon les différents postes de dépenses ainsi que la part de chacun supportée par le secteur public (tableau 10). Les dépenses des médecins constituent le secteur où le financement public était le

plus important en 2011 (98,7 %) et comptent également pour le poste, à l'exception des immobilisations, où le taux de croissance annuel moyen (7,5 %) est le plus élevé depuis l'an 2000. Les dépenses pour les médicaments ont un taux de croissance (7,3 %) légèrement inférieur à celui des médecins, mais la part relevant du public n'est que de 36,3 %. Les hôpitaux, le poste de dépenses le plus important au Canada, relèvent d'un financement public à 91,2 % et ont fait l'objet d'une croissance semblable à celle de l'ensemble des dépenses de santé durant la période.

Tableau 10 : Type de financement des dépenses de santé au Canada par catégorie de services, 2000 - 2011

Postes de dépenses	Dépenses totales 2000		Dépenses totales 2011		Croissance annuelle	
	Montant	Part publique	Montant	Part publique	Montant	Part publique
	(milliards \$)	(%)	(milliards \$)	(%)	(%)	(pts de %)
Hôpitaux	29,6	91,0	59,0	91,2	6,5	0,2
Autres établissements	10,8	75,5	20,8	70,9	6,1	(4,6)
Sous-total	40,4	85,9	79,8	86,9	6,4	1,0
Médecins	13,2	98,7	29,3	98,7	7,5	0,0
Autres professionnels	11,5	10,4	19,5	9,0	4,9	(1,4)
Sous-total	24,7	62,7	48,8	57,5	6,4	(5,2)
Médicaments	15,1	35,0	33,0	36,3	7,3	1,3
Immobilisations	4,0	79,1	9,8	79,4	8,6	0,3
Administration	3,1	51,3	6,3	39,6	6,6	(11,7)
Autres dépenses	11,3	86,6	22,4	88,3	6,6	1,7
Ensemble des dépenses	98,6	70,2	200,1	70,4	6,6	0,2

Calculs effectués par les auteurs.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendance des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013*, tableaux A.3.1.1 et A.3.3.1, p. 136, 137, 148 et 149.

<https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport_FR.pdf>

Autant pour les secteurs public que privé, ces taux d'augmentation nécessitent des sources de revenus qui croissent au même rythme que les dépenses, sans quoi il faudra soit décréter des hausses de la fiscalité et des taux en vigueur ou puiser des fonds dans les budgets d'autres programmes pour combler le manque à gagner. Le report des dépenses courantes n'est pas une solution envisageable dans le domaine de la santé particulièrement lorsque nous analysons les tendances fondamentales qui gouverneront les dépenses de santé au cours des prochaines années.

Chapitre 2 : Les facteurs contributifs fondamentaux

Les statistiques que nous venons de présenter décrivent succinctement la situation actuelle et la tendance récente des dépenses de santé et de leur financement. Que nous regardions les statistiques d'une province à l'autre ou d'un pays à l'autre, nous remarquons beaucoup de similitudes tant au niveau de la nature des dépenses que de leur croissance soutenue dans le temps. Peut-on prétendre qu'il s'agit ici d'une période particulière et que la tendance observée ne pourra se maintenir dans un avenir prévisible? Est-ce que la pression exercée sur les finances publiques depuis la dernière crise économique et financière de 2008-2009 sera suffisante pour infléchir la tendance observée lors de la première décennie du XXI^e siècle? L'analyse des différents facteurs fondamentaux qui ont entraîné les dépenses de santé à la hausse laisse plutôt à penser que la tendance observée pourrait perdurer au cours des prochaines années et créer une pression énorme sur les finances publiques des gouvernements ce qui obligera ces derniers à effectuer des choix de plus en plus difficiles si rien n'est fait dans un proche avenir.

Selon une analyse réalisée par l'Institut C.D. Howe, « la part du PIB représentée par les dépenses de santé du Québec financées par le secteur public augmentera, passant de 8,3 % cette année (2012) à 13,9 % en 2035 et à 17,2 % en 2062¹⁹ ». Si nous complétons l'analyse des coûts par l'importance de la ponction qu'ils exercent sur les revenus de l'État, les coûts de santé risquent de devenir l'enjeu numéro un des prochaines années.

¹⁹ Busby, Colin et William B.P. Robson, *La gestion des coûts des soins de santé pour une population vieillissante : le défi fiscal que le Québec n'a pas encore relevé*, Institut C.D. Howe, février 2013, p. 3. <http://www.cdhowe.org/pdf/e-brief_149_QC_F.pdf>

Le lecteur peut aussi consulter d'autres études comme celles de :

Robson, William, *The Glacier Grinds Closer : How Demographics Will Change Canada's Fiscal Landscape*, E-brief, Institut C.D. Howe, janvier 2010. <http://www.cdhowe.org/pdf/ebrief_106_Robson.pdf>

Drummond, Don et Derek Burleton, *Charting a Path for Sustainable Healthcare in Ontario : 10 Proposals to Restrain Costs Without Compromising Quality of Care*, Rapport spécial de TD Economics, Toronto, mai 2010. <<http://www.td.com/document/PDF/economics/special/td-economics-special-db0510-health-care.pdf>>

Emery, J.C. Herbert, David Still et Tom Cottrell, *Can We Avoid a Sick Fiscal Future? The Non-Sustainability of Health-Care Spending with an Aging Population*, SPP Research Papers, Vol. 5, No 31, octobre 2012. <<http://www.policyschool.ucalgary.ca/sites/default/files/research/emery-generational-balances-final.pdf>>

Une étude plus récente du Centre de recherche interuniversitaire en analyse des organisations (CIRANO) abonde dans le même sens et soutient que les dépenses de santé au Québec continueront leur croissance au cours des deux prochaines décennies pour atteindre des seuils où leur financement deviendra insoutenable :

Un scénario plausible prévoit que les dépenses publiques en santé augmenteront de 31,3 G\$ à 61,1 G\$ de 2013 à 2030, passant de 8,4 % à 13,5 % du PIB et de 42,9 % à 68,9 % des revenus totaux du gouvernement du Québec. De cette croissance de 29,8 milliards des dépenses publiques en santé, environ 12,3 G\$ proviendra des effets du vieillissement de la population, 3,8 G\$ sera dû à l'accroissement de la population par l'effet de l'immigration, et 18,2 G\$ proviendra de la croissance des coûts structurels des soins de santé²⁰.

Examinons plus attentivement les principaux facteurs influant sur les coûts de la santé et leur financement.

2.1 Le vieillissement de la population

Le vieillissement de la population est cité maintes fois comme le grand responsable de la hausse des coûts de la santé. Il constitue, à des degrés divers, une caractéristique inhérente à la plupart des pays développés : l'augmentation de la part relative des 65 ans et plus dans l'ensemble de la population crée une demande supplémentaire pour les soins de santé qui fera inévitablement grimper la facture de manière significative.

Les auteurs qui ont étudié le domaine s'entendent sur le fait que ce facteur occasionnera éventuellement une hausse des coûts dans les prochaines années, mais ils sont cependant partagés quant à l'impact sur leur rythme de croissance. Pour le CIRANO, ce facteur serait responsable d'environ 40 % de la hausse des coûts de santé²¹ alors que pour la *Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé* il ajouterait au maximum 1 % aux

²⁰ Clavet, Nicholas-James, Jean-Yves Duclos, Bernard Fortin, Steeve Marchand, Pierre-Carl Michaud, *Les dépenses en santé du gouvernement du Québec, 2013-2030 : projections et déterminants*, CIRANO, Série Scientifique no. 2013s-45, décembre 2013, p. 1. <<http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2013s-45.pdf>>

²¹ *Ibid.*, p. 12. Selon le CIRANO, les coûts de santé associés au vieillissement de la population seraient de 12,3 milliards \$ alors que les coûts totaux augmenteraient de 29,8 milliards \$.

augmentations annuelles au cours des 25 prochaines années²². En supposant que la hausse annuelle moyenne des coûts de 7,0 % observée au Canada entre 2000 et 2010 représente la hausse moyenne des prochaines décennies, ce taux de 1 % représenterait une contribution de l'ordre de 16,7 % ($1\% / (7\% - 6\%)$).

De son côté, l'ICIS évalue à 0,8 % (10,8 % de l'accroissement observé des coûts de santé) la part de la contribution annuelle du vieillissement de la population au Canada entre 1998 et 2008²³. Ce facteur serait même un peu moins important que le simple accroissement de la population (1 %). Toutefois, cet organisme signale que l'importance relative du vieillissement de la population dans la croissance des coûts de santé diffère fortement d'une province à l'autre et que pour le Québec, dont l'âge moyen de la population s'accroît plus rapidement qu'ailleurs au Canada, la contribution de ce facteur serait supérieure à 20 %²⁴, soit plus du double du taux canadien.

Il est important de souligner que les analyses statistiques, qui ont projeté de manière statique une période de référence où la cohorte des baby-boomers n'a pas encore atteint les 65 ans ou qui, comme l'étude de l'ICIS, ont évalué l'importance du vieillissement de la population sur les coûts de santé pour des années antérieures, pourraient bien sous-évaluer les résultats réels des prochaines années lorsque les baby-boomers entreront en masse dans la zone où les coûts de santé qui leur sont associés commenceront à grimper plus rapidement.

Selon les tenants de la théorie où le vieillissement de la population produit un impact minime sur les coûts de la santé, un meilleur contrôle des dépenses et des personnes âgées en meilleure santé

²² Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, *À bas les mythes*, 22 février 2011, p. 2. <<http://www.fcass-cfhi.ca/publicationsandresources/Mythbusters/ArticleView/11-02-22/f20f6cb8-bfd0-453e-b470-6fb63c93a629.aspx>>

Le lecteur peut aussi consulter d'autres études comme celles de :

Barer, M. L., R.G. Evans et C. Hertzman. *Avalanche or Glacier? Health care and the demographic rhetoric*, Canadian Journal of Aging, Vol. 14, No 2, 1995, p. 193-224.

<<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=7790010>>

Evans, Robert G., Kimberlyn M. McGrail, Steven G. Morgan, Morris L. Barer et Clyde Hertzman, *Apocalypse No : Population Aging and the Future of Health Care Systems*, Canadian Journal of Aging, 2001, Vol. 20 suppl. 1, p. 160-191. <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=7805661>>

²³ Institut canadien d'information sur la santé, *Tendance des dépenses nationales de santé, 1975 à 2011*, p. 41. <https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport2012FR.pdf>

²⁴ Institut canadien d'information sur la santé, *Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits*, figure 10, p. 14. <https://secure.cihi.ca/free_products/health_care_cost_drivers_the_facts_fr.pdf>

permettraient de contenir ces coûts de manière importante. D'ailleurs, de 2000 à 2011, le coût par habitant des soins de santé du gouvernement du Québec, pour les moins de 65 ans, a crû de 5,8 % comparativement à seulement 3,1 % pour les 65 ans et plus²⁵.

Statistique Canada publie occasionnellement un bilan de santé global des Canadiens. En 2003, 58,0 % des Québécois de 65 ans et plus percevaient leur santé comme très bonne ou excellente comparativement à 87,9 % pour les 12 à 64 ans. Pour 2012, ces statistiques ont atteint 68,1 % et 89,1 % respectivement²⁶. Ces données appuient également la thèse de ceux qui considèrent que les coûts de santé continueront d'augmenter, mais à un rythme plus similaire à celui des dernières années en ce qui a trait au phénomène du vieillissement de la population.

À l'opposé, toutes les études s'entendent sur le fait que les dernières années de vie sont celles qui coûtent le plus cher en termes de soins médicaux de toutes sortes. Comme la probabilité de mourir augmente avec l'âge, un bassin plus grand de personnes âgées est de nature à créer une pression élevée sur les coûts globaux de la santé. Les secteurs des médicaments, des soins hospitaliers et des médecins seront particulièrement affectés.

Mais pourquoi s'inquiéter maintenant du vieillissement de la population alors que de tout temps, les individus ont vieilli au même rythme, peu importe les époques? Le problème particulier du vieillissement est dû à quatre facteurs principaux : l'importance de la cohorte des « baby-boomers », l'arrivée de cette cohorte dans les tranches d'âge où les coûts de santé par habitant dépassent de beaucoup ceux des cohortes plus jeunes, l'allongement de l'espérance de vie dans cette zone à coût élevé et la chute du taux de natalité qui a poursuivi son déclin au cours des décennies qui ont suivi la fin du « baby-boom ».

²⁵ Institut canadien d'information sur la santé, *Extraction spéciale*.

²⁶ Statistique Canada, *Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2012) et groupes de régions homologues*, CANSIM, tableau 105-0501.

<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&retrLang=fra&id=1050501&tabMode=dataTable&srchLan=-1&p1=-1&p2=9>

L'objectif de notre analyse n'est pas de choisir les arguments d'un camp ou l'autre relativement au rythme de croissance des dépenses, mais plutôt de présenter au lecteur les éléments qui lui permettront de se faire une opinion sur la tendance des prochaines années. Sans consensus sur le taux de croissance futur des coûts, la littérature s'accorde néanmoins sur le fait qu'une population plus âgée nécessite plus de soins de santé et occasionne ainsi des coûts supérieurs. Même si la croissance des coûts s'avérait faible, l'impact sera quand même significatif sur les finances de l'État au même titre que les glaciers qui, même s'ils se déplacent lentement, modifient en profondeur les régions qu'ils traversent. Il s'agit d'un facteur fondamental auquel nous ne pourrions nous soustraire et qui jouera dans un avenir prévisible un rôle majeur sur les coûts de santé et ultimement sur les finances publiques.

2.1.1 L'importance de la cohorte des « baby-boomers »

La crise économique des années 30 a prolongé le déclin du taux de natalité dans la plupart des pays occidentaux. Mais, à partir de la Deuxième Guerre mondiale, le rebond des naissances jusqu'au milieu des années 60 a créé une cohorte plus nombreuse que l'on a nommée « baby-boomers ».

De 1940 à 1965, le nombre de naissances au Canada grimpe de 253 000 en 1940 à 479 000 en 1960 avant de redescendre à 419 000 en 1965. Au cours des 25 années de baby-boom, il naît 1,5 million d'enfants de plus que si ce phénomène n'avait pas eu lieu (environ 8,6 millions), soit une hausse de plus de 18 p. 100²⁷.

Au Québec, alors que le taux de natalité est passé de 40,6 pour 1 000 en 1909 à 24,7 en 1939, la tendance s'est alors inversée et le taux a dépassé constamment 30,0 entre 1946 et 1957, pour ensuite se situer entre 20,0 et 30,0 jusqu'en 1965. Depuis quelques années, le taux se situe aux environs de 11²⁸. Ces variations ont créé un déséquilibre majeur dans la démographie du Québec puisque le poids démographique de cette cohorte d'après-guerre est de loin supérieur à celui des autres groupes d'âge.

²⁷ Institut Historica Dominion, *L'encyclopédie canadienne*, 2012.
<<http://www.thecanadianencyclopedia.com/articles/fr/babyboom>>

²⁸ Institut de la statistique du Québec, *Naissance et taux de natalité, Québec, 1900-2012*.
<http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_decès/naissance/401.htm>

2.1.2 Les coûts de la santé croissent avec l'âge

Toutes les statistiques le confirment, plus les personnes vieillissent, plus leurs besoins en soins de santé augmentent, créant une pression à la hausse sur les coûts : « les Canadiens de plus de 65 ans représentent un peu plus de 14 % de la population, ils consomment 45 % des fonds alloués par les gouvernements provinciaux et territoriaux à la santé²⁹ ».

À partir des statistiques du tableau 11, nous pouvons constater que le coût des soins de santé par habitant des individus jusqu'à la tranche d'âge de 50 à 59 ans est inférieur à la moyenne alors qu'il dépasse celle-ci pour les groupes plus âgés. Ces coûts montent en flèche pour dépasser sept fois la valeur moyenne pour les plus de 85 ans.

Tableau 11 : Coût des soins de santé selon l'âge au Québec, 2011

Groupes d'âge (ans)	Coût par habitant (\$)	Nombre de personnes	Coût total (000 \$)
Moins de 1	7 279,03	93 941	683,8
1 à 9	1 314,14	741 547	974,5
10 à 29	1 418,77	1 934 489	2 744,6
30 à 49	1 874,11	2 240 048	4 198,1
50 à 59	2 723,86	1 214 087	3 307,0
60 à 64	4 004,61	500 598	2 004,7
65 à 74	6 472,56	691 380	4 475,0
75 à 84	12 645,12	402 685	5 092,0
85 et plus	25 054,81	159 195	3 988,6
Total/Moyenne	3 443,05	7 977 970	27 468,6

Calculs effectués par les auteurs.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales sur la santé*, 1975-2013, tableau E.1.1, p. 171. <https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport_FR.pdf>

Les développements technologiques, les améliorations dans la manière de dispenser les soins et de meilleures habitudes de vie permettront certes de limiter la progression des coûts au sein des groupes d'âge les plus vieux, mais il serait illusoire de croire que les coûts moyens des plus de 65 ans puissent diminuer au point d'annuler ou à tout le moins de réduire substantiellement l'effet de l'arrivée massive des baby-boomers dans cette tranche d'âge.

²⁹ Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales sur la santé*, 1975-2012, p. 58. <https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport2012FR.pdf>

2.1.3 Un allongement de l'espérance de vie

Non seulement le nombre de personnes qui s'apprêtent à entrer parmi les groupes d'âge nécessitant le plus de soins de santé sera plus élevé que jamais auparavant, mais le temps moyen que les baby-boomers y passeront sera aussi plus long que pour tous ceux qui les ont précédés jusqu'à maintenant. Ainsi, pour les personnes de 65 ans, l'espérance de vie qui était de 16,5 années en moyenne en 1980 a augmenté à 20,4 années en 2010, une hausse de près de 25 %³⁰.

Selon ces évaluations, les personnes qui atteignent 65 ans devraient alors vivre jusqu'à 85,4 ans plutôt que 81,5 ans pour ceux qui les ont précédés. Ce phénomène pourrait engendrer des coûts annuels supplémentaires moyens de près de 12 645 \$ pour chaque personne selon les données du tableau 11, et ce chiffre pourrait même dépasser les 25 000 \$ si l'espérance de vie continue de croître puisqu'alors ces personnes se retrouveraient alors dans la tranche d'âge la plus coûteuse.

2.1.4 Une réduction du nombre de travailleurs

Le fait de devoir payer davantage pour les soins de santé d'une cohorte anormalement nombreuse exerce une pression accrue sur les finances publiques. Mais le problème se complexifie davantage lorsqu'on élargit notre analyse à l'ensemble des personnes qui devront supporter ce fardeau financier supplémentaire. Pour simplifier notre analyse, divisons la population globale en quatre groupes³¹ :

- les moins de 25 ans : ce sont les nouveaux arrivants sur le marché du travail. Leurs revenus sont faibles et proviennent souvent d'emplois à temps partiel au salaire minimum. En 2011, leurs revenus totaux étaient de 14 312 \$ en moyenne. Ce groupe comptait pour 15,0 % de la population des 15 ans et plus, mais pour seulement 6,4 % des

³⁰ Institut de la statistique du Québec, *Espérance de vie à la naissance et à 65 ans selon le sexe*, Québec, 1980-82 à 2012. <http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naissn_decés/4p1.htm>

³¹ Les statistiques pour cette répartition proviennent de 2 sources : celles relatives à la population au 1^{er} juillet 2011 proviennent de : Institut de la statistique du Québec, *Le bilan démographique du Québec*, édition 2011, p. 29. <<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2011.pdf>>
Celles relatives au nombre de contribuables, au revenu et à l'impôt à payer visent l'année d'imposition 2011 et proviennent de : Ministère des Finances du Québec, *Statistiques fiscales des particuliers*, 2011, tableau 3. <http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Statistiques/fr/STAFR_sfp_2011.pdf>

contribuables imposables. Leurs revenus représentaient 4,4 % de ceux de l'ensemble des contribuables et leurs impôts payés seulement 1,9 %, ce qui signifie un taux moyen d'imposition par rapport au revenu total de 4,2 %. Leur contribution au financement des services publics par l'impôt sur le revenu, principale source de revenus de l'État, est donc faible;

- les 25 à 44 ans : ces personnes amorcent leur carrière dans le monde du travail. Leurs revenus sont généralement en croissance durant cette période. En 2011, ils étaient de 41 146 \$ en moyenne. Ces personnes comptaient pour 31,6 % de la population des 15 ans et plus et pour 36,8 % des contribuables imposables. Leurs revenus représentent 33,3 % de ceux de l'ensemble de la population alors que cette proportion atteint 36,0 % pour l'impôt sur le revenu, un taux moyen de 10,2 %;
- les 45 à 64 ans : les personnes de ce groupe sont au faite de leur carrière et leurs revenus moyens grimpent à 47 752 \$. Ce groupe comprend 34,9 % de la population des 15 ans et plus alors qu'il représente 41,8 % des contribuables imposables, soit le groupe le plus important. Leurs revenus comptent pour 44,9 % de ceux de l'ensemble des contribuables et ces personnes paient 49,7 % de l'impôt à payer total, soit un taux moyen de 10,4 %. Ce groupe représente un rouage important du financement des services publics;
- les 65 ans et plus : c'est le groupe des retraités. Leurs revenus sont en baisse par rapport aux deux groupes d'âge précédents et se situent à 33 386 \$. Ce groupe compte pour 18,5 % de la population des 15 ans et plus et pour 15,0 % des contribuables imposables. Leurs revenus étaient sensiblement égaux à leur poids démographique à 17,4 % de l'ensemble alors que leurs impôts à payer se situaient à 14,5 %, soit un taux moyen de 7,8 %.

Ces quelques statistiques démontrent bien l'importance que revêtent les personnes âgées de 25 à 64 ans dans le financement global au titre de l'impôt sur le revenu des particuliers : alors qu'elles représentent 66,5 % de la population des 15 ans et plus, elles contribuent à 85,7 % des impôts payés. En corolaire à cette situation, un revenu moindre signifie également une consommation inférieure pour les personnes de 65 ans et plus ou de moins de 25 ans. Selon les données

canadiennes pour 2010³², la consommation totale des ménages dont le chef est âgé de 30 à 64 ans était de 58 996 \$ alors qu'elle diminue à 37 222 \$ pour les 65 ans et plus, ce qui implique alors une réduction au chapitre des taxes à la consommation payées par ce dernier groupe³³.

Si nous ajoutons les cotisations aux fonds spécifiques créés pour le financement de la santé, la situation est davantage préoccupante. Ainsi, 71,5 % de la contribution santé en 2011 a été payée par les 25-64 ans alors que 16,7 % des montants perçus ont été alloués directement au soutien à l'autonomie des personnes âgées et que 77,1 % du solde a été versé pour l'amélioration des services et l'accroissement des volumes des secteurs où les personnes âgées sont également bénéficiaires. À compter de 2013, la modification apportée aux contributions qui les rendra plus progressives est de nature à réduire davantage la part payée par les personnes âgées et à accroître celle des 25-64 ans accentuant d'autant le déséquilibre.

Si nous utilisons les salaires comme base de répartition des cotisations au *Fonds des services de santé* (FSS) (partie des employeurs), 91,8 % des cotisations payées par les employeurs seraient attribuables aux salaires versés aux particuliers du groupe des 25-64 ans. Si nous ajoutons la partie des particuliers, le groupe des 25-64 ans supporte 90,6 % de l'ensemble des cotisations au FSS comparativement à 3,7 % pour les 65 ans et plus.

Seules les cotisations au régime d'assurance médicaments occasionnent un poids élevé aux personnes âgées qui doivent ainsi supporter 49,6 % de l'ensemble des sommes versées. Mais dans les faits, ces statistiques sont trompeuses puisque les personnes plus jeunes contribuent principalement au sein de l'entreprise à des régimes privés dont les montants ne sont pas pris en compte dans ces statistiques.

³² Statistique Canada, *Données de l'Enquête sur les dépenses des ménages (édition 2010)*.

³³ Les ménages de moins de 25 ans ne sont pas considérés d'une part parce que nous ne disposons pas de l'information spécifique pour ce groupe d'âge (l'information disponible comprend aussi les 25 à 30) et d'autre part, les personnes de moins de 25 ans ne forment souvent pas un ménage autonome ce qui ne permet pas d'obtenir une information complète et précise pour ces personnes. Comme leur revenu moyen se situe en dessous des seuils d'admissibilité des crédits d'impôt pour TVQ (crédit pour solidarité depuis 2011) et TPS, leur contribution au Trésor public par les taxes à la consommation est marginale.

Globalement, le financement du régime public de santé au Québec repose largement sur les épaules des 25 à 64 ans. Entraînée par la cohorte des baby-boomers, l'importance de ce groupe a crû de 45,5 % de l'ensemble de la population à 55,5 % entre 1973 et 1993. Ce taux continue de s'appliquer en 2013, mais selon les prévisions de l'Institut de la statistique du Québec, il devrait descendre sous la barre des 50 %, soit à 48,7 % en 2033 puis à 47,8 % en 2053³⁴.

La stabilisation de ce taux à une valeur supérieure à celle de 1973 peut être perçue positivement, mais lorsqu'on l'analyse plus attentivement, nous nous apercevons d'un changement majeur. Alors que le groupe des 65 ans et plus ne représentait que 7,1 % de la population en 1971, leur part s'est accrue à 11,4 % en 1993 puis à 16,7 % en 2013 alors que les prévisions pour 2033 et 2053 anticipent un taux de 26,0 et 27,7 % respectivement. Cette augmentation relative des personnes âgées s'effectue donc à l'encontre des moins de 25 ans, un groupe qui bénéficie peu des services de santé : l'importance relative des moins de 25 ans au sein de la population devrait chuter de 47,1 % en 1973 à seulement 24,6 % en 2053.

Alors qu'il y avait 6,1 personnes de 25 à 64 ans par personne de 65 ans et plus en 1971, ce ratio est passé à 4,9 en 1993 puis à 3,3 en 2013. Les prévisions indiquent que ce taux continuerait sa chute à 1,9 en 2033 et à 1,7 en 2053. La stabilisation relative du taux après 2033 permettra de limiter la réduction du bassin de contribuables les plus contributifs au trésor québécois, mais elle témoigne d'une situation prolongée où la population active sera fortement sollicitée. Cependant, d'ici 2033, la situation continuera de se détériorer et l'importance relative des 25 à 64 ans poursuivra sa descente accentuant du même coup la pression sur les finances publiques pour générer les fonds nécessaires aux paiements des coûts croissants de santé.

Les soins de santé publics au Canada ont toujours été payés sur une base « pay as you go » (aucune capitalisation), ce qui signifie qu'aucune réserve monétaire n'a été créée au fil des années pour atténuer cette charge supplémentaire ponctuelle. À moins de s'endetter et de reporter

³⁴ Institut de la statistique du Québec, *Données générales – Pyramide évolutive des âges, Québec, 1971-2056*. <http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/pyramide_age.htm>

le financement aux générations futures, ce sera donc à la société entière de payer annuellement la totalité des coûts assumés par le secteur public.

Le mode actuel de financement pourrait se justifier sur la base d'une contribution vie entière : ainsi pendant les années où les revenus des personnes dans les groupes d'âge 25 à 64 ans sont élevés et les coûts de santé relativement faibles, une cotisation supérieure aux coûts réels pourrait servir à créer un coussin dont les sommes pourraient être utilisées pour financer les coûts des 65 ans et plus puisque leur contribution est alors nettement inférieure aux coûts engendrés.

Mais l'évolution de la démographie fait en sorte que les baby-boomers se retrouvent aujourd'hui au moment où leurs coûts annuels de santé dépassent la moyenne générale alors que le groupe qui forme la population active et qui devrait les financer diminue. Ce déséquilibre intergénérationnel exercera une pression énorme sur les finances publiques au cours des prochaines décennies. Un réajustement du financement public devient alors important pour s'ajuster à cette nouvelle réalité.

2.2 L'inflation dans le secteur de la santé

Selon les analyses recensées, l'inflation représenterait le principal facteur de croissance des coûts dans le domaine de la santé. L'ICIS évalue qu'il représenterait environ 38 % de la hausse observée entre 1998 à 2008³⁵. L'évaluation précise est difficile à réaliser puisqu'il n'existe pas d'indice propre au secteur de la santé. Elle est basée sur le taux général d'inflation durant la période pour laquelle sont pris en considération d'autres indices notamment sur la croissance des salaires dans le secteur de la santé, une composante majeure qui laisse présager une hausse plus importante que pour les autres secteurs³⁶.

Deux catégories spécifiques de coûts ont particulièrement été touchées par l'inflation, soit la rémunération des médecins et les dépenses hospitalières, deux postes de dépenses financés

³⁵ Institut canadien d'information sur la santé, *Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits*, figure 9, p. 13. <https://secure.cihi.ca/free_products/health_care_cost_drivers_the_facts_fr.pdf>

³⁶ L'Institut canadien d'information sur la santé a choisi d'inclure dans la section « autres facteurs » cette partie de l'inflation difficilement quantifiable.

presque totalement par des fonds publics. Chez les médecins, 57,4 % de la hausse moyenne annuelle de 6,8 % seraient attribuables à l'inflation durant la période³⁷. Dans le cas des hôpitaux, ce serait 41,8 % de la hausse moyenne annuelle de 6,7 %³⁸.

Le taux d'inflation durant la période 1998 à 2008 était relativement bas. Prétendre qu'il demeurera à ce niveau dans le futur est hasardeux. Toutefois, étant donné qu'une partie importante des coûts de la santé concerne les salaires et que, selon les prévisions élaborées à la partie précédente, le Québec fera face à une demande accrue de soins alors que sa population en âge de les offrir diminuera, les lois de l'offre et de la demande devraient créer une situation propice à l'augmentation des salaires dans ce secteur alimentant ainsi la pression inflationniste sur les coûts de la santé à plus long terme. Les récentes ententes survenues avec les médecins tendent à confirmer cette crainte :

Les ententes conclues avec les fédérations de médecins ont fait augmenter leur rémunération de 67 % depuis 2008. Il s'agit d'une croissance moyenne de 8,9 % par année, consentie pour combler l'écart salarial avec les médecins des autres provinces. Les ententes prévoient des hausses substantielles encore cette année et l'an prochain³⁹.

2.3 L'évolution technologique reliée à la santé

Le dernier facteur d'importance dans la tendance à la hausse des coûts de la santé est celui des technologies⁴⁰. Celui-ci est cependant beaucoup plus difficile à cerner étant donné qu'il occasionne à la fois une hausse des coûts par des traitements plus dispendieux et ultimement une

³⁷ Institut canadien d'information sur la santé, *Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits*, figure 15, p. 20. <https://secure.cihi.ca/free_products/health_care_cost_drivers_the_facts_fr.pdf>

³⁸ *Ibid.*, figure 16, p. 22.

³⁹ Lesage, Valérie, Médecins et employés de l'État : régime minceur pour le déficit zéro, *Journal Les affaires*, 20 février 2014, <<http://www.lesaffaires.com/secteurs-d-activite/gouvernement/medecins-et-employes-de-letat--regime-minceur-pour-deficit-zero/566547>>

⁴⁰ Le Congressional Budget Office définit les avancées technologiques de la manière suivante : Changes in clinical practice that enhance the ability of providers to diagnose, treat, or prevent health problems. Technological advances take many forms. Examples include new drugs, devices, or services, as well as new clinical applications of existing technologies (providing a particular service to a broader set of patients, for example). Other technological advances are newly developed techniques or additions to knowledge. Congressional Budget Office, *Growth in Health Care Costs*, CBO Testimony of Peter R. Orszag, Director, before the Committee on the Budget, United States Senate, January 31, 2008, p. 5. <<http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/ftpdocs/89xx/doc8948/01-31-healthtestimony.pdf>>

longévité accrue, mais également une baisse de ceux-ci notamment en améliorant l'efficacité des traitements et la manière de dispenser les soins. Une même innovation peut produire une réduction de coût à court terme et une hausse à plus long terme. L'inverse est également vrai.

Dans une enquête sur les changements technologiques et leurs répercussions sur les dépenses de santé, le *United States Congressional Budget Office* cite un certain nombre d'études indiquant que les changements de nature technologique apportés à la pratique médicale ont contribué, dans une échelle de 38 % à 65 % ou même plus, à la croissance des dépenses réelles de santé par habitant aux États-Unis⁴¹.

L'ICIS situerait plutôt l'impact de la technologie au Canada juste en deçà de celui relatif à l'inflation⁴². Sans être de la même ampleur que pour les États-Unis, la technologie demeure un facteur important et fondamental de la hausse des coûts de la santé au Canada.

Dans l'ensemble, la littérature est plutôt favorable à supporter la thèse voulant que la technologie ait joué un rôle majeur dans l'augmentation des coûts de la santé. Bien qu'elle ait pu réduire les coûts de certains traitements et même enrayer des maladies jadis incurables, notamment par l'invention de vaccins ou autres médicaments de plus en plus efficaces, elle se situe au cœur de l'augmentation de l'espérance de vie, ce qui, à plus long terme, est susceptible d'accroître globalement les coûts de santé.

Au fil des années, l'innovation devient de plus en plus rapide et les technologies de la santé, un élément important de la prestation des soins de santé dans les pays développés, deviennent plus rapidement désuètes, obligeant alors des modifications rapides des équipements et méthodologies en vigueur ajoutant ainsi plus de pression sur les coûts globaux.

⁴¹ *Ibid.*, p. 24.

⁴² L'étude de l'ICIS regroupe dans la catégorie « autres » les facteurs de la technologie et la partie de l'inflation qui excède l'inflation calculée pour l'ensemble de l'économie, tel que précisé précédemment. Globalement, la catégorie « autres » expliquerait 37,8 % de la hausse totale des coûts de santé, soit exactement la même proportion que pour l'inflation. Sans précision supplémentaire sur l'inflation, il est cependant difficile de connaître la part exacte attribuable aux technologies.

Chapitre 3 : Les coûts des soins de santé supportés par les ménages québécois selon leur niveau de richesse

Au-delà des statistiques générales sur la santé publiées par les organismes officiels, notre analyse cherchera à évaluer la répartition du financement de la santé supportée principalement par les ménages québécois répartis selon leur niveau de revenu. Lorsqu'il s'agit de dépenses publiques, il devient complexe de connaître la part supportée par chaque groupe de ménages puisqu'à l'exception des contributions spécifiques affectées à des fonds propres, le solde des dépenses est généralement financé à partir du *Fonds consolidé du revenu*, lui-même alimenté par l'ensemble des autres sources de revenus du gouvernement incluant les impôts, les taxes, les transferts du gouvernement fédéral et les revenus des sociétés d'État. L'évaluation requiert alors l'élaboration de diverses hypothèses de travail afin de tenir compte notamment des imputations nécessaires pour certaines sources de revenus fiscaux⁴³.

Dans un premier temps, nous chercherons à préciser l'ampleur des différentes sources de revenus publics affectés au financement de la santé, puis nous évaluerons les modalités de prélèvement pour chacune d'entre elles afin d'estimer la part supportée par chaque quintile de revenus des ménages ainsi que celle qui relève de la contribution des non-résidents ou des générations futures. Dans le but d'obtenir un portrait encore plus précis de cette répartition, nous distinguerons, pour l'année 2010-11, la partie du financement directement supportée par les individus (contribution santé, impôt sur le revenu des particuliers, TVQ sur la consommation personnelle, etc.) de celle qui découle d'imputations (impôt sur les sociétés, dividendes des sociétés d'État, etc.) ou qui est payée par des tierces personnes (*Fonds des services de santé*).

⁴³ L'ICIS a publié en 2013 une analyse sur la répartition du financement public de la santé au Canada. Ce document diffère de celui réalisé par la Chaire sous plusieurs aspects dont notamment : l'étude de l'ICIS couvre la vie entière d'une personne et vise les revenus et les dépenses publics alors que celle de la Chaire se limite à l'aspect revenu, mais inclut également le financement privé et ne couvre que l'année courante ce qui limite beaucoup le nombre d'hypothèses de travail à poser. De plus, le document de l'ICIS présuppose un financement public par l'impôt sur le revenu et les taxes à la consommation seulement sans tenir compte des fonds dédiés et les transferts fédéraux autres que ceux affectés spécifiquement à la santé. Aucun financement provenant des non-résidents n'est considéré. L'étude de la Chaire tient compte de manière distincte de toutes les sources de revenus publics ainsi que la part supportée par les non-résidents et celle reportée aux générations futures. Institut canadien d'information sur la santé, *Effets redistributifs du financement public des soins de santé au Canada : analyse sur une durée de vie*, mai 2013, <https://secure.cihi.ca/free_products/Lifetime_Distributional_Effects_AiB_FR.pdf>

3.1 Le financement public

Le financement public regroupe, d'une part, les diverses sources de revenus provenant principalement des impôts et des taxes (les sources générales) et, d'autre part, les revenus de tarification lorsque l'organisme responsable détermine le prix et les modalités d'obtention du bien ou du service (les fonds de sécurité sociale).

Au Québec, nous considérerons que les primes au régime d'assurance médicaments et le remboursement des dépenses de santé de la CSST et de la SAAQ correspondent à la définition des fonds de sécurité sociale. Par ailleurs, nous créerons une catégorie supplémentaire qui comprendra les revenus des usagers, soit ceux provenant de l'entente de réciprocité fiscale entre les provinces ainsi que les diverses contributions des usagers et des organismes gouvernementaux au financement de services de santé fournis par l'État (contribution pour des adultes hébergés dans des centres pour personnes âgées relevant du gouvernement, suppléments pour chambres privées, etc.). Pour l'année financière 2011-12, 96,5 % du financement public de la santé au Québec proviendraient des sources générales de revenus alors que le solde, 3,5 %, se répartirait entre les fonds de sécurité sociale (1,4 %) et le groupe des usagers (2,1 %).

3.1.1 Les sources générales

Au Canada, les dépenses publiques de santé financées à partir des revenus généraux relèvent principalement des gouvernements provinciaux. En 2011, l'ensemble des provinces a payé 92,8 % de la facture comparativement à 4,7 % pour le gouvernement fédéral⁴⁴ et 0,7 % pour les

⁴⁴ Il s'agit ici des dépenses directes assumées par le gouvernement fédéral excluant les paiements de transfert aux provinces. Ces dépenses visent les soins de santé à certains groupes de la population dont il est responsable en vertu de la Constitution (Premières Nations et Inuits) ainsi qu'à l'égard des anciens combattants admissibles, aux demandeurs du statut de réfugié, aux détenus des pénitenciers fédéraux et aux militaires actifs des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada.

municipalités⁴⁵. Au Québec, ces proportions sont respectivement de 92,2 % et 7,8 %⁴⁶ pour les gouvernements provincial et fédéral alors que les municipalités sont pratiquement exclues⁴⁷.

Jusqu'à maintenant, les données utilisées pour le Canada et le Québec proviennent de la *Base de données sur les dépenses nationales de santé* qui s'appuie sur le système de gestion financière (SGF). Ces statistiques permettent de faciliter les comparaisons internationale et nationale puisqu'elles visent une même couverture du secteur et que les modalités de calcul sont similaires. Par contre, ces statistiques ne permettent pas d'obtenir un niveau de détail suffisant en matière de financement pour la suite de notre analyse.

Les données de financement que nous utiliserons pour le Québec proviennent des dépenses aux fins des comptes de la santé. Les estimations du SGF sont moins élevées en raison de l'application de différentes méthodes de classification et de l'utilisation d'une définition plus restreinte des dépenses de santé. Pour 2010-11 et 2011-12⁴⁸, les revenus de sources générales ont atteint respectivement 29 833 millions \$ et 31 062 millions \$⁴⁹.

Nous pouvons répartir ce montant en quatre catégories distinctes : la partie relative à des fonds spéciaux dédiés à la santé mais sans lien entre le coût et le financement, celles provenant du *Fonds consolidé du revenu* du gouvernement du Québec et des transferts du gouvernement fédéral et la dernière constituée des revenus d'autres sources.

⁴⁵ Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales sur la santé*, 1975-2013, tableau A.2.1, p. 131. <https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport_FR.pdf>

⁴⁶ *Ibid.*, tableaux B.3.1 et B.4.1, p. 162 et 165.

⁴⁷ Pour 2009, les revenus provenant des municipalités n'ont atteint que 4,6 millions \$ soit 0,017 % des revenus généraux.

⁴⁸ Compte tenu de la disponibilité des statistiques, les calculs permettant d'évaluer la part des coûts de la santé supportée par les différents groupes de ménages s'effectueront à partir des statistiques de l'année 2010 ou 2010-11 selon le cas. Les évaluations couvriront l'année 2010-11 et seront projetées pour 2011-12.

⁴⁹ Le montant correspond au total des sources de financement de la santé moins les contributions des usagers et des autres ministères et organismes (CSST, SAAQ) ainsi que les ententes de réciprocité avec les autres provinces qui seront considérés comme des revenus attribuables à des fonds de sécurité sociale (section 3.1.2). Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Comptes de la santé, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013*, tableau 1, p.9. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-614-01F.pdf>>

3.1.1.1 Les fonds spéciaux dédiés à la santé

Quatre fonds spécifiques sont expressément dédiés la santé.

Le *Fonds des services de santé* (FSS), le *Fonds de financement des établissements de santé et des services sociaux* (FINESSS), le *Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie* (FPSHV) sont 3 fonds qui ont permis de financer 6 246 millions \$ des dépenses de santé en 2010-11, soit 21,0 % des revenus de sources générales⁵⁰. La croissance rapide des revenus du FINESSS où la cotisation est passée de 25 \$ à 100 \$ en 2011 a permis à ces Fonds de rapporter 6 875 millions \$ en 2011-12.

À l'opposé de ces trois fonds qui sont financés par des prélèvements qui s'apparentent plutôt à une taxe ou à un impôt sans lien avec le service, le quatrième, le *Fonds de financement de l'assurance médicaments*, est considéré comme faisant partie de la catégorie des fonds de la sécurité sociale puisqu'il fait l'objet d'une cotisation spécifique reliée au coût total du programme et que les modalités d'utilisation sont définies par le programme lui-même. Il sera donc traité ultérieurement dans la partie relative aux fonds de sécurité sociale (section 3.1.2).

3.1.1.1.1 Le *Fonds des services de santé*

Pour l'année budgétaire 2012-13, le *Fonds des services de santé* a récolté 6 377,6 millions de dollars⁵¹. Les sommes affectées à ce fonds proviennent de deux sources distinctes :

- Une cotisation sur les salaires versés (ci-après nommée « cotisation des employeurs ») dont le taux varie de 2,7 % à 4,26 % selon la masse salariale de l'entreprise;
- Une cotisation équivalant à 1 % des revenus de placements, de retraite et d'entreprise (ci-après nommée « cotisation des particuliers ») qui excèdent un seuil de 13 040 \$ en 2010. La cotisation maximale est de 1 000 \$.

⁵⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Comptes de la santé, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013*, tableau 1, p.9. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-614-01F.pdf>>

⁵¹ Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2012-13*, Vol. 2, p. 221. <http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol2-2012-2013.pdf>

Le tableau 12 présente les montants perçus pour chacune de ces composantes. Compte tenu des différences que nous venons de mentionner dans les assiettes, la répartition des montants selon les quintiles de revenus variera l'une de l'autre ce qui nous obligera à évaluer les distributions distinctement.

Tableau 12 : Cotisations au *Fonds des services de santé* selon les composantes, 2009-10 à 2012-13 (données en millions \$)

Type de cotisation	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
Cotisations des employeurs	5 581	5 765	6 019	6 377
Cotisations des particuliers	215	209	227	219
Cotisations totales	5 797	5 974	6 246	6 597

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Comptes de la santé 2009-2010 à 2011-2012*, tableau 5, p. 13. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-614-01F.pdf>>
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Comptes de la santé, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013*, tableau 5, p. 14. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-614-01F.pdf>>
Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2012-13*, Vol. 2, p. 221.
<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol2-2012-2013.pdf>

La cotisation des employeurs

Puisque ces cotisations s'appliquent sur les salaires versés, nous supposons que l'employeur considère ces montants comme une partie intégrante de sa masse salariale, ce qui réduit d'autant le véritable salaire versé à l'employé. Conséquemment, pour évaluer le payeur ultime de ces prélèvements, nous attribuerons ces montants aux salariés selon le revenu d'emploi que chacun obtient. Puisque le taux de cotisation varie selon la taille de l'entreprise, nous supposons également que pour chaque quintile de revenus, le taux moyen applicable sera similaire, ce qui signifie qu'au sein de chacun des quintiles, nous faisons l'hypothèse qu'on retrouve une proportion semblable de travailleurs dans les petites, moyennes et grandes entreprises.

Statistique Canada et l'Institut de la Statistique du Québec publient des statistiques sur les revenus des ménages répartis par quintiles de revenus en distinguant la partie privée (salaires, revenus d'entreprise, revenus de placements et de pensions privées) des revenus de transferts publics (sécurité de la vieillesse, allocations pour enfants, aide sociale, etc.). Le détail de ces sources n'est toutefois pas du domaine public. Nous devons donc développer une méthodologie

d'évaluation plus détaillée qui nous permettra de répartir les salaires selon les quintiles de revenus des ménages.

Pour y parvenir, nous avons choisi de créer un fichier des ménages à partir des informations fiscales des particuliers du Québec. Ce fichier nous permettra également de répartir d'autres formes de revenus qui nous seront utiles dans notre analyse. L'annexe 1 présente plus d'information sur la méthodologie utilisée pour créer ce fichier.

Aux fins de notre analyse, nous considérons que la totalité des montants payés par les entreprises au titre du *Fonds des services de santé* est attribuable aux salaires versés à des contribuables qui produisent leur déclaration de revenus au Québec⁵². De plus, comme ils sont versés par des tiers (employeurs) sans une contribution personnelle de la part de l'employé, nous attribuerons ces montants au groupe des paiements imputés au sein des ménages.

La cotisation des particuliers

Ces cotisations sont perçues à même les déclarations de revenus des particuliers. Pour l'année d'imposition 2010, elles ont atteint 209 millions \$. Pour répartir ce montant entre les ménages selon les différents quintiles de revenus, nous utiliserons le montant payé par chacun d'entre eux à partir du fichier des ménages que nous avons créé. Ces montants seront considérés comme des paiements directs effectués par les ménages.

La répartition des cotisations au sein des ménages

Le tableau 13 présente nos répartitions estimées pour 2010-11 et projetées⁵³ pour 2011-12 des cotisations des employeurs et des particuliers au FSS. Près de la moitié des cotisations sont attribuables au quintile 5 alors que les ménages du premier quintile contribuent de manière marginale aux cotisations totales.

⁵² Cette hypothèse ne peut causer un biais important dans les calculs considérant que les salaires versés à des non-résidents sont en partie compensés par ceux provenant des Québécois travaillant à l'étranger et que ceux-ci se situent principalement dans la région de l'Outaouais et que l'Ontario impose également une cotisation aux employeurs pour le financement des services de santé.

⁵³ Les répartitions projetées dans cette étude sont fondées sur les montants 2011-12 et les proportions 2010-11.

Tableau 13 : Répartition des cotisations des employeurs et des particuliers au *Fonds des services de santé* selon les quintiles de revenus des ménages, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	Montant total	Quintiles de revenus					Non-résidents
		1	2	3	4	5	
Cotisations des employeurs	5 765	123	526	973	1 582	2 561	-
Cotisation des particuliers	209	4	19	32	45	109	-
Total estimé 2010-11	5 974	127	545	1 005	1 627	2 670	-
Proportion (%)	100,0	2,1	9,1	16,8	27,2	44,7	-
Projection 2011-12	6 246	133	570	1 051	1 701	2 791	-
Contrib. directe pour 2010-11	209	4	19	32	45	109	
Contrib. imputée pour 2010-11	5 765	123	526	973	1 582	2 561	

Calculs effectués par les auteurs.

3.1.1.1.2 Le *Fonds de financement des établissements de santé et des services sociaux (FINESSS)*

Le FINESSS a contribué au financement des dépenses publiques de santé à hauteur de 252 millions \$ en 2010-11 et de 609 millions \$ en 2011-12⁵⁴. L'écart est principalement attribuable au fait que la cotisation santé annuelle est passée de 25 \$ à 100 \$ par adulte⁵⁵ en 2011. La cotisation a été majorée à 200 \$ en 2012 avant d'être modulée en fonction du revenu à compter de 2013⁵⁶. Selon les états financiers du gouvernement, ce fonds a récolté 998,0 millions \$ pour l'année 2012-13⁵⁷.

Pour obtenir la répartition des montants versés selon les quintiles de revenus (tableau 14), nous utiliserons à nouveau le fichier des ménages estimé à partir des statistiques fiscales des particuliers pour 2010. Selon ces statistiques, 4 952 355 des 6 307 142 contribuables ont versé 123,8 millions \$ au titre de la cotisation santé. Étant donné qu'aux fins des états financiers du

⁵⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Comptes de la santé 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013*, tableau 6, p. 15. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-614-01F.pdf>>

⁵⁵ Pour l'année d'imposition 2010, les personnes admissibles étaient celles dont le revenu net du ménage excédait 14 080 \$ dans le cas d'un ménage d'une seule personne et 22 820 \$ pour les ménages de 2 personnes sans enfant. La présence d'enfants à charge vient majorer ces seuils. Le lecteur peut obtenir plus de précision en consultant le guide de la déclaration de revenus des particuliers 2010 à la page 58. <<http://www.revenuquebec.ca/documents/fr/formulaires/tp/TP-1.G%282010-12%29.pdf>>

⁵⁶ La contribution commence à partir d'un revenu de 18 000 \$ et atteint 100 \$ entre 20 000 \$ et 40 000 \$ puis 200 \$ entre 42 000 \$ et 130 000 \$ et 1 000 \$ à compter d'un revenu net de 150 000 \$.

⁵⁷ Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2012-2013*, Vol. 2, p. 419. <http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol2-2012-2013.pdf>

gouvernement, il faut effectuer certains ajustements, nous utiliserons alors la distribution par quintiles de revenus obtenue à partir du fichier des ménages que nous appliquerons aux montants des états financiers. Ces montants sont considérés comme une contribution directe des ménages.

Tableau 14 : Répartition des cotisations des particuliers au *Fonds de financement des établissements de santé et des services sociaux* selon les quintiles de revenus des ménages, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	Fonds consolidé	Quintiles de revenus					Non-résidents
		1	2	3	4	5	
Total estimé 2010-11	252	27	51	53	58	63	-
Proportion (%)	100,0	10,9	20,2	21,0	23,1	24,8	-
Projection 2011-12 selon la cotisation réelle	609	66	123	128	141	151	-
Projection ajustée pour 2011-12 selon la structure des taux de cotisation de 2013	609	31	78	104	146	250	-
Proportion (%)	100,0	5,0	12,8	17,1	24,0	41,1	-
Contrib. directe pour 2010-11	252	27	51	53	58	63	

Calculs effectués par les auteurs.

Note : La projection ajustée de 2011-12 comprend le montant de contribution de 2011-12 réparti selon la distribution de 2013-14.

Étant donné les modifications importantes apportées au financement de ce fonds à compter de l'année 2013, nous avons choisi d'utiliser pour 2011-12 (projection ajustée) le montant réel perçu pour cette année, soit 609 millions \$, mais de le répartir entre les quintiles de revenus selon la distribution estimée comme si nous avions utilisé la structure des taux de cotisation de 2013. Ce calcul nous permet d'obtenir une répartition plus adaptée à la réalité actuelle.

3.1.1.1.3 Le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie

La contribution gouvernementale à ce fonds est de 20 millions \$ par année⁵⁸, puisée à même les revenus perçus en vertu de l'impôt sur le tabac. Pour déterminer la contribution de chaque quintile de revenus, nous baserons donc notre évaluation sur la valeur des cigarettes achetées par chacun d'entre eux selon l'enquête sur les dépenses des ménages publiée par Statistique

⁵⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Comptes de la santé 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013*, tableau 1, p. 9. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-614-01F.pdf>>

Canada⁵⁹. Nous considérerons que ces montants représentent une contribution directe des ménages. Le tableau 15 présente la répartition des montants.

Tableau 15 : Répartition des cotisations au *Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie* selon les quintiles de revenus des ménages, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	Fonds consolidé	Quintiles de revenus					Non-résidents
		1	2	3	4	5	
Total estimé 2010-11	20,0	4	4	4	3	5	-
Proportion (%)	100,0	17,5	21,1	20,8	16,4	24,1	-
Projection 2011-12	20,0	4	4	4	3	5	-
Contrib. directe pour 2010-11	20,0	4	4	4	3	5	

Calculs effectués par les auteurs.

- : Montant négligeable.

3.1.1.1.4 Sommaire

Compte tenu des modifications importantes apportées aux taux et aux modalités de cotisation du FINESSS en 2012 et 2013, nous avons choisi d'inclure à la projection 2011-12 des fonds spéciaux dédiés à la santé notre projection ajustée pour ce fonds et de lui appliquer l'importance relative que ce fonds revêt dans les fonds spécifiques en 2013-14, soit 14 % (au lieu de 8,9 % selon le calcul de la contribution réelle de 2011-12). Cela permettra d'obtenir une répartition plus adaptée à la réalité actuelle. Le tableau 16 présente les résultats.

Le quintile supérieur est responsable à lui seul de près de la moitié de la contribution totale alors que le premier quintile contribue à une participation marginale. L'importance relative du *Fonds des services de santé* (partie employeur) dicte la répartition globale des fonds spéciaux. Cette situation conduit également à l'obtention de montants beaucoup plus élevés pour les revenus imputés plutôt que ceux provenant d'une contribution directe de la part des ménages. C'est le premier quintile qui dispose du ratio - contribution directe par rapport à contribution imputée - le plus élevé alors que celui-ci diminue graduellement à mesure que les ménages disposent de plus de revenus.

⁵⁹ Statistique Canada, *Données de l'Enquête sur les dépenses des ménages* (édition 2010).

Tableau 16 : Répartition des cotisations aux fonds spéciaux dédiés à la santé selon les quintiles de revenus des ménages, 2010-11 et 2011-12

(Millions \$)	Fonds consolidé	Quintiles de revenus					Non-résidents
		1	2	3	4	5	
<i>Fonds des services de santé</i>	5 974	127	545	1 005	1 627	2 670	-
FINESSS	252	27	51	53	58	63	-
<i>Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie</i>	20	4	4	4	3	5	-
Total estimé 2010-11	6 246	158	600	1 062	1 688	2 738	-
Proportion (%)	100,0	2,5	9,6	17,0	27,0	43,8	-
Contrib. directe pour 2010-11	481	35	74	89	106	177	
Contrib. imputée pour 2010-11	5 765	123	526	973	1 582	2 561	
Projection 2011-12*	6 875	178	665	1 160	1 839	3 034	-
Proportion (%)	100,0	2,6	9,7	16,9	26,7	44,1	-

Calculs effectués par les auteurs.

* : Les calculs incluent la projection ajustée de 2011-12 et la pondération relative de la contribution au FINESSS de 2013-14 à la place de celle de 2011-12 afin d'obtenir une distribution plus représentative de la situation actuelle.

3.1.1.2 Le Fonds consolidé du revenu du Québec

La principale source du financement public de la santé provient du *Fonds consolidé du revenu du Québec*, lui-même alimenté par l'ensemble des revenus généraux perçus par le gouvernement du Québec. Ces retraits ont totalisé 16 104 millions \$ en 2010-11 et 16 457 millions \$ en 2011-12⁶⁰.

Répartir ces sommes selon les quintiles de revenus des ménages nécessite d'apporter quelques ajustements au préalable. En effet, comme le présente le tableau 17, certaines sources de revenus sont affectées en tout ou en partie à des fonds propres ou à des usages spécifiques de sorte que les sommes recueillies ne sont pas toutes versées au *Fonds consolidé du revenu*. Puisque les statistiques publiées par le gouvernement à l'égard des versements au *Fonds consolidé du revenu* ne comprennent que des regroupements généraux, il nous faut alors procéder à des ajustements spécifiques et résiduels supplémentaires à l'intérieur de chacun de ces groupes pour évaluer les montants versés relatifs à chaque source de revenus⁶¹.

⁶⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Comptes de la santé 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013*, tableau 1, p. 9. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-614-01F.pdf>>

⁶¹ L'ajustement résiduel peut être attribuable à plusieurs facteurs dont notamment des redressements de consolidation visant à éviter de comptabiliser plus d'une fois un même revenu ou dépense ou tout simplement que les informations disponibles ne permettent pas un calcul plus précis comme les radiations aux comptes à recevoir où il est impossible de les relier à une source précise de revenus.

Tableau 17 : Répartition des revenus perçus et versés au Fonds consolidé selon la source, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	2010-11		2011-12	
	Revenus	Montant versé au Fonds consolidé	Revenus	Montant versé au Fonds consolidé
Revenus autonomes	60 207	47 992	64 330	49 677
Impôts sur le revenu	30 323	28 735	32 416	29 120
Taxes à la consommation	14 807	12 986	16 620	14 419
Droits et permis	2 051	592	2 147	603
Revenus divers	7 428	1 631	7 558	1 381
Entreprises du gouvernement	5 598	4 048	5 589	4 154
Transferts du gouvernement fédéral	17 493	15 425	16 938	15 243
Total des revenus	77 700	63 417	81 268	64 920

Note : La différence entre les revenus et les montants versés au *Fonds consolidé du revenu* seront présentés dans les tableaux détaillés relatifs à chaque source de revenus.

Sources : Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2011-2012, Vol. 1*, p. 172-173.

http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2011-2012.pdf

Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2010-2011, Vol. 1*, p. 176-177.

http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2010-2011.pdf

Alors que la répartition des montants versés au Fonds consolidé selon les quintiles de revenus s'avère relativement simple et précise pour certaines sources de revenus, elle peut devenir beaucoup plus complexe pour d'autres et même faire l'objet de critiques compte tenu de l'état des recherches menées sur le sujet comme cela peut être le cas quant à l'impôt sur le revenu des sociétés. Toutefois, l'objectif poursuivi dans cette section n'est pas d'effectuer une analyse critique de la littérature en matière d'incidence des taxes et des impôts, mais plutôt d'utiliser les conclusions qui font davantage consensus afin d'obtenir une répartition plausible des montants payés et de faire ressortir une possible contribution des non-résidents ou des générations futures.

3.1.1.2.1 Les impôts sur le revenu et les biens

Ce volet comprend l'impôt sur le revenu des particuliers, les cotisations au *Fonds des services de santé*, l'impôt sur le revenu des sociétés et les impôts fonciers scolaires.

A. Les sommes versées au *Fonds consolidé du revenu du Québec*

Selon les comptes publics, les cotisations au *Fonds des services de santé* (6 070 millions \$ en 2010-11) sont versées au *Fonds consolidé du revenu du Québec*. Toutefois, aux fins de la santé, elles font l'objet d'une comptabilisation distincte. Comme elles ont déjà été prises en compte dans les fonds spécifiques dédiés à la santé (section 3.1.1.1.1), nous les excluons du montant global à répartir selon les quintiles de revenus. La situation est similaire pour les impôts fonciers (1 492 millions \$) dont le produit est attribué directement au réseau de l'éducation (commissions scolaires)⁶². Le montant global versé au *Fonds consolidé du revenu* relativement aux impôts sur le revenu des particuliers et des sociétés atteint donc 22 761 millions \$ en 2010-11 et 24 250 millions \$ en 2011-12.

À l'égard de l'impôt sur le revenu des particuliers (tableau 18), nous avons soustrait un montant correspondant à la portion notionnelle de l'abattement spécial relative au *Transfert canadien en matière de santé* puisque ce montant de 1 857 millions \$ pour 2010-11 est considéré comme une contribution directe du gouvernement fédéral au financement de la santé et sera pris en compte dans la partie des paiements de transfert spécifiques du gouvernement fédéral à l'égard de la santé (section 3.1.1.3).

Pour l'année financière 2011-2012, le *Fonds relatif à l'administration fiscale* servant à financer en partie l'agence du Revenu du Québec vient réduire de 777 millions \$⁶³ les revenus d'impôt des particuliers et des sociétés. De plus, la comptabilité gouvernementale vient désormais exclure de manière explicite les créances douteuses des versements au *Fonds consolidé*. La partie attribuable à l'impôt sur le revenu et les biens atteint 575 millions \$ sans toutefois préciser davantage la répartition entre les différentes sources de revenus. Ce montant a été appliqué aux

⁶² Le montant transféré au *Fonds consolidé du revenu du Québec* est celui apparaissant à l'annexe 22 des états financiers; le résidu est considéré comme un ajustement général pour ramener le solde à néant.

⁶³ *Loi sur l'agence du Revenu du Québec*, Chapitre A-7.003, art. 56 et 57.

<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_7_003/A7_003.html>

Agence du Revenu du Québec, *Rapport annuel de gestion 2011-2012*, note 3 des états financiers, p. 126.
<<http://www.revenuquebec.ca/documents/fr/publications/adm/ADM-500%282012-12%29.pdf>>

diverses composantes au prorata des revenus et est inclus dans notre ajustement général, ce qui explique en partie la forte hausse de ce poste en 2011-12.

Tableau 18 : Estimation des ajustements entre les revenus perçus au titre des impôts sur le revenu et les biens et ceux versés au *Fonds consolidé du revenu du Québec* selon la source de revenus, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	Revenus totaux	FRAF	PNATC	Sous-total	Ajustement général	Versement au Fonds consolidé
Année financière 2010-11						
Impôt sur le revenu des particuliers	18 835		1 857	16 978	-	16 978
Impôts des sociétés	3 926			3 926	-	3 926
Total estimé	22 761		1 857	20 904	-	20 904
Année financière 2011-12						
Impôt sur le revenu des particuliers	20 038	642	1 976	17 420	475	16 945
Impôts des sociétés	4 212	135		4 077	100	3 977
Total estimé	24 250	777		23 861	575	20 922

Calculs effectués par les auteurs.

FRAF : Fonds relatif à l'administration fiscale.

PNATC : Portion notionnelle de l'abattement spécial relative au *Transfert canadien en matière de santé*.

Note : Les totaux estimés des colonnes des revenus totaux et du versement au Fonds consolidé diffèrent de ceux du tableau 17 car les contributions au FSS et la portion notionnelle de l'abattement spécial relative au *Transfert canadien en matière de santé* sont exclues et traitées distinctement alors que les impôts fonciers scolaires sont aussi exclus puisqu'ils sont affectés directement au financement de l'éducation.

Sources : Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2010-2011, Vol. 1*, p. 139, 176-177.

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2010-2011.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2011-2012, Vol. 1*, p. 159, 172-173.

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2011-2012.pdf>

Agence du Revenu du Québec, *Rapport annuel de gestion 2011-2012*, note 3 des états financiers, p. 126.

<<http://www.revenuquebec.ca/documents/fr/publications/adm/ADM-500%282012-12%29.pdf>>

B. La répartition des sommes versées au *Fonds consolidé du revenu du Québec* selon les quintiles de revenus

Pour répartir l'impôt sur le revenu des particuliers entre les quintiles de revenus, nous utiliserons le fichier des ménages créé à partir des statistiques fiscales des particuliers. Nous retiendrons l'impôt net à payer comme variable de répartition. Cette variable correspond à l'impôt à payer moins les crédits d'impôt remboursables applicables. Nous répartirons le montant selon la proportion que représente l'impôt net à payer par rapport au montant versé au *Fonds consolidé*. Nous considérerons ce montant comme une contribution directe du contribuable.

Quant à l'impôt des sociétés, son incidence selon les quintiles de revenus des ménages est beaucoup plus difficile à évaluer⁶⁴. Cette complexité est d'ailleurs l'une des deux seules conclusions sur lesquelles s'entendent les spécialistes qui ont étudié la question. La seconde conclusion concerne les deux facteurs de production qui supportent le poids de la taxe, soit le travail et le capital; aucune étude récente n'accorde de validité au fait que les consommateurs pourraient également partager une partie de l'impôt. Le principal élément de discordance porte sur l'importance relative que ces deux facteurs peuvent jouer.

Aux fins de notre analyse, nous retiendrons un taux de 50 % pour chacun d'entre eux, ce qui permettra de minimiser d'éventuels écarts avec de nouvelles analyses sans apporter un biais notable à nos résultats compte tenu de l'importance relative de cette source de revenus sur l'ensemble du *Fonds consolidé du revenu*.

Alors que les salaires rallient les analystes pour évaluer l'incidence du travail, il en va autrement pour le capital. Pour certains, seuls les gains en capital réalisés et les dividendes permettent d'évaluer correctement l'impact de l'impôt des sociétés sur le capital. D'autres prétendent au contraire que le capital est non seulement mobile géographiquement, mais aussi dans sa nature, et que les investisseurs peuvent devenir des prêteurs de sorte que les intérêts reçus peuvent alors s'avérer une variable pertinente pour calculer l'incidence de l'impôt des sociétés sur le capital. Étant donné que les revenus d'intérêts peuvent être perçus de titres gouvernementaux ou de placements divers dans des institutions financières, qu'ils ne font pas l'objet d'une répartition selon leur source dans les statistiques fiscales et que, dans leur ensemble, ils sont largement supérieurs à ceux des dividendes et des gains en capital, nous limiterons nos variables de répartition aux seuls dividendes (excluant la majoration) et gains en capital.

Pour terminer sur la partie « capital », il convient de tenir compte de la partie des bénéficiaires qui est supportée par des non-résidents et qui ne doit donc pas être attribuée aux particuliers du

⁶⁴ Pour obtenir plus d'information sur la problématique entourant l'incidence de l'impôt des sociétés, le lecteur peut consulter le document suivant : Harris, Benjamin, H. *Corporate Tax Incidence and Its Implications for Progressivity*, Tax Policy Center, Urban Institute and Brookings Institution, November 2009. <http://www.urban.org/UploadedPDF/1001349_corporate_tax_incidence.pdf>

Québec. Par contre, à notre connaissance, il n'existe pas de statistiques pertinentes nous permettant d'évaluer ce volet. Bien que la partie des bénéficiaires sous contrôle étranger pour le Canada puisse différer de celle du Québec, nous l'utiliserons néanmoins pour exclure la portion attribuable aux non-résidents puisqu'il s'agit de la meilleure estimation disponible. Cette partie était de 22,3 % pour l'année 2010 et de 22,7 % en 2011⁶⁵. À l'égard des salaires, l'absence d'information nous amène à considérer qu'ils sont entièrement versés à des Québécois ce qui est certes au-delà de la réalité et nous permet de minimiser l'impact des non-résidents dans le financement de la santé au Québec. Étant donné que les ménages ne paient pas directement cet impôt, nous l'incluons dans la partie de la contribution imputée. Le tableau 19 présente le sommaire de cette répartition.

Tableau 19 : Répartition des revenus versés au *Fonds consolidé du revenu du Québec* au titre des impôts sur le revenu des particuliers et des sociétés selon les quintiles de revenus, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	Fonds consolidé	Quintiles de revenus					Non-résidents
		1	2	3	4	5	
Impôt sur le revenu des particuliers	16 978	105	891	2 080	3 950	9 952	-
Impôts des sociétés	3 926	53	229	432	779	1 994	438
Partie des actionnaires (50 %)	1 963	11	50	101	240	1 122	438
Partie des salariés (50 %)	1 963	42	179	331	539	872	-
Total estimé 2010-11	20 904	158	1 120	2 512	4 729	11 946	438
Proportion (%)	100,0	0,8	5,4	12,0	22,6	57,1	2,1
Contrib. directe pour 2010-11	16 978	105	891	2 080	3 950	9 952	-
Contrib. imputée pour 2010-11	3 926	53	229	432	779	1 994	438
Projection 2011-12	20 922	167	1 130	2 511	4 728	11 946	439

Calculs effectués par les auteurs.

- : Négligeable.

L'importance relative et la progressivité de la contribution directe sont nettement plus élevées que pour la contribution imputée.

⁶⁵ Statistique Canada, *Actifs, revenus d'exploitation et bénéficiaires d'exploitation sous contrôle étranger, selon la branche d'activité*, tableau 1, 2010 et 2011, 1 p.
<<http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/131030/t131030a001-fra.htm>>

3.1.1.2.2 Les taxes à la consommation

En vertu de l'article 540.1 de la *Loi sur la taxe de vente du Québec*, le gouvernement versait, depuis 1996, le produit de la taxe sur le pari mutuel au *Fonds de l'industrie des courses de chevaux* (c. M-14)⁶⁶. Depuis juillet 2011, cette taxe est abolie⁶⁷. Nous ne tiendrons donc pas compte de cette source de revenus dans nos calculs.

A. Les sommes versées au *Fonds consolidé du revenu du Québec*

Parmi les ajustements permettant d'établir le passage entre les taxes à la consommation perçues par le gouvernement et la partie de celles-ci versée au *Fonds consolidé du revenu du Québec*, c'est celui relatif au *Fonds des réseaux de transport terrestre* qui représente le montant le plus élevé. Pour 2010-11, 1 833 millions \$ perçus au titre de la taxe sur les carburants⁶⁸ ont été affectés à ce Fonds. Pour 2011-12, ce montant atteint 1 948 millions \$⁶⁹.

Quant à la taxe sur le tabac, deux fonds distincts, soit le *Fonds pour la promotion de saines habitudes de vie* et le *Fonds pour le développement du sport et de l'activité physique*, se partagent respectivement 20⁷⁰ et 52 millions⁷¹ tirés de ces revenus en 2011-12.

⁶⁶ Ce fonds a été institué en vertu de la section IV.1 de la *Loi sur le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation* L.R.Q., chapitre T-0.1. Voici le lien vers le libellé des articles avant leur abolition. <http://books.google.ca/books?id=GPBUj029_SoC&pg=PA2108&lpg=PA2108&dq=fonds+de+l%27industrie+des+courses+de+chevaux&source=bl&ots=pQHYNlaZFO&sig=eldgYx0Opokb3uoygpcIM49203k&hl=en&sa=X&ei=dwtTUZjTFdTI4AOUIIDYAQ&ved=0CEAQ6AEwATgK#v=onepage&q=fonds%20de%20l%27industrie%20des%20courses%20de%20chevaux&f=false>

⁶⁷ *Loi abolissant le ministère des Services gouvernementaux et mettant en œuvre le Plan d'action 2010-2014 du gouvernement pour la réduction et le contrôle des dépenses en abolissant et en restructurant certains organismes et certains fonds*, Loi 130, sanctionnée le 13 juin 2011, chapitre IV, articles 34 et 35.

⁶⁸ En vertu de l'article 12.32 de la *Loi sur le ministère des Transports* (c. M-28), les sommes perçues en vertu de l'article 55.1.1 de la *Loi concernant la taxe sur les carburants* (c. T-1) sont versées au *Fonds des réseaux de transport terrestre*.

<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/M_28/M28.htm>

⁶⁹ Ministère des Transports du Québec, *Rapport annuel de gestion 2011-2012*, p. 38.

<http://www.mtq.gouv.qc.ca/portal/page/portal/Librairie/Publications/fr/ministere/rapports_annuels/RAG_2011-2012.pdf>

⁷⁰ *Loi instituant le Fonds pour la promotion de saines habitudes de vie* sanctionnée le 8 juin 2007, art. 5.

<<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2007C1F.PDF>>

⁷¹ *Loi instituant le Fonds pour le développement du sport et de l'activité physique*, c. F-4.003, art. 5.

<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/F_4_003/F4_003.html>

Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport du Québec, *Rapport annuel de gestion 2011-12*, p. 154.

Tableau 20: Estimation des ajustements entre les revenus perçus au titre des taxes à la consommation et ceux versés au *Fonds consolidé du revenu du Québec* selon la source de revenus, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	Revenus totaux	Ajustements spécifiques			Sous-total	Ajustement général	Montant versé au Fonds consolidé
		FPSHV	FDSAP	FORT			
Année financière 2010-11							
Taxe de vente	11 577				11 577	(73)	11 650
Taxe sur les carburants	1 910			1 833	77	(1)	78
Taxe sur le tabac	873	20	49		804	(5)	809
Taxe sur les boissons alcooliques	446				446	(3)	449
Total estimé	14 807	20	40	1 833	12 904	(82)	12 986
Année financière 2011-12							
Taxe de vente	13 203				13 203	163	13 040
Taxe sur les carburants	2 064			1 948	116	2	114
Taxe sur le tabac	913	20	52		841	10	831
Taxe sur les boissons alcooliques	440				440	5	435
Total estimé	16 620	20	52	1 948	14 600	181	14 419

Calculs effectués par les auteurs.

FPSHV : *Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie.*

FDSAP : *Fonds pour le développement du sport et de l'activité physique.*

FORT : *Fonds des réseaux de transport terrestre* qui succède en 2011-12 au *Fonds de conservation et d'amélioration du réseau routier.*

Sources : Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2010-2011*, Vol. 1, p. 139, 176-177.

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2010-2011.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2011-2012*, Vol. 1, p. 159, 172-173.

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2011-2012.pdf>

Ministère des Transports du Québec, *Rapport annuel de gestion 2011-2012*, p. 38.

<http://www.mtq.gouv.qc.ca/portal/page/portal/Librairie/Publications/fr/ministere/rapports_annuels/RAG_2011-2012.pdf>

B. La répartition des sommes versées au *Fonds consolidé du revenu du Québec* selon les quintiles de revenus

La taxe de vente (TVQ)

Parmi les taxes à la consommation, c'est la taxe de vente (TVQ) qui contribue le plus au *Fonds consolidé* et c'est aussi celle qui comporte le plus de diversité dans ses composantes (consommation courante, habitation neuve, entreprises exonérées, achat des municipalités, etc.). Chacune de celles-ci possède une répartition distincte quant aux montants payés par chaque quintile de revenus et par les non-résidents.

<<http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/publications/publications/BSM/rapportAnnuelGestionMels2011-2012.pdf>>

De plus, afin d'obtenir une répartition plus juste des montants supportés par chaque quintile de revenus, nous avons soustrait des montants versés au *Fonds consolidé du revenu* celui du crédit pour TVQ qui vise expressément à réduire le poids des taxes à la consommation pour les ménages à faibles revenus. Ce crédit diminue la contribution nette de la taxe de vente à 11 110 millions \$ en 2010-11 et à 12 435 \$ en 2011-12. L'annexe 2 présente en détail les calculs effectués pour répartir ces montants selon les quintiles de revenus des ménages et les non-résidents.

La taxe sur les carburants

Depuis la création du *Fonds des réseaux de transport terrestre* (FORT), les revenus de la taxe sur les carburants versés dans le *Fonds consolidé du revenu* se limitent presque exclusivement aux taxes perçues sur le carburant pour l'aviation et pour les locomotives. Sans disposer de statistiques nous permettant de connaître la part de ces montants payée par les étrangers, nous considérerons que celle-ci correspond à la proportion des exportations dans le PIB (45 %) ⁷². Nous répartirons le montant restant selon les dépenses totales des ménages par quintiles de revenus. Ces montants étant payés par les entreprises, nous les considérerons comme une contribution imputée.

La taxe sur le tabac

Les revenus de la taxe sur le tabac sont répartis selon les dépenses des ménages au titre des cigarettes, la principale composante de cette taxe. Ces montants sont considérés comme une contribution directe des ménages.

La taxe sur les boissons alcooliques

Cette taxe est payée par trois groupes importants : les résidents à titre d'individus, les touristes et les congressistes étrangers, les entreprises au profit de leurs employés et de leurs clients. Selon les statistiques relatives aux touristes au niveau canadien, environ 3,8 % de l'ensemble de leurs

⁷² Institut de la statistique du Québec, *Produit intérieur brut selon les dépenses*, Québec, 2007-2012, Comptes économiques du Québec. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/economie/comptes-economiques/comptes-revenus-depenses/cea2_2.htm>

dépenses⁷³ sont consacrées aux boissons alcooliques. En appliquant cette proportion aux dépenses touristiques effectuées par les visiteurs étrangers au Québec, ce poste représenterait environ 400 millions \$.

Pour sa part, l'enquête sur les dépenses des ménages indique que les dépenses des individus au titre des boissons alcooliques ont été de 3,6 milliards \$ en 2010. Comme il s'est vendu pour 7,5 milliards \$ en boissons alcooliques au Québec, il resterait alors une valeur de 3,5 milliards \$ pour la partie des entreprises. Aucune donnée ne permet cependant de valider cette évaluation.

Nous répartirons donc les revenus du gouvernement au titre des boissons alcooliques selon les parts respectives de chacun de ces groupes. Pour les individus, la consommation de boissons alcooliques selon les quintiles de revenus servira de variable de répartition, alors que, pour les touristes, nous attribuerons l'ensemble du montant aux étrangers. Finalement, la partie découlant des achats de boissons par les entreprises sera considérée comme un coût pour celle-ci et sera répartie selon les dépenses totales de consommation des ménages entre les quintiles de revenus et la part des exportations dans le PIB du Québec⁷⁴.

Pour les ménages québécois et les touristes, les montants seront considérés comme étant une contribution directe au financement de la santé alors que pour la partie relative aux entreprises, ce sera plutôt une contribution imputée. Le tableau 21 présente le résultat de la répartition globale des taxes à la consommation selon les quintiles de revenus et la partie attribuable aux non-résidents.

⁷³ Ce taux est basé sur les statistiques canadiennes. Statistique Canada, *Le compte satellite du tourisme*, 13-604, document de recherche no 31, Ottawa, 1994, 33 p.

<<http://publications.gc.ca/collections/Collection/Statcan/13-604-M/13-604-MIB1994031.pdf>>

⁷⁴ Contrairement à l'impôt des sociétés où nous avons réparti le montant entre les facteurs de production, nous considérerons les taxes qui ne font pas l'objet d'un remboursement comme un coût général pour l'entreprise, ce qui viendra gonfler le prix des biens et services qu'elles vendent. Conséquemment, ce sont tous les clients qui en absorberont le coût et nous le répartirons selon les achats globaux effectués par les ménages selon les quintiles de revenus pour la partie afférente aux ventes effectuées aux ménages québécois et la part du PIB représentant les exportations (45 %) pour la partie effectuée à l'étranger.

Ce tableau indique une progressivité de la contribution totale de ménages et elle est encore plus forte pour la partie relative à la contribution directe. La contribution des non-résidents à 8,3 % total permet de réduire d'autant le poids des ménages québécois dans le financement de ses programmes sociaux. Globalement, la contribution directe des ménages est nettement supérieure à celle qui lui est imputée.

Tableau 21 : Répartition des revenus perçus au titre des taxes à la consommation selon les quintiles de revenus et les non-résidents, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	Fonds consolidé	Quintiles de revenus					Non-résidents
		1	2	3	4	5	
Taxe de vente	11 110	750	1 338	1 916	2 473	3 749	885
Taxe sur les carburants	78	4	6	8	10	15	35
Taxe sur le tabac	809	142	171	169	133	195	0
Taxe sur les boissons alcooliques	449	30	43	56	69	132	119
Partie des ménages	213	19	26	35	42	92	0
Partie des entreprises	212	12	17	21	27	40	95
Partie des touristes étrangers	24	0	0	0	0	0	24
Total estimé 2010-11	12 446*	926	1 558	2 148	2 685	4 090	1 039
Proportion (%)	100,0	7,4	12,5	17,3	21,6	32,9	8,3
Contrib. directe pour 2010-11	8 825	404	1 010	1 507	1 958	3 012	334
Contrib. imputée pour 2010-11	4 223	523	549	641	725	1 080	705
Projection 2011-12	13 815*	1 073	1 775	2 418	3 047	4 661	841

Calculs effectués par les auteurs.

* : L'écart par rapport au montant total indiqué au tableau 20 s'explique par la prise en compte dans ce tableau du crédit estimé pour TVQ (540 millions \$ en 2010-11 et 604 millions \$ en 2011-12).

3.1.1.2.3 Les droits et permis

A. Les sommes versées au *Fonds consolidé du revenu du Québec*

Contrairement aux impôts et aux taxes, la partie des droits et permis qui est versée au Fonds consolidé est beaucoup plus faible, résultat de transferts plus importants vers les fonds à des fins déterminés (tableau 22). À compter de 2010-11, c'est le FORT qui devient le plus important virement en provenance des droits et permis perçus (808 millions \$) : les droits d'immatriculation des véhicules, les permis de conduire, les contributions des usagers au

transport en commun, ainsi que les droits et permis pour les véhicules hors route⁷⁵. Pour 2011-12, ce montant atteint 849 millions \$, soit plus de 80 % des droits et permis perçus à ce titre⁷⁶.

Tableau 22 : Estimation des ajustements entre les revenus perçus au titre des droits et permis et ceux versés au Fonds consolidé du revenu du Québec selon la source de revenus, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	Revenus totaux	Ajustements spécifiques				Sous-total	Ajustement général	Montants versés au Fonds consolidé
		FV	FORT	SRQ	SOFIL			
Année financière 2010-11								
Véhicules automobiles	1 008		808		62	138	38	101
Ressources naturelles	330					330	90	240
Autres	713	350		18		345	94	251
Total estimé	2 051	350	808	18	62	813	221	592
Année financière 2011-12								
Véhicules automobiles	1 048		849		66	133	41	92
Ressources naturelles	360					360	112	248
Autres	739	338		19		382	119	263
Total estimé	2 147	338	849	19	66	875	272	603

Calculs effectués par les auteurs.

FV : Fonds vert.

FORT : Fonds des réseaux de transport terrestre.

SRQ : Société RECYC-QUÉBEC.

SOFIL : Société de financement des infrastructures locales du Québec.

Sources : Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2010-2011*, Vol. 1, p. 139, 176-177.

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2010-2011.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2010-2011*, Vol. 2, p. 281.

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol2-2010-2011.pdf>

Société RECYC-QUÉBEC, Rapport annuel 2011-2012, p. 38.

<<http://www.recyq-quebec.gouv.qc.ca/Upload/Rapport-annuel-2011-2012.pdf>>

Société de financement des infrastructures locales du Québec, *Rapport d'activité pour l'exercice terminé le 31 mars 2012*, p. 28. <http://www.sofil.gouv.qc.ca/pub/Rapport2012_SOFIL.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2011-2012*, Vol. 1, p. 159, 172-173.

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2011-2012.pdf>

Ministère des Transports du Québec, *Rapport annuel 2011-12*, p. 38

<http://www.mtq.gouv.qc.ca/portal/page/portal/Librairie/bpm/RAG_2011-2012.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2011-2012*, Vol. 2, p. 269.

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol2-2011-2012.pdf>

⁷⁵ En vertu de l'article 12.32 de la *Loi sur le ministère des Transports* (c. M-28), les sommes perçues en vertu des articles 648.4 du Code de la sécurité routière (chapitre C-24.2), 88.2 et 88.4 de la *Loi sur les transports* (chapitre T-12) et 49.3 de la *Loi sur les véhicules hors route* (chapitre V-1.2) sont versées au *Fonds des réseaux de transport terrestre*.

<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/M_28/M28.htm>

⁷⁶ Ministère des Transports du Québec, *Rapport annuel 2011-12*, p. 38.

<http://www.mtq.gouv.qc.ca/portal/page/portal/Librairie/Publications/fr/ministere/rapports_annuels/RAG_2011-2012.pdf>

À l'égard des droits d'immatriculation additionnels attribuables à un véhicule routier muni d'un moteur de la cylindrée déterminée par règlement, le montant perçu est versé à la Société de financement des infrastructures locales du Québec. Pour 2010-11, ce montant a été de 62 millions \$ (66 millions \$ en 2011-12)⁷⁷.

Le *Fonds vert* constitue le deuxième poste en importance. Ce fonds créé en 2006 est essentiellement financé à partir des redevances sur l'élimination des matières résiduelles et la redevance annuelle sur les carburants et les combustibles fossiles⁷⁸. Pour l'année 2010-11, les revenus de ce fonds ont atteint 350 millions \$ (338 millions \$ en 2011-12)⁷⁹. Le droit environnemental de 3 \$ par pneu est perçu par Revenu Québec et versé à la Société RECYC-QUÉBEC. Pour 2010-11, ce droit a produit un revenu de 18 millions \$ (19 millions \$ en 2011-12)⁸⁰.

B. La répartition des sommes versées au *Fonds consolidé du revenu du Québec* selon les quintiles de revenus

Les montants des droits et permis relatifs aux véhicules automobiles sont principalement attribuables à des charges diverses découlant notamment du contrôle routier, soit des dépenses qui peuvent relever en partie des entreprises. N'ayant aucune possibilité de connaître plus précisément la nature de ces montants ainsi que leur distribution, nous utiliserons la consommation totale pour répartir ces frais au sein des ménages. Nous utiliserons la même distribution pour les revenus tirés des ressources naturelles et des autres sources. Dans le cas des ressources naturelles, nous ajouterons également la partie du PIB qui a trait aux exportations comme variable de répartition.

⁷⁷ Société de financement des infrastructures locales du Québec, *Rapport d'activité pour l'exercice terminé le 31 mars 2012*, p. 28. <http://www.sofil.gouv.qc.ca/pub/Rapport2012_SOFIL.pdf>

⁷⁸ *Loi sur le développement durable* (loi 178) sanctionnée le 19 avril 2006, section II.1, p. 13. <<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2006C3F.PDF>>

⁷⁹ Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2011-2012*, Vol. 2, p. 269. <http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol2-2011-2012.pdf>

⁸⁰ Société RECYC-QUÉBEC, *Rapport annuel 2011-2012*, p. 38. <<http://www.recyq-quebec.gouv.qc.ca/Upload/Rapport-annuel-2011-2012.pdf>>

Nous considérerons que tous ces revenus constituent une contribution imputée au financement des soins de santé. Le tableau 23 présente les résultats obtenus.

Tableau 23 : Répartition des revenus perçus au titre des droits et permis selon les quintiles de revenus, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	Fonds consolidé	Quintiles de revenus					Non-résidents
		1	2	3	4	5	
Véhicules automobiles	101	10	15	18	23	35	-
Ressources naturelles	240	13	19	24	31	45	108
Autres	251	25	36	46	58	86	
Total estimé 2010-11	592	48	70	88	112	166	108
Proportion (%)	100,0	8,1	11,8	14,8	19,0	28,1	18,2
Contrib. imputée pour 2010-11	592	48	70	88	112	166	108
Projection 2011-12	603	49	71	89	114	169	112

Calculs effectués par les auteurs.

La partie attribuée aux non-résidents est relativement élevée à cause de l'importance des droits et permis relatifs aux ressources naturelles. Elle se situe près de la contribution du quintile 4.

3.1.1.2.4 Les revenus divers

A. Les sommes versées au *Fonds consolidé du revenu du Québec*

La proportion des revenus divers qui est versée au *Fonds consolidé du revenu* représente moins de 20 %. La nature des sources de revenus qui s'apparentent davantage à la tarification explique cette situation puisque les sommes sont principalement affectées à des utilisations particulières plutôt qu'au *Fonds consolidé* qui s'adresse à des fins générales.

Cette fois, les ajustements spécifiques sont plus difficiles à estimer étant donné que la presque totalité des fonds dédiés bénéficient des revenus liés à la vente de biens et services et à la contribution des usagers. Par ailleurs, les intérêts, amendes, confiscations ou autres revenus du même genre font également partie de l'assiette de ces fonds, mais leur ampleur est relativement faible et les statistiques disponibles pour la plupart des fonds ne permettent pas d'obtenir ce niveau de détail. Vu la proportion relativement faible de ces revenus qui est versée au Fonds

consolidé, nous avons choisi de les traiter entièrement comme un ajustement général à l'exception des frais de scolarité et de la contribution des usagers aux services de santé⁸¹. Le tableau 24 présente les résultats obtenus.

Tableau 24 : Estimation des ajustements entre les revenus perçus au titre des revenus divers et ceux versés au *Fonds consolidé du revenu du Québec* selon la source de revenus, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	Revenus totaux	Ajustements spécifiques		Sous-total	Ajustement général	Montants versés au Fonds consolidé
		Éducation	Santé			
Année financière 2010-11						
Ventes de biens et services	3 813			3 813	2 729	1 084
Contributions des usagers	1 426		1 852	(426)	(426)	-
Frais de scolarité	265	265		-	-	-
Intérêts	755			755	540	215
Amendes, confiscations et recouvrements	732			732	524	208
Transferts et donations de tiers	437			437	313	124
Total estimé (comptes de la santé)	7 428	265	1 852	5 311	3 680	1 631
Année financière 2011-12						
Ventes de biens et services	3 525			3 525	2 689	836
Contributions des usagers	1 455		1 837	(382)	(382)	-
Frais de scolarité	278	278		-	-	-
Intérêts	861			861	657	204
Amendes, confiscations et recouvrements	648			648	494	154
Transferts et donations de tiers	791			791	603	188
Total estimé (comptes de la santé)	7 558	278	1 844	5 436	4 055	1 381

Calculs effectués par les auteurs.

Sources : Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2010-2011*, Vol. 1, p. 139, 176-177.

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2010-2011.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Comptes de la santé 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013*, p. 17. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-614-01F.pdf>>

Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2011-2012*, Vol. 1, p. 159, 172-173.

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2011-2012.pdf>

B. La répartition des sommes versées au *Fonds consolidé du revenu du Québec* selon les quintiles de revenus

Comme il est impossible de distinguer la partie des revenus divers qui proviennent des particuliers de celle des entreprises, nous distribuerons ces montants selon la consommation

⁸¹ La contribution des usagers aux services de santé est prise en compte dans la section 3.1.2.2 de cette analyse.

globale des ménages. Ces montants seront considérés comme une contribution imputée. Le tableau 25 présente les résultats.

Tableau 25 : Répartition des revenus perçus au titre des autres revenus selon les quintiles de revenus, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	Fonds consolidé	Quintiles de revenus					Non-résidents
		1	2	3	4	5	
Ventes de biens et services	1 084	107	157	197	251	372	-
Intérêts	215	21	31	39	50	74	-
Amendes, confiscations et recouvrements	208	21	30	38	48	71	-
Transferts et donations de tiers	124	12	18	23	29	43	-
Total estimé 2010-11	1 631	161	236	296	378	560	-
Proportion (%)	100,0	9,9	14,4	18,2	23,2	34,3	-
Contrib. imputée pour 2010-11	1 631	161	236	296	378	560	-
Projection 2011-12	1 381	136	200	251	320	475	-

Calculs effectués par les auteurs.

Comme c'était le cas pour les autres sources de revenus imputées, la progressivité des montants n'est pas très élevée.

3.1.1.2.5 Les autres sources de revenus autonomes

A. Les sommes versées au *Fonds consolidé du revenu du Québec*

Ces revenus proviennent principalement des sociétés d'État. Les sommes versées au *Fonds des générations* et la partie des revenus d'Hydro-Québec affectée à l'autofinancement (25 %) échappent au *Fonds consolidé du revenu* tout comme les autres revenus. Le tableau 26 présente les résultats.

Tableau 26 : Estimation des ajustements entre les revenus perçus au titre des autres sources de revenus et ceux versés au *Fonds consolidé du revenu du Québec* selon la source de revenus, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	Revenus totaux	Ajustements spécifiques		Sous-total	Ajustement	Montants versés au Fonds consolidé
		Auto-financement	Fonds des générations			
Année financière 2010-11						
Société des alcools du Québec	915			915		915
Loto-Québec	1 247			1 247		1 247
Hydro-Québec	2 478	592		1 886		1 886
Autres	198			198	198	-
Fonds des générations	760		760	-		-
Total estimé	5 598	592	760	4 246	198	4 048
Année financière 2011-12						
Société des alcools du Québec	1 000			1 000		1 000
Loto-Québec	1 196			1 196		1 196
Hydro-Québec	2 545	587		1 958		1 958
Autres	8			8	8	-
Fonds des générations	840		840	-		-
Total estimé	5 589	587	840	4 162	8	4 154

Calculs effectués par les auteurs.

Sources : Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2010-2011*, Vol. 1, p. 139, 155, 180-181.

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2010-2011.pdf>

Société des alcools du Québec, *Rapport annuel 2011*, p. 19.

<<http://s7d9.scene7.com/is/content/SAQ/rapport-annuel-2011-fr>>

Loto-Québec, *Rapport annuel 2012*, p. 52.

<http://lotoquebec.com/cms/dms/Corporatif/fr/la-societe/rapport-annuel/rapport_annuel_2012_fr.pdf>

Hydro-Québec, *Rapport annuel 2012*, p. 74.

<http://www.hydroquebec.com/publications/fr/rapport_annuel/pdf/rapport-annuel-2012.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2011-2012*, Vol. 1, p. 159, 172-173.

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2011-2012.pdf>

Société des alcools du Québec, *Rapport annuel 2012*, p. 28.

<<http://s7d9.scene7.com/is/content/SAQ/rapport-annuel-2012-fr>>

B. La répartition des sommes versées au *Fonds consolidé du revenu du Québec* selon les quintiles de revenus

Pour répartir les dividendes versés par la Société des alcools, nous prendrons la même distribution que nous avons utilisée pour répartir la taxe sur les boissons alcooliques (voir section 3.1.1.2.2.B, taxes à la consommation).

En ce qui a trait à Loto-Québec, les casinos ont produit 23,5 % des revenus de la société alors que les loteries se sont accaparées du solde⁸². En supposant que les bénéfices soient proportionnels à ces contributions, les casinos seraient responsables de 293 millions \$ en dividendes et 1 540 millions \$ proviendraient des loteries. Selon la société, 15,8 % des visites dans les casinos proviendraient de personnes résidant à l'extérieur du Québec⁸³. Si nous appliquons ce taux aux bénéfices des casinos, 46 millions \$ seraient attribuables à des non-résidents. Le solde des dividendes versés par Loto-Québec sera réparti entre les quintiles de revenus selon les dépenses effectuées au titre des jeux de hasard.

Pour Hydro-Québec, la répartition des dividendes s'avère plus complexe et nécessite l'élaboration de plus d'hypothèses. D'abord, nous utiliserons les statistiques publiées par la société d'État⁸⁴ selon les trois entités qui la composent, soit la production, le transport et la distribution. Pour chacune d'entre elles, des hypothèses spécifiques seront formulées afin d'obtenir une répartition réaliste du poids supporté par les ménages répartis selon les quintiles de revenus.

La division de la production s'assure de répondre à la demande du marché domestique et de développer des marchés d'exportation. Pour en répartir les bénéfices (1 605 millions \$ pour 2010⁸⁵) selon ces deux secteurs, nous avons utilisé les ventes au réseau domestique (incluant les achats d'électricité hors Québec) et sur le marché extérieur desquelles nous avons soustrait les coûts attribuables au transport d'électricité. Nous évaluons ainsi un bénéfice de 570 millions \$ pour le réseau domestique, réparti⁸⁶ entre le secteur résidentiel et agricole (203 millions \$) et le

⁸² Loto-Québec, *Rapport annuel 2012*, p. 47.

<http://lotoquebec.com/cms/dms/Corporatif/fr/la-societe/documentation/centre-de-documentation/rapports-annuels-trimestriels/rapport_annuel_2012_fr.pdf>

⁸³ Lototquebec.com, Société des casinos du Québec, p. 1.

<<http://www.casinosduquebec.com/fr/casinos-du-quebec>>

⁸⁴ Hydro-Québec, *Rapport annuel 2011*.

<http://www.hydroquebec.com/publications/fr/rapport_annuel/pdf/rapport-annuel-2011.pdf>

⁸⁵ *Idem*, p. 55.

⁸⁶ La répartition est basée sur les ventes effectuées à chacun de ces groupes.

secteur institutionnel, commercial et industriel (367 millions \$), et de 1 035 millions \$ pour le secteur extérieur⁸⁷.

Pour le secteur du transport, nous avons réparti les bénéfices de 447 millions \$⁸⁸ au prorata de la quantité d'énergie transportée selon qu'il s'agit du secteur résidentiel ou agricole (141 millions \$), du secteur commercial, institutionnel ou industriel (254 millions \$) ou du secteur extérieur (52 millions \$).

Pour le secteur de la distribution, son domaine d'activité se limite au marché domestique. Nous avons ainsi réparti les bénéfices de cette division (453 millions \$⁸⁹) selon les ventes effectuées aux secteurs commercial, institutionnel ou industriel (266 millions \$) et aux secteurs résidentiel et agricole (187 millions \$).

La dernière étape consiste à utiliser le taux de conversion des bénéfices d'Hydro-Québec en dividendes (75 % des bénéfices) pour chacun des groupes et de répartir ces montants dans le cas de la partie attribuable :

- aux secteurs résidentiels et agricoles selon les dépenses en électricité des ménages pour chacun des quintiles de revenus;
- aux secteurs commercial, institutionnel et industriel selon la consommation globale des ménages et la part des exportations dans le PIB puisque la dépense en électricité représente un coût de production pour l'entreprise;
- aux ventes d'électricité à l'étranger aux non-résidents.

La répartition globale des dividendes versés au *Fonds consolidé du revenu* par les entreprises publiques du gouvernement du Québec est présentée au tableau 27.

⁸⁷ La diminution du prix et de la demande sur les marchés extérieurs en 2013 pourrait modifier cette répartition, mais aucune statistique ne permet de tenir compte de ce facteur présentement.

⁸⁸ *Idem*, p. 56.

⁸⁹ *Idem*, p. 57.

Comme ces montants représentent des profits d'entreprises publiques, le client qui achète des biens et services de celles-ci se retrouve alors à participer indirectement au financement de l'État et plus particulièrement aux soins de santé. Contrairement aux taxes à la consommation qui peuvent s'appliquer et qui se retrouvent directement versées au *Fonds consolidé*, les pratiques commerciales de ces entreprises apportent ainsi un filtre qui vient déterminer les profits et dont le consommateur ne peut connaître exactement l'impact sur son achat. Nous considérerons donc ces montants comme une contribution imputée.

Tableau 27 : Répartition des revenus perçus en provenance des sociétés d'État selon les quintiles de revenus, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	<i>Fonds consolidé</i>	Quintiles de revenus					Non-résidents
		1	2	3	4	5	
Société des alcools du Québec	915	70	100	130	161	298	157
Loto-Québec	1 247	91	132	237	280	215	293
Hydro-Québec	1 886	82	120	141	177	246	1 119
Secteurs résidentiel et agricole	400	46	67	75	92	120	0
Secteurs commercial, institutionnel et industriel	668	36	53	67	85	126	300
Secteur extérieur	819	0	0	0	0	0	819
Total estimé 2010-11	4 048	234	340	492	598	729	1 655
Proportion (%)	100,0	5,8	8,4	12,2	14,8	18,0	40,9
Contrib. imputée pour 2010-11	4 048	234	340	492	598	729	1 655
Projection 2011-12	4 154	249	362	515	628	784	1 616
Proportion (%)	100,0	6,0	8,7	12,4	15,1	18,9	38,9

Calculs effectués par les auteurs.

L'importance des bénéfices d'Hydro-Québec en provenance de l'étranger contribue à réduire à moins de 60 % la part des ménages québécois aux revenus des sociétés d'État qui sont versés au *Fonds consolidé* sous forme de dividendes. Toutefois, la faible progressivité des montants fait en sorte que, pour la partie supportée par les ménages à faibles revenus, ceux-ci sont mis à contribution de manière relativement plus importante que pour d'autres sources de revenus.

3.2.1.2.6 Les transferts généraux du gouvernement fédéral

A. Les sommes versées au *Fonds consolidé du revenu du Québec*

Le gouvernement fédéral a versé 17 493 millions \$ en 2010 et 16 938 millions \$ en 2011 à l'égard des transferts au gouvernement du Québec. Toutefois, le seul transfert général effectué est celui de la péréquation puisque les autres, soit le *Transfert canadien en matière de santé* (TCS) et le *Transfert canadien en matière de programmes sociaux* (TCPS), sont versés à des fins déterminées et ne peuvent être utilisés pour d'autres usages que ceux pour lesquels ils sont versés. Pour 2010-11, le gouvernement fédéral a versé 8 552 millions \$ au titre de la péréquation alors que pour l'année suivante le montant a été de 7 815 millions \$. Toutefois, pour cette dernière année, le montant total des transferts a été bonifié de 369 millions \$ (paiement de protection) pour faire en sorte que le total des principaux transferts ne soit pas inférieur à celui de l'année précédente. Ce montant supplémentaire n'étant pas alloué à des fins spécifiques, nous le considérerons comme un transfert général versé entièrement au *Fonds consolidé du revenu*.

B. La répartition des sommes versées au *Fonds consolidé du revenu du Québec* selon les quintiles de revenus

Selon les statistiques disponibles, le total des revenus de toute nature perçus au Québec par le gouvernement fédéral pour l'année 2010 a atteint 41,0 milliards \$ (43,1 milliards \$ en 2011) alors que ses dépenses courantes au Québec se sont chiffrées à 60,3 milliards \$ (61,6 milliards \$), un écart de 19,3 milliards \$ (18,5 milliards \$)⁹⁰.

Normalement, pour évaluer la partie des dépenses publiques fédérales au Québec qui est payée à même les revenus que les Québécois envoient au gouvernement fédéral, nous devrions considérer les dépenses au prorata que représentent ces revenus, soit 68 % (41,0/60,3) pour 2010, le solde étant dévolu aux résidents des autres provinces. Toutefois, la péréquation représente un programme particulier où ce principe ne peut être appliqué. En effet, comme il vise à compenser

⁹⁰ Institut de la statistique du Québec, *Comptes économiques des revenus et dépenses du Québec, édition 2013*, p. 46.
<<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/economie/comptes-economiques/comptes-revenus-depenses/comptes-revenus-depenses-2013.pdf>>

les provinces moins riches en transférant des sommes des provinces les plus riches vers les plus pauvres, une province ne peut à la fois en verser et en recevoir. Compte tenu de sa nature même, les sommes versées en vertu de ce programme seront attribuées entièrement aux non-résidents.

En ce qui a trait au paiement en vertu de la protection sur les transferts totaux en 2011, nous le répartirons entre les trois formes de transfert (TCS, TCPS et péréquation) au prorata des montants de chacun d'entre eux. En 2011, la péréquation versée au Québec a représenté 46,2 % (7 815 M\$/ 16 918 M\$) des transferts fédéraux excluant le paiement de protection. En appliquant cette proportion à ce dernier, nous obtenons un montant de 170 millions \$ que nous attribuerons à la péréquation et donc payé entièrement par les non-résidents alors que le solde (199 millions \$) sera réparti entre les résidents du Québec et ceux des autres provinces en fonction du ratio que représentent les revenus du gouvernement fédéral perçus du Québec par rapport aux dépenses courantes totales qu'il y effectue, exception faite de la péréquation. Le ratio attribuable aux résidents du Québec est alors de 80,4 % (79,3 % en 2010)⁹¹.

Pour éviter de multiplier les hypothèses et les calculs, nous retiendrons les sources de revenus fédérales suivantes aux fins de la répartition entre les quintiles de revenus des ménages québécois : l'impôt sur le revenu des particuliers (réparti selon l'impôt net à payer), l'impôt des sociétés (selon les ratios de l'impôt des sociétés du Québec), la TPS (selon les ratios de la TVQ) et les cotisations à l'assurance emploi (selon les montants payés par chaque groupe de ménages). Ces 4 sources représentaient 84,2 % des revenus totaux perçus par le fédéral au Québec en 2010, soit une proportion qui nous apparaît suffisante pour assurer une répartition adéquate des montants. Finalement, une réduction pour les quintiles 1, 2 et 3 est intégrée pour tenir compte du crédit pour la TPS. Le tableau 28 présente la distribution des montants. Nous considérerons ces montants comme étant une contribution imputée.

⁹¹ Pour l'année 2011, le calcul est le suivant : $80,4 \% = 43,1 / (61,6-7,8-0,2)$. Pour l'année 2010 : $79,3 \% = 41,0 / (60,3-8,6)$.

Tableau 28 : Répartition des transferts généraux du gouvernement fédéral selon les quintiles de revenus, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	<i>Fonds consolidé</i>	Quintiles de revenus					Non-résidents
		1	2	3	4	5	
Péréquation	8 552	0	0	0	0	0	8 552
Total estimé 2010-11	8 552	0	0	0	0	0	8 552
Proportion (%)	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Contrib. imputée pour 2010-11	8 552	0	0	0	0	0	8 552
Péréquation	7 815	0	0	0	0	0	7 815
Paie ment de protection	369	2	9	23	39	87	209
Projection 2011-12	8 184	2	9	23	39	87	8 024
Proportion (%)	100,0	0,0	0,1	0,3	0,5	1,1	98,0

Calculs effectués par les auteurs.

3.1.1.2.7 Sommaire des montants provenant du *Fonds consolidé du revenu du Québec*

Afin de faciliter la compréhension de cette section pour le lecteur, nous présentons au tableau 29 un sommaire de la répartition entre les quintiles de revenus et les non-résidents des sommes versées au *Fonds consolidé* d'abord puis de celles redistribuées à la santé.

Étant donné que pour l'année 2010-11, le budget du Québec s'est soldé par un déficit de 3 150 millions \$ (3 300 millions \$ en 2011-12), nous avons ajouté ce montant aux revenus du *Fonds consolidé* afin d'obtenir une vision plus réaliste des sommes globales qui seront puisées dans ce fonds pour financer les différents programmes du gouvernement. Ce montant sera à la charge des contribuables des années futures (générations futures dans le tableau). Sa contribution aux dépenses de la santé est estimée à environ 1 milliard \$, soit un peu plus de 6 % des dépenses de santé encourues, et correspond sensiblement à la partie supportée par le quintile 2.

Pour l'année 2010-11, près du quart des montants (23,0 %) proviendrait des non-résidents. À l'égard du financement supporté par les ménages (70,9 % de l'ensemble), le quintile 5 contribue à lui seul à 48,1 % (34,1/70,9), soit près de la moitié, alors que les quintiles 1 et 2 ne supportent que 13,3 % ((3,0+6,5)/70,9) tandis qu'ils représentent 40 % des ménages.

Tableau 29 : Répartition des revenus provenant du *Fonds consolidé du revenu du Québec* et versés au financement de la santé selon les quintiles de revenus, 2010-11 et 2011-12

	Fonds consolidé	Génération futures	Quintile 1	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5	Non-résidents
2010-11								
Impôts sur le revenu	20 904		158	1 120	2 512	4 729	11 946	438
Taxes à la consommation	12 446		926	1 558	2 148	2 685	4 090	1 039
Droits et permis	592		48	70	88	112	166	108
Autres revenus	1 631		161	236	296	378	560	-
Sociétés d'état	4 048		234	340	492	598	729	1 655
Transferts généraux du gouvernement fédéral	8 552		-	-	-	-	-	8 552
Emprunts	3 150	3 150						
Total des montants	51 323	3 150	1 527	3 324	5 536	8 502	17 491	11 792
Partie versée à la santé en 2010-11 (31,4 %)	16 104	988	479	1 043	1 737	2 668	5 488	3 700
Proportion (%)	100,0	6,1	3,0	6,5	10,8	16,6	34,1	23,0
Contrib. directe pour 2010-11	7 899	0	160	596	1 124	1 852	4 063	105
Contrib. imputée pour 2010-11	8 187	988	319	446	611	812	1 419	3 591
2011-12								
Impôts sur le revenu	20 922		167	1 130	2 511	4 728	11 946	439
Taxes à la consommation	13 815		1 073	1 775	2 418	3 047	4 661	841
Droits et permis	603		49	71	89	114	169	112
Autres revenus	1 381		136	200	251	320	475	-
Sociétés d'état	4 154		249	362	515	628	784	1 616
Transferts généraux du gouvernement fédéral	8 184		2	9	23	39	87	8 024
Emprunts	3 300	3 300						
Total des montants	52 359	3 300	1 676	3 547	5 807	8 876	18 122	11 032
Partie versée à la santé en 2011-12 (31,4 %)	16 457	1 037	527	1 115	1 825	2 790	5 696	3 467
Proportion (%)	100,0	6,3	3,2	6,8	11,1	17,0	34,6	21,1

Calculs effectués par les auteurs.

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Comptes de la santé 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013*, tableau 1, p. 9.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-614-01F.pdf>

En ce qui a trait aux contributions directes et imputées, bien que les montants sont similaires globalement, leurs distributions s'avèrent très différentes. La part supportée par les non-résidents et les générations futures représente une proportion beaucoup plus élevée pour la contribution imputée (55,9 % par rapport à 1,3 %), ce qui se traduit par une présence plus importante des ménages québécois dans le groupe des contributions directes. Comme la progressivité des montants est plus marquée dans ce dernier groupe, il en résulte donc une distribution générale progressive pour l'ensemble des ménages québécois.

3.1.1.3 Les paiements de transfert spécifiques à la santé du gouvernement fédéral

A. Les sommes versées

Cette partie du financement public est composée de trois catégories différentes :

- Transfert pour la santé : en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral verse aux provinces qui satisfont aux conditions des sommes spécifiques pour le financement des soins de santé. Pour l'année 2010-11, le Québec a reçu 4 252 millions \$ à ce titre (4 453 millions \$ en 2011-12)⁹².
- Portion notionnelle de l'abattement spécial du Québec : cette portion relative au *Transfert canadien en matière de santé* équivaut à 62 % de l'abattement spécial du Québec de 13,5 % dans le calcul de l'impôt fédéral sur le revenu des particuliers. Considérée comme une dépense par le gouvernement fédéral, cette réduction de l'impôt fédéral fait en sorte que c'est le Québec qui perçoit ultimement ces revenus au titre de son propre impôt sur le revenu des particuliers. Pour 2010-11, ce montant a atteint 1 857 millions \$ (1 916 millions \$ en 2011-12)⁹³. Ce montant a été spécifiquement exclu à la partie précédente des sommes versées au *Fonds consolidé du revenu* au titre de l'impôt sur le revenu des particuliers pour éviter de le comptabiliser en double.
- Autres programmes⁹⁴ : en 2010-11, le gouvernement fédéral a versé la somme de 319 millions \$ (253 millions \$ en 2011-12)⁹⁵ à l'égard des programmes suivants :
 - Subventions versées aux établissements de santé et autres organismes (178 millions \$)
 - *Fonds de transfert visant la réduction des temps d'attente* (58 millions \$);
 - Entente relative à la participation des personnes handicapées au marché du travail (46 millions \$); et

⁹² Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Comptes de la santé 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013*, p. 16. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-614-01F.pdf>>

⁹³ *Idem.*

⁹⁴ Certains de ces transferts peuvent paraître éloignés de la santé, mais comme ils sont comptabilisés dans les comptes de la santé par le gouvernement du Québec, nous les avons également inclus dans notre étude. L'importance relativement faible de ces montants n'influe pas sur les résultats globaux de l'analyse.

⁹⁵ *Idem.*

- Entente relative à la *Loi fédérale sur le système de justice pénale des adolescents* (37 millions \$).

Pour le gouvernement fédéral, il s'agit donc d'une somme globale de 6 428 millions \$ qu'il a versé au gouvernement du Québec spécifiquement pour la santé en 2010-11. Ce montant a augmenté à 6 622 millions \$ en 2011-12, soit 19,5 % des dépenses totales de santé et des services sociaux du Québec (34 017 millions \$).

B. La répartition des montants versés selon les ménages

Lorsque nous avons analysé les transferts généraux du gouvernement fédéral, nous avons établi que pour 2011-12, la part des dépenses fédérales effectuées au Québec et payées par les Québécois atteignait 80,4 % (section 3.2.1.3.6 B). Nous utiliserons ces ratios pour répartir la part du transfert pour la santé ainsi que pour les autres programmes entre les non-résidents et les ménages québécois. Pour ces derniers, nous utiliserons les mêmes proportions que celles obtenues pour la répartition du paiement de protection à l'exclusion de la partie relative aux paiements de péréquation pour évaluer la part supportée par les ménages de chaque quintile de revenus. Pour 2010-11, ce taux a été évalué à 79,3 %. Étant donné que le gouvernement fédéral constitue une tierce personne qui collecte des sommes au titre des impôts et taxes et qu'il les redistribue aux provinces selon des modalités de calcul qui s'appliquent à toutes les provinces sans lien direct avec les dépenses réelles et sans que le contribuable ne puisse connaître lui-même sa contribution réelle, nous considérerons que ces montants constituent une contribution imputée au financement des soins de santé.

En ce qui a trait à la portion notionnelle de l'abattement spécial du Québec relative au *Transfert canadien en matière de santé*, celle-ci consiste en un manque à gagner du gouvernement fédéral sur l'impôt personnel des contribuables québécois⁹⁶. Il s'agit ainsi d'un programme entièrement

⁹⁶ Sur la base d'une dépense effectuée par le gouvernement, le montant équivalant à la portion notionnelle de l'abattement spécial du Québec devrait être réparti selon la proportion des dépenses du Québec payée par les Québécois (79,3 %) et le solde par les non-résidents. Toutefois, dans les faits, le montant est entièrement payé par les contribuables québécois au titre de l'impôt sur le revenu des particuliers. Sans vouloir discuter du bien-

payé par les résidents québécois d'autant plus que ce montant est ensuite inclus dans la table québécoise d'impôt des particuliers. Nous répartirons donc les montants entre les ménages selon l'impôt sur le revenu des particuliers du Québec payé par chaque ménage. Nous considérerons ces montants comme une contribution directe aux soins de santé. Le tableau 30 présente la répartition des transferts fédéraux alloués à la santé selon les quintiles de revenus.

Tableau 30 : Répartition des transferts fédéraux alloués à la santé selon les quintiles de revenus, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	Fonds consolidé	Quintiles de revenus					Non-résidents
		1	2	3	4	5	
<i>Transfert canadien en matière de santé</i>	4 252	38	198	496	809	1 831	880
Portion notionnelle de l'abattement spécial du Québec relative au <i>Transfert canadien en matière de santé</i>	1 857	19	113	244	435	1 045	0
<i>Fonds de transfert visant la réduction du temps d'attente</i>	58	1	3	7	11	25	12
Entente relative au système de justice pénale pour les adolescents	37	0	2	4	7	16	8
Entente relative à la participation des handicapés au marché du travail	46	0	2	5	9	20	10
Subventions versées aux établissements de santé et autres organismes	178	2	8	21	34	76	37
Total estimé 2010-11	6 428	60	326	777	1 305	3 013	947
Proportion (%)	100,0	0,9	5,1	12,1	20,3	46,9	14,7
Contrib. directe pour 2010-11	1 857	19	113	244	435	1 045	0
Contrib. imputée pour 2010-11	4 571	41	213	533	870	1 968	947
Projection 2011-12	6 622	63	339	808	1 358	3 137	917
Proportion (%)	100,0	1,0	5,1	12,2	20,5	47,4	13,8

Calculs effectués par les auteurs.

La répartition des transferts fédéraux entre les quintiles de revenus montre leur forte progressivité. Contrairement aux autres formes de revenus que nous avons analysées jusqu'à maintenant, la contribution imputée relative aux transferts fédéraux possède une progressivité qui ressemble beaucoup à celle des contributions directes. Environ 14 % des montants proviennent des résidents canadiens des autres provinces.

fondé de cette façon de faire, nous avons donc opté pour répartir ce montant selon la distribution de l'impôt sur le revenu des particuliers du Québec.

3.1.1.4 Les revenus d'autres provenances

A. Les sommes versées

En plus des grandes sources de revenus que nous venons de mentionner, les dépenses de santé publiques sont également financées par des revenus en provenance de diverses autres sources générales, principalement les organismes du réseau de la santé. Ces autres revenus ont atteint 1 055 millions \$ en 2010-11 et 1 057 millions \$ en 2011-12⁹⁷.

B. La répartition selon les ménages

Les revenus provenant des organismes des réseaux de la santé sont généralement financés par le *Fonds consolidé du revenu du Québec*. Nous répartirons donc ces montants selon les proportions attribuables à ce fonds. Le tableau 31 présente les résultats.

Tableau 31 : Répartition des revenus généraux d'autres provenances alloués à la santé selon les quintiles de revenus, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	<i>Fonds consolidé</i>	Quintiles de revenus					Non-résidents
		1	2	3	4	5	
Revenus d'autres provenances 2010-11	1 055	35	75	123	188	388	246
Proportion (%)	100,0	3,3	7,1	11,7	17,9	36,7	23,3
Contrib. imputée pour 2010-11	1 055	35	75	123	188	388	246
Projection 2011-12	1 108	37	79	129	197	408	258

Calculs effectués par les auteurs.

⁹⁷ Ce montant est formé des revenus d'autres sources, des fonds de recherche du Québec pour la santé, des versements de Loto-Québec pour des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et pour le programme d'aide aux joueurs pathologiques et des autres revenus.
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Comptes de la santé 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013*, p. 9 et 16. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-614-01F.pdf>>

3.1.1.5 Sommaire du financement à partir des revenus généraux

Les revenus généraux représentent la principale source de financement de la santé au Québec. Le tableau 32 nous indique que globalement ce type de financement est très progressif. Alors que le quintile 4 finance la santé selon une proportion similaire à son poids démographique, le quintile supérieur contribue selon un ratio équivalent au double de son poids alors que les 3 quintiles inférieurs contribuaient à 21,8 % de l'ensemble en 2010-11. Ce qui est intéressant de noter, c'est la part relativement importante du financement apporté par les non-résidents, soit 16,4 %, au cours de cette année. Ce taux a diminué légèrement en 2011-12 suite à l'importance grandissante de la contribution santé⁹⁸ qui est entièrement financée par les Québécois. Finalement, soulignons qu'environ 1 milliard \$ des dépenses courantes sont refilés aux générations futures par le biais du déficit qu'il nous faut financer.

Tableau 32 : Répartition des revenus généraux alloués à la santé selon les quintiles de revenus, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	Fonds consolidé	Généralisations futures	Quintiles de revenus					Non-résidents
			1	2	3	4	5	
Fonds spéciaux dédiés à la santé	6 246	0	158	600	1 062	1 688	2 738	0
<i>Fonds consolidé du revenu du Québec</i>	16 104	988	479	1 043	1 737	2 668	5 488	3 700
Transferts du gouvernement fédéral en santé	6 428	0	60	326	777	1 305	3 013	947
Revenus généraux d'autres provenances	1 055	0	35	75	123	188	388	246
Total estimé 2010-11	29 833	988	732	2 044	3 699	5 849	11 627	4 893
Proportion (%)	100,0	3,3	2,5	6,9	12,4	19,6	39,0	16,4
Contrib. directe pour 2010-11	10 237	0	214	783	1 457	2 393	5 285	105
Contrib. imputée pour 2010-11	19 578	988	518	1 260	2 240	3 452	6 336	4 784
Projection 2011-12	31 062	1 037	805	2 198	3 922	6 184	12 275	4 642
Proportion (%)	100,0	3,3	2,6	7,1	12,6	19,9	39,5	14,9

Calculs effectués par les auteurs.

Le tableau fait également ressortir un aspect majeur du financement par les revenus généraux : la perte de visibilité des coûts véritables de la santé. En effet, environ les deux tiers de ce mode de financement sont attribuables au financement imputé soit une façon de percevoir les revenus qui voile la contribution réelle supportée par la population.

⁹⁸ Le lecteur doit se rappeler que pour 2011-12, nous avons tenu compte des nouveaux barèmes de la contribution santé modulés selon le revenu et de son importance relative selon les niveaux de contribution de 2013-14 afin d'obtenir une répartition plus réaliste du financement de la santé.

Pour plusieurs, il est déjà difficile de relier les impôts sur le revenu et les taxes à la consommation aux dépenses de santé. Alors comment peut-on sensibiliser les gens aux coûts réels lorsque ceux-ci sont payés par les profits réalisés par les sociétés d'État ou les revenus de transfert du gouvernement fédéral? Le lien est beaucoup trop éloigné pour créer un quelconque impact sur la demande de soins.

Le financement par les revenus généraux est intéressant sous plusieurs aspects dont des coûts administratifs moindres, une accessibilité universelle tout en protégeant les plus démunis. Par contre, il n'a que très peu d'impact sur la demande de soins puisqu'il éloigne la population de la vérité des coûts et crée une impression de gratuité auprès des bénéficiaires qui n'ont alors aucune idée des coûts réels qu'ils doivent supporter.

La contribution directe est fortement concentrée dans les quintiles supérieurs : le quintile 5 supporte 51,6 % du financement direct et le quintile 4, 23,4 %. Par contre, le quintile 1 est complètement exclu alors que le quintile 2 ne supporte que 2,1 %. La répartition est beaucoup moins progressive au niveau du financement imputé puisque le quintile 5 n'y contribue que pour 32,4 %, mais le quintile 1 participe à hauteur de 5,0 %. Toutefois, cette contribution des gens à faibles revenus est indirecte et abstraite au travers de leur consommation et de leurs diverses sources de revenus de sorte qu'ils ne peuvent quantifier leur contribution réelle.

3.1.2 Les fonds de sécurité sociale

A. Les sommes versées

Selon les critères comparatifs internationaux, les fonds de sécurité sociale pour le Québec comprennent l'assurance médicaments du Québec⁹⁹ et la Commission de la santé et de la sécurité du travail pour les frais payés au titre de la santé. Une analyse plus approfondie nous permet

⁹⁹ Les fonds de sécurité sociale se distinguent des fonds généraux dont nous avons parlé précédemment (section 3.1.1.1) par le fait que les contributions à ces fonds varient en fonction de l'utilisation qui en est faite.

d'ajouter également le *Fonds d'assurance automobile du Québec* pour la partie qui relève de la santé. Ces fonds ont atteint 1,1 milliard \$ en 2010-11 et 1,2 milliard \$ en 2011-12¹⁰⁰ :

	<u>2010-11</u>	<u>2011-12</u>
• Primes payées au régime public d'assurance médicaments :	874 M\$	864 M\$
• CSST et SAAQ (partie santé) :	239 M\$	324 M\$
Total	1 113 M\$	1 188 M\$

B. La répartition entre les ménages

Les primes de l'assurance médicaments seront réparties selon le montant des primes payées sur la déclaration de revenus des particuliers. À l'égard de la CSST et de la SAAQ, nous utiliserons les salaires versés (CSST) et les montants payés pour l'immatriculation et les permis de conduire (SAAQ) comme base de répartition. Nous considérerons les primes à l'assurance médicaments ainsi que les cotisations à la SAAQ comme des contributions directes alors que pour la CSST, nous l'inclurons dans le groupe des cotisations imputées étant donné que c'est l'employeur qui paie les primes dont les employés bénéficient. Le tableau 33 résume la répartition entre les quintiles de revenus des ménages et les non-résidents.

Tableau 33 : Répartition des revenus généraux alloués à la santé selon les quintiles de revenus, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	<i>Fonds consolidé</i>	Quintiles de revenus					Non-résidents
		1	2	3	4	5	
Assurance-médicaments (primes)	874	55	164	230	216	209	0
CSST et SAAQ (partie santé)	239	15	31	46	60	87	0
Total estimé 2010-11	1 113	70	195	276	276	296	0
Proportion (%)	100,0	6,3	17,5	24,8	24,8	26,6	0,0
Contrib. directe pour 2010-11	1 016	68	186	259	250	253	
Contrib. imputée pour 2010-11	97	2	9	17	26	43	
Projection 2011-12	1 188	74	204	289	295	325	0
Proportion (%)	100,0	6,2	17,2	24,3	24,8	27,4	0,0

Calculs effectués par les auteurs.

¹⁰⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Comptes de la santé 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013*, tableaux 8 et 9, p. 17 et 18. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-614-01F.pdf>>

L'application de maximums dans les cotisations à ces régimes limite beaucoup la progressivité.

3.1.3 La contribution des usagers au financement public

A. Les sommes versées

Pour obtenir un portrait plus complet du financement des dépenses publiques de santé au Québec, les comptes de la santé incluent une section relative à la contribution des usagers¹⁰¹ et des ministères et organismes. Nous y trouvons également les contributions en vertu d'ententes réciproques avec les autres provinces à l'égard des frais récupérés pour les soins offerts à des non-résidents. Les montants atteignent globalement 1,9 milliard \$ annuellement¹⁰².

	<u>2010-11</u>	<u>2011-12</u>
• Franchises et coassurances à l'assurance médicaments :	742 M\$	754 M\$
• Contributions des usagers :	978 M\$	973 M\$
○ Adultes hébergés	710 M\$	734 M\$
○ Autres contributions ¹⁰³	268 M\$	239 M\$
• Ministères et organismes ¹⁰⁴	164 M\$	150 M\$
• Ententes de réciprocité avec les autres provinces :	42 M\$	40 M\$
Total	1 926 M\$	1 917 M\$

Comme il est possible de le remarquer, certaines de ces dépenses peuvent également se retrouver dans le groupe des dépenses de nature privée de sorte qu'il faut être prudent si nous additionnons ces sommes en vue d'obtenir une image globale : certaines dépenses pourraient alors être comptabilisées en double.

¹⁰¹ Ces dépenses comprennent la contribution des adultes hébergés, les suppléments pour chambres privées et semi-privées, les contributions parentales pour enfants placés en famille d'accueil et diverses autres contributions des usagers.

¹⁰² Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Comptes de la santé 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013*, tableaux 8 et 9, p. 17 et 18. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-614-01F.pdf>>

¹⁰³ Ces autres contributions comprennent les suppléments pour chambres privées et semi-privées (60 M\$ en 2010-11), les contributions parentales pour enfants placés en famille d'accueil (56 M\$) et les autres contributions des usagers (152 M\$).

¹⁰⁴ Nous retrouvons les Fonds de recherche du Québec sur la santé (41 M\$ en 2010-11), Loto-Québec (55 M\$) et d'autres ministères et organismes (68 M\$).

B. La répartition entre les ménages

Pour répartir les franchises et coassurances à l'assurance médicaments, nous avons utilisé le coût des ordonnances pour les adhérents au régime que nous avons distribué selon les quintiles de revenus¹⁰⁵. À l'égard de la contribution des usagers, c'est celle des adultes hébergés dans un établissement de santé public qui représente le principal poste de dépenses (72,6 % en 2010-11). Nous supposons que ces personnes sont principalement âgées (CHSLD) de sorte que nous utiliserons la répartition des personnes de 65 ans et plus pour répartir le montant de contribution entre les quintiles de revenus. Puisque le gouvernement permet une réduction de la contribution pour les gens à faibles revenus (premier quintile), nous réduisons de moitié l'importance relative de ce quintile. Nous répartirons ce montant dans les quintiles suivants au prorata du nombre de personnes âgées de chacun.

Comme nous ne disposons que de très peu d'information pour répartir les autres contributions des usagers ainsi que celles des ministères et organismes, nous avons choisi de les distribuer à parts égales entre chaque quintile. Finalement, pour ce qui est de l'entente de réciprocité avec les autres provinces relativement aux soins de santé reçus au Québec par des résidents d'autres provinces, nous supposons que ces sommes sont entièrement payées par des non-résidents.

Nous considérerons que tous ces montants sauf celui relatif aux autres ministères et organismes sont des contributions directes.

¹⁰⁵ La Régie de l'assurance maladie du Québec publie des statistiques relatives au coût des ordonnances par groupe d'âge. En utilisant le coût moyen pour chacun et en le jumelant aux statistiques du fichier des ménages publié par Statistique Canada concernant le nombre de personnes selon le groupe d'âge du chef du ménage qui se retrouvent dans chaque quintile de revenus, nous pouvons évaluer la valeur des ordonnances de chaque quintile de revenus. Nous avons supposé qu'à l'intérieur d'un même ménage tous les membres sont dans le même groupe d'âge et que le montant moyen d'ordonnance s'appliquait à toutes les personnes du même groupe d'âge, indépendamment du quintile de revenus où elles se situent. Pour simplifier les calculs au sein des ménages, nous n'avons pas tenu compte des personnes dont l'âge est de moins de 20 ans. Ceux-ci ne représentent que 1,8 % du coût total des ordonnances. Régie de l'assurance maladie du Québec, ST@RAMQ, consulté le 1^{er} mai 2014. <https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/CDF_DifsnInfoStats/CDF1_CnsulInfoStatsCNC_iut/DifsnInfoStats.aspx?ETAPE_COUR=2&LANGUE=fr-CA>
Statistique Canada, *Données de l'Enquête sur les dépenses des ménages (édition 2010)*.

Tableau 34 : Répartition des revenus généraux alloués à la santé selon les quintiles de revenus, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	Fonds consolidé	Quintiles de revenus					Non-résidents
		1	2	3	4	5	
Assurance-médicaments (franchise et coassurance)	742	135	162	160	147	138	0
Contributions des usagers	978	136	250	236	195	161	0
Entente de réciprocité (autres provinces)	42	0	0	0	0	0	42
Ministères et organismes	164	32	33	33	33	33	0
Total estimé 2010-11	1 926	303	445	429	375	332	42
Proportion (%)	100,0	15,7	23,1	22,3	19,5	17,2	2,2
Contrib. directe pour 2010-11	1 762	271	412	396	342	299	42
Contrib. imputée pour 2010-11	164	32	33	33	33	33	0
Projection 2011-12	1 917	301	446	429	374	329	40
Proportion (%)	100,0	15,7	23,3	22,4	19,5	17,2	2,1

Calculs effectués par les auteurs.

Nous ne pouvons parler de progressivité dans le cas de la contribution des usagers. Malgré certains aménagements pour éviter de pénaliser indument les personnes moins nanties, nous constatons à la lecture du tableau 34 que les contributions de chaque quintile de revenus sont beaucoup plus semblables que pour les autres types de financement. L'hypothèse relative à la distribution de la contribution pour les adultes hébergés peut influencer cette conclusion, mais il est impossible d'en préciser exactement l'impact.

3.2 Le financement privé

A. Les montants payés

Les dépenses privées de santé au Québec ont atteint 12,0 milliards \$ en 2010 et 11,9 milliards \$ en 2011¹⁰⁶. Trois secteurs composent ces montants : les dépenses des ménages, la partie des dépenses remboursées par les compagnies d'assurance et les autres secteurs qui comprennent

¹⁰⁶ Les dépenses privées (ICIS) ne proviennent pas de la même source que les dépenses publiques (MSSS). Conséquemment, il est possible que certaines dépenses comptabilisées comme étant de nature privée par l'ICIS puissent se retrouver classées comme une dépense publique dans les comptes de la santé publiés par le MSSS. L'inverse est également possible. Afin d'obtenir une vision globale de la répartition, nous avons choisi de combiner ces deux sources, mais le lecteur doit considérer le jumelage des dépenses publiques et privées comme pouvant comporter certaines anomalies dues aux définitions employées, aux modalités de calcul des montants et à la possible comptabilisation en double de certains montants.

Institut canadien d'information sur la santé, *Tendance des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013*, tableau B.2.1, p. 159. <https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport_FR.pdf>

notamment les revenus des hôpitaux (les services alimentaires, les stationnements, les dons, etc.), les investissements pour la recherche et les immobilisations. Au Canada, ces secteurs représentent environ 50 %, 40 % et 10 % respectivement de l'ensemble des revenus de source privée.

Selon les dépenses des ménages, ces derniers ont dépensé 8,6 milliards \$ pour des soins de santé au Québec en 2010, soit 72,3 % des dépenses privées totales¹⁰⁷. De ce montant, les dépenses relatives aux assurances de personnes pour la santé atteignaient 3,0 milliards \$. Or, selon l'Autorité des marchés financiers, les primes totales payées à cet égard pour cette année représentaient 5,5 milliards \$¹⁰⁸. L'écart de 2,5 milliards \$ pourrait être attribué aux entreprises qui défraient une partie des primes pour leurs employés. Le montant global incluant les assurances atteindrait alors 11,1 milliards \$, soit 93,3 % du total des dépenses, laissant ainsi un solde de 0,9 milliard \$ pour les autres secteurs.

B. La répartition des montants entre les ménages

La distribution des dépenses de santé entre les ménages se fait sur la base de la partie des dépenses des ménages qui sont afférentes à ce poste. En ce qui a trait aux assurances payées par les employeurs, nous considérerons qu'il s'agit d'une dépense de l'entreprise et, comme nous l'avons fait précédemment pour ce genre de dépenses, nous la répartirons donc selon la consommation globale des ménages et la part qu'occupent les exportations dans le PIB. Finalement, pour les autres montants, nous utiliserons les dépenses pour les services de santé comme variable de répartition.

Comme l'indique le tableau 35, la contribution des quintiles inférieurs est plus importante que pour la partie qui relève des dépenses publiques alors que c'est l'inverse pour les quintiles supérieurs. Toutefois, à la décharge des dépenses privées, il est possible pour les contribuables

¹⁰⁷ Statistique Canada, *Données de l'Enquête sur les dépenses des ménages (édition 2010)*.

¹⁰⁸ Autorité des marchés financiers, *Rapport sur les assurances 2011*, p. 23.
<<http://www.lautorite.qc.ca/files/pdf/publications/autorite/rapports-annuels/assurances/rapp-annuel-assur-2011.pdf>>

de réclamer un crédit d'impôt pour les dépenses qu'ils ont encourues. Comme cette dépense fiscale a déjà été prise en compte dans le calcul de l'impôt sur le revenu des particuliers dans la partie du *Fonds consolidé*, la prise en compte de ce facteur viendrait comptabiliser ces montants une deuxième fois. Toutefois, aux fins d'obtenir un portrait plus juste de la répartition des revenus privés, nous ajoutons l'effet combiné du crédit pour frais médicaux et de l'imposition comme avantage imposable au Québec des assurances payées par l'entreprise selon le taux d'imposition moyen de chaque quintile de revenus.

Comme il s'agit de dépenses privées, la notion de contribution imputée ne s'applique plus. Certains pourraient prétendre que l'assurance médicaments payée par les employeurs pourrait répondre aux critères pour devenir une dépense imputée, par contre nous rejetons cette assertion sur la base qu'il s'agit d'un avantage imposable pour le particulier dans le calcul de son impôt du Québec et qu'en ce sens, elle devient visible et qu'elle nécessite une dépense supplémentaire d'impôt.

Tableau 35 : Répartition des revenus privés alloués à la santé selon les quintiles de revenus, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	Total	Quintiles de revenus					Non-résidents
		1	2	3	4	5	
Dépenses des ménages	8 576	877	1 441	1 667	2 080	2 511	-
Assurance payée par les entreprises	2 520	104	186	250	330	516	1 134
Autres sources	913	74	159	136	233	311	-
Total estimé 2010-11	12 009	1 055	1 786	2 053	2 643	3 338	1 134
Proportion (%)	100,0	8,8	14,9	17,1	22,0	27,8	9,4
Effet de la fiscalité	(709)	(26)	(113)	(188)	(203)	(180)	-
Total ajusté pour 2010-11	11 300	1 029	1 673	1 865	2 440	3 158	1 134
Proportion (%)	100,0	9,1	14,8	16,5	21,6	27,9	10,0
Projection 2011-12	11 871	1 043	1 763	2 031	2 610	3 294	1 128

Calculs effectués par les auteurs.

3.3 La répartition globale des coûts de la santé

Le tableau 36 présente la répartition globale des coûts de la santé au Québec supportés par les ménages selon les quintiles de revenus des ménages, les générations futures et les non-résidents¹⁰⁹. D'entrée de jeu, il est intéressant de noter que ces derniers contribuent au financement des soins de santé à hauteur d'environ 13,5 % des revenus totaux pour 2010-11, ce qui réduit d'autant la pression sur les Québécois. De plus, pour la même année, une proportion de 2,2 % du total a été refilee aux générations futures par le biais du déficit global, ce qui porte à 7,1 milliards \$ les coûts que les ménages québécois n'ont pas eu à financer pour cette année.

Tableau 36 : Répartition des revenus alloués à la santé selon les quintiles de revenus et la source, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	Total	Généralions futures	Quintiles de revenus					Non-résidents
			1	2	3	4	5	
Revenus de source générale	29 833	988	732	2 044	3 699	5 849	11 627	4 893
Fonds de sécurité sociale	1 113	0	70	195	276	276	296	0
Contribution des usagers	1 926	0	303	445	429	375	332	42
Total des revenus publics	32 872	988	1 105	2 684	4 404	6 500	12 255	4 935
Proportion	100,0	3,0	3,4	8,2	13,4	19,8	37,3	15,0
Contrib. directe pour 2010-11	13 015	0	553	1 381	2 112	2 985	5 837	147
Contrib. imputée pour 2010-11	19 839	988	552	1 302	2 290	3 511	6 412	4 784
Revenus de sources privées	12 009	0	1 048	1 772	2 041	2 622	3 310	1 134
Proportion	100,0	0,0	8,7	14,8	17,0	21,8	27,6	9,4
Total estimé 2010-11	44 881	988	2 153	4 456	6 445	9 122	15 565	6 069
Proportion (%)	100,0	2,2	4,8	9,9	14,4	20,3	34,7	13,5
Projection 2011-12	46 038	1 037	2 223	4 611	6 671	9 463	16 223	5 810
Proportion (%)	100,0	2,3	4,8	10,0	14,5	20,6	35,2	12,6

Calculs effectués par les auteurs.

Par ailleurs, l'importance élevée des revenus de sources générales permet aux quintiles 1, 2 et 3 de supporter un poids financier nettement inférieur à leur poids démographique alors que c'est l'inverse pour le quintile supérieur qui a supporté à lui seul 34,7 % du financement global et 41,2 % de celui assumé par les ménages. Le quintile 4 a une contribution financière qui dépasse faiblement son poids démographique. Pour le quintile 1, la dépense privée est semblable à celle

¹⁰⁹ À cet égard, le lecteur doit se rappeler que les statistiques relatives aux dépenses publiques et privées ne proviennent pas de la même source et que conséquemment, les résultats doivent être utilisés avec circonspection. Toutefois, le biais que cela peut entraîner dans les résultats ne saurait être important au point de les rendre complètement inutilisables.

du secteur public (1 048 millions \$ par rapport à 1 105 millions \$), alors que pour le quintile 5, la dépense publique excède largement celle du privé (12 255 millions \$ contre 3 310 millions \$).

Du côté de la contribution imputée, celle-ci est très similaire à celle de la contribution directe pour les quintiles 1, 2 et 3. Ainsi, pour chaque dollar que les ménages de ces quintiles de revenus versent à la santé, un autre, de sources diverses, leur est attribué sans que ces derniers en soient réellement conscients. À compter du quintile 4, la contribution imputée surpasse de manière plus distincte la contribution directe, ce qui amplifie le problème de visibilité du financement.

En matière de distribution, le coefficient de Gini¹¹⁰, permet d'obtenir une mesure statistique de la dispersion d'une distribution. Cet indicateur nous indique que le financement public de la santé obtient une valeur de 0,388 comparativement à 0,199 pour le secteur privé (tableau 37), ce qui signifie que ce dernier est distribué plus également entre les quintiles de revenus alors que la partie publique est davantage concentrée dans les quintiles supérieurs. En ce qui concerne les contributions directe (0,378) ou imputée (0,396), les indices sont très similaires.

Les fonds de sécurité sociale (0,192) obtiennent un coefficient nettement inférieur à celui des revenus généraux (0,427) où, à l'exception des transferts spécifiques du gouvernement fédéral (0,502), les diverses composantes présentent des indices similaires variant de 0,400 à 0,408. Mais en matière de financement de la santé, jusqu'à quel point doit-on tenir compte de la progressivité du financement? Devant l'importance que revêt la santé pour chaque individu, quelle devrait être la juste contribution de chaque quintile de revenus? Est-il normal que les quintiles de revenus inférieurs participent au financement? Si oui, à quel niveau?

¹¹⁰ Le coefficient de Gini est un indicateur statistique de la dispersion d'une distribution dans une population donnée. Il varie de 0 (égalité complète) et 1 (inégalité totale). Un signe négatif indique une distribution où les ménages à faibles revenus obtiennent une proportion plus élevée que leur poids démographique.

Tableau 37 : Coefficients de Gini selon les sources de financement de la santé en 2010-11

Sources de revenus	Coefficients de Gini		
	Ensemble	Contribution	
		Directe	Imputée
Financement privé de la santé	0,199	0,199	n.a.
Financement public de la santé	0,388	0,378	0,396
Contribution des usagers	(0,003)	(0,003)	0,005
Fonds de sécurité sociale	0,192	0,171	0,408
Revenus généraux	0,427	0,464	0,401
Fonds spéciaux*	0,400	0,263	0,412
<i>Fonds consolidé</i>	0,408	0,465	0,285
Paiements de transfert spécifiques du gouvernement fédéral	0,502	0,512	0,498
Autres revenus généraux	0,405	n.a.	0,405
Comparables			
Impôt sur le revenu des particuliers	0,536	n.a.	n.a.
Consommation de cigarettes	0,020	n.a.	n.a.
Alimentation	0,220	n.a.	n.a.
Logement	0,149	n.a.	n.a.
Salaires	0,412	n.a.	n.a.

Calculs effectués par les auteurs.

* : Parmi les fonds spéciaux, le FINESSS obtient un coefficient de 0,125 selon le taux de contribution de 2010-11. Toutefois, la modification apportée aux taux à compter de 2013 fait augmenter ce coefficient à 0,332 soit une valeur beaucoup plus progressive. L'impact global de ce changement sur le total des fonds spéciaux est cependant mineur puisque le coefficient ne croît que de 0,400 à 0,404.

Les réponses à ces questions sont complexes et relèvent davantage du domaine politique. Toutefois, afin d'éclairer le lecteur sur les choix possibles, examinons quelques comparatifs sur le plan de la distribution. Par exemple, la source de revenus souvent citée comme étant la plus progressive, l'impôt sur le revenu des particuliers (0,536), obtient un indice nettement plus élevé que ne l'est le financement public de la santé. Selon les statistiques fiscales, 36,6 % des particuliers qui ont rempli une déclaration de revenus en 2011 n'avaient aucun impôt sur le revenu à payer¹¹¹. Ce mode de financement qui repose principalement sur les contribuables à revenus plus élevés permet alors aux moins nantis de bénéficier des services publics sans participer à leur financement. Notons toutefois que d'autres sources de revenus du gouvernement, moins progressives, permettent néanmoins à ces personnes de contribuer au financement public selon leur capacité de payer respective.

¹¹¹ Ministère des Finances du Québec, *Statistiques fiscales des particuliers 2011*, p. 3. <http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Statistiques/fr/STAFR_sfp_2011.pdf>

À l'opposé, l'alimentation (0,220) et le logement¹¹² (0,149) représentent des dépenses associées à la couverture des besoins essentiels, mais ils obtiennent des coefficients beaucoup plus faibles qui se rapprochent même de la proportionnalité. Ces dépenses pourtant essentielles sont réparties de manière beaucoup plus semblable entre les différents quintiles de revenus des ménages. Nous pouvons même utiliser la dépense au titre des cigarettes comme un exemple de dépense proportionnelle entre les différents quintiles de revenus. Les dépenses en alimentation et pour le logement ont un indice semblable à celui des soins privés de santé (0,199).

Entre ces deux extrêmes, comment devraient se positionner les dépenses publiques de santé? Quatre facteurs doivent orienter notre réflexion. D'abord, contrairement à l'alimentation et au logement, qui représentent des dépenses récurrentes régulières, les soins de santé se caractérisent souvent par leur caractère spontané et imprévisible. Du jour au lendemain, sans avertissement, une personne peut se retrouver avec une maladie grave ou des blessures qui nécessiteront des soins urgents et prolongés sans oublier l'impact qu'elles peuvent engendrer sur la perte de revenus ou sur de nouvelles dépenses (garde d'enfants, entretien ménager, etc.). Sans une disponibilité financière immédiate, il peut s'avérer difficile, voire impossible, d'obtenir les soins requis. Un service de santé assumé par le secteur public sans contribution individualisée permet d'assurer les soins nécessaires à l'ensemble de la population.

Un deuxième facteur consiste en l'importance des montants en jeu. Alors que les ménages à revenus inférieurs peuvent comprimer certaines dépenses relatives à des besoins essentiels pour mieux les adapter à leurs revenus, les soins médicaux peuvent nécessiter des déboursés majeurs sans que des compromis puissent être réalisés pour en réduire les coûts. Des équipements de plus en plus sophistiqués, des interventions complexes, des services très spécialisés, tout cela concourt à prolonger l'espérance de vie et à améliorer la qualité de vie des gens, mais aussi à générer des frais que seul un service public peut offrir à l'ensemble de la population sans pénaliser les ménages à faibles et moyens revenus qui ne pourraient se payer de tels services.

¹¹² Le coût du logement comprend l'ensemble des coûts payés tant par les locataires que par les propriétaires de leur logement.

Le troisième facteur a trait à l'état de santé de certaines personnes. Contrairement à la majorité des gens, une partie de la population nécessite des soins importants et récurrents et ceux-ci peuvent s'étendre parfois même sur toute la durée de leur vie. Exiger une contribution financière en fonction des soins dont cette partie de la population a besoin pénaliserait indûment ces gens alors qu'elle n'y est souvent pour rien dans son état.

Le dernier facteur à considérer touche la visibilité du financement, ce qui permet aux gens de prendre connaissance des coûts du système et de l'impact de certains de leurs agissements. Nous avons vu que la contribution imputée au financement des services de santé était légèrement supérieure à celle provenant de la contribution directe (14,1 milliards \$ comparativement à 12,9 milliards \$ au tableau 36). Si nous nous limitons uniquement à la contribution directe identifiée à la santé, soit la contribution santé, le montant diminue à environ 1,0 milliard \$ et la part supportée par les gens du premier quintile ne représente qu'environ 5 % de ce montant. Un financement général invisible aux yeux de la plupart des gens crée une impression de gratuité et réduit d'autant l'impact que les coûts peuvent occasionner sur la demande de soins.

Il nous apparaît que la combinaison de ces facteurs milite en faveur d'une modification importante des modalités actuelles de financement de la santé. L'objectif n'est pas de restreindre l'accès aux soins, mais d'en partager les coûts d'une manière plus responsable. Pour contrer les effets combinés de l'imprévisibilité de certaines dépenses de santé et des sommes faramineuses que certaines maladies ou blessures peuvent occasionner, l'utilisation du principe de l'assurance par la mutualisation des risques et par leur répartition sur des clientèles cibles permettrait d'obtenir un financement plus responsable, sans pénaliser des personnes dont l'état de santé ou la faiblesse de leurs revenus ne permettent pas de payer les coûts que leur situation exige.

La mutualisation des risques et la répartition des coûts sur une population cible permettent d'éviter l'application d'une tarification unitaire qui pourrait limiter l'accès aux soins et répartissent les risques, ce qui permet à chacun d'assumer une contribution plus adaptée à ses revenus, mais aussi plus visible. Les prochains fascicules permettront de détailler davantage cette approche et d'en évaluer les conséquences sur la population selon chaque quintile de revenus.

Conclusion

Ce premier fascicule nous a permis de constater que la problématique entourant le secteur de la santé est similaire pour tous les pays dans le monde : malgré une réduction du taux d'augmentation enregistré depuis la dernière récession, les coûts de la santé représentent une composante majeure du budget des administrations publiques et ils croissent plus rapidement que l'économie. Comparativement aux autres provinces canadiennes, le Québec alloue moins de ressources par habitant aux soins de santé, mais compte tenu d'un niveau de richesse moins élevé, la proportion par rapport au PIB est supérieure à la moyenne canadienne et compte parmi les plus élevées au monde.

Les facteurs qui soutiennent cette croissance ne montrent pas de signes permettant de croire que la tendance de fond puisse ralentir au cours des prochaines années. Plusieurs études abondent en ce sens. Des événements ponctuels peuvent venir infléchir cette tendance à court terme, mais inexorablement elle reprendra son cours et poursuivra sa croissance à long terme.

Dans le but de mieux comprendre l'impact du financement de la santé sur la population du Québec, nous avons réparti ce financement selon qu'il s'agit d'une contribution payée par les non-résidents, les générations futures ou les ménages eux-mêmes. Pour ces derniers, nous avons utilisé les quintiles de revenus pour évaluer la part que chacun d'entre eux supporte de manière directe ou indirecte. Selon nos évaluations pour 2010-2011, 15,0 % du financement public est attribuable aux non-résidents alors qu'un autre 3,0 % est refilé aux générations futures. Le solde, 82,0 %, est assumé par les ménages, plus particulièrement le quintile 5 qui supporte à lui seul 45,5 % de ce financement alors que les quintiles 1 et 2 se limitent, ensemble, à 14,1 % du total.

Une telle progressivité du financement au sein de la population québécoise est-elle souhaitable ou exagérée? Nous croyons qu'il s'agit là d'une décision qui relève davantage du domaine politique. Toutefois, l'importance du financement imputé nous apparaît relativement élevée, ce qui entraîne que les montants véritablement payés par les ménages ne peuvent être clairement

identifiés par ces derniers. Il en résulte donc une méconnaissance des coûts réels de la santé et une impression de gratuité de la part de la population.

Pour maximiser l'impact du financement public sur la demande de services de santé, il est essentiel qu'une partie plus importante de celui-ci soit visible et clairement identifiée à la santé. La contribution santé joue partiellement ce rôle par son identité propre, mais pour la population en général, il s'agit simplement d'une forme additionnelle de taxe qui n'a aucun lien direct avec les coûts de la santé. À l'opposé, le régime d'assurance médicaments est directement lié aux coûts du régime.

Une tarification personnalisée des soins reçus pourrait s'avérer une méthode intéressante pour lier davantage les services et leur coût, toutefois, pour les ménages à faibles revenus ou ceux dont un des membres souffre d'un état de santé qui nécessite beaucoup de soins, cela pourrait constituer un frein important et mettrait ainsi en péril l'universalité d'accès que nous considérons comme étant un pilier incontournable du système de santé québécois. Nous rejetons donc cette forme de financement.

Les pays qui recourent aux fonds de sécurité sociale disposent d'un financement plus adapté aux coûts, mais des frais administratifs plus élevés constituent une contrainte par rapport aux régimes financés par les sources générales de revenus comme les impôts et les taxes. De plus, l'application de plafonds dans le financement de ces programmes limite la progressivité de ceux-ci, ce qui conduit à une contribution relativement plus importante des ménages à faibles revenus.

Pour maximiser les retombées du financement public, il nous apparaît important d'apporter une modification structurelle du financement actuel que nous jugeons trop impersonnel et dissimulé au travers d'une panoplie de sources qui éloignent les intervenants des coûts réels à financer. La mutualisation des risques et une répartition des coûts réels à supporter pour la population semblent davantage pertinentes pour sensibiliser celle-ci à la vérité des coûts et permettre de la responsabiliser face à ses actions.

Les prochains fascicules nous permettront de préciser davantage cette restructuration en évaluant les impacts sur la part que chaque intervenant paie. L'approche américaine où le principe de l'assurance est déjà fortement implanté nous servira de base de comparaison sans toutefois en profiter pour accroître l'importance du secteur privé dans le financement. Notre approche ne vise que le financement public.

Annexe 1 : Constitution du fichier des ménages à partir des statistiques fiscales du Québec

Statistique Canada et l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) publient de manière détaillée les dépenses des ménages selon les quintiles de revenus¹¹³. Par contre, à l'égard des revenus, le détail se limite au revenu privé et aux revenus de transferts gouvernementaux dans leur ensemble. Pour obtenir un niveau de détail plus élevé, nous utiliserons les statistiques fiscales du Québec qu'il nous faudra regrouper pour former les ménages et les répartir selon les quintiles de revenus de ceux-ci.

Dans un premier temps, nous devons fractionner certaines tranches de revenus des statistiques fiscales¹¹⁴ pour les rendre conformes aux seuils de revenus des différents quintiles de revenus. Les statistiques fiscales sont présentées au tableau 38.

Alors qu'il est relativement simple de former les ménages d'une seule personne, la tâche se complexifie grandement pour ceux de 2 personnes et plus puisque les statistiques fiscales des particuliers sont publiées sur une base individuelle. Il nous faut donc formuler des hypothèses et effectuer divers ajustements pour valider les informations globales relatives à la nature du revenu.

Étant donné que les transferts gouvernementaux ne sont pas tous imposables, les statistiques fiscales ne permettent pas d'en obtenir une valeur complète et fiable (une sous-estimation de 7,6 % selon nos évaluations). Nous ne considérerons donc pas cette forme de revenus comme un critère de calcul dans la constitution des ménages.

¹¹³ Les limites supérieures du revenu total selon les quintiles de revenu sont pour les ménages d'une personne : 14 934 \$ (arrondi à 15 000 \$), 21 576 \$ (21 600 \$), 32 679 \$ (32 700 \$), 49 617 \$ (50 000 \$). Pour les ménages de 2 personnes, les limites supérieures sont : 37 877 \$ (37 900 \$), 54 789 \$ (55 000 \$), 77 607 \$ (77 600 \$) et 110 317 \$ (110 300 \$).

¹¹⁴ Le fractionnement se fait au prorata du nombre des contribuables de la tranche. Par exemple, pour la tranche des statistiques fiscales de 20 000 \$ à 21 599 \$, il fallut répartir en deux groupes les contribuables ayant déclaré un revenu total entre 20 000 \$ et 24 999 \$. Nous avons donc alloué 32 % (1 599/5 000) des contribuables dans la tranche des 20 000 \$ à 21 599 \$.

Tableau 38 : Répartition des contribuables et des revenus selon le niveau de revenu et les quintiles de revenus, 2010

Tranches de revenus (\$)	Quintiles de revenus des ménages		Nombre de contribuables	Revenu total (fiscal) ^b (000 \$)	Revenus de source privée (000 \$)	Revenus de transferts gouvernementaux ^c (000 \$)
	1 personne	2 personnes et plus				
Moins de 15 000	1	1	1 764 330	12 595 901	5 985 667	7 822 545
15 000 à 21 599	2	1	851 360	14 532 304	7 657 412	7 273 709
21 600 à 32 699	3	1	1 004 599	25 299 052	19 722 849	6 547 081
32 700 à 37 899	4	1	433 041	14 636 290	12 464 727	2 371 809
37 900 à 49 999	4	2	797 907	33 632 954	30 043 826	3 895 281
50 000 à 54 999	5	2	228 263	11 685 885	10 917 328	838 235
55 000 à 77 599	5	3	643 335	39 697 198	37 744 529	2 140 783
77 600 à 110 299	5	4	354 833	26 642 469	30 685 088	906 714
110 300 et plus	5	5	229 473	46 802 373	46 228 266	604 459
Total			6 307 142	230 393 840	201 449 691	32 400 618

Calculs effectués par les auteurs.

- ^a : Le fractionnement au sein d'une tranche est effectué au prorata du revenu afférent à chaque sous-tranche
- ^b : Le revenu économique correspond au revenu total selon la déclaration de revenus moins le revenu de retraite transféré du conjoint et les autres revenus qui comprennent principalement des ajustements de nature fiscale, plus la partie du gain en capital non imposable moins la majoration du dividende. La partie du gain en capital relatif à la résidence principale ne peut être pris en compte
- ^c : La somme des revenus privés et des transferts diffère du revenu total fiscal puisque certains transferts ne sont pas considérés dans le calcul du revenu aux fins fiscales.

Sources : Ministère des Finances du Québec, *Statistiques fiscales des particuliers, année d'imposition 2010*, mai 2013, pp. 95-115

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Statistiques/fr/STAFR_sfp_2010.pdf>

Institut de la statistique du Québec, *Extraction spéciale relative aux revenus selon les quintiles de revenus des ménages*, avril 2014.

Constitution des ménages d'une personne

À partir des statistiques fiscales selon les tranches de revenus, il est possible de sélectionner les ménages constitués d'une seule personne de manière à obtenir un revenu similaire à celui des ménages publié par Statistique Canada. Le solde des contribuables sera attribué aux ménages de 2 personnes et plus. Le tableau suivant présente une comparaison entre les résultats obtenus et ceux de l'ISQ.

Tableau 39 : Comparaison des ménages de 1 personne et de leurs revenus selon les données économiques et fiscales estimées et les quintiles de revenus

Quintiles de revenus	Nombre de ménages d'une personne		Revenu total moyen (\$)		Revenu privé moyen (\$)	
	Institut de la Statistique	Fichier estimé	Institut de la Statistique	Fichier estimé	Institut de la Statistique	Fichier estimé
1	211 600	211 600	9 100	9 211	nil	nil
2	211 600	211 600	18 100	18 147	4 600	4 436
3	211 600	211 600	26 900	26 947	19 700	19 662
4	211 600	211 600	41 100	41 157	36 300	36 188
5	211 600	211 600	73 600	73 685	70 700	70 402
Total	1 058 000	1 058 000	33 760	33 829	26 260	26 138

Calculs effectués par les auteurs.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Extraction spéciale relative aux revenus selon les quintiles de revenus des ménages*, avril 2014.

L'utilisation de la moyenne surestime de 0,2 % les revenus totaux de l'ensemble de ces ménages. L'écart maximum se retrouve dans le premier quintile à 1,2 %. Pour tenir compte du fait que les ménages les moins fortunés étaient également ceux qui obtenaient le plus de transferts gouvernementaux, nous avons apportés des ajustements pour le calcul du revenu privé afin de maximiser les revenus de transferts auprès de ces ménages et ainsi reporter aux ménages de 2 personnes et plus, une proportion plus élevée de revenus privés pour un même quintile de revenus.

Constitution des ménages de deux personnes et plus

Dans un premier temps, nous avons ajouté 134 607 personnes¹¹⁵ aux statistiques fiscales des particuliers pour tenir compte des personnes qui ne produisent pas de déclaration de revenus et qui sont à la charge d'autres contribuables. Les personnes dont le revenu total excède le revenu minimum du quintile 5 (110 300 \$) sont entièrement attribuées à ce groupe alors qu'à mesure où le revenu diminue, la proportion attribuable à ce quintile est réduite au profit des autres quintiles selon les niveaux de revenus de chacun des quintiles. Nous avons retenu comme ménage la combinaison de contribuables qui permettait d'obtenir la meilleure estimation du nombre de ménages pour chaque quintile ainsi que le revenu privé le plus juste possible. Nous avons finalement apporté un ajustement global et uniforme pour tous les quintiles pour tenir compte de

¹¹⁵ Ce nombre représente la différence entre le nombre de contribuables et les personnes de 20 ans et plus dans la population.

la différence entre le revenu économique publié par l'ISQ et celui obtenu à partir des statistiques fiscales. Le tableau suivant présente les résultats obtenus.

Tableau 40 : Comparaison des ménages de 2 personnes et plus et de leurs revenus selon les données économiques et fiscales estimées et les quintiles de revenus

Quintiles de revenus	Nombre de ménages de 2 personnes et plus		Revenu total moyen (\$)		Revenu privé moyen (\$)	
	Institut de la Statistique	Fichier estimé	Institut de la Statistique	Fichier estimé	Institut de la Statistique	Fichier estimé
1	466 400	467 231	27 100	27 135	8 000	8 231
2	466 400	466 029	46 500	46 414	32 700	32 773
3	466 400	466 889	65 900	65 374	56 200	56 428
4	466 400	466 524	92 300	92 571	84 000	84 244
5	466 400	465 327	166 800	167 107	161 400	160 624
Total	2 332 000	2 332 000	79 720	79 720	68 460	68 460

Calculs effectués par les auteurs.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Extraction spéciale relative aux revenus selon les quintiles de revenus des ménages*, avril 2014.

Globalement, selon nos calculs, notre méthodologie surestime le revenu total des ménages de 2 personnes et plus de -0,8 % à 0,3 % selon le quintile de revenus. En ce qui a trait au revenu privé, les écarts varient entre -0,05 % et 2,9 %.

Annexe 2 : Répartition des montants de la taxe de vente du Québec (TVQ) versés au *Fonds consolidé du revenu du Québec* selon les quintiles de revenus des ménages québécois et les non-résidents

Nous évaluerons la part de la TVQ payée par les différents quintiles de revenus et les non-résidents en analysant de manière distincte chacune des composantes de cette taxe puisque chacune d'entre elles répond à des caractéristiques différentes qui influent grandement sur l'incidence de cette taxe sur la population.

Dépenses des ménages

La contribution directe des ménages constitue la principale constituante de la TVQ. En sélectionnant les dépenses assujetties à la TVQ, nous obtenons un montant de dépenses de 94,8 milliards \$ pour l'année 2010¹¹⁶. Selon le taux de taxe de 7,5 % en vigueur en 2010, ces dépenses ont produit des revenus de taxe de 6,6 milliards \$. En ajustant la hausse du taux à 8,5 % en janvier 2011 et à 9,5 % en janvier 2012, les ménages québécois ont payé 6,8 milliards \$ en 2010-11 et 7,7 milliards \$ en 2011-12. Disposant de toute l'information pertinente dans le fichier des ménages publié par Statistique Canada, nous pouvons répartir ce montant de taxe selon les dépenses taxables réalisées par chaque quintile. Il s'agira d'une contribution directe des ménages au financement de la santé.

La balance touristique

Cette section vise à comptabiliser les taxes nettes payées lors des voyages, soit la partie payée par les non-résidents au Québec moins celle des Québécois à l'étranger. Comme les dépenses des ménages publiées par Statistique Canada comprennent l'ensemble des dépenses effectuées par les Québécois, au Québec ou ailleurs, il faut donc soustraire du montant établi au poste précédent (dépenses des ménages) la partie des dépenses effectuées à l'étranger lors de voyages et qui n'apporte pas de recettes de taxes au gouvernement du Québec. Il restera à ajouter les taxes payées sur les frais de déplacement effectués au Québec par les étrangers.

¹¹⁶ Statistique Canada, *Données de l'Enquête sur les dépenses des ménages (édition 2010)*.

Selon les statistiques disponibles¹¹⁷, les dépenses des visiteurs étrangers au Québec en 2010 ont atteint 1,3 milliard \$ pour ceux provenant des autres provinces canadiennes et 2,2 milliards pour ceux des autres pays. À l’opposé, les touristes québécois ont dépensé au cours de cette même année 4,8 milliards \$ à l’extérieur du Canada. En ce qui a trait à la partie dépensée dans les autres provinces, nous ne disposons pas de l’information. Aux fins de la présente analyse, nous considérerons que ce montant est équivalent à celui des autres touristes canadiens au Québec, soit 1,3 milliard \$. Globalement, le déficit de la balance touristique serait alors de 2,6 milliards \$.

En considérant qu’il s’agit de dépenses taxables (hébergement, repas, activités, transport, etc.), ce montant se traduit par l’entrée de 261 millions \$ en 2010 (270 millions \$ en tenant compte du changement de taux sur la base de l’année financière du gouvernement), alors que les dépenses des Québécois à l’étranger occasionnent une perte de 459 millions \$ (475 millions \$). Pour l’année 2011-12, ces montants deviennent 308 millions \$ et 538 millions \$ respectivement. Pour redistribuer le montant dépensé par les Québécois à l’étranger entre les différents quintiles de revenus, nous utilisons les dépenses au titre des achats de forfaits voyages. Nous considérerons les montants relatifs au tourisme comme étant une contribution directe au système de santé.

L’habitation résidentielle

L’enquête sur les dépenses des ménages ne considère pas l’achat d’une résidence, mais plutôt son coût d’utilisation incluant le financement. Or, l’achat d’une résidence neuve est taxable aux fins de la TPS et de la TVQ. Un remboursement partiel de taxe pour habitations neuves permet cependant de réduire la taxe effectivement payée. Évidemment, une partie de ce montant de taxe peut se retrouver dans le coût de financement, mais nous avons expressément exclu le remboursement hypothécaire comme dépenses taxables des ménages. Les immeubles résidentiels locatifs sont également assujettis à la taxe et admissibles à un remboursement partiel de taxe.

¹¹⁷ Ministère du Tourisme du Québec, *Les plus récentes données sur le tourisme au Québec*, juillet 2011, p. 1. <<http://www.tourisme.gouv.qc.ca/publications/media/document/etudes-statistiques/recentes-donnees-juillet-2011.pdf>>
Ministère du Tourisme du Québec, *La balance touristique internationale en 2010*, déc. 2011, p. 2. <<http://www.tourisme.gouv.qc.ca/publications/media/document/etudes-statistiques/Balance-touristique-inter-2010.pdf>>

Pour l'année 2010, la valeur des permis de bâtir résidentiels a atteint 9,8 milliards \$¹¹⁸ (10,2 milliards \$ en 2011). Si nous attribuons les maisons individuelles, les maisons jumelées et les maisons en rangée aux ménages propriétaires et les appartements au secteur locatif¹¹⁹, nous pouvons ainsi fractionner ce montant entre les deux groupes, ce qui entraîne des montants de TVQ de 481 millions \$ et de 282 millions \$ respectivement pour 2010.

Comme les ménages propriétaires ont eu droit à un remboursement de taxe de 50 millions \$ comparativement à 19 millions \$ pour les locateurs¹²⁰, la taxe nette a atteint 431 millions \$ pour le premier groupe que nous répartirons au sein des ménages selon les versements hypothécaires des propriétaires, alors que, pour les locateurs, la taxe nette de 263 millions \$ sera plutôt répartie entre les ménages selon le loyer payé. Pour 2011-12, ces montants atteignaient 390 millions \$ et 330 millions \$ respectivement.

Dans le cas des propriétaires, nous considérerons que la TVQ payée constitue une contribution directe à la santé, alors que pour les locataires ce sera une contribution imputée puisque ce sont les locateurs qui ont payé la TVQ et qu'il est impossible d'isoler la partie de la TVQ comprise dans le prix du loyer.

Organismes de services publics

Les organismes de services publics comprennent essentiellement les organismes de bienfaisance, les écoles, collèges et universités et les hôpitaux. Ils ont droit à un remboursement de la taxe payée aux taux de 50 % pour les premiers, 47 % pour les maisons d'enseignement sans but lucratif et 51,5 % pour les hôpitaux. À partir des dépenses fiscales, nous pouvons estimer que les

¹¹⁸ Statistique Canada, *Permis de bâtir, valeurs selon le secteur d'activité et la région*, CANSIM tableau 026-0004. <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a47>>

¹¹⁹ Statistique Canada. *Investissement dans la construction de logements neufs, selon le type de logements, Canada, provinces et territoires*, CANSIM tableau 026-0017. <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&retrLang=eng&id=0260017&paSer=&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=31&tabMode=dataTable&csid>>

¹²⁰ Ministère des Finances du Québec, *Dépenses fiscales*, édition 2012, tableau A.8 p. A.61. <http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/autres/fr/AUTFR_DepensesFiscales2012.pdf>

taxes payées et non remboursées par ces organismes ont atteint 429 millions \$ en 2010-11 et 502 millions \$ en 2011-12¹²¹.

Nous répartirons la partie relative aux organismes sans but lucratif selon la distribution des dons à des organismes de charité. Comme le financement des écoles et des hôpitaux provient principalement du *Fonds consolidé du revenu*, nous répartirons les montants de taxe entre les quintiles de revenus selon les proportions obtenues pour l'ensemble des autres sources de revenus du *Fonds consolidé*. Tous ces montants seront considérés comme des contributions imputées au système de santé.

TVQ payée par les municipalités

Les montants de la TVQ payée par les municipalités sont estimés à 610 millions \$ pour 2010 et à 710 millions \$ pour 2011¹²². En vertu de l'Entente 2007-13 avec les municipalités, le gouvernement s'est engagé à rembourser une partie progressive de la TVQ jusqu'en 2014. Pour 2010 et 2011, les montants remboursés ont atteint respectivement 255 et 295 millions \$ laissant ainsi une contribution nette de 355 millions \$ et 415 millions \$ pour ces deux années. Comme les variables de répartition entre les ménages des différents quintiles de revenus diffèrent selon qu'il s'agit de taxes payées par les ménages propriétaires ou locataires ou des taxes relevant du domaine commercial ou industriel, nous devons donc répartir ces montants selon ces catégories de contributeurs.

Selon l'enquête sur les dépenses des ménages de Statistique Canada, les dépenses foncières et celles relatives aux aqueducs et égouts attribuables au logement appartenant à l'occupant ont atteint 5,3 milliards \$ en 2010, soit 25,2 % des coûts de logement. Pour ce qui est des maisons de villégiatures et des chalets, les montants atteignent 0,3 milliard \$ et représentent 24,6 % des coûts de logement. En ce qui a trait aux logements loués par l'occupant, nous ne disposons pas de la partie attribuable aux taxes. En supposant un taux de 25 %, un taux similaire aux autres groupes, nous obtiendrions un montant de taxes de 2,6 milliards \$ pour les locataires.

¹²¹ *Idem*.

¹²² Ministère des Finances du Québec, *Le Québec, ses municipalités, ses régions, Budget 2012-2013*, p. 76. <<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2012-2013/fr/documents/Municipalites.pdf>>

Les taxes foncières payées par les ménages atteindraient donc 8,2 milliards \$ laissant ainsi un solde de 1,8 milliard attribuable aux immeubles non résidentiels¹²³. Le solde des revenus perçus par les municipalités concerne notamment des compensations de taxes, des transferts, des services rendus à d'autres municipalités, etc. Aux fins de notre analyse, nous nous limiterons aux seuls revenus de taxes foncières et de taxes relatives aux aqueducs et égouts.

Nous répartirons la TVQ nette payée selon les dépenses réelles (propriétaires occupants) ou estimées (locataires) de ces taxes selon le quintile de revenus. Pour la partie relative aux secteurs commercial et industriel, nous utiliserons une répartition fondée sur l'ensemble des dépenses de consommation des ménages sur la base qu'il s'agit d'un coût supporté par les entreprises¹²⁴.

Pour l'ensemble de la TVQ payée par les municipalités, nous considérerons qu'il s'agit d'une contribution imputée au système de santé puisque le montant est payé par une tierce personne et qu'il est impossible de déterminer le montant de la TVQ payé par la municipalité qui se retrouve dans chaque compte de taxes municipales payé par les résidents.

Entreprises exonérées

Les biens et services exonérés n'offrent pas la possibilité d'être admissibles aux remboursements de taxes sur intrants (pour la TPS) et aux crédits de taxes sur intrants (pour la TVQ), ce qui entraîne que les entreprises qui les vendent doivent en absorber le coût. Ces biens et services se retrouvent principalement dans le secteur de la santé (médicaments et dentistes notamment), des services sociaux (garderies, par exemple), du logement de long terme et des municipalités. À partir des recettes que le gouvernement aurait pu percevoir sur ces biens et services s'ils étaient taxés, nous évaluons la TVQ payée par ce secteur à 2,5 milliards \$ pour 2010-11. En soustrayant la dépense fiscale attribuable à ce secteur (905 millions \$), le montant net de TVQ aurait atteint

¹²³ Ministère des Affaires municipales, Régions et Occupation du territoire, *Rapport financier des organismes municipaux – Exercice financier 2011*, janvier 2013, p. S18.
<http://www.mamrot.gouv.qc.ca/pub/finances_indicateurs_fiscalite/information_financiere/publications_electroniques/2011/rapports_org_muni/C1_Munloc_RF2011_Sommation.pdf>

¹²⁴ Étant donné que les commerces supportent une proportion plus importante des taxes municipales que les entreprises manufacturières, nous ne tiendrons pas compte de la partie reliée aux exportations pour effectuer la répartition.

1,5 milliard \$ pour cette année (1,9 milliard \$ en 2011-12). Ce montant est ensuite réparti selon les dépenses effectuées par chaque quintile de revenus à l'égard de ces entreprises sauf pour la partie relative aux municipalités où les taxes foncières serviront de variable de répartition. La totalité de ce montant se retrouve au sein de la contribution imputée aux ménages.

Non-remboursement des crédits de taxes sur intrant aux grandes entreprises

Les informations statistiques à cet égard datent de plusieurs années et seule une extrapolation, aussi imprécise qu'elle puisse être, nous permet d'obtenir une valeur approximative de leur ampleur. En 1998-99, ces restrictions atteignaient 517 millions \$¹²⁵. En supposant que ce montant fluctue selon l'ensemble des revenus de la TVQ, nous obtenons des montants de 1 079 millions \$ et 1 239 millions \$ en 2010-11 et 2011-12¹²⁶.

Étant donné qu'il s'agit de coûts internes à l'entreprise et que leur impact est diffus au sein de l'entreprise, nous répartirons ces montants selon la consommation de biens et services taxables des ménages ainsi que la proportion qu'occupent les exportations dans le PIB du Québec (45 %). La totalité de ce montant se retrouve dans le groupe des contributions imputées.

Ajustement

Il s'avère difficile d'évaluer avec précision la partie de la TVQ relative à chaque composante (par exemple, la statistique officielle la plus récente relativement au non-remboursement des crédits de taxe sur intrants aux grandes entreprises date de 1998-99). De plus, les montants versés au *Fonds consolidé* sont publiés sur une base comptable qui tient compte d'une multitude d'ajustements touchant notamment les comptes à recevoir, les régularisations de fin d'année, etc. La méthodologie que nous avons utilisée nous a permis de répartir 93,1 % (94,7 % en 2011-12) du montant de la TVQ versée au *Fonds consolidé*. Pour balancer le montant global, nous

¹²⁵ Ministère des Finances du Québec, *Discours sur le budget et renseignements supplémentaires 1997-98*, annexe A, p. 221. <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/1997-1998/fr/PDF/1997-98_fine.pdf>

¹²⁶ En 1997/98, les revenus de la TVQ atteignaient 5,5 milliards \$ alors qu'ils ont atteint 11,5 milliards \$ en 2010-11 et 13,2 milliards \$ en 2011-12.

Ministère des Finances du Québec, *Plan budgétaire, Budget 1999-2000*, section 2, p. 6.

<<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/1999-2000/fr/PDF/plan-fr.pdf>>

Ministère des Finances du Québec, *Plan budgétaire, Budget 2013-14*, p. I.4.

<<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2013-2014/fr/documents/Planbudgetaire.pdf>>

ajoutons un poste d'ajustement général que nous répartirons selon la distribution obtenue pour l'ensemble des composantes. Nous répartirons ce montant d'ajustement dans les groupes de la contribution directe (66,3 % du montant) ou de la contribution imputée (33,7 %) selon la proportion que chacun des groupes occupe pour l'ensemble des autres postes de la TVQ.

Crédit pour la TVQ

Pour réduire la régressivité de la TVQ, le gouvernement a instauré un crédit de taxe à l'endroit des ménages à faibles revenus. À compter de 2010, ce crédit est intégré au nouveau crédit pour solidarité et ne peut être isolé. Aux fins de notre analyse, nous utiliserons donc le montant de crédit pour 2009, soit 519,7 millions \$¹²⁷, que nous majorerons pour refléter la hausse du taux de la TVQ de janvier 2011 et 2012. Nous répartirons ce crédit de manière décroissante au sein des quintiles 1, 2 et 3, soit ceux dont le revenu maximum est inférieur au seuil maximum de calcul du crédit. Comme ce crédit profite directement à des individus, nous l'incluons dans le groupe des contributions directes.

¹²⁷ Ministère des Finances du Québec, *Statistiques fiscales des particuliers, année d'imposition 2009*, p. 92. <http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Statistiques/fr/STAFR_sfp_2009.pdf>

Tableau 41 : Répartition des revenus perçus au titre de la TVQ selon les quintiles de revenus, 2010-11 et 2011-12

(données en millions \$)	Montant	Quintiles de revenus					Non-résidents
		1	2	3	4	5	
2010-11							
Consommation des ménages	6 963	523	935	1 256	1 657	2 592	-
Balance touristique	(205)	(16)	(31)	(66)	(120)	(241)	270
Habitation résidentielle	694	93	84	123	169	225	-
Org. de services publics	429	22	33	49	74	183	69
Municipalités	355	49	56	64	78	109	-
Entreprises exonérées	1 535	276	264	288	303	404	-
Non remboursement des RTI aux grandes entreprises	1 079	45	80	107	141	221	486
Ajustement	799	74	107	137	173	263	45
Total estimé	11 650	1 063	1 525	1 956	2 473	3 749	885
Crédit TVQ	(540)	(314)	(187)	(40)	-	-	-
Taxe nette	11 110	750	1 338	1 916	2 473	3 749	885
Proportion (%)	100,0	6,7	12,0	17,2	22,3	33,7	8,0
Contrib. directe pour 2010-11	7 177	243	813	1 303	1 783	2 725	310
Contrib. imputée pour 2010-11	3 933	507	526	612	688	1 025	575
2011-12							
Consommation des ménages	7 842	588	1 053	1 415	1 867	2 919	-
Balance touristique	(230)	(18)	(36)	(75)	(135)	(273)	308
Habitation résidentielle	720	120	93	102	165	242	-
Org. de services publics	502	26	39	58	88	210	81
Municipalités	415	57	65	75	91	127	-
Entreprises exonérées	1 856	330	318	349	368	491	-
Non remboursement des RTI aux grandes entreprises	1 239	51	91	123	162	254	558
Ajustement	695	65	91	115	147	223	53
Total estimé	13 040	1 219	1 715	2 162	2 752	4 193	1 000
Crédit TVQ	(605)	(353)	(211)	(41)	-	-	-
Taxe nette	12 435	866	1 505	2 120	2 752	4 193	1 000
Proportion (%)	100,0	7,0	12,1	17,1	22,1	33,7	8,0

Calculs effectués par les auteurs.

Bibliographie

Agence du Revenu du Canada, *Statistiques préliminaires sur le revenu – Édition 2012*, année d'imposition 2010, tableau 2 : toutes les déclarations de revenus – Canada, 2012.

<<http://www.cra-arc.gc.ca/gncy/stts/gb10/sfp/ntrm/table2-fra.html>>

Agence du Revenu du Québec, *Rapport annuel de gestion 2011-2012*, Québec, 2013. 172 p.

<<http://www.revenuquebec.ca/documents/fr/publications/adm/ADM-500%282012-12%29.pdf>>

Autorité des marchés financiers, *Rapport sur les assurances 2011*, 2012. 110 p.

<<http://www.lautorite.qc.ca/files/pdf/publications/autorite/rapports-annuels/assurances/rapport-annuel-assur-2011.pdf>>

Barer, M. L., R.G. Evans et C. Hertzman. *Avalanche or Glacier? Health care and the demographic rhetoric*, Canadian Journal on Aging, Vol. 14, No 2, 1995, p. 193-224.

<<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=7790010>>

Bureau du directeur parlementaire du budget, *Renouvellement du Transfert canadien en matière de santé : conséquences pour la viabilité financière aux niveaux fédéral et provincial-territorial*, Ottawa, 2012. 10 p.

Busby, Colin et William B.P. Robson, *La gestion des coûts des soins de santé pour une population vieillissante : le défi fiscal que le Québec n'a pas encore relevé*, Institut C.D. Howe, février 2013. 12 p.

<http://www.cdhowe.org/pdf/e-brief_149_QC_F.pdf>

Canadian Tax Foundation, *Finances of the Nation 2009*, 398 p.

<http://www.fcf-ctf.ca/CTFWEB/Documents/PDF/Finances_of_the_Nation/FN_2009.pdf>

Canadian Tax Foundation, *Finances of the Nation 2011*, Tableaux A.6 et A.7, p. A:9 et A:10.

<<http://www.ctf.ca/ctfweb/CMDownload.aspx?ContentKey=852c3c6e-b6ff-48bc-9ca0-d980195a6e2f&ContentItemKey=a784d6da-f3a1-450e-8434-90ebaacb0f53>>

CCH, *Taxes à la consommation*, Législation annotée 2007, 16^e édition.

<http://books.google.ca/books?id=GPBUj029_SoC&pg=PA2108&lpg=PA2108&dq=fonds+de+1%27industrie+des+courses+de+chevaux&source=bl&ots=pQHYNlaZFO&sig=eldgYx0Opkb3uoygpcIM49203k&hl=en&sa=X&ei=dwtTUZjTFdTl4AOUIIDYAQ&ved=0CEAQ6AEwATgK#v=onepage&q=fonds%20de%201%27industrie%20des%20courses%20de%20chevaux&f=false>

Clavet, Nicholas-James, Jean-Yves Duclos, Bernard Fortin, Steeve Marchand, Pierre-Carl Michaud, *Les dépenses en santé du gouvernement du Québec, 2013-2030 : projections et déterminants*, CIRANO, Série scientifique no. 2013s-45, Montréal, décembre 2013. 14 p.

<<http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2013s-45.pdf>>

Comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations*, Comité présidé par M. L. Jacques Ménard Québec, 2005, 155 p.

<http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/MONO/2005/07/818789/Tome_1_ex_1.pdf>

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Les solutions émergentes*, Commission présidée par M. Michel Clair, Québec, 2000, 454 p.

<<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf>>

Congressional Budget Office, *Growth in Health Care Costs*, CBO Testimony of Peter R. Orszag, Director, before the Committee on the Budget, United States Senate, January 31, 2008. 20 p.

<<http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/ftpdocs/89xx/doc8948/01-31-healthtestimony.pdf>>

Drummond, Don et Derek Burleton, *Charting a Path for Sustainable Healthcare in Ontario : 10 Proposals to Restrain Costs Without Compromising Quality of Care*, Rapport spécial de TD Economics, Toronto, mai 2010. 34 p.

<<http://www.td.com/document/PDF/economics/special/td-economics-special-db0510-health-care.pdf>>

Emery, J.C. Herbert, David Still et Tom Cottrell, *Can We Avoid a Sick Fiscal Future? The Non-Sustainability of Health-Care Spending with an Aging Population*, SPP Research Papers, Vol. 5, No 31, octobre 2012. 23 p.

<<http://www.policyschool.ucalgary.ca/sites/default/files/research/emery-generational-balances-final.pdf>>

Evans, Robert G., Kimberlyn M. McGrail, Steven G. Morgan, Morris L. Barer et Clyde Hertzman, *Apocalypse No : Population Aging and the Future of Health Care Systems*, Canadian Journal of Aging, 2001, Vol. 20 suppl. 1, p. 160-191.

<<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=7805661>>

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, *À bas les mythes*, 22 février 2011. 4 p.

<<http://www.fcass-cfhi.ca/publicationsandresources/Mythbusters/ArticleView/11-02-22/f20f6cb8-bfd0-453e-b470-6fb63c93a629.aspx>>

Gouin, Pierre et Gabriel Ste-Marie, *Les services publics : un véritable actif pour les ménages québécois*, Institut de recherche en économie contemporaine, février 2012. 43 p.

<http://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CFUQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.irec.net%2Fupload%2FFile%2Fservicespublics260212.pdf&ei=5O8HUbLwNcGW0QH_goHICQ&usg=AFQjCNHP_E91tAMhbjAevC8YYmaZoG4tyg&bvm=bv.41524429,d.dmQ&cad=rja>

Groupe de travail présidé par M. Claude Castonguay, *Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé, En avoir pour notre argent*, Québec, 2008, 338 p.

<http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/rapport/pdf/RapportFR_FinancementSante.pdf>

Harris, Benjamin, H. Corporate Tax Incidence and Its Implications for Progressivity, Tax Policy Center, Urban Institute and Brookings Institution, November 2009.

<http://www.urban.org/UploadedPDF/1001349_corporate_tax_incidence.pdf>

Hydro-Québec, *Rapport annuel 2012*. 126 p.

<http://www.hydroquebec.com/publications/fr/rapport_annuel/pdf/rapport-annuel-2012.pdf>

Hydro-Québec, *Rapport annuel 2011*. 120 p.

<http://www.hydroquebec.com/publications/fr/rapport_annuel/pdf/rapport-annuel-2011.pdf>

Institut canadien d'information sur la santé, *Tendance des dépenses nationales de santé, 1975 à 2011*, Ottawa, 2011. 173 p.

<https://secure.cihi.ca/free_products/nhex_trends_report_2011_fr.pdf>

Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales sur la santé, 1975-2012*. 190 p.

<https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport2012FR.pdf>

Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales sur la santé, 1975-2013, 2013*. 198 p.

<https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport_FR.pdf>

Institut canadien d'information sur la santé, *Effets redistributifs du financement public des soins de santé au Canada : analyse sur une durée de vie*, Mai 2013, 29 p.

<https://secure.cihi.ca/free_products/Lifetime_Distributional_Effects_AiB_FR.pdf>

Institut canadien d'information sur la santé, *Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits*, 51 p.

<https://secure.cihi.ca/free_products/health_care_cost_drivers_the_facts_fr.pdf>

Institut de la Statistique du Québec, *Comptes économiques du Québec, 2007-2011*, Québec.

<http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/econm_finnc/conjn_econm/compt_econm/cea2_2.htm>

Institut de la statistique du Québec, *Comptes économiques des revenus et dépenses du Québec, édition 2011*, mars 2012, Québec. 121 p.

<<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/economie/comptes-economiques/comptes-revenus-depenses/comptes-revenus-depenses-2011.pdf>>

Institut de la statistique du Québec, *Comptes économiques des revenus et dépenses du Québec, édition 2013*, 2013, Québec. 70 p.

<<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/economie/comptes-economiques/comptes-revenus-depenses/comptes-revenus-depenses-2013.pdf>>

Institut de la statistique du Québec, *Données générales – Pyramide évolutive des âges, Québec, 1971-2056*. <http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/pyramide_age.htm>

Institut de la statistique du Québec, *Extraction spéciale relative aux revenus selon les quintiles de revenus des ménages*, avril 2014.

Institut de la statistique du Québec, *Le bilan démographique du Québec, édition 2011*, déc. 2011, 153 p. <<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2011.pdf>>

Institut de la statistique du Québec, *Espérance de vie à la naissance et à 65 ans selon le sexe, Québec, 1980-82 à 2012*.

<http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/4p1.htm>

Institut de la statistique du Québec, *Naissance et taux de natalité, Québec, 1900-2012*. 2 p.

<http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/naissance/401.htm>

Institut Historica Dominion, *L'encyclopédie canadienne*, 2012.

<<http://www.thecanadianencyclopedia.com/articles/fr/babyboom>>

Loto-Québec, *Rapport annuel 2012*, 146 p.

<http://lotoquebec.com/cms/dms/Corporatif/fr/la-societe/rapport-annuel/rapport_annuel_2012_fr.pdf>

Lotoquebec.com. Société des casinos du Québec, 1 p.

<<http://www.casinosduquebec.com/fr/casinos-du-quebec>>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Bulletin d'information sur les dépenses de santé comparatives tant à l'échelle canadienne que sur le plan international*, novembre 2011, tableau 5. 65 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Comptes de la santé 2009-2010 à 2011-2012*, Québec, 2011. 36 p.

<<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-614-01F.pdf>>

Ministère des Affaires municipales, Régions et Occupation du territoire, *Rapport financier des organismes municipaux – Exercice financier 2011*, janvier 2013, 74 p.

<http://www.mamrot.gouv.qc.ca/pub/finances_indicateurs_fiscalite/information_financiere/publications_electroniques/2011/rapports_org_muni/C1_Munloc_RF2011_Sommaton.pdf>

Ministère des Finances du Canada, *Tableaux de référence financiers*, octobre 2011. 63 p.
<<http://www.fin.gc.ca/frt-trf/2011/frt-trf-11-fra.pdf>>

Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2008-2009*, Vol. 2, Québec. 277 p.
<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol2-2008-2009.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2009-2010*, Vol. 1, p. 191.
<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2009-2010.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2009-2010*, Vol. 2, Québec. 286 p.
<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol2-2009-2010.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2010-2011*, Vol. 1, p. 176-177.
<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2010-2011.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2010-2011*, Vol. 2, Québec. 285 p.
<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol2-2010-2011.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2011-2012*, Vol. 1, p. 172-173.
<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2011-2012.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2011-2012*, Vol. 2, Québec. 273 p.
<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol2-2011-2012.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Dépenses fiscales*, édition 2011, Québec. 384 p.
<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/autres/fr/AUTFR_DepensesFiscales2011.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Dépenses fiscales*, édition 2012. 382 p.
<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/autres/fr/AUTFR_DepensesFiscales2012.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Discours sur le budget et renseignements supplémentaires 1997-98*, 413 p.
<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/1997-1998/fr/PDF/1997-98_fine.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Le Québec, ses municipalités, ses régions, Budget 2012-2013*. 84 p.
<<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2012-2013/fr/documents/Municipalites.pdf>>

Ministère des Finances, *Plan budgétaire, Budget 1999-2000*, 121 p.
<<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/1999-2000/fr/PDF/plan-fr.pdf>>

Ministère des Finances du Québec, *Plan budgétaire, Budget 2011-12*, Québec, mars 2011, 536 p.
<<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2011-2012/fr/documents/PlanBudgetaire.pdf>>

Ministère des Finances du Québec, *Plan budgétaire, Budget 2013-14*, nov. 2012, Québec, 484 p.
<<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2013-2014/fr/documents/Planbudgetaire.pdf>>

Ministère des Finances du Québec, *Québec objectif emploi, vers une économie d'avant-garde*, Québec, Budget 1998-99, 73 p.
<<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/1998-1999/fr/PDF/fiscenfr.pdf>>

Ministère des finances du Québec, *Réforme de la fiscalité des entreprises, Budget 1998-99*, 73 p.
<<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/1998-1999/fr/PDF/fiscenfr.pdf>>

Ministère des Finances du Québec, *Statistiques fiscales des particuliers, année d'imposition 2009*, février 2012, Québec. 340 p.
<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Statistiques/fr/STAFR_sfp_2009.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Statistiques fiscales des particuliers, année d'imposition 2010*, mai 2013. 334 p.
<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Statistiques/fr/STAFR_sfp_2010.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Statistiques fiscales des particuliers, année d'imposition 2011*, mars 2014. 330 p.
<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Statistiques/fr/STAFR_sfp_2011.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Vers un système de santé plus performant et mieux financé*, document budgétaire 2009-2010, Québec. 68 p.
<<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2010-2011/fr/documents/VersSystemeSante.pdf>>

Ministère des Finances et de l'économie du Québec, *Les plus récentes données sur le tourisme au Québec*, Tourisme Québec, février 2013. 7 p.
<<http://www.tourisme.gouv.qc.ca/publications/media/document/etudes-statistiques/recentes-donnees-fevrier-2013.pdf>>

Ministère des Transports du Québec, *Rapport annuel de gestion 2011-2012*, Québec, 2012. 214 p.
<http://www.mtq.gouv.qc.ca/portal/page/portal/Librairie/Publications/fr/ministere/rapports_annuels/RAG_2011-2012.pdf>

Ministère du Tourisme du Québec, *Le tourisme en chiffres, édition 2010*. 44 p.
<<http://www.tourisme.gouv.qc.ca/publications/media/document/etudes-statistiques/Tourisme-chiffres2010.pdf>>

Ministère du Tourisme du Québec, *Les plus récentes données sur le tourisme au Québec*, juillet 2011. 6 p.
<<http://www.tourisme.gouv.qc.ca/publications/media/document/etudes-statistiques/recentes-donnees-juillet-2011.pdf>>

Ministère du Tourisme du Québec, *L'impact économique du tourisme au Québec en 2009*.
<<http://www.tourisme.gouv.qc.ca/publications/media/document/etudes-statistiques/impact-economique-2009.pdf>>

OCDE, *Base de données de l'OCDE sur la santé 2012 : Liste des indicateurs*, Paris, 2012.

OECD (2012), *OECD Health Data: Economic references*, OECD Health Statistics (database).
<http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/depenses-de-sante-et-financement/financement-des-depenses-de-sante_data-00680-fr> (Consulté le 4 janvier 2013)

OECD (2011), *Health expenditure*, in OECD Factbook 2011-2012: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing. <<http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2011-112-en>>

OCDE, *OCDE Factbook 2013: Economic, Environnemental and Social Statistics*, 2013.
<<http://www.oecd-ilibrary.org/sites/factbook-2013-en/12/03/03/index.html?contentType=&itemId=%2fcontent%2fchapter%2ffactbook-2013-103-en&mimeType=text%2fhtml&containerItemId=%2fcontent%2fserial%2f18147364&accessItemIds=&site=fr>>

OCDE, *Liste des variables dans la base de données de l'OCDE sur la santé 2012*, juin 2012.

OMC, *Health expenditure: Health expenditure ratios*, Global Health Observatory Data Repository. <<http://apps.who.int/gho/data/?vid=1901#>>

Publications du Québec, *Code de la sécurité routière*, L.R.Q., chapitre C-24.2.
<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?file=/C_24_2/C24_2.htm&type=3>

Publications du Québec, *Loi instituant le Fonds pour la promotion de saines habitudes de vie* tel que sanctionnée le 8 juin 2007.
<<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2007C1F.PDF>>

Publications du Québec, *Loi instituant le Fonds pour le développement du sport et de l'activité physique*, chapitre F-4.003.
<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/F_4_003/F4_003.html>

Publications du Québec, *Loi sur l'agence du Revenu du Québec*, chapitre A-7.003.
<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_7_003/A7_003.html>

Publications du Québec, *Loi sur le développement durable, (loi 178) sanctionnée le 19 avril 2006.*

<<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2006C3F.PDF>>

Publications du Québec, *Loi sur le ministère des transports, L.R.Q., chapitre M-28.*

<<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/M28/M28.htm>>

Publications du Québec, *Loi sur les transports, L.R.Q., chapitre T-12.*

<<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/T12/T12.html>>

Publications du Québec, *Loi sur les véhicules hors route, chapitre V-1.2.*

<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?file=/V_1_2/V1_2.htm&type=3>

Régie de l'assurance maladie du Québec, *Le régime général d'assurance médicaments, rapport d'activité 2000-2001*, 12 p. <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs24190>>

Régie de l'assurance maladie du Québec, ST@RAMQ.

<https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/CDF_DifsnInfoStats/CDF1_CnsulInfoStatsCNC_iut/DifsnInfoStats.aspx?ETAPE_COUR=2&LANGUE=fr-CA>

Robson, William, *The Glacier Ginds closer : How Demographics Will Change Canada's Fiscal Landscape*, E-brief, Institut C.D. Howe, janvier 2010. 6 p.

<http://www.cdhowe.org/pdf/ebrief_106_Robson.pdf>

Ruggeri, G.C., D. Van Wart et R. Howard, *The Redistributive Impact of Taxation in Canada*, Canadian Tax Journal, Vol. 42, No 2, 1994. P. 417 à 451.

<<https://www.ctf.ca/ctfweb/CMDownload.aspx?ContentKey=d06844ed-bba6-4fe7-ab24-6d6965d40995&ContentItemKey=953e041b-5bec-444c-84f1-a2154034194a>>

Secrétariat du Conseil du trésor du Québec, *Budget des dépenses 2011-12*, Vol. IV, mars 2011, Québec. 157 p.

<http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget_depenses/11-12/Volume_IV_FR.pdf>

Simula, Laurent et Alain Trannoy « Incidence de l'impôt sur les sociétés », *Revue française d'économie* 3/2009 (Volume XXIV), p. 3-39.

<www.cairn.info/revue-francaise-d-economie-2009-3-page-3.htm>

Société de financement des infrastructures locales du Québec, *Rapport d'activité pour l'exercice terminé le 31 mars 2011*, Québec, 2011. 130 p.

<http://www.sofil.gouv.qc.ca/pub/Rapport2011_SOFIL.pdf>

Société de financement des infrastructures locales du Québec, *Rapport d'activité pour l'exercice terminé le 31 mars 2012*, Québec, 2012. 106 p.

<http://www.sofil.gouv.qc.ca/pub/Rapport2012_SOFIL.pdf>

Société des alcools du Québec, *Rapport annuel 2011*. 68 p.

<<http://s7d9.scene7.com/is/content/SAQ/rapport-annuel-2011-fr>>

Société des alcools du Québec, *Rapport annuel 2012*. 106 p.

<<http://s7d9.scene7.com/is/content/SAQ/rapport-annuel-2012-fr>>

Société RECYC-QUÉBEC, *Rapport annuel 2010-2011*, Québec, 2011. 44 p.

<http://www.recyc-quebec.gouv.qc.ca/Upload/Publications/RA_2010-2011.pdf>

Société RECYC-QUÉBEC, *Rapport annuel 2011-2012*, Québec, 2012. 44 p.

<<http://www.recyc-quebec.gouv.qc.ca/Upload/Rapport-annuel-2011-2012.pdf>>

Statistique Canada, *Actifs, revenus d'exploitation et bénéfices d'exploitation sous contrôle étranger, selon la branche d'activité*, tableau 1, 2010 et 2011, 1 p.

<<http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/131030/t131030a001-fra.htm>>

Statistique Canada, *Données de l'Enquête sur les dépenses des ménages (édition 2010)*.

Statistique Canada. *Investissement dans la construction de logements neufs, selon le type de logements*, Canada, provinces et territoires, CANSIM tableau 026-0017.

<<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&retrLang=eng&id=0260017&paSer=&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=31&tabMode=dataTable&csid>>

Statistique Canada, *Le contrôle étranger dans l'économie canadienne, 2010*, Le Quotidien, 22 juin 2012.

<<http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/120622/dq120622b-fra.htm>>

Statistique Canada, *Permis de bâtir, valeurs selon le secteur d'activité et la région*, CANSIM tableau 026-0004. <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a47>>

Statistique Canada, *Produit intérieur brut, en termes de revenus*, CANSIM, tableau 384-0001.

<<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=fra&p2=33&id=3840001>>

Willemé, Peter et Michel Dumont, *Machines that go « ping »: medical technology and health expenditures in OECD countries*, working paper 2-13, Federal Planning Bureau, janvier 2013. 20 p. <http://www.plan.be/admin/uploaded/201302120728090.WP_1302_10422_E.pdf>