



CIRANO

Allier savoir et décision

MESURER LA DÉPENSE DE SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC ET DANS LES PROVINCES CANADIENNES : UNE ANALYSE COMPARATIVE

OLIVIER JACQUES
EMNA BEN JELILI
ALEXANDRE PRUD'HOMME
EMMANUELLE ARPIN



RP

2025RP-12
RAPPORT DE PROJET

Les rapports de projet sont destinés plus spécifiquement aux partenaires et à un public informé. Ils ne sont ni écrits à des fins de publication dans des revues scientifiques ni destinés à un public spécialisé, mais constituent un médium d'échange entre le monde de la recherche et le monde de la pratique.

Project Reports are specifically targeted to our partners and an informed readership. They are not destined for publication in academic journals nor aimed at a specialized readership, but are rather conceived as a medium of exchange between the research and practice worlds.

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du gouvernement du Québec, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Quebec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the government of Quebec, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO – CIRANO Partners

Partenaires Corporatifs - Corporate Partners

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du
Canada
Banque du Canada
Banque Nationale du Canada
Bell Canada
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du
Québec
Énergir
Hydro-Québec
Intact Corporation Financière
Investissements PSP
Manuvie
Mouvement Desjardins
Power Corporation du Canada
VIA Rail Canada

Partenaires gouvernementaux - Governmental partners

Ministère des Finances du Québec
Ministère de l'Économie, de
l'Innovation et de l'Énergie
Innovation, Sciences et
Développement Économique
Canada
Ville de Montréal

Partenaires universitaires - University Partners

École de technologie supérieure
École nationale d'administration
publique
de Montréal
HEC Montreal
Institut national de la recherche
scientifique
Polytechnique Montréal
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval
Université McGill

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.
CIRANO collaborates with many centers and university research chairs; list available on its website.

© Mars 2025. Olivier Jacques, Emna Bel Jelili, Alexandre Prud'homme, Emmanuelle Arpin. Tous droits réservés. *All rights reserved.*
Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©. *Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.*

Les idées et les opinions émises dans cette publication sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas les positions du CIRANO ou de ses partenaires. *The observations and viewpoints expressed in this publication are the sole responsibility of the authors; they do not represent the positions of CIRANO or its partners.*

Mesurer la dépense de santé publique au Québec et dans les provinces canadiennes : une analyse comparative

Olivier Jacques^{}, Emna Ben Jelili[†], Alexandre Prud'homme[‡], Emmanuelle Arpin[§]*

Résumé/Abstract

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est chargé de compiler les dépenses publiques et privées dans différents secteurs du système de santé des différentes provinces. Ces données semblent indiquer que le Québec est la province qui dépense le moins en santé publique. Or, il est possible que cette constatation soit inexacte, étant donné que les définitions de la santé publique diffèrent d'un territoire à l'autre. Ainsi, après avoir défini la santé publique et ses composantes, ce rapport analyse la catégorisation des différents programmes de santé publique par le gouvernement du Québec. Bien que celle-ci soit assez précise, nous relevons des programmes qui cadrent dans notre définition de la santé publique, mais qui ne sont pas considérés comme tels par le gouvernement du Québec. Cet exercice nous permet de réévaluer la dépense de santé publique du Québec et d'en arriver à un niveau de dépenses semblable à celui rapporté par l'ICIS. En utilisant ces mêmes catégorisations, nous comparons les dépenses de santé publique du Québec avec celles de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de l'Ontario. Cette comparaison révèle que l'ICIS tend à surestimer la dépense de santé publique dans toutes les provinces sauf au Québec. Ainsi, notre mesure de santé publique parvient à des niveaux de dépenses publiques similaires entre les provinces et suggère que le Québec n'est pas la province qui dépense le moins. En alignant les niveaux de dépenses publiques des provinces, cette étude offre une perspective renouvelée sur les efforts du Québec en matière de santé publique.

The Canadian Institute for Health Information (CIHI) is responsible of compiling public and private spending in various sectors of the healthcare system in the different provinces. These data seem to indicate that Quebec is the province that spends the lowest on public health. However, this finding may be inaccurate, as definitions of public health differ from one jurisdiction to another. So, after defining public health and its components, this report analyzes the Quebec government's categorization of the various public health programs. Although this categorization is fairly precise, we have identified programs that fit within our definition of public health, but which are not considered as such by the Quebec government. This exercise enables us to re-evaluate public health spending in Quebec, and to arrive at a level of expenditure similar to that reported by CIHI. Using these same categorizations, we compare public health spending in Quebec with that in Alberta, British Columbia and Ontario. This comparison reveals that CIHI

^{*} Université de Montréal, CIRANO

[†] Université de Montréal

[‡] CIRANO

[§] Université de Montréal, CIRANO

tends to overestimate public health spending in all provinces except Quebec. Thus, our public health measure arrives at similar levels of public spending between provinces, and suggests that Quebec is not the lowest-spending province. By aligning public spending levels across provinces, this study offers a renewed perspective on Quebec's public health efforts.

Mots-clés/Keywords : santé publique, dépenses publiques, Canada, provinces, ICIS / public health, public spending, Canada, provinces, CIHI

Pour citer ce document / To quote this document

Jacques, O., Ben Jelili, E., Prud'homme, A., & Arpin, E. (2025). Mesurer la dépense de santé publique au Québec et dans les provinces canadiennes : une analyse comparative (2025RP-12, Rapports de projets, CIRANO.) <https://doi.org/10.54932/OFTR7568>

Remerciements

Les auteurs du rapport remercient Alain Yao, analyste principal en dépenses de santé de l'ICIS, d'avoir répondu à nos nombreuses questions sur les données de l'ICIS. Ils remercient aussi Mélanie Seabrook, chercheuse au Upstream Lab de l'Université de Toronto, pour son explication des données de la Colombie-Britannique. Les auteurs remercient aussi Sara Allin et Robert Smith d'avoir partagé leurs données comparatives sur les dépenses de santé publique entre les provinces.

Table des matières

1. Problématique : harmoniser la mesure de la santé publique au Canada	3
2. Comparer les définitions de la santé publique.....	5
3. Méthodologie : définition retenue et choix des cas.....	10
4. Un nouveau portrait de la dépense de santé publique au Québec	11
5. Comparaisons interprovinciales	19
6. Conclusion	26
Références	28
Annexe 1	30
Annexe 2	31
Annexe 3	33
Annexe 4	35

Liste des tableaux

Tableau 1. Comparaison des définitions de la santé publique (ICIS, Québec, Ontario, Alberta et Colombie-Britannique).....	9
Tableau 2. Centres d'activités inclus dans le programme de santé publique du Québec, et autres centres d'activités qui ont des composantes de santé publique (contours financiers du MSSS), 2022-2023	13
Tableau 3. Budget des dépenses de différents programmes de santé publique hors des contours financiers du MSSS	16
Tableau 4. Comparaisons interprovinciales des dépenses de santé publique par habitant (\$), Québec, Ontario, Alberta et Colombie-Britannique, 2019-2020 et 2023-2024	22
Tableau 5. Programmes ayant un lien avec la santé publique dans les contours financiers du MSSS	34
Tableau 6. Évolution des dépenses en santé publique de chacune des autorités régionales de santé, Colombie-Britannique, 2015-2016 à 2022-2023.....	36
Tableau 7. Comparaisons interprovinciales des dépenses de santé publique, en millions (\$), Québec, Ontario, Alberta et Colombie-Britannique, 2019-2020 et 2023-2024	37

Liste des figures

Figure 1. Évolution des dépenses en santé publique de quatre provinces canadiennes, par habitant, de 1975 à 2024	3
Figure 2. Évolution des dépenses en santé publique au Québec selon les données de l'ICIS et celles des contours financiers du MSSS, de 2014 à 2022.	15
Figure 3. Dépenses de santé publique (en \$ courants) par habitant, ICIS et calcul des auteurs, 2019-2020 et 2023-2024.	24
Figure 4. Évolution des dépenses en santé publique, en proportion du PIB, pour l'ensemble des provinces canadiennes, de 1981 à 2023.....	30
Figure 5. Efforts de lutte à la pauvreté, pour les quatre provinces, 2002-2012.....	32

1. Problématique : harmoniser la mesure de la santé publique au Canada

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) compile les dépenses des provinces canadiennes engagées dans neuf fonctions des soins de santé, dont la santé publique (Institut canadien d'information sur la santé, 2023). Selon ces données, le Québec affiche des dépenses en santé publique plus faibles que les autres provinces examinées. La figure 1 présente la dépense par habitant dans les provinces les plus peuplées qui font l'objet de ce rapport. La figure A1 présente la dépense en proportion du PIB pour l'ensemble des provinces canadiennes et révèle un portrait identique. Alors que la plupart des provinces augmentent considérablement leur effort en santé publique au début du millénaire, la croissance des dépenses au Québec demeure relativement faible sur toute la période. Toutes les provinces (sauf la Saskatchewan) ont augmenté leurs investissements en santé publique de manière importante pendant et depuis la pandémie de COVID-19, mais le Québec demeure la province qui dépense le moins, tant en dollars par habitant qu'en pourcentage du PIB. Or, le Québec dépense généralement plus que les autres provinces dans la plupart des domaines de politiques sociales (Daigneault et al., 2021), et la province s'est démarquée par la création de programmes et d'instruments législatifs novateurs pour faire une place importante à la santé publique dans son réseau de la santé (Bernier, 2006). Cela soulève une question méthodologique : cette situation reflète-t-elle un écart dans la manière de mesurer la santé publique, ou le Québec investit-il moins en santé publique que les autres provinces?

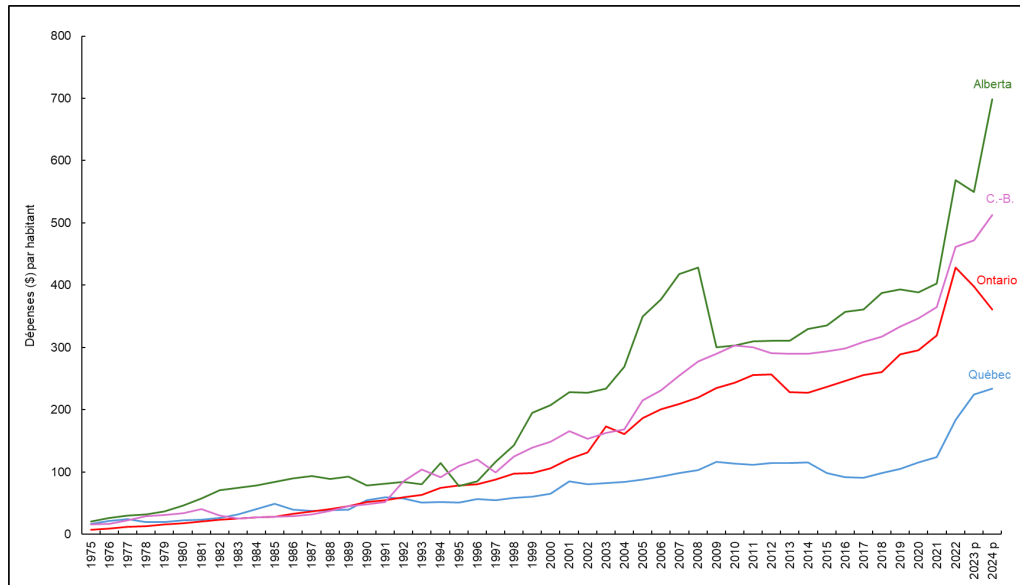


Figure 1. Évolution des dépenses en santé publique de quatre provinces canadiennes, par habitant, de 1975 à 2024^{1,A,B}.

Source

¹ Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 : tableaux de données – série D4. Ottawa, ON : ICIS; 2024. <https://www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante>

Notes

^A Exclut le financement ponctuel de la réponse à la COVID-19.

^B L'ICIS calcule les dépenses sur une année civile, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre.

L'ICIS s'efforce d'harmoniser les données provinciales et territoriales à des fins comparatives. Or, malgré ces efforts, il subsiste des écarts importants entre la mesure rapportée par l'ICIS et la dépense rapportée par chacune des provinces (Ammi et al., 2021; Ballinger, 2007; Champagne et al., 2022), lesquels sont confirmés dans la cinquième section de ce rapport. En effet, les mesures de l'ICIS présentent des limites méthodologiques. D'abord, la faible part des dépenses de santé publique dans le budget total de la santé implique que de petites différences dans les classifications des dépenses ont un impact considérable sur le calcul des dépenses de santé publique en proportion des dépenses gouvernementales. Surtout, il n'y a pas de classification commune de ce que constitue une dépense en santé publique, ce qui génère d'importantes différences interprovinciales. L'ICIS doit donc colliger des données provenant de sources variées qui ne mesurent pas exactement la même chose, car elles reposent sur des définitions distinctes. En fait, l'harmonisation interprovinciale des dépenses publiques est difficile à réaliser même pour des programmes beaucoup plus larges que la santé publique¹.

Ainsi, notre objectif est de développer une définition commune de la santé publique en vue de réévaluer la dépense gouvernementale québécoise en santé publique et de la comparer avec les dépenses effectuées par les autres provinces, en utilisant des données accessibles au public. En effet, les données utilisées par l'ICIS ne sont pas disponibles publiquement, de sorte qu'il est difficile de décortiquer les choix que font l'organisme et les provinces pour classer leurs différents programmes. Par ailleurs, la classification des différents programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) n'a pas été révisée depuis 2014, de sorte qu'il nous apparaît pertinent de réévaluer la classification de la santé publique faite par le gouvernement du Québec.

Ce rapport, présenté au sous-ministériat à la prévention et la santé publique (SMPSP) du MSSS, vise à comparer les définitions de la santé publique offertes par des organisations internationales : l'ICIS, le Québec et les trois autres grandes provinces canadiennes (Alberta, Colombie-Britannique et Ontario) en vue d'en faire ressortir les différences. Ensuite, la troisième section présente la définition retenue. Celle-ci est semblable à celle du Québec et est le fruit d'échanges avec nos collègues du MSSS réalisés à la suite de la livraison de la première étape de ce projet de recherche. La quatrième section compare la dépense en santé publique catégorisée par le gouvernement du Québec avec celle de l'ICIS et identifie des programmes de santé publique qui ne sont pas traités comme tels par le MSSS. Ceci nous permet de réévaluer la dépense de santé publique du Québec et d'arriver à un niveau de dépense semblable à celui rapporté par l'ICIS.

La cinquième section propose des comparaisons interprovinciales des dépenses de santé publique à l'aide d'une analyse minutieuse des budgets des différents ministères responsables de la santé

¹ Par exemple, deux chercheurs de l'Université de Calgary ont dû s'atteler à la tâche d'harmoniser eux-mêmes les dépenses d'éducation des provinces canadiennes pour créer une série temporelle comparable puisqu'aucune agence pancanadienne ne le faisait correctement (Kneebone et Wilkins, 2016).

et agences de santé publique en utilisant une définition commune de la santé publique. Ainsi, nous sommes en mesure de comparer la dépense de santé rapportée par la province elle-même, la dépense ajustée selon notre définition commune et la dépense rapportée par l'ICIS. Nous observons que la dépense rapportée par l'ICIS est considérablement plus élevée que celles que nous mesurons avec notre définition commune dans toutes les provinces, sauf au Québec. Lorsque nous utilisons notre définition de la santé publique, qui, contrairement à celle de l'ICIS, exclut les soins de santé mentale, nous observons un niveau de dépense par habitant assez similaire entre les provinces, ce qui suggère que le Québec n'est pas la province qui dépense le moins.

2. Comparer les définitions de la santé publique

La santé publique désigne les efforts visant à maintenir la santé des populations et à éviter les blessures, les maladies et les décès prématurés (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Les différentes entités publiques et gouvernementales proposent des définitions distinctes de la santé publique. Les *responsabilités* de santé publique peuvent être partagées par différentes entités ou ministères. Ces définitions influencent la manière dont les dépenses sont catégorisées, ce qui peut complexifier les comparaisons budgétaires.

Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et le *System of Health Accounts* (SHA), la santé publique regroupe trois grandes catégories d'activités, notamment la promotion de la santé, la protection de la santé et la prévention des maladies². Ce sont ces trois grandes catégories qui sont employées par l'OCDE pour la comptabilisation des dépenses en santé publique à des fins de comparaisons internationales (OCDE et al., 2011). D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé publique couvre cinq fonctions essentielles (OMS, 2015), également appelées catégories EPHO (« essential public health operations »; opérations essentielles de santé publique, OESP) : la surveillance de la santé des populations, le monitoring des urgences et des risques sanitaires, la protection de la santé (incluant la santé environnementale), la promotion de la santé (incluant les déterminants sociaux de la santé), et la prévention des maladies (incluant leur détection précoce).

Au Québec, la santé publique inclut des activités de surveillance de la santé, de promotion de la santé, de protection de la santé et de prévention de maladies (Association canadienne de santé publique, 2019; gouvernement du Québec, 2023). Les activités de surveillance incluent la surveillance continue de l'état de santé des populations et de ses déterminants, afin d'en connaître

² Les activités de prévention des maladies peuvent être réparties en trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire (OCDE et al., 2011). La prévention primaire vise à éviter des maladies avant qu'elles apparaissent. Des exemples d'activités liées à la prévention primaire sont des campagnes pour la réduction du tabagisme, ainsi que des campagnes de vaccination. La prévention secondaire vise à réduire le développement sévère de maladies. Par exemple, les mammographies et les colonoscopies permettent la détection précoce de cancers. Enfin, la prévention tertiaire vise à éviter le développement d'autres maladies ou d'aggraver des maladies existantes. Par exemple, des actions de prévention tertiaire peuvent être entreprises auprès de personnes déjà atteintes de maladies chroniques, dont l'hypertension, notamment pour éviter des complications ou des comorbidités telles que le diabète type-2.

l'évolution et de pouvoir développer des interventions appropriées. La promotion de la santé comprend les activités qui visent à promouvoir de saines habitudes de vie pour maintenir une bonne santé et éviter les maladies. Les activités de promotion de la santé agissent sur les déterminants sociaux de la santé pour renforcer le pouvoir d'agir des individus et des communautés sur leurs conditions de vie et de santé (Ammi et al. 2024). La protection de la santé inclut la protection des milieux de vie et des environnements, ainsi que le contrôle de la salubrité des aliments. Cette forme de vigie sanitaire permet la détection en temps réel des menaces à la santé. Enfin, les activités de prévention des maladies visent à éviter l'apparition et le développement des maladies, dont les cancers, entre autres grâce à des activités de dépistage et de vaccination³ (Gouvernement du Québec, 2023).

La définition de la santé publique au Québec prend donc une approche populationnelle et semble exclure les politiques publiques dont les bénéfices sont réductibles à un seul individu, comme le dépistage des cancers. On peut aussi constater que les concepts de surveillance, de protection et de promotion peuvent être envisagés de manière très large et inclure une multitude de politiques publiques ou, au contraire, être envisagés de manière plus restrictive. Bref, avec des concepts aussi larges, il existe beaucoup de discrétion pour décider quel programme fait partie ou non de la santé publique.

L'ICIS compile les dépenses des provinces canadiennes engagées dans neuf fonctions des soins de santé, dont la santé publique⁴ (ICIS, 2021). L'ICIS effectue une collecte de données auprès des provinces et des territoires. Selon l'ICIS, la santé publique comprend les dépenses liées à des éléments tels que les mesures de prévention de la propagation des maladies transmissibles, la sécurité des aliments et des médicaments, les inspections sanitaires, les activités de promotion de la santé, les programmes communautaires de santé mentale, les services infirmiers de santé publique, la santé maternelle et infantile, la planification familiale et les conseils, les services de santé en milieu scolaire, comme les interventions de lutte contre le tabagisme, la toxicomanie et la consommation d'alcool, la prévention des maladies contagieuses et non contagieuses, la surveillance de la santé publique et de l'environnement, ainsi que la communication d'informations au public sur les conditions environnementales. De plus, depuis la pandémie de la COVID-19, une nouvelle catégorie pour les dépenses directement liées à la lutte contre la COVID-19 a été créée; elle comprend notamment des dépenses pour les vaccins contre la COVID-19, lesquelles ne figurent pas dans la plus grande catégorie de la santé publique décrite plus haut (ICIS, 2021).

³ Le monitoring des urgences et des risques sanitaires, la cinquième catégorie EPHO, est réparti au Québec dans plusieurs catégories budgétaires différentes.

⁴ Les neuf catégories comprennent les hôpitaux, les médecins, les médicaments, les autres institutions, les autres professionnels de la santé, les dépenses d'infrastructure, l'administration, une catégorie résiduelle (autres) et la santé publique. En 2005, une refonte de catégorisation majeure a été entreprise par l'ICIS. Il s'agissait d'un projet de deux ans visant à estimer les dépenses de santé publique sur la base d'une définition plus classique, en supprimant la composante administrative de la catégorie de santé publique et d'administration précédemment combinée (Ballinger, 2007).

Dans un rapport de 2019, l'ICIS a détaillé les sous-catégories utilisées au sein de la catégorie de la santé publique ainsi que leurs répartitions respectives. Elle est répartie en quatre grandes catégories de dépenses : (1) santé publique/prévention et promotion; (2) services communautaires de santé mentale et de toxicomanie; (3) services communautaires; et (4) santé et sécurité au travail (ICIS, 2019). Jusqu'à 70 % des dépenses sont attribuées à la première catégorie (santé publique/prévention et promotion). On constate que les services de santé mentale sont inclus dans la définition de l'ICIS, alors que la définition du Québec ne compte qu'une partie des services de santé mentale (ex. : prévention des problèmes psychosociaux). Il est important de souligner que l'ICIS ne partage pas les données brutes qu'elle collige à partir des différentes données fournies par les ministères provinciaux, puisqu'elles sont confidentielles. Il est donc difficile de connaître précisément les programmes inclus dans la catégorie de santé publique présentée par l'ICIS.

Les définitions des programmes de santé publique diffèrent largement d'une province à l'autre. Le **Québec** adopte une approche centrée sur un cadre programmatique structuré et légal, mettant un accent particulier sur les populations vulnérables (Bernier, 2006; Gouvernement du Québec, 2015; Arpin et al., 2021). Cette approche vise à garantir que les interventions soient non seulement conformes aux normes établies, mais également adaptées aux besoins particuliers des groupes les plus à risque. Toutefois, la définition québécoise adopte une approche plus ciblée, qui exclut certains éléments intégrés dans d'autres définitions provinciales ou internationales. L'**Alberta**, de son côté, se distingue par son approche scientifique et pratique. Cette province met en œuvre des composantes clés en matière de prévention, de promotion de la santé et de gestion des urgences, en s'appuyant sur des données probantes pour orienter ses politiques et pratiques (Smith et al., 2022; Alberta, 2000; Alberta Health Services, 2020, Alberta Health Services, s. d.-b). L'**Ontario** définit la santé publique par un cadre stratégique et des normes détaillées, mettant en avant l'équité en santé comme principe fondamental. L'objectif est de créer un système de santé qui réduit les inégalités et assure un accès équitable aux services pour tous les citoyens (Smith et al., 2022; Santé publique Ontario, 2017a, 2019b, 2020 c). Enfin, la **Colombie-Britannique** privilégie une approche collective qui se concentre sur la prévention et la promotion de la santé, tout en intégrant des valeurs sociales comme l'équité et la justice sociale. Cette approche reflète un engagement à améliorer la santé de la communauté tout en favorisant des pratiques inclusives et équitables (Smith et al., 2022; Office of the Provincial Health Officer, 2019; Province of British Columbia, 2005a, 2020b; Colombie-Britannique, 2008).

On constate des points de convergence et de divergence importants. En effet, bien que toutes les provinces visent des objectifs communs, dont la surveillance de l'état de santé de la population, la promotion de comportements sains et la création d'environnements favorables, chaque province ajuste ses priorités pour répondre à des besoins particuliers et locaux. Ainsi, le Québec, avec son Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025, met l'accent sur le développement global des jeunes, l'adoption de modes de vie et création d'environnements sains et sécuritaires,

la prévention des maladies infectieuses, la gestion des risques et des menaces pour la santé et la surveillance continue de l'état de santé de la population et des déterminants tandis que l'Alberta se démarque par certaines initiatives, comme la distribution de trousse de naloxone et le dépistage néonatal. L'Ontario, pour sa part, accorde une importance particulière aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité, intégrant ces principes dans un cadre normatif détaillé. La Colombie-Britannique, quant à elle, adopte une perspective communautaire inclusive, favorisant des valeurs de justice sociale et d'équité dans la promotion de la santé. En somme, ces approches distinctes, bien qu'ayant des objectifs similaires, illustrent les adaptations provinciales en fonction des réalités socio-économiques et des priorités régionales. Plutôt que de juger quelle définition est la plus appropriée, notre analyse vise à comparer les dépenses publiques des provinces selon une définition commune.

Le tableau 1 résume et compare les définitions de la santé publique de l'ICIS et des provinces d'intérêt dans le cadre de ce mandat de recherche. On observe qu'il existe des différences marquées. Le tableau 1 suggère que les définitions des autres provinces sont plus larges que celles du Québec, puisqu'elles abordent explicitement les déterminants sociaux de la santé.

Tableau 1. Comparaison des définitions de la santé publique (ICIS, Québec, Ontario, Alberta et Colombie-Britannique)

ICIS	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique
<ul style="list-style-type: none"> • Les programmes liés à l'innocuité des aliments et des médicaments. • Les inspections sanitaires. • Les activités de promotion de la santé. • Les programmes communautaires de santé mentale. • Les services infirmiers de santé publique. • Les mesures visant à prévenir la propagation des maladies contagieuses et non contagieuses. • La santé au travail axée sur la promotion et l'amélioration de la santé et de la sécurité en milieu de travail. • Les services infirmiers de santé publique. • La santé maternelle et infantile. 	<p>Définie par le Programme national de santé publique (PNSP) pour la période 2015-2025. Cinq axes majeurs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants. 2. Le développement global des enfants et des jeunes. Ce volet se concentre sur l'amélioration des conditions de vie des plus jeunes afin de promouvoir leur bien-être. 3. L'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires : promouvoir de saines habitudes de vie et créer des milieux de vie favorables à la santé. 4. La prévention des maladies infectieuses. 5. La gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires. 	<p>En Ontario, la santé publique est définie et structurée par le Cadre stratégique des programmes et des services de santé publique.</p> <p>Les programmes et services de santé publique en Ontario se concentrent principalement sur quatre domaines :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les déterminants sociaux de la santé : comprendre et agir sur les conditions socio-économiques qui influencent la santé des individus et des communautés. 2. Les comportements sains : promouvoir des choix de vie sains pour prévenir les maladies chroniques et améliorer le bien-être général. 3. Les communautés en santé : favoriser des environnements qui soutiennent la santé et le bien-être collectif. 4. L'évaluation de la santé de la population : suivre l'état de santé des populations pour identifier les besoins et orienter les interventions. 	<p>En Alberta, les composantes clés de la santé publique en comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le dépistage et la prévention des cancers (cancer du sein, colorectal et du col de l'utérus); • la prévention des maladies chroniques tout au long de la vie; • le contrôle des maladies transmissibles (maladies évitables par la vaccination, tuberculose, infections sexuellement transmissibles et autres maladies à déclaration obligatoire); • la gestion des urgences et des catastrophes (préparation, réduction des risques, intervention, rétablissement et continuité des activités et des services); • la protection de la santé environnementale (inspections sanitaires des lieux publics et évaluations de la qualité de l'air, de l'eau et des sites environnementaux); • la prévention des blessures (prévention des chutes, sécurité des transports, prévention du suicide, de l'intimidation et de la violence domestique); • la distribution de trousse de naloxone; • le dépistage néonatal (tests pour la perte auditive et 22 conditions, incluant la fibrose kystique, la drépanocytose et l'amyotrophie spinale); • la santé bucco-dentaire (promotion, prévention et traitements ciblés); • l'innovation en santé publique; • la santé sexuelle et reproductive, la santé préconceptionnelle, maternelle/paternelle et de l'enfant, la promotion de la santé chez les enfants et les jeunes en âge scolaire; • la surveillance et l'évaluation de l'état de santé; • la prévention et la cessation du tabagisme, du vapotage et de la consommation de cannabis. 	<p>Le BC Centre for Disease Control (BCCDC) définit la santé publique comme la branche du système de santé qui se concentre principalement sur le bien-être de l'ensemble de la population. Elle souligne l'importance d'une action collective pour créer et maintenir des environnements favorables à la santé.</p> <p>La santé publique agit sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la prévention des maladies en agissant sur les déterminants sociaux de santé; • la protection et la promotion de la santé et du bien-être. <p>Les valeurs fondamentales qui guident la santé publique en C.-B. incluent :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. un engagement à l'égard de l'équité, de la justice sociale et du développement durable. Ces principes soulignent l'importance de garantir que tous les individus, peu importe leur situation, ont accès aux conditions nécessaires pour maintenir une bonne santé; 2. la reconnaissance de l'importance de la santé de la communauté et de l'individu; 3. le respect de la diversité, de l'autodétermination, de l'autonomisation et de la participation de la communauté.

3. Méthodologie : définition retenue et choix des cas

Notre définition de la santé publique reprend les mêmes éléments que le PNSP de 2015-2025 et tient compte des commentaires formulés par l'équipe de la SMPSP en réponse au premier volet de cette recherche. Elle permet d'examiner comment certaines activités de santé publique sont classées dans les rapports budgétaires actuels du Québec et d'évaluer si certaines dépenses, bien qu'ayant une vocation de santé publique, ne sont pas comptabilisées dans cette catégorie. Le PNSP s'appuie sur le cadre des OESP de l'OMS pour définir les services et programmes englobés par la santé publique. Ce cadre offre une approche globale et standardisée qui permet d'assurer une cohérence dans l'évaluation des services de santé publique dans différentes provinces. Les différentes opérations indiquent clairement les programmes et activités qui pourraient en faire partie (Ammi et al., 2024). La définition de l'ICIS est donc plus large que la nôtre puisqu'elle incorpore la santé mentale. Nous avons choisi d'exclure la santé mentale de notre définition de la santé publique en raison des difficultés à distinguer les interventions curatives des interventions préventives dans ce domaine. Par ailleurs, notre définition exclut également les dépenses sociales qui influencent les déterminants sociaux de la santé, celles-ci étant majoritairement engagées dans le cadre de programmes de soutien au revenu dont l'objectif principal n'est pas la prévention, bien qu'ils puissent avoir des effets préventifs⁵.

Notre analyse porte sur l'Alberta, l'Ontario, la Colombie-Britannique et le Québec, les quatre provinces les plus peuplées qui représentent près de 85 % de la population. La distribution de la population dans ces provinces est semblable, car la majeure partie de leur population est concentrée sur un territoire relativement étroit, dans quelques grandes villes (p. ex., la vallée du Saint-Laurent ou le sud de l'Ontario). Dans les autres provinces, la population est beaucoup plus petite et parfois plus concentrée, mais il n'y a pas de grandes villes (comme dans les provinces de l'Atlantique). Ceci importe si la dépense de santé publique par habitant était influencée par la taille de la population et sa concentration sur le territoire.

De plus, ces quatre provinces présentent des caractéristiques distinctes en matière de dépenses de santé publique. Dotées d'une bureaucratie beaucoup plus imposante que les six autres provinces moins peuplées, elles offrent davantage de données disponibles, ce qui facilite une analyse comparative approfondie. L'Ontario, la plus grande province et celle qui se compare le mieux au Québec, est doté d'une structure administrative en matière de services de santé et de santé publique similaire, qui permet des comparaisons directes. La Colombie-Britannique se démarque par son programme ambitieux en santé publique et le niveau élevé de fonds investis. En Alberta, l'absence de régionalisation et l'existence d'une seule agence de santé rendent la structure plus simple et possiblement plus facile à analyser. Ces caractéristiques, combinées à une disponibilité accrue des données, font de ces provinces des candidates idéales pour une analyse des dépenses en santé publique.

⁵ L'annexe 2 présente une brève analyse comparative des dépenses sociales entre les provinces, un domaine dans lequel le Québec se démarque.

4. Un nouveau portrait de la dépense de santé publique au Québec

Dans cette section, nous cherchons à examiner comment les contours financiers actuels du MSSS influencent la mesure des dépenses en santé publique et à explorer des pistes pour mieux refléter les investissements dans ce domaine. Nous utilisons les contours financiers du MSSS qui détaillent l'ensemble de ses dépenses par programme (Québec, 2024a), nous permettant de déterminer quels programmes sont inclus dans la catégorie de santé publique. Au Québec, le MSSS alloue des fonds à deux grands types de programmes : les programmes de services et les programmes de soutien⁶. Les fonds provinciaux pour les programmes de services et de soutien sont répartis sur plus de 300 centres d'activités⁷. Les neuf programmes-services sont les suivants : 1) Santé publique; 2) Services généraux; 3) Soutien à l'autonomie des personnes âgées; 4) Déficience physique; 5) Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, 6) Jeunes en difficulté; 7) Dépendances; 8) Santé mentale; 9) Santé physique. Les trois programmes-soutien sont : 1) Administration; 2) Soutien aux services; 3) Gestion des bâtiments et des équipements. Dans le tableau 2, nous listons l'ensemble des programmes qui font partie de la catégorie « santé publique » dans les plus récents contours financiers du MSSS (2022-2023).

Toutefois, ces contours financiers n'ont pas été révisés depuis 2014. Certaines activités ayant une vocation de santé publique peuvent être classées dans d'autres catégories budgétaires. Ainsi, le tableau 2 comporte une liste de programmes qui appartiennent à l'une des 11 autres catégories, mais qui ont clairement une vocation de santé publique, suivant la définition proposée dans les sections précédentes (colonnes C et D). Une définition de chaque programme énuméré dans la colonne C est disponible en annexe 3, ainsi qu'un résumé des commentaires de la SMPSP concernant l'inclusion de certains centres d'activités (voir tableau 2).

En examinant ces programmes, nous constatons que certains investissements relevant des missions de la santé publique ne sont pas comptabilisés dans la catégorie de santé publique des contours financiers. Ainsi, pour compléter la mesure rapportée des dépenses en santé publique et offrir une évaluation plus exhaustive, nous avons intégré plusieurs catégories qui, bien qu'auparavant incluses dans d'autres programmes, ont été reclassées pour mieux refléter leur lien avec les activités de santé publique. Par exemple, le dépistage prénatal pour la trisomie 21, qui était auparavant intégré à la catégorie « santé physique », a été reclassé sous « santé publique » pour mieux aligner cette intervention préventive sur ses objectifs populationnels. Les services dentaires préventifs pour les aînés en perte d'autonomie (SAPA), précédemment classés sous

⁶ Les programmes de services sont des groupes de services fournis par des professionnels de la santé et des services sociaux pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population (c.-à-d., les services généraux) et aux besoins particuliers des sous-groupes de la population (c.-à-d., les services spécifiques). Les programmes de soutien sont des activités liées au soutien administratif (p. ex., la gestion organisationnelle) et technique (p. ex., informatique, entretien des équipements) pour la gestion des programmes de services.

⁷ Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), tout programme (services ou soutien) est composé d'un ensemble de services de santé qui est désigné par le vocable « centre d'activités ». Les contours financiers du MSSS fournissent la répartition des dépenses par programme, à partir des centres d'activités qui forment chacun d'entre eux (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004).

diverses catégories de soins, ont été inclus pour mettre en lumière leur rôle préventif. De même, les activités spéciales en santé mentale et celles liées aux dépendances ont été extraites de leurs catégories d'origine pour refléter leur contribution essentielle à la santé publique. Enfin, la santé scolaire, auparavant incluse dans les services généraux, a été reclassée pour souligner son rôle crucial dans la promotion de la santé et la prévention auprès des jeunes. Ces ajustements permettent de mieux représenter l'ensemble des investissements préventifs qui relèvent véritablement de la santé publique, mais qui étaient auparavant dispersés dans d'autres secteurs. Plusieurs centres d'activités pourraient être considérés comme relevant de la santé publique au premier coup d'œil. Par exemple, les mammographies sont considérées comme faisant partie de la santé physique, puisque les centres d'activités ne nous permettent pas de déterminer si les 17,7 millions investis en mammographies servent au dépistage ou au diagnostic. De plus, l'ICIS n'inclut pas les mammographies dans les dépenses de santé publique. Par ailleurs, les services sociaux ont une fonction préventive, mais offrent des bénéfices thérapeutiques à court terme pour les clientèles visées, ce qui s'éloigne de notre définition de la santé publique. Ainsi, notre analyse suggère que la classification du MSSS est adéquate, étant donné que seulement cinq centres d'activités non inclus dans la santé publique pourraient y être reclassifiés. La dépense totale de ces cinq centres n'est que de 45,9 millions, ce qui représente une faible proportion du total des centres d'activités classifiés dans la santé publique (colonne B, 1 093 milliards). Cette démarche ne vise pas à proposer une nouvelle classification officielle, mais plutôt à explorer comment une approche élargie de la santé publique peut modifier la lecture des investissements actuels.

Tableau 2. Centres d'activités inclus dans le programme de santé publique du Québec, et autres centres d'activités qui ont des composantes de santé publique (contours financiers du MSSS), 2022-2023

(A) Centres d'activités dans le programme de santé publique	(B) Montant (\$)	(C) Centres d'activités non inclus dans le programme de santé publique, mais qui ont des propriétés de santé publique	(D) Montant (\$)
Crédits des organismes communautaires	105 711 876	Services dentaires préventifs - SAPA (plusieurs catégories)	3 512 201
Développement, adaptation, intervention sociale (0-5 ans)	61 431 027	Dépistage prénatal - trisomie 21 (santé physique)	4 089 984
Développement, adaptation, intervention sociale (6-17 ans)	22 299 602	Activités spéciales (santé mentale)	1 492 408
Développement, adaptation, intervention sociale (adultes et personnes âgées)	3 135 816	Santé scolaire (services généraux)	34 656 567
Habitudes de vie et maladies chroniques	15 521 408	Activités spéciales (dépendances)	2 182 139
Maladies infectieuses à déclaration obligatoire, signalement éclosion	16 951 742		
Immunisation et manifestation clinique inhabituelle	56 184 449		
Prévention ITSS	17 201 602		
Vaccination massive et urgente	257 597 861		
Autres activités de santé publique	6 835 738		
Soutien au développement communautaire et action intersectorielle	44 392 214		
Promotion et soutien à la pratique clinique préventive	1 421 275		
Services dentaires préventifs - SPUB	21 871 764		
Aire ouverte	1 410 149		
Dépistage néonatal	4 517 045		
Surveillance de l'état de santé de la population	14 360 949		
Prévalence de maladies, problèmes psychologiques et des traumatismes	43 051 927		
Promotion de la santé et bien-être	40 977 214		
Protection de la santé	64 331 510		
Fonctions de soutien	5 680 878		
Gestion et soutien au programme santé publique	22 085 625		
Activités spéciales (santé mentale)	51 000		
Activités spéciales (santé publique)	1 492 408		
Lutte à une pandémie	264 760 153		
Total	1 093 275 232	Total	45 933 299

La dépense rapportée par les contours financiers est inférieure à celle rapportée par l'ICIS. En effet, ce dernier rapporte une dépense de 1,226 milliard pour le Québec en 2022, et de 1,478 milliard en 2023. Observant cet écart, Ammi et collègues (2021) ont entrepris un travail de comparaison entre les dépenses de l'ICIS et les dépenses rapportées par les gouvernements provinciaux. Pour tenter de réduire cet écart et de trouver les activités (dépenses) de santé publique manquantes des dépenses des provinces, ils ont ajouté les contributions des gouvernements provinciaux aux organismes publics ayant un mandat de santé publique, comme le Santé publique Ontario (Ontario), BC Center for Disease Control (BCCDC) et l'Institut national de santé publique du Québec. Les fonds alloués à l'INSPQ incluent les fonds pour la lutte à la toxicomanie, les laboratoires, la protection contre les maladies et les infections et le monitoring de ces dernières.

La figure 2 effectue un exercice semblable à celui effectué par Ammi et al. (2021) en présentant l'évolution des dépenses de santé publique du Québec calculées selon l'ICIS, en comparaison avec les dépenses de santé publique rapportées par les contours financiers du MSSS, disponibles depuis 2013, auxquelles on ajoute les dépenses de l'INSPQ (en millions de dollars), rapportées par le Conseil du trésor. Les dépenses de l'ICIS dans la figure 2 excluent les dépenses associées à la COVID-19 pour des fins de comparaison ainsi que les centres d'activités répertoriés à la colonne C du tableau 2. En effet, les dépenses associées à la COVID-19 selon l'ICIS incluent toutes les dépenses liées à la pandémie, alors que le MSSS calcule une dépense de 264 millions en 2022-2023 précisément pour lutter contre la pandémie, en plus de 257 millions pour la vaccination massive et urgente. De plus, nos discussions avec le MSSS suggèrent que les contours financiers sont transmis tels quels à l'ICIS. Entre 2013 et 2021, la dépense en santé publique calculée par l'ICIS était presque deux fois plus élevée que celle rapportée par Québec. Bien que l'écart s'est resserré en 2022, il est évident que l'ICIS inclut d'autres programmes dans ses calculs de la dépense de santé publique.

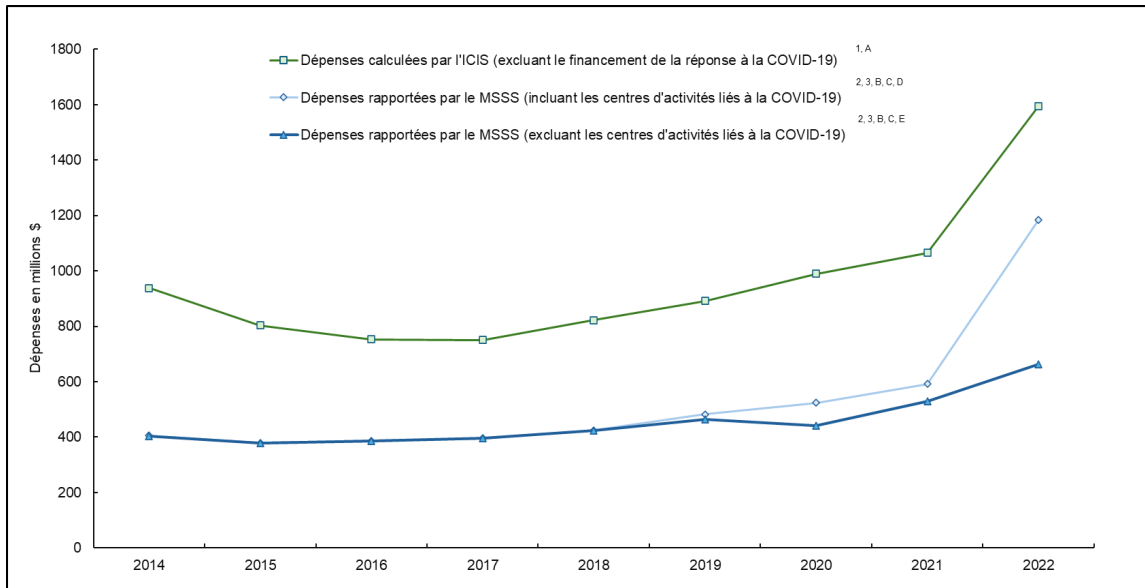


Figure 2. Évolution des dépenses en santé publique au Québec selon les données de l'ICIS et celles des contours financiers du MSSS, de 2014 à 2022.

Sources

¹ ICIS. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 : tableaux de données - série D4. Ottawa, ON : ICIS; 2024.

² MSSS. Dépenses par programme et par centre d'activités (Contours financiers).

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001663/>

³ (de 2021-2022 à 2022-2023 – INSPQ) Secrétariat du Conseil du trésor. Budget de dépenses – Crédits et dépenses de portefeuilles. <https://www.tresor.gouv.qc.ca/budget-de-dépenses/archives>.

⁴ (de 2014-2015 à 2020-2021 – INSPQ) Secrétariat du Conseil du trésor. Budget des organismes autres que budgétaires. <https://www.tresor.gouv.qc.ca/budget-de-dépenses/archives>.

Notes

^A L'ICIS calcule les dépenses sur une année civile, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre.

^B Le MSSS publie ses exercices financiers par année financière, soit du 1^{er} avril au 31 mars. Dans le graphique, pour le MSSS, les dépenses indiquées pour l'année 2014, par exemple, correspondent à l'année financière 2014-2015, et ainsi de suite.

^C Les données les plus récentes disponibles concernant les contours financiers du MSSS sont celles datant de l'exercice financier 2022-2023.

^D Dépenses totales pour le programme de santé publique + dépenses totales de l'INSPQ.

^E Dépenses pour le programme de santé publique, excluant les centres d'activités *Vaccination massive et urgence / Lutte à la pandémie* + dépenses totales de l'INSPQ.

Ainsi, plusieurs programmes pouvant être considérés comme des fonctions de la santé publique sont gérés par d'autres ministères québécois que le MSSS. Ceux-ci sont présentés dans le tableau 3 de la manière la plus exhaustive possible.

Tableau 3. Budget des dépenses de différents programmes de santé publique hors des contours financiers du MSSS

Ministère	Programme	Élément du programme	Dépenses (\$) 2022-2023	Dépenses (\$) 2023-2024
MAPAQ	Développement des entreprises bioalimentaires et qualité des aliments	Santé animale et inspection des aliments ¹	59 860 800 \$	65 453 200 \$
MELCCFP	Protection de l'environnement et de la faune	Expertise et politiques de l'eau et de l'air ²	50 437 800 \$	50 372 000 \$
MSSS	Fonds spéciaux	Fonds de prévention et de recherche en matière de cannabis ³	142 000 000 \$	118 670 800 \$
	RAMQ	Rémunération des médecins spécialistes en santé publique et médecine préventive ⁴	30 892 760 \$ (2022, est.)	30 892 760 \$ (2022, est.)
Ministère de l'Éducation	Fonds spéciaux	Au Québec, on bouge! ⁵	23 030 000 \$ (2023)	23 030 000 \$ (2023)
Ministère de la Sécurité publique	Régie des alcools, des jeux et des courses	Programme d'aide aux joueurs pathologiques ⁶	2 299 658 \$	2 956 433 \$
CNESST	Fonds de la santé et de la sécurité au travail	Subventions accordées à des programmes de prévention ⁷	146 917 000 \$ (2023)	146 917 000 \$ (2023)
CNESST	Fonds de la santé et de la sécurité au travail	Programme Pour une maternité sans danger ⁷	222 000 000 \$ (2023)	222 000 000 \$ (2023)
Total			677 438 018 \$	660 292 193 \$

Sources

¹ Secrétariat du trésor (2023). Budget de dépenses. Crédits et dépenses des portefeuilles 2023-2024. p. 100.

https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget_depenses/23-24/3_Credits_depenses_portefeuilles.pdf

² Secrétariat du trésor (2023). Budget de dépenses. Crédits et dépenses des portefeuilles 2023-2024. p. 284.

https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget_depenses/23-24/3_Credits_depenses_portefeuilles.pdf

³ Secrétariat du trésor (2023). Budget de dépenses. Crédits et dépenses des portefeuilles 2023-2024. p. 52.

https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget_depenses/23-24/3_Credits_depenses_portefeuilles.pdf

⁴ Régime de l'assurance maladie du Québec (2024). Tableau SM.25. Nombre de médecins et montant moyen selon le mode de rémunération, la classe des paiements, la catégorie de médecins, le groupe de spécialités et la spécialité Services médicaux, Québec, 2022. [CBB7R06A_SM25-mars.xlsx \(gouv.qc.ca\)](https://www.racj.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Accueil/Formulaires_et_publications/Publications/La_Regie_des_alcools/RapportAnnuel_2023-2024pdf.pdf)

⁵ Gouvernement du Québec (2023). Mesure 15023. À l'école, on bouge! Document d'informations complémentaires. p. 10. https://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/loisir-sport/Doc_info_mesure_15023.pdf

⁶ Régie des alcools, des courses et des jeux. Rapport annuel de gestion 2023-2024. p. 33.

https://www.racj.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Accueil/Formulaires_et_publications/Publications/La_Regie_des_alcools/RapportAnnuel_2023-2024pdf.pdf

⁷ CNESST. Rapport annuel de gestion. 2023. pages 92 et 107.

<https://www.cnesst.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/rag2023.pdf>

La responsabilité de la protection de la santé liée à la salubrité des aliments et de l'eau est attribuée au ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) et au ministère de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques, de la Faune et des Parcs (MELCCFP). Ces fonctions cadrent pourtant dans la définition de la santé publique du Québec. Par ailleurs, plusieurs définitions provinciales et internationales incluent la lutte à la pollution dans la santé publique, ce qui pourrait comprendre l'ensemble des dépenses des ministères responsables de l'environnement puisque la lutte aux changements climatiques pourrait s'apparenter à la réduction de la pollution. Une telle définition de la santé publique nous semble beaucoup trop large, alors nous ne l'incluons pas dans notre exercice. Ainsi, parmi les programmes du MELCCFP, nous considérons uniquement ceux liés à la qualité de l'eau dans le tableau 3. Ces programmes sont d'ailleurs facilement reconnaissables dans les différentes provinces.

De plus, les actes posés par les médecins de famille et les médecins en santé publique, qui sont rémunérés à l'acte, ne figurent pas dans la dépense de santé publique rapportée par les contours financiers du MSSS. Les médecins spécialistes en santé publique et en médecine préventive sont les seuls médecins dont les activités ont pour objectif d'améliorer le bien-être collectif plutôt qu'individuel. Leur rôle est en effet d'évaluer les besoins des populations, de surveiller l'évolution de maladies, de déterminer les risques sanitaires et de déployer des actions pour améliorer la santé et le bien-être d'une population. Il nous semble donc pertinent d'inclure la dépense publique qui leur est consacrée. Elle est toutefois difficile à estimer précisément. En 2024, il y avait au Québec 199 médecins spécialistes en santé publique qui avaient gagné en moyenne 155 240 \$ en 2022, la dernière année de rémunération disponible publiquement. Comme les médecins sont rémunérés à l'acte, il est probable que leurs salaires ne soient pas comptabilisés dans les budgets des organismes où ils exercent. Il s'agit d'un total de 30 892 760 \$.

Nous avons inclus plusieurs autres programmes dans le tableau 3, soit le fonds de prévention et de recherche en matière de cannabis, financé par les revenus de la Société québécoise du cannabis (SQDC) qui vise certainement la prévention des méfaits liés au cannabis, tout comme le programme d'aide aux joueurs pathologiques de la Régie des alcools, des courses et des jeux (RACJ). Nous n'avons toutefois pas trouvé de ligne budgétaire allouée aux programmes de prévention de l'alcoolisme qui ne seraient pas directement reliés au MSSS. Nous avons aussi ajouté le programme « À l'École, on bouge! » du ministère de l'Éducation qui a une visée de promotion de la santé par l'activité physique. Finalement, nous incluons les sommes allouées à la prévention par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), qui excluent celles affectées à la compensation salariale pour les accidentés. Or, de ces 146,9 millions consacrés à la prévention par la CNESST, on peut affirmer que 43 millions cadrent directement dans notre définition de la santé publique. En effet, 74 millions sont alloués à des « services de santé au travail » qu'il nous est impossible de définir, et 29,6 millions, à une subvention à l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. De plus, le

programme *Pour une maternité sans danger* offert par la CNESST est inclus dans le tableau 3, car cela représente un programme de santé mentale et infantile.

Le tableau 3 ne contient pas l'ensemble des programmes du gouvernement du Québec qui s'apparentent à de la santé publique, mais présente une partie non négligeable de ceux-ci. Certains programmes ne sont pas inclus dans le tableau 3 parce qu'il nous est impossible de les ventiler plus en détail et d'extraire les sommes destinées à la santé publique. Par exemple, une partie de l'argent investi en recherche en santé par les Fonds de recherche du Québec porte sur la santé publique, mais il nous est impossible de définir dans quelle proportion, de sorte qu'on ne l'inclut pas dans le tableau 3. Néanmoins, les programmes du tableau 3 représentent une dépense de plus de 660 à 677 millions, dépendamment de l'année de référence, soit une augmentation du budget de la santé publique de plus de 60 %.

Si on additionne les sommes des tableaux 2 (colonnes B et D) et 3, les sommes attribuées à l'INSPQ (102 millions), tout en écartant celles allouées à la pandémie et à la vaccination massive et urgente (522 millions), on arrive à une dépense de santé publique récurrente d'environ 1,396 milliard pour 2022-2023, un montant semblable à ceux de la catégorie « santé publique », excluant la lutte à la pandémie, rapportés par l'ICIS en 2022 (1,226 milliard) et en 2023 (1,478 milliard). Ainsi, la qualité des données québécoise nous permet d'arriver à un montant semblable à celui de l'ICIS. Nous verrons à la prochaine section que nous ne sommes pas en mesure de parvenir à un montant de dépense aussi proche de celui rapporté par l'ICIS dans les autres provinces à cause du manque de détails dans les données disponibles publiquement.

5. Comparaisons interprovinciales

Nous nous basons sur l'analyse présentée à la section précédente pour comparer les dépenses de santé publique des provinces canadiennes pour les années fiscales 2023-2024 et 2019-2020 dans le tableau 4. Elles sont exprimées en dollars par habitant dans le tableau 4 et en montants absolus dans le tableau A4 en annexe. Ces comparaisons sont complexes, car les définitions et les méthodes de comptabilisation varient selon les provinces. En vue de présenter l'évolution des dépenses avant et après la pandémie, nous présentons les données les plus récentes et celles de 2019-2020, afin de nous assurer que les différences ne sont pas dues à des dépenses ponctuelles liées à la COVID-19, dont l'état d'urgence sanitaire n'a été déclaré qu'à la fin de l'année fiscale 2019-2020. Nous utilisons les données de 2023-2024 lorsqu'elles sont disponibles, puisqu'elles sont les moins affectées par les dépenses ponctuelles liées à la pandémie, mais devons utiliser des données de 2022-2023 dans certains cas. Celles-ci risquent d'être gonflées par les dépenses pandémiques, et il n'est pas possible, hors du Québec, de connaître précisément les montants alloués à la santé publique de manière ponctuelle pour répondre à l'urgence sanitaire. Le tableau 4 inclut les dépenses rapportées par les gouvernements des provinces, par l'agence de santé publique de chaque province, les dépenses liées à la santé animale et à l'inspection des aliments, à la salubrité de l'eau et de l'air, à la santé et à la sécurité au travail (excluant les prestations) et la rémunération des médecins de santé publique. Ce sont les principales catégories de dépenses du tableau 3 et elles cadrent toutes dans notre définition de la santé publique, ce qui nous permet de comparer les dépenses provinciales.

Le tableau 4 présente d'abord les dépenses de santé publique rapportées par la province. Il est important de noter que les différentes provinces ne publient pas le même niveau de détail dans leurs budgets, ce qui limite la possibilité d'une comparaison parfaitement harmonisée. Dans ce tableau, les données des contours financiers du Québec sont pour 2022-2023 plutôt que 2023-2024, puisque ces données plus récentes ne sont pas encore disponibles. Nous présentons les dépenses de santé publique avec et sans les centres d'activités « vaccination massive et urgente » et « lutte à une pandémie ».

Nous présentons les dépenses de santé publique selon le budget du ministère de la Santé de l'Ontario et celui du Provincial Health Services Authority (PHSA) de la Colombie-Britannique. Les dépenses du PHSA englobent celles de la Population and Public Health division, de l'Office of Provincial Health Officer et des « *regional health authorities* ». Nous incluons uniquement les dépenses en « *population health and wellness* » dans cette case du tableau. Pour l'Alberta, les postes de dépenses sont très peu ventilés, et nous devons nous rabattre sur la catégorie « population et santé publique » des rapports de dépenses du fonds consolidé du gouvernement. Toutefois, ces catégories budgétaires ne sont pas ventilées de manière aussi détaillée que celles du Québec, ce qui rend difficile l'identification précise des programmes inclus.

Alors que l'Ontario détaille assez bien ce qui est inclus dans sa dépense de santé publique, la catégorie « *population health and wellness* » de la Colombie-Britannique n'est pas détaillée du tout. Une entrevue réalisée par Mélanie Seabrook dans le cadre de son mémoire de maîtrise (Seabrook, 2024) confirme que cette catégorie inclut des programmes qui ne seraient pas nécessairement considérés comme relevant de la santé publique dans d'autres provinces. Par exemple, les autorisations et l'inspection des services de garde, les visites à domicile pour la santé des bébés, l'orthophonie et audiologie, la santé dentaire (sans autres précisions) et la « santé planétaire » sont des programmes financés par la ligne budgétaire « *population health and wellness* », tout comme le financement d'organismes communautaires et de programmes ciblés sur des enjeux de santé publique tels que le VIH. Or, il nous est impossible de connaître les montants investis dans ces programmes, nos demandes d'accès à l'information présentées au ministère de la Santé de la Colombie-Britannique ne nous ayant pas permis d'en savoir plus. De plus, il existe d'importantes variations entre les programmes inclus par les cinq autorités régionales de santé. En bref, la dépense de santé publique en Colombie-Britannique est difficilement comparable avec celle du Québec.

Une analyse des programmes inclus dans cette catégorie révèle que seul le Québec ne comptabilise pas les dépenses liées à son agence de santé publique dans les dépenses de santé publique rapportées par son ministère de la Santé. Le cas du BCCDC est complexe puisqu'une réforme comptable implique que le montant du BCCDC n'est plus disponible séparément après 2018. Il semble que le financement du BCCDC soit inclus dans la dépense de *population health and wellness* du PHSA, mais il nous est difficile de le confirmer hors de tout doute. Cette analyse révèle aussi que les dépenses en santé animale, l'inspection des aliments et la salubrité de l'air et de l'eau sont comprises dans la dépense de santé publique rapportée par le gouvernement de l'Alberta et de la Colombie-Britannique (dans la catégorie « *population health and wellness* »), alors qu'elles en sont exclues au Québec et en Ontario. Finalement, les dépenses de prévention en santé et en sécurité au travail ne sont pas comprises dans la santé publique rapportée par le gouvernement dans aucune province. Il est possible d'exclure les prestations dans les agences de santé et sécurité au travail des provinces et d'extraire une ligne de dépense liée à la prévention, sans vraiment pouvoir déterminer quels programmes elle finance, précisément.

Nous calculons les dépenses encourues pour les médecins en santé publique. Celles-ci ne sont pas incluses dans la dépense en santé publique rapportée par les gouvernements provinciaux. Malheureusement, il nous est impossible de mesurer les coûts des actes de prévention effectués par les médecins. Dans le tableau 3, nous étions en mesure de connaître la rémunération moyenne des médecins de santé publique au Québec, mais cette donnée n'est pas disponible pour les autres provinces. Ainsi, dans la ligne « Rémunération des médecins de santé publique » du tableau 4, les montants pour toutes les provinces correspondent au salaire estimé des médecins spécialisés en santé publique à partir des données de l'ICIS. Pour ce faire, nous multiplions le nombre de

médecins de santé publique par le salaire moyen d'un médecin de famille dans la province, en postulant que la santé publique est la spécialité la moins rémunérée (ICIS, 2024). Nous utilisons aussi ce calcul au Québec pour faciliter la comparaison avec les autres provinces, ce qui explique pourquoi les sommes allouées ne sont pas les mêmes que celles présentées au tableau 3.

Environ 27 % de la dépense de santé publique rapportée par l'ICIS est en santé communautaire et santé mentale (ICIS, 2019). Toutefois, il est difficile de distinguer précisément quelles dépenses de santé communautaire ou de santé mentale cadrent dans la définition retenue dans ce rapport. Nous présentons donc des catégories séparées pour ces deux champs dans le tableau 4. Au Québec par exemple, une partie de la dépense du ministère de la Santé dans les crédits aux organismes communautaires est déjà comptabilisée à l'intérieur de la santé publique dans les contours financiers. Or, il semble que l'ICIS inclue des dépenses catégorisées de manière plus large, tant pour la santé mentale que pour la santé communautaire.

Ainsi, dans le tableau 4, nous présentons l'ensemble des dépenses de santé mentale et des crédits aux organismes communautaires des contours financiers du MSSS dans des lignes budgétaires distinctes. Pour l'Alberta, nous comptabilisons la dépense de santé mentale dans « Addiction and Mental Health » tirée des rapports de dépenses du fonds consolidé du gouvernement. En Ontario, nous comptabilisons la dépense de santé mentale communautaire, celle de programmes de traitement des dépendances et de santé mentale des enfants et des jeunes, ainsi que les dépenses dans les « community health centres ». La PHSA de Colombie-Britannique a une catégorie « santé mentale » que l'on peut extraire directement. Bien que l'ICIS inclue une partie des dépenses du ministère de la Santé mentale de la Colombie-Britannique dans son calcul de la santé publique, nous n'ajoutons pas ces montants au tableau 4 (24,6 millions en 2022-23) puisque nous ne savons pas quelle partie est incluse par l'ICIS ni s'il y a un dédoublement avec les dépenses de santé mentale des agences de santé régionales. Il n'en demeure pas moins très difficile de comparer la dépense de santé communautaire et mentale entre les provinces tant les programmes divergent. Il vaut donc mieux se concentrer sur le sous-total qui exclut la santé mentale et communautaire pour bien comparer les dépenses de santé publique d'une province à l'autre. Finalement, le tableau 4 présente la dépense rapportée par l'ICIS dans chaque province. On constate que les montants rapportés par l'ICIS sont systématiquement plus élevés que ceux obtenus à partir des données publiques des gouvernements provinciaux, ce qui suggère que l'ICIS intègre des éléments supplémentaires dans son calcul.

Tableau 4. Comparaisons interprovinciales des dépenses de santé publique par habitant (\$), Québec, Ontario, Alberta et Colombie-Britannique, 2019-2020 et 2023-2024

	Québec		Ontario		Alberta		Colombie-Britannique	
	2019-2020	2023-2024	2019-2020	2023-2024	2019-2020	2023-2024	2019-2020	2023-2024
Dépense de santé publique rapportée par gouvernement provincial	47 ^{1,A}	63 ^{10,B} (incluant les dépenses pandémiques)	88 ¹⁹	107 ²⁶	158 ³⁴	177 ⁴¹	116 ⁴⁸	176 ⁵⁵
Agence de santé publique provinciale	9 ²	12 ¹¹	Déjà incluse	Déjà incluse	Pas d'agence	Pas d'agence	Déjà incluse	Déjà incluse
Santé et sécurité au travail	42 ³	41 ¹²	20 ²⁰	16 ²⁷	13 ³⁵	10 ⁴²	22 ⁴⁹	24 ⁵⁶ (2022-2023)
Rémunération des médecins de santé publique	6 ^{4,C} (195 X 279 662 \$)/pop.	6 ^{13,C} (195 X 275 507 \$)/pop.	3 ^{21,C} (136 X 325 596 \$)/pop.	3 ^{28,C} (137 X 346 752)/pop.	3 ^{36,C} (43 X 337 541 \$)/pop.	3 ^{43,C} (44 X 337 541 \$)/pop.	3 ^{50,C} (68 X 223 029)/pop.	3 ^{57,C} (83 X 230 152 \$)/pop.
Santé animale et inspection des aliments; salubrité de l'eau et de l'air	11 ⁵	13 ¹⁴	5 ²²	10 ²⁹	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Santé communautaire	72 ⁶ (excluant SP)	95 ¹⁵ (excluant SP)	ND	30 ³⁰	337 ³⁷	443 ⁴⁴	325 ⁵¹	508 ⁵⁸
Santé mentale	180 ⁷	212 ¹⁶	28 ²³	127 ³¹	17 ³⁸	59 ⁴⁵	247 ⁵²	363 ⁵⁹
Total sans santé communautaire et mentale	116	135 (incluant les dépenses pandémiques)	116	136	174	190	140	204
Total avec santé communautaire et mentale	389	500	ND	293	528	692	713	1074
Total dépense de santé publique (ICIS)	105 ⁸	163 ¹⁷	287 ²⁴	395 ³²	392 ³⁹	528 ⁴⁶	332 ⁵³	467 ⁶⁰
Population (4 ^e trimestre)	8 522 000 ⁹	9 056 000 ¹⁸	14 667 000 ²⁵	16 124 000 ³³	4 377 000 ⁴⁰	4 684 000 ⁴⁷	5 148 000 ⁵⁴	5 531 000 ⁶¹

Sources (tableau 4) :

- ¹ MSSS (2019-2020) Contours financiers. Dépenses par programme et par centre d'activités. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001663>
- ² Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2020). *Rapport annuel de gestion 2019-2020*.
- ³ CNESST. 2019. *La CNESST en Bref*. En ligne. <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/dc200-1047-14web.pdf>
- ⁴ Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2023 – données historiques. Ottawa, ON : ICIS; 2024.
- ⁵ Gouvernement du Québec, ministère des Finances. (2019). *Crédits des ministères et organismes pour l'année 2019-2020*.
- ⁶ Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2021). *Comptes de la santé 2018-2019, 2019-2020, 2020-2021*.
- ⁷ MSSS (2019-2020) Contours financiers. Dépenses par programme et par centre d'activités.
- ⁸ Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 : tableaux de données – série D4. Ottawa, ON : ICIS.
- ⁹ Statistique Canada (2024). Tableau : 17-10-0009-01. Estimations de la population, trimestrielles.
- ¹⁰ MSSS (2022-2023) Contours financiers. Dépenses par programme et par centre d'activités. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001663>
- ¹¹ Institut national de santé publique du Québec. (2024). *Rapport annuel de gestion 2023-2024*.
- ¹² CNESST. Rapport annuel de gestion. 2023 (p. 92 et 107). <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/rag2023.pdf>
- ¹³ Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2023 – données historiques. Ottawa, ON : ICIS; 2024.
- ¹⁴ Gouvernement du Québec, ministère des Finances. (2023). *Crédits des dépenses des portefeuilles pour l'année 2023-2024*.
- ¹⁵ Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2023). *Comptes de la santé 2021-2022, 2022-2023, 2023-2024*.
- ¹⁶ MSSS (2022-2023) Contours financiers. Dépenses par programme et par centre d'activités.
- ¹⁷ Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 : tableaux de données – série D4. Ottawa, ON : ICIS.
- ¹⁸ Statistique Canada (2024). Tableau : 17-10-0009-01. Estimations de la population, trimestrielles.
- ¹⁹ Gouvernement de l'Ontario. (2018). *Expenditure estimates for the Ministry of Health and Long-Term Care 2018-19*. Gouvernement de l'Ontario.
- ²⁰ Gouvernement de l'Ontario. (2019). *Occupational health and safety in Ontario: April 2019 – March 2020*. Gouvernement de l'Ontario.
- ²¹ Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2023 – données historiques. Ottawa, ON : ICIS; 2024.
- ²² Gouvernement de l'Ontario. (2019). *Expenditure estimates for the Ministry of Agriculture, Food and Rural Affairs 2019-20*. Gouvernement de l'Ontario.
- ²³ Gouvernement de l'Ontario. (2019). *Published plans and annual reports 2019-2020: Ministry of Environment, Conservation and Parks*. Gouvernement de l'Ontario.
- ²⁴ Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 : tableaux de données – série D4. Ottawa, ON : ICIS.
- ²⁵ Statistique Canada (2024). Tableau : 17-10-0009-01. Estimations de la population, trimestrielles.
- ²⁶ Gouvernement de l'Ontario. (2023). *Expenditure estimates for the Ministry of Health 2023-24*. Gouvernement de l'Ontario.
- ²⁷ Gouvernement de l'Ontario. (2023). *Expenditure estimates for the Ministry of Labour, Immigration, Training and Skills Development 2023-24*. Gouvernement de l'Ontario.
- ²⁸ Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2023 – données historiques. Ottawa, ON : ICIS; 2024.
- ²⁹ Gouvernement de l'Ontario. (2023). *Published plans and annual reports 2023-2024: Ministry of Environment, Conservation and Parks*. Gouvernement de l'Ontario.
- ³⁰ Gouvernement de l'Ontario. (2024). *Expenditure estimates for the Ministry of Agriculture, Food and Rural Affairs 2024-25*. Gouvernement de l'Ontario.
- ³¹ Gouvernement de l'Ontario. (2023). *Expenditure estimates for the Ministry of Health 2023-24*. Gouvernement de l'Ontario.
- ³² Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 : tableaux de données – série D4. Ottawa, ON : ICIS.
- ³³ Statistique Canada (2024). Tableau : 17-10-0009-01. Estimations de la population, trimestrielles.
- ³⁴ Gouvernement de l'Alberta. (2019). *Budget 2019 : Estimates of the Government of Alberta 2019-20* (p. 123).
- ³⁵ Gouvernement de l'Alberta. (2019). *Budget 2019 : Estimates of the Government of Alberta 2019-20* (p. 160).
- ³⁶ Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2023 – données historiques. Ottawa, ON : ICIS; 2024.
- ³⁷ Gouvernement de l'Alberta. (2020). *Health Annual Report 2019-2020* (p. 75).
- ³⁸ Gouvernement de l'Alberta. (2020). *Health Annual Report 2019-2020*. Gouvernement de l'Alberta.
- ³⁹ Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 : tableaux de données – série D4. Ottawa, ON : ICIS.
- ⁴⁰ Statistique Canada (2024). Tableau : 17-10-0009-01. Estimations de la population, trimestrielles.
- ⁴¹ Gouvernement de l'Alberta. (2023). *Budget 2023 : Government estimates 2023-24*. Gouvernement de l'Alberta.
- ⁴² Gouvernement de l'Alberta. (2019). *Budget 2019 : Estimates of the Government of Alberta 2019-20* (p. 160).
- ⁴³ Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2023 – données historiques. Ottawa, ON : ICIS; 2024.
- ⁴⁴ Alberta Health Services. (2023). *Business Plan 2023-2024* (p. 10).
- ⁴⁵ Gouvernement de l'Alberta. (2023). *Ministry of Health and Addiction annual report 2023-2024*. Gouvernement de l'Alberta.
- ⁴⁶ Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 : tableaux de données – série D4. Ottawa, ON : ICIS.
- ⁴⁷ Statistique Canada (2024). Tableau : 17-10-0009-01. Estimations de la population, trimestrielles.
- ⁴⁸ Addition des dépenses en « population health and wellness » provinciales (PHSA) et régionales. Voir annexe 4.
- ⁴⁹ Ten-year summary of consolidated financial statements – Work Safe BC. p. 1. <https://www.worksafebc.com/resources/about-us/annual-report-statistics/2023-annual-report/2023-ten-year-summary-consolidated-financial-statements?lang=en&direct>
- ⁵⁰ Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2023 – données historiques. Ottawa, ON : ICIS; 2024.
- ⁵¹ Addition des dépenses en « mental health and substance abuse » (PHSA) et régionales. Voir annexe 4.
- ⁵² Addition des dépenses en « community care » (PHSA) et régionales. Voir annexe 4.
- ⁵³ Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 : tableaux de données – série D4. Ottawa, ON : ICIS.
- ⁵⁴ Statistique Canada (2024). Tableau : 17-10-0009-01. Estimations de la population, trimestrielles.
- ⁵⁵ Addition des dépenses en « population health and wellness » provinciales (PHSA) et régionales. Voir annexe 4.
- ⁵⁶ Ten-year summary of consolidated financial statements – Work Safe BC. p. 1. <https://www.worksafebc.com/resources/about-us/annual-report-statistics/2023-annual-report/2023-ten-year-summary-consolidated-financial-statements?lang=en&direct>
- ⁵⁷ Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2023 – données historiques. Ottawa, ON : ICIS; 2024.
- ⁵⁸ Addition des dépenses en « mental health and substance abuse » (PHSA) et régionales. Voir annexe 4.
- ⁵⁹ Addition des dépenses en « community care » (PHSA) et régionales. Voir annexe 4.
- ⁶⁰ Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 : tableaux de données – série D4. Ottawa, ON : ICIS.
- ⁶¹ Statistique Canada (2024). Tableau : 17-10-0009-01. Estimations de la population, trimestrielles.

Notes (tableau 4)

^A Inclut 82 millions en crédits des organismes communautaires.

^B Dépenses de 2022-2023 qui incluent 106 millions en crédits des organismes communautaires.

^C Puisque le revenu annuel moyen pour cette spécialité médicale est indisponible, nous avons utilisé le revenu annuel moyen d'un médecin de famille : National Physicians database, historical payments 1999-2022, table D3.

Ainsi, en excluant la santé mentale et communautaire, et en incluant les dépenses pandémiques, les montants investis par habitant au Québec et en Alberta sont assez similaires, autour de 190 \$ par habitant, alors que la Colombie-Britannique fracasse la marque de 200 \$ par habitant. L'Ontario se démarque avec une dépense plus faible, à 136 \$ par habitant. Le Québec le rejoindrait à un niveau similaire si on excluait les centres d'activités liés à la pandémie. Or, les programmes liés à la pandémie, que l'on n'est pas en mesure de départager du reste des budgets, risquent d'influencer la dépense de santé publique rapportée par les gouvernements des autres provinces que le Québec.

La figure 3 présente l'évolution de la dépense par habitant de 2019-2020 à 2023-2024, tant selon nos calculs que ceux de l'ICIS. Les montants sont en dollars courants. Ainsi, bien que l'on observe une croissance des dépenses par habitant dans toutes les provinces, ce n'est qu'en Ontario que la hausse des dépenses a suivi l'inflation, et elle a été plus faible que l'inflation en Alberta. La croissance des dépenses a surpassé l'inflation au Québec et en Colombie-Britannique.

Le constat présenté par la figure 3 est clair. Il semble que l'ICIS rapporte assez adéquatement la dépense de santé publique du Québec, mais que la dépense rapportée par l'ICIS est bien supérieure à celle que l'on est en mesure de calculer dans les autres provinces. En effet, nous avons pu arriver à un total qui correspond de près à celui de l'ICIS pour le Québec. Cependant, il reste des zones d'ombre quant aux méthodes employées par l'ICIS pour atteindre des chiffres aussi élevés dans les autres provinces. Il ne nous a pas été possible de réévaluer la dépense de santé publique comptabilisée par l'ICIS, car ces données ne sont pas publiques.

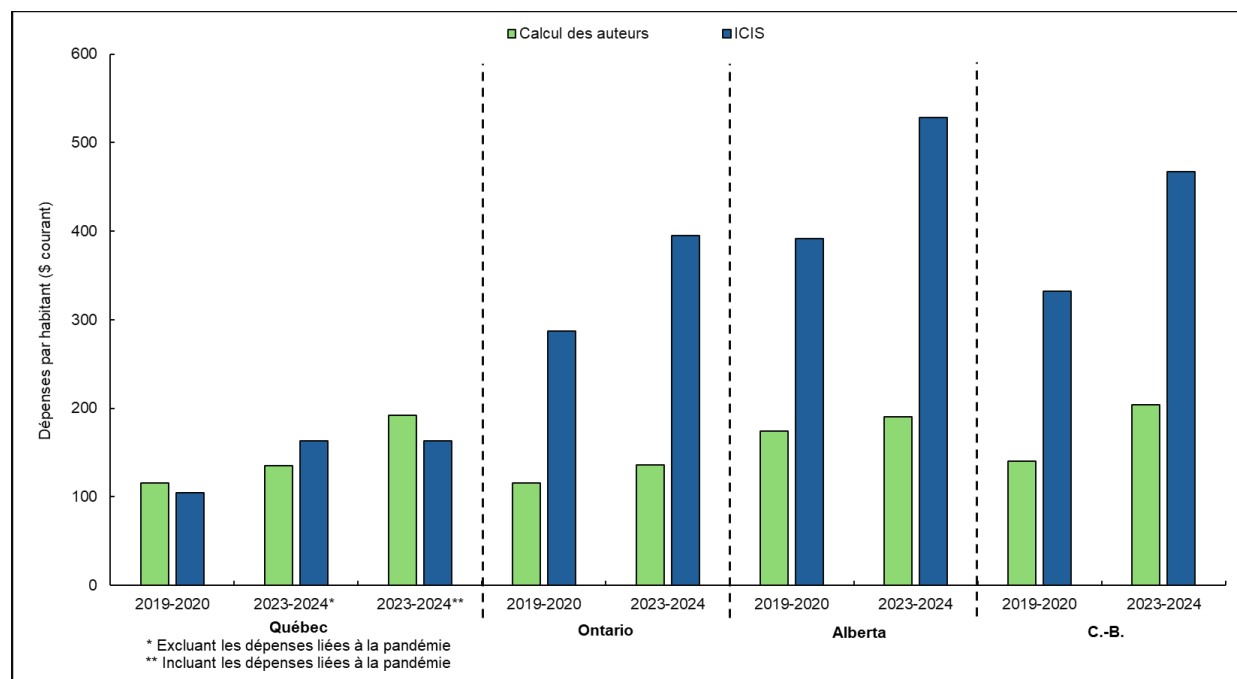


Figure 3. Dépenses de santé publique (en \$ courants) par habitant, ICIS et calcul des auteurs, 2019-2020 et 2023-2024.

Le cas de la Colombie-Britannique est révélateur. Grâce à nos conversations avec Alain Yao, analyste principal à l'ICIS, nous avons découvert que pour parvenir à un montant total pour la dépense de santé publique en Colombie-Britannique, l'ICIS additionne trois catégories comprises dans le tableau 4, soit les dépenses du PHSA, du Ministry of Mental Health and Addiction et de Work Safe BC (santé et sécurité au travail), mais aussi plusieurs programmes du Ministry of Public Safety, du Ministry of Children and Family Development et du palier municipal. L'ICIS inclut aussi les dépenses de la First Nations Health Authority (FNHA) et de la Michael Smith Foundation for Health Research (35 millions). Il nous est impossible de savoir quels programmes de ces ministères sont inclus.

La FNHA rapporte des dépenses de programmes de plus de 831 millions en 2023-2024. Plusieurs de ces programmes axés sur la santé autochtone ont une vocation de santé publique (p. ex., communicable disease controls, environmental health and emergencies, healthy living, maternal child and family health, etc.), mais d'autres ont des visées curatives (p. ex., health benefits, health systems support, cultural safety and humility, etc.). Puisque les dépenses de la FNHA ne sont pas ventilées, il est difficile de départager lesquelles font partie de la santé publique, de sorte qu'elles ne sont pas incluses dans le tableau 4. Par ailleurs, il est intéressant de constater que l'ICIS inclut un organisme de recherche en santé dans les données de la Colombie-Britannique. Peut-être est-il en mesure de départager la recherche en santé publique de la recherche en santé curative. Nous n'incluons pas les organismes de recherche en santé dans le tableau 4, puisqu'il nous est impossible de savoir sur quoi porte cette recherche en santé. En additionnant les données publiques liées à tous ces programmes en Colombie-Britannique, nous parvenons à un montant beaucoup plus élevé que celui rapporté par l'ICIS. Cela veut dire que ce dernier est en mesure d'exclure du calcul certains programmes, possiblement en santé mentale et communautaire, ce que les données publiques ne nous permettent pas de faire. Ces résultats soulignent la nécessité d'une plus grande transparence dans la comptabilisation des dépenses de santé publique, afin de permettre une meilleure compréhension des investissements des provinces dans ce domaine essentiel.

6. Conclusion

Notre recherche mène à quelques constats :

- À partir de la définition commune de la santé publique proposée dans ce rapport, nous observons que les montants investis en santé publique par habitant sont assez similaires d'une province à l'autre.
- L'ICIS rapporte des montants de dépenses beaucoup plus élevés que ceux auxquels nous arrivons à partir de notre définition commune en Alberta, en Colombie-Britannique et en Ontario.
- Au Québec, les montants rapportés par l'ICIS et ceux que nous avons calculés sont très similaires.
- Parmi les quatre provinces comparées, le Québec n'est pas celle qui dépense le moins par habitant, lorsque l'on harmonise les catégories budgétaires.
- Les différences de classification des dépenses de santé publique compliquent les comparaisons interprovinciales et peuvent affecter la perception des efforts financiers des provinces en matière de santé publique.

La santé publique désigne les efforts visant à maintenir la santé des populations et à éviter les blessures, les maladies et les décès prématurés; or, la santé publique est définie de différentes façons par diverses entités publiques et gouvernementales. Le Québec s'est doté d'un programme de santé publique ambitieux, mais dépense le moins par habitant (et en proportion du PIB) en santé publique selon l'ICIS. Les différences susmentionnées entre les définitions de la santé publique peuvent être à la source des enjeux de comparabilité. Dans ce rapport, nous avons présenté les définitions de la santé publique offertes par des organisations internationales, par l'ICIS, par le Québec et par les trois autres grandes provinces canadiennes (Alberta, Colombie-Britannique et Ontario) en vue d'en faire ressortir les différences. Nous avons ensuite comparé la dépense catégorisée par le gouvernement du Québec avec celle de l'ICIS. Observant un écart marqué, nous avons identifié des programmes de santé publique qui ne sont pas considérés comme tels au Québec.

L'ICIS inclut la santé mentale et les services communautaires dans sa définition de la santé publique. Cette intégration constitue une distinction majeure, surtout dans le cas du Québec, où les dépenses de santé mentale sont répertoriées dans des catégories distinctes. L'ICIS semble adopter les données rapportées par le gouvernement du Québec sans ajustements, probablement en raison de la granularité et du détail de l'information fournie. Pour d'autres provinces, toutefois, l'ICIS procède à des ajustements en ajoutant des programmes. Ce choix se justifie dans la mesure où les différents programmes des ministères de la Santé des autres provinces analysées sont bien moins détaillés que ceux du Québec. L'opacité des données fournies par l'ICIS représente une limite méthodologique majeure pour une étude comparative rigoureuse. En effet, l'inclusion des programmes varie considérablement d'une province à l'autre, ce qui limite la fiabilité des comparaisons interprovinciales. En l'absence d'un accès direct aux données complètes de l'ICIS pour chaque province, il est difficile de déterminer précisément quelles composantes sont incluses ou exclues dans chaque territoire. L'absence de transparence de l'ICIS quant aux méthodes de calcul

utilisées accentue cette opacité, ce qui entrave l'interprétation nuancée et cohérente des chiffres de dépenses.

L'incapacité de reproduire les chiffres de dépenses publiés par l'ICIS constitue une contrainte analytique importante. À partir d'une définition commune de la santé publique et de données budgétaires publiques, nous avons calculé la dépense de santé publique dans quatre provinces et l'avons comparé avec la mesure de l'ICIS. Pour le Québec, il est possible d'atteindre un niveau de dépenses en santé publique équivalent à celui de l'ICIS, grâce à la disponibilité et à la précision des données provinciales. Pour les autres provinces, toutefois, les dépenses calculées restent systématiquement inférieures aux chiffres rapportés par l'ICIS. Cette situation suggère soit une sous-déclaration des dépenses par certaines provinces, soit une méthodologie d'inclusion propre à l'ICIS qui reste inaccessible pour les chercheurs. Par conséquent, il est impossible de recalculer ou de valider les chiffres de l'ICIS dans un contexte interprovincial.

De plus, malgré nos efforts d'harmonisation, il existe des écarts importants dans les programmes traités comme relevant de la santé publique dans les différentes provinces, de sorte qu'il demeure très difficile de bien comparer la dépense de santé publique entre les provinces. L'opacité des données hors Québec implique qu'il est difficile de voir à quel point les dépenses de santé publique ont été influencées par des dépenses ponctuelles liées à la pandémie. Il sera pertinent de poursuivre ces calculs dans les prochaines années pour vérifier si les niveaux de financement retournent à des niveaux prépandémiques ou si certains programmes (comme la vaccination de masse au Québec) deviennent institutionnalisés à long terme.

En conclusion, rappelons que l'analyse des dépenses publiques en santé peut offrir un portrait quantitatif de l'investissement gouvernemental, mais elle ne constitue pas en soi une mesure d'efficacité des programmes mis en œuvre. En effet, une dépense élevée dans le domaine de la santé publique n'implique pas nécessairement une amélioration de la santé ou du bien-être de la population ou une efficacité dans l'utilisation des ressources. Comme le souligne Esping-Andersen (1990), la quantité des dépenses publiques ne suffit pas à résoudre les enjeux sociaux ou de santé; la qualité, l'accessibilité et la structure des programmes jouent un rôle crucial dans l'impact de ces interventions.

Cette perspective théorique invite à aller au-delà de l'analyse budgétaire pour évaluer les programmes en fonction de leur performance et de leur pertinence par rapport aux objectifs de santé publique. En effet, une approche centrée exclusivement sur les dépenses pourrait masquer des inefficacités structurelles ou un manque de réponse aux besoins spécifiques des populations vulnérables. Ainsi, une piste de recherche future pourrait consister à évaluer non seulement les montants investis, mais aussi les mécanismes et les résultats des programmes de santé publique. Cette approche intégrative permettrait de mieux comprendre si les ressources sont allouées de manière optimale pour répondre aux objectifs de santé populationnelle, tout en tenant compte des particularités et des besoins de chaque population dans les provinces.

Références

- Alberta Health Services. (s. d.-a). About Us - Healthier Together. <https://www.healthiertogether.ca/about/about-us>
- Alberta Health Services. (s. d.-b). AHS Board. Alberta Health Services. <https://www.albertahealthservices.ca/about/Page12825.aspx>
- Alberta Health Services. (s. d.-c). Population Health.
- Alberta Health Services. (s. d.-d). Population Health Promotion Program. Alberta Health Services. <https://www.albertahealthservices.ca/findhealth/service.aspx?id=3677>
- Alberta. (2000). Public Health Act. https://www.qp.alberta.ca/1266.cfm?page=P37.cfm&leg_type=Acts&isbncln=9780779818426
- Ammi, M., Arpin, E., & Allin, S. (2021). Interpreting forty-three-year trends of expenditures on public health in Canada: Long-run trends, temporal periods, and data differences. *Health Policy*, 125(12), 1557-1564. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.10.004>
- Ammi, M., Langevin, R., Arpin, E., & Strumpf, E. C. (2024). *S'attaquer aux crises épidémiologiques : oui, mais à quel prix?* (2024PJ-07, Revue PERSPECTIVES, CIRANO.)
- Arpin, E., Smith, R., Cheung, A., Thomas, M., Luu, K., Li, J., Rosella, L., Allin, S., Pinto, A., & Quesnel-Vallée, A. (2021). Profiles of Public Health Systems in Canada: Québec. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy.
- Arsenault, G., O. Jacques et A. Maioni. 2018. Services de garde subventionnés : l'exception du Québec dans le contexte fédéral. *Institut de recherche en politiques publiques*. Étude n° 67.
- Ballinger, G. (2007). Refining Estimates of Public Health Spending as Measured in National Health Expenditure Accounts: The Canadian Experience. *Journal of Public Health Management and Practice*, 13(2), 115-120.
- Bernier, N. F. (2006). Quebec's Approach to Population Health: An Overview of Policy. Content and Organization. *Journal of Public Health Policy*, 27(1), 22-37. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jphp.3200057>
- Canadian Institute for Health Information. (2019). Public Health and Community Mental Health and Addictions Services in NHEX (p. 2) [Technical brief].
- Canadian Institute for Health Information. (2021). National Health Expenditure Trends, 2020 — Methodology Notes. CIHI.
- Canadian Public Health Association. (2019). Public Health in the Context of Health System Renewal in Canada. Background Document. <https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/policy/positionstatements/phsr-backgrounddocument-e.pdf>
- Colombie-Britannique. (2008). Public Health Act. http://www.bclaws.ca/civix/document/id/complete/statreg/08028_01#part9
- Daigneault, P. M., Birch, L., Béland, D., & Bélanger, S. D. (2021). Taking subnational and regional welfare states seriously: Insights from the Quebec case. *Journal of European Social Policy*, 31(2), 239-249.
- Gouvernement du Québec. (2015). Programme national de santé publique 2015-2025. Consulté en ligne le 8 août 2023. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2023). Santé publique au Québec — Professionnels de la santé — MSSS. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/programme-national-de-sante-publique-pnsp/sante-publique-au-quebec/>
- Gouvernement du Québec. (2024a). Contour financier — Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001663/>
- Gouvernement du Québec. (2024b). Crédits des dépenses de portefeuilles. Ministères des Finances. https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget_depenses/24-25/3-Credits_depenses_portefeuelles.pdf
- Haddow, R. (2014). Power resources and the Canadian welfare state: Unions, partisanship and interprovincial differences in inequality and poverty reduction. *Canadian Journal of Political Science/Revue canadienne de science politique*, 47 (4), 717-739.
- ICIS. 2019. Données sur la santé publique et les services communautaires en santé mentale et en toxicomanie dans la BDDNS. Note technique, octobre.
- ICIS. 2023. Tendances nationales de dépenses de santé. Série D3. <https://www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante>
- ICIS 2024. National Physicians Database, <https://www.cihi.ca/en/physicians#:~:text=Dollars%20and%20utilization&text=The%20average%20gross%20clinical%20payment,Scotia%20to%20%24410%2C000%20in%20Alberta>
- Jacques, O., & Noël, A. (2022). Welfare state decommodification and population health. *Plos one*, 17(8), e0272698.
- Kneebone, R. & Wilkins, M. (2016). Canadian provincial government budget data, 1980/81 to 2013/14. *Canadian Public Policy*, 42(1), 1-19.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). L'architecture des services de santé et des services sociaux : Les programmes-services et les programmes-soutien. Janvier 2004. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-710-01.pdf>
- OECD, Eurostat, & World Health Organization. (2011). A System of Health Accounts 2011: Revised edition. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>
- Office of the Provincial Health Officer, British Columbia. (2019). Taking a Pulse on the Population. An Update on the Health of the British Columbians. Ministry of Health. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/reports-publications/annual-reports/pho-annual-report-2019.p>
- Ontario. (2004). Loi modifiant la Loi sur la protection et la promotion de la santé. <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/s04030#s2s2>
- Population, Public and Indigenous Health Strategic Clinical Network. (2020). Population and Public Health: Transformational Roadmap. Alberta Health Services. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/about/scn/ahs-scnpiph-pph-roadmap.pdf>

Province of British Columbia. (2005). A Framework for Core Functions in Public Health (p. 47-103). https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2005/core_functions.pdf

Province of British Columbia, Welcome BC. (2020). HealthCare Professional. <https://www.welcomebc.ca/Immigrate-to-B-C/BC-PNP-Skills-Immigration/Health-CareProfessional>

Public Health Agency of Canada. (2008, June 17). The Chief Public Health Officer's report on the state of public health in Canada 2008: Addressing Health Inequalities [Education and awareness;navigation page]. Aem. <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/report-on-state-public-health-canada-2008.html>

Santé publique Ontario. (2017). Plan d'activités annuel 2017-2018 à 2019-2020. Santé publique Ontario. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/a/2018/annual-businessplan-2017-20.pdf?la=fr>

Santé publique Ontario. (2019). Vision, mission, mandat et valeurs. Santé publique Ontario. <https://www.publichealthontario.ca/fr/about/our-organization/vision-mission-mandate-values>

Santé publique Ontario. (16 juin 2020). Le système de santé publique ontarien. Santé publique Ontario. <https://www.publichealthontario.ca/fr/about/blog/2020/ontario-public-health-system>

Seabrook, M. (2024). *Public Health Financing in British-Columbia: A Case Study Investigating Factors Influencing Decision-Making*. Thesis submitted to the Institute of Health Polity, Management and Evaluation, University of Toronto.

Smith, R. W., Allin, S., Rosella, L., Luu, K., Thomas, M., Li, J. et Pinto, A. D. (2021). Profils des systèmes de santé publique au Canada : Ontario. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

Smith, R. W., Allin, S., Luu, K., Jarvis, T., Thomas, M., Li, J., Rodrigues, A., Rosella, L. et Pinto, A. D. (2022). Profils des systèmes de santé publique au Canada : Alberta. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/profilsdes-systemes-de-sante-publique-dans-les-provinces-etterritoires-du-canada/>

Smith, R. W., Allin, S., Thomas, M., Li, J., Luu, K., Rosella, L. et Pinto, A. D. (2022). Profils des systèmes de santé publique au Canada : Colombie-Britannique. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

Van den Berg, A., Plante, C., Raïq, H., Proulx, C., & Faustmann, S. (2017). *Combating poverty: Quebec's pursuit of a distinctive welfare state* (vol. 53). University of Toronto Press.

WHO. (2015). Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region (p. 113). World Health Organization. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/281700/Self-assessment-tool-evaluation-essential-public-health-operations.pdf

Annexe 1

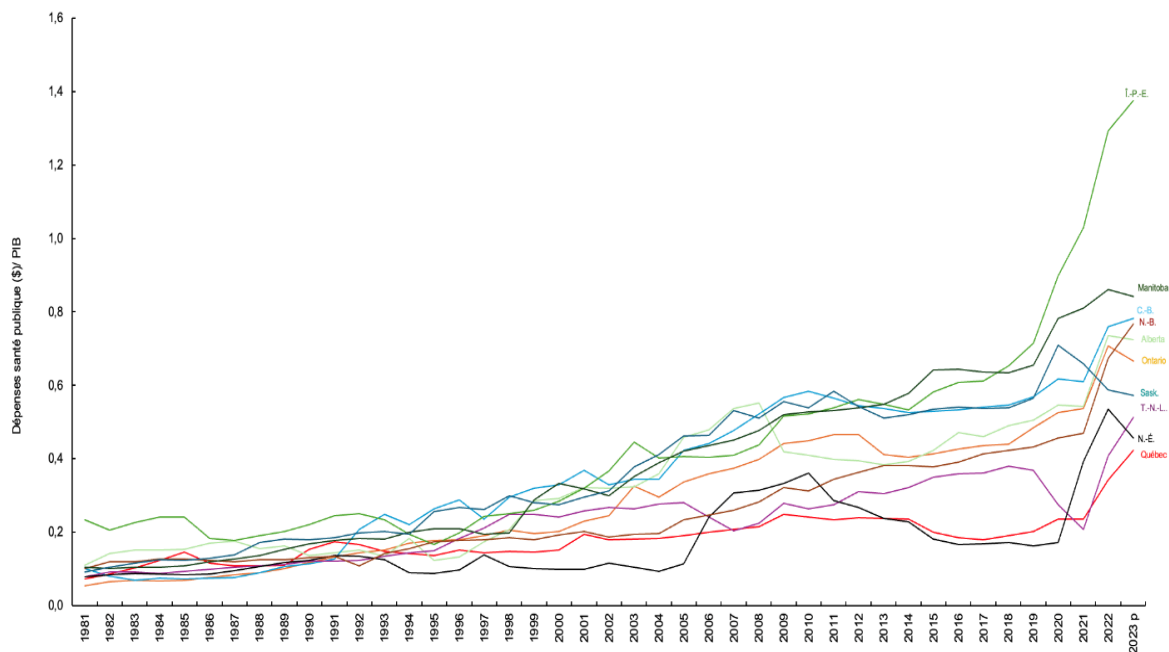


Figure 4. Évolution des dépenses en santé publique, en proportion du PIB, pour l'ensemble des provinces canadiennes, de 1981 à 2023.

Annexe 2

L'une des différences intéressantes entre les définitions de la santé publique concerne l'inclusion ou l'exclusion des politiques agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Tant l'OMS que le gouvernement du Québec incluent les programmes agissant sur les déterminants sociaux de la santé dans leur définition de la santé publique. Or, puisque la santé publique a une approche populationnelle qui exclut les politiques publiques ciblant directement des individus, la plupart des territoires ont tendance à ne pas considérer comme relevant de la santé publique les politiques de lutte à la pauvreté et de soutien aux pertes de revenus des dépenses de santé, qui sont pourtant intimement liées aux déterminants sociaux de la santé (Jacques et Noël, 2022). Il est pourtant évident que la santé de la population serait menacée si le risque de pauvreté était plus élevé, s'il n'existait pas de filet social en cas de perte de revenu de travail ou si l'État ne s'assurait pas d'offrir un niveau de vie décent aux personnes retraitées n'ayant pas pu accumuler une retraite privée.

Il semble toutefois que l'Alberta inclue la lutte à la pauvreté dans ses budgets de santé publique. Si le Québec faisait de même et comptabilisait la dépense affectée à la lutte à la pauvreté et au soutien au revenu dans la dépense de santé publique, cette dernière augmenterait considérablement (au Québec comme ailleurs). En effet, les efforts de réduction de la pauvreté et de réduction des inégalités de revenus sont notablement plus élevés au Québec (Haddow, 2014; Van den Berg *et al.*, 2017), grâce à une fiscalité plus progressive et à des politiques de soutien de revenu plus généreuses. En effet, la figure 3, tirée des travaux d'Axel van den Berg et ses collègues (2017) montre que le Québec dépense bien davantage que toutes les autres provinces dans les mesures de soutien au revenu (notamment pour les familles) et dans les politiques actives favorisant la participation au marché du travail des personnes qui en sont exclues. Représentant 4 % du PIB, les dépenses en soutien au revenu au Québec sont plus de 10 fois plus élevées que les dépenses de santé publique (environ 0,4 % du PIB, si on prend la mesure de l'ICIS). À noter que ces mesures excluent les services de garde d'enfants, qui représentent environ 0,8 % du PIB (Arsenault *et al.*, 2018). Ceux-ci pourraient pourtant certainement faire partie des mesures visant à améliorer les déterminants sociaux de la santé.

Figure 1.5. Family income support expenditures, fiscal years 2002-3 to 2011-12

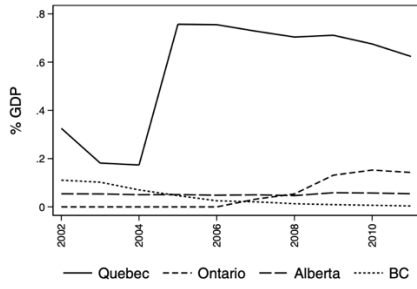


Figure 1.6. Activation expenditures, fiscal years 2002-3 to 2011-12

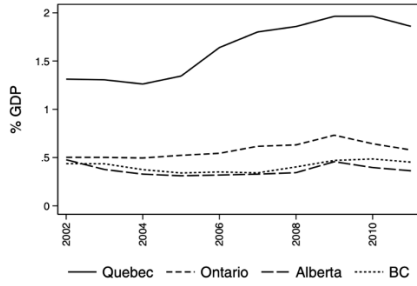


Figure 1.4. Income support expenditures, fiscal years 2002-3 to 2011-12

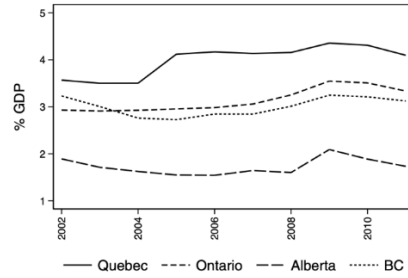


Figure 5. Efforts de lutte à la pauvreté, pour les quatre provinces, 2002-2012.

Annexe 3

Exemples de définitions des programmes inclus dans le tableau 2 (page 10) : *Programmes inclus dans la santé publique dans les contours financiers du MSSS (colonnes A et B), et programmes des contours financiers qui ont des composantes de santé publique (colonnes C et D), 2022-2023.*

1. Services dentaires préventifs

Ce sous-centre regroupe les activités préventives effectuées par l'hygiéniste dentaire dans le cadre du Programme national de santé publique et des Plans d'action thématiques tripartites qui en découlent. L'ICIS inclut les services dentaires préventifs dans sa définition, ce qui cadre avec ce centre d'activité.

Activités :

- Dépistage des enfants à la maternelle et sélection des enfants admissibles au suivi dentaire préventif à l'école.
 - Suivi dentaire préventif des enfants sélectionnés :
 - instructions d'hygiène dentaire personnalisées (brossage des dents, utilisation de la soie dentaire et activités d'éducation d'hygiène bucco-dentaire et d'alimentation);
 - application topique de fluorure;
 - application d'agents de scellement des puits et des fissures.
- Dépistage et sélection des enfants admissibles à l'application d'agents de scellement à l'école.
 - Application d'agents de scellement aux enfants sélectionnés.
- Dépistage des enfants avec un besoin évident de traitement de la carie dentaire.
- Orientation des enfants avec un besoin de traitement de la carie dentaire vers d'autres services de l'établissement ou d'autres services spécialisés extérieurs (p. ex., le dentiste).
- Évaluation de la qualité des agents de scellement appliqués à l'école.
- Déploiement du programme de brossage supervisé des dents en services de garde éducatifs à l'enfance et à l'école.
- Relances et suivis.
- Autres activités de prévention favorisant une bonne santé bucco-dentaire.
- Notes aux dossiers.
- Gestion des activités.
- Secrétariat et soutien administratif.

2. Dépistage prénatal – trisomie 21

Ce sous-centre regroupe les activités d'exams cliniques (procédures) des établissements désignés par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour effectuer les analyses biochimiques et autres activités pertinentes dans le cadre du Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21. Il enregistre également les activités liées au test génomique prénatal non invasif, qui inclut le dépistage de la trisomie 13 et 18.

Activités :

- Réception et encodage des requêtes d'analyse.
- Analyse ou envoi des échantillons de la mère (préparation et emballage).
- Compilation, vérification et analyse des données.
- Calculs des probabilités et interprétation des résultats.
- Jumelage des données nominatives et des résultats de laboratoire.
- Transmission des résultats prescripteurs autorisés.
- Étalonnage des appareils et assurance qualité.
- Entretien, nettoyage et réparation des équipements.
- Gestion des activités.
- Élaboration de programmes de formation en cours d'emploi.
- Coordination des processus « pré » et « post » analytiques liés au Programme.
- Logistique et gestion des formulaires de prélèvement aux établissements.
- Secrétariat et travaux administratifs.

3. Santé scolaire

Ce centre regroupe les activités cliniques réalisées en milieu scolaire ayant pour objet l'application de programmes visant à maintenir la santé physique. Les activités de santé publique sont exclues de ce centre d'activité.

Activités :

- Dépistage de problèmes de santé (vision, audition, obésité, etc.) chez les enfants, par des interventions individuelles ou de groupe.
- Renvoi à d'autres services de l'établissement et aux services spécialisés extérieurs.
- Relances et suivis.

4. Activités spéciales (dépendances)

Ce centre regroupe les activités désignées par le ministère de la Santé et des Services sociaux comme une responsabilité nationale et présentée dans le programme Dépendance.

L'établissement réalisant plusieurs activités spéciales à classer dans un programme complète une page pour chacune et utilise, par exemple, les numéros suivants : 7988-01 pour sa première activité spéciale du programme Dépendance, 7988-02 pour sa deuxième activité spéciale et ainsi de suite. Les abréviations sont à éviter dans les noms des activités.

Tableau 5. Programmes ayant un lien avec la santé publique dans les contours financiers du MSSS

Programmes à inclure (3)	Programmes à exclure (7)	Approfondissement nécessaire (5)
<p><u>6542</u> Services dentaires préventifs – SAPA <u>7983</u> Activités spéciales – Santé mentale [seules les dépenses déclarées par l'Institut Philippe-Pinel et le CIUSS de l'Estrie – CHU de Sherbrooke] <u>7988</u> Activités spéciales – Dépendance</p>	<p><u>6833</u> Mammographie <u>6565</u> Services sociaux <u>7111</u> Nutrition à domicile <u>7112</u> Nutrition – Autres en CLSC <u>7989</u> Activités spéciales – Jeunes en difficulté <u>8040</u> Adaptation/intégration sociales et adaptation professionnelle – Déficience physique <u>6900</u> Réinsertion et intégration sociales (santé physique)</p>	<p><u>6602</u> Dépistage <u>6608</u> Dépistage <u>6590</u> Santé scolaire <u>4114</u> Développement, adaptation et intégration sociale jeunes (6 – 17 ans) et leur famille <u>4120</u> Habitudes de vie et maladie chroniques</p>

Annexe 4

Programmes inclus dans « *population health and wellness* » (PHSA et autorités régionales) en Colombie-Britannique :

- *Environmental health officers.*
- *Licensing and inspecting daycares and long-term care.*
- *Immunizations.*
- *Home visits for families (healthy babies), early childhood development.*
- *Speech language pathology, audiology.*
- *Dentistry & oral health (preventative e.g. in schools) (limited).*
- *Dieticians, nutritionists.*
- *Infection prevention & control.*
- *Disease screenings.*
- *Epidemiologists/surveillance.*
- *Health information scientists (e.g. assessing community needs).*
- *Informatics.*
- *Health promotion programs (tobacco, exercise, etc.).*
- *Planetary health.*
- *Grants for NGOs (regional).*
- *Healthy public policy.*
- *Targeted programs (e.g. Stop HIV, overdose response & harm reduction).*

Les dépenses du PHSA 2023-2024 et 2019-2020 ont été extraites des documents suivants :

- Consolidated Financial Statements of Provincial Health Services Authority (2024). p. 2.
<http://www.phsa.ca/about-site/Documents/PHSA%20Consolidated%20Financial%20Statements%202023-24.pdf>
- Consolidated Financial Statements of Provincial Health Services Authority (2020). p. 2.
<http://www.phsa.ca/about-site/Documents/Provincial%20Health%20Services%20Authority%20client%20prepared%20%28Mar%202020%29%20Final%20Copy.pdf>

Les dépenses des agences régionales proviennent du tableau A3. (page suivante).

Tableau 6. Évolution des dépenses en santé publique de chacune des autorités régionales de santé, Colombie-Britannique, 2015-2016 à 2022-2023

	Fraser Health ¹				Vancouver Island Health ²				Vancouver Coastal Health ³				Northern Health ⁴				Interior Health ⁵			
	(1) Population health and wellness	(2) Mental health and substance abuse	(3) Community care	Total Fraser Health (1+2)	(1) Population health and wellness	(2) Mental health and substance abuse	(3) Community care	Total Island Health (1+2)	(1) Population health and wellness	(2) Mental health and substance abuse	(3) Community care	Total Vancouver Coastal Health (1+2)	(1) Population health and wellness	(2) Mental health and substance abuse	(3) Community care	Total Northern Health (1+2)	(1) Population health and wellness	(2) Mental health and substance abuse	(3) Community care	Total Interior Health (1+2)
2023-2024	255 209 000	453 485 000	680 560 000	708 694 000	111 627 000	346 276 000	626 605 000	457 903 000	148 735 000	574 840 000	615 533 000	723 575 000	45 351 000	83 977 000	226 043 000	129 328 000	96 473 000	264 926 303	436 943 000	361 399 303
2022-2023	204 891 000	384 785 000	584 247 000	589 676 000	106 663 000	286 243 000	518 127 000	392 906 000	143 810 000	488 914 000	495 194 000	632 724 000	39 090 000	68 552 000	194 081 000	107 642 000	89 786 000	226 303 000	369 988 000	316 089 000
2021-2022	301 290 000	344 279 000	551 111 000	645 569 000	154 532 000	246 140 000	447 256 000	400 672 000	217 517 000	422 117 000	422 307 000	639 634 000	48 445 000	60 044 000	180 011 000	108 489 000	126 591 000	190 936 000	326 861 000	317 527 000
2020-2021	237 092 000	321 694 000	488 254 000	558 786 000	224 355 000	227 617 000	380 516 000	451 972 000	148 318 000	372 388 000	380 478 000	520 706 000	32 443 000	54 723 000	164 398 000	87 166 000	83 034 000	177 982 000	312 822 000	261 016 000
2019-2020	106 249 000	299 712 000	401 509 000	405 961 000	69 695 000	207 487 000	334 290 000	277 182 000	110 936 000	341 842 000	336 418 000	452 778 000	30 190 000	52 584 000	147 026 000	82 774 000	67 410 000	164 547 000	262 533 000	231 957 000
2018-2019	95 577 000	277 637 000	352 161 000	373 214 000	64 575 000	190 684 000	284 196 000	255 259 000	108 989 000	321 046 000	289 366 000	430 035 000	28 063 000	48 379 000	136 423 000	76 442 000	65 105 000	159 300 000	243 332 000	224 405 000
2017-2018	88 959 000	258 902 000	336 244 000	347 861 000	61 973 000	176 372 000	267 143 000	238 345 000	104 051 000	309 719 000	263 576 000	413 770 000	27 273 000	43 957 000	120 353 000	71 230 000	61 379 000	139 399 000	228 416 000	200 778 000
2016-2017	84 700 000	232 300 000	318 600 000	317 000 000	60 450 000	166 924 000	256 306 000	227 374 000	100 272 000	282 274 000	250 448 000	382 546 000	29 779 000	45 164 000	107 301 000	74 943 000	60 063 000	129 443 000	214 906 000	189 506 000
2015-2016	81 900 000	234 300 000	296 100 000	316 200 000	58 660 000	161 433 000	247 096 000	220 093 000	99 751 000	271 611 000	237 593 000	371 362 000	36 362 000	51 622 000	82 867 000	87 984 000	58 939 000	121 640 000	211 988 000	121 640 000

Sources :

¹ Consolidated Financial Statements of Fraser Health Services Authority (2024). fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/About-Us/Accountability/Financial-reporting/2024/Consolidated_financial_statements.pdf

² Consolidated Financial Statements of Vancouver Island Health Services Authority (2024). [audited-financial-statements-2023-2024.pdf](https://www.vih.ca/en/media/29111)

³ Consolidated Financial Statements of Vancouver Coastal Health Services Authority (2024). <https://www.vch.ca/en/media/29111>

⁴ Consolidated Financial Statements of Northern Health Services Authority (2024). [Financial statements 2023-24](https://www.nh.ca/en/media/29111)

⁵ Consolidated Financial Statements of Interior Health Services Authority (2024). [iha-signed-financial-statements-with-auditors-report-2024.pdf](https://www.ih.ca/en/media/29111)

Tableau 7. Comparaisons interprovinciales des dépenses de santé publique, en millions (\$), Québec, Ontario, Alberta et Colombie-Britannique, 2019-2020 et 2023-2024

	Québec		Ontario		Alberta		Colombie-Britannique	
	2019-2020	2023-2024	2019-2020	2023-2024	2019-2020	2023-2024	2019-2020	2023-2024
Dépense de santé publique rapportée par gouvernement provincial	403 ^{1,A}	571 ^{10,B} (1 093 en incluant les dépenses pandémiques)	1 289 ¹⁹	1 732 ²⁶	691 ³⁴	828 ⁴¹	598 ⁴⁸	976 ⁵⁵
Agence de santé publique provinciale	78 ²	113 ¹¹	Déjà incluse	Déjà incluse	Pas d'agence	Pas d'agence	Déjà incluse	Déjà incluse
Santé et sécurité au travail	362 ³	369 ¹²	287 ²⁰	257 ²⁷	55 ³⁵	49 ⁴²	111 ⁴⁹	133 ⁵⁶ (2022-2023)
Rémunération des médecins de santé publique	55 ^{4,C} (195 X 279 662 \$)	54 ^{13,C} (195 X 275 507 \$)	44 ^{21,C} (136 X 325 596 \$)	48 ^{28,C} (137 X 346 752)	15 ^{36,C} (43 X 337 541 \$)	15 ^{43,C} (44 X 337 541 \$)	15 ^{50,C} (68 X 223 029)	19 ^{57,C} (83 X 230 152 \$)
Santé animale et inspection des aliments; salubrité de l'eau et de l'air	93 ⁵	116 ¹⁴	80 ²²	154 ²⁹	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Santé communautaire	612 ⁶ (excluant SP)	858 ¹⁵ (excluant SP)	ND	488 ³⁰	1 475 ³⁷	2 074 ⁴⁴	1 673 ⁵¹	2 810 ⁵⁸
Santé mentale	1 535 ⁷	1 922 ¹⁶	406 ²³	2 049 ³¹	74 ³⁸	275 ⁴⁵	1 274 ⁵²	2 005 ⁵⁹
Total sans santé communautaire et mentale	991	1 223 (1 745 en incluant les dépenses pandémiques)	1 700	2 191	761	892	724	1 128
Total avec santé communautaire et mentale	3 318	4 525	ND	4 728	2 310	3 241	3 671	5 943
Total dépenses de santé publique (ICIS)	891 ⁸	1 478 ¹⁷	4 205 ²⁴	6 366 ³²	1 714 ³⁹	2 473 ⁴⁶	1 709 ⁵³	2 584 ⁶⁰
Population (4 ^e trimestre)	8 522 000 ⁹	9 056 000 ¹⁸	14 667 000 ²⁵	16 124 000 ³³	4 377 000 ⁴⁰	4 684 000 ⁴⁷	5 148 000 ⁵⁴	5 531 000 ⁶¹

Sources (tableau 4) :

- ¹ MSSS (2019-2020) Contours financiers. Dépenses par programme et par centre d'activités. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001663>
- ² Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2020). *Rapport annuel de gestion 2019-2020*.
- ³ CNESST. 2019. *La CNESST en Bref*. En ligne. <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/dc200-1047-14web.pdf>
- ⁴ Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2023 – données historiques. Ottawa, ON : ICIS; 2024.
- ⁵ Gouvernement du Québec, ministère des Finances. (2019). *Crédits des ministères et organismes pour l'année 2019-2020*.
- ⁶ Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2021). *Comptes de la santé 2018-2019, 2019-2020, 2020-2021*.
- ⁷ MSSS (2019-2020) Contours financiers. Dépenses par programme et par centre d'activités.
- ⁸ Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 : tableaux de données – série D4. Ottawa, ON : ICIS.
- ⁹ Statistique Canada (2024). Tableau : 17-10-0009-01. Estimations de la population, trimestrielles.
- ¹⁰ MSSS (2022-2023) Contours financiers. Dépenses par programme et par centre d'activités. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001663>
- ¹¹ Institut national de santé publique du Québec. (2024). *Rapport annuel de gestion 2023-2024*.
- ¹² CNESST. Rapport annuel de gestion. 2023 (p. 92 et 107). <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/rag2023.pdf>
- ¹³ Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2023 – données historiques. Ottawa, ON : ICIS; 2024.
- ¹⁴ Gouvernement du Québec, ministère des Finances. (2023). *Crédits des dépenses des portefeuilles pour l'année 2023-2024*.
- ¹⁵ Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2023). *Comptes de la santé 2021-2022, 2022-2023, 2023-2024*.
- ¹⁶ MSSS (2022-2023) Contours financiers. Dépenses par programme et par centre d'activités.
- ¹⁷ Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 : tableaux de données – série D4. Ottawa, ON : ICIS.
- ¹⁸ Statistique Canada (2024). Tableau : 17-10-0009-01. Estimations de la population, trimestrielles.
- ¹⁹ Gouvernement de l'Ontario. (2018). *Expenditure estimates for the Ministry of Health and Long-Term Care 2018-19*. Gouvernement de l'Ontario.
- ²⁰ Gouvernement de l'Ontario. (2019). *Occupational health and safety in Ontario: April 2019 – March 2020*. Gouvernement de l'Ontario.
- ²¹ Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2023 – données historiques. Ottawa, ON : ICIS; 2024.
- ²² Gouvernement de l'Ontario. (2019). *Expenditure estimates for the Ministry of Agriculture, Food and Rural Affairs 2019-20*. Gouvernement de l'Ontario.
- Gouvernement de l'Ontario. (2019). *Published plans and annual reports 2019-2020: Ministry of Environment, Conservation and Parks*. Gouvernement de l'Ontario.
- ²³ Gouvernement de l'Ontario. (2019). *Expenditure estimates for the Ministry of Health and Long-Term Care 2019-20*. Gouvernement de l'Ontario.
- ²⁴ Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 : tableaux de données – série D4. Ottawa, ON : ICIS.
- ²⁵ Statistique Canada (2024). Tableau : 17-10-0009-01. Estimations de la population, trimestrielles.
- ²⁶ Gouvernement de l'Ontario. (2023). *Expenditure estimates for the Ministry of Health 2023-24*. Gouvernement de l'Ontario.
- ²⁷ Gouvernement de l'Ontario. (2023). *Expenditure estimates for the Ministry of Labour, Immigration, Training and Skills Development 2023-24*. Gouvernement de l'Ontario.
- ²⁸ Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2023 – données historiques. Ottawa, ON : ICIS; 2024.
- ²⁹ Gouvernement de l'Ontario. (2023). *Published plans and annual reports 2023-2024: Ministry of Environment, Conservation and Parks*. Gouvernement de l'Ontario.
- Gouvernement de l'Ontario. (2024). *Expenditure estimates for the Ministry of Agriculture, Food and Rural Affairs 2024-25*. Gouvernement de l'Ontario.
- ³⁰ Gouvernement de l'Ontario. (2023). *Expenditure estimates for the Ministry of Health 2023-24*. Gouvernement de l'Ontario.
- ³¹ Gouvernement de l'Ontario. (2023). *Expenditure estimates for the Ministry of Health 2023-24*. Gouvernement de l'Ontario.
- ³² Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 : tableaux de données – série D4. Ottawa, ON : ICIS.
- ³³ Statistique Canada (2024). Tableau : 17-10-0009-01. Estimations de la population, trimestrielles.
- ³⁴ Gouvernement de l'Alberta. (2019). *Budget 2019 : Estimates of the Government of Alberta 2019-20* (p. 123).
- ³⁵ Gouvernement de l'Alberta. (2019). *Budget 2019 : Estimates of the Government of Alberta 2019-20* (p. 160).
- ³⁶ Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2023 – données historiques. Ottawa, ON : ICIS; 2024.
- ³⁷ Gouvernement de l'Alberta. (2020). *Health Annual Report 2019-2020* (p. 75).
- ³⁸ Gouvernement de l'Alberta. (2020). *Health Annual Report 2019-2020*. Gouvernement de l'Alberta.
- ³⁹ Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 : tableaux de données – série D4. Ottawa, ON : ICIS.
- ⁴⁰ Statistique Canada (2024). Tableau : 17-10-0009-01. Estimations de la population, trimestrielles.
- ⁴¹ Gouvernement de l'Alberta. (2023). *Budget 2023 : Government estimates 2023-24*. Gouvernement de l'Alberta.
- ⁴² Gouvernement de l'Alberta. (2019). *Budget 2019 : Estimates of the Government of Alberta 2019-20* (p. 160).
- ⁴³ Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2023 – données historiques. Ottawa, ON : ICIS; 2024.
- ⁴⁴ Alberta Health Services. (2023). *Business Plan 2023-2024* (p. 10).
- ⁴⁵ Gouvernement de l'Alberta. (2023). *Ministry of Health and Addiction annual report 2023-2024*. Gouvernement de l'Alberta.
- ⁴⁶ Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 : tableaux de données – série D4. Ottawa, ON : ICIS.
- ⁴⁷ Statistique Canada (2024). Tableau : 17-10-0009-01. Estimations de la population, trimestrielles.
- ⁴⁸ Addition des dépenses en « population health and wellness » provinciales (PHSA) et régionales. Voir annexe 4.
- ⁴⁹ Ten-year summary of consolidated financial statements – Work Safe BC. p. 1. <https://www.worksafebc.com/resources/about-us/annual-report-statistics/2023-annual-report/2023-ten-year-summary-consolidated-financial-statements?lang=en&direct>
- ⁵⁰ Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2023 – données historiques. Ottawa, ON : ICIS; 2024.
- ⁵¹ Addition des dépenses en « mental health and substance abuse » (PHSA) et régionales. Voir annexe 4.
- ⁵² Addition des dépenses en « community care » (PHSA) et régionales. Voir annexe 4.
- ⁵³ Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 : tableaux de données – série D4. Ottawa, ON : ICIS.
- ⁵⁴ Statistique Canada (2024). Tableau : 17-10-0009-01. Estimations de la population, trimestrielles.
- ⁵⁵ Addition des dépenses en « population health and wellness » provinciales (PHSA) et régionales. Voir annexe 4.
- ⁵⁶ Ten-year summary of consolidated financial statements – Work Safe BC. p. 1. <https://www.worksafebc.com/resources/about-us/annual-report-statistics/2023-annual-report/2023-ten-year-summary-consolidated-financial-statements?lang=en&direct>
- ⁵⁷ Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2023 – données historiques. Ottawa, ON : ICIS; 2024.
- ⁵⁸ Addition des dépenses en « mental health and substance abuse » (PHSA) et régionales. Voir annexe 4.
- ⁵⁹ Addition des dépenses en « community care » (PHSA) et régionales. Voir annexe 4.
- ⁶⁰ Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 : tableaux de données – série D4. Ottawa, ON : ICIS.
- ⁶¹ Statistique Canada (2024). Tableau : 17-10-0009-01. Estimations de la population, trimestrielles.

Notes (tableau 7)

^A Inclut 82 millions en crédits des organismes communautaires

^B Dépenses de 2022-2023 qui inclut 106 millions en crédits des organismes communautaires

^C Puisque le revenu annuel moyen pour cette spécialité médicale est indisponible, nous avons utilisé le revenu annuel moyen d'un médecin de famille : National Physicians database, historical payments 1999-2022, table D3.