

PERSPECTIVES

24 septembre 2025

Quand les chiffres ne racontent pas toute l'histoire

Investissements en santé publique au Québec et ailleurs au Canada

OLIVIER JACQUES

Professeur adjoint
École de santé publique de l'Université de Montréal
Chercheur CIRANO

ALEXANDRE PRUD'HOMME

Professionnel de recherche
CIRANO

EMNA BEN JELILI

Doctorante
École de santé publique de l'Université de Montréal

EMMANUELLE ARPIN

Professeure adjointe
École de santé publique de l'Université de Montréal
Chercheuse CIRANO

Au Canada, les provinces disposent d'une grande latitude pour décider quels programmes font partie ou non de la santé publique, de sorte qu'il est très difficile d'effectuer des comparaisons interprovinciales. De récentes analyses de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) suggèrent que le Québec serait la province qui dépense le moins en santé publique. Mais est-ce vraiment le cas ?

Une étude CIRANO (Jacques et al., 2025) offre une nouvelle perspective sur les efforts de l'Ontario, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Québec en matière de santé publique. Ces provinces ne publient pas leurs budgets et crédits en santé publique avec le même niveau de détail qu'au Québec.

À partir d'un travail minutieux de reclassification conceptuelle de la définition de la santé publique et en utilisant les données budgétaires disponibles publiquement, les auteurs parviennent à une estimation des dépenses en santé publique au Québec qui se rapproche des montants rapportés par l'ICIS. Dans le cas des trois autres provinces, les analyses révèlent des dépenses en santé publique beaucoup plus faibles que les montants rapportés par l'ICIS. Les écarts entre les provinces sont ainsi beaucoup moins grands que ce que les analyses de l'ICIS suggèrent. Cette étude souligne l'importance d'une définition standardisée de la santé publique et illustre la difficulté de comparer les dépenses publiques entre les provinces canadiennes.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé publique couvre cinq fonctions essentielles connues comme les catégories EPHO pour « *essential public health operations* » ou opérations essentielles de santé publique (OESP) en français. Il s'agit de la surveillance de la santé des populations, le monitoring des urgences et 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 (Harris et al., 2017).

Quatre provinces, quatre visions de la santé publique

Bien que toutes les provinces visent les objectifs communs de surveillance de l'état de santé de la population, de promotion de comportements sains et de création d'environnements favorables en cohérence avec les OESP de l'OMS, chacune adapte néanmoins ses priorités pour répondre à des besoins spécifiques et propose ainsi sa propre définition de la santé publique.

Avec son Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025, l'approche du Québec est centrée sur un cadre programmatique structuré et légal, mettant un accent particulier sur les populations vulnérables. Cette approche vise à garantir que les interventions sont non seulement conformes aux normes établies, mais également adaptées aux besoins particuliers des groupes les plus à risque (Bernier, 2006 ; Gouvernement du Québec, 2015, 2023 ; Arpin et al., 2021).

L'Ontario est la province qui se compare le mieux au Québec, notamment parce qu'elle est dotée d'une structure administrative en matière de services de santé et de santé publique similaire à celle du Québec. 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., 2021).

L'Alberta se distingue par son approche scientifique et pratique en s'appuyant sur des données probantes pour

orienter ses politiques et mettre en œuvre des composantes clés en matière de prévention, de promotion de la santé et de gestion des urgences (Smith et al., 2022a).

Enfin, la Colombie-Britannique adopte une perspective communautaire inclusive, favorisant des valeurs de justice sociale et d'équité dans la promotion de la santé. Cette approche reflète un engagement à améliorer la santé de la communauté tout en favorisant des pratiques inclusives et équitables (Smith et al., 2022b).

Le panier de programmes en santé publique diffère largement d'une province à l'autre

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) s'efforce d'harmoniser les données provinciales et territoriales à des fins comparatives. Malgré ces efforts, il subsiste des écarts importants entre la mesure de la santé publique rapportée par l'ICIS et la dépense rapportée par chacune des provinces (Ammi et al., 2021 ; Ballinger, 2007 ; Champagne et al., 2022). L'ICIS doit colliger des données provenant de sources variées qui ne mesurent pas exactement la même chose, car elles reposent sur des définitions distinctes.

Les provinces ont une grande latitude pour décider quel programme fait partie ou non de la santé publique de sorte qu'il est très difficile de faire des comparaisons interprovinciales. Qui plus est, les responsabilités de santé publique sont partagées entre plusieurs organisations gouvernementales et ministères. Au Québec, ceux-ci incluent le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le ministère des Finances, le Conseil du trésor et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Dans d'autres provinces, on compte le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée de l'Ontario et Santé publique Ontario, l'Alberta Treasury Board and Finance, l'Alberta Health Services, le Ministry of Primary and Preventative Health Services, le Ministry of Mental Health and Addiction et le Ministry of Assisted Living and Social Services en Alberta et le Provincial Health Services Authority en Colombie-Britannique et le BC Center for Disease Control.

À cette liste s'ajoutent le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) et le ministère de l'Environnement, de la Lutte contre les changements climatiques, de la Faune et des Parcs (MELCCFP) au Québec, le ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et de l'Agroentreprise et le ministère de l'Environnement, de la Protection de la nature et des Parcs en Ontario pour ce qui concerne la santé animale, l'inspection des aliments, la salubrité de l'eau et de l'air. S'ajoutent aussi la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) au Québec, le ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences de l'Ontario, Santé et sécurité au travail Ontario et Work Safe BC pour ce qui concerne la santé et sécurité au travail.

Une approche élargie de la santé publique change notre lecture des efforts des provinces en matière de santé publique

Notre analyse porte sur l'Alberta, l'Ontario, la Colombie-Britannique et le Québec, quatre provinces qui représentent près de 85 % de la population canadienne. Notre objectif était d'explorer comment une approche élargie de la santé publique peut modifier notre lecture des efforts des provinces en matière de santé publique. Nous avons cherché à comparer les dépenses publiques des provinces selon une définition commune de la santé publique et à les mettre en perspectives par rapport aux données rapportées par l'ICIS.

Prenons le cas du Québec. Selon les contours financiers du MSSS du Québec, tout programme de santé est composé d'un ensemble de services de santé désigné par le terme « centre d'activités ». Les contours financiers du MSSS fournissent la répartition des dépenses par programme, à partir des centres d'activités qui forment chaque programme. Les dépenses pour l'ensemble des programmes sont réparties sur plus de 300 centres d'activités.

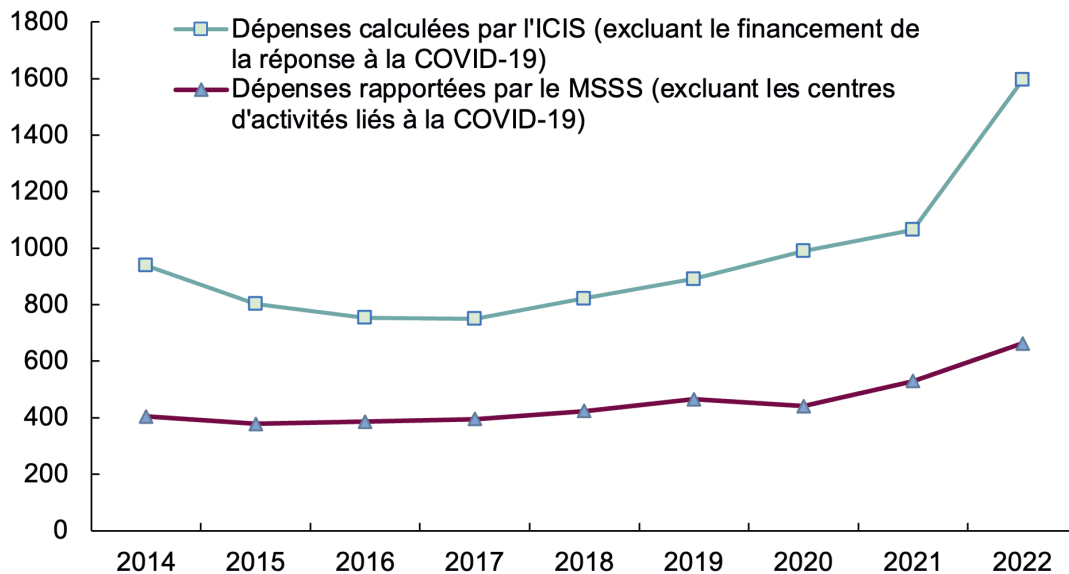
Il existe deux grands groupes de programmes : soutien et services. Les programmes de soutien comprennent

l'administration, le soutien aux services et la gestion des bâtiments et des équipements. Les programmes de services regroupent les services fournis par des professionnels de la santé et des services sociaux pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population et aux besoins particuliers de sous-groupes de la population. Ceux-ci sont répartis en neuf catégories : santé publique ; services généraux ; soutien à l'autonomie des personnes âgées ; déficience physique ; déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme ; jeunes en difficulté ; dépendances ; santé mentale ; et santé physique.

Le MSSS publie ses exercices financiers par année financière, soit du 1er avril au 31 mars. En 2022-2023, les dépenses en santé publique pour les programmes qui font partie de la catégorie « santé publique » au sens strict s'élevaient à près de 1,1 milliard de dollars, incluant les dépenses associées à la pandémie de COVID-19. Lorsqu'on exclut les dépenses allouées à la pandémie et à la vaccination massive et urgente, les dépenses en santé publique au sens strict s'élevaient à environ 570 millions de dollars. Comment ce montant se compare-t-il aux montants rapportés par l'ICIS ?

L'ICIS calcule les dépenses sur une année civile, soit du 1er janvier au 31 décembre. Pour le Québec en 2022, l'ICIS rapporte une dépense de près de 1,6 milliard de dollars. Sachant que l'ICIS inclut les contributions des gouvernements provinciaux aux organismes publics ayant un mandat de santé publique, à savoir l'INSPQ, Santé publique Ontario et le BC Center for Disease Control (BCCDC), il faut ajouter aux 570 millions de dollars tirés des contours financiers du MSSS un montant de près de 100 millions de dollars correspondants aux fonds alloués à l'INSPQ (Ammi et al., 2021). Les dépenses en santé publique s'élèveraient alors à 670 millions de dollars.

Sur une période s'étendant de 2014 à 2022, les dépenses tirées des contours financiers auxquelles on ajoute les fonds alloués à l'INSPQ sont systématiquement et considérablement inférieures à celles rapportées par l'ICIS. Ces analyses suggèrent que l'ICIS tend à surestimer la dépense de santé publique au Québec. Comme on le verra plus loin, c'est plutôt l'inverse lorsqu'on y regarde de plus près.



Dépenses en santé publique au Québec selon les données de l'ICIS et selon les contours financiers du MSSS, y compris les fonds alloués à l'INSPQ, en millions de dollars (\$ courants)

Source : Jacques, O., Ben Jelili, E., Prud'homme, A., & Arpin, E. (2025)

Plusieurs initiatives et programmes pouvant être considérés comme des fonctions de la santé publique sont gérés par d'autres ministères, sociétés ou organismes que le MSSS. Les dépenses associées à ces programmes ne sont donc pas comprises dans les contours financiers alors qu'ils sont vraisemblablement inclus dans les calculs de l'ICIS au Québec et dans les autres provinces, à juste titre d'ailleurs.

Ceux-ci incluent la protection de la santé liée à la salubrité des aliments et à la qualité de l'eau, des responsabilités partagées par le MAPAQ et le MELCCFP, le fonds de prévention et de recherche en matière de cannabis financé par les revenus de la Société québécoise du cannabis (SQDC), le programme d'aide aux joueurs pathologiques de la Régie des alcools, des courses et des jeux (RACJ), le programme *À l'école, on bouge !* du ministère de l'Éducation ainsi que des sommes consacrées par la CNESST à la prévention, incluant le programme *Pour une maternité sans danger*.

Autre élément à considérer : les actes posés par les médecins de famille et les médecins en santé publique ne figurent pas non plus dans la dépense de santé publique rapportée par les contours financiers du MSSS. Or, le rôle de ces médecins est précisément 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. Les coûts associés à leur rémunération devraient aussi être ajoutés.

Nous estimons que le coût additionnel de ces programmes et initiatives, incluant la rémunération des médecins de famille et médecins en santé publique, pourrait totaliser près de 700 millions de dollars au Québec en 2022-2023.

Inclure ou ne pas inclure les initiatives visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé ?

L'une des différences notables entre les définitions de la santé publique concerne l'inclusion ou l'exclusion des initiatives agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Dans sa définition de la santé publique, l'OMS inclut les programmes agissant sur les déterminants sociaux de la santé. C'est le cas aussi au Québec. Par contre, en adoptant une approche populationnelle, le Québec exclut les politiques de lutte à la pauvreté et de soutien au revenu puisqu'il s'agit de politiques publiques dont les bénéfices sont réductibles à un seul individu.

La plupart des provinces ont tendance à ne pas considérer comme relevant de la santé publique les politiques de lutte à la pauvreté et de soutien au revenu, bien qu'elles soient intimement liées aux

déterminants sociaux de la santé (Jacques et Noël, 2022). Or, 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, par exemple.

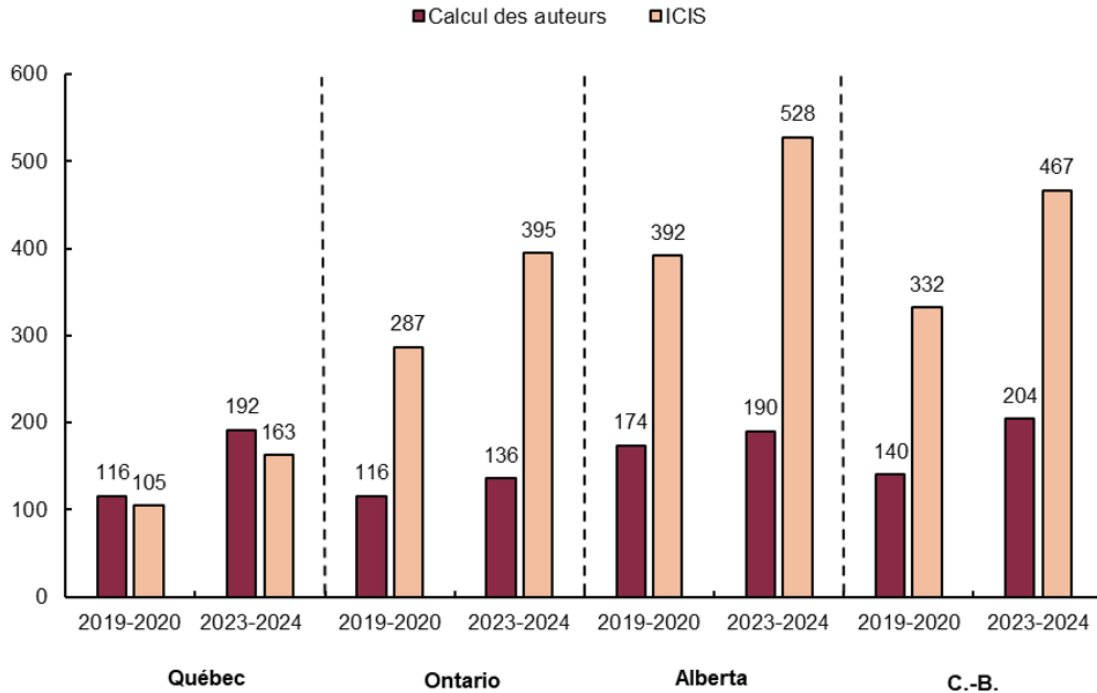
Si le Québec comptabilisait les sommes engagées dans la lutte à la pauvreté et au soutien au revenu, comme semble le faire l'Alberta, il se comparerait avantageusement aux autres provinces puisque les efforts en ce sens sont notablement plus élevés au Québec, notamment grâce à une fiscalité plus progressive et à des politiques de soutien de revenu plus généreuses.

Les investissements en santé publique sont assez similaires d'une province à l'autre

À partir d'une définition commune de la santé publique et en utilisant les données à notre disposition, nous avons calculé les dépenses en santé publique *par habitant* dans chacune des quatre provinces et nous les avons comparées aux montants publiés par l'ICIS. Cette comparaison révèle que l'ICIS tend à surestimer la dépense de santé publique dans toutes les provinces *sauf au Québec*. En menant l'exercice que nous avons explicité plus haut, nous arrivons à un total de dépenses en santé publique de 192 \$ par habitant en 2023-2024, ce qui correspond de près au montant de 163 \$ par habitant rapporté par l'ICIS. Autrement dit, l'ICIS rapporte assez adéquatement la dépense de santé publique du Québec au sens large.

Par contre, les montants de dépenses en santé publique rapportés par l'ICIS sont bien supérieurs à ceux que l'on est en mesure de calculer pour l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique en faisant un exercice comparable à celui que nous avons fait pour le Québec, à partir d'une définition commune de la santé publique et en utilisant les données disponibles.

En excluant la santé mentale et la santé communautaire et en incluant les dépenses pandémiques, les dollars par habitant consacrés à la santé publique au Québec et en Alberta sont assez similaires, soit autour de 190 \$ par habitant en 2023-2024. La Colombie-Britannique atteint 204 \$ par habitant et l'Ontario se démarque avec seulement 136 \$ par habitant.



Dépenses en santé publique en \$ courants par habitant selon les données de l'ICIS et les calculs des auteurs

Source : Jacques, O., Ben Jelili, E., Prud'homme, A., & Arpin, E. (2025)

De petites différences ont un impact considérable sur le calcul des dépenses de santé publique

L'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique ne publient pas leurs budgets et crédits en santé publique avec le même niveau de détail qu'au Québec, ce qui limite la possibilité d'une comparaison parfaitement harmonisée. Qui plus est, l'ICIS ne rend pas disponibles

les données détaillées qu'il utilise. Il est donc impossible de déterminer précisément quelles composantes sont incluses ou exclues dans chaque province.

Étant donné la faible proportion des dépenses de santé publique dans le budget global de la santé, de légères variations dans la classification budgétaire peuvent entraîner des écarts significatifs dans l'estimation de leur part relative dans les dépenses gouvernementales.

L'argent n'est pas tout

Notre analyse offre un portrait quantitatif de l'investissement des gouvernements en santé publique, mais elle ne nous éclaire en rien sur l'efficacité des programmes mis en œuvre ni sur l'amélioration de la santé ou du bien-être de la population qui en découlent ni sur l'efficacité dans l'utilisation des ressources. Une approche centrée exclusivement sur les montants dépensés pourrait masquer des inefficacités structurelles ou un manque de réponse aux besoins spécifiques des populations vulnérables.

Une piste de recherche future serait d'évaluer non seulement les montants investis, mais aussi les mécanismes à l'œuvre et les résultats des programmes de santé publique. Cette approche intégrative permettrait de mieux savoir si les ressources sont réparties de manière optimale pour répondre aux objectifs de santé populationnelle, tout en tenant compte des particularités et des besoins de la population.

Références

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>

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.

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>

Champagne, C., Denis, J.-L., Allin, S., & Smith, R. (2022). *L'organisation de la santé publique au Québec, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique* [Rapport]. Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/RapportAssociés/CSBE-Rapport_organisation_sante_publique_QC_hors_QC.pdf

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/>

Harris, M., Ruseva, M., Mircheva, D., Mircheva, P., Mircheva, T. et al. (2017). Self-assessments of the essential public health operations in the WHO European Region 2007–2015: Experiences and lessons from seven Member States. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe.
<https://iris.who.int/handle/10665/351404>

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>

Jacques, O., & Noël, A. (2022). Welfare state decommodification and population health. *Plos one*, 17(8), e0272698.

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. (2022a). Profils des systèmes de santé publique au Canada : Alberta. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

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

Pour citer cet article:

Jacques, O., Ben Jelili, E., Prud'homme, A., & Arpin, E. (2025). Investissements en santé publique au Québec et ailleurs au Canada (2025PJ-13, Revue PERSPECTIVES, CIRANO.)
<https://doi.org/10.54932/IFMN4823>

PERSPECTIVES est la revue de diffusion et de valorisation de la recherche au CIRANO. Rédigés dans une forme accessible à un auditoire élargi, les articles de la revue PERSPECTIVES assurent une visibilité aux travaux et à l'expertise de la communauté de recherche du CIRANO. Comme toute publication CIRANO, les articles sont fondés sur une analyse rigoureusement documentée, réalisée par des chercheuses, chercheurs et Fellows CIRANO.

Les articles publiés dans PERSPECTIVES n'engagent que la seule responsabilité de leurs auteurs.

ISSN 2563-7258 (version en ligne)

Directrice de la publication :
Nathalie de Marcellis-Warin, Présidente-directrice générale
Rédactrice en chef :
Carole Vincent, Directrice de la mobilisation des connaissances

www.cirano.qc.ca