

Jean-Luc MIGUÉ et Gérard BÉLANGER

Économistes, respectivement professeur émérite de l'ÉNAP, d'une part,
professeur d'économie retraité de l'Université Laval, d'autre part

(1972)

LE PRIX DE LA SANTÉ

**LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES
CHICOUTIMI, QUÉBEC**

<http://classiques.uqac.ca/>



<http://classiques.uqac.ca/>

Les Classiques des sciences sociales est une bibliothèque numérique en libre accès, fondée au Cégep de Chicoutimi en 1993 et développée en partenariat avec l'Université du Québec à Chicoutimi (UQÀC) depuis 2000.

UQAC

<http://bibliotheque.uqac.ca/>

En 2018, Les Classiques des sciences sociales fêteront leur 25^e anniversaire de fondation. Une belle initiative citoyenne.

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf, .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

**L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs.
C'est notre mission.**

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.

Cette édition électronique a été réalisée avec le concours de Pierre Patenaude, bénévole, professeur de français à la retraite et écrivain, de Chambord au Lac Saint-Jean. Courriel : pierre.patenaude@gmail.com

Page web dans Les Classiques des sciences sociales
http://classiques.uqac.ca/inter/benevoles_equipe/liste_patenaude_pierre.html

à partir de :

Jean-Luc Migué et Gérard Bélanger

LE PRIX DE LA SANTÉ.

Montréal : Les Éditions Hurtubise HMH ltée, 1972, 237 pp. Collection : Sciences humaines et humanisme, no 4.

L'auteur nous a accordé , le 18 octobre 2019, son autorisation de diffuser en libre accès à tous ce livre dans Les Classiques des sciences sociales.



Courriel : Gérard Bélanger : gerard.belanger.2@ulaval.ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE US, 8.5'' x 11''.

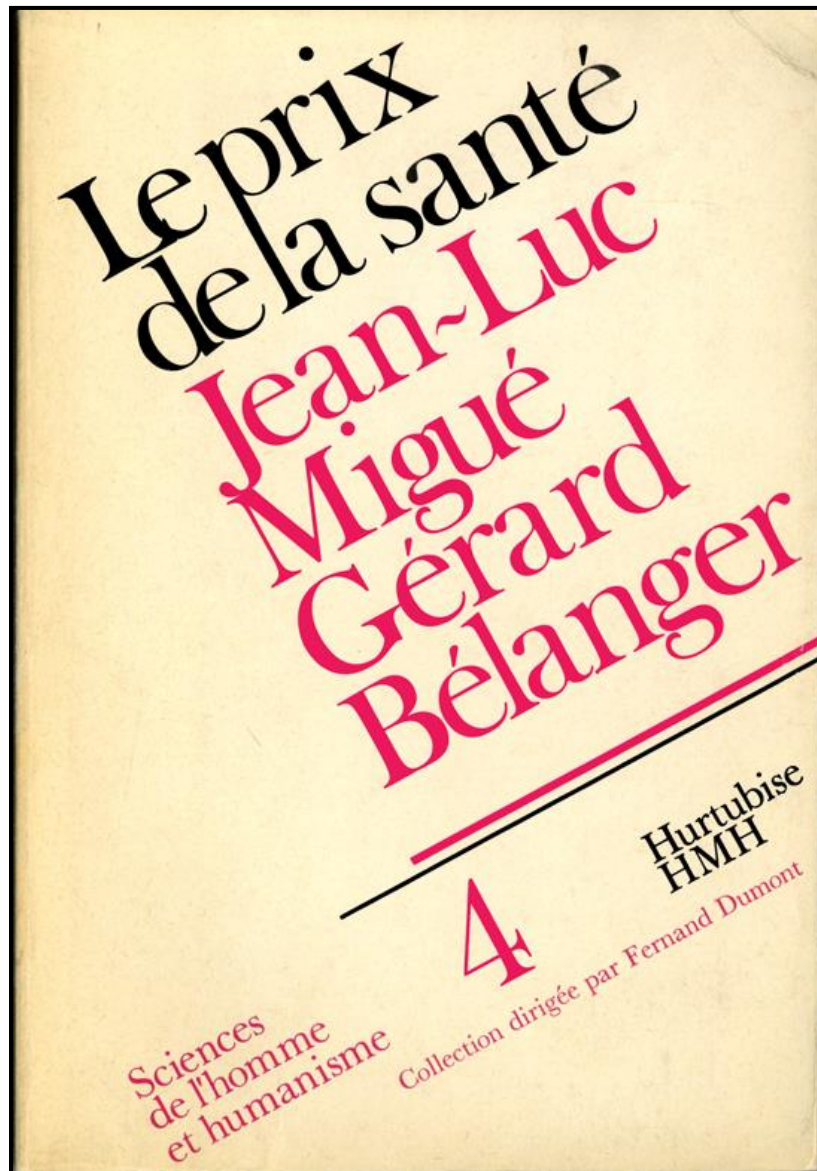
Édition numérique réalisée le 28 janvier 2020 à Chicoutimi, Québec.



Gérard BÉLANGER

Économiste, professeur, département d'économie
retraité de l'Université Laval

LE PRIX DE LA SANTÉ



Montréal : Les Éditions Hurtubise HMH ltée, 1972, 237 pp. Collection :
Sciences humaines et humanisme, no 4.

Le prix de la santé

Quatrième de couverture

[Retour à la table des matières](#)

En raison de l'importance grandissante des services de santé dans l'économie et des bouleversements qui ont marqué ce secteur avec l'avènement de l'assurance-santé d'État et l'adoption de nouveaux types d'organisation, la publication au Québec d'une étude économique des services de santé s'imposait.

Les auteurs ont donc cherché à appliquer les instruments de la science économique aux principales questions que se posent les citoyens à l'égard de ce secteur en transformation.

Pourquoi les relations de type non commercial qui s'établissent entre le médecin et son patient ? Quelles conséquences entraîne le conflit d'intérêts qui s'ensuit et dans lequel le médecin se trouve souvent placé en raison de son rôle de conseiller et de producteur du service ?

Les hôpitaux sont-ils des institutions efficaces ? Le statut d'institution à but non lucratif qu'on leur a conféré est-il de nature à servir le bien-être du patient et à minimiser le fardeau du contribuable ?

La récente loi de l'organisation des services de santé (Bill 65), qui modifie radicalement l'aménagement institutionnel du passé, est-elle de nature à améliorer la production et la distribution des services médicaux et hospitaliers ?

Pourquoi observe-t-on une montée foudroyante des prix et des coûts dans le secteur de la santé ?

Vaut-il la peine de consacrer tant de ressources (environ 6 pour cent du produit national brut) à l'amélioration et au maintien de la santé des individus ?

Comment s'explique le choix que font les consommateurs de leurs médicaments et l'allure particulière des prix qu'ils ont à payer ?

Quel est le rôle du Collège des médecins et son impact sur le prix et la qualité des services de santé? Les médecins gagnent-ils trop cher ?

En un mot, les auteurs ont voulu aborder les principales questions que soulève le secteur des services de santé et qui font que le "prix de la santé" est ce qu'il est. Les auteurs sont respectivement professeur d'économie à l'École nationale d'administration publique (E.N.A.P.) et au département d'économie de l'Université Laval. Ils sont titulaires du cours d'économie de la santé à la faculté de médecine de l'Université Laval.

Note pour la version numérique : La numérotation entre crochets [] correspond à la pagination, en début de page, de l'édition d'origine numérisée. JMT.

Par exemple, [1] correspond au début de la page 1 de l'édition papier numérisée.

[5]

Le prix de la santé

Jean-Luc Migué
et Gérard Bélanger

Hurtubise HMH

[6]

Le Ministère de la Santé nationale
et du Bien-être social a accordé
une subvention pour la publication de cet ouvrage

Maquette de la couverture :
GILLES ROBERT ET ASSOCIÉS

ÉDITIONS HURTUBISE HMH, LTÉE
380 OUEST, RUE CRAIG
MONTRÉAL 126, CANADA

Dépôt légal / 3ième trimestre 1972
Bibliothèque Nationale du Québec

Copyright © 1972
ÉDITIONS HURTUBISE HMH, LTÉE

[7]

Le prix de la santé

Table des matières

[Quatrième de couverture](#)

[Introduction](#) [9]

Chapitre I. [Le médecin du point de vue de l'économique](#) [13]

Chapitre II. [L'efficacité des hôpitaux : diagnostic](#) [35]

Chapitre III. [L'hôpital du point de vue de l'économique](#) [57]

Chapitre IV. [Hôpitaux, centres de santé et pratique médicale individuelle : facteurs et conditions d'efficacité](#) [71]

Chapitre V. [Évolution des prix des services de santé : faits et interprétation](#) [87]

Chapitre VI. [Mode de financement du régime de santé : description et appréciation](#) [125]

Chapitre VII. [Rentabilité des investissements en santé](#) [157]

Chapitre VIII. [L'économique des médicaments](#) [181]

Chapitre IX. [La professionnalisation des occupations et les revenus des médecins](#) [203]

[Conclusion](#) [225]

[Bibliographie](#) [229]

[8]

[9]

Le prix de la santé

INTRODUCTION

[Retour à la table des matières](#)

En raison de l'importance grandissante des services de santé dans l'économie, en raison des transformations radicales qui ont marqué cette industrie et qui sont susceptibles de l'affecter dans les années à venir après la publication du rapport Castonguay-Nepveu et l'avènement de l'assurance-santé d'État ainsi que l'adoption de la *Loi de l'organisation des services de santé*, compte tenu également de l'absence au Québec d'ouvrages spécialisés systématisant l'analyse économique de ce secteur, il nous a semblé que la publication d'une étude économique des services de santé s'imposait.

Le but principal de cet ouvrage est donc de montrer ce que l'économie peut apporter de contribution à la compréhension d'un certain nombre de phénomènes propres à l'industrie des services de santé. Il s'agit en somme d'appliquer à un domaine précis les instruments qu'offre l'analyse économique. Il devient ainsi possible de donner une signification à des phénomènes aussi divers que les relations de type particulier qui s'établissent entre le médecin et son patient et leurs conséquences sur les comportements du médecin, de comprendre l'avènement et la dynamique d'institutions à but non lucratif comme les hôpitaux, la montée foudroyante des prix et des coûts dans le secteur en général et dans les hôpitaux en particulier, l'avènement et le comportement d'organismes professionnels comme le Collège des médecins, le choix que font les consommateurs de leurs médicaments et l'allure particulière des prix qu'ils paient. Enfin, l'analyse économique permet d'étudier la rentabilité des sommes imposantes affectées par la société à la santé.

[10]

Inutile de préciser donc que l'approche adoptée dans ces pages est strictement scientifique plutôt que moraliste et ne vise pas à promouvoir ou condamner une cause. Ce qui ne lui interdit aucunement de comporter des corollaires politiques ou normatifs, à l'occasion très précis.

On aura compris également que la démarche entreprise ici se veut d'abord analytique, plutôt que descriptive, documentaire ou historique. Ce qui ne l'empêche pas de porter sur des questions concrètes, bien au contraire. Elle cherche d'abord à expliquer des phénomènes, des comportements, des institutions, une évolution, plutôt qu'à raconter ou informer. En un mot, la démarche vise à établir en quoi la santé a un prix et pourquoi ce prix est ce qu'il est. La documentation et l'information abondantes qu'on y obtiendra, se trouvent toujours méthodiquement insérées dans un cadre théorique susceptible de conférer une signification aux données concrètes.

Cette méthodologie explique d'ailleurs la classification des chapitres que nous avons constituée. Chacune des sections de cet ouvrage s'adresse à une question distincte dont l'évaluation est entreprise en trois étapes logiques : formulation analytiquement significative du problème, dégagement de corollaires et vérification de la théorie à la lumière de phénomènes concrets ou de données empiriques.

Nous avons voulu aborder ce que nous croyons être l'ensemble des principales questions que soulève le secteur particulier des services de santé aux yeux de l'économiste. Nous estimons avoir honnêtement rendu compte de l'état actuel des connaissances scientifiques sur chacune de ces questions. En ce sens, on peut donc dire que cet ouvrage tient du manuel. Mais en même temps, l'effort spécial d'adaptation à la situation québécoise ainsi que les activités de recherches empiriques que l'opération impliquait, font de cette entreprise une contribution originale à la connaissance plus poussée de certaines dimensions de l'industrie des services de santé.

Fidèle à notre volonté d'en faire un ouvrage d'économie appliquée, c'est-à-dire d'analyse d'un secteur particulier dans les termes et suivant les schémas que l'analyse économique moderne propose, nous avons délibérément limité l'exposé de la théorie et des techniques de

l'économique générale aux seuls aspects directement nécessaires à la compréhension des questions particulières qui se posent dans le secteur de la santé. Ce qui n'en fait pas nécessairement [11] un texte d'économie élémentaire, dans la mesure où la spécialisation implicite et le souci d'incorporer les connaissances les plus récentes et les outils les plus modernes imposent forcément un niveau d'abstraction assez élevé et l'approfondissement de certains chapitres de la science économique.

La plupart des chapitres de cet ouvrage ont été présentés en versions adaptées aux étudiants des sciences de la santé de l'Université Laval, ainsi qu'à une session d'étude organisée à l'École nationale d'administration publique, à l'intention d'administrateurs et de présidents des conseils de médecins de différents hôpitaux. Ces initiatives nous ont permis d'enrichir notre message des perspectives et de l'expérience de participants intimement associés aux milieux médicaux et hospitaliers.

Nous remercions également les trois revues spécialisées, *Le Médecin du Québec*, *l'Actualité économique* (Hautes études commerciales) et *Relations industrielles* (Université Laval) de nous avoir autorisés à incorporer dans le présent ouvrage des sections déjà parues en versions modifiées dans leurs pages.

Nos remerciements s'adressent aussi au Conseil des arts du Canada et au Ministère des Affaires sociales pour les subventions qui ont facilité la préparation de cet ouvrage.

[12]

[13]

Le prix de la santé

Chapitre I

Le médecin du point de vue de l'économique

[Retour à la table des matières](#)

La question économique se pose à l'homme du 20^e siècle comme elle s'est posée à l'homme de tous les temps, de tous les régimes, de toutes les sociétés. Cette question fondamentale peut se formuler en langage universel de la façon suivante : à quel usage, à quel emploi affecter les ressources dont on dispose en quantité limitée ? Toute société possède en effet des ressources (inputs ou facteurs de production) que la nature ou l'histoire ont mises à sa disposition et qu'elle peut affecter à la production de biens ou de services de tout genre (produit, output). Les inputs se composent d'éléments nombreux, depuis le sol, l'espace et les ressources naturelles, jusqu'aux aptitudes intellectuelles et physiques (le travail) de l'homme, en passant par la variété de capital accumulé au cours des temps par les sociétés (investissements de toute sorte en capital physique mais aussi en capital humain : connaissances intellectuelles).

[14]

Les propositions qui précèdent définissent la nature du problème économique. La théorie ou la science économique s'emploiera précisément à étudier et à expliquer les mécanismes par lesquels les sociétés résolvent ce problème. Si en effet la question économique reste la même à travers le temps et l'espace, la réponse qu'y apportent les différents régimes économiques s'avère très variable. Les processus par

lesquels s'effectuent les choix relatifs à l'allocation des ressources identifient les systèmes économiques. L'analyse de ces processus fait l'objet de l'économie.

Ainsi le régime économique « libéral » dans lequel nous évoluons se caractérise par un trait précis qui est la décentralisation encore assez prononcée des décisions économiques. Par opposition aux systèmes centralisés qu'illustre approximativement la Russie soviétique où les décisions se prennent par un « Planificateur » organisé, le système de marchés laisse en principe à deux agents économiques bien déterminés, le producteur et le consommateur, le soin de décider de l'usage qui sera fait des ressources. L'analyse économique consistera alors à isoler les facteurs ou les variables qui agissent sur ces agents et les amènent à adopter les comportements observés. Les étapes du processus analytique sont en général assez simples. On assigne à l'un ou l'autre des deux agents un objectif déterminé (sa fonction d'utilité), on définit les contraintes auxquelles il est soumis et on en dégage en corollaire les moyens qu'il prendra pour atteindre son objectif. Ainsi pour savoir quelle quantité d'un bien ou d'un service le consommateur choisira de consommer (côté demande), on présume que chaque consommateur cherchera à maximiser son bien-être individuel. C'est là le postulat fondamental de toute la tradition « libérale ». Sauf exception, le consommateur est du moins en première approximation, le meilleur, le seul juge de ce qui lui convient ou pas. On a même cristallisé cette perception du monde (ou ce mythe selon les uns) dans une expression connue, la souveraineté du consommateur.

Il s'agit donc en théorie économique d'isoler les variables qui conditionnent les décisions du consommateur ou les contraintes qui circonscrivent sa latitude. Les facteurs déterminants s'avèrent être en général, à côté de ses goûts ou préférences personnelles, le prix qu'il doit payer pour acquérir un produit ou un service, le revenu dont il dispose ou prévoit disposer, l'existence de produits substitués ou complémentaires et leur prix. Compte tenu de ces données objectives qui encadrent son action, on conclura que le consommateur [15] maximisera son bien-être en poussant l'achat ou la consommation des différents biens et services jusqu'au point où il estime que l'achat en

vaut le prix.¹ En consentant par exemple à payer une paire de souliers 25 \$, l'acheteur affirme implicitement que la paire de souliers lui procure une satisfaction qui justifie au moins le sacrifice de tout autre bien ou combinaison de biens d'une valeur de 25 \$. Le prix mesure en économique la satisfaction minimum obtenue.

L'entreprise ou le producteur (côté offre) fera en théorie économique l'objet d'une étude analogue. En contrepartie de la question posée au sujet du consommateur, on cherchera maintenant à identifier le niveau de production que choisira le producteur et quelles variables l'amèneront à adopter ce niveau particulier.

En première approximation, l'analyse lui assignera comme objectif (souvent contesté) la maximisation du profit ou du revenu net. Lui aussi cependant fait face à un certain nombre de contraintes, qui sont essentiellement définies par la fonction de production, les prix relatifs des facteurs et par la structure de l'industrie dans laquelle il évolue. Il peut en effet être l'unique producteur (comme c'est le cas de l'hôpital rural), il peut n'exister qu'un faible nombre de producteurs concurrents (dans l'industrie de l'automobile), ou enfin le producteur peut être soumis à la concurrence d'un nombre très élevé d'autres firmes (le cultivateur). Nous aurons l'occasion dès le prochain chapitre d'analyser l'allure générale des coûts de production de l'entreprise. Dès maintenant on peut intuitivement deviner la règle de comportement qu'adoptera le producteur qui veut maximiser ses profits. Il s'agira pour lui de pousser la production jusqu'au point où l'unité supplémentaire de production coûterait plus cher (coût marginal) qu'elle ne rapporterait (revenu marginal ou prix du produit selon les cas). La somme des contributions fournies par chacune des entreprises à différents prix constitue l'offre globale du produit, qu'il s'agisse de légumes, de soins médicaux ou de services routiers. Et c'est l'ensemble des relations qui s'établissent entre consommateurs et producteurs qui définissent le marché d'un produit ou d'un service particulier.

¹ Le lecteur plus au fait de la théorie économique aura reconnu la condition d'équilibre de la consommation : $TMS_i = P_a/P_b$, ou TMS_i est le taux marginal de substitution de l'individu i entre les biens a et b , et P_a/P_b est le prix relatif des biens a et b .

[16]

On comprend dès lors que le profane associe généralement l'économique à ce qu'il est convenu d'appeler la loi de l'offre et de la demande. Cette proposition est cependant si extensible qu'elle ne facilite guère la compréhension de l'économique. L'allocation aux vieillards fait tout autant l'objet d'une offre (par l'État) et d'une demande (par le bénéficiaire) que l'échange d'actions en bourse. Et pourtant, personne ne soutiendra que le processus qui régit les deux opérations est le même. Quelle que soit l'application qu'on en fasse, il faut donc, pour tirer quelque profit du recours à la science économique, identifier les caractéristiques qui conditionnent la demande et l'offre d'un produit ou d'un service, en l'occurrence des services de santé. On constatera par exemple que le consommateur de services de santé est généralement mal informé sur la qualité du traitement qu'il reçoit. Pour cette même raison, on verra que le producteur de soins médicaux c'est-à-dire le médecin, se substitue souvent au consommateur dans le choix du niveau de consommation. On observera également que le producteur de services hospitaliers, l'hôpital donc, obtient généralement le statut d'institution à but non lucratif et qu'il ne peut alors maximiser le profit. Pour toutes ces raisons et pour d'autres que l'analyse ultérieure exposera, on devine immédiatement que l'application de l'analyse économique à l'industrie des services de santé ne peut se faire sans adaptation. L'ouvrage que nous proposons au lecteur revêt ainsi sa signification propre : adapter les instruments de l'analyse économique à un secteur présentant des caractéristiques particulières.

Efficacité économique

Avant de passer à cette étape de l'application une dernière mise au point s'impose, celle de définir les critères généraux d'efficacité économique. Elle nous sera nécessaire ultérieurement pour évaluer le bon fonctionnement de l'industrie des services de santé. L'économiste distingue trois normes d'efficacité économique : une norme d'efficacité de la consommation, une norme d'efficacité de la production et enfin une norme d'efficacité générale du système. On dira que le bien-être maximum des consommateurs se réalise lorsque le régime économique répartit la production entre les consommateurs conformément à ce que

ceux-ci désirent véritablement. Pour recourir à une illustration extrême, on conçoit par exemple qu'un système serait inefficace, qui mettrait à la disposition des abstinentes [17] du vin en surabondance pendant que les vrais amateurs devraient s'en priver. C'est ce qui se produirait par exemple si aucun mécanisme ne permettait au producteur de vin d'échanger la majeure partie de sa production contre les biens et services que d'autres produisent. Un autre exemple d'infraction à la règle d'efficacité de la consommation nous est fourni par la politique de rationnement adoptée en temps de guerre. Une autorité extérieure, un juge impose alors ses décisions sans s'assurer qu'elles correspondent aux préférences des consommateurs. Pour être efficace, le régime doit pouvoir rendre possible l'échange du vin entre abstinentes et amateurs de vin jusqu'au point où chacun retire la même satisfaction de la consommation du vin.² C'est la condition de réalisation de l'optimum. Dès lors le bien-être des consommateurs est maximum puisqu'on ne peut accroître la satisfaction de l'un sans diminuer celle de l'autre.

Le lecteur aura compris que c'est précisément la fonction des prix ou du régime de marchés que de répartir la production conformément aux goûts et préférences des consommateurs. Le prix de chaque bien ou service étant unique et identique pour tous, chacun des consommateurs en retire la même satisfaction à la marge, puisque chacun, en en payant le prix, se dit disposé à sacrifier un même montant pour se le procurer. On a déjà établi que le prix mesure la satisfaction minimum obtenue. Chaque individu acquiert de chacun des biens et services la quantité appropriée à ses préférences. L'amateur de vin en achète beaucoup, l'abstinent peu ou pas du tout.

Deux précisions éclaireront davantage le sens des propositions qui précèdent en même temps qu'elles les complèteront. La règle d'efficacité de la consommation énoncée ci-dessus dispense l'économiste d'avoir à porter un jugement moral sur la distribution idéale du revenu ou de la richesse. Celle-ci est tenue pour acquise par l'analyse économique. Dire qu'on ne doit pas pouvoir augmenter le bien-être de l'un sans réduire celui de l'autre n'implique aucune distribution particulière de revenu.

² Le langage technique dit alors que les taux marginaux de substitution de tous les consommateurs sont rendus égaux.

On aura compris également que cette proposition explicite le postulat « libéral » sous-jacent à la théorie du bien-être, en vertu duquel l'individu-consommateur est seul juge du bien-être ou de la satisfaction que procure la jouissance d'un bien ou d'un service. [18] L'économiste ne se soucie pas de l'origine des préférences des gens. Sauf circonstances exceptionnelles,³ toute forme de coercition qui aurait pour effet de substituer le jugement d'un autre à celui de l'intéressé dans le choix de la consommation enfreindrait la règle d'efficacité. Le consommateur est souverain. C'est le seul postulat idéologique que comporte ce précepte.

Quant à l'efficacité de la production, elle se réalise lorsque la production se fait au coût minimum, compte tenu de la technologie existante et des prix des ressources disponibles. Il s'avère alors qu'on ne peut augmenter la production d'un bien ou d'un service sans sacrifier celle d'un autre bien ou service, puisque les ressources (inputs) sont toutes affectées à l'emploi où elles sont le plus productives.⁴

Or ici encore l'économiste présume que le système de marchés concurrentiels engendre précisément cet heureux résultat. L'objectif de maximisation du profit incite les producteurs à réduire les coûts au minimum. D'autre part l'existence ou la menace des concurrents les amène à adopter les méthodes de production les plus économiques sous peine de disparition. Sorte de darwinisme économique.

Ceci nous amène à la dernière étape de l'analyse de l'efficacité, celle de l'efficacité du système dans son ensemble. La règle s'énoncerait de la façon suivante : le système économique est efficace lorsque les consommateurs souverains n'ont à payer pour chacun des biens et services qu'ils acquièrent que ce qu'il en coûte au minimum pour le produire.⁵ La concurrence réalisera cette condition en [19] interdisant

³ En particulier, présence d'économies externes de consommation.

⁴ La règle d'égalisation des taux marginaux de substitution entre les facteurs garantit que les ressources sont employées de la façon la plus productive et qu'ainsi la courbe des possibilités de production est atteinte. En longue période le coût marginal qui en résulte s'établit au niveau du coût moyen minimum, s'il y a concurrence.

⁵ Si $TMS = TMS \text{ -----} = TMS = Pa/Pb$
et que $TMT = Pa/Pb$, où TMT
des biens a et b,
on obtient: $TMS_1 = TMS_2 \text{ -----} = TMS_i = TMT$.

aux producteurs la possibilité de fixer à leur produit des prix supérieurs au coût minimum. Le consommateur obtient donc ce qu'il désire (efficacité de consommation) au meilleur prix possible (efficacité de production).

Nous disposons maintenant des instruments analytiques nécessaires à la compréhension des phénomènes particuliers à l'industrie des services de santé. Nous recourrons à ces instruments à chacune des étapes pour répondre aux deux questions que soulève toute analyse économique : pourquoi les particularités observées dans cette industrie et quelles conséquences entraînent-elles (analyse positive) ? Ces particularités enfreignent-elles les règles de l'efficacité (analyse normative) ?

L'industrie des services de santé : le consommateur mal informé

L'industrie des services de santé ne fait pas exception à la règle. On établira dans une étape ultérieure que le consommateur des services de santé ou le patient réagit d'une façon donnée à une variation quelconque des conditions de prix, de revenu personnel, de préférences. On verra également que le producteur, qu'il soit médecin, hôpital, clinique ou entreprise pharmaceutique, poursuit des objectifs particuliers, que la technologie lui impose des coûts de production particuliers et que la structure industrielle de ce secteur présente des caractéristiques uniques. On peut donc identifier en d'autres termes les conditions particulières de demande et d'offre de services de santé comme on le fait pour n'importe quel autre bien ou service.

Il s'avère que tout en comportant des ressemblances certaines avec les autres secteurs industriels, l'industrie des services de santé possède une caractéristique fondamentale, non pas unique, mais probablement plus prononcée que partout ailleurs, et qu'on pourrait définir comme l'insuffisance de l'information du consommateur-patient.⁶ On ne peut rien comprendre aux graves problèmes et difficultés que suscitent

⁶ Cet aspect de la question a été principalement traité par KJ. Arrow, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *The American Economic Review*, vol. 53, no 5, déc. 1966, pp. 941-973.

l'organisation et l'aménagement des services [20] de santé, sans postuler l'ignorance relative du consommateur et en dégager les corollaires nombreux qui s'ensuivent concernant les agents économiques que cette industrie rassemble. Qu'il s'agisse du rôle que la société assigne au médecin, des types de relations qu'il établit avec son patient, des conflits d'intérêts dans lesquels il peut se trouver, de son appartenance à une corporation professionnelle, qu'il s'agisse du statut d'institutions à but non lucratif des hôpitaux, du rôle particulier qu'assume l'État dans ce secteur, qu'il s'agisse des nombreuses manifestations d'inefficacité observées dans les hôpitaux et dont nous ferons état, l'explication repose presque invariablement et pour une large part sur le phénomène fondamental de l'impuissance du patient à apprécier le produit qu'il consomme. On devine immédiatement qu'une des règles premières de l'efficacité en régime « libéral », soit la souveraineté du consommateur, se trouve par le fait même compromise, puisque le patient n'est pas en mesure d'exprimer ses préférences.

À ce sujet, une première nuance s'impose. Lorsqu'on parle de l'ignorance du consommateur, on désigne non pas la complexité du mode de production ou de la façon de produire le bien ou le service, mais plutôt son impuissance à apprécier l'utilité ou le bien-être qu'il retire d'un produit ou d'un service. C'est lorsque la conséquence de l'achat d'un bien ou d'un service est difficile à évaluer que des aménagements particuliers sont à prévoir. Par exemple, le produit du bijoutier ou de l'électronicien ou encore du fabricant d'automobiles est plus facile à juger par le consommateur que celui du chirurgien, même si les premiers accomplissent des tâches tout aussi spécialisées que le dernier. La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social ⁷ a fait l'erreur de ne pas établir cette distinction fondamentale dans son analyse des professions. Elle en arrive ainsi à justifier la professionnalisation de certaines occupations uniquement par « le caractère hautement technique et scientifique d'un travail qui demeure inaccessible à un public non initié » (page 44). Il s'avère pourtant que sur les quelque 20 000 occupations recensées au *U.S. Dictionary of Occupational Titles* américain, la très grande majorité d'entre elles

⁷ *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, cinquième partie, volume VII, tome 1 : Les professions et la société*, Éditeur officiel du Québec, Québec 1970, 102 p. Cette question fera l'objet d'une analyse plus élaborée dans un prochain chapitre.

« demeure inaccessible à un public non initié ». Ce qui ne signifie nullement que les consommateurs ne [21] sont pas en mesure d'apprécier le produit qui leur est offert par les titulaires de ces tâches.

Ce qu'on doit retenir de cet exposé, c'est que le secteur des services de santé fait précisément exception à la règle sous-jacente à notre régime économique et par laquelle le consommateur est le juge ultime de l'utilité qu'il retire de la consommation des biens et services. Nous aurons l'occasion de revenir régulièrement sur cet aspect essentiel des services de santé. Pour l'instant, nous dégagerons quelques conséquences très importantes de cet état de choses sur les comportements du médecin.

Substituts au marché : les relations patients-médecins

On observe en effet qu'il existe entre certaines catégories de professionnels et leurs clients une liaison particulière qu'on ne retrouve pas dans les autres échanges commerciaux entre individus. Ces rapports sont caractérisés par la confiance que le consommateur accorde en principe au professionnel. La sécurité fait en somme partie du produit que le professionnel vend. Celui-ci parallèlement, assume l'obligation de s'en rendre digne. C'est là le sens réel de cet ensemble de règles qui régissent les comportements de certains professionnels et que la tradition appelle l'éthique ou la déontologie professionnelle, explicite ou implicite. Dans notre perspective donc, l'éthique professionnelle a précisément pour rôle d'offrir aux consommateurs la garantie et la sécurité que ceux-ci ne peuvent obtenir directement ou indirectement par les mécanismes du marché. On présume que le professionnel dans l'exercice de ses fonctions fait totalement abstraction de ses propres intérêts pour ne garder en vue que ceux de son client.

La publicité ouverte entre membres d'une même profession est mal vue et souvent interdite. La pratique de la discrimination des prix entre clients (fréquente chez les médecins avant l'avènement de l'assurance-santé, mais aussi répandue dans d'autres professions) qu'une école attribue à la recherche d'une maximisation des revenus, s'interprète également à partir de l'hypothèse d'information différentielle entre



producteurs et consommateurs et donc à partir du besoin qu'éprouve la société de se prémunir contre une commercialisation totale de certains services.

[22]

Le patient : mauvais juge

Que le patient-consommateur soit mauvais juge de la qualité du médecin qu'il choisit et donc du traitement qu'il reçoit est un phénomène désormais confirmé statistiquement. Nous nous contenterons ici de faire état de trois études américaines effectuées sur le sujet. O.L. Peterson a publié en 1963 les résultats d'une étude sur la qualité des médecins⁸ qui confirment l'existence d'une variation très grande de la compétence des omnipraticiens recensés. La conclusion des chercheurs est que la distribution de la qualité allait de ceux qui accomplissaient leur tâche d'une façon qui aurait été jugée acceptable dans une clinique d'hôpital universitaire, à ceux dont la pratique aurait été déclarée insatisfaisante de la part d'un étudiant en médecine. Une deuxième découverte non moins révélatrice nous apprend que le succès matériel du médecin, mesuré par le nombre de patients qu'il reçoit dans une semaine moyenne, n'était aucunement lié à ses connaissances, ni à sa compétence. Inutile de préciser que l'évaluation ainsi effectuée s'inspirait de critères strictement médicaux, tandis que le patient peut en toute rationalité faire intervenir dans son choix des considérations plus personnelles, telles l'affabilité du médecin, sa disponibilité, etc.

Dans cette même étude, Peterson fait état d'un relevé effectué par la *Commission on Professional and Hospital Activities* des dossiers de quinze hôpitaux différents. Cette enquête révéla qu'à l'examen pathologique, les diagnostics d'appendicite n'avaient été confirmés qu'au maximum de 70 pour cent dans un hôpital, et au minimum de 20 pour cent dans un autre. Manifestement, le patient n'est pas en mesure d'apprécier le jugement du médecin qui lui recommande l'appendicectomie. Une troisième étude, commanditée par les Teamsters de New York nous apprend que les soins reçus à l'hôpital

⁸ O.L. Peterson, "Medical Care in the United States", *Scientific American*, vol. 209, no 2, août 1963, pp. 19-27.

par les membres du syndicat s'étaient avérés excellents ou bons dans 57 pour cent des cas, moyens (*fair*) dans 20 pour cent des cas et enfin médiocres dans 23 pour cent des cas. Le tiers des hystérectomies exécutées furent jugées superflues, alors qu'un 10 pour cent supplémentaire s'avéra d'une nécessité douteuse.⁹ Les [23] enquêteurs ont également mis en doute le bien-fondé de plus de la moitié des césariennes exécutées.¹⁰

***Première conséquence :
conflit d'intérêts et surconsommation de services médicaux***

Déjà donc la nécessité de s'en remettre au jugement d'un autre pour décider de la quantité et de la qualité du produit consommé constitue une entorse grave à la règle de souveraineté du consommateur, et donc un obstacle à la réalisation de l'optimum de consommation. Comment peut-il s'assurer que le service ou le produit qu'il obtient est celui qu'il souhaite et qu'il l'obtient au meilleur prix ? Le désintéressement présumé du médecin est-il un substitut valable à son propre jugement ? Le malheur du patient-consommateur se double en effet du fait que le traitement médical est un service personnel. À cet égard les exigences techniques de la production font que c'est le producteur lui-même, en l'occurrence le médecin, qui substitue son jugement à celui du consommateur. Cette contrainte signifie que dans un régime de rémunération à l'acte le médecin n'est plus financièrement indifférent aux types de traitement que le patient reçoit. Non seulement le médecin-producteur n'a pas d'incitation à réduire le coût de ses services, mais on peut même supposer qu'il y a conflit d'intérêts permanent dans l'exercice de la profession médicale. L'une des règles fondamentales de l'efficacité de la production par laquelle le consommateur souverain obtient son objet de consommation au moindre coût risque de s'en

⁹ À ce dernier sujet, on ne doit pas ignorer que cette intervention particulière constitue à la fois un traitement et un mode de contraception et qu'à cet égard la faveur dont elle semble jouir peut ne pas résulter de l'ignorance du patient.

¹⁰ Cité dans G.N. Monsma, Jr., "Marginal Revenue and the Demand for Physicians' Services", in H.E. Klarman (sous la direction de), *Empirical Studies in Health Economics*, The Johns Hopkins Press, Baltimore, Md, 1970, pp. 145-160.

trouver brimée. S'il s'avérait que le médecin fasse intervenir d'autres considérations que le meilleur intérêt du patient, donc que le conflit d'intérêts soit réel, le régime souffrirait d'une lacune évidente dans son fondement même.

Que sa position de conseiller et de fournisseur d'inputs entraîne la surconsommation de ses services de même que la surproduction d'actes médicaux particuliers au détriment d'autres (voir ci-dessous) ne doit pas forcément faire crier au scandale, ni faire du médecin l'objet de l'opprobre universel. La médecine n'est pas une science [24] exacte. Le mode de thérapie surtout n'est pas une science exacte. Ce qui signifie que le traitement optimal unique n'existe souvent pas, ou qu'il est encore inconnu. Une large part d'incertitude persiste donc dans la recommandation que fera le médecin du traitement le meilleur pour son patient. Et c'est là que les considérations pécuniaires peuvent intervenir.

Afin de tenter une vérification de l'hypothèse du conflit d'intérêts, il peut être utile de partager les maladies en deux grandes catégories, les maladies graves et les maladies bénignes ou relativement bénignes. Dans le premier cas, la gravité du mal est très grande et les risques d'erreurs sont si sérieux que les considérations pécuniaires seront automatiquement mises de côté.

Si nous nous arrêtons maintenant aux maladies de moindre importance, nous pouvons encore les diviser en deux sous-catégories. Il y a en effet des maladies dont la nature et les conséquences sont relativement faciles à apprécier par le patient-consommateur en raison de son expérience antérieure ou encore de la fréquence de la maladie en question dans un milieu donné, etc. Dans ces cas, le patient garde une large part d'autonomie. Il peut décider lui-même du traitement et aussi de consulter un médecin ou de ne pas le faire. En l'absence donc d'autres conditionnements, la surconsommation de services médicaux d'une part et la multiplication d'actes médicaux plus ou moins nécessaires d'autre part devraient s'avérer moins fréquentes.

Par contre, et c'est la deuxième sous-catégorie, certaines maladies, tout en n'étant pas très graves, présentent des caractéristiques qui rendent la consultation et l'intervention du médecin nécessaires. Et c'est ici précisément que la part du médecin dans la définition de la demande est susceptible d'être déterminante. C'est ici qu'on pourrait

observer une corrélation plus grande entre le niveau de consommation des services et l'intérêt pécuniaire du médecin.

Quels sont les faits ? On connaît le fonctionnement de deux régimes d'assurance-maladie auxquelles adhèrent un certain nombre de familles de la ville de New York : *The Health Insurance Plan of Greater New York (HIP)* et *Group Health Insurance (GHI)*.¹¹

[25]

Le plan GHI comporte la rémunération à l'acte pour le médecin traitant. Au contraire, le plan HIP prévoit un contrat qui engage les médecins participants à fournir à tous les souscripteurs de la police tous les soins médicaux requis. Il reçoit en retour de ses services une rémunération annuelle fixe provenant de primes uniformes (capitation) versées par les assurés. Ce qui distingue donc essentiellement les deux régimes, c'est que le système GHI procure au médecin une rémunération liée au nombre d'actes qu'il pose, tandis que le régime HIP ne procure aucun avantage supplémentaire au médecin qui accomplit un plus grand nombre d'actes. L'enquête révèle que le nombre de visites effectuées par les médecins n'est pas sensiblement différent dans l'un et l'autre cas, lorsqu'il ne s'agit pas d'interventions chirurgicales ou de traitements obstétricaux. Par contre, le nombre d'interventions chirurgicales des assurés du plan GHI s'établissait à 7.18 par cent personnes par année, tandis que le taux n'était que de 4.38 pour les souscripteurs du régime HIP, soit une différence de l'ordre de 70 pour cent. La demande de soins médicaux serait donc plus élevée lorsque la rémunération se fait à l'acte dans les cas de chirurgie.

Ces résultats tendent à justifier l'hypothèse qu'un conflit d'intérêts se pose réellement dans la pratique médicale. D'autres études confirment d'ailleurs ces résultats. Un auteur a en effet cherché à mesurer l'impact des deux régimes sur le taux d'admission dans les hôpitaux pour fin d'interventions chirurgicales. À partir d'un échantillon de 40 000 membres adhérant à l'un ou l'autre des deux régimes, il s'avéra que le taux d'admission chez les femmes était de 6.56 dans le régime GHI et de 4.97 dans le régime HIP ; l'écart chez les

¹¹ Les résultats de l'enquête présentée ici sont tirés de O.W. Anderson et P. Sheatsley, *Comprehensive Medical Insurance*, Health Information Foundation Research Series No. 9, New-York, 1959, cités dans Monsma, *op. cit.*, p. 150.

hommes n'était pas marqué mais il faut noter que leur représentation dans l'échantillon n'était pas significative.¹² Le même auteur a pu établir que le taux d'amygdalectomie était de deux fois supérieur sous un régime semblable au système GHI (Blue Shield) que sous un régime HIP. L'étude révèle aussi que le taux d'admission à l'hôpital pour fin d'appendicectomies et d'opérations liées aux hémorroïdes et à la prostate est sensiblement plus élevé dans le régime Blue Shield que dans l'autre.

Une autre enquête basée cette fois d'une part sur un échantillon de 40 000 membres du syndicat des *Retail, Wholesale and Department* [26] *Store*, assurés en vertu du régime HIP et d'autre part sur un échantillon tiré d'un syndicat adhérent à un régime semblable au régime GHI,¹³ révèle que bien que le taux général d'admission soit à peu près semblable dans les deux cas, le taux d'admission pour fin d'amygdalectomies se situe à un niveau d'à peu près 50 pour cent supérieur dans le groupe basé sur la rémunération à l'acte, tandis que le taux d'appendicectomies était de plus de deux fois supérieur. Une étude spéciale entreprise par les *United Steelworkers of America* nous apprend aussi que le taux d'interventions chirurgicales pratiquées à l'hôpital était de 3.3 par cent personnes par année pour les membres du *Kaiser Foundation Health Plan* (médecins salariés participant aux bénéfiques), tandis qu'il s'élevait à 6.9 chez les membres du syndicat assurés en vertu du régime *Blue Cross* ou *Blue Shield*.¹⁴ Enfin d'autres études menées par G.S. Perrot¹⁵ et par les *United Mine Workers of America* confirment les observations précédentes relatives au taux d'amygdalectomies, d'appendicectomies et d'autres interventions chirurgicales.

¹² P. Densen et al., "Prepaid Medical Care and Hospital Utilization in a Dual Choice Situation", *American Journal of Public Health*, vol. 50, no 11, novembre 1960, pp. 1710-1726.

¹³ P. Densen *et al.*, "Comparison of a Group Practice and a Self-Insurance Situation", *Hospitals*, vol. 36, no 22, novembre 1962, pp. 63-68, 138.

¹⁴ *United Steelworkers of America, Special Study on the Medical Care Program for Steelworkers and their Families*, United Steelworkers of America, Pittsburg, Pa, 1960, p. 89.

¹⁵ G.S. Perrot, "Utilization of Hospital Services", *American Journal of Public Health*, vol. 56, no 1, janv. 1966, pp. 62-63, cité dans Monsma, *op. cit.*, p. 157.

Trois conclusions s'imposent donc. Premièrement, là où l'aménagement institutionnel de la pratique médicale crée chez le médecin une incitation à multiplier les actes médicaux, la demande de services médicaux s'accroît relativement au cas contraire. Deuxièmement, le phénomène est plus prononcé dans les cas d'interventions chirurgicales que lorsqu'il s'agit de simples visites à la maison ou au bureau. Enfin, troisièmement, la différence la plus marquée s'observe dans certains cas précis d'interventions chirurgicales telles l'amygdalectomie et l'appendicectomie, là où les conséquences sont moins graves, parce qu'il ne s'agit pas d'organes vitaux. C'est à partir de cette hypothèse qu'on a pu conclure que l'absence d'information du consommateur et l'obligation dans laquelle il se trouve de s'en remettre [27] au jugement du producteur engendrent chez celui-ci un conflit d'intérêts que les codes d'éthique professionnelle et les autres instruments de contrôle ont pu sans doute atténuer, mais non pas supprimer.

*Deuxième conséquence :
discrimination entre actes médicaux*

Quant au biais que le conflit d'intérêts tend à introduire dans la nature des actes privilégiés ou défavorisés par le médecin, un certain nombre d'indices, sinon de preuves rigoureuses, tendent à démontrer que le régime actuel tend à favoriser l'accomplissement d'opérations routinières et rapides, de même que des interventions chirurgicales, au détriment des opérations pour lesquelles l'omnipraticien est le mieux préparé, c'est-à-dire l'examen et l'appréciation générale de l'état du patient. "Many reformers in medical care throughout the world believe that increased attention to preventive medicine is essential both for the welfare of the public and the financial solvency of the national medical care schemes. These reformers have had the chronic difficulty of devising some way to motivate practicing doctors to engage in health

teaching and other preventive procedures with the citizens who come to their office, instead of merely treating illness".¹⁶

K.F. Clute fait état du refus de certaines compagnies d'assurance de rembourser les médecins à leur satisfaction pour le temps consacré à l'histoire médicale de leurs patients. Il s'ensuivrait une tendance marquée chez les médecins à privilégier les actes qui exigent le moins de temps au détriment des examens en profondeur.¹⁷ Il s'avère souvent très payant pour le médecin de recevoir les patients en série à son bureau pour des examens rapides et superficiels, que, de l'avis de certains observateurs, des infirmières, des assistants, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux ou des aides sociaux pourraient accomplir tout aussi bien avec une formation beaucoup moins poussée.

[28]

***Troisième conséquence :
surconsommation des services du spécialiste
et des médicaments les plus chers***

L'impuissance du consommateur à apprécier le produit et les incitations consécutives qu'elle engendre chez le médecin-producteur-conseiller ne sont peut-être pas étrangères à ce qu'une opinion fort répandue juge être une tendance regrettable à réserver au spécialiste des soins qui relèveraient de l'omnipraticien. S'il est vrai que le patient n'est pas en mesure d'apprécier son médecin, il minimisera ses risques d'erreur en s'adressant directement au spécialiste. Pour la même raison, il minimisera le coût du traitement (en particulier son temps) en recourant au spécialiste qui en principe, va droit au but et offre des soins plus « intenses » à ses yeux. On comprendra aussi que ce dernier ne sera pas particulièrement tenté de diriger vers son concurrent

¹⁶ A. Glaser, *Paying the Doctor, Systems of Remuneration and Their Effects*, The Johns Hopkins Press, Baltimore, Md., 1970, p. 154.

¹⁷ K.F. Clute, *The General Practitioner : A study of Medical Education and Practice in Ontario and Nova Scotia*, University of Toronto Press, Toronto, 1963, pp. 198-200.

omnipraticien les patients que son prestige et ses qualifications lui attirent.

Le peu d'incitation qu'éprouvent le spécialiste comme l'omnipraticien à réduire les coûts du traitement les amènerait à toujours recommander le meilleur traitement. Ainsi s'expliquerait, comme on le verra, le recours systématique aux médicaments les plus chers, les plus soumis à la réclame, les "brand names". C'est évidemment là une technique qui minimise l'effort de recherche et d'information du médecin, qui réduit ses risques, et qui de plus, donne au patient l'impression d'avoir un médecin voué uniquement au bien-être de son patient. Il n'est alors plus question pour le consommateur cependant, d'établir de pondération entre la qualité et le coût comme il le fait invariablement dans les autres domaines.

Quatrième conséquence : surhospitalisation

Une quatrième conséquence importante du rôle combiné de producteur et d'informateur qu'exerce le médecin concerne la surutilisation des facilités hospitalières. Comme on le sait, l'aménagement institutionnel actuel met gratuitement à la disposition des médecins l'équipement et le personnel médical complémentaire de l'hôpital. Il existe en principe une combinaison optimale des facteurs de production dans les services de santé comme ailleurs. Elle est optimale dans le sens où pour une qualité donnée, les coûts sont le plus bas possible ou alternativement à un coût donné, la qualité ou la quantité [29] des soins sont maximum. Les ressources sont alors affectées à l'emploi où elles sont le plus productives.¹⁸ Normalement dans l'ensemble des entreprises, l'intérêt du producteur l'amène spontanément à converger vers cette combinaison efficace, dont la nature dépend de la liaison entre le coût de chacun des inputs et sa contribution à la qualité et la quantité des produits. La situation se présente différemment dans les hôpitaux. Dans la mesure où c'est le

¹⁸ Nous avons déjà établi que cette condition se réalisait lorsque les taux marginaux de substitution entre les facteurs étaient égaux dans toutes les industries.

médecin qui décide d'abord de l'opportunité d'hospitaliser le patient et en deuxième lieu du mode de traitement qui lui convient, et dans la mesure d'autre part où ce n'est pas lui qui assume le coût du capital et du personnel complémentaire dont dispose l'hôpital, dans la même mesure il subit une incitation permanente à provoquer la surhospitalisation.

La raison en est que cet arrangement augmente sa productivité sans pour autant hausser ses propres coûts. Il est évident par exemple que la concentration de ses patients à l'hôpital accélère le rythme de ses visites et en réduit ainsi le coût moyen relativement aux visites faites à la maison ou au cabinet privé. De même, la disponibilité de laboratoires et de personnel infirmier gratuit accélère sensiblement l'obtention des résultats diagnostiques et réduit grandement les frais que le médecin devrait lui-même assumer si l'opération s'exerçait à son bureau. On pourrait multiplier les illustrations. Les résultats d'enquêtes et d'études rigoureuses sont cependant toujours plus concluants que des observations générales. Or, il est établi que les souscripteurs du régime HIP dont nous avons fait état précédemment passent en moyenne de 20 à 25 pour cent moins de temps à l'hôpital que l'ensemble de la population de New York.¹⁹ Il y a également l'expérience de la *Kaiser Foundation* qui est très révélatrice. La caractéristique importante de cette fondation est d'offrir un régime de soins complets à ses souscripteurs grâce à une [30] vaste organisation comprenant hôpitaux et centres de santé locaux du type clinique. Les médecins et le personnel paramédical de ces institutions sont rémunérés par traitement annuel et bénéficient par ailleurs d'un système de participation aux surplus. Dans ce contexte, la durée moyenne du temps passé à l'hôpital par les souscripteurs de la fondation est de plus de 30 pour cent inférieure à celui de la population globale, et le nombre de lits par mille souscripteurs ne dépasse pas 2.5. Au Québec, en 1969, il était de 4.8 si

¹⁹ H.E. Klarman prétend expliquer la moitié de cet écart par le fait qu'un certain nombre de médecins du régime HIP n'appartenaient au corps médical d'aucun hôpital ; voir H.E. Klarman, "Approaches to Moderating the Increases in Medical Care Costs", *Medical Care*, vol. VII, no 3, mai-juin 1969, pp. 180-181. S. Shapiro réplique à cette objection dans "Comments on Approaches to Moderating the Increases in Medical Care Costs", *Medical Care*, vol. VIII, no 1, janv.-fév. 1970, pp. 88-89.

l'on exclut les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux pour tuberculeux et les hôpitaux pour malades chroniques et pour convalescents. ²⁰

La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social ²¹ fait pertinemment état de ces pratiques manifestement inefficaces. Elle nous paraît cependant associer exagérément ce phénomène au mode de rémunération actuel du médecin. On ne peut nier bien sûr que le régime de rémunération à l'acte ait tendance à amplifier la surconsommation de facilités hospitalières. L'élément déterminant nous paraît cependant être davantage la gratuité du capital que l'hôpital met à la disposition du médecin. Même sous un régime de traitements annuels ou périodiques, la disponibilité de facilités et de personnel complémentaires, non circonscrite par un contrôleur soucieux de minimiser les coûts, risquerait toujours d'entraîner une mauvaise combinaison des facteurs de production. Le médecin par exemple pourrait choisir d'affecter son temps à des tâches qui lui plaisent davantage ou qui rehaussent son prestige, ou qui améliorent ses chances de promotion, etc. La dynamique observée dans les universités qui présentent d'ailleurs des analogies très étroites avec l'hôpital du point de vue qui nous concerne ici, pourrait servir de fondement à la présomption que nous venons d'établir. Il s'avère en effet que dans un contexte où l'administrateur n'est pas particulièrement soucieux de réduire les coûts, les professeurs d'université sont facilement portés à faire une surutilisation des salles, du matériel [31] didactique (laboratoires, machines à photocopier, etc.), du personnel de soutien, et surtout des assistants. Ceux-ci lui permettent de réduire le temps qu'il devrait affecter à l'enseignement, au profit du temps qu'il peut assigner à la recherche d'une part, ou encore aux commandites susceptibles d'augmenter son prestige ou son revenu. Cette question nous amènerait à aborder un autre sujet, celui de la dynamique de l'hôpital comme

²⁰ On peut trouver les résultats de ces enquêtes dans les publications suivantes : J.P. Bunker, "A Comparison of Operations and Surgeons in the U.S.A. and in England and Wales", *The New England Journal of Medicine*, vol. 282, no 3, janvier 1970, pp. 135-144. A.C. Rodman, "Comparison of Baltimore's Utilization Rates under Two Physicians-Payment Systems", *Public Health Reports*, vol. 80, no 6, juin 1965, pp. 476-480.

²¹ *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, vol. IV, *La santé*, tome 1, Éditeur officiel du Québec, Québec 1970, pp. 144-174.

institution à but non lucratif. Nous nous proposons plutôt d'y revenir longuement dans les prochaines étapes.

Tarifcation des services médicaux et ministère des Affaires sociales

Voilà un ensemble de conclusions qui nous aident à comprendre l'origine et les fondements de certains aspects du conflit qui opposait médecins et ministère des Affaires sociales lors de l'adoption de l'assurance-santé publique au Québec à l'automne de 1970. On peut maintenant expliquer par exemple l'insistance que les deux parties en cause mettaient à garder ou à conquérir selon les cas le contrôle de « l'acte médical ». Il n'y a là rien d'étonnant. Le Ministère, en tant que tiers payant, pouvait difficilement se désister de toute surveillance sur le nombre et la nature des activités médicales. Par ailleurs, son intervention allait à l'encontre de toute la tradition chère aux médecins. Ce qui pouvait étonner cependant, à la lecture des rapports qui parvenaient au public lors des négociations, de même qu'à partir des renseignements qui filtraient de part et d'autre des tables de négociation, c'était le fait que le Ministère semblât se soucier outre mesure des risques de déclarations frauduleuses de la part de quelques individus isolés, alors que le vrai problème était la tendance générale à la surconsommation « honnête » de services médicaux. Quoi qu'il en soit, l'ensemble des difficultés dégagées ici de la technologie de la santé peut difficilement se résoudre à l'intérieur d'un régime de rémunération à l'acte, surtout, nous le verrons, lorsque les coûts du service sont assumés par une tierce partie, privée ou publique.

Une autre disposition que notre analyse aide à comprendre dans la convention intervenue entre les médecins et le Ministère est celle qui introduit sciemment une discrimination évidente en faveur du recours au « généraliste » plutôt qu'au spécialiste. Le régime antérieur [32] ayant, on l'a vu, engendré une tendance marquée au surdéveloppement du traitement « spécialisé », l'État a cherché systématiquement par la tarification adoptée à défavoriser le recours direct du malade aux spécialistes. Par exemple, la Régie verse au spécialiste 5 \$ pour chaque consultation sollicitée directement par le patient ; alternativement le spécialiste obtient 22 \$ si l'examen a été recommandé par le médecin traitant.

La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social tranche la question en optant pour le salariat assorti d'autres stimulants, telle la

rémunération au prorata du nombre de cas traités. En s'extrayant pour l'instant des résistances que le régime peut susciter, on ne peut douter que la formule supprime à peu près entièrement l'incitation à surconsommer les services du médecin. Il n'est pas du tout certain par contre que le nouveau régime en soi enrayerait toutes les autres incitations déplorables dont nous avons fait état, et en particulier l'affectation du temps du médecin et du reste du personnel à certaines tâches, en fonction de leurs préférences plutôt qu'en fonction des besoins. Certains pourraient par exemple s'arrêter à l'accomplissement de fonctions routinières et rapides plutôt qu'à l'examen global ou préventif du patient ; d'autres préféreraient la pratique d'interventions majeures et l'adoption de cas intéressants et prestigieux au soulagement de besoins plus pressants ; enfin et surtout, le problème de la surutilisation des facilités hospitalières ou cliniques demeurerait absolument inchangé.

En un mot, le régime de salariat, s'il peut concourir à la solution de certaines difficultés ne pallie pas automatiquement le vice fondamental qui caractérise l'industrie, soit l'impuissance du consommateur à juger de ses besoins et de la qualité des services reçus, ainsi que l'obligation consécutive où il se trouve de s'en remettre au jugement d'un informateur qui n'est nul autre que le producteur lui-même.

La Commission n'en était pas entièrement inconsciente, puisque dans son esprit, l'introduction du salariat n'est en somme qu'une condition jugée nécessaire à l'implantation d'une formule précise de pratique médicale, soit la médecine globale régionalisée. Ce qui revient à dire qu'à partir du moment où on modifie le cadre d'exercice de la profession médicale, l'analyse économique ne peut plus se limiter à la rationalité d'individus (médecins et consommateurs), mais doit logiquement incorporer un deuxième objet, soit l'institution où évoluent ces individus. Cette démarche fait l'objet des deux [33] prochains chapitres. Qu'il nous suffise pour l'instant d'énoncer notre critique générale des propositions de la Commission. Nous démontrerons que le rapport des commissaires s'employait démesurément à faire ressortir les avantages techniques (ce que les économistes appellent économies d'échelle) et les difficultés administratives d'une médecine globale régionalisée, sans être suffisamment conscient de la rationalité économique des institutions dont il propose la création. En un mot, l'aménagement institutionnel

conçu par la Commission peut en principe être nettement plus efficace que le régime actuel. Le sera-t-il effectivement ? Il faut pour répondre à cette question être plus conscient de la dynamique des institutions à but non lucratif que ne semblait l'être la Commission d'enquête. L'étude des hôpitaux nous facilitera la tâche d'établir des présomptions.

[34]

[35]

Le prix de la santé**Chapitre II**

**L'efficacité des hôpitaux :
diagnostic**[Retour à la table des matières](#)

L'hôpital est une entreprise à produits multiples. Il rassemble et organise des facteurs de production pour produire une variété de services qui vont des soins aux patients internes ou externes, à la formation et la recherche, en passant par différents autres services à la communauté. À ce titre il est soumis, comme toute entreprise, à une multitude de contraintes que lui imposent la technologie et les prix des facteurs et qui s'expriment pour l'économiste dans l'allure des coûts de production qu'il doit assumer pour atteindre différents niveaux de production. C'est la question que nous voulons examiner dans ce chapitre. Les questions que soulève l'économie des hôpitaux sont si nombreuses et si vastes qu'elles nous ont semblé mériter plus d'un chapitre. Dans une démarche ultérieure nous tenterons en effet d'expliquer, d'interpréter les phénomènes de coût de production que nous observerons ci-dessous et nous consacrerons une section distincte à l'étude de l'évolution des coûts des hôpitaux, par opposition à la structure que nous analysons immédiatement.

[36]

La structure des coûts de l'entreprise

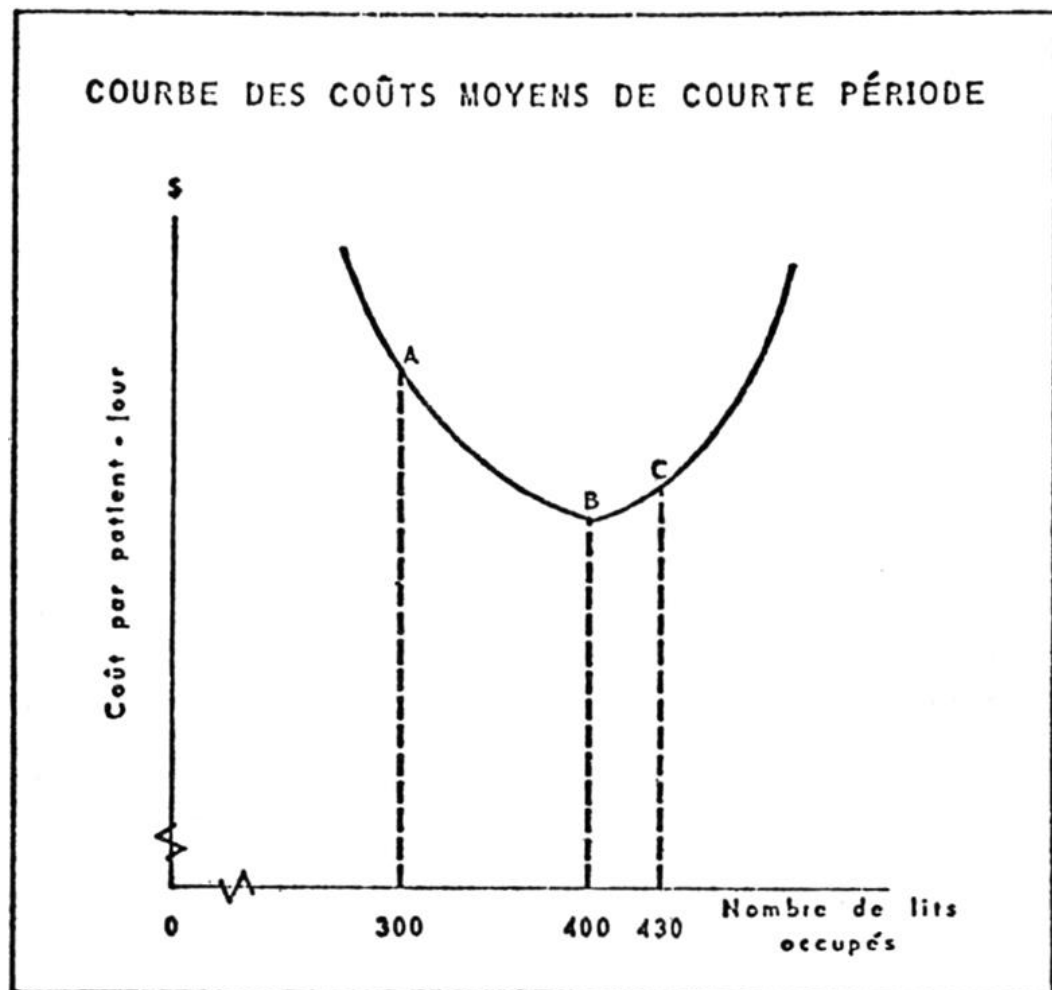
Un hôpital de capacité ou de taille donnée, que l'on pourrait mesurer provisoirement par le nombre de lits ou encore de facilités à sa disposition, utilisera à un moment donné ses facilités avec plus ou moins d'intensité. Selon que sa capacité sera pleinement utilisée ou non, il s'ensuivra des conséquences précises sur le coût moyen des services qu'il produira. Dans l'ensemble des entreprises, on présume généralement et on observe que la courbe de coût moyen prend la forme d'un U. On veut dire par là que lorsque toutes les ressources fixes de l'entreprise ne sont pas suffisamment exploitées, le coût moyen de chaque unité de service produit est très élevé, qu'il diminue progressivement à mesure qu'on s'approche de la pleine utilisation du capital et du personnel invariables de l'entreprise et qu'enfin, au-delà d'une utilisation optimale, le coût moyen se reprend à augmenter par suite de la mauvaise combinaison de facteurs ou de ressources qui s'ensuit.²² Cette relation entre le coût moyen du service et le niveau de production peut s'exprimer graphiquement par la courbe décrite au graphique I ci-dessous. Supposons que l'on étudie un hôpital dont la capacité est telle que le coût moyen minimum soit atteint à 400 lits. Le point A de la courbe représente une situation où seulement 300 lits seraient occupés, tandis que le point B reflète l'utilisation optimale, soit 400 lits. On peut imaginer que des conditions exceptionnelles amènent l'hôpital à admettre jusqu'à 430 patients (point C), mais alors le coût moyen devrait augmenter, du moins si l'on fait l'hypothèse d'une qualité de service constante. Notons qu'il est possible que le coût par lit n'augmente pas, mais que la qualité moyenne du service soit moins bonne.

²² La notion de capacité est équivoque. Pour le statisticien, c'est le nombre de lits dont l'hôpital dispose effectivement. Pour l'économiste, c'est le nombre de lits qui correspond au coût moyen minimum. Les deux grandeurs peuvent différer. Dans ce texte-ci, le mot capacité sera employé dans son sens économique.

L'économiste désigne cette courbe comme la courbe de coût moyen de courte période. C'est la période pendant laquelle les investissements de l'hôpital ne varient pas, c'est-à-dire que les bâtiments, l'équipement, et une large fraction du personnel engagé restent inchangés. Rien ne nous interdit cependant de nous demander ce qu'il advient au coût moyen lorsque l'on fait varier la capacité de l'entre-

[37]

Graphique I



[38]

prise, sans en changer l'intensité d'utilisation. En d'autres termes, il s'agit de déterminer quel hôpital peut produire un service donné au meilleur compte, un hôpital de 100, 300, 500, 1,000 lits. On introduit ainsi la notion de grande dimension ou d'économies d'échelle qui peuvent être positives ou négatives. Il faut pour comprendre cette notion savoir que le processus de production se compose de multiples phases qui comportent chacune ce que la littérature a appelé une échelle optimale. Cela veut dire que chaque type d'activité peut se fractionner en un nombre plus ou moins grand d'opérations distinctes qui s'exercent chacune sur une taille plus ou moins grande. La production d'automobiles, pour se faire efficacement, doit être organisée dans une entreprise et dans des établissements de plus grande taille que la production de blé ou de lait. C'est généralement la contrainte technologique, c'est-à-dire la plus ou moins grande divisibilité des facteurs de production, qui impose une taille donnée aux différentes entreprises comme aux différentes opérations.²³ Les installations nécessaires aux interventions chirurgicales à coeur ouvert ne peuvent manifestement pas se concevoir dans une simple clinique, pas plus qu'il n'est besoin de réserver aux grands hôpitaux de plusieurs centaines de lits des analyses aussi élémentaires que les tests de grossesse. Dans le premier cas on voit que la grande dimension s'impose. On ne peut faire de chirurgie cardiaque en effet, avec la moitié ou le quart des installations nécessaires.

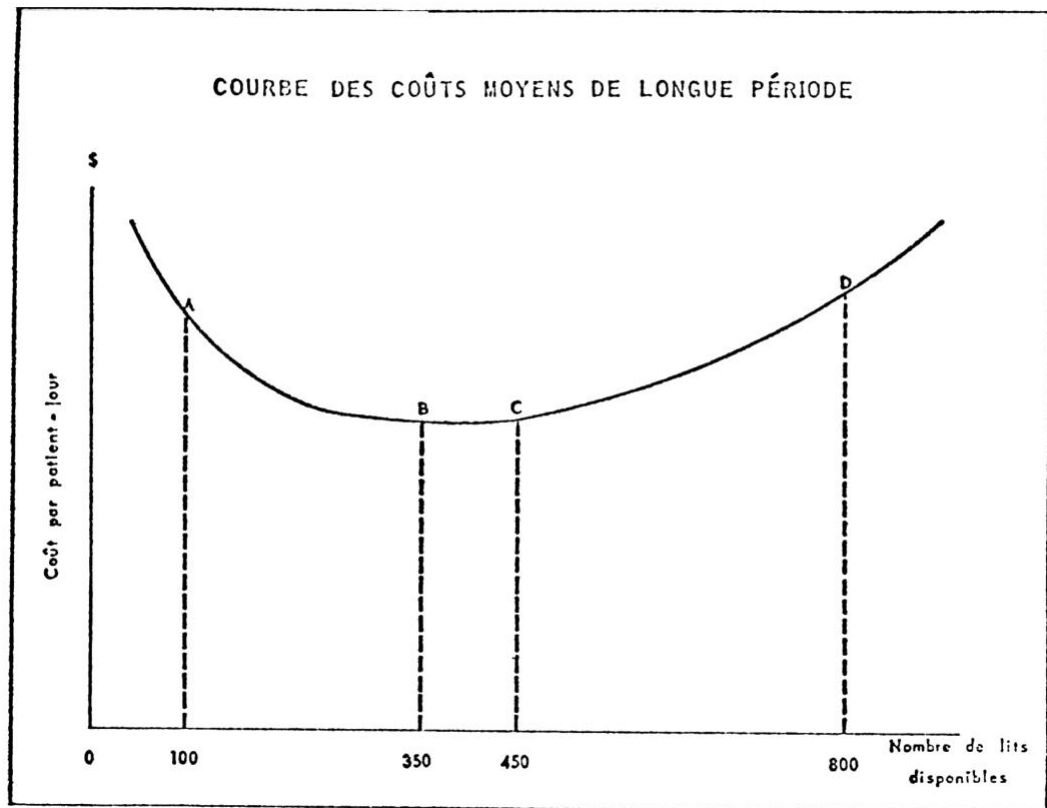
On pourrait poursuivre indéfiniment l'analyse des différentes activités de l'hôpital et constater que les contraintes techniques, financières, administratives et autres ne convergent pas nécessairement vers une unique dimension. Il y a des activités qui se prêtent à la production de masse, tandis que d'autres activités exigent plutôt le fractionnement en petites unités. Le problème se pose donc partout, dans toutes les industries, d'harmoniser les exigences des différentes phases de l'organisation économique.

²³ Le lecteur s'en rapportera à ce sujet aux classiques tels que : E.A.G. Robinson, *The Structure of Competitive Industry*, Edition révisée, University of Chicago Press, Chicago, 1958, 156 p. et J.S. Bain, *Industrial Organization*, John Wiley & Sons Inc., New-York, 1959, 643 p.

L'ensemble de ces exigences peut s'exprimer dans ce que les économistes nomment la courbe de coût moyen de longue période. On dira alors qu'il y a économies d'échelle positives, lorsque le coût moyen du service de l'hôpital diminue à mesure que la capacité ou la taille de l'hôpital augmente. Inversement, les économies d'échelle

[39]

Graphique II



[40]

deviennent négatives, lorsque l'on observe qu'un hôpital de plus grande taille produit un service donné à un coût unitaire plus élevé qu'un hôpital de plus petite taille. La courbe reproduite au graphique II exprime cette relation entre le coût moyen et la taille, mesurée ici par le nombre de lits disponibles plutôt qu'occupés. Les points A, B, C et D représentent respectivement des niveaux de capacité où la taille est trop faible (point A), optimale (points B et C) et trop grande (point D).

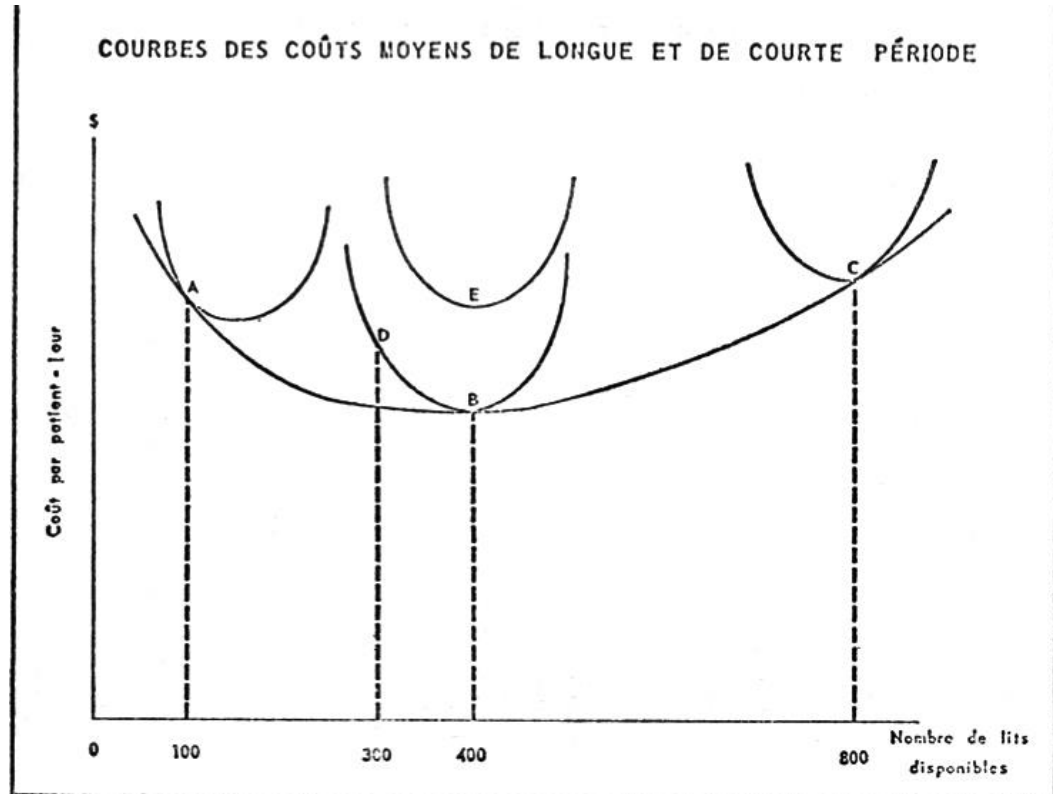
La question immédiate que soulève cette analyse formelle est de savoir quelle est la position réelle de ces différentes courbes, et lesquels de ces différents points représentent vraiment la situation des hôpitaux.

Enfin pour évaluer de façon exhaustive l'efficacité avec laquelle un hôpital produit ses services, il n'est pas suffisant de savoir si l'institution et ses facilités sont pleinement occupées, ni si sa taille est bien choisie, mais également si les ressources à sa disposition sont bien utilisées d'un point de vue administratif. La démarche consiste à établir dans quelle mesure le coût moyen des services est aussi bas qu'il est possible, le taux d'occupation de l'hôpital et la taille demeurant inchangés. C'est la qualité de la gestion des hôpitaux qui est mise en cause. Pour satisfaire à cette exigence l'entreprise ne devra pas gaspiller en mauvais usage les ressources dont elle peut disposer. L'ensemble des critères d'efficacité technique se comprend plus aisément par la lecture du graphique III.

Des cinq hôpitaux imaginaires représentés par les points A, B, C, D, E, seul l'hôpital B atteint l'efficacité technique, en ce qu'il possède une taille idéale, en ce qu'il fonctionne à pleine capacité et en ce qu'il coordonne l'ensemble des facteurs de production de la meilleure façon. L'hôpital D possède la taille désirée, mais il n'utilise pas ses ressources à pleine capacité puisqu'il pourrait, en augmentant les admissions produire au point B à un coût moyen inférieur. Enfin, l'hôpital E qui dispose aussi d'une taille optimale et qui fonctionne à pleine capacité n'est pas pour autant efficace, puisque pour une raison ou pour une autre, la gestion des ressources ne se fait pas de façon suffisamment compétente pour abaisser le coût à son niveau le plus bas possible. L'ensemble des critères énoncés ci-dessus définissent pour l'hôpital ce qu'au premier chapitre nous avons appelé l'efficacité de production.

[41]

Graphique III



[42]

L'efficacité de la production dans une économie décentralisée

L'analyse économique enseigne que dans un régime décentralisé comme le nôtre l'ensemble des entreprises atteindra l'efficacité technique spontanément. Cette conclusion de la théorie classique découle d'une hypothèse de comportement des entreprises et est assortie d'autre part d'une condition. L'hypothèse retenue est que l'entreprise cherche à maximiser son profit. Le souci d'atteindre l'efficacité de production découle logiquement de la recherche du profit. Aucun producteur en effet, ne chercherait délibérément à mal

utiliser ses ressources, c'est-à-dire à fonctionner à un niveau de coût plus élevé que nécessaire. La condition retenue est qu'il existe suffisamment de concurrence entre les producteurs. Il n'est pas suffisant de vouloir atteindre le coût minimum, encore faut-il avoir la compétence pour y arriver. Or c'est ici qu'intervient la concurrence qui éliminera automatiquement les firmes non compétentes ou qui abusent du consommateur. En longue période seules subsistent les entreprises capables de produire efficacement le niveau de production désiré.

Bien sûr, la réalité est souvent plus complexe, comme le démontrera le prochain chapitre. Mais l'encadrement analytique présenté ci-dessus nous suffit pour la compréhension des phénomènes à analyser, soit le comportement des producteurs de services hospitaliers. L'analyse est reportée à une étape ultérieure, mais déjà on devine les deux caractéristiques qui distingueront les hôpitaux de l'ensemble des entreprises, soit l'absence de motivation pécuniaire de la part de l'institution elle-même et en deuxième lieu l'absence de concurrence. Il faut auparavant établir l'état des connaissances en matière de structure réelle des coûts des hôpitaux, c'est-à-dire essayer d'identifier la position effective des hôpitaux sur l'ensemble des courbes tracées ci-dessus.

Intensité d'utilisation des hôpitaux

La première question empirique que nous posons a trait d'une part à l'allure de la courbe de coût moyen de courte période et d'autre part à la position effective des hôpitaux sur cette courbe. En d'autres termes, dans les hôpitaux existant à l'heure actuelle, dans [43] quelle mesure le coût moyen varie-t-il avec le degré d'utilisation et d'autre part quel est le degré d'utilisation effectivement atteint par les hôpitaux ?

Le Rapport des Comités d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada ²⁴ déplore à plusieurs reprises le fait qu'un grand nombre de lits d'hôpitaux et d'autres facilités ne soient pas toujours pleinement utilisés, mais sans jamais présenter de résultats chiffrés. Le volume IV

²⁴ *Rapport des Comités d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada*, 3 volumes, Ministère de la santé nationale et du bien-être social, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1970.

du *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social* du Québec ne nous éclaire pas davantage sur cette question.

Force nous est donc de nous en remettre à des travaux portant sur les hôpitaux américains et ontariens dans l'hypothèse non irréaliste que la situation québécoise ne diverge pas fondamentalement. Ce que les études américaines ont surtout analysé jusqu'à présent c'est la section décroissante de la courbe de coût moyen de courte période des hôpitaux. Or, il en coûterait plus cher par patient-jour de fonctionner en deçà de la pleine capacité. Toutes les études ne sont cependant pas unanimes sur l'ampleur des économies qu'on peut réaliser à garder un hôpital toujours rempli. En termes techniques on dira que la pente de la courbe des coûts moyens estimée par les différents auteurs n'est pas la même. Par exemple, l'opinion la plus répandue veut qu'un lit non occupé coûte environ 75 pour cent de ce qu'il coûte lorsqu'il est occupé. Il en coûterait donc très cher à un hôpital de ne pas fonctionner à pleine capacité, puisque de toute façon, il doit encourir 75 pour cent du coût d'un lit occupé. La courbe de coût moyen serait très inclinée.²⁵ Entre autres, P. Feldstein²⁶ estime qu'un lit occupé ne coûte que 20 pour cent plus cher qu'un lit vide. Conclusion : la plupart des coûts seraient fixes, si bien que l'hôpital aurait beaucoup à gagner à utiliser l'espace disponible. De cette façon il augmente l'output sans accroissement [44] très prononcé des coûts totaux, c'est-à-dire en réalisant une baisse sensible des coûts moyens. En contrepartie R.G. Evans, M.S. Feldstein et Ingbar et Taylor²⁷ observent que le coût moyen ne diminue que faiblement avec le degré d'utilisation de l'espace hospitalier. Deux

²⁵ Dans les milieux hospitaliers, on soutient généralement que les coûts sont invariables et que par conséquent, en deçà de la pleine utilisation, le coût marginal est de beaucoup inférieur au coût moyen.

²⁶ P.J. Feldstein, *An Empirical Investigation of the Marginal Cost of Hospital Services*, Graduate Program in Hospital Administration, University of Chicago, Chicago, 1961, 77 p.

²⁷ R.G. Evans, "Behavioural" Cost Functions for Hospitals", *Revue canadienne d'économique*, vol. IV, no 2, mai 1971, pp. 198-215, et M.S. Feldstein, *Economie Analysis for Health Service Efficiency*, North Holland Publishing Co., Amsterdam, 1967, 322 p. Le premier situe le coût marginal à 86 pour cent du coût moyen, le second à peu près au niveau du coût moyen. Quant à M. L. Ingbar et L.D. Taylor, *Hospital Costs in Massachusetts*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1968, 237 p. ils situent le niveau du coût marginal à environ 80 pour cent du coût moyen.

études récentes ²⁸ en arrivent à une conclusion intermédiaire voulant qu'un lit vide coûte en moyenne entre 35 et 60 pour cent du coût d'un lit occupé. Les estimés varient donc selon les auteurs, mais dans tous les cas on peut conclure qu'il est moins efficace de ne pas utiliser l'hôpital à sa pleine capacité.

Qu'en est-il maintenant du taux effectif d'occupation ? Weisbrod ²⁹ établit qu'une marge importante de capacité reste en permanence inutilisée dans les hôpitaux d'une région métropolitaine qu'il a étudiée. Comme on peut le présumer, le taux d'occupation de l'ensemble des hôpitaux de la région s'avère beaucoup plus stable que le taux d'occupation de chaque hôpital particulier. Au cours d'une période de trois mois, le taux d'occupation d'hôpitaux particuliers a varié de 29 à 93.5 pour cent. Parallèlement, durant la même période le taux d'occupation de l'ensemble du système hospitalier de la région a varié de 75.7 à 79.9 pour cent. On confirme aussi dans cette étude que le taux d'occupation subit des variations journalières et saisonnières prononcées. On sait d'autre part que le taux d'occupation des hôpitaux varie positivement avec la taille de l'hôpital. Ce que ces résultats démontrent évidemment, c'est qu'une meilleure coordination entre les hôpitaux d'une région permettrait de réduire leur capacité en répondant tout aussi bien aux besoins de la population. On comprendra mieux à la lumière de la théorie des institutions [45] à but non lucratif que les hôpitaux et les médecins, tout autant que les patients eux-mêmes retirent des avantages certains du maintien d'une surcapacité permanente. Les ressources étant rares malheureusement, la sanction s'exprime inévitablement dans la hausse des coûts moyens. En plus de la sous-utilisation de l'espace disponible, il convient de souligner le fait que de nombreuses pièces d'équipement médical coûteux restent inemployées dans des proportions inquiétantes. À titre d'illustration, on peut prendre connaissance des résultats d'une enquête faite auprès de 777 hôpitaux équipés pour la chirurgie cardiaque. Il s'avère qu'au cours de l'année de l'enquête, 30 pour cent des hôpitaux n'exécutèrent aucune

²⁸ J.R. Lave et L.B. Lave, "Hospital Cost Functions", *The American Economic Review*, vol. LX, no 3, juin 1970, pp. 379-395. et "Estimated Cost Functions for Pennsylvania Hospitals", *Inquiry*, vol. VII, no 2, juin 1970, pp. 3-14.

²⁹ B.A. Weisbrod, "Some Problems of Pricing and Resource Allocation in a Non-Profit industry-the Hospitals", *Journal of Business*, vol. XXXVIII, no 1, janvier 1965, pp. 18-28.

opération du coeur. Sur les 548 hôpitaux où se firent des opérations, 87 pour cent eurent moins d'un cas par semaine. ³⁰

Nous avons ainsi établi que des situations comme celles qu'expriment le point A du graphique I ou le point D du graphique III existent réellement et que des hôpitaux s'y situent effectivement en dépit du fait qu'il en coûte plus cher.

Qualité de la gestion

Pour mesurer cet aspect directement plutôt qu'indirectement par ses effets sur le coût moyen, il faudrait pouvoir définir des normes objectives et opérationnelles de compétence administrative. Nous ne sommes pas en mesure de le faire. Il se trouve cependant que la littérature touchant les hôpitaux fourmille de critiques très sévères à l'endroit de la qualité du *management* des hôpitaux. Au lieu de tenter d'en faire le recensement, nous nous en tiendrons à l'énumération de ce qu'on pourrait appeler les chefs d'accusation principaux formulés par les Comités d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada, en reconnaissant cependant au départ que la démonstration des reproches adressés par ces Comités est le plus souvent omise. ³¹ La liste des critiques est fort longue et touche un large [46] éventail de sujets. D'une façon générale l'administration hospitalière est jugée nettement déficiente. Le rapport soutient que les hôpitaux maintiennent des stocks de marchandises excédentaires, que le contrôle systématique des inventaires est à peu près inexistant, que les hôpitaux ont recours à des modes d'achat primitifs et coûteux et également qu'ils négligent de s'engager dans des initiatives de coordination et de coopération entre hôpitaux qui auraient pour effet de réduire sensiblement les coûts.

Au chapitre de l'utilisation du personnel, le rapport est particulièrement sévère dans ses accusations. Il affirme que « la gestion des services infirmiers semble inefficace dans la plupart des hôpitaux »

³⁰ Ces résultats sont cités dans J.P. Newhouse, "Toward a Theory of Non-profit Institutions : An Economic Model of a Hospital", *The American Economic Review*, vol. LX, no 1, mars 1970, p. 70.

³¹ On trouvera l'essentiel de ces critiques dans le *Rapport des Comités...*, *op. cit.*, vol. 2, *Soins et services hospitaliers*, ch. 2, pp. 59-152.

(p. 91). On y apprend que les directeurs des services infirmiers sont en général mal préparés à l'exercice de leurs fonctions, qu'ils n'obtiennent pas du directeur général l'appui nécessaire à la bonne marche de leur service ; on y apprend aussi qu'il n'existe aucune norme d'évaluation de la qualité des soins infirmiers ni, par conséquent, de la productivité du personnel. Le rapport fait également état d'un certain nombre d'indices démontrant que les activités des services infirmiers consisteraient dans un grand nombre de cas (jusqu'à 40 pour cent du temps) à accomplir des tâches se rattachant à d'autres domaines que ceux de la profession, comme l'approvisionnement, les soins ménagers, le blanchissage, la pharmacie, le laboratoire, l'admission, les dossiers médicaux, l'administration générale, etc. Les activités routinières comme le relevé de la température de chaque patient plusieurs fois par jour, le changement des draps tous les jours, consommeraient, semble-t-il, une portion beaucoup trop importante du temps des infirmières. Il y aurait aussi surabondance d'infirmières diplômées dans les salles d'opération.

La dévalorisation du rôle des infirmières expliquerait en partie le *turnover* particulièrement élevé chez cette catégorie de personnel. En 1967, le taux de remplacement des infirmières générales atteignait dans les hôpitaux publics 60 pour cent par année, contre environ 17 pour cent chez les directeurs généraux, les directeurs et les infirmières-chefs et 47 pour cent chez les infirmiers. En d'autres termes, même s'il s'agit de témoignages plus que de démonstrations, il semblerait que, sans modifier ni la taille des hôpitaux ni le degré d'utilisation, il soit possible par l'amélioration de la gestion de réaliser des économies sensibles.

[47]

Taille idéale des hôpitaux

La question concrète suivante que nous nous posons a trait à la taille optimale des hôpitaux. Existe-t-il en d'autres termes une grandeur optimale d'hôpital (représentée par le segment BC du graphique II) qui permette de produire les services hospitaliers à un coût plus bas. La première et principale difficulté qui surgit dans l'analyse de cette question concerne la nature et la qualité du service offert par les différents hôpitaux. Il n'est manifestement pas suffisant pour évaluer la courbe de coût moyen de longue période de comparer les coûts moyens par patient-jour ou par cas traité dans les différents hôpitaux et de tirer directement de cette comparaison des conclusions définitives relativement à la capacité idéale des hôpitaux. La première raison en est, comme nous l'avons vu, que l'hôpital est une entreprise à produits multiples. Il donne lieu à une variété de services qui sont : le soin des patients internes et externes, la formation, la recherche, de même qu'occasionnellement d'autres services communautaires. La grande variété des patients traités fait qu'au seul chapitre des soins au patient les coûts unitaires peuvent différer sensiblement. Dans la mesure donc où les services offerts par les hôpitaux sont différenciés, un mode quelconque de standardisation des services s'impose, avant qu'il soit possible de dégager des conclusions de la comparaison interhospitalière des coûts moyens. Il s'avère par exemple que les hôpitaux les plus grands sont aussi ceux qui offrent la plus grande variété de services, qui gardent leurs patients le plus longtemps, qui ont le plus haut taux d'occupation et qui offrent en même temps le programme de formation médicale le plus vaste³². Qu'en même temps ils affichent les coûts

³² Entre autres études ayant abouti à cette conclusion, il y a principalement l'analyse exhaustive entreprise par l'Université du Michigan sous la direction de W.J. McNerney, *Hospital and Medical Economics*, Hospital Research and Educational Trust, Chicago, 1962, vol. 2, projet 5, "Hospitals and Allied Institutions : Facilities, Programs and Costs", pp. 717-868. En Ontario, un autre auteur démontre d'ailleurs qu'il en coûte 3,48 \$ de plus par patient-jour que ne le révèlent les données comptables pour la fonction éducation. Les internes et les jeunes médecins auraient en effet tendance à prescrire des

moyens par jour les plus élevés ne surprendra donc personne et ne justifie aucunement la conclusion que la taille des grands hôpitaux serait déjà trop grande, c'est-à-dire qu'elle aurait atteint un point où les économies d'échelle deviendraient négatives.

[48]

Une deuxième difficulté complique la détermination de la taille optimale des hôpitaux. C'est la qualité des services offerts. En dépit des efforts louables entrepris pour résoudre cette difficulté, on n'a pas encore réussi à définir des critères objectifs et quantifiables de qualité des services hospitaliers, pas plus d'ailleurs que des services de santé en général.

La principale difficulté que présente l'estimation des économies d'échelle de l'hôpital réside donc dans l'identification du produit de l'hôpital. Il faut par conséquent pouvoir mesurer ce produit (output) en unités homogènes de services rendus. Pour établir des comparaisons de coût moyen valides entre hôpitaux hétérogènes, il faut donc emprunter des méthodes qui assurent une certaine forme de standardisation des services. La statistique offre précisément un instrument particulier pour contourner dans certaines circonstances cette difficulté. Il s'agit de ce que les statisticiens appellent l'analyse de régressions multiples. Cette méthode permet en effet d'isoler dans une certaine mesure le rôle d'une variable ou d'un facteur particulier sur un phénomène qu'on cherche à expliquer. Par exemple, elle permet de mesurer le rôle de la taille d'un hôpital sur le coût moyen, en éliminant l'effet des autres facteurs comme la variété de services.³³ Pourvu, bien entendu, qu'on puisse identifier convenablement la nature des différences de services qui distinguent les hôpitaux les uns des autres.

traitements coûteux. Voir J. Kushner, *Economics of Scale in the General Hospital Industry*, Thèse de doctorat non publiée, University of Western Ontario, London, octobre 1969, pp. 67-68.

³³ Les facteurs importants qui expliquent les variations inter-hospitalières des coûts moyens sont : la grandeur de l'hôpital, les taux d'occupation, la répartition des types de patients, le volume des services thérapeutiques et diag-nostiques, la qualité de la gestion, le rapport des chambres privées au total des chambres, l'affiliation à une faculté de médecine et, à un degré moindre au Québec vu la provincialisation des négociations syndicales, les prix relatifs des facteurs de production.

Sans entreprendre l'exposé détaillé des techniques et des mesures, on peut énumérer ici sommairement différentes méthodes empruntées par un certain nombre d'auteurs pour standardiser le produit des hôpitaux comparés. C'est partiellement là l'origine des différences sensibles qu'on observe dans les résultats obtenus par les chercheurs. Un premier groupe d'auteurs³⁴ distingue les hôpitaux entre eux selon le nombre de rayons X, le nombre d'opérations chirurgicales exécutées et le nombre d'accouchements effectués. Une fois éliminées ces distinctions, il ne resterait plus, selon eux, que la taille [49] pour expliquer les variations de coût moyen par patient-jour entre les hôpitaux. Carr et Feldstein³⁵ recourent à une autre méthode pour supprimer l'incidence de l'hétérogénéité des hôpitaux. Leur approche consiste à faire le décompte des services offerts et des facilités disponibles, démarche qui implique, comme la précédente, que toutes les facilités et tous les services ont un effet identique sur les coûts. Feldstein³⁶ et Kushner³⁷ ne se contentent pas de faire le décompte des services, mais reconnaissent plutôt que le coût du service rendu est susceptible d'être grandement affecté par la nature de la maladie traitée ou du traitement donné au patient. La standardisation se fait donc plutôt dans leur étude en incorporant l'importance relative des maladies traitées à partir d'un certain nombre de catégories médicales jugées significatives. Les auteurs mesurent ainsi l'importance relative des services, plutôt que leur nombre absolu comme les chercheurs précédents. À la suite de transformations et d'améliorations apportées aux calculs de Feldstein, deux auteurs³⁸ en arrivent à la conclusion que le coût moyen de fonctionnement des hôpitaux atteindrait un niveau minimum à environ 440 lits, tous les autres facteurs de variation des coûts étant maintenus constants. La taille moyenne des 117 hôpitaux analysés dans l'échantillon étant de 410 lits, il s'ensuivrait qu'un grand nombre d'hôpitaux n'ont pas su tirer profit de toutes les possibilités d'économies d'échelle réalisables.

³⁴ Ingbar et Taylor, *op. cit.*, pp. 26-47.

³⁵ W.J. Carr et P.J. Feldstein, "The Relationship of Cost to Hospital Size", *Inquiry*, vol. 4, no 2, mars 1967, pp. 45-65.

³⁶ M.S. Feldstein, *Economic Analysis...*, *op. cit.*, pp. 12-24.

³⁷ Joseph Kushner, *op. cit.*, pp. 51-58.

³⁸ J.K. Mann et D.E. Yett, "The Analysis of Hospital Costs : A Review Article", *Journal of Business*, vol. 41, no 2, avril 1968, pp. 191-202.

Kuhsner obtient pour l'Ontario une grandeur optimale de 300 à 500 lits, comme le révèle le tableau 1 ci-dessous, qui établit la relation estimée entre la taille et le coût moyen.

[50]

TABLEAU 1

Coût estimé par patient-jour selon la grosseur de l'hôpital pour les hôpitaux non universitaires de l'Ontario — 1965

Grosseur de l'hôpital (nombre de lits)	Coût estimé par patient-jour	Coût estimé en pourcentage du coût de l'hôpital de grandeur optimale
50	38.53	116
100	36.87	111
200	34.49	104
300	33.37	100
400	33.50	101
500	34.40	103
600	37.58	113
700	41.50	125
800	46.70	140
900	53.15	160
1000	60.85	183

Source : J. Kushner, *op. cit.*, p. 65.

Voici, au tableau 2, en regard de ces résultats, la distribution effective des hôpitaux du Québec selon le nombre de lits disponibles en 1968.

[51]

TABLEAU 2

Distribution des hôpitaux généraux du Québec selon leur grosseur, 1968.

Grosseur (nombre de lits)	Nombre d'hôpitaux	Capacité théorique	
		en lits	en % du total
1—9	2	13	0.1
10—24	10	202	0.7
25—49	19	674	2.4
50—99	19	1,327	4.8
100—199	39	5,205	18.6
200—299	19	4,641	16.6
300—499	18	6,618	23.7
500—999	11	7,193	25.7
1000+	2	2,052	7.3
TOTAL	139	27,925	100.0

Source : B.F.S., *La statistique hospitalière*, vol. 1, no de catalogue 83-210, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1970, p. 58.

Inutile de préciser que ces résultats doivent être accueillis avec réserve. Au plan de la méthode statistique employée tout autant qu'au plan de la mesure du produit de l'hôpital, les études reproduites ci-dessus peuvent susciter de nombreuses critiques et en ont effectivement fait l'objet.³⁹ C'est particulièrement au plan de l'identification du produit que la méthode semble le plus laisser à désirer. À cet égard la récente contribution de R.G. Evans à l'analyse des coûts des services hospitaliers s'avère d'une valeur inestimable en raison de la méthode

³⁹ On notera que si les hôpitaux d'où proviennent ces données ne produisent pas au coût minimum pour des raisons d'inefficacité de gestion, l'analyse de régression ne révèle pas la vraie courbe de coût moyen de longue période. Cette réserve ne modifie cependant pas le niveau optimal de l'hôpital, si l'on fait l'hypothèse que les coûts absolus ou relatifs d'inefficacité de gestion sont les mêmes en tous les points de la courbe de longue période.

très élaborée de standardisation des services qu'elle emprunte.⁴⁰ À partir d'une quarantaine de maladies-types, [52] l'auteur isole par analyse factorielle dix catégories de diagnostics ou de maladies traitées, l'hypothèse étant que l'impact sur les coûts unitaires varie avec la nature du traitement appliqué. L'âge et le sexe pouvant aussi jouer sur le coût du traitement, il identifie six combinaisons âge-sexe comme étant statistiquement significatives. La standardisation poussée des services permet ainsi d'isoler mieux que jamais auparavant le rôle propre de l'hétérogénéité des services sur le coût unitaire des différents hôpitaux. Or l'analyse donne les résultats suivants : si on mesure l'unité de produit comme étant le cas traité à l'hôpital, il s'avère que plus de 72 pour cent des variations interhospitalières observées dans le coût moyen par séjour à l'hôpital proviennent de la nature du traitement offert ; un 12 pour cent supplémentaire d'explication découle de la composition âge-sexe des patients. Il ne resterait guère plus de 15 pour cent des variations qui proviendraient de facteurs strictement économiques ou inconnus. Effectivement les différences de taux d'occupation et de durée des séjours (pour des diagnostics identiques) n'expliqueraient guère plus de 6 pour cent des variations de coût. La taille de l'hôpital de son côté n'y serait pour rien dans les écarts de coût.

Si d'autre part on choisit le patient-jour comme unité de produit, on dégage des conclusions tout aussi significatives. La nature du traitement explique 56 pour cent des variations, alors que ni l'âge ni le sexe des patients, ni la durée du séjour ne jouent aucun rôle. Le taux d'occupation n'explique que 2 pour cent des variations de coût par patient-jour. La taille ici encore n'exerce qu'une influence minime sur le coût unitaire. Il s'avère que l'auteur identifie un optimum au niveau d'environ 260 lits. Le coût moyen n'augmente cependant que de 70 par patient-jour à 300 lits, de 430 à 500 lits et de 1,34 \$ à 1000 lits. En deçà de 260 lits, la courbe de coût par patient-jour s'avère à toute fin pratique horizontale.

D'ailleurs une autre étude récente sur le sujet, et dont nous avons fait état précédemment,⁴¹ confirme l'absence d'économies d'échelle perceptibles dans les hôpitaux. Pour en arriver à ce résultat les auteurs

⁴⁰ R.G. Evans, *op. cit.*, pp. 198-215.

⁴¹ J.R. Lave et L.B. Lave, "Hospital Cost Functions", *The American Economic Review*, vol. LX, no 3, juin 1970, pp. 379-395.

choisissent de mesurer le rôle de la taille sur le coût moyen, non pas en comparant les hôpitaux de différentes tailles entre eux, mais plutôt en étudiant l'évolution du coût moyen d'un échantillon d'hôpitaux, à mesure que leur taille varie dans le temps. Cette façon [53] d'aborder la question supprime bien entendu la difficulté d'avoir à distinguer la nature et la composition des produits offerts par chacun des hôpitaux. Rien ne nous garantit par contre que l'expansion de chaque hôpital étudié ne s'accompagne pas de variations dans la nature des services. On peut cependant présumer que sur une courte période, disons de quelques années, la composition des services offerts par un hôpital donné ne se modifie pas radicalement.

*L'efficacité économique,
plus que la simple efficacité technique*

Une dernière démarche s'impose pour compléter ce tableau général de la structure des coûts des hôpitaux. Cette démarche est liée à la notion d'efficacité de consommation que l'on peut mettre en parallèle avec la notion d'efficacité de production que nous avons définie et mesurée ci-dessus. L'efficacité économique se réalise lorsque l'entreprise, en plus d'être techniquement efficace, répond réellement aux besoins des consommateurs au prix le plus bas possible. Quoiqu'en apparence oiseuse, cette notion revêt une signification très précise en économique.⁴² Elle implique d'abord que le producteur n'obtienne pas du consommateur un prix plus élevé que ce qu'il lui en coûte pour produire son bien ou son service. On comprendra facilement que du point de vue du bien-être de la population, il ne serait guère avantageux qu'une entreprise produise au moindre coût, si par ailleurs elle se trouvait en mesure d'imposer à ses clients un prix qui lui permette d'encaisser des profits exorbitants. La notion d'efficacité économique suppose également que le consommateur obtienne réellement la quantité et la qualité de produit ou de service qu'il désire, compte tenu du prix auquel se vend le service en question. L'impuissance du consommateur à apprécier la qualité du service médical, combinée à l'assurance-hospitalisation généralisée (privée ou publique) risquent en

⁴² Voir chapitre I, pp. 18-19.

principe d'amener les hôpitaux à ne pas satisfaire aux exigences de l'efficacité économique.

En termes concrets, c'est la question de la surconsommation des services hospitaliers qui est ainsi posée. On comprend dès lors qu'il ne servirait pas à grand'chose d'avoir les hôpitaux les mieux administrés, [54] les plus techniquement efficaces, s'il s'avérait par ailleurs que pour l'une ou l'autre des deux raisons énoncées précédemment, les patients abusaient des facilités hospitalières mises à leur disposition. Cela signifierait en effet que le nombre de lits est inutilement élevé ou encore que les investissements hospitaliers sont trop grands pour les besoins réels.

On connaît déjà les résultats d'enquêtes révélant qu'en raison de la propension très grande qu'affichent les médecins à profiter du capital gratuit mis à leur disposition, ceux-ci ont tendance à hospitaliser un peu trop allègrement leurs clients.⁴³ *Le Rapport des comités d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada* fait aussi à plusieurs reprises état de l'utilisation abusive des services hospitaliers qui s'exprime de toutes sortes de façons, mais particulièrement par le grand nombre d'admissions jugées non nécessaires, par la durée inutilement prolongée des séjours, par l'usage inconsidéré que font les médecins des services diagnostiques (laboratoire, radiologie et pharmacie).

La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social se révèle pour le moins laconique en cette matière ; elle affirme toutefois de façon très nette que « l'utilisation rationnelle du personnel des services de radiologie, de laboratoire et de pharmacie suppose d'abord une réduction du volume de services offerts par journée d'hospitalisation ».⁴⁴

L'inadaptation des services aux besoins nous est aussi révélée par les résultats d'une enquête dont font état un groupe de médecins dans

⁴³ Voir le premier chapitre de cet ouvrage. Il convient d'ajouter à ce sujet que l'analyse directe du degré de surutilisation des hôpitaux à partir d'avis systématiquement recensés des médecins d'un certain nombre d'hôpitaux du Michigan tend à minimiser l'importance de la consommation abusive. Voir McNerney, *op. cit.*, p. 514.

⁴⁴ *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Annexe 1, Analyse comparative des coûts de l'hospitalisation au Québec et en Ontario*, Editeur officiel du Québec, Québec, 1969, p. 39.

le *Journal of the American Medical Association*.⁴⁵ Un certain nombre de médecins observateurs désignés à cette fin ont jugé qu'environ 20 pour cent des patients hospitalisés à Rochester auraient [55] pu être traités avantageusement dans d'autres facilités. Ces derniers résultats ne font d'ailleurs que confirmer la tendance universellement reconnue qu'ont les médecins et les hôpitaux à n'offrir qu'une seule variété de services de santé, soit des services de première qualité.

Une autre approche consisterait à établir des comparaisons interrégionales du nombre de lits et d'admissions par unité de population de même que de la durée moyenne du séjour. Le tableau 3 qui suit résume les résultats d'une étude de ce genre entreprise par Reed et Carr.⁴⁶ On y découvre par exemple que le nombre de lits par mille habitants est supérieur au Québec à ce qu'il est aux États-Unis, tandis que le nombre d'admissions y est sensiblement

TABLEAU 3
Hôpitaux généraux, Québec, Canada, USA, 1966

	Québec	Canada	U.S.A.
Nombre de lits par 1000 habitants	5,5	6,1	4,3
Nombre d'admissions par 1000 habitants	128	152	149
Durée moyenne du séjour par admission	12,4	11,8	8,7

Source : L.S. Reed et W. Carr, *op. cit.*, p. 16.

⁴⁵ R.L. Berg, F.E. Browning, S.L. Grump et W. Wenkert, "Bed Utilization Studies for Community Planning", *Journal of the American Medical Association*, vol. 207, no 13, 31 mars 1969, pp. 2411-2413.

⁴⁶ L.S. Reed et W. Carr, "Utilization and Cost of General Hospital Care : Canada and the U.S., 1948-66", *Social Security Bulletin*, vol. 31, no 11, novembre 1968, pp. 12-23.

inférieur. La différence la plus marquée réside cependant surtout dans la durée moyenne du séjour à l'hôpital. Le patient moyen réside 12.4 jours à l'hôpital au Québec, 11.8 jours au Canada et seulement 8.7 jours aux États-Unis. Ces indices fragmentaires nous porteraient à première vue à conclure à une certaine surconsommation des services hospitaliers au Québec et au Canada. Si par exemple la durée du séjour avait été la même au Québec en 1966 qu'aux États-Unis, on aurait pu se passer de 30 pour cent des lits d'hôpitaux [56] disponibles sans affecter le nombre d'admissions. À la décharge du Québec, on doit noter qu'un nombre d'admissions moins élevé a pour effet d'augmenter la durée moyenne du séjour par admission vu que probablement les cas les plus compliqués représentent un pourcentage accru des admissions.

Ces écarts internationaux sont probablement attribuables en bonne partie à la faible importance des maisons de convalescence au Canada. Alors qu'en 1966, le nombre de lits des maisons de convalescence s'élevait à 80 pour cent du nombre de lits d'hôpitaux généraux aux États-Unis, le rapport ne dépassait pas 41 pour cent au Canada. Il s'agit là évidemment d'une manifestation évidente d'inefficacité économique. Le convalescent serait en effet tout aussi bien traité et recevrait même des attentions mieux adaptées à son état dans une institution spécialisée dont les coûts d'opération sont manifestement de beaucoup inférieurs.

L'existence d'un régime universel d'assurance au Québec et au Canada n'est peut-être pas non plus étrangère à ces abus apparents. D'autres facteurs de nature structurelle, tels le climat, la distribution géographique de la population et la disponibilité des médecins peuvent aussi entrer en ligne de compte.

La conclusion à dégager de cette laborieuse expédition à travers la littérature portant sur les hôpitaux est qu'une dynamique distincte et très marquée semble empêcher les hôpitaux de converger « naturellement » vers l'efficacité. L'objet de notre prochaine démarche se trouve ainsi circonscrit : il s'agira d'entreprendre l'interprétation de ces phénomènes à la lumière de la théorie économique.

[57]

Le prix de la santé**Chapitre III**

**L'hôpital du point de vue
de l'économique**[Retour à la table des matières](#)

Le chapitre précédent a tenté de démontrer qu'à plus d'un point de vue l'efficacité de l'hôpital laissait à désirer. Notre intention maintenant est de faire appel à la théorie économique pour expliquer le phénomène de l'inefficacité des hôpitaux. Le préjugé populaire a tendance à opposer trop facilement à notre point de vue les vertus devenues proverbiales de l'entreprise privée à l'incompétence du secteur public et des organismes para-publics. Nous avons d'ailleurs rappelé dans un chapitre antérieur que l'analyse économique classique établit que la recherche du profit combinée à une concurrence suffisamment exigeante, amenait l'entreprise privée en général à adopter des comportements efficaces. Le corollaire simpliste qui s'en dégage pourrait être que l'hôpital n'étant pas inspiré par le souci du profit et n'ayant pas de concurrence directe à relever, ne saurait en aucune façon rivaliser avec le secteur privé. C'est là une vue pour le moins incomplète de la réalité.

[58]

Théorie moderne de l'entreprise

L'analyse économique conventionnelle a d'ailleurs incorporé dans son schéma des éléments d'explication qui permettent d'obtenir une image plus fidèle des comportements réels des entreprises et qui partant, atténuent l'opposition trop facile que l'idéologie orthodoxe établit entre le secteur privé et le secteur public ou para-public. Le fait est que l'entreprise moderne la plus représentative n'est plus la petite boutique dominée par un entrepreneur audacieux et perspicace qui n'aurait pas le loisir d'être inefficace. La grande firme est devenue une entreprise bureaucratisée, moins assujettie que son ancêtre aux aléas du marché. Dans la situation oligopolistique qui s'ensuit, où un petit nombre de grandes firmes sont seules à produire un bien ou un service donné, une certaine flexibilité des objectifs devient possible. La poursuite du profit seul ne semble plus rendre compte de façon satisfaisante des comportements de la grande firme moderne. La théorie économique de l'entreprise essaie en somme d'incorporer à son schéma un phénomène d'observation courante, soit la dissociation entre les actionnaires d'une part pour qui le profit serait encore l'objectif ultime, et la direction de l'entreprise d'autre part, qui de façon autonome définit ses propres préférences, lesquelles peuvent ne pas coïncider parfaitement avec celles de l'actionnaire.

L'économiste Baumol⁴⁷ ayant observé l'importance que les directeurs d'entreprise et les rapports annuels attachent au taux de croissance des ventes, a avancé l'hypothèse que l'entreprise, sans négliger totalement le souci de réaliser des profits suffisants pour permettre à la direction de se maintenir en place, cherchait toutefois de façon primordiale à maximiser la valeur totale des ventes, c'est-à-dire le revenu global de l'entreprise et sa part du marché. En substituant cette hypothèse à la seule maximisation des profits, l'auteur aboutit à la conclusion que le prix des produits des grandes entreprises modernes n'est pas aussi élevé qu'il le serait autrement et que la production, elle,

⁴⁷ W.J. Baumol, *Business Behavior, Value and Growth*, The MacMillan Co., New-York, 1959, pp. 45-53.

est plus grande. Cette dynamique se manifesterait d'abord bien sûr par un plus bas niveau de profit, mais également par des phénomènes comme l'abus de la publicité qui a pour effet d'augmenter les ventes sans nécessairement accroître les profits, [59] ou encore par l'engagement de personnel superflu, dans la mesure où cette initiative peut contribuer à augmenter le volume des ventes.

Williamson⁴⁸ établit encore plus explicitement les divergences d'intérêt entre l'actionnaire et le *management*. À ses yeux le rôle de l'actionnaire dans les décisions de l'entreprise moderne revêt une importance secondaire et n'intervient que dans la mesure où l'existence de profits et d'un taux de croissance minimum conditionnent la survie de l'entreprise et surtout la survie du *management* qui, lui, est le véritable dépositaire du pouvoir. Compte tenu de l'importance considérable et grandissante du *management* dans les décisions qui affectent la firme, ce n'est pas à l'entreprise, personne abstraite, qu'il faut assigner une motivation pour expliquer son comportement, mais bien au *management*. Les administrateurs d'entreprise, comme tous les autres agents économiques, recherchent leur bien-être. Les décisions qui affectent l'entreprise, principalement en ce qui a trait au niveau de production et au prix du produit, sont prises non pas tant pour ce qu'elles contribuent à l'augmentation des profits, mais plutôt pour ce qu'elles apportent de bien-être et de satisfaction au *management* lui-même.

Or quels sont les objectifs que recherche la direction ? Williamson lui attribue ce qui pourrait se ramener à trois types d'aspiration : la rémunération personnelle, la préférence accordée au budget de personnel administratif (*staff*), ainsi qu'au budget d'investissement discrétionnaire. La rémunération de l'administrateur peut se faire de façon directe (traitement, *stock options*, etc.), ou elle peut prendre la forme de revenu-nature (comptes de dépenses substantiels, bureau somptueux, chauffeur privé, etc.). Le nombre et la qualité professionnelle du personnel tombant de près sous les ordres de

⁴⁸ O.E. Williamson, *The Economics of Discretionary Behavior : Managerial Objectives in a Theory of the Firm*, Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1964, 182 p. Pour un résumé succinct du modèle de Williamson, voir KJ. Cohen et R.M. Cyert, *Theory of the Firm : Resource Allocation in a Market Economy*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1965, pp. 354-363.

l'administrateur (deuxième objectif), procureraient à celui-ci un pouvoir et un prestige auxquels il ne saurait rester indifférent. D'autant plus que la rémunération de l'administrateur est très souvent liée au nombre et aux qualifications des personnes sur qui s'exerce son autorité. Mais le pouvoir de l'administrateur s'exprime aussi dans [60] le degré de latitude dont il jouit en matière d'affectation des ressources et en particulier des investissements de l'entreprise. Ainsi, alors que la théorie orthodoxe présume que les investissements sont orientés uniquement en fonction de leur rentabilité, la recherche du pouvoir et l'absence de concurrence trop exigeante qu'implique la situation d'oligopole amèneraient l'administrateur à se soustraire à cette règle d'or. Il se permettrait plutôt certaines initiatives et certains types d'expansion susceptibles de flatter son amour-propre et de l'identifier comme le grand responsable de l'orientation de l'entreprise.

Si on ne peut prédire avec assurance les conséquences de cette motivation sur le niveau de production de l'entreprise et consécutivement sur le prix du produit, il ne fait par contre aucun doute que si la théorie est valide, il devrait s'ensuivre dans les grandes entreprises bureaucratiques un niveau de profits moins élevé, une tendance marquée au recrutement d'un personnel trop nombreux, surtout au niveau professionnel et supérieur, de même qu'à l'engagement de dépenses somptuaires. Chacun a pu se rendre compte que certains de ces corollaires sont conformes à l'observation courante. L'auteur s'emploie d'ailleurs à en vérifier l'authenticité de façon systématique.

La conclusion importante qui se dégage de ce résumé synthétique de la théorie moderne est que rien dans les motivations et les comportements qui en découlent ne garantit que l'efficacité technique et économique soit réalisée. On le verra plus concrètement d'ailleurs en faisant l'application de ces modèles de comportement aux hôpitaux qu'on connaît maintenant de plus près.

L'hôpital, institution à but non lucratif

C'est en effet en établissant le parallèle entre l'entreprise commerciale d'une part et l'hôpital d'autre part qu'on comprendra et interprétera le plus facilement les comportements particuliers observés précédemment.⁴⁹ L'hôpital se distingue en effet de l'entreprise [61] en général en ce que la recherche du profit est expressément supprimée de ses objectifs. L'hôpital appartient à cette catégorie d'institutions dites à but non lucratif. Il s'assimile à cet égard à un certain nombre d'organismes qu'on retrouve dans plusieurs secteurs, en particulier dans le domaine des arts et de l'éducation. Les musées, les orchestres symphoniques, les troupes de théâtre et d'opéra sont autant d'organismes dont la performance ne s'évalue pas par les critères généraux de rendement économique.

Pourquoi la société a-t-elle jugé utile de conférer à l'hôpital un statut particulier d'institution à but non lucratif ? Il faudrait faire appel sans doute à plus d'un facteur explicatif, mais il nous paraît fondamental de rattacher ce phénomène à ce que nous avons appelé précédemment l'impuissance du consommateur à apprécier le produit de l'hôpital. La non-commercialisation du service hospitalier constituerait dans cette perspective l'un des mécanismes par lequel le consommateur-citoyen se protège contre sa propre ignorance et la gravité des conséquences d'erreur de sa part. À cet égard la non-commercialisation de l'hôpital s'ajouterait aux autres mécanismes institutionnels de protection du consommateur, telles la liaison de confiance qui relie le patient à son médecin, l'éthique professionnelle, la professionnalisation de la médecine, etc.

Nous croyons aussi qu'il faut associer l'avènement de l'hôpital à but non lucratif au caractère jugé vertueux du service rendu par l'hôpital. Tout comme dans le cas de l'éducation et des arts les services de santé en général, et les services hospitaliers en particulier, constituent dans notre système de valeurs des denrées qu'il semble bon de distribuer au maximum. Contrairement aux autres biens et services que le

⁴⁹ Le lecteur intéressé trouvera d'autres applications de cette même approche dans G. Bélanger, «Le secteur public, un budget croissant pour des services constants», in J.-L. Migué (sous la direction de), *Le Québec d'aujourd'hui*, Édition HMH Hurtubise, Montréal 1971, pp. 17-30.

consommateur acquiert, le maximum semble se confondre ici avec l'optimum.

Théorie des institutions à but non lucratif appliquée à l'hôpital

Quoi qu'il en soit des fondements de cette institution, le fait du statut à but non lucratif comporte d'importants corollaires que nous nous emploierons maintenant à dégager. D'une façon générale, on constatera que la suppression du profit comme objectif de l'entreprise aura pour effet de renforcer l'impact des autres motivations que les auteurs Baumol et Williamson ont attribué aux entreprises [62] commerciales. Le souci de rendre l'opération rentable étant non seulement atténué, mais complètement supprimé et l'aiguillon de la concurrence n'intervenant plus, rien n'interdit à l'institution de privilégier les objectifs de son choix.

Or quels sont les buts principaux que rechercheront l'entreprise hospitalière et ses *decision-makers* que sont les administrateurs et les médecins ? En s'inspirant de l'approche de Baumol et en y incorporant l'aspect non lucratif de l'institution, on peut adopter l'hypothèse que l'hôpital poursuit comme premier objectif de maximiser la quantité de services qu'il rend. Donc contrairement au secteur privé où la production n'est que le moyen d'obtenir un taux de rendement satisfaisant, la production maximum pourrait devenir pour l'institution sans but lucratif qu'est l'hôpital, une des fins de l'organisme.

Comme le suggère la tradition en matière de théorie de l'entreprise, il importe en effet de distinguer les objectifs de l'hôpital, entité abstraite, de ceux des administrateurs et promoteurs de l'institution. À titre d'institution à but non lucratif établie par le processus politique, l'hôpital reçoit pour mission de répondre aux besoins des patients-consommateurs. Sa survie comme organisme autonome est d'ailleurs liée à cette condition.

Si l'on accepte comme valide l'hypothèse que la société par les pouvoirs publics perçoit les services de santé comme désirables en eux-mêmes, on peut en déduire que l'hôpital cherchera à maximiser la quantité de services offerts, compte tenu du prix qu'il peut fixer à ses

services ou du remboursement qu'il obtient du Ministère. L'hôpital reçoit ainsi et se donne pour mission de répondre au maximum de besoins. En d'autres termes si l'objectif officiel de l'hôpital était le seul qui l'animât, l'institution s'emploierait à atteindre l'efficacité de production en minimisant les coûts de production et partant le prix ou le tarif, de façon à diffuser au maximum la consommation de ses services. Par cette heureuse dynamique l'hôpital réaliserait dans l'industrie des services hospitaliers l'optimum que les économistes associent généralement au régime de concurrence pure et parfaite. Pour le plus grand bien-être du public consommateur, le producteur maximiserait la production en maintenant ses coûts et ses prix aussi bas que possible, tout comme le fait l'entreprise concurrentielle de la tradition orthodoxe. Cette dernière adopte ce comportement par suite des pressions et des contraintes que lui impose [63] le marché, tandis que le producteur à but non lucratif le ferait de son propre choix, c'est-à-dire en vertu d'un choix inspiré par une décision de la collectivité. Si cette seule motivation animait l'hôpital, on n'observerait aucune des manifestations d'inefficacité constatées précédemment. L'hypothèse de maximisation de la quantité doit donc s'avérer incomplète puisqu'elle ne peut expliquer à elle seule tous les faits observés.

Revenons maintenant à Williamson et demandons-nous comme lui quelles fins poursuivront l'administrateur et les fiduciaires de l'hôpital en tant que principaux *decision-makers* de l'entreprise concernée ? L'hôpital n'existant pas pour le profit, il est clair que la performance de l'administrateur ne sera pas appréciée par le critère du profit. Son revenu, pécuniaire ou nature, de même que ses chances d'avancement seront donc fonction de quelque autre variable. On peut pertinemment supposer en premier lieu que l'avantage de l'administrateur lui commande de s'identifier aux objectifs, appelons-les sociaux de l'hôpital, soit maximiser la quantité des services offerts. C'est de cette façon qu'il aura le plus de chance de bâtir son propre succès. En ce sens on comprend que même en l'absence de concurrence et de menace d'entrée de la part de concurrents, ni l'administrateur ni la direction n'ont le loisir de s'avérer totalement et systématiquement inefficaces. Le scandale qui risquerait de s'ensuivre et les frustrations du public menaceraient d'entraîner leur perte. Le contrôle qui s'exerce sur lui de la part du processus politique n'est donc pas inopérant.

Mais l'administrateur et le conseil d'administration n'en obéissent pas moins à des motivations qui leur sont propres et qui ne coïncident pas nécessairement avec l'intérêt du consommateur. Un deuxième facteur susceptible de promouvoir les intérêts de l'administrateur sera de privilégier ce qu'on pourrait appeler à la suite de Williamson, l'investissement discrétionnaire, en tant que source de prestige, de statut, de pouvoir et donc de rémunération. Nous désignons par cette expression tout investissement en facilités et en personnel permanent, supérieurs par la quantité et la qualité à ce qu'un consommateur éclairé et s'autofinçant serait prêt à assumer pour obtenir le traitement hospitalier qu'il désire. Et si l'on accepte comme valide le postulat de l'ignorance du consommateur et des barrières à l'entrée, on devine immédiatement l'étendue de la latitude dont jouit le producteur dans l'affectation des ressources de l'hôpital. Que la concurrence entre les hôpitaux se fasse au plan de l'abondance (sur-capacité) [64] et de l'excellence des installations tout autant qu'au plan de l'adaptation des services à la demande réelle des patients nous apparaît comme une hypothèse pour le moins défendable.⁵⁰ Nous verrons avec un peu plus de rigueur dans un moment, que les corollaires qu'on peut en dégager se concilient admirablement bien avec les observations empiriques déjà établies. On peut en outre difficilement contester le rôle d'une tentation toujours présente d'élargir le cercle du personnel technique et administratif sur lequel l'administrateur exerce son autorité et son pouvoir de coordination. Le nombre et surtout le niveau professionnel du personnel exercent une influence déterminante sur le statut et la rémunération du *management*. La règle la plus universellement reconnue dans le secteur public et parapublic n'est-elle pas de lier le traitement d'un individu au nombre et aux qualifications professionnelles des personnes qui relèvent de son autorité ?

Il n'est pas superflu d'ajouter que le surinvestissement en installations et en personnel contribuera la plupart du temps à la réalisation d'un troisième objectif de l'administrateur, soit le plus grand confort. La capacité excédentaire permet de minimiser ou d'atténuer les

⁵⁰ L'hypothèse suivant laquelle la qualité (mais pas la capacité) apparaît dans la fonction objectif de l'administrateur et du fiduciaire a été explorée par J.P. Newhouse, "Toward a Theory of Nonprofit Institution : An Economic Model of a Hospital", *The American Economic Review*, vol. LX, no 1, mars 1970, pp. 64-74.

risques de conflit avec les multiples agents qui entrent en contact avec l'hôpital, c'est-à-dire le public consommateur d'abord, l'ensemble du personnel et enfin le corps médical. La disponibilité plus grande de chambres et de facilités hospitalières procure au consommateur un accès plus rapide à l'hôpital, et, mauvais juge de la qualité des services, il associera volontiers (pas nécessairement à tort bien entendu) la qualité du traitement reçu à celle de l'équipement et au renom qu'en tire l'hôpital. Inutile d'insister une fois encore sur le fait que l'adoption de l'assurance-hospitalisation universelle supprime à toutes fins pratiques le souci constant qu'éprouve le consommateur de minimiser les coûts. La latitude du producteur s'en trouve étendue d'autant. Du côté du personnel, la surabondance de commodités et de main d'œuvre permet d'atténuer la rigueur des contrôles et des pressions à exercer et consécutivement le nombre et l'intensité des griefs.

[65]

Quant au corps médical, on ne réalisera jamais trop qu'il constitue à côté de l'administrateur et du conseil d'administration un troisième agent dont le rôle dans les décisions de l'hôpital et par conséquent dans l'allocation des ressources est aussi déterminant à certains égards.

Or, on connaît suffisamment désormais les incitations qui s'exercent sur le médecin pour comprendre que la poursuite de la plupart des objectifs assignés à l'administrateur ou à la direction se trouve renforcée par le rôle qu'assume le corps médical dans le processus de *decision-making*. Son propre intérêt réside, à n'en pas douter, dans la quantité et la qualité des facilités disponibles à l'hôpital, puisque ces facilités sont l'un des déterminants de sa propre productivité, c'est-à-dire de son revenu et de son statut professionnel. Le médecin ne sera pas indifférent au souci de répondre à tous les besoins et donc au souci de maximiser la capacité de l'hôpital, puisqu'il a avantage à disposer de lits chaque fois et aussitôt que ses patients réclament l'hospitalisation.

Nous avons établi jusqu'à maintenant ce que l'analyse économique définit comme la théorie des institutions à but non lucratif en général, et des hôpitaux en particulier. Il nous reste à en dégager les corollaires et à vérifier ainsi le réalisme de la théorie. En d'autres termes, il s'agit maintenant de faire le lien entre le modèle de comportement que nous avons attribué par hypothèse à l'hôpital et à ses agents et les

comportements concrètement vérifiables, plus particulièrement les manifestations d'inefficacité que nous avons observées dans le chapitre précédent.

Valeur explicative de la théorie

Avant de passer au détail, on peut déjà dégager deux corollaires généraux empiriquement vérifiables et qui définissent l'atmosphère générale dans laquelle évolue l'hôpital. La première règle de comportement qui découle de la théorie est la propension très marquée au déficit. Dans le cadre du modèle de comportement explicité ci-dessus, toute augmentation du budget devient justifiée, puisque chaque dollar supplémentaire de dépense apporte une contribution positive à la qualité ou à la quantité de services offerts. On peut difficilement concevoir un budget ou un taux d'augmentation du budget [66] que l'hôpital ne soit pas en mesure de dépenser. La deuxième règle générale, qu'il s'agira de confirmer dans un moment par des manifestations précises, est que la relation devient plutôt lâche entre d'une part les exigences de l'efficacité technique ou économique et d'autre part les incitations auxquelles donnent lieu les buts recherchés par l'hôpital et ses *decision-makers*.

Pourquoi la sous-utilisation fréquente des facilités hospitalières ?

Nous avons observé d'abord entre autres manifestations d'inefficacité une sous-utilisation marquée de l'espace et des facilités hospitalières. Un phénomène semblable peut-il être relié à la dynamique que nous avons attribuée à l'hôpital ? Si l'hypothèse voulant que l'administration hospitalière recherche le prestige et le confort par le truchement de l'investissement discrétionnaire est valide, il est clair que le phénomène de surcapacité permanente se rattache directement à cette incitation. C'est en effet le meilleur moyen pour l'hôpital d'être en mesure de répondre à tous les besoins qui se présentent et au moment où ils se présentent. C'est donc le meilleur moyen pour l'administrateur de se valoriser en diminuant les risques de

conflit et de tension avec la communauté que l'hôpital dessert, mais également avec le groupe de médecins attaché à l'hôpital, qui lui aussi a intérêt à disposer à tout instant de plus d'espace et d'équipement possible. C'est également par la vertu d'une surcapacité permanente que l'administrateur est susceptible d'obtenir les meilleures relations avec l'ensemble du personnel hospitalier. L'excédent de personnel diminue le degré de pression à exercer sur lui ainsi que la rigueur des contrôles nécessaires à la production d'une quantité donnée de services.

Une meilleure coordination intra et interhospitalière pourrait à coup sûr réduire le degré de sous-utilisation. Mais ici encore le même type de motivation fait obstacle à cette amélioration. L'hôpital comme institution ainsi que l'administrateur et le médecin y perdraient en autonomie et donc en identification qui hausse le prestige. Les médecins qui, pour la plupart ne sont rattachés qu'à un seul hôpital seraient probablement les plus touchés, obligés qu'ils seraient à des déplacements, à une réadaptation constante à de nouvelles facilités hospitalières et à la perte ou au mécontentement de patients que les déplacements indisposeraient.

[67]

Pourquoi les déficiences de la gestion ?

Le deuxième type d'inefficacité technique que nous avons observé pouvait se qualifier de gaspillage de ressources, en ce que le coût moyen des services se trouvait augmenté du fait de la qualité insatisfaisante de la gestion. Encore ici dans la perspective des motivations que nous avons attribuées aux *decision-makers*, la rationalité de ces derniers beaucoup plus que leur incompétence nous aide à comprendre et à interpréter ces résultats déplorables. Par exemple, l'affectation du personnel infirmier à des tâches routinières et dévalorisantes crée une impression de pénurie de personnel et justifie l'expansion du nombre de personnes qualifiées. Si l'on accepte d'autre part l'hypothèse que le revenu et le statut de l'administrateur sont directement reliés à l'importance et à la qualité professionnelle du personnel sous ses ordres, il ne fait aucun doute que le mauvais usage de cette ressource particulière ouvre à l'administrateur des possibilités d'emplois

prestigieux et rémunérateurs. D'une façon générale d'ailleurs, on peut dire que, puisque la minimisation des coûts n'occupe pas une place prépondérante dans les préférences de l'institution, toutes les déficiences de la gestion s'expliquent par les mêmes raisons, qu'il s'agisse de l'accumulation trop grande de stocks, des méthodes d'achat primitives ou de l'absence d'initiatives communes entre les hôpitaux. La bonne qualité d'une gestion a ses exigences. Et si personne n'a intérêt à y mettre l'effort, on peut douter que l'hôpital n'y atteigne jamais. L'acquisition de l'équipement le plus cher, le plus « sophistiqué », le plus *up-to-date*, se comprend aussi par la contribution qu'elle apporte au prestige, c'est-à-dire à la qualité technique du service hospitalier. Cette pratique sert aussi à l'hôpital pour rationaliser ses budgets élevés et surtout croissants. En même temps cette recherche du *nec plus ultra* exerce un attrait indéniable sur les médecins de grande réputation, qui par un effet cumulatif contribuent à rehausser davantage la qualité et le prestige de l'institution. Là encore, le corps médical ne peut que favoriser cette pratique, puisque lui aussi y gagne en productivité et en prestige.

[68]

Pourquoi la surconsommation de services hospitaliers ?

Que peut-on dire maintenant de la tendance à la surhospitalisation en regard de la théorie de l'hôpital ? Reconnaissons d'abord que le principal responsable, qu'il s'agisse du grand nombre d'admissions jugées non nécessaires, de la durée inutilement prolongée des séjours ou de l'usage inconsidéré des services diagnostiques, le premier responsable est manifestement le médecin. La théorie de l'hôpital cependant nous aide à comprendre pourquoi l'institution oppose peu de résistance à cette pression venant du médecin. S'il était motivé par le seul souci de satisfaire le consommateur, l'hôpital aurait probablement aussi intérêt à diversifier davantage la qualité du produit ou du service qu'il offre. Il est assez significatif que les services de santé soient l'un des rares secteurs où l'on n'accepte, du moins en principe, que des produits de première qualité. S'il est donc vrai que l'ignorance du consommateur et l'intervention du médecin à titre de conseiller et de définisseur ultime des besoins sont à l'origine de la difficulté soulevée

ici, on ne peut manquer d'observer que la tâche de l'administrateur se trouve singulièrement simplifiée et les risques de conflits avec le médecin réduits par la passivité de l'institution.

Reste la question de l'expansion désordonnée du système hospitalier. Il faut noter cependant que ce type d'inefficacité se comprend probablement par l'introduction d'un autre agent dans le processus de décision, soit le gouvernement, le processus politique. Depuis déjà longtemps la politique de localisation et d'expansion des hôpitaux est fortement conditionnée par les choix du Ministère. C'est donc la rationalité du législateur qu'il faudrait ici analyser. Il n'est pas dit que l'application au Ministère de la théorie des institutions à but non lucratif ne nous éclairerait pas grandement. La démarche nous entraînerait cependant sur un terrain qui n'est pas le nôtre.⁵¹

[69]

Principes de solution

La signification fondamentale de la démarche développée dans ces lignes est que l'aménagement institutionnel actuel incite à l'inefficacité. Les agents qui en sont responsables ont intérêt à ce que le régime soit inefficace. Il y a divergence entre l'intérêt social d'une part et l'intérêt de l'institution elle-même et de ses agents d'autre part. Reconnaissons d'ailleurs à ce stade que l'absorption des coûts par des tiers, c'est-à-dire par d'autres que le consommateur (assureurs privés ou publics) ne peut que renforcer les incitations à l'inefficacité, puisqu'alors l'institution peut chercher à hausser indéfiniment et sans trop de résistance la combinaison quantité-capacité-qualité qu'il recherche de toute façon. L'administrateur et le médecin pour leur part ne sont plus autant soumis au frein que le « payant » tend naturellement à opposer aux aspirations de tout producteur.

Alternativement le précepte politique le plus évident qui se dégage est qu'on ne réussira jamais à corriger ces déviations de l'optimum

⁵¹ Voir à ce sujet A. Downs, "A Theory of Bureaucracy", *The American Economic Review, Papers and Proceedings*, vol. LV, no 2, mai 1965, pp. 439-446.

autrement qu'en modifiant les incitations et de l'administrateur et du corps médical.

On découvre par la même occasion ce qui nous semble être la plus importante lacune du *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Le prochain chapitre s'emploiera à justifier plus systématiquement cette remarque. Contentons-nous de constater pour l'instant que la Commission tout en n'étant pas totalement inconsciente de ce problème, consacre la plus grande partie de ses réflexions (et de ses pages) normatives à définir des structures et des systèmes de contrôle, de formation (technique de gestion, compétence des administrateurs) et de persuasion pour circonscrire la latitude des *decision-makers*.⁵²

Quant à nous, c'est une leçon différente que nous enseigne l'analyse : elle nous convainc qu'on ne persuadera, n'éduquera ni ne contraindra jamais par simple contrôle des *decision-makers* à agir contre leurs propres intérêts. Dans la mesure où les centres de santé proposés par la Commission obtiendront à peu près le statut d'institution [70] à but non lucratif de l'hôpital d'aujourd'hui, il faudra prévoir les mêmes conséquences sur l'efficacité, à moins que la politique de financement ne soit conçue systématiquement pour contrecarrer les « inclinations » actuelles. Ceci nous amène à un autre aspect de la question, celui du financement que nous reprendrons après avoir explicité plus longuement l'aménagement institutionnel que proposent la Commission et la *Loi de l'organisation des services de santé et des services sociaux* (Bill 65). Qu'il nous suffise ici d'en énoncer les principes fondamentaux. Pour améliorer l'efficacité, il faut modifier les incitations s'exerçant sur les agents qui définissent l'allocation des ressources. À son tour, ce résultat sera obtenu s'il s'avère possible de conditionner l'accès aux ressources par des comportements souhaités de la part des agents. Plus concrètement cela peut signifier l'expérimentation de méthodes particulières et variées de financement : possibilité pour les hôpitaux (et les centres de santé éventuels) de réaliser des surplus et des déficits, octroi de primes à la performance des administrateurs, imposition de tarifs au médecin pour

⁵² Le reproche s'adresse encore davantage au *Rapport des comités d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada*, Ministère de la santé nationale et du bien-être social. Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1970.

l'accès aux laboratoires et aux autres facilités, salariat, etc. En un mot, le choix des combinaisons de facteurs dans l'industrie des services de santé ne peut être abandonné à des agents dont l'intérêt réside précisément dans la mauvaise allocation des ressources.

[71]

Le prix de la santé**Chapitre IV**

**Hôpitaux, centres de santé
et pratique médicale individuelle :
facteurs et conditions d'efficacité**[Retour à la table des matières](#)

Le régime actuel de production et de distribution des services de santé peut se décrire assez facilement. Il se compose essentiellement de deux éléments. D'une part on distingue les milliers de cabinets de médecin de faible taille (généralement un seul médecin), isolés et distribués au gré du producteur sur le territoire, prodiguant leurs services en actes extrêmement fractionnés et rémunérés à l'unité. On retrouve d'autre part les hôpitaux, de taille gigantesque relativement à celle du cabinet de médecin, et dispensant des soins à la fois beaucoup plus spécialisés et beaucoup plus diversifiés grâce à la concentration d'un équipement et d'un personnel nombreux et hautement technique. Cet aménagement curieux ne manque pas de susciter la question fondamentale : s'agit-il vraiment d'un mode économique de production des services de santé ?

[72]

Position du problème

On ne peut manquer en effet de chercher à appliquer aux soins médicaux les leçons qui se dégagent de l'organisation industrielle en général. Pourquoi l'évolution de la technologie n'aurait-elle pas entraîné dans l'industrie des soins médicaux comme ailleurs, une extension prononcée de la taille des entreprises ? L'organisation systématique et intégrée du personnel et de l'équipement médical ne permettrait-elle pas de réaliser des économies d'échelle sensibles pour les raisons qu'on connaît, à savoir la spécialisation des facteurs ou la division des tâches, ainsi que l'usage plus intense du temps et des ressources à l'intérieur d'un processus de production plus élaboré ? La force de la contrainte technologique a d'ailleurs déjà donné lieu, à travers le monde, à des organisations intermédiaires diverses, que sont les polycliniques, les centres de santé et en Amérique du Nord ce qu'il est convenu d'appeler la pratique médicale d'équipe. Ces modes de production ont une caractéristique en commun : l'intégration formelle et effective d'une très grande variété de personnel et d'équipement spécialisés pour la production de soins médicaux à des patients externes.⁵³ Ce modèle cependant est encore assez peu répandu chez nous. En 1965, aux États-Unis, seulement 11 pour cent des médecins traitants exerçaient leurs activités dans le cadre d'équipes. À la même époque, la proportion était d'environ 15 pour cent au Canada.⁵⁴ Soulignons toutefois qu'en 1946 le rapport ne dépassait même pas trois pour cent aux États-Unis.

⁵³ La variété des arrangements effectifs est très grande, surtout en ce qui a trait au degré d'intégration des services strictement médicaux, par opposition aux installations matérielles. La notion de « groupe » est généralement associée à la mise en commun des revenus de l'institution, lesquels sont par la suite redistribués entre les participants suivant un mode prédéterminé.

⁵⁴ B.E. Balfé et M.E. McNamara, *Survey of Medical Groups in the United States*, 1965, The American Medical Association, Chicago, 1968 ; et J.A. Boan, *L'exercice en groupe, étude de la Commission royale d'enquête sur les services de santé*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1966, p. 11.

L'analyse du *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*⁵⁵ et de la *Loi de l'organisation des services de santé* [73] et des *services sociaux* (Bill 65-1971) nous fournira l'occasion d'examiner systématiquement l'organisation actuelle et à venir de l'industrie des services de santé. L'exposé de ce qui semble être le message essentiel de la Commission à cet égard nous procurera en même temps l'occasion de porter un jugement critique sur ce document, dont on a dit qu'il constituait une œuvre « colossale ». Il ne s'agit donc pas de présenter un résumé servile du rapport ou de la loi en question. Nous nous proposons plutôt de circonscrire ce qui nous paraît être les étapes logiques, implicites ou explicites, de la démarche de la Commission et du législateur pour en dégager la signification économique et son impact sur l'industrie des services de santé. C'est en exprimant en termes économiques l'argumentation du Rapport que nous comptons faire ressortir le plus clairement possible le message essentiel de la Commission.

Première étape : Identification des objectifs

Il nous semble pertinent de distinguer trois étapes principales dans l'analyse de l'organisation des services de santé. En toute logique, dans une première étape la Commission s'emploie longuement à définir ce qu'on pourrait appeler les objectifs du régime de santé. Ce que la Commission définit comme les aspirations à réaliser et qu'elle désigne sous l'appellation de médecine globale, c'est en termes économiques l'accès de la population québécoise à une quantité et une qualité de soins supérieures, en même temps qu'à une diffusion plus étendue des soins à travers toutes les couches de revenus et toutes les régions. La Commission identifie, pour le bénéfice du consommateur de soins, les standards minimum de services auxquels la population a droit d'accéder.

L'appréciation des besoins des individus, tout autant que des groupes ou des sociétés, ne relève pas de l'économique. Pour juger de

⁵⁵ *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, vol. IV, La Santé, Editeur officiel du Québec, Québec, 1970.

la légitimité ou de l'intensité des besoins et des préférences de la population, l'économiste comme tel n'a pas de critères autres que l'expression qu'en fait le consommateur. Les préférences sont prises pour acquises et s'expriment dans la demande sans que leur origine n'en soit évaluée. Nous n'entendons donc pas juger du bien-fondé des objectifs que la Commission et la Loi qui en découle assignent au régime de santé. Il importe cependant de souligner fortement qu'en choisissant d'identifier la nature et les standards des soins que [74] la population doit obtenir, la Commission introduit dans le processus d'allocation des ressources un principe qui constitue une rupture radicale avec la dynamique de l'économie libérale. La caractéristique essentielle de ce régime réside dans la souveraineté du consommateur. Celui-ci est en effet présumé être seul en mesure de définir ses préférences et de les exprimer sur le marché. De tout temps cependant, en raison de son impuissance à évaluer la qualité des services de santé, le consommateur s'est départi d'une bonne part de sa liberté de choix au profit du médecin qui dicte au patient ce qu'il suppose être ses préférences. L'option de base de la Commission s'inscrit implicitement dans le prolongement de cette dynamique, mais elle va encore plus loin. Jusqu'à ce jour en effet, on pouvait toujours considérer le duo patient-médecin comme représentant le consommateur souverain, le médecin jouant le rôle combiné de producteur du service et d'informateur.

Cette relation patient-médecin n'est plus suffisante pour permettre au patient d'identifier vraiment ses propres besoins, affirme implicitement le Rapport. En raison du conditionnement du milieu auquel est soumis l'individu, ou si l'on veut en raison de l'interdépendance des besoins,⁵⁶ l'individu, même éclairé par son médecin personnel, n'est pas en mesure de formuler ses véritables besoins médicaux. Il faut donc que la société, par le truchement d'organismes *ad hoc*, assume non seulement la tâche de mettre gratuitement les services de santé à la disposition du consommateur, mais encore qu'elle définisse pour lui par un encadrement approprié, la quantité et la qualité des services qui lui seront accessibles.

⁵⁶ Économies externes de consommation.

C'est l'unité de production,⁵⁷ composée des administrateurs et des médecins, qui dictera ses besoins au consommateur-patient. Suivant l'expression de deux auteurs, la médecine devient ainsi, comme l'éducation, une industrie où « le consommateur n'achète pas et le producteur ne vend pas ». ⁵⁸ Une étude analytique spécifique s'impose [75] donc avant qu'il soit possible d'en prévoir les conséquences sur l'efficacité de la consommation. En un mot, il faut assigner des motivations aux agents producteurs et en dégager leur comportement probable. Le Rapport et la Loi permettent à juste titre de parler de véritable socialisation de la médecine. Par analogie, on peut affirmer que la Commission et la Loi proposent d'appliquer à la médecine le modèle que la société québécoise s'est donné dans le secteur de l'éducation.

*Deuxième étape :
Organisation de la production des services de santé*

La nature et le niveau de ce qui devrait être les besoins de la communauté en matière de services de santé étant identifiés, l'étape logique suivante consiste à définir l'organisation de la production de ces services. Par opposition à l'efficacité de la consommation qui faisait l'objet de la démarche précédente, c'est maintenant la question de l'efficacité de la production qu'il faut considérer. La Commission d'enquête aborde effectivement le problème et la Loi le résout d'une façon précise.

Le schéma organisationnel proposé par la Commission et la Loi se décrirait à peu près de la façon suivante. La structure comporte trois (deux seulement dans la Loi) paliers distincts, différenciés par la nature des fonctions qui leur sont assignées. L'unité de production la plus petite appelée centre local de services communautaires recevrait la mission de dispenser les soins généraux. Cette entreprise correspond à la notion de polyclinique ou de pratique d'équipe. Elle se substituerait

⁵⁷ Elle s'appellera centre local de services communautaires et centre hospitalier en vertu de la Loi.

⁵⁸ J.M. Buchanan et N.E. Devletoglou, *Academia in Anarchy*, Basic Books Inc., New-York, 1970, 187 p.

par les tâches qu'on lui confie au cabinet de médecin individuel actuel, ainsi qu'aux cliniques externes des hôpitaux. Elle assumerait en plus certaines fonctions réservées aujourd'hui à l'hôpital, principalement en matière de diagnostic, de prévention et d'analyse de laboratoire, de même qu'à ce que la Commission appelle les « systèmes parallèles », médecine scolaire, industrielle, etc. En volume de services, c'est le niveau le plus important du système puisque, de l'avis des Commissaires, le centre local de santé répondrait [76] à plus de 80 pour cent des services de santé consommés par la population. ⁵⁹

Le centre hospitalier, chapeautant un certain nombre de centres locaux, se verrait confier la tâche de dispenser les soins dits spécialisés. Ces soins correspondent approximativement à ceux qu'offre l'hôpital d'aujourd'hui, à part les tâches qu'on lui aurait soustraites pour les confier au centre local. Il s'agit en somme de services dont la production exige une concentration d'équipement et de personnel tellement qualifiés, que seule une unité de production desservant la population de plusieurs centres locaux peut les produire avec une certaine efficacité. Au sommet de la structure se situerait le centre hospitalier universitaire (non prévu explicitement dans la Loi), dont le rôle serait d'offrir les soins dits ultraspécialisés. Les besoins de cette sorte de soins sont relativement si peu nombreux et les exigences techniques de la production appellent une concentration d'équipement et de capital si élevée, que seul un très petit nombre d'unités de production peut se concevoir au Québec. À ce rôle de producteur de soins ultraspécialisés s'ajoutent également les fonctions d'enseignement et de recherche.

Le raisonnement implicite de la Commission et de la Loi peut donc s'exprimer de la façon suivante : compte tenu de la nature, de la qualité et de la diffusion des services de santé que la population désire ou devrait rechercher, la meilleure façon d'atteindre à ces aspirations, donc la façon la plus efficace de produire le service en question, consiste à adopter l'aménagement succinctement décrit ci-dessus. Les conditions d'efficacité de la production des trois types de services identifiés sont alors atteintes car les trois unités de production prévues réalisent chacune dans son secteur les économies d'échelle possibles.

⁵⁹ *Rapport de la Commission ...*, vol. IV, tome II, *op. cit.*, p. 33.

Le lecteur aura sans doute identifié un postulat fondamental implicitement adopté par la Commission et la Loi et qui, s'il s'avérait valide, ce qui n'est pas invraisemblable, entraînerait une transformation radicale de l'organisation « industrielle » des services de santé. Ce postulat affirme que l'évolution de la technologie de la production des soins médicaux commande désormais l'organisation des entreprises en monopoles naturels. La notion de monopole naturel [77] s'applique en effet, lorsque les économies d'échelle de production sont à ce point marquées que dans un marché donné, le coût moyen de production atteint son niveau le plus bas lorsqu'une seule entreprise assume toute la production. En d'autres termes, l'indivisibilité des facteurs de production est telle qu'aucune forme de concurrence ne peut être maintenue.

Déjà, bien avant la formulation du « Plan » proposé par la Commission et la Loi, la tendance à la suppression progressive de la concurrence s'était amorcée, du moins à certains niveaux. Les hôpitaux ruraux ou ceux qu'on retrouve dans les petites villes-capitales régionales, sont souvent seuls à desservir un territoire donné. Même dans les villes, les hôpitaux se spécialisent parfois dans la production de services particuliers et, sous la pression des médecins qui, étant rattachés à un seul hôpital, concentrent leurs patients dans un même établissement, ils reçoivent leur clientèle d'un secteur particulier de l'agglomération urbaine. La Commission et la Loi jugent donc cette orientation comme définitive et universelle au niveau des hôpitaux, et de plus affirment que la production ou la distribution des soins généraux tels qu'elles les définissent tombent désormais sous la même règle. Les polycliniques locales s'imposent donc et supplanteraient les bureaux de médecins, qui eux obéissent aux règles de localisation de toutes les autres entreprises. On comprend plus facilement dès lors en quoi l'analogie établie ci-dessus entre commissions scolaires locales et régionales d'une part et centres locaux et hospitaliers de santé d'autre part, s'avère valide.

Fondements de l'organisation proposée par la Commission et la Loi : Nous avons consciemment défini cette perception des choses que nous donnent la Commission et la Loi comme un postulat, voulant signifier par là que toutes deux prennent pour acquis que les exigences techniques de la production imposaient l'entreprise unique ou le monopole. L'approbation unanime à ce sujet n'est sûrement pas chose

faite du moins en ce qui a trait aux unités de production en milieux urbains, et il n'est pas sûr que la démonstration empirique de cette hypothèse soit réalisable. Mais même si au plan technique la preuve de la supériorité du monopole était établie, le choix final du système ne pourrait être que le fruit d'un compromis entre les avantages techniques du monopole d'une part et les risques d'inefficacité inhérents à la suppression à peu près totale des possibilités de choix pour le consommateur et à l'établissement d'institutions à but non lucratif.

[78]

Essayons d'évaluer de plus près la fonction de production des services de santé. Arrêtons-nous d'abord à la taille suggérée des centres locaux. Se basant sur certaines expériences américaines, la Commission soutient que les contraintes technologiques exigent, pour la qualité de service désirée, la subdivision du territoire en unités de production variant de celles qui desserviraient une population de 6 à 8 000 à celles qui couvriraient jusqu'à 20 000 personnes. En d'autres termes, la relation entre les objectifs de qualité et les moyens proposés, soit le centre local de services communautaires de la taille recommandée n'est pas démontrée explicitement, mais plutôt prise pour acquise en raison des présomptions établies ailleurs. Non pas que les avantages de la production concentrée qu'implique la polyclinique intégrée et qui correspondraient à l'efficacité de la production ne soient pas abordés à différentes occasions. Précisément parce que l'analyse des économies d'échelle est répartie par bribes à travers le volumineux document que constituent les quatre tomes du *Rapport* sur la santé et parce que la formulation n'adopte pas toujours la méthodologie économique, nous croyons utile de présenter ici la question de façon systématique.

La documentation sur les avantages de la pratique en équipe, du point de vue technique, ne manque pas en effet. L'expérience universelle suggère bien entendu que la spécialisation du travail et l'extension de l'échelle de production sont susceptibles d'abaisser les coûts unitaires des services rendus. Mais de nombreux travaux portant spécifiquement sur la production des soins médicaux confirment empiriquement cette présomption et tendent aussi à définir de façon plus rigoureuse la relation entre la taille des polycliniques et les économies réalisées dans la production. L'expérience américaine en matière de pratique médicale de groupe tend à démontrer la supériorité des polycliniques sur la pratique individuelle.

Résultats connus : la pratique d'équipe supérieure à la pratique individuelle : On a pu établir par exemple que le revenu net des médecins en équipe était sensiblement supérieur à celui des médecins en pratique individuelle. On sait également que le nombre d'heures de travail par semaine ne diffère pas sensiblement d'une formule à l'autre. Les honoraires par ailleurs étant sensiblement les mêmes, il s'ensuit nécessairement que la productivité des médecins en groupe l'emporte sur celle de leurs collègues en pratique individuelle. ⁶⁰

[79]

Un deuxième auteur a démontré également, selon une méthode différente, que la valeur de l'output médical total par *médecin-heure* était supérieure dans les cliniques, lorsqu'on incorporait à cette production l'ensemble des services auxiliaires qu'offre la clinique, rayons X et autres services de laboratoire. ⁶¹

Kovner a cherché à démontrer que le coût moyen non seulement diminuait lorsqu'on passait de la pratique individuelle à la pratique de groupe, mais qu'il diminuait également à mesure que la taille des cliniques augmentait. ⁶² Entre autres rapports significatifs, l'auteur a pu établir que le coût unitaire d'activités particulières (*medical procedures*) diminuait à mesure que le nombre de spécialistes augmentait. La hausse de la productivité s'avéra également associée à l'augmentation du personnel auxiliaire et du stock de capital, d'équipement et de bâtiments.

Sources d'économies de dimension : Lorsqu'on s'arrête à évaluer concrètement les facteurs qui engendrent cette supériorité des cliniques sur les cabinets individuels, on observe un certain nombre de caractéristiques explicatives précises. Par exemple le bureau de

⁶⁰ Voir par exemple, A. Owens, "The Economics of Partnership Practice", *Medical Economics*, vol. 44, no 12, 12 juin 1967, pp. 85-95.

⁶¹ R.M. Bailey, "Appraisals of Experience in Fee-for-Service Group Practice in San Francisco Bay Area", *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 44, no 11, 1968, pp. 1293-1303.

⁶² J. Kovner, *Production Function for Outpatient Medical Facilities*, University Micro-films, Michigan, 1968 ; cité dans M. Roemer et D.M. Du Bois, "Medical Costs in Relation to the Organization of Ambulatory Care", *The New England Journal of Medicine*, vol. 280, no 18, 1er mai 1969, pp. 988-993.

pratique individuelle n'emploie en moyenne aux États-Unis qu'un à deux assistants par médecin, tandis que dans les polycliniques, on en compte en moyenne de trois à quatre et demi par médecin. On ne s'étonnera donc pas que la substitution de personnel moins qualifié (infirmières, techniciens et assistants) à du personnel plus qualifié (le médecin) entraîne des économies très sensibles.

Il en va de même de l'utilisation que font respectivement les bureaux individuels et les cliniques de l'équipement médical très élaboré que commande la technologie médicale moderne. Compte tenu du coût relativement élevé de la plupart des appareils d'analyse modernes, et de la clientèle nombreuse qu'il faut pour en rendre l'utilisation rentable, il n'est pas étonnant qu'on en trouve beaucoup plus [80] dans les cliniques que dans les bureaux individuels. Voilà donc une autre possibilité d'économie à laquelle le médecin pratiquant individuellement ne peut pas accéder. Peut-être n'est-il pas sans intérêt de rappeler ici que l'aménagement institutionnel actuel ne favorise guère l'institution de polycliniques privées. L'incitation que subissent les médecins à se regrouper en clinique est atténuée d'autant que l'hôpital d'aujourd'hui met gratuitement à la disposition du médecin l'équipement et le personnel dont il aurait à assumer lui-même la charge dans une polyclinique privée. Ainsi se trouvent sacrifiées des possibilités d'économies marquées qu'un aménagement différent réaliserait.

Le dernier élément à l'origine des économies d'échelle internes qu'offre la polyclinique réside dans l'abaissement du coût d'acquisition ou de location des immeubles. On pense aux salles d'attente communes par exemple, aux salles de consultation communes et par conséquent à leur utilisation plus intense et plus constante. Le coût moyen du capital par unité de service y gagne d'autant.

Il reste à faire voir les économies indirectes que comporte le transfert d'un certain nombre de fonctions, de l'hôpital à la clinique. L'hospitalisation constitue évidemment le service médical le plus coûteux en raison du fait qu'il offre un service d'hébergement en même temps que les services proprement médicaux. S'il s'avérait possible de transférer au centre local un certain nombre de fonctions ou d'activités aujourd'hui assumées par l'hôpital, l'économie qui en résulterait deviendrait manifeste. Or, de l'avis de la Commission, et selon de

nombreuses expériences étrangères, les possibilités sont grandes de ce côté.

On a souvent fait état de la réduction du taux d'hospitalisation qu'entraîne la participation de la population au régime d'assurance *HIP* de New York et au *KAISER PLAN* de Californie.⁶³ Or il s'avère que les services offerts par ces régimes sont dispensés par des polycliniques. On attribue en grande partie ces heureux résultats au fait que les médecins associés à ces régimes ne sont pas rémunérés à l'acte. Il faut aussi retenir cette autre raison : une équipe de médecins peut exercer à l'intérieur de la polyclinique, des activités que le médecin individuel ne pourrait faire qu'à l'hôpital.

[81]

C'est également dans le cadre de la polyclinique que le pharmacien exercerait le mieux ses fonctions. La préparation et l'adoption de listes de médicaments, de même que la conservation de fichiers familiaux par le pharmacien peuvent contribuer pour beaucoup à la réduction du coût total des médicaments. Il semble que ce soit principalement ces différentes économies indirectes qui contribuent à la supériorité économique des polycliniques sur la pratique individuelle. C'est le sens des conclusions auxquelles en arrive le *U.S. National Advisory Commission on Health Manpower*⁶⁴ qui résume les résultats de nombreuses enquêtes sur le sujet. C'est là-dessus d'ailleurs que la Commission appuie sa présomption voulant qu'il soit « possible d'améliorer d'au moins 30 pour cent l'efficacité des établissements de santé ». ⁶⁵

⁶³ Voir le chapitre I, pp. 28-31.

⁶⁴ *Report of the National Advisory Commission on Health Manpower*, Department of Health, Education and Welfare, Government Printing Office, Washington, 1967.

⁶⁵ *Rapport de la Commission ...*, vol. IV, tome IV, *op. cit.*, p. 226.

***Troisième étape :
Conditions du fonctionnement efficace de l'organisation***

On peut donc convenir que la combinaison centre local-centre hospitalier puisse être techniquement plus efficace que le partage actuel entre les minuscules cabinets de pratique individuelle d'une part et les hôpitaux d'autre part. Si en effet on peut soutenir que la Commission n'a pas prouvé que le partage particulier du territoire qu'elle propose entre d'éventuels monopoles locaux corresponde à l'optimum de production, il n'en reste pas moins que les expériences étrangères dont elle s'est inspirée d'ailleurs laissent présumer que sa solution, incorporée dans la Loi, va dans la bonne direction. Ce qui logiquement nous amène à la troisième étape de l'analyse du régime de santé, celle de la dynamique des institutions que l'on propose d'établir. Nous estimons que c'est la partie la plus importante de tout projet de réforme, surtout d'une réforme de l'envergure de celle que proposent la Commission et la Loi. Paradoxalement, c'est la partie à la fois la plus courte et la plus faible de tout le Rapport, [82] et aussi la moins débattue par l'opinion publique. La raison en est probablement qu'il s'agit d'une dimension particulièrement difficile à exprimer.

La question que nous soulevons ici peut être formulée de la façon suivante. Une fois qu'on a déterminé qu'une organisation peut être techniquement efficace, comment peut-on présumer ou prédire qu'elle le sera effectivement ? L'histoire de l'administration publique des dix dernières années au Québec nous a amplement démontré qu'il n'est pas suffisant de concevoir des organisations, qu'il n'est pas suffisant de faire des « plans », pour que les objectifs qu'on s'assigne soient nécessairement atteints, ni surtout qu'ils le soient de la façon la plus économique. Pour qu'une structure fonctionne comme on le souhaite, il faut que les pressions qui s'exercent sur elle la fassent converger vers l'efficacité. Et c'est à cette étape que s'impose une véritable analyse. Ces propositions sont valides et pertinentes pour des tranches de plus en plus grandes du budget de l'État, qu'il s'agisse du budget de l'éducation, de la santé, du bien-être, qu'il s'agisse de la réglementation de la pollution ou qu'il s'agisse de la politique de main-d'oeuvre. Partout où le gouvernement devient producteur par l'intermédiaire d'un

réseau décentralisé d'agents, une théorie de la production s'avère indispensable. ⁶⁶

Il faut placer les agents économiques (*les decision-makers*) dans la structure, se demander quelles seront leurs motivations, et tirer alors les corollaires sur l'aboutissement probable du régime et de l'organisation qu'on aura conçus. En d'autres termes, il faut faire appel à des modèles de comportement des agents économiques semblables à ceux qu'on applique aux entreprises en général, aux entreprises à but non lucratif en particulier. Or le lecteur aura compris facilement que l'organisation prévue par la Commission et la Loi, et en particulier le statut conféré aux centres de santé soumettra ceux-ci à une dynamique essentiellement semblable à celle des hôpitaux actuels. La Commission et la Loi donnent à toutes les unités de production de services de santé, le statut d'institutions à but non lucratif. À moins donc qu'on ne prévoit des mécanismes différents, il faudra s'attendre aux mêmes conséquences sur l'efficacité. Ceci [83] peut signifier, comme nous l'avons bien vu antérieurement, une tendance à la sous-utilisation des facilités, à la surconsommation des services de santé, à la mauvaise gestion, à l'acquisition d'équipement plus ou moins nécessaire, à l'engagement de personnel inutilement qualifié, etc. En un mot, à compter du moment où le jugement du producteur se substitue à celui du consommateur dans l'évaluation des besoins et que la concurrence est supprimée, l'obligation s'impose d'identifier les objectifs que ce producteur valorise pour en prévoir l'aboutissement.

C'est de cette perception implicite de la question qu'est venue l'adoption à l'automne de 1971 de la formule dite du « budget global » dans la répartition des crédits du ministère aux hôpitaux et aux institutions de bien-être, mode de financement qui sera étendu à tous les centres locaux de services communautaires et d'accueil, ainsi qu'aux centres hospitaliers après l'adoption de la *Loi de l'organisation des services de santé et des services sociaux*. Nous consacrerons le chapitre VI à l'étude et l'appréciation du financement des institutions de santé. Qu'il suffise pour l'instant de constater que la formule mise en œuvre prévoit deux mécanismes précis devant inciter les institutions

⁶⁶ Voir à ce sujet C.L. Schultze, "The Reviewers Reviewed", *The American Economic Review, Papers and Proceedings*, Vol. LXI, no 2, mai 1971, pp. 46-50.

à réduire le coût de leur fonctionnement. La première technique consiste essentiellement à remettre une portion donnée des économies qu'elle réalise, à l'institution qui réduit ses coûts en deçà d'une norme basée sur son budget antérieur et celui des autres institutions semblables. Nos connaissances actuelles de la dynamique des institutions sont trop imparfaites pour nous permettre de prédire l'aboutissement ultime de cette formule particulière. Il reste que le principe de cette initiative s'inspire du souci de concilier dans un secteur parapublic l'intérêt du producteur et l'intérêt social par l'introduction d'incitations semblables à celles qu'on retrouve dans les entreprises commerciales.

Il faut reconnaître cependant que l'analyse économique des institutions est à peu près absente du Rapport de la Commission. Dans l'ensemble, les considérations que fait la Commission sont moins le fruit d'une véritable formulation de modèle de comportement que le résultat d'observations incidentes et secondaires que tout individu sensé en contact avec les organismes publics aurait pu formuler sans effort systématique. Ces quelques réflexions superficielles et décousues introduites par les auteurs sur la dynamique de l'appareil gigantesque qu'ils proposent ne leur inspirent d'ailleurs pas de recommandations très élaborées.

[84]

Ces recommandations comportent deux éléments principaux. Tout d'abord, le budget normalisé et les sanctions qui s'y rattachent, ⁶⁷ c'est-à-dire le calcul du coût moyen de chaque service pour l'ensemble du territoire, grâce auquel l'efficacité de chaque centre serait mesurée. Les centres déficitaires seraient pénalisés tandis que les autres obtiendraient des gratifications. Aussi étrange que l'argumentation puisse paraître, le budget normalisé n'est considéré que comme une étape vers la réalisation du budget par objectifs (PPBS). Cette perception montre clairement que la Commission n'a pas pris conscience des exigences de l'analyse. Elle nie implicitement la distinction essentielle qu'on doit établir entre une technique d'une part, c'est-à-dire un mode de comptabilité du budget (PPBS), et une formule d'incitation logiquement basée sur un modèle de comportement et par laquelle on

⁶⁷ Le « budget global » adopté depuis 1971 constitue une forme d'application de ce principe.

présume qu'un agent quelconque optera pour telle ou telle décision. Un budget par objectifs comme son nom l'indique définit les objectifs et en estime les coûts mais ne garantit nullement que ceux-ci seront minimum, ni que les agents convergeront vers la réalisation de ces objectifs.

Quant aux sanctions, la Commission prévoit la promotion accélérée des administrateurs compétents, la participation au surplus des établissements à rendement supérieur et l'affectation d'une part indéterminée des surplus à la caisse de retraite du personnel. Les sanctions négatives se limitent au resserrement des contrôles administratifs et, à la limite, à la mise en tutelle. Ces propositions spécifiques sont peut-être bonnes, peut-être mauvaises. Elles découlent d'une analyse trop fragmentaire à la fois de la théorie et des opérations concrètes des agents économiques responsables des décisions, et des mécanismes expérimentés par d'autres juridictions, pour qu'on puisse se prononcer.

Le moins qu'on puisse dire est que la Commission n'a pas fait preuve de beaucoup d'imagination en cette matière. Notre interprétation est que le sujet n'a pas été perçu comme revêtant l'importance qu'il mérite effectivement.

La deuxième technique, le deuxième type de réforme associé à cet aspect de la question et proposé par la Commission a trait au mode de rémunération des médecins et des professionnels de la santé [85] en général. L'adoption du principe du salariat, auquel se grefferaient différents « stimulants », comme la rémunération au prorata du nombre de cas traités, prouve encore ici, que les commissaires n'ignoraient pas la nature des questions soulevées. La Commission n'est pas très explicite sur les formules. En lui accordant le bénéfice du doute, on comprend cependant qu'elle ne percevrait pas naïvement le salariat comme la panacée universelle, qui mettrait les professionnels de la santé à l'abri de toutes les tentations. ⁶⁸

⁶⁸ Voir chapitre I, p. 32.

Appréciation d'ensemble

Notre appréciation d'ensemble, qui ne se proposait pas d'évaluer toutes les questions mais plutôt les grandes orientations du régime qu'on cherche à implanter, pourrait donc se résumer ainsi. La Commission a consacré beaucoup de temps et d'espace à certains sujets, ce qui épaissit le Rapport sans procurer proportionnellement autant de lumière sur les politiques à adopter. Ainsi, nous estimons qu'elle s'est beaucoup trop attardée à l'historique de la médecine, à la description du milieu, à la description laborieuse de l'organisation et des structures à prévoir, à la prévision des besoins qui de toute façon s'avérera erronée et dépendra en bonne partie de l'efficacité du régime mis en place. Même sur la formulation des objectifs du régime, dont ceux de l'enseignement et de la recherche, question qui faisait manifestement partie du mandat, la Commission est beaucoup trop prolix. En contrepartie, elle n'a abordé que sommairement le problème des exigences de l'efficacité technique de l'aménagement institutionnel proposé, et surtout le schéma analytique permettant d'apprécier le réalisme des objectifs et l'aboutissement probable du régime. En un mot, la relation entre les objectifs d'une part et les instruments prévus d'autre part n'a pas été établie convenablement.

En raison de cette grave lacune, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social se mérite le reproche qu'on peut adresser à presque toutes les commissions d'enquête instituées par le Gouvernement du Québec et en particulier à la Commission royale d'enquête sur l'enseignement du début de la décennie 1960-70. Comme les autres, la Commission s'est rendue coupable du péché que le maître [86] d'œuvre de cette entreprise reprochait à notre tradition politique, celui de proposer à la population des aspirations ambitieuses, sans l'informer des exigences et des conditions de leur réalisation. ⁶⁹

On nous pardonnera de faire une interprétation très sévère du *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social* à la lumière de la théorie des institutions à but non lucratif. Nous reproduisons à cette fin et sans plus de commentaires un paragraphe

⁶⁹ Claude Castonguay, « Les Québécois ont été tenus dans l'ignorance », Conférence prononcée devant l'Association des étudiants comptables agréés du Québec, reproduite dans *Le Soleil*, vendredi 8 janvier 1971, p. 14.

d'un texte rédigé par l'un d'entre nous : « ... Quelle dynamique anime les commissaires (de toute commission d'enquête) ? Us font face au choix suivant : d'une part rédiger un court rapport qui analyse les questions du mandat et propose des lignes de réforme en insistant sur les différentes modalités possibles ; ou d'autre part, « noyer le poisson » dans de nombreux et épais volumes où tous les sujets sont abordés même lorsqu'ils ne sont qu'indirectement liés au mandat et où on recommande des mécanismes « révolutionnaires », sans en avoir éprouvé l'efficacité ailleurs. La deuxième approche est la plupart du temps choisie. Elle coûte sans contredit beaucoup plus cher, mais elle offre l'avantage d'être plus sécurisante pour les commissaires en augmentant les chances d'être qualifiée « d'œuvre colossale » par les éditorialistes ... »⁷⁰ Il faut, à la défense des commissaires souligner le rôle important du personnel technique de secrétariat. Les commissions d'enquête sont comme les hôpitaux : elles comportent deux centres de décision, les commissaires eux-mêmes et les conseillers techniques.

⁷⁰ Gérard Bélanger, « Le secteur public : un budget croissant pour des services constants », in J.-L. Migué (sous la direction de), *Le Québec d'aujourd'hui*, Éditions HMH Hurtubise, Montréal, 1971, p. 26.

[87]

Le prix de la santé**Chapitre V**

**Évolution des prix
des services de santé :
faits et interprétation**[Retour à la table des matières](#)

Le secteur des services de santé a connu et continuera de connaître une expansion rapide. En 1955, les dépenses à ce titre s'élevaient à environ 60 \$ par habitant, en 1967 à 170 \$.⁷¹ Le Conseil économique du Canada prévoit que ce chiffre doublera en 1975, pour atteindre 345 \$. En 1969, les soins personnels de santé coûtaient à la population 4,5 milliards \$ (soit 5.7 pour cent du produit national brut), contre 880 millions (3.2 pour cent du P.N.B.) en 1955. On prévoit des dépenses de l'ordre de 8 milliards pour 1975. Si les dépenses ont augmenté, il n'en va pas différemment des ressources employées directement dans les services de santé. Entre 1941 et 1961, l'emploi est passé de 90 000 à quelque 280 000, soit de 2 [88] pour cent à 4,5 pour cent de la main-d'oeuvre totale. Le tableau 1 expose la répartition des dépenses entre les différentes composantes et indique le rythme d'augmentation des dépenses entre 1955 et 1967.

Par définition, l'accroissement des dépenses ne peut provenir que de deux sources : la hausse du volume de services et l'augmentation du

⁷¹ La plupart des données de ce paragraphe sont tirées du 7e exposé annuel du Conseil économique du Canada, *Les diverses formes de croissance*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1970, pp. 42-51.

prix de ces services. Le problème consiste donc, dans une première étape, à identifier la part respective de ces deux facteurs et ultérieurement à en expliquer l'origine.

TABLEAU 1
Dépenses en service de santé, Canada, 1955 à 1967

	1955	1960	1965	1966	1967	Augmentation de '55 à '67
	(Millions de dollars)					%
Soins personnels de santé	881	1,520	2,497	2,820	3,233	267
Services hospitaliers	480	845	1,443	1,651	1,901	296
Services médicaux	206	355	545	605	686	233
Services dentaires	69	110	160	176	187	171
Médicaments prescrits	60	101	170	190	240	300
Autres services de santé	66	109	179	198	219	232
Services publics de santé	72	105	138	158	196	172
Ensemble des dépenses	953	1,625	2,635	2,978	3,429	260
Dépenses par habitant (en \$)	60.61	85.19	133.90	148.49	167.75	177

Source : Conseil économique du Canada, *Les diverses formes de croissance*, 7^e exposé annuel. Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1970, p. 48.

[89]

1. Hausse des prix unitaires : les faits

L'augmentation des prix nous est généralement donnée par des indices, le plus connu étant l'indice des prix à la consommation. Chaque mois, le Bureau fédéral de la statistique mesure le prix d'achat d'un ensemble de biens et de services « de quantité et de qualité constantes ou équivalentes ». Cet ensemble représente la consommation-type d'une famille urbaine variant de deux adultes à deux adultes et quatre enfants et jouissant d'un revenu de 2 500 \$ à 7 000 \$. Le contenu de ce

budget de consommation n'a malheureusement pas encore été sensiblement modifié depuis 1957.

Par un procédé semblable on obtient un indice des prix des services de santé qui nous apprend que ceux-ci coûtent de plus en plus cher par rapport à l'ensemble de tous les produits. Le graphique I reflète cette tendance. En 1970, l'ensemble des services coûtait 64 pour cent de plus qu'en 1955 ; les services de santé 74 pour cent de plus. Pour la même période, l'augmentation des prix de l'ensemble des biens et services a été de 44 pour cent ; celui des biens seuls, de 32 pour cent seulement. La hausse des prix a donc été d'une fois et deux tiers plus prononcée dans le secteur de la santé que pour l'ensemble des biens et services et de deux fois et un tiers plus marquée que pour les biens seuls.

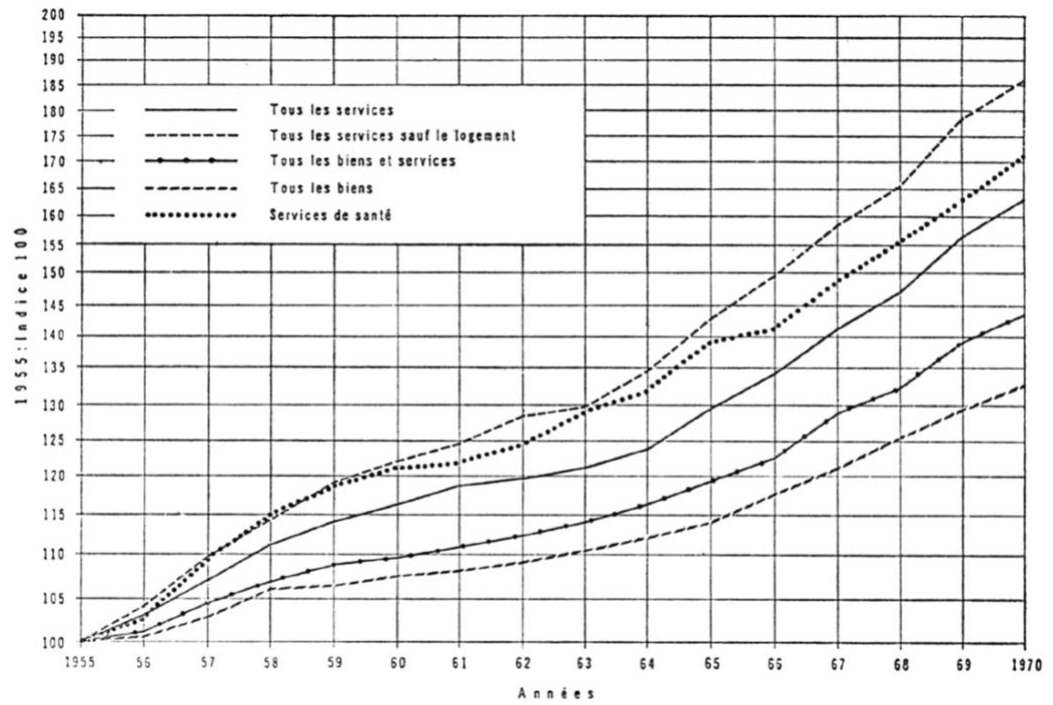
Dans le calcul de l'indice des prix à la consommation pour la période de janvier 1961 à octobre 1969, l'industrie de la santé obtenait une pondération de 4,4 pour cent, partagée de la façon suivante : honoraires de médecins 1,4 pour cent, soins dentaires 0,7 pour cent, soins oculaires 0,2 pour cent, soins payés d'avance 1,1 pour cent et produits pharmaceutiques 1,0 pour cent.⁷² Depuis janvier 1961, le Bureau fédéral de la statistique, devenu Statistique Canada, ne publie plus d'indice de prix des services hospitaliers. La généralisation de l'assurance-hospitalisation avait rendu négligeable l'importance des frais directs de l'hospitalisation dans le budget du consommateur. En 1969, la généralisation progressive de l'assurance-santé entraînait un autre changement radical des pondérations de trois composantes du secteur de la santé, soit les honoraires de médecins, les soins oculaires et les soins payés d'avance. Pour la même

⁷² Le prix des soins payés d'avance représentait la prime mensuelle d'une police d'assurance-santé d'une famille de quatre personnes (deux adultes et deux enfants).

[90]

Canada : Indices des prix à la consommation
et de quelques composantes, 1955-1970

Graphique I



Échelle semi-logarithmique. Années

Source : B.F.S., Prices and Price Indexes, no de cat. 52-002, janvier 1969 et janvier 1971.

[91]

raison, il n'existe plus d'indice pour ces trois secteurs depuis avril 1971. Comme le consommateur n'assume plus directement le coût des services consommés, on a progressivement soustrait de l'indice les éléments désormais à la charge du contribuable, les taxes directes n'entrant pas dans le calcul de l'indice des prix.⁷³

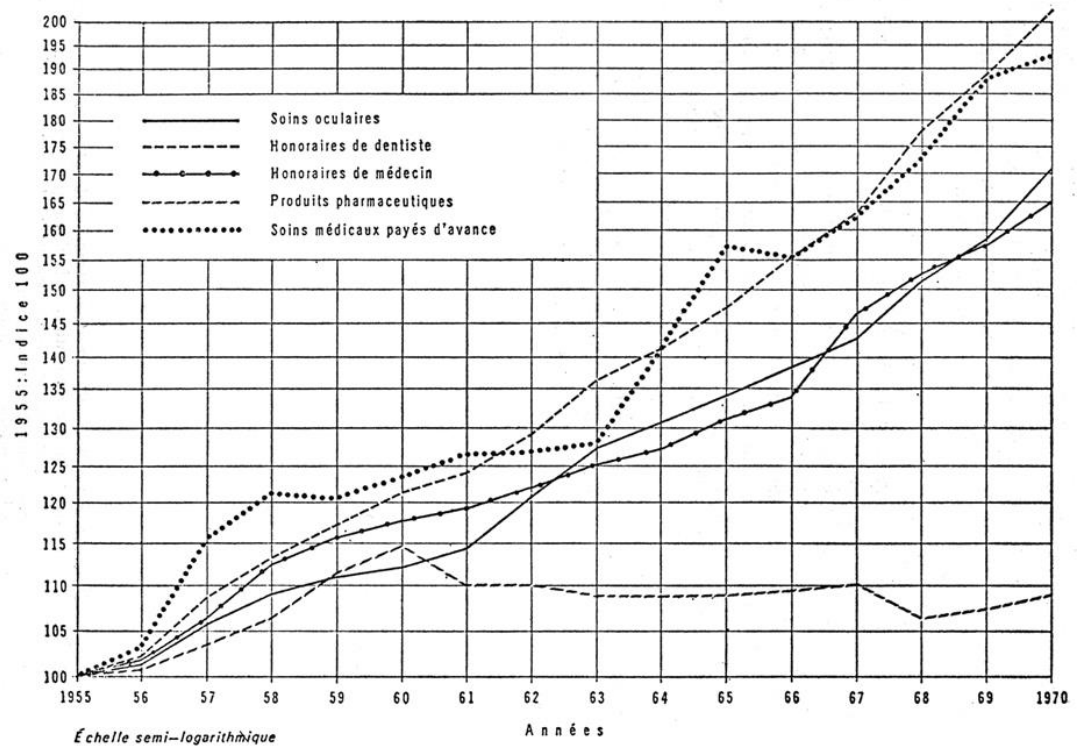
L'évolution des prix des différentes composantes du secteur de la santé apparaît au graphique II. Elle confirme les conclusions antérieures sur l'augmentation des prix relatifs des services par rapport aux biens. De 1955 à 1970, les prix des biens seuls ont augmenté de 32 pour cent. Or on observe une augmentation de 65 pour cent dans les honoraires de médecins, de 102 pour cent dans ceux des dentistes, de 71 pour cent dans le prix des soins oculaires et de 93 pour cent dans le prix des soins médicaux payés d'avance. Au cours de la période, le prix des produits pharmaceutiques n'aurait augmenté que de 8.1 pour cent. Même si on y incorporait la taxe fédérale de vente de 11 pour cent qui ne s'applique plus aux médicaments depuis 1967, l'augmentation des prix des produits pharmaceutiques resterait bien en deçà de l'augmentation de l'indice général. Le tableau 2 qui suit exprime la même réalité, en taux d'augmentation annuels.

⁷³ Ces variations de pondération illustrent le caractère de plus en plus limité de l'indice des prix à la consommation qui n'incorpore pas la variation des coûts des services publics. On risque peu de se tromper en affirmant que cet indice sous-évalue l'augmentation réelle des prix des biens de consommation privés et publics. En d'autres termes le niveau de vie augmente moins rapidement que ne le révèle l'évolution du revenu réel.

[92]

Canada : Indices des prix des différentes composantes
des services de santé, 1955-1970

Graphique II



Source : B.F.S., Prices and Price Indexes, no de cat. \$2-002, janvier 1969 et janvier 1971.

[93]

TABLEAU 2
Augmentation annuelle des indices de prix à la consommation et
de certaines composantes, Canada, 1955-1970, (en pour cent).

Tous les biens et services	2.5	Honoraires de médecins	3.3
Tous les biens	1.9	Honoraires de dentistes	4.8
Tous les services	3.3	Soins oculaires	3.7
Services de santé	3.7	Soins payés d'avance	4.5
		Produits pharmaceutiques	0.5

Source : voir graphique I, p. 90.

Cette évolution des prix des services de santé n'est pas propre au Québec et au Canada. Les données américaines traduisent une tendance semblable et ont fait l'objet de plus d'une étude, dont un rapport au Président en 1967.⁷⁴ Ce n'est pas qu'au Québec que l'on s'inquiète de la montée en flèche des coûts dans ce secteur.

Limites des indices de prix et correctifs

Tous les indices de prix, particulièrement ceux des composantes des services de santé, ont fait l'objet de nombreuses critiques. Il ne peut en être autrement, vu qu'ils mesurent une réalité très complexe. Deux aspects sont cependant fondamentaux et méritent qu'on s'y arrête un moment. Il y a d'abord la question d'évaluer la qualité des services et en deuxième lieu, la confusion implicite qu'on fait entre input et output. Les indices de prix sont censés mesurer le prix d'achat d'un ensemble de biens et de services « de quantité et de qualité constantes ou équivalentes ». Mais alors, que faire lorsque la nature du produit ou du service se transforme avec le temps ? Par exemple, la visite chez l'omnipraticien de 1970 représente-t-elle le même service [94] que la

⁷⁴ Department of Health, Education, and Welfare, *A Report to the President on Medical Care Prices*, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1967, 38 p.

visite au médecin de 1955 ? Le progrès de la science a-t-il ou non amélioré la qualité du service qu'offre le médecin ? ⁷⁵ Le statisticien, lui, suppose la qualité constante. S'il s'avérait qu'elle fût effectivement meilleure, ce qui est probable, l'indice surévaluerait l'accroissement du prix. ⁷⁶

Cette difficulté de mesurer les variations de la qualité d'un produit est d'ordre purement statistique. On ne doit pas la confondre avec la caractéristique fondamentale qui est attachée à l'industrie des soins de santé, soit l'insuffisance d'information du consommateur- patient, qui le rend impuissant à apprécier la valeur thérapeutique d'un traitement. S'il est vrai que l'ignorance du consommateur entraîne automatiquement pour le statisticien des difficultés à mesurer le produit, l'inverse n'est pas nécessairement vrai. Le consommateur peut très bien être en mesure de porter un jugement sans que la tâche du statisticien s'en trouve simplifiée. Par exemple, le statisticien peut être incapable d'évaluer les variations de qualité des journaux quotidiens ou encore des automobiles, sans que le consommateur perde pour autant son aptitude à choisir. Quoi qu'il en soit, cette première réserve sur la signification des indices de prix nous invite à la prudence.

Une deuxième déficience des indices des soins de santé, conséquence de la première, tient à ce qu'ils mesurent l'évolution des prix de biens intermédiaires plutôt que de biens finals. Au fond ils mesurent les coûts des composantes du traitement plutôt que le coût total du traitement qui est pourtant ce qu'on cherche à mesurer. Pour expliquer la distinction, considérons un cas d'appendicectomie. Selon la méthode présentement employée, l'évolution du prix de ce traitement serait mesurée par la somme pondérée des variations de prix d'une journée d'hospitalisation, d'une visite de médecin et de [95] l'opération elle-même. Si au cours des années, il s'avérait que la durée moyenne

⁷⁵ C'est une hypothèse que le professeur d'université adopte allégrement lorsqu'il évalue ses propres services.

⁷⁶ Pour un bref résumé des principales études du sujet, voir J.E. Triplett, "Determining the Effects of Quality Change on the CPI", *Monthly Labor Review*, vol. 94, no 5, mai 1971, pp. 27-32. Pour une revue des différentes approches techniques d'ajustement des variations de la qualité, consulter Zvi Griliches (sous la direction de), *Price Indexes and Quality Change : Studies in New Methods of Measurement*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1971, 287 p.

de l'hospitalisation diminuât sans variation des autres composantes du traitement, cette méthode surestimerait le coût du traitement, c'est-à-dire de l'output désiré par le patient. Ainsi pour les années 1954 et 1961, l'étude d'un échantillon d'hôpitaux américains révèle une augmentation des dépenses par jour d'hospitalisation comparable à l'augmentation au poste de la chambre d'hôpital dans l'indice des prix à la consommation. Par contre lorsqu'on tient compte des variations survenues dans la durée du séjour, l'augmentation se trouve réduite de près de la moitié.⁷⁷ Voici d'ailleurs à titre d'illustration l'évolution observée dans la durée moyenne des séjours à l'hôpital, dans le cas de patients dont les maladies sont énumérées au tableau.

On en conclut donc que les méthodes de calcul de l'indice des prix des services de santé sont biaisées vers le haut et qu'il en résulte une sous-estimation de l'augmentation de la quantité des services observée au cours d'une période donnée. De la même façon l'accroissement de productivité de ce secteur de l'économie se trouve sous-évalué.

C'est ce qui a amené certains auteurs à adopter des formules qui mesurent non plus les composantes du traitement, mais le coût du traitement global de maladies données.⁷⁸ Scitovsky analyse l'évolution du coût moyen de cinq traitements particuliers au cours de la période 1951-1965 : l'appendicite aiguë, l'accouchement, l'otite chez les enfants, le cancer du sein et la fracture de l'avant-bras. Or dans quatre cas sur cinq, le coût du traitement aurait augmenté beaucoup plus rapidement que l'indice des prix des services de santé en général. Pour une augmentation de 57 pour cent de ce dernier, le coût moyen des cinq traitements aurait varié de 55 à 315 pour cent, la médiane se situant à 87 pour cent. Selon cet auteur l'indice général aurait donc pour effet de sous-évaluer la hausse réelle des prix des services de santé, contrairement à ce qu'on suggérerait ci-dessus.

⁷⁷ L.W. Martin, "Pure Price Indexes, Quality Change and Hospital Costs", *American Statistical Association, 1966, Proceedings of the Business and Economic Statistics Section*, Washington, 1966, pp. 479-487.

⁷⁸ A.A. Scitovsky, "Changes in the Costs of Selected Illnesses, 1951-65", *The American Economic Review*, vol. 52, no 5, déc. 1967, pp. 1182-1195.

[96]

TABLEAU 3
Catégories diagnostiques et jours d'hospitalisation par patient
(adultes et enfants) assuré par les régimes provinciaux,
Canada, 1962 et 1968.

Numéro de la liste canadienne et catégorie diagnostique	Taux par 1 000 habitants					
	Départs		Jours d'hospitalisation		Durée moyenne de séjour	
	1962	1968	1962	1968	1962	1968
3. Hépatite infectieuse	0.5	0.2	6.4	3.1	13.7	13.3
25. Diabète sucré	1.7	2.1	35.3	45.3	21.0	21.5
29. Psychoses	0.8	1.2	23.2	30.9	28.9	25.2
30. Troubles psychonévrotiques	2.2	2.8	35.3	42.3	16.3	15.2
31. Troubles du caractère, du comportement et de l'intelligence	0.7	1.1	8.7	17.5	12.6	16.7
38. Maladie artériosclérotique et dégénérative du coeur	4.9	5.9	127.0	140.9	25.8	23.8
61. Maladie de la vésicule biliaire et du pancréas	3.3	4.6	46.5	61.2	14.2	13.3
75. Accouchement sans mention de complications	23.1	15.2	137.0	90.1	5.9	5.9
76. Accouchement avec complications.	1.9	2.4	17.4	21.2	9.1	8.8

Source : Rapport annuel du ministre de la santé nationale et du bien-être social sur l'application des accords avec les provinces au titre de la loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques pour l'année financière terminée le 31 mars 1970, *Ministère de la santé nationale et du bien-être social*, Ottawa, 1970, p. 27.

[97]

Un certain nombre de difficultés actuelles se trouveraient donc résolues par cette méthode. Ainsi, on incorporerait automatiquement toutes les variations de techniques médicales servant à produire le bien final recherché, soit la guérison d'une maladie. Mais le problème de la qualité du traitement n'est pas résolu pour autant. Par exemple, si on diminue la probabilité de complications postopératoires ou qu'on mette tout en œuvre pour réduire les malaises qui s'ensuivent, les variations de dépenses pour le traitement n'incorporeront pas les variations de la nature du service. On sait également que les services de santé ne se limitent pas au seul traitement de la maladie : l'hôpital n'offre-t-il pas un service d'hébergement ?

C'est ce qui faisait dire à un critique⁷⁹ que l'indice conçu par Scitovsky amplifie la tendance à la hausse que comporte l'indice obtenu à partir du coût des inputs. Selon son argumentation le progrès technique en médecine entraîne un usage de plus en plus intensif d'inputs (*input using techniques*), mais d'autre part l'efficacité de ces nouveaux inputs dans le traitement de maladies données a aussi augmenté. En d'autres termes, les nouveaux inputs ne font pas que traiter différemment et avec les mêmes résultats des maladies données, ils les traitent mieux, avec plus de succès, plus de confort, moins de douleur, dans des délais plus courts, etc. En un mot la qualité du traitement y gagne, sans que l'indice Scitovsky ne le révèle.

D'autres auteurs ont proposé de mesurer l'évolution des prix par l'évolution du coût des polices d'assurance-santé⁸⁰ à partir du raisonnement suivant : une police d'assurance-santé procure des indemnités représentant aux yeux du consommateur assuré le coût du maintien d'un état de santé donné, puisque, contre une somme donnée,

⁷⁹ M.S. Feldstein, "Improving Medical Care Price Statistics", American Statistical Association, 1969, *Proceedings of the Business and Economic Section*, 1969, pp. 361-365.

⁸⁰ Y. Barzel, "Productivity and the Price of Medical Services", *Journal of Political Economy*, vol. 77, no 6, nov.-déc. 1969, pp. 1014-1027, et M.W. Reder, "Some Problems in the Measurement of Productivity in the Medical Care industry", in V.R. Fuchs (sous la direction de), *Production and Productivity in the Service Industry*, National Bureau of Economic Research, New-York, 1969, pp. 98-106. M.S. Feldstein relève certaines limites de l'approche adoptée par Reder (pp. 139-146), dans le même ouvrage.

elle le protège de risques affectant cet état de santé. Une fois [98] le coût de l'assurance standardisé en fonction de l'âge, une variation du montant des primes implique une variation parallèle du coût des services nécessaires à la production d'un output donné, soit le maintien d'un état de santé. Les taux d'inflation mesurés de cette façon s'avèrent très largement distribués, variant de 24,0 à 72,6 pour cent de 1945 à 1964 dans les cas de six primes différentes d'assurance- groupe à couverture constante. Il reste que ces taux se situent à des niveaux bien inférieurs à celui des honoraires de médecin qui ont augmenté de 85,3 pour cent au cours de la même période. L'indice d'ensemble des prix à la consommation a gagné 72,4 pour cent.

Dans la même veine, Reder propose de calculer les variations de productivité des ressources par l'inverse du rapport entre l'indice des primes d'assurance-santé et l'indice des prix des inputs. Il s'agit donc ici encore de démarches visant à isoler l'output. Ces formules sont toutes théoriquement valides, mais aucune d'entre elles ne garantit que les polices d'assurance conservent une couverture constante dans le temps, ni que la protection désirée par le consommateur reste la même.

Évolution des prix des services hospitaliers : Arrêtons-nous maintenant à l'étude d'une des composantes principales de l'activité du secteur santé, le domaine hospitalier. Le tableau 1 nous a déjà appris qu'au Canada les dépenses en services hospitaliers avaient quadruplé de 1955 à 1967, passant de 480 millions \$ à 1,9 milliard \$. Ces sommes représentant 55 pour cent de toutes les ressources affectées à la santé, il n'est pas inutile de connaître de plus près l'évolution des prix de ce secteur particulier. Nous présentons au tableau 4 les résultats du calcul de l'augmentation des prix obtenus au Canada et aux États-Unis à partir de trois méthodes différentes. Ces trois modes de calcul donnent respectivement : 1° l'indice des frais quotidiens d'hospitalisation incorporé dans l'indice des prix à la consommation, 2° les dépenses du fonds général des hôpitaux par patient-jour et. 3° l'indice du prix des inputs.

Indice du coût quotidien de l'hospitalisation : Avant janvier 1961 le Bureau fédéral de la statistique publiait un indice construit à partir du prix exigé par les hôpitaux par jour d'hospitalisation. C'était la façon dont le coût de l'hospitalisation entrait dans le calcul de l'indice général des prix à la consommation. On peut affirmer que cet indice ne mesurait

approximativement que le coût d'hébergement à l'hôpital, puisqu'il excluait presque totalement les frais de

[99]

TABLEAU 4

Indice des prix à la consommation et trois mesures de l'augmentation relative du prix ou du coût des hôpitaux généraux entre 1955 et 1968, Canada et États-Unis.

	Indices des prix à la consommation		Indice des frais quotidiens d'hospitalisation	Dépenses du fonds d'administration générale par patient-jour		Indice calculé du prix des inputs			
	États-Unis	Canada		États-Unis	Canada	États-Unis	Canada		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)		
				\$	Indice	\$	Indice		
1955	100	100	100	23.12	100	14.05	100	100	100
1968	129.9	133.3	273	61.38	265.5	45.01	320.3	163	201.7
aug. en %	29.9	33.3	173		165.5		220.3	63	101.7

Sources : Colonnes (1) et (3), *Handbook of Labor Statistics 1970*, U.S. Department of Labor, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1970, pp. 288 et 300.

Colonne (2), B.F.S., *Prices and Price Indexes*, no de cat. 62-002, janvier 1969.

Colonnes (4) et (6), M.S. Feldstein, *The Rising Cost of Hospital Care*, Information Resources Press, Washington, D.C., 1971, p. 17.

Colonne (5), B.F.S. *La statistique hospitalière 1968, volume VI, Dépenses hospitalières*, no de cat. 83-215, 1970.

Colonne (7) : méthodes de calcul décrites dans le texte.

[100]

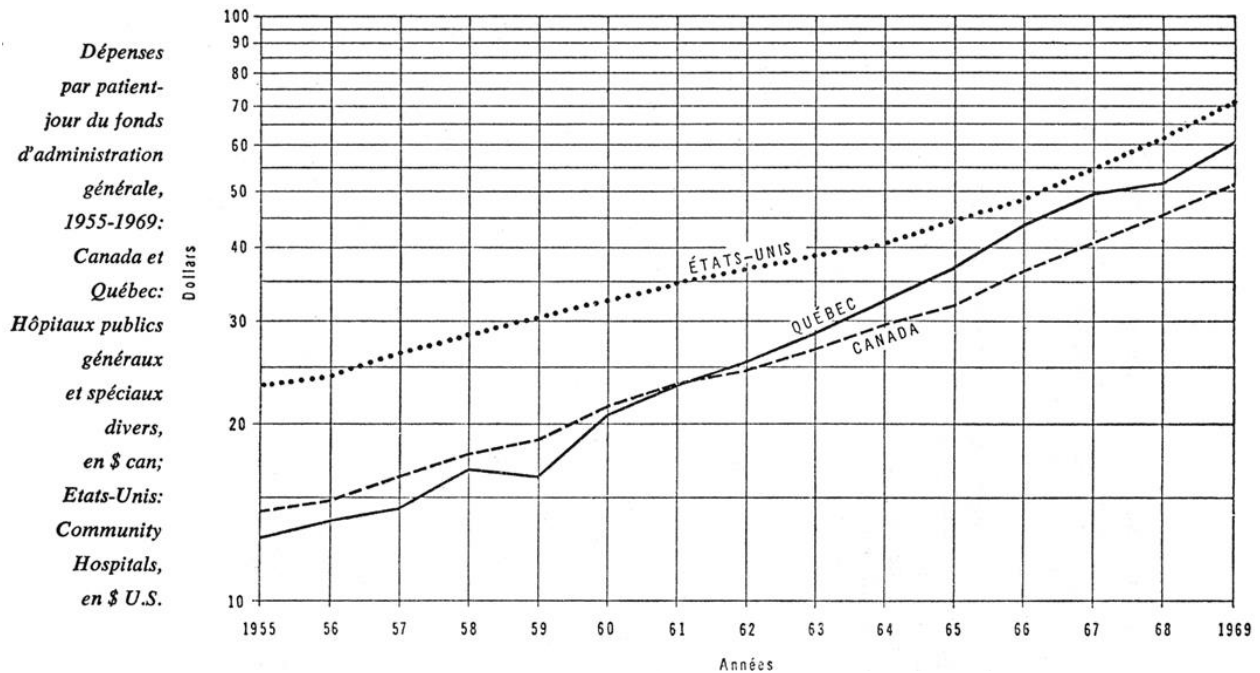
médicaments et les multiples autres services qu'offre l'hôpital, comme les salles d'opération par exemple. De nombreuses composantes du coût du service hospitalier s'en trouvaient donc omises. L'indice comporterait vraisemblablement aussi une tendance systématique vers la hausse du fait que les règles de détermination du prix des chambres sont modifiées périodiquement. Le prix exigé du patient en serait venu avec le temps, à incorporer de plus en plus de services proprement cliniques. Quoi qu'il en soit, l'indice canadien des frais quotidiens d'hospitalisation a augmenté de 114 pour cent de 1949 à 1960. Pendant la même période l'indice américain faisait un bond de 102 pour cent.

L'assurance-hospitalisation n'étant pas encore universellement adoptée aux États-Unis, les services statistiques de ce pays continuent de publier le même indice depuis 1961. Or il s'avère que de toutes les composantes de l'industrie des services de santé, le prix des chambres ainsi calculé affiche l'augmentation de loin la plus prononcée. On peut ainsi estimer ce qu'aurait été l'augmentation minimum de cet indice au Canada au cours de la période allant de 1955 à 1968. Nous disons minimum en raison du fait que la généralisation de l'assurance-hospitalisation au Canada n'a pas manqué de susciter un déplacement de la consommation de services hospitaliers plus prononcé qu'aux États-Unis. Le prix des services hospitaliers aurait donc augmenté de 173 pour cent entre 1958 et 1968, pendant que l'indice général des prix à la consommation n'augmentait que de 33 pour cent (tableau 4).

Dépenses du fonds d'administration générale : Un deuxième indicateur de l'évolution du coût des services hospitaliers nous est fourni par le calcul des dépenses du fonds d'administration générale des hôpitaux par patient-jour. Depuis qu'on a cessé de publier le premier indice, c'est le chiffre des dépenses par patient-jour qui sert le plus souvent à exprimer le rythme d'augmentation du coût des services hospitaliers. Même si on reconnaît généralement que la qualité technique des données s'est améliorée, on comprendra facilement que le rapport ainsi calculé entre les dépenses du fonds d'administration générale et le nombre de patients-jours surévalue nettement le niveau absolu des coûts, et sans doute aussi leur taux d'inflation. Par exemple le numérateur inclut les dépenses du service des soins externes qui n'ont rien à voir avec le nombre de patients-jours. Le biais ainsi introduit disparaît en principe lorsqu'on calcule [101]

GRAPHIQUE III

Dépenses par patient-jour du fonds d'administration générale, 1955-1969 : Canada et Québec : Hôpitaux publics généraux et spéciaux divers, en \$ can. ; États-Unis : Community Hospitals, en \$ US.



Échelle semi-logarithmique

Note : Pour assurer la continuité des séries, les dépenses estimées de dépréciation ont été incorporées aux données canadiennes de 1967 à 1969.

Source : B.F.S., *La statistique hospitalière*, 1968, volume VI — dépenses hospitalières, no de cat. 83-215 et *La statistique hospitalière, rapport annuel provisoire 1969*, no de cat. 83-217, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1970 et American Hospital Association, *Hospitals, Guide Issue*, Vol. 45, no 15, 1er août 1971, p. 454.

[102]

l'augmentation relative des coûts, par opposition au niveau absolu, dans la mesure où la part des coûts associée au nombre de patients-jours se maintient à peu près constante. Il semble cependant que ce soit là une hypothèse qu'on ne peut faire et qu'en conséquence les données obtenues surestiment véritablement l'augmentation des coûts.

Quoi qu'il en soit de la valeur de cet indice, il appert que le coût moyen par patient-jour est passé de 14,05 \$ en 1955 à 50,38 \$ en 1969, soit une augmentation de 259 pour cent en l'espace de 14 ans. Le graphique III décrit aussi l'évolution inquiétante des coûts de l'hospitalisation au Québec depuis 1961, année d'implantation du régime d'assurance-hospitalisation. Caractérisé jusqu'alors par une moyenne de dépenses inférieure à la moyenne canadienne, le Québec se hisse à partir de ce moment à un niveau de coûts supérieur et l'écart qui le distingue s'élargit au moins jusqu'en 1967. En fait les dépenses du fonds d'administration générale par patient-jour ont augmenté de 373 pour cent entre 1955 et 1969, passant de 12,70 \$ à 60,06 \$. Exprimée en taux annuels, l'augmentation a été de 9,7 pour cent au Canada, de 11,7 pour cent au Québec et de 8,2 pour cent aux États-Unis. Il n'est pas sans intérêt de noter que dans ce dernier pays la montée des prix s'est aussi accélérée après la mise en vigueur de l'assurance-hospitalisation destinée aux bénéficiaires de la sécurité sociale.

Si on se rappelle qu'un indice de prix doit mesurer l'évolution du prix d'un ensemble de biens et de services « de quantité et de qualité constantes ou équivalentes », on devine immédiatement les risques d'erreur qu'introduisent ces chiffres dans l'appréciation du coût réel des services hospitaliers. Il se trouve en effet que le service hospitalier évolue avec le temps. On peut par exemple établir que les soins hospitaliers sont maintenant beaucoup plus intenses qu'ils ne l'étaient il y a dix ans. Les tableaux 5 et 6 qui suivent confirment cet énoncé. Ils nous révèlent par exemple que le nombre d'heures de travail rémunérées par jour d'hospitalisation est passé de 12,65 en 1961 à 15,01 en 1968. De même le nombre d'unités de services de laboratoire par personne hospitalisée passe de 36,46 en 1964 à

[103]

TABLEAU 5
Heures de travail rémunérées par jour d'hospitalisation
dans les hôpitaux généraux, 1961-1968.

	<i>Heures du personnel infirmier</i>	<i>Heures des autres employés</i>	<i>Total</i>
1961	6.69	5.96	12.65
1962	7.08	5.87	12.95
1963	7.35	5.83	13.17
1964	7.58	6.01	13.59
1965	7.74	6.22	13.96
1966	7.97	6.44	14.40
1967	8.30	6.69	14.99
1968	8.24	6.76	15.01

Source : Rapport annuel du ministre de la santé nationale et du bien-être social sur l'application des accords avec les provinces au titre de la loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques pour l'année financière terminée le 31 mars 1970, *Ministère de la santé et du bien-être social, 1970, p. 34.*

TABLEAU 6
Unités de service de laboratoire par personne hospitalisée,
hôpitaux publics généraux, Ontario, 1964-1968.

	Nombre	variation en %
1964	36.46	12.6
1965	41.93	14.9
1966	47.65	13.6
1967	54.96	15.3
1968	63.40	15.4

Source : Ontario Hospital Association, *Forecast of 1972 Costs for Public General Hospitals in Ontario*, miméo, juin 1971, p. 6.

[104]

63.40 en 1968, soit un accroissement d'environ 75 pour cent en 5 ans. La nature du service hospitalier subit donc une transformation continue qui invalide le postulat implicite dans l'indice du coût par patient-jour et en vertu duquel la qualité du service ne serait aucunement affectée par l'emploi d'une quantité accrue de facteurs de production par patient-jour. Ce postulat implique en effet que la productivité marginale de ces facteurs est nulle. ⁸¹

Indice calculé à partir des inputs : Paralysés par l'incapacité où ils se trouvaient d'apprécier la nature et la qualité de certains produits et services, les statisticiens de la comptabilité nationale ont depuis toujours choisi de contourner la difficulté en mesurant l'évolution du prix des facteurs qui entrent dans la production de certains services plutôt que l'évolution du prix des services eux-mêmes. La statistique officielle applique cette méthode dans deux secteurs importants et grandissants de l'économie : la construction et le secteur public. Encore ici on doit présumer que la formule surévalue [105] grandement l'inflation des prix dans ces secteurs, puisqu'elle suppose l'absence de

⁸¹ On peut, par une méthode encore plus globale calculer l'intensification des soins hospitaliers. La formule consiste à diviser le chiffre des dépenses par patient-jour par un indice du prix des facteurs de production (indice du prix des inputs). On obtient alors une mesure du volume d'input réel qui entre dans la production du service hospitalier. Or cette technique révèle qu'en 1968 les hôpitaux canadiens utilisaient 59 pour cent plus de facteurs de production par patient-jour que 13 ans plus tôt. Fait à signaler, Feldstein obtient des résultats très semblables pour les États-Unis.

Années	États-Unis		Canada	
	\$	indice	\$	indice
1955	23.12	100	14.05	100
1958	37.66	162.9	22.31	158.8
Augmentation en %		62.9		58.8

Source : E.-U. : M.S. Feldstein, *The Rising Cost...*, *op. cit.*, p. 17 ; Canada : méthode décrite dans les pages qui suivent.

toute amélioration de la productivité des facteurs.⁸² C'est ainsi qu'en 1967, un organisme américain, *The National Advisory Commission on Health Manpower* a proposé le recours à l'indice des prix des inputs pour évaluer l'évolution des prix des services hospitaliers. La formule consiste essentiellement à calculer la moyenne pondérée de la variation de prix de différents inputs. En raison même de sa simplicité, la méthode n'a pas tardé à s'accréditer auprès de nombreux économistes.⁸³ Les résultats obtenus grâce à cette méthode apparaissent au tableau 4 et révèlent qu'aux États-Unis l'indice des prix des inputs a augmenté de 63 pour cent entre 1955 et 1968. Nous avons nous-mêmes calculé l'indice canadien correspondant de la façon suivante. L'accroissement du revenu horaire moyen des employés a servi à estimer l'augmentation du coût de la main-d'oeuvre. Ce revenu moyen s'établissait effectivement à 87 cents en 1955 et à 2,15 \$ en 1968, soit une augmentation de 147 pour cent.⁸⁴ On aura compris que le recours au salaire moyen comme mesure du prix du travail n'est valide que dans la mesure où la distribution relative des occupations à l'intérieur du secteur hospitalier n'a pas varié au cours de la période. Inutile de préciser que cette hypothèse appelle des réserves. Faute de mieux il faut cependant [106] s'en contenter. Quant aux prix des inputs

⁸² D'après les calculs du Conseil économique du Canada, le recours à cette méthode dans le cas de la construction et des dépenses publiques imprimait à l'indice implicite des prix du produit national brut un biais à la hausse de l'ordre de 0,4% par année. Conseil économique du Canada, *Les prix, la productivité et l'emploi*, (3e exposé annuel), Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1967, pp. 92-98. Depuis le premier trimestre 1969, on applique un coefficient de 3 pour cent pour tenir compte de l'augmentation annuelle de productivité dans la construction. K. Kemp "Developments in Price Statistics for New Residential Building Constructions" *Canadien Statistical Review*, vol. 45, no 7, juillet 1970, pp. 5 et 112-120.

⁸³ Consulter à ce sujet : *Report of the National Advisory Commission on Health Manpower*, volume I, Government Printing Office, Washington, D.C., 1967, p. 89 ; H.E. Klarman, "Approaches to Moderating the Increases in Medical Care Cost", *Medical Care*, vol. VII, no 3, mai-juin 1969, pp. 185-187 ; V. Taylor, *The Price of Hospital Care*, The Rand Corporation, Santa Monica, Ca, 1969, 6 p. ; M.S. Feldstein, *The Rising Cost of Hospital Care*, *op. cit.*, pp. 16-20.

⁸⁴ En tenant compte de l'augmentation de l'indice des prix à la consommation, on observe que le salaire moyen réel du secteur hospitalier a augmenté de 85 pour cent pendant la même période.

autres que le travail, on en obtient une approximation en recourant à l'indice des prix de gros qui a augmenté de 23,3 pour cent entre 1955 et 1968. L'importance relative des traitements dans le budget de dépenses des hôpitaux nous a servi à établir la pondération à donner au travail et aux autres inputs, soit 0,635 et 0,365 respectivement. On obtient ainsi l'augmentation de l'indice des prix des inputs qui s'établit à 101,7 pour cent entre 1955 et 1968.⁸⁵ Comme le révélait le tableau 4, l'inflation des prix des inputs ne dépassait pas 63 pour cent aux États-Unis pendant la même période. Ceci confirme l'hypothèse faite précédemment voulant que les prix des services hospitaliers aient augmenté plus rapidement au Canada qu'aux États-Unis.

Ces considérations revêtent donc une importance primordiale dans l'appréciation des tendances à long terme de l'industrie des services de santé. Ce qu'elles nous enseignent essentiellement, c'est qu'on n'a pas encore réussi à identifier de mesure tout à fait satisfaisante du produit de l'industrie. En règle générale, les indices mis au point apprécient l'évolution des inputs plutôt que de l'output lui-même. Et l'indice des prix de l'output qui se rapproche le plus de l'idéal, soit celui qu'a construit Scitovsky,⁸⁶ ne tient pas compte des variations de qualité. Conséquemment les indices de prix surévaluent probablement l'inflation des prix des services de santé et partant sous-évaluent les gains de productivité réalisés dans le secteur.

II. Évolution des prix et des dépenses : interprétation

Pour expliquer l'évolution des dépenses dans un secteur de même que la variation des prix, l'économiste distingue les facteurs qui influent sur la demande de ceux qui affectent l'offre des services. Prenant pour acquis qu'un bon nombre de variables démographiques (la grandeur et la structure de la population), de variables sociologiques (les différentes conditions de vie, telles l'urbanisation [107] et l'importance moins grande de la famille), et de variables technologiques (progrès des techniques médicales) jouent un rôle déterminant, nous nous

⁸⁵ $101,7 = (0,635 \times 147,1) + (0,365 \times 23,3)$

⁸⁶ A.A. Scitovsky, *op. cit.*

emploierons à évaluer le rôle des variables économiques, comme le revenu et les prix relatifs. Du côté de l'offre, trois aspects importants retiendront notre attention, soit la technologie de l'industrie, les entraves à l'adaptation rapide de l'industrie aux variations de la demande, et la dépendance du consommateur vis-à-vis le producteur.

La demande de soins

Avant de passer à l'analyse de facteurs particuliers qui conditionnent la demande de services de santé, il n'est pas sans intérêt de disposer d'un préjugé populaire voulant que la consommation de ces services soit rigidement déterminée par les besoins strictement épidémiologiques de la population. En d'autres termes les soins médicaux s'imposeraient de façon si contraignante au consommateur, que ce dernier n'aurait pas le choix de les consommer ou de les refuser. L'argument sert parfois à justifier la gratuité des services et le fait qu'ils soient accessibles à tous. Si le postulat était valide, il signifierait que les variables économiques et socioculturelles n'affectent qu'insensiblement la demande. Il signifierait également que la gratuité ou l'assurance ne coûte pas cher, puisque de toute façon la consommation n'en subit pas de changement prononcé.

Nous verrons un peu plus loin par l'étude des élasticités-revenu et prix que ce postulat est infirmé par les comportements réels. Le graphique IV établit de façon indirecte la possibilité de variations imposantes de la quantité demandée de services de santé. Pendant une période d'un mois, sur une population de mille personnes de plus de seize ans, 750 sont atteintes de certaines maladies, 250 consultent le médecin, 9 sont hospitalisées, 5 sont référées à un autre médecin et une personne seulement est dirigée vers un centre hospitalier universitaire.⁸⁷

[108]

⁸⁷ K.L. White *et al.*, "The Ecology of Medical Care", *New England Journal of Medicine*, vol. 18, no 265, 1961, pp. 885-892 ; résumé dans R. Pineault, *Utilisation comparée des services de santé*, annexe 14 de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Éditeur officiel du Québec, Québec, 1970, pp. 10 et 83.

Le revenu personnel : On doit présumer que le revenu des gens affecte leur consommation de services de santé, comme d'ailleurs le reste de leur budget de consommation. Or, de 1955 à 1969, le revenu personnel réel par habitant a augmenté de 60 pour cent. La hausse du revenu a donc entraîné une augmentation correspondante de la demande des différents produits. Cette proposition s'applique encore davantage au secteur des services où, depuis longtemps, des études de budget ont montré que la part du revenu consacré à la consommation de services augmentait avec le revenu. Dans le cas des services de santé, il existe une relation positive entre le revenu et l'acquisition des soins sanitaires, relation confirmée par l'enquête sur la consommation des familles en 1964 et dont les résultats apparaissent au tableau 7. Il appert cependant que les familles affectent une part décroissante de leur revenu à ces services à mesure que celui-ci s'accroît. Ainsi, les gens gagnant plus de 10 000 \$ par année n'auraient consacré que 3,14 pour cent de ce montant à la santé en 1964 ; les gens gagnant moins de 2 500 \$ y auraient affecté 6,04 pour cent de leur revenu. En d'autres termes, l'élasticité-revenu serait inférieure à l'unité. ⁸⁸

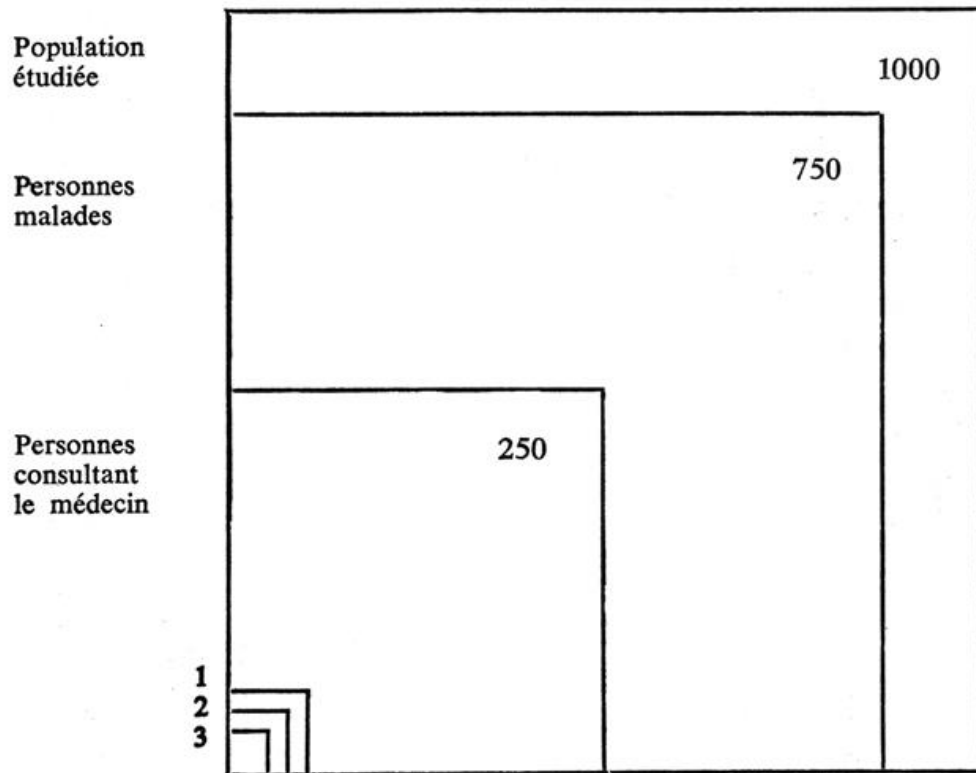
Le tableau 8 confirme cet énoncé en ce que les élasticités-revenu calculées par les auteurs, toutes dispersées qu'elles soient, se situent généralement en deçà de 0,5 ou autour de 0,5. En langage universel, il faut entendre qu'une variation du revenu personnel de 10 pour cent entraîne une variation dans le même sens de l'ordre de 5 pour cent des dépenses en services de santé, qu'il s'agisse du nombre de patients-jours ou de visites au médecin.

⁸⁸ Il faut éviter de généraliser cette conclusion à chacune des composantes du secteur des soins sanitaires. Pour les familles ayant un revenu supérieur à 10 000 \$, les paiements directs aux dentistes représentaient 0,84 pour cent de leur revenu, contre 0,64 pour cent pour l'ensemble des familles, selon cette même enquête de 1964.

[109]

GRAPHIQUE IV

*Modèle d'évaluation des personnes malades
durant une période d'un mois*



- 1— personnes hospitalisées (9 sur 1000)
- 2— personnes référées à un autre médecin (5 sur 1000)
- 3— personnes référées à un C.H.U. (1 sur 1000)

Source : K.L. White, T.F. Williams et B.C. Greenberg, " The Ecology of Medical Care ", *The New England Journal of Medicine*, vol. 265, no 18, 2 novembre 1961, p. 890.

[110]

TABLEAU 7

Dépenses moyennes des particuliers en soins de santé, selon le revenu familial — étude faite dans onze villes et s'appliquant universellement à tous les niveaux de revenu, Canada, 1964.

Catégorie de revenu familial	Revenu moyen de la catégorie	Moyenne par famille	\$
\$	\$	\$	%
Toutes les catégories	6,414	250.80	3.91
moins de \$2,500	1,640	99.00	6.04
2,500 – 2,999	6,414	250.80	3.91
3,000 – 3,499	1,640	99.00	6.04
3,500 – 3,999	2,725	173.30	6.36
4,000 – 4,499	3,244	170.60	5.26
4,500 – 4,999	3,759	192.80	5.13
5,000 – 5,499	4,253	210.00	4.94
5,500 – 5,999	4,767	226.20	4.75
6,000 – 6,499	5,264	243.40	4.62
6,500 – 6,999	5,755	230.60	4.01
7,000 – 7,499	6,488	253.20	3.90
7,500 – 7,999	7,450	297.70	4.00
8,000 – 9,999	8,959	294.10	3.28
10 000 et +	14,049	440.70	3.14

Source : L.G. Williams, « Courbes des dépenses familiales au titre des soins personnels de santé au Canada », *Santé et Bien-Être au Canada*, vol. 23, no 10, déc. 1969, p. 7.

[111]

TABLEAU 8

*Résultats d'analyses empiriques de l'élasticité-revenu
de la demande de services de santé, U.S.A.*

Auteurs	Élasticité-revenu	
	Services hospitaliers	Services médicaux
Paul Feldstein	.47 (patients-jours)	.62 (visites)
Raski Fein	—	.21 (visites)
Andersen-Benham (revenu permanent)		
- corrélation simple	-	.31 (visites)
- corrélation multiple	-	.01 (visites)
Paul Feldstein	.51 (dépenses)	.56 (dépenses)
Gorham Report		.33 (dépenses)
Andersen-Benham (corrélation multiple)		
- revenu observé	-	.22 (dépenses)
- revenu permanent	-	.17 (dépenses)
Morris Silver		
modèle I	1.8 (dépenses)	2.9 (dépenses)
modèle II	1.2 (dépenses)	.85 (dépenses)

Source : Klarman, H.E., " Increase in the Cost of Physician and Hospital Services ", *Inquiry*, vol. 7, no 1, mars 1970, p. 33.

[112]

Les prix : Le revenu explique donc une part de l'augmentation de la demande de services de santé, mais il ne saurait expliquer l'importance accrue de ce secteur dans l'économie. C'est davantage l'évolution des prix relatifs des soins de santé qui nous éclairera sur ce sujet. En dépit du fait que les prix augmentent beaucoup plus rapidement dans le secteur de la santé que dans l'ensemble de l'économie, l'élément déterminant de l'évolution récente de la consommation des services de santé a été sans contredit la baisse prononcée du prix relatif de ces soins pour le consommateur. En effet les coûts directs de ces services sont de plus en plus assumés par des tiers, assurance privée, et plus récemment assurance d'État.

Le tableau 9 compare, pour deux années, la distribution des frais de médecin et des frais d'hôpitaux, selon les sources de financement. En 1965, le secteur public assumait une fraction moindre qu'en 1953, du coût des services de médecin soit 13,2 pour cent au lieu de 14,8. Le changement majeur est survenu dans la distribution des coûts défrayés par le secteur privé. En 1953, les patients payaient 61 pour cent des frais de médecin contre 31 pour cent en 1965, le reste étant assumé par les assureurs privés. S'il est donc vrai qu'au cours de la période les honoraires de médecin se seraient accrus de 36,3 pour cent, il n'en reste pas moins qu'ils ont diminué pour le patient. Le consommateur n'a qu'à tenir compte de la somme qu'il débourse lui-même. Si on retranche de l'augmentation des honoraires des médecins, la diminution de 50 pour cent de la part payée par les patients, on arrive à la conclusion que le prix a diminué pour le patient de 40 pour cent entre 1953 et 1965. Pendant que se produisait la baisse, l'indice des prix à la consommation augmentait par

[113]

TABLEAU 9

Distribution en pour cent des dépenses pour les soins de médecin
et les soins hospitaliers, selon les sources de financement,
Canada, 1953 et 1965.

	Distribution des dépenses			
	Soins médicaux		Soins hospitaliers	
	1953	1965	1953	1965 (a)
	%	%	%	%
<i>Secteur privé</i>				
Patients eux-mêmes	61.2	31.3	34.1	6.4
Polices d'assurance	24.1	55.5	22.4	2.5
Autre (b)	-	-	7.3	4.4
<i>Secteur public</i>				
Gouvernement (c)	7.9	8.6	33.8	85.3
Commissions des accidents du travail	6.9	4.6	2.5	1.4
TOTAL :	100.0	100.0	100.00	100.00

(a) Estimés, (b) Dons, revenus de placement, déficits, etc. (c) A l'exclusion de l'Alberta Medical Plan.

Source : J.E. Osborne, *The Economies and Costs of Health Care*, Department of National Health and Welfare, Ottawa, mai 1967, p. 14.

contre de 24 pour cent. On peut donc conclure que pour le patient moyen, un acte médical coûtait, par rapport aux autres produits, la moitié moins cher en 1965 qu'en 1953. La baisse du prix relatif d'un service ne peut que provoquer une augmentation de la quantité demandée, comme le veut la règle générale.

En plus d'établir la relation inverse entre quantité et prix, il serait très utile de connaître la sensibilité de la quantité demandée aux variations de prix. Il s'agit en d'autres termes d'apprendre de [114] combien augmente la demande de soins de santé lorsque le prix baisse

d'un pourcentage quelconque. Si c'est d'un pourcentage égal, on affirmera que l'élasticité de la demande est égale à l'unité. De nombreuses études ont cherché à définir cette élasticité pour différents soins de santé. À la suite de ces nombreux travaux, on peut conclure avec V.R. Fuchs que « les connaissances présentes ne permettent pas de déterminer une valeur précise autre que de dire que l'élasticité est sûrement inférieure à l'unité ». ⁸⁹ Ainsi, si l'élasticité de la demande de services médicaux était de 0,2 à 0,5, la baisse des prix relatifs de 1953 à 1965 aurait à elle seule entraîné une augmentation de la quantité demandée de l'ordre de 10 à 25%. Parallèlement, la baisse de prix de 100 pour cent (si on ne considère que les coûts directs), consécutive à l'adoption du régime public d'assurance-santé pourrait s'accompagner d'une hausse de la consommation de 20 à 50 pour cent. Retenons cependant qu'il n'est pas assuré que l'élasticité soit la même en tous les points de la courbe de demande. D'ailleurs les variations de prix dont nous venons de parler ne recouvrent qu'une partie des variations réelles de coût ; ce qui nous amène à considérer un autre aspect, soit le coût indirect des services de santé.

Composantes du coût des services de santé : Le coût de l'hospitalisation ou du service du médecin ne se limite pas au coût direct que doit assumer le consommateur. D'autres éléments interviennent, dont en particulier le manque à gagner. En l'absence d'assurance-salaire, le coût global du service de santé dépend donc du prix du temps du patient, qui est associé lui-même au salaire de l'individu. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, un séjour à l'hôpital d'une durée donnée revient plus cher à l'individu qui gagne 15 000 \$ par année qu'à celui qui ne gagne que 5 000 \$ ⁹⁰. Ceci expliquerait

⁸⁹ V.R. Fuchs, "The Basic Forces Influencing the Cost of Medical Care", in *Health Care in America*. Hearings Before the Subcommittee on Executive Reorganization, 90th Congress, 2nd session, Government Printing Office, Washington, D.C., 1969, p. 294.

⁹⁰ Les récentes révisions de la Loi d'assurance-chômage fournissent une sorte d'assurance-salaire en cas de maladie. L'assuré qui a travaillé pendant vingt semaines ou plus au cours des cinquante-deux semaines antérieures et qui est absent du travail depuis au moins deux semaines pour cause de maladie peut recevoir l'assurance-chômage durant une période de quinze semaines. Le montant est égal aux deux tiers des gains jusqu'à concurrence de cent dollars par semaine. Voir *L'assurance-chômage au cours des années 70*, Ministère du travail, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1970, p. 10.

[115] très partiellement bien entendu que la fréquence des visites au médecin serait plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Les coûts indirects qu'implique la visite chez le médecin expliqueraient peut-être aussi la tendance qu'ont les gens à s'adresser directement au spécialiste, de façon à obtenir une consommation « plus intense » de services dans un laps de temps donné.⁹¹ On peut concevoir par exemple que des soins plus intensifs à l'hôpital réduisent la durée du traitement, et que les avantages qui en résultent justifient des coûts d'hospitalisation plus élevés.⁹² Comme il semble que l'emploi d'un personnel plus nombreux engendre précisément ce résultat, l'analyse des coûts de l'hospitalisation doit se faire avec beaucoup de prudence. La réduction de certains coûts ne garantit aucunement la diminution des coûts totaux, directs et indirects, des soins de santé.

L'offre de services de santé

Hausse des coûts et technologie : Après ce survol rapide des facteurs qui conditionnent la demande, l'analyse des conditions d'offre s'impose. La technologie des services et davantage encore celle des services de santé explique à long terme leurs coûts croissants par rapport aux biens. Les services sont consommateurs du facteur travail. Par exemple, les salaires qui constituent la rémunération du travail, représentent 80 pour cent du coût des soins de santé en général et environ 70 pour cent du coût des soins hospitaliers. Par opposition, les salaires ne représentent que 25 à 35 pour cent des coûts dans le secteur de la fabrication. Le travail par ailleurs est un facteur qui coûte relativement de plus en plus cher.

⁹¹ Peut-être n'est-il pas inopportun de noter ici qu'un certain nombre de médecins se soucient peu d'augmenter le prix réel des visites en imposant au patient de consacrer du temps précieux à lire dans la salle d'attente des revues qui ne sont d'ailleurs pas toujours les plus récentes. La situation n'est pas différente dans les services externes des hôpitaux.

⁹² Une opinion répandue voudrait qu'on réduise le nombre d'années nécessaires à l'obtention d'un diplôme universitaire de façon à diminuer le coût total de la formation.

[116]

Au cours des quarante dernières années, le salaire réel s'est multiplié par environ 2.5, tandis que le coût du capital s'est maintenu à l'intérieur d'un écart assez mince.⁹³ Le coût du capital peut se mesurer par le taux d'intérêt réel, soit le taux d'intérêt du marché moins le taux prévu de l'augmentation des prix. Cette évolution des prix réels des facteurs travail et capital constitue un élément déterminant de la montée des coûts relatifs des soins de santé.

L'évolution des prix relatifs des services et des biens se traduit aussi dans l'évolution des composantes des dépenses hospitalières. Le tableau 10 révèle l'importance accrue qu'a pris le poste traitements et salaires entre 1961 et 1968.

TABLEAU 10

Distribution des dépenses du fonds d'administration
générale des hôpitaux suivant les postes de dépenses,
% des dépenses 1961 1968

	% des dépenses	
	1961	1968
Traitement et salaires	64.5	67.2
Fournitures médicales et chirurgicales	3.2	3.1
Médicaments	4.3	3.3
Aliments	6.3	4.0
Autres dépenses	21.7	22.4
	100.0	100.0

Source : *Rapport annuel du ministre de la Santé nationale...*, op. cit., p. 29.

⁹³ L'inflation expliquerait la totalité de la montée des taux d'intérêt de la décennie 1960 à 1970. Voir W.P. Johe et D.S. Karnovsky, "Interest Rates and Price Changes, 1952-69", *Federal Reserve Bank of St. Louis Review*, vol. 51, no 12, déc. 1969, pp. 18-36.

[117]

On comprend dès lors que cette poussée des coûts sera d'autant plus prononcée que la technologie de l'industrie ne favorise guère la substitution du capital au travail. La substitution d'un facteur de production à un autre, lorsqu'elle est provoquée par des variations de prix relatifs augmente la productivité. Il arrive cependant que cette substitution soit contrecarrée par la crainte de déshumanisation du service. À tort ou à raison, c'est là une appréhension assez répandue dans les milieux médicaux et universitaires.

À côté de la substitution de l'équipement à l'homme, un autre type de transfert de facteurs de production s'avère possible. C'est l'emploi d'un personnel moins qualifié à des tâches où la spécialisation n'est pas nécessaire. Il s'agit en somme de réaliser la division du travail la plus poussée possible, de façon à diminuer les coûts. C'est là le sens des réformes visant à développer les carrières para-médicales et à éviter le recours abusif aux spécialistes pour l'exercice de tâches que l'omnipraticien peut accomplir tout aussi bien. Précisons cependant que ces réformes abaissent le niveau des coûts sans pour autant modifier le rythme d'augmentation à long terme de ces derniers.

L'industrie des soins médicaux et hospitaliers n'est d'ailleurs pas un cas unique. La très grande majorité des services connaissent des prix relatifs croissants. Plus que les autres secteurs de l'économie, ils souffriraient d'une impuissance particulière à profiter des innovations technologiques haussant leur productivité. Par exemple, les musiciens d'aujourd'hui ne sont pas plus productifs que ceux d'hier. En raison cependant de la montée générale des salaires, leur rémunération s'est réellement accrue. En l'absence de subventions de plus en plus généreuses, les prix du billet de concert ne peuvent qu'augmenter. ⁹⁴

Si à ce dernier conditionnement s'ajoutent le fait que la quantité demandée est peu sensible aux variations de prix, ou que les prix ne jouent plus leur fonction de rationnement, et que de plus la demande s'accroît avec le revenu réel de la population, le secteur de la santé absorbera une part de plus en plus grande de la production nationale et aussi de la main-d'oeuvre totale. En un mot le [118] coût de la main-

⁹⁴ Le lecteur trouvera un excellent exposé de la question dans W.J. Baumol, "Macroeconomics of Unbalanced Growth", *The American Economic Review*, vol. 52, no 3, juin 1967, pp. 415-426.

d'oeuvre augmente avec le niveau de vie ; or la production de services de santé absorbe beaucoup de main-d'oeuvre ; donc le coût des soins augmente. Comme par ailleurs, pour les raisons qu'on connaît, la hausse des coûts ne réduit pas la consommation, la part des ressources nationales affectée à la santé va grandissant. Nous avons déjà noté au début de ce chapitre que les soins personnels de santé absorbaient 5,7 pour cent du produit national brut en 1969 contre 3,2 pour cent en 1955. Le tableau 11 montre que de 1961 à 1968 l'accroissement total de l'emploi dans les hôpitaux a été de l'ordre de 48 pour cent, soit plus de deux fois supérieur à l'accroissement de la population civile active.

TABLEAU 11

Accroissement annuel du personnel des hôpitaux
et de la population civile active, Canada, 1961-1968, en %

	<i>Personnel des hôpitaux</i>	<i>Population civile active</i>
1961-62	6.3	1.4
1962-63	5.5	2.0
1963-64	6.0	2.7
1964-65	6.0	3.0
1965-66	5.6	3.9
1966-67	6.7	3.7
1967-68	4.0	2.9
1961-68	47,7	21.4

Source : B.F.S., *Personnel sanitaire des hôpitaux*, no de cat. 83-507F, Information Canada, Ottawa 1971, p. 13.

Depuis la guerre, les services ont absorbé plus de 80 pour cent de l'augmentation de la main-d'oeuvre. De nombreuses illustrations concrètes, tirées de secteurs autres que la santé pourraient corroborer l'analyse des services de santé et en faciliter la compréhension. Combien d'automobilistes par exemple se plaignent du coût élevé des réparations de leur voiture ? Le même phénomène explique la [119] substitution progressive des appareils ménagers aux domestiques. Dans ce cas particulier cependant, la montée des prix des domestiques a

provoqué une chute radicale de la quantité demandée, au profit du capital substitut. Malheureusement la technologie de la santé (à moins que ce ne soit la culture) n'a pas entraîné les mêmes conséquences dans l'industrie que nous analysons ici.

Adaptation de l'industrie aux variations de la demande : Les facteurs technologiques dont nous avons fait état ci-dessus expliquent en bonne partie l'évolution à long terme des prix et des dépenses dans le secteur des services de santé. La période considérée est suffisamment longue pour que les producteurs aient eu le temps de s'adapter à la demande des consommateurs, si bien que les prix convergent vers le niveau que permet la technologie. Il peut arriver cependant que sur une plus courte période, la demande se déplace rapidement, comme ce fut le cas des services de santé au cours des quelques dernières années.

Un certain nombre de particularités de l'industrie peuvent alors entraver l'adaptation rapide de celle-ci. On pourrait par exemple observer une hausse des prix plus rapide que ne le laisserait présumer l'évolution de la technologie médicale. À ce sujet trois éléments principaux méritent à notre avis d'être mentionnés. Il y a en premier lieu, dans certaines parties du système, l'existence d'inefficacités nombreuses qui gênent l'adaptation rapide de la production aux nouveaux besoins qui surgissent. Nous avons déjà consacré un grand nombre de pages à l'identification et l'évaluation de ces inefficacités.

Un deuxième obstacle à l'adaptation de l'industrie proviendrait des restrictions que les professions en général, et la profession médicale en particulier, opposent à la venue de nouveaux producteurs dans l'industrie. Si cette hypothèse s'avérait valide, il ne fait pas de doute que le prix des services médicaux, c'est-à-dire le revenu des médecins, connaîtrait des augmentations particulièrement rapides. Nous avons déjà établi précédemment que l'avènement du régime d'assurance-hospitalisation s'était accompagné d'une accélération de la montée des coûts d'hospitalisation. Il n'est donc pas irréaliste de prévoir qu'un phénomène analogue se reproduira au cours des prochaines années après l'introduction du régime d'assurance-santé publique. Nous n'en voulons pour preuve que l'évolution des revenus [120] relatifs des médecins dans trois provinces l'année de l'instauration de leur régime

d'assurance-santé. Le tableau 12 qui suit révèle que l'accroissement des revenus se fit à un rythme sensiblement plus élevé qu'ailleurs. ⁹⁵

TABLEAU 12

Taux d'accroissement du revenu professionnel net des médecins rémunérés à l'acte, Terre-Neuve, Nouvelle-Écosse, Manitoba et Canada, 1969/1968 (en %)

T.-N.	N.E.	Man.	Canada
24.0	21.3	21.3	7.8

Source : *Earnings of Physicians in Canada 1959-1969*, Health Care Series No. 28, Department of National Health and Welfare, Ottawa, oct. 1971, p. 19.

Enfin, troisième considération relative aux variations à court terme de la demande de services de santé, il y a lieu de rappeler l'avènement du syndicalisme dans le secteur hospitalier. Par l'adoption d'un régime d'assurance publique, l'État provoquait un déplacement subit et prononcé de la demande des services hospitaliers en 1961. Il est probable qu'en l'absence de syndicats, les hôpitaux auraient pu attirer des contingents supplémentaires de personnel par des augmentations de salaire réelles, mais moins fortes. L'insertion du syndicat favorisée par un ensemble de conditions de travail assez peu favorables au personnel au départ, a eu pour effet de transformer en hausse de salaire, une partie de ce qui aurait pu s'exprimer principalement en hausse d'emploi. Au total, le processus a signifié un accroissement plus marqué des coûts et des budgets des hôpitaux.

[121]

Si on se rappelle par exemple que 70 pour cent du coût moyen par patient-jour provient du travail et que le tiers des écarts de coût moyen entre le Québec et l'Ontario provient aussi des écarts de coût moyen du

⁹⁵ Une partie de l'augmentation des revenus peut n'être que statistique. L'implantation d'un régime public d'assurance-santé diminue les possibilités qu'a le médecin de contourner le fisc.

travail, on peut plus facilement apprécier l'importance de la syndicalisation dans le secteur hospitalier. ⁹⁶

Interdépendance de l'offre et de la demande

L'analyse des dernières pages retenait implicitement l'hypothèse que les facteurs qui modifient la demande sont indépendants de ceux qui affectent l'offre des services de santé. Dans une industrie où les producteurs prennent en grande partie les décisions à la place des consommateurs, la quantité de services demandée peut cependant dépendre de la capacité de l'industrie : nombre de médecins, capacité du système hospitalier, etc. Dans une économie décentralisée, une augmentation de l'offre, provoquée par exemple par une innovation technologique, s'exprime dans une baisse de prix qui entraîne à son tour une augmentation de la quantité demandée, sans que la demande ne subisse de modification. Dans le cas des services de santé au contraire, l'adaptation à la hausse de la capacité ne se fait pas principalement par le mécanisme des prix, mais plutôt par la manipulation des préférences du consommateur, c'est-à-dire par un déplacement parallèle de la demande. Si par exemple le carnet de rendez-vous du médecin n'est pas particulièrement rempli à un moment donné, rien ne lui interdit de recommander à son patient un examen de vérification supplémentaire. Dans le cas contraire il laissera son patient juger de l'opportunité d'une autre visite, s'il ne choisit pas tout simplement de l'en dissuader. Le paiement des services par des tiers privés ou publics ne peut que renforcer cette tendance.

S'il en était ainsi, une augmentation du nombre de médecins pourrait se traduire par une augmentation à peu près proportionnelle des actes posés, plutôt que par la baisse du revenu moyen de ces derniers. L'hypothèse pourrait expliquer le paradoxe que révèle la comparaison de données relatives à deux provinces canadiennes.

⁹⁶ *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Annexe 1, Analyse comparative des coûts de l'hospitalisation au Québec et en Ontario*, Éditeur officiel du Québec, Québec, 1969, p. 17.

[122]

Entre 1959 et 1969, le nombre de médecins exerçant en Colombie-Britannique dépassait de 30 à 50 pour cent le nombre de médecins par 1000 habitants en Saskatchewan. Au début comme à la fin de la période, les habitants de la Colombie-Britannique dépensaient en soins médicaux environ 45 pour cent de plus par habitant que les résidents de l'autre province. Or le revenu moyen, brut et net, des médecins s'avérait assez semblable dans les deux provinces du moins à la fin de la période ; de plus la structure des tarifs ne divergeait pas sensiblement. Il faut donc en conclure que le nombre supérieur de médecins en Colombie-Britannique se traduisait par un nombre proportionnellement plus élevé d'actes médicaux. Le tableau 13 illustre très bien les faits. Autre observation qui ne manque pas d'intérêt : en dépit de la consommation nettement inférieure de services médicaux, les indicateurs de niveau de santé, soit le taux de mortalité et l'espérance de vie moyenne, favorisent nettement la Saskatchewan, comme le révèle le tableau 14. En toute objectivité il faut reconnaître cependant que cette dernière province est restée beaucoup plus rurale que la première. ⁹⁷

⁹⁷ En 1966, 51 pour cent de la population de la Saskatchewan était rurale. Le rapport n'était que de 25 pour cent en Colombie-Britannique.

[123]

TABLEAU 13

Nombre de médecins par 1000 habitants, dépenses par habitant en services de médecins, revenu moyen des médecins non salariés, brut et net, Saskatchewan et Colombie-Britannique, 1959-1969.

	nombre de médecins par 1000 habitants		dép. par habitant en services de médecins (\$)		Revenu moyen des médecins brut (\$ 000)			
	S.	C.-B.	S.	C.-B.	Brut		Net	
	S.	C.-B.	S.	C.-B.	S.	C.-B.	S.	C.-B.
1959	.74	.98	17.49	26.15	23.7	26.6	15.1	17.0
1961	.73	1.03	19.73	28.74	27.1	27.9	15.8	17.1
1963	.73	1.06	26.06	29.34	35.7	27.7	21.6	17.5
1965	.74	1.08	27.78	33.92	37.5	31.7	23.5	20.1
1967	.78	1.05	31.52	40.45	40.2	38.6	24.7	25.2
1969	.80	1.17	36.05	52.13	45.0	44.7	27.7	28.8
Aug. (%)					89.9	67.9	83.2	70.1

Source : *Earnings of Physicians, . . . op. cit.* pp. 13-14-17-36.

[124]

TABLEAU 14
Indicateurs du niveau de santé,
Saskatchewan et Colombie-Britannique

Taux de mortalité par 1000 habitants	Moyenne, en années, de l'espérance de vie, 1966						
	à la naissance		à 20 ans		à 40 ans		
	1968	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
Sask.	7.8	70.5	76.5	52.5	58.8	35.2	39.6
C.-B.	8.4	69.2	75.8	51.9	58.0	33.7	38.9

Source : B.F.S. *La statistique de l'état civil 1968*, no de cat. 84- 202, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1970, pp. 98 et 246-247.

De nombreux travaux confirment la présence de tendances semblables dans le secteur hospitalier. Un analyste du système hospitalier britannique va même jusqu'à établir que l'utilisation des lits d'hôpitaux est rigoureusement proportionnelle à leur disponibilité. L'étude de la demande de services hospitaliers l'amène à conclure que toute augmentation de l'offre se traduit immédiatement par un accroissement équivalent de la demande. Tout se passe comme si le consommateur de lits d'hôpitaux était insatiable. Il s'ensuit qu'à partir de la consommation observée, il s'avère impossible de dériver le besoin réel de facilités hospitalières.⁹⁸

En un mot, la suprématie du producteur combinée à l'assurance privée ou publique, rend inutile l'identification d'une demande de services autonomes. Les prix ne jouent plus leur rôle de rationnement. Le processus du marché s'en trouve conséquemment remplacé par le processus de planification. L'allocation et la distribution des services de santé deviennent ainsi le fruit d'une décision du législateur.

⁹⁸ M.S. Feldstein, *Economic Analysis for Health Service Efficiency*, North Holland Publishing Co., Amsterdam, 1967, pp. 187-222.

[125]

Le prix de la santé**Chapitre VI**

**Mode de financement
du régime de santé :
description et appréciation**[Retour à la table des matières](#)

La mise en place du régime d'assurance-hospitalisation et d'assurance-santé d'État constitue les deux événements majeurs qui ont marqué le secteur des services de santé au cours des quinze dernières années. En vertu de ce système, le gouvernement fédéral s'engageait à rembourser les provinces d'environ 50 pour cent du coût de leur régime d'assurance publique, à compter du 1^{er} juillet 1958 dans le cas des services hospitaliers et du 1^{er} juillet 1968 dans le cas des soins médicaux. Quelques années auparavant la Saskatchewan avait déjà amorcé le mouvement en faveur de la nationalisation du secteur et probablement hâté la généralisation rapide de l'assurance publique au Canada.

L'instauration du régime d'assurance-hospitalisation, comme l'adoption du régime d'assurance-santé s'est faite au Québec avec plus de deux ans de retard. L'assurance-hospitalisation fut introduite au [126] Québec le 1^{er} janvier 1961 et l'assurance-santé le 1^{er} novembre 1970. Comme le révèle le tableau 1, on peut estimer que ce retard de deux ans a coûté au Québec un montant brut de quelque 386 millions \$. On sait qu'en vertu des dispositions de la loi fédérale, une province qui choisissait de ne pas adhérer au régime canadien se voyait tout simplement privée par le gouvernement central, de sa part de

subventions. Le rendement des impôts moins élevé au Québec qu'en Ontario explique en partie le retard du Québec à participer à l'entente. Ainsi en 1970-71, le rendement d'un pour cent d'impôt sur le revenu personnel s'établissait à 17,5 millions \$ au Québec et à 32,1 millions \$ en Ontario. Un pour cent sur les profits des corporations rapportait 14,3 millions \$ au Québec et le double, soit 28,9 millions \$, en Ontario.

TABLEAU 1

Pertes brutes du Québec attribuables aux délais de participation au régime fédéral d'assurance-hospitalisation et d'assurance-santé.

<i>Assurance-hospitalisation</i>		<i>Assurance-santé</i>	
Période	Pertes en Millions de \$	Période	Pertes en Millions de \$
1-7-58 au 31-12-58	23.7	1-7-68 au 31-3-69	64.1
1-1-59 au 31-12-59	55.4	1-4-69 au 31-3-70	104.5
1-1-60 au 31-12-60	62.2	1-4-70 au 30-10-70	76.4
TOTAL :			245.0
Pertes brutes totales : 386 millions \$			

Méthodes de calcul : Chiffres estimés à partir des dépenses des autres provinces et des dépenses des premiers mois du régime.

La question litigieuse du partage des compétences et des charges fiscales mise à part, il reste que le secteur public occupe une place de plus en plus importante dans le financement des services de santé. [127] C'est aux différentes questions que soulève cette intervention que nous consacrons ce chapitre. Nous étudierons d'abord les formules de partage du coût de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-santé, en deuxième lieu les sources de financement des programmes québécois et enfin le mode de financement des hôpitaux adopté par le gouvernement du Québec.

Le régime d'assurances d'État

Nous avons déjà vu au chapitre précédent que le budget global des services hospitaliers représentait plus de la moitié des dépenses totales affectées aux services de santé. Par l'adoption de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, le 1er juillet 1958, le gouvernement fédéral s'attaquait donc au poste le plus important du budget de la santé. La formule de partage du fardeau fiscal entre le gouvernement fédéral et les provinces comportait la prise en charge par le gouvernement fédéral de 25 pour cent du coût canadien par habitant des services internes et de 25 pour cent du coût provincial par habitant des services internes, multipliés par le nombre moyen de personnes assurées dans la province au cours de chaque année.⁹⁹ Ajoutons que la contribution du gouvernement fédéral au financement des services externes se calcule par l'application du même pourcentage qu'aux services internes.

On aura compris qu'en vertu de la formule de financement adoptée, le gouvernement se trouvait à favoriser la consommation et la diffusion à travers toute la population de la catégorie la plus coûteuse des services de santé. Le gouvernement fédéral absorbe en effet automatiquement le quart de tout accroissement survenant dans les dépenses d'hospitalisation d'une province particulière. Il s'agit donc là d'un mécanisme qui n'est pas de nature à susciter l'adoption de mesures pouvant freiner l'augmentation des coûts et des dépenses de la part des responsables de la planification. Au contraire [128] les dispositions de la loi fédérale tendraient plutôt à amener les provinces à restructurer l'organisation des services de santé de façon à gonfler la part des dépenses d'hospitalisation. Si l'on se souvient que même en l'absence de mécanismes semblables la tendance à la surconsommation de services hospitaliers est déjà très prononcée,¹⁰⁰ on ne se surprendra

⁹⁹ Deux provinces, l'Alberta et la Colombie-Britannique imposent une forme de tarification des services hospitaliers. La première prélève des frais d'admission de cinq dollars et la seconde un tarif d'un dollar par jour pour les patients internes et de deux dollars par jour pour les externes. La contribution du gouvernement fédéral dans ces cas se calcule à partir du coût moyen provincial, une fois soustraits les montants prélevés de cette façon.

¹⁰⁰ Voir chapitre I, pp. 28-31.

plus de la montée foudroyante des dépenses en services hospitaliers. On sait que de tous les services de santé, les services hospitaliers ont avec les médicaments prescrits affiché le taux d'augmentation le plus élevé au cours des quinze dernières années. Le budget de l'hospitalisation représentait 400 millions \$ en 1955 et \$1.9 milliard en 1967, soit un accroissement de l'ordre de trois cent pour cent. On tire le même enseignement du tableau 2 qui nous révèle le niveau et l'augmentation annuelle du coût par habitant des services hospitaliers au Canada, au Québec et en Ontario. On se souvient aussi qu'en mesurant cette évolution par le mouvement des prix des facteurs de production, on constate que le coût des services hospitaliers augmente à un rythme de 60 pour cent plus rapide au Canada qu'aux États-Unis. ¹⁰¹

De par sa nature même la formule de partage du financement entre le gouvernement fédéral et les provinces amène le gouvernement fédéral à défrayer une part inférieure à 50 pour cent des dépenses des provinces à coût de production par habitant élevé, soit à l'heure actuelle le Québec, l'Ontario et l'Alberta. On a sans doute voulu par cette disposition freiner dans une certaine mesure l'effet de gaspillage décrit au paragraphe précédent. On comprend en effet que si le gouvernement central assumait la moitié du coût provincial plutôt que le quart de celui-ci plus le quart du coût canadien, les provinces éprouveraient encore moins le besoin de rechercher la plus grande efficacité. ¹⁰² En ce sens donc l'incitation

¹⁰¹ Voir p. 99.

¹⁰² Il est intéressant de noter que c'est là la formule qui régit le partage des frais d'éducation post-secondaire. Le fédéral rembourse aux provinces la moitié des dépenses effectivement encourues. Jusqu'à tout récemment cette formule s'appliquait sans réserve ; depuis quelque temps on a cependant fixé un plafond de quinze pour cent au taux annuel d'augmentation des dépenses.

[129]

TABLEAU 2
*Coût par habitant des services hospitaliers et
 taux annuels d'augmentation, de 1958 à 1967.*

	<i>Canada</i>		<i>Québec</i>		<i>Ontario</i>	
	Coût par habitant (en \$)	Aug. en %	Coût par habitant (en \$)	Aug. en %	Coût par habitant (en \$)	Aug. en %
1959	24.65	16.1	18.74	6.1	27.45	24.6
1960	28.31	14.9	21.36	14.0	31.83	16.0
1961	31.97	12.9	26.99	26.3	35.03	10.1
1962	35.61	11.4	32.01	18.6	38.96	11.2
1963	39.44	10.8	37.43	16.9	42.69	9.6
1964	43.52	10.3	42.67	14.0	46.74	9.5
1965	48.25	10.9	50.06	17.3	50.83	8.8
1966	55.19	14.4	59.73	19.3	56.22	10.6
1967	62.47	13.2	66.44	11.2	64.23	14.3

Source : Rapport annuel du ministre de la santé et du bien-être social sur l'application des accords avec les provinces au titre de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques pour l'année financière terminée le 31 mars 1970, ministère de la Santé nationale et du Bien-être, Ottawa, 1970, tableau 1, pp. 53-54.

au gaspillage est moins prononcée que dans la formule du financement des dépenses d'enseignement postsecondaire, par exemple. Il reste cependant que la formule actuelle repose sur un postulat implicite dont la démonstration n'est pas encore faite. S'il s'avérait en effet que les écarts de coûts interprovinciaux provenaient non pas de différences d'efficacité relative, mais plutôt de variations interrégionales dans la fonction de production ou le coût des facteurs, la formule discriminerait alors contre les provinces à coût de production élevé. En effet, il n'est pas interdit de penser que le niveau général des salaires varie d'une

région à l'autre. Si tel était le cas, les provinces à salaires élevés devraient assumer dans les conditions présentes une part plus importante du coût du service que les autres provinces. Le recours à un pourcentage uniforme et unique dans le partage des frais serait donc de nature à favoriser l'uniformisation et la diffusion maximum des services hospitaliers. Il s'agit donc ici encore [130] d'un autre cas où l'objectif de redistribution peut entrer en conflit avec l'objectif d'efficacité. Ce qui revient à dire au fond que toute formule qui définit le partage à partir d'une norme ou d'une base pan-canadienne s'apparente dans une certaine mesure aux paiements de péréquation. Le partage des dépenses sert alors souvent d'instrument de subvention aux provinces pauvres. ¹⁰³

Le mode de partage des coûts du régime d'assurance-santé pose de façon encore plus accentuée la question de l'efficacité. On sait que le gouvernement fédéral rembourse dans ce cas aux provinces dont le régime satisfait aux quatre exigences de la loi la moitié du coût canadien moyen par habitant. Par rapport à la formule de partage des frais d'hospitalisation, le mode de partage des frais d'assurance-santé comporte donc une redistribution plus prononcée, mais par ailleurs une incitation moins grande à laisser se gonfler le budget de la part des provinces.

Autre disposition à signaler : le programme fédéral ne s'étend actuellement qu'aux services des médecins, des chirurgiens et des chirurgiens-dentistes (exerçant leurs fonctions dans le cadre de l'hôpital), même si en principe la loi autorise le gouvernement à en étendre la couverture à d'autres services. ¹⁰⁴ C'est ainsi qu'à tort, le

¹⁰³ Ces idées sont développées dans TJ. Boudreault, « Assurance-maladie et critères de choix : aspects provinciaux », *L'Actualité économique*, vol. 45. No 1, avril-juin 1969, pp. 24-27.

¹⁰⁴ Quand sera promulguée la Loi de l'assurance-maladie et la Loi de la Régie de l'assurance-maladie (Bill 69 adopté le 18 juin 1971), la Régie assumera à même ses fonds généraux le coût des soins dentaires aux enfants de moins d'un certain âge. La Régie paiera aussi, pour le compte du Ministère des affaires sociales, les services et médicaments fournis sur ordonnance par les pharmaciens à toute personne qui bénéficie de l'assistance sociale ou qui reçoit le maximum du supplément du revenu accordé au titre de la sécurité de vieillesse. À son tour, le Ministère se fera rembourser du fédéral cinquante pour cent des coûts de ce dernier programme grâce aux dispositions du régime d'assistance publique du Canada.

programme défavorise le développement de carrières paramédicales comme celle de psychologue par exemple. Le patient doit lui-même déboursier les frais d'une psychothérapie chez un psychologue alors que le même traitement lui sera donné gratuitement chez un psychiatre. Par ailleurs, les soins oculaires au Québec, qu'ils soient [131] administrés par un optométriste, par un ophtalmologiste ou par un oculiste sont défrayés par l'assurance-santé. La province toutefois ne reçoit à ce titre aucun remboursement du gouvernement fédéral pour les services de l'optométriste qui, lui, n'a pas de formation médicale. Il y a là de l'illogisme et de l'inefficacité de la part du gouvernement central.

Disons en conclusion que par ses lois sur l'assurance-hospitalisation et l'assurance-santé, le gouvernement central exerçait sur les provinces une pression presque irrésistible à adopter l'ordre de priorité qu'il définissait. Non seulement les provinces devaient-elles adopter dans les plus brefs délais des programmes de services de santé d'État, mais elles devaient encore opter pour des régimes d'un type précis comportant la gratuité intégrale.

Sources de financement du régime d'assurance-hospitalisation et d'assurance-santé

Le gouvernement fédéral n'assumant qu'environ la moitié des frais de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-santé, les provinces se devaient de trouver d'une façon ou de l'autre leur propre source de financement. L'Ontario, le Manitoba et la Saskatchewan ont choisi de financer en bonne partie le régime d'assurance-hospitalisation par l'imposition de primes mensuelles aux assurés. En général la famille est assujettie à une prime d'environ deux fois supérieure aux contributions des personnes seules. Au Québec, le budget des hôpitaux est incorporé aux crédits annuels du ministère des Affaires sociales et donc financé par les recettes générales de la province. Il faut préciser que lors de l'instauration du régime, le gouvernement du Québec avait haussé de deux pour cent le taux d'impôt provincial sur le revenu des corporations, en même temps qu'il avait réduit les exemptions accordées aux individus.

Il reste que le rendement de ces nouvelles charges fiscales n'est aucunement réservé au financement de la part provinciale du budget des hôpitaux.

Dans le cas de l'assurance-santé, le Québec a préféré instituer une régie devant s'autofinancer par le recours au prélèvement de primes semblables aux primes d'assurance privée. Cette prime s'établit aux quatre cinquièmes pour cent du revenu net des contribuables [132] ayant un revenu supérieur à 2 000 \$. s'ils sont célibataires et à 4 000 \$, s'ils sont mariés. La contribution annuelle maximum est fixée à 125 \$ pour ceux qui reçoivent les trois quarts de leur revenu sous forme de salaire et à 200 \$ pour les autres. Enfin tout employeur verse à la Régie quatre cinquièmes pour cent de la masse salariale payée à ses employés.

L'adoption de critères différents pour le financement de l'assurance-hospitalisation d'une part, de l'assurance-santé d'autre part pose au fond la question des principes qui devraient régir le financement du système de santé publique. L'analyse de cette question peut avantageusement emprunter les trois approches qu'on adopte généralement pour évaluer les fonctions du prix dans un système de marchés, soit la fonction d'information, celle d'allocation et enfin celle de redistribution.

Information : La prime d'assurance-santé actuelle correspond à une taxe spécifique, dans le sens où elle sert au financement exclusif d'une initiative gouvernementale donnée. De ce point de vue, elle offre l'avantage d'informer le contribuable de l'évolution des coûts du régime. La Régie doit adapter périodiquement ses primes aux variations de son budget de dépenses. Au contraire, lorsqu'une initiative du secteur public se finance par le recours aux recettes générales, et c'est le cas de l'assurance-hospitalisation, le contribuable se voit privé de cette information. Cette dissociation entre les avantages et les coûts d'une activité ne se retrouve pas dans le secteur privé, dans la mesure où le mouvement du prix d'un produit transmet automatiquement au consommateur l'information qu'il doit obtenir sur l'évolution des coûts de production.

Allocation : Il appert cependant que l'information transmise aux consommateurs par l'imposition de primes d'assurance proportionnelles au coût du budget global n'entraîne pas des résultats qu'on pourrait qualifier d'efficaces. Ce déplorable effet provient de ce

que dans tout régime d'assurance, privé ou public, le montant de la prime versée n'est aucunement lié aux bénéficiaires individuels.

Le niveau de la prime ou de la taxe spécifique se trouve alors déterminé par des comportements collectifs plutôt que par les choix des individus-consommateurs. Cette proposition veut dire que le coût des services de santé assumé par chacun des individus ne dépend aucunement du niveau de consommation choisi par chacun [133] d'eux. Il s'ensuit donc que le consommateur n'éprouve aucun souci de minimiser les dépenses. La contribution qu'il pourrait apporter à l'abaissement du coût des services devient négligeable. ¹⁰⁵

Pour bien illustrer cette dynamique, établissons le parallèle avec le mécanisme des prix à l'intérieur du secteur privé en général. Rappelons-nous d'abord les postulats voulant que le consommateur et l'entreprise maximisent respectivement l'un sa satisfaction et l'autre ses profits. Si le nombre de producteurs est suffisant pour maintenir un degré de concurrence convenable, on pourrait dire alors que le prix du produit représentera pour chaque consommateur le bien-être qu'il retire de la consommation de la dernière unité, tout comme il correspondra pour chacun des producteurs au coût de production de la dernière unité. Au contraire le montant de la prime d'assurance-santé n'étant pas conditionné par le niveau de la consommation individuelle, il ne peut pas remplir la fonction qu'exerce le prix en général. Il n'existe pas de relation entre le montant de la prime d'une part et l'utilité retirée par le consommateur ou le coût marginal de production d'autre part. Au fait il existe assez peu de services fournis par le secteur public où l'on retrouve cette sorte de rapport entre l'utilité et le coût. Dans les quelques rares cas où l'association se vérifie, il s'agit la plupart du temps de monopoles naturels que l'État a choisi de nationaliser. L'électricité et le service postal en sont des illustrations. La taxe sur l'essence peut aussi être conçue comme un tarif ou, si l'on veut, comme le prix à payer pour le service routier. Dans la mesure cependant où cette taxe ne couvre pas nécessairement tous les coûts et en particulier les coûts sociaux du système routier, elle ne répond pas parfaitement aux exigences de l'allocation efficace des ressources.

¹⁰⁵ C'est la théorie de l'action ou du bien collectif qui est ainsi formulée. Le chapitre IX développe davantage cette question.

Il est donc clair que le mode de financement de la Régie de l'assurance-maladie du Québec ne répond pas aux exigences d'allocation efficace des ressources qu'on attend généralement d'une taxe spécifique. On sait que dans ce cas c'est le revenu du contribuable qui sert de base au calcul de la contribution, plutôt que la consommation qu'il fait des services du médecin. On ne peut donc pas identifier de relation entre le bénéfice qu'il retire du régime et la contribution qu'il apporte au financement. Il faut quand même sou-

[134]

ligner que l'assurance privée comportait les mêmes travers, à peu de différences près. Elle s'accompagnait d'ailleurs de la même conséquence déplorable, soit la surconsommation de certains services de santé.

On comprendra maintenant que le raisonnement qui inspire la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social relatif au mode de financement du régime qu'elle propose n'est pas valide d'un point de vue analytique. Voici ce que la Commission écrit :

« Dans son premier rapport, la Commission insiste sur l'aspect à la fois individuel et social de la maladie : l'adoption d'un régime universel d'assurance-maladie repose étroitement sur une conception sociale de la santé. Par contre le mode de financement suggéré — régime mixte qui combine la contribution de l'État avec l'imposition d'une cotisation spécifique — tient compte des composantes publiques et privées de la santé. On assure ce financement à la fois par une contribution du budget général de l'État et par une cotisation spécifique, sous la forme de l'impôt sur le revenu imposable, sujet (sic) à une limite maximale ». ¹⁰⁶

Or le revenu imposable qui sert d'assiette à la prime prélevée par la Régie ne mesure aucunement le bénéfice que chaque consommateur retire du régime. Il s'ensuit donc que la distinction que la Commission établit entre ce qu'elle appelle la contribution de l'État d'une part et l'imposition d'une cotisation spécifique d'autre part est purement factice. Du point de vue de l'allocation des ressources, un pour cent

¹⁰⁶ *Rapport de la Commission ... La santé*, tome III, *op. cit.*, p. 20.

d'impôt prélevé sur le revenu personnel exerce les mêmes effets, qu'il soit versé au fonds consolidé du gouvernement ou à la Régie. Pour être assigné à un fonds spécial, le prélèvement fait par la Régie n'en a pas moins la même incidence.

Les tarifs modérateurs que certaines provinces imposent découlent du souci de sauvegarder la fonction d'allocation des taxes spécifiques. Par exemple les frais de scolarité que les universités continuent de prélever servent à faire prendre conscience à l'étudiant de la rareté des ressources. Nous avons déjà noté que certaines provinces canadiennes ont recours à cette sorte de tarifs modérateurs pour le financement partiel de leur régime d'assurance-hospitalisation. [135] Elles le font même au prix d'une perte de contribution du gouvernement fédéral. De ce point de vue particulier, on doit déplorer que les incitations introduites par la loi fédérale favorisent si peu l'efficacité.

Distribution : L'instauration de programmes de l'envergure du régime d'assurance-santé universel comporte des effets redistributifs importants. Tous les groupes de revenus n'obtiennent pas nécessairement une part égale des bénéfices ni du fardeau fiscal. Le degré de redistribution dépend tout autant de la distribution des bénéfices que de la distribution des charges. Seul serait neutre d'un point de vue redistributif un régime où chaque groupe de revenus assumerait une part du fardeau du financement proportionnelle aux bénéfices qu'il en retire. Or l'analyse des effets redistributifs d'un programme repose sur des hypothèses relatives à la répartition ultime des bénéfices et du fardeau des taxes. Les travaux analytiques portant sur cette question sont nombreux mais les résultats souvent contradictoires.

Deux propositions de nature générale obtiennent l'accord à peu près unanime des économistes. Il y a d'abord la reconnaissance du principe que l'État peut assumer et assume effectivement une fonction de redistribution. D'autre part en tant qu'économistes ils reconnaissent à peu près universellement leur impuissance à définir des critères de redistribution optimale. Là où l'unanimité cesse, c'est lorsqu'il s'agit de définir les moyens d'atteindre un objectif donné de redistribution. On peut dire qu'ils ont généralement tendance à privilégier la fiscalité, c'est-à-dire le recours aux taxes positives ou négatives que sont les transferts. Ils ont généralement tendance à s'opposer aux initiatives publiques visant à mettre à la disposition des gens défavorisés des

produits ou des services à prix réduit. Ce principe, très libéral cela va sans dire, s'inspire du souci de ne pas confondre la fonction d'allocation avec la fonction de redistribution. À la limite, un économiste comme Milton Friedman ira jusqu'à proposer l'abolition pure et simple de tous les programmes gouvernementaux d'assistance aux personnes défavorisées, au profit d'un impôt négatif sur le revenu.¹⁰⁷ On retrouve ici encore le postulat fondamental [136] de la théorie classique voulant que le consommateur soit non seulement en mesure de formuler les choix qui lui conviennent le mieux, mais également que, ce faisant, il n'impose pas d'économie externe à ses voisins.

Sans disposer d'étude approfondie de cette question, on peut présumer que le régime québécois d'assurance-santé comporte des effets redistributifs favorables aux gens à revenu inférieur à la moyenne au détriment des individus à revenu supérieur.¹⁰⁸ Quoi qu'il en soit des conséquences de ce régime sur la distribution des revenus, l'analyse de cette seule initiative présente au fond assez peu d'intérêt. Ce qui compte dans l'évaluation du rôle du secteur public dans la distribution du revenu, c'est l'impact de l'ensemble des activités de l'État. La Commission royale d'enquête sur la taxation (Carter), consciente de cette dimension, avait fait préparer une analyse spéciale des effets redistributifs nets de l'ensemble des activités de tous les paliers de gouvernement du Canada.¹⁰⁹ C'était la seule démarche logique. Il faut déplorer que la Commission québécoise d'enquête sur la santé et le bien-être social n'ait pas jugé à propos d'entreprendre un travail semblable sur le secteur public québécois. Son mandat relatif au bien-être social l'invitait pourtant à le faire. Il faut le regretter d'autant qu'elle se permet de critiquer à mauvais escient le mode de financement de l'assurance-santé sous prétexte qu'il ne comporte pas un degré suffisant de progressivité. « ... la Commission recommande le calcul de cet impôt sur le revenu imposable, plutôt que sur le revenu net comme

¹⁰⁷ M. Friedman, *Capitalism and Freedom*, The University of Chicago Press, Chicago, 1962, pp. 161-176. Notons en passant qu'un certain nombre de travaux récents ont cherché à intégrer l'effet redistributif des initiatives du secteur public à l'étude des critères d'efficacité économique.

¹⁰⁸ Bien entendu cette évaluation tient compte de la part du financement qui provient du gouvernement fédéral.

¹⁰⁹ W.L. Gillespie, *The Incidence of Taxes and Public Expenditures in the Canadian Economy*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1966, 273 pp.

le propose le projet de loi sur l'assurance-maladie. Cette disposition permet de tenir compte des exemptions personnelles et donne un caractère plus progressif à cet impôt ». ¹¹⁰ Sans doute, mais pourquoi limiter la critique au seul financement de cette initiative particulière ?

[137]

Mode de financement des hôpitaux

La mise en vigueur de l'assurance-hospitalisation a provoqué au Québec, après 1961, une augmentation des dépenses par jour d'hospitalisation et aussi par habitant plus rapide que dans toutes les provinces canadiennes. Le tableau 3 révèle que de 1961 à 1968, pour un accroissement de l'ordre de 95 pour cent au Canada et en Ontario, les dépenses par jour d'hospitalisation augmentaient de plus de 120 pour cent au Québec. D'inférieures qu'elles étaient en 1961 au Québec, elles devenaient en 1968 sensiblement supérieures à celles de toutes les provinces. ¹¹¹ Si l'on mesure maintenant l'évolution par le coût des hôpitaux par habitant, on obtient une augmentation de 140 pour cent au Québec contre un accroissement de l'ordre de 115 pour cent en Ontario et au Canada.

La montée en flèche du budget des hôpitaux nous est également révélée par le tableau 4 qui compare l'évolution relative des dépenses en services hospitaliers, en services médicaux, en services dentaires et en médicaments. Au Québec le rapport entre les dépenses en services hospitaliers et les dépenses en services personnels a augmenté de 0,60 à 0,69 de 1960 à 1969.

¹¹⁰ *Rapport de la Commission ... La santé, tome III, op. cit., p. 22.*

¹¹¹ Au premier trimestre de 1971, les dépenses médianes par journée d'hospitalisation s'établissaient respectivement à 60,46 \$ au Québec, à 51,32 \$ en Ontario, et à 44,93 \$ au Canada, si l'on excepte les coûts de la recherche et du perfectionnement du personnel. Les moyennes correspondantes étaient de 66,61 \$ au Québec, de 57,96 \$ en Ontario, et de 55,37 \$ au Canada. B.F.S., *Indicateurs des hôpitaux, janvier-mars 1971*, no de cat. 83-001, Information Canada, Ottawa, août 1971, p. 61.

[138]

TABLEAU 3

*Dépenses du fonds d'administration générale des hôpitaux
par jour d'hospitalisation et par habitant,
Canada, Québec, Ontario, 1961 et 1968*

<i>Dépenses par jour d'hospitalisation</i>	1961	1968	aug. en %
Canada	\$23.01	\$45.18	96.3
Québec	\$22.63	\$50.05	121.2
Ontario	\$24.26	\$47.15	94.4
<i>Dépenses par habitant</i>	1961	1968	aug. en %
Canada	\$38.14	\$83.04	117.7
Québec	\$34.60	\$83.56	141.5
Ontario	\$41.51	\$89.35	115.2

Source : Rapport annuel du ministre de la santé... op. cit., pp. 104-105.

[139]

Tableau 4

Dépenses en soins personnels de santé, Québec, 1960 à 1969.

	1960	1965	1969 P*	Aug. de '60 à '69 en %
	(millions de dollars)			
Services hospitaliers	204.6	430.5	714.8	249.3
Services médicaux	77.6	130.4	196.6	153.4
Services dentaires	20.7	29.9	44.0	112.6
Médicaments prescrits	35.1	58.8	78.8	124.5
Total :	338.1	649.7	1,034.3	205.9
	(\$ par tête)			
Services hospitaliers	39.71	75.61	119.41	200.7
Services médicaux	15.06	22.91	32.84	118.1
Services dentaires	4.02	5.26	7.36	83.1
Médicaments prescrits	6.82	10.33	13.17	93.1
Total :	65.62	114.11	172.79	163.3
	(% du revenu personnel)			
Services hospitaliers	2.82	4.08	4.55	61.3
Services médicaux	1.07	1.24	1.25	16.8
Services dentaires	0.29	0.28	0.28	-3.4
Médicaments prescrits	0.48	0.56	0.50	4.2
Total :	4.66	6.16	6.58	41.2

Rapport entre les dépenses en services hospitaliers et les dépenses en soins personnels, en pour cent, Québec, 1960-1965-1969.

1960	1965	1969
60.5	66.3	69.1

P* : les données de 1969 sont préliminaires.

Source : ... *Expenditures on Personal Health Care in the Provinces of Canada 1957-1969*, ministère de la Santé nationale et du Bien-être, Ottawa, novembre 1970, pp. 43-54-65.

[140]

Le niveau absolu et l'évolution du budget global des hôpitaux au Québec s'avèrent d'autant plus surprenants que le nombre de lits et d'admissions par 1 000 habitants est inférieur à celui de toutes les régions du Canada.

TABLEAU 5

*Nombre de lits et nombre d'admissions par 1,000 habitants
au 31 décembre 1968, hôpitaux traitant des maladies aiguës,
Canada et provinces.*

	<i>Nombre de lits par 1 000 h.</i>	<i>Nombre d'admissions par 1 000 h.</i>
Terre-Neuve	5.3	147.8
Ile-du-P.-E.	5.6	172.7
N.-Écosse	6.1	157.7
N.-Brunswick	6.3	179.7
Québec	5.1	136.2
Ontario	5.4	154.9
Manitoba	6.0	184.6
Saskatchewan	7.4	212.2
Alberta	7.1	210.8
Colombie-Britannique	5.5	175.5
Canada	5.6	160.7

Source : *Rapport annuel du ministre de la santé... op. cit.*, pp. 17 et 68.

Compte tenu de cette évolution défavorable du fardeau financier du service hospitalier, il ne nous paraît pas superflu de consacrer la dernière partie de ce chapitre à l'analyse des formules de financement du système hospitalier adoptées par le gouvernement québécois ainsi qu'aux réformes amorcées depuis quelques mois.

Les hôpitaux appartiennent à cette catégorie décentralisée des activités du secteur public qui s'étend aux commissions scolaires, aux CÉGEPS, aux universités, aux institutions de bien-être et même aux municipalités. Par opposition aux processus qui régissent le fonctionnement des ministères, le Gouvernement accorde aux conseils

d'administration de ces institutions une part d'autonomie de [141] gestion plus ou moins grande, selon les pouvoirs qui leur sont délégués et les formules adoptées pour leur financement. D'une façon générale, les institutions du secteur décentralisé ne jouissent plus de la liberté d'apporter des modifications majeures à leurs activités sans l'autorisation préalable du ministère qui veille à la planification du réseau. Pour ne citer que quelques illustrations, rappelons que la mise en œuvre d'un nouveau service dans un hôpital exige le consentement de la division de la planification du ministère des Affaires sociales.¹¹² De même à l'université, l'adoption d'un nouveau programme doit recevoir au préalable l'assentiment d'un comité du Conseil des universités.

Le mode de financement des hôpitaux doit en principe s'inspirer de la théorie des institutions à but non lucratif que nous avons appliquée à l'hôpital au chapitre III. La leçon que nous en avons dégagée est que la rationalité des administrateurs et des médecins ne les amène pas nécessairement à converger vers l'efficacité. Ce qui sous-entend que la dynamique interne d'une institution de ce genre peut être infléchie dans un sens ou dans l'autre par l'encadrement que lui confère l'autorité centrale. En d'autres termes, ce n'est que dans la mesure où les règles de financement privilégieront chez les administrateurs de ces organismes la recherche de l'efficacité, que les institutions du secteur décentralisé auront intérêt à améliorer la gestion de leurs ressources. On comprendra très bien par exemple, que si le moindre surplus réalisé par une institution au cours d'une période lui est à tout jamais confisqué, on peut difficilement attendre des administrateurs qu'ils présentent des surplus en fin d'année.

L'expansion accélérée du secteur parapublic au cours des quinze dernières années a conféré une importance grandissante à l'étude et à la mise au point de règles de financement favorables à l'efficacité. Ce n'est que récemment que les économistes ont fixé leur attention sur

¹¹² Si l'on s'en rapporte au jugement de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, il s'agirait là d'un encadrement nouveau : « ... La rigidité du contrôle des dépenses courantes offre un contraste frappant avec l'initiative des hôpitaux quant aux décisions concernant les dépenses d'immobilisation. Bien qu'elles entraînent toutes les nouvelles dépenses de fonctionnement, ces décisions en général n'obéissent à aucun mécanisme de planification global ». *Rapport... La santé, volume IV, tome III, op. cit., p. 14.*

cette sorte d'analyse du secteur décentralisé. L'approche analytique par laquelle ils abordent la question n'est cependant pas [142] nouvelle. Une littérature abondante s'inspire depuis longtemps de cette méthodologie pour l'analyse de deux sujets connexes. Il s'agit d'une part des formules de remboursement des producteurs de matériel pour la défense et l'exploration spatiale et d'autre part de l'impact des contrôles exercés sur certaines industries par les régies d'État, comme par exemple les transports et les communications.

Pour reformuler de façon concise le problème que nous soulevons ici, nous reprenons l'exposé succinct qu'en a fait l'ancien directeur du *Bureau of the Budget* des États-Unis :

“The problem of providing incentives for effective program execution is closely related to the problem of devising measures of performance for subordinate decision-makers. It is impossible to provide incentives without knowing what to reward and what to penalize. Two major consequences flow from failure to provide performance measures related to program objectives. The first is the growth of detailed regulations which rigidly specify what is “acceptable” behavior by subordinate decision-makers. Standard contract provisions multiply, and are required to be included in all contracts regardless of their suitability to a particular situation. Tables of organization are centrally established and carefully monitored. Elaborate procedures are developed to control the purchase of supplies, the use of long-distance communications, travel, and the like. Since subordinate decisions cannot be controlled by judging them in terms of their effect on output, they are controlled by a rigid specification of inputs. The second consequence of failure to provide appropriate performance measures, is that individuals and institutions often become avid risk averters. Overall success cannot be recognized, but individual “mistakes” can be singled out for punishment ”. ¹¹³

¹¹³ C.L. Schultze, “The Role of Incentives, Penalties and Rewards in Attaining Effective Policy”, *The Analysis and Evaluation of Public Expenditures : the PPB System*, Joint Economic Committee, U.S. Government Printing Office, Washington, 1969, pp. 207-208.

Jusqu'au moment de l'expérience du budget global pratiquée dans 23 établissements hospitaliers en 1971, on peut dire que l'absence d'évaluation de l'output entraînait visiblement la première conséquence identifiée par Schultze. L'affectation des crédits budgétaires portait sur une quantité innombrable de postes et se fondait sur un critère prépondérant, le taux d'occupation des lits atteint par l'hôpital. ¹¹⁴ [143] Cette évaluation méticuleuse du budget des institutions nous porterait à croire que le Ministère mettait à toutes fins pratiques les hôpitaux en tutelle. La réalité toutefois s'avère passablement différente. Le fait de ne prévoir aucune sanction contre les institutions qui dépassaient les crédits budgétaires, conjugué au tamisage inévitable de l'information qui parvenait au contrôleur, conférait effectivement aux hôpitaux une large part d'autonomie. ¹¹⁵

Le gouvernement acquiesçait implicitement au déficit budgétaire des institutions en leur suggérant de se financer sur le marché financier,

¹¹⁴ Le Rapport de la Commission d'enquête résumait de la façon suivante les critères de financement des frais de fonctionnement des hôpitaux : « On groupe les normes en vigueur en quatre catégories selon qu'elles concernent :
 1. les fournitures médicales et chirurgicales : ces normes qui établissent des distinctions entre les hôpitaux suivant leur taille, l'existence ou non d'une affiliation universitaire, ou encore le type de malades hospitalisés, reposent sur le nombre de jours-malades, sans distinction entre les types de soins ;
 2. les médicaments : ces normes sont comparables aux précédentes ;
 3. les autres fournitures et dépenses : ces normes sont également comparables aux précédentes, si ce n'est qu'on considère séparément chaque service (soins infirmiers, alimentation, blanchissage, etc.) ;
 4. les salaires bruts : ces normes sont doubles. D'une part on recourt, pour chaque catégorie d'employés, à des taux moyens de salaire, sujets à un réajustement en fonction des salaires versés conformément aux échelles de convention collective. D'autre part, on détermine les besoins en personnel au moyen de normes basées sur divers critères. Ainsi, pour le personnel de soins infirmiers ou celui des salles d'opération ou d'accouchement, le critère en usage est le nombre de jours-malades comme dans les autres cas, ou encore, le nombre d'opérations. Dans d'autres services, tels la radiologie, les laboratoires, l'alimentation et la buanderie, les critères reflètent le taux d'utilisation des lits. » *Rapport de la Commission ...* tome III, *op. cit.*, p. 44.

¹¹⁵ « Parmi les administrateurs consultés, plusieurs admettent qu'ils administrent leur budget d'après les dépenses estimées plutôt que d'après les dépenses approuvées, parce que, de toute façon, le gouvernement accorde les ajustements nécessaires de fin d'année. » *Rapport de la Commission ...* tome III, *op. cit.*, p. 45.

plus particulièrement auprès des institutions financières. Il faut dire aussi que la planification des services à travers le territoire se révélait souvent plus formelle que réelle et qu'en conséquence elle était trop souvent le fruit de l'ingérence politique ou du fait accompli.

[144]

On nous permettra de signaler au passage que le subterfuge du financement des hôpitaux par emprunt illustre à sa façon les déficiences souvent intentionnelles des documents budgétaires publiés au cours de la décennie 1960-1970. On sait que le gouvernement dans ses rapports financiers parvenait à transformer en surplus au compte ordinaire ce qui était en réalité un déficit, en omettant d'incorporer au budget des institutions du secteur décentralisé cette portion de leurs dépenses financée par l'emprunt. Ainsi au 31 décembre 1967, le déficit accumulé à ce titre atteignait les 90 millions \$ pour les seuls hôpitaux et s'élevait à 200 millions \$ dans le cas des commissions scolaires.¹¹⁶ Voilà qui illustre la duperie dont les citoyens risquent d'être victimes à moins qu'on n'invente des mécanismes de protection contre l'information tronquée que les hommes politiques leur servent trop allègrement.

L'année 1972 est censée marquer le début d'une nouvelle ère en matière de financement des hôpitaux. « Le ministère des Affaires sociales a décidé d'appliquer à tous les établissements (de santé et de bien-être) un régime budgétaire permettant à ceux-ci l'exercice le plus complet de la liberté de gestion à l'intérieur d'une enveloppe budgétaire globale, applicable aux dépenses courantes de fonctionnement pour les services et activités existants, pour chacun des programmes qu'ils administrent ». ¹¹⁷ Il est désormais prévu qu'en deçà du montant qui lui est alloué, chaque institution jouira de la latitude suffisante pour prendre les décisions qu'elle jugera opportunes, et « aucune demande de révision du budget ne sera considérée une fois le budget de l'établissement définitivement approuvé à moins de circonstances absolument incontrôlables ». Suivant la formule adoptée, l'enveloppe budgétaire sera définie à partir des dépenses encourues au cours d'une

¹¹⁶ Voir à ce sujet G. Bélanger, « Critique des documents budgétaires », *L'Actualité économique*, vol. 46, no 3, juillet-août 1970, pp. 274-286.

¹¹⁷ Citation tirée de la lettre de présentation du Ministre des affaires sociales, *Guide budgétaire (1972)*, Direction générale des budgets, ministère des Affaires sociales, Gouvernement du Québec, Québec, 1971, p. 7.

année de base, multipliées par un coefficient tenant compte de l'augmentation du coût des facteurs de production, ainsi que de l'augmentation du coût de certains services dont l'autorité centrale aura jugé bon d'améliorer la qualité. À cette première composante s'ajoutera le budget de tout nouveau service que le Ministère aura autorisé.

[145]

Du point de vue analytique qui nous intéresse plus particulièrement dans cet ouvrage, l'innovation principale réside dans l'introduction d'un mécanisme de sanction automatique en faveur des institutions jugées efficaces. Le guide budgétaire décrit le processus en ces termes : « Tout établissement qui terminerait l'exercice financier avec un niveau vérifié de ses dépenses courantes de fonctionnement pour l'année inférieur au montant de son budget avant le calcul d'un objectif financier de réduction de coûts, pourra conserver dix pour cent du surplus à titre de revenu propre. L'économie ainsi réalisée ne sera pas défalquée dans l'établissement de l'assiette de calcul de son budget pour les années subséquentes et cet incitatif pourra être attribué à l'établissement comme revenu propre aussi longtemps que les conditions ayant permis cette économie persistent ». ¹¹⁸

Ce nouvel arrangement s'inspire manifestement de considérations analytiques semblables à celles que nous avons développées aux chapitres III et IV du présent ouvrage. Il est basé en fait sur le postulat voulant qu'un producteur soumis à un conditionnement approprié offre de meilleures garanties de gestion efficace des activités courantes qu'un contrôleur central tatillon. Le rôle de ce dernier se limite en principe alors à la planification du réseau et à l'évaluation de l'output de chacune des institutions décentralisées. Notons en passant que cette initiative appelée budget global n'est pas entièrement nouvelle. La Saskatchewan en 1961 et l'Ontario en 1969 l'appliquaient déjà à leur réseau hospitalier. ¹¹⁹ Même au Québec les universités reçoivent depuis déjà plusieurs années des enveloppes budgétaires globales qui ne comportent cependant pas d'incitation expresse à l'efficacité.

¹¹⁸ Ministère des affaires sociales, *Guide ... op. cit.*, pp. 13-14.

¹¹⁹ Au risque de troubler les planificateurs trop optimistes, précisons que la Saskatchewan serait, semble-t-il, revenue à l'ancienne formule budgétaire d'approbation par article.

Si la formule de financement s'en tenait strictement à des critères historiques dans la détermination de l'enveloppe budgétaire, il est manifeste qu'elle pénaliserait les établissements qui dans le passé auraient eu le mérite de s'administrer plus efficacement. L'institution qui se serait montrée plus soucieuse de minimiser les coûts se verrait allouer un budget inférieur à ses voisines moins efficaces. Les responsables du nouveau système n'étaient pas inconscients de cette discrimination et ont fait appel pour la surmonter à un moyen qui ne manque pas d'astuce. Il consiste à assigner à tout établissement identifié comme moins efficace un objectif de réduction des coûts. Pour comprendre cette mécanique, il faut savoir qu'avec l'instauration « d'un système d'évaluation de l'efficacité relative de gestion des établissements de santé et de services sociaux », le Ministère se donne en même temps un instrument d'information indispensable qui lui permet de comparer les coûts unitaires des différentes institutions. Par la même occasion il se trouve en mesure de fixer à chacune d'elles un objectif réaliste de réduction des coûts. Ainsi dans les hôpitaux équipés pour traiter les maladies aiguës, un total de trente-quatre activités distinctes sont identifiées et pour chacune d'elles une unité de mesure définie. On trouvera au tableau 6 quelques-unes des catégories ainsi constituées.

[147]

TABLEAU 6

*Exemples de catégories d'activités des
hôpitaux et unités de mesure.*

<i>Activité</i>	<i>unités de mesure</i>
Soins infirmiers, maladies aiguës	Nombre de malades traités
Soins infirmiers, maladies de longue durée	Nombre de jours-malades
Administration, soins infirmiers	Heures rémunérées
Salle d'opération	Durée en heures de toutes les opérations
Salle d'accouchement	Accouchements
Services externes	Visites
Alimentation	Jours-repas
Enseignement médical	Mois-étudiants
Entretien ménager	Cent pieds carrés

La comptabilité analytique ainsi bâtie permet d'identifier pour chacun des services les établissements à coûts moyens trop élevés. Le premier écart-type sert de entière d'application de l'objectif de réduction des coûts. Ainsi un hôpital exerçant une activité dont le coût unitaire dépasserait la moyenne de plus d'un écart-type se fera assigner un objectif de réduction de coûts correspondant à l'écart observé. Le Ministère résume le procédé de la façon suivante :

« Si toutefois un objectif financier de réduction de coûts a été déterminé et que cet objectif est (sic) atteint, c'est-à-dire, que le niveau vérifié des dépenses totales est (sic) inférieur au budget après soustraction d'un objectif de réduction de coûts, rétablissement pourra bénéficier de cinquante pour cent de l'écart entre les dépenses et le budget ainsi établi, mais le montant de l'objectif financier sera

cependant soustrait de la base de calcul du budget des années subséquentes ». ¹²⁰

[148]

Pour résumer l'ensemble de la formule, le *Guide* fournit l'exemple suivant :

a)	Budget global avant déduction de l'objectif de réduction de coût	1 200 000 \$
b)	Dépenses réelles vérifiées pour l'exercice	1 000 000 \$
c)	Économie brute (A - B)	200 000 \$
d)	Incitatif à 10%	20 000 \$
e)	Objectif de réduction de coût	100 000 \$
f)	Budget global après déduction de l'objectif de réduction de coût	1 200 000 \$
g)	Surpassement de l'objectif (F - B)	1 100 000 \$
h)	Incitatif de réduction de coût (50 %) de G	100 000 \$
i)	Incitatif total pour l'exercice (D + H)	50 000 \$
j)	Base de calcul du budget pour l'année subséquente	70 000 \$
k)	Incitatif possible pour l'année subséquente de (10% de l'écart entre \$1,100,000. et \$1,000,000.)	1 100 000 \$

L'*Ontario Hospital Services Commission* introduisit le budget global en 1969 et lui greffa l'année suivante un ensemble de dispositions destinées à promouvoir l'efficacité. L'élaboration du budget des hôpitaux de cette province se distingue du processus québécois en ce qu'elle se fonde sur les prévisions de la demande de services plutôt que sur l'application d'un coefficient uniforme d'augmentation du budget. La *Commission* se déclare d'ailleurs disposée à majorer ses crédits en cours d'année si les prévisions s'avèrent incorrectes. Le tableau 7 schématise les principes qui guident ses décisions.

¹²⁰ Ministère des Affaires sociales, *Guide...*, *op. cit.*, pp. 13-14.

[149]

TABLEAU 7

*Politique de l'ONTARIO HOSPITAL SERVICES COMMISSION
relative aux variations du nombre de patients-jours.*

Patients-jour	Nombre de patients	Durée du séjour	Politique de la Commission
Augmentation ou aucun changement	augmentation	aucune variation ou diminution	autorisera des crédits supplémentaires
Diminution	aucun changement ou diminution	diminution	ne réduira pas le budget
Augmentation	diminution	augmentation	n'acquiescera pas automatiquement à des crédits supplémentaires

Source : Ontario Hospital Services Commission, *A Program of Financial Incentives for Hospitals*, miméo, Toronto, 12 mars, 1970, p. 3.

Quant au système d'incitations prévu, la politique ontarienne distingue les économies permanentes des économies passagères attribuables à des circonstances particulières. Dans ce dernier cas, l'hôpital retient 10 pour cent pour son libre usage, sans que les crédits des années subséquentes n'en soient affectés. Dans l'autre cas, l'hôpital a la liberté de choisir sa « récompense » à l'intérieur de l'alternative résumée à la dernière colonne du tableau 8.

[150]

TABLEAU 8
*Formule d'incitation à l'efficacité
 Ontario*

<i>Types d'économies</i>	<i>Économies passagères</i>	<i>Économies permanentes</i>
Sources	<ul style="list-style-type: none"> - circonstances passagères - remplacement différé de personnel - dépenses différées - transformations expérimentales de l'organisation 	<ul style="list-style-type: none"> - gestion plus efficace - hausse de productivité du personnel - substitution de capital au travail
Part des économies retenues	10%	<i>option :</i> 1) 90% ou 2) 75% du 1er 1/2% du budget + 80% du 2e 1/2% du budget + 85% du 3e 1/2% du budget + 90% de toute économie supplémentaire
Réduction du budget de l'année suivante	aucune — les économies n'abaissent aucunement les crédits ultérieurs	<i>option :</i> 1) La totalité des économies soustraites au budget de l'année suivante 2) La totalité des économies soustraites, mais 60% des sommes retenues sont ajoutés au budget de l'année suivante.

Source : Ontario Hospital Services Commission, *A Program . . . , op. cit.*, p. 17.

[151]

L'hôpital jouit également du pouvoir d'affecter ses fonds propres aux investissements de son choix, mais à la condition que la valeur actualisée des économies escomptées s'avère supérieure au coût du projet. Si les économies escomptées dépassent le coût de l'investissement, l'hôpital est autorisé à conserver chaque année le plein montant des bénéfices ainsi calculés.

Appréciation : Après cette description des réformes apportées au financement des hôpitaux du Québec et de l'Ontario, il est opportun de soulever un certain nombre de questions que suscite le nouveau régime. Reconnaissons d'abord que par rapport au contrôle minutieux qu'on exerce présentement sur chaque article du budget, l'enveloppe budgétaire confère au producteur décentralisé une flexibilité de gestion accrue. Le principe est sain en soi, puisque l'administrateur connaît mieux que quiconque les exigences de la fonction de production. L'autorité centrale réserve alors ses efforts à la coordination et à l'aménagement des équipements et peut ainsi s'employer à raffiner ses formules de financement à mesure que l'expérimentation se poursuit. Du côté des administrations décentralisées d'autre part, il n'est pas établi que le nouveau régime suscite l'enthousiasme universel. Nous savons maintenant que l'ancien système n'était pas aussi contraignant que ne le laissaient croire les modes d'approbation des budgets. La plupart des administrateurs connaissaient les règles du jeu et maîtrisaient l'art de s'en servir. Le nouveau régime pour sa part, les oblige à se comparer à des institutions semblables à elles, ce qui peut ne pas être toujours flatteur.

Rappelons aussi que l'obtention de nouveaux crédits d'investissement ou l'introduction de nouveaux services exigent l'approbation du Ministère. On conçoit qu'un grand nombre d'hôpitaux éprouveront une certaine nostalgie du passé.

Il est clair que le principe du budget global ne résout rien en lui-même. L'intensité des pressions s'exerçant sur les administrateurs en faveur de l'efficacité dépendra tout autant du taux d'augmentation des dépenses qu'on leur allouera par rapport à l'année de base, que des incitations théoriques qui s'exerceront sur eux. Les restrictions budgétaires deviendraient par exemple très peu contraignantes si l'enveloppe budgétaire comportait des accroissements très prononcés

par rapport aux années antérieures. Ainsi en choisissant 1970 comme année de base, le Ministère entend allouer ses crédits à partir des dépenses effectivement encourues par les hôpitaux plutôt qu'à [152] partir des crédits budgétaires prévus un an plus tôt. La règle ne manque pas de réalisme, mais gonfle sensiblement les budgets de départ. Un autre aspect susceptible d'affecter le degré de contrainte de l'enveloppe budgétaire provient de l'impact qu'exerceront les résultats de la négociation des salaires qui se fait, comme on le sait, au niveau provincial. Le Ministère se doit de faire respecter ses engagements au plan des salaires et de la définition des tâches. Il n'en reste pas moins que selon les résultats de cette négociation, l'enveloppe budgétaire approuvée se montrera généreuse ou restrictive. Quant aux prévisions de dépenses non salariales, il faut éviter le recours abusif aux indices de prix. Les lacunes inhérentes à la construction de ces derniers sont bien connues. Fussent-ils d'une précision rigoureuse, il resterait encore à décider de la qualité des services hospitaliers qu'on désire. Si, comme il le répète, le gouvernement entend maintenir la qualité des services offerts au cours de l'année de base et qu'en même temps il veuille réduire l'écart entre les coûts moyens du Québec et ceux des autres régions, il devra compter uniquement sur des gains de productivité.

La nouvelle formule vise à infléchir les activités de l'hôpital dans le sens de l'efficacité par l'introduction d'un aiguillon semblable à celui que représente le profit dans le secteur privé. Bien que partiellement valide, l'analogie ne peut pas se faire intégralement. Dans le secteur privé, le profit mesure, du moins partiellement, le talent de l'administrateur à répondre aux besoins du consommateur. Le marché définit en quelque sorte les critères de performance. L'entreprise publique par contre ne vend pas directement son produit au consommateur. Ça ne sera donc pas le jugement de ce dernier qui décidera en dernier ressort du niveau du surplus budgétaire. Celui-ci ne constituera un indice de bonne gestion que dans la mesure où le Ministère saura choisir judicieusement ses critères de performance. Or on connaît les difficultés que présente l'identification du produit de l'institution hospitalière.

À ce sujet rappelons que les anciennes règles de détermination des budgets, de même que la statistique officielle, avaient choisi le nombre de patients-jours comme mesure de l'output de l'hôpital. Les analystes du système hospitalier sont à peu près unanimes à condamner cette

façon de procéder. On s'entend généralement pour lui substituer le nombre de cas traités, indice qui serait lui-même pondéré par le coût relatif des différentes catégories de traitement. Cette [153] sorte de pondération est en effet indispensable en raison de l'effet différentiel qu'exerce chaque groupe de maladies sur le budget de dépenses de l'hôpital.

À titre d'illustration, on peut faire état de l'approche adoptée par l'Ontario dans la détermination du budget des universités. Les programmes scolaires des universités sont partagés en huit catégories, affectées chacune d'une pondération variant de 1.0 à 6.0. L'étudiant à temps plein inscrit au cours général de la *Faculty of Arts and Science* obtient une pondération égale à l'unité. L'étudiant en médecine de son côté obtient une pondération de 5,0 et les étudiants de troisième cycle (doctorat, à l'exception de ceux de première année qui s'inscrivent directement au doctorat) obtiennent une pondération de 6,0. La subvention de l'université se calcule alors en multipliant le nombre d'étudiants ainsi pondérés par l'allocation unitaire adoptée, qui se trouve à définir la priorité que le gouvernement accorde à l'enseignement supérieur. Les frais de scolarité moyens de chaque catégorie d'étudiants sont soustraits de ce produit.

La simplicité de la formule a quelque chose d'attrayant. Les pondérations retenues sont censées tenir compte des variations de coûts par étudiant qu'impliquent les différents programmes scolaires. Malheureusement l'adoption de coefficients de pondération valables suppose une connaissance rigoureuse de la fonction de production des différents départements. Or dans ce domaine comme dans celui de l'hôpital, la relation input-output n'est pas facile à circonscrire. Les erreurs d'appréciation peuvent devenir coûteuses. Ainsi advenant que pour un programme particulier les pondérations ne correspondent pas aux coûts unitaires réels ou encore qu'il y ait un écart considérable entre le coût moyen et le coût marginal, il devient avantageux pour l'université de privilégier les programmes à coûts de production surévalués. Le niveau des subventions obtenues s'en trouve accru d'autant. C'est ainsi que de nombreux critiques ont dénoncé la pondération trop élevée accordée en Ontario aux étudiants de troisième cycle et qui a entraîné une expansion injustifiable des programmes.

Ce que l'argumentation qui précède signifie pour le financement des hôpitaux, c'est qu'il faut choisir avec grand soin les critères qui

permettent de diviser par catégories les services hospitaliers. La première condition à remplir pour satisfaire à cette exigence est que la comparaison interinstitutionnelle des coûts moyens se fasse à [154] partir des types de traitements offerts plutôt que des jours-patients. Cette approche trancherait davantage avec la philosophie du passé. Avant d'être adoptée, elle exige aussi une connaissance poussée des coûts relatifs des traitements.

À court terme l'approche du Ministère qui consiste à calculer le coût unitaire d'activités particulières ne manque pas de fondement, surtout qu'on y discerne un effort sérieux pour définir des unités de mesure d'output plus appropriées que ne l'était le patient-jour.¹²¹ Ainsi les unités d'output des soins infirmiers associés aux maladies aiguës s'expriment par le nombre de malades traités (voir à ce sujet le tableau 6). La méthode laisse plus à désirer dans le cas d'autres activités. Ainsi l'output des salles d'opération et des laboratoires est défini par le nombre d'actes accomplis, c'est-à-dire par ce qui revient à l'input. La méthode offre aussi, d'autre part, l'avantage de ne pas dépayser inutilement les administrations hospitalières en constituant des catégories qui leur sont familières.

Dans le cadre de l'analyse du financement des hôpitaux, il serait opportun de revenir sur une question déjà abondamment traitée au chapitre II, et qui a trait aux économies d'échelle. Dans la mesure où l'objectif de réduction des coûts assigné à un hôpital particulier lui est fixé d'après sa position relative par rapport à l'ensemble des hôpitaux, la formule retient implicitement l'hypothèse que les rendements sont constants ou, si l'on veut, que les économies d'échelle sont inexistantes dans l'hôpital. Pour être valable en effet, la comparaison interhospitalière des coûts moyens doit retenir ce postulat. Autrement il faudrait regrouper les hôpitaux suivant leur taille et fixer à chaque

¹²¹ Elle reste un moindre mal cependant. Si comme le suggère les résultats d'Evans, résumés aux pages 51-52, les variations de coût moyen sont en grande partie imputables à la nature des maladies traitées et à la composition âge-sexe des patients, on doit prévoir que deux hôpitaux, également efficaces par ailleurs, affichent des coût moyens différents. Les crédits budgétaires devraient alors être aussi différents.

groupe des normes particulières. ¹²² Fort heureusement il semble bien que cette hypothèse soit la plus conforme à la réalité. [155]

On se souvient que l'étude d'Evans attribuait plus de 85 pour cent des variations interhospitalières de coût moyen à la nature du traitement dispensé, ainsi qu'à la composition âge-sexe des patients mais qu'elle n'attribuait aucun rôle à la taille.

Disons enfin que le nouveau mode de financement des hôpitaux s'appuie en principe sur des schémas analytiques valables et offre des possibilités sinon des assurances d'économies. Il lui reste à faire ses preuves et à subir le rodage de l'expérimentation. Nos connaissances actuelles nous interdisent de vouloir en prédire toutes les conséquences, de même que l'orientation définitive que prendra le système. Après seulement deux ans d'expérience, on a observé en Ontario que les administrations hospitalières profitaient de l'ambiguïté caractérisant la notion de services pour en augmenter artificiellement le nombre et élargir de cette façon leur enveloppe budgétaire. Voilà une déviation que les planificateurs n'avaient pu prévoir et dont le parallèle pourrait vraisemblablement se reproduire au Québec.

Le lecteur aura noté que dans les pages qui précèdent l'étude du financement des hôpitaux s'est faite comme si la profession médicale n'intervenait d'aucune façon dans la gestion des ressources ou du moins que sa présence à l'hôpital restait strictement passive. Cette hypothèse ne saurait être plus contraire à la réalité. Le médecin, on le sait, exerce un rôle déterminant dans l'usage des ressources de l'hôpital. Et si l'on devait d'ici quelques années passer du financement par catégories d'activités au financement par catégories de maladies, la question de la place du médecin dans la gestion des ressources hospitalières s'en trouverait posée de façon encore plus évidente. Comme le suggérait un auteur américain, "It is doubtful however, that much discretion is available to (the hospitals) as distinct from the attending physician". ¹²³ C'est la même idée qu'exprimait le sous-ministre adjoint au

¹²² C'est sans doute ce qu'a à l'esprit le sous-ministre adjoint au financement, lorsqu'il parle d'un « ensemble d'établissements analogues ». Voir à ce sujet *Guide budgétaire ... op. cit.*, p. 10.

¹²³ C. Forget, « Expérience du budget global », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. XVII, no 7, juillet 1971, p. 20.

financement lorsqu'il affirmait « qu'il va sans dire qu'il serait futile d'aborder cette question sans la collaboration de la profession médicale ». ¹²⁴

[156]

¹²⁴ C. Forget, « Expérience du budget global », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. XVII, no 7, juillet 1971, p. 20.

[157]

Le prix de la santé

Chapitre VII

Rentabilité des investissements en santé

[Retour à la table des matières](#)

Quoi qu'on dise, la société opulente n'est pas encore arrivée. Pour un bon moment encore l'humanité devra résoudre le problème de la rareté. Les ressources humaines et physiques ne sont pas suffisantes pour satisfaire tous les besoins de la population. Ce qui veut dire que des choix sont à faire, choix que chaque individu effectue quotidiennement dans les limites imposées par son budget. Il demeure donc pertinent aujourd'hui d'économiser les ressources rares pour satisfaire le plus de besoins possible. En un mot il convient d'éviter de s'imposer des raretés artificielles.

L'ampleur de son budget ne libère pas l'État non plus de la nécessité de choisir, d'établir des priorités. Chaque année se pose pour lui comme pour les individus la question de savoir où mettre l'accent. Quel secteur privilégier ? La santé, le bien-être, l'éducation, la voirie, l'installation d'infrastructures reliées au développement [158] industriel, l'investissement physique ou l'investissement humain, la consommation ou l'épargne ? Le précepte de l'économiste est d'affecter à chaque secteur ou ministère les ressources qui font que chaque dollar supplémentaire procure à la société un bien-être égal à l'utilité que le consommateur retire d'un dollar de biens privés. Outre que cette proposition n'est pas toujours opérationnelle, il se trouve que les ministères ou les services se comparent davantage à des éponges

qu'à des ordinateurs. Comme pour l'ensemble des institutions à but non lucratif, la quantité de ressources qu'ils sont en mesure d'absorber est à peu près illimitée et la rentabilité des affectations qu'ils font reste le plus souvent ignorée.

Le rôle de l'économiste en est un de technicien social. Il essaie d'évaluer les implications des choix qui se posent. Ce rôle s'avère sensiblement plus facile dans un univers où les produits sont tangibles, comme c'est le cas par exemple dans l'étude de la rentabilité d'un pont. Par contre dans des domaines où les objectifs sont souvent assez mal définis, comme dans les secteurs de la santé, de l'éducation et du bien-être, les travaux de l'économiste demeurent utiles bien que plus aléatoires. Quoi qu'il en soit, les problèmes d'allocation que pose le budget de la santé imposent le recours aux services de l'économiste : allocation des ressources entre programmes, entre organismes ou institutions, entre clientèles, entre emplacements, entre modes de contrôle de la maladie (recherche, prévention, traitement), allocation des ressources dans le temps entre générations, etc.

L'analyse que nous proposons de la rentabilité des dépenses de santé se fera par une triple démarche. Nous étudierons d'abord la fonction de production de la santé, c'est-à-dire la relation entre les inputs physiques et les outputs. Dans une deuxième étape, nous exprimerons en langage économique la contribution qu'apporte au bien-être l'amélioration de la santé ; nous soulèverons, de ce fait un certain nombre de difficultés d'estimation que soulève la traduction en dollars des services de santé. Enfin dans une dernière étape nous essaierons d'évaluer le sens qu'on peut donner à l'objectif social d'égalité des chances en matière de santé.

[159]

Fonction de production de la santé

La santé est un bien. Pour l'obtenir ou l'améliorer il faut faire appel à des ressources rares. Il existe en effet une relation entre l'output qui est l'amélioration du niveau de santé et les différents inputs qui y mènent, tels les visites au médecin, un revenu supérieur, un milieu plus salubre, un programme d'immunisation, une meilleure éducation et d'autres facteurs encore. Cette relation entre input et output constitue

ce qu'on appelle la fonction de production. On le devine maintenant, la question n'est pas de savoir si la disponibilité d'eau potable est nécessaire à la santé, mais plutôt d'évaluer l'effet qu'aura sur le niveau de santé de la population une augmentation donnée de la qualité de l'eau. On peut s'interroger aussi sur l'effet que produiraient une consommation accrue de services médicaux, une politique plus sérieuse de protection du milieu, un programme généralisé ou partiel de dépistage du cancer ou encore, tenter de prévoir l'incidence qu'aurait sur la santé l'adoption d'un système amélioré de secours sur les principales voies routières. Il s'agit donc pour l'économiste de déterminer la contribution d'une augmentation donnée de dépenses à l'amélioration de l'état de santé.

Mode et difficultés d'évaluation : La notion de fonction de production peut s'appliquer à l'industrie de la fabrication du fromage tout comme à l'industrie des services de santé. Le concept reste le même mais l'identification de la fonction de production de la santé constitue un travail sensiblement plus compliqué. Ce qui ne veut aucunement signifier que l'on doit négliger ce secteur sous prétexte qu'il s'agit d'un monde difficile à cerner, bien au contraire. Il faudrait alors supposer que les décisions adoptées par quelques « sages », décisions fondées sur de simples présomptions et qui ne sont d'ailleurs que rarement explicitées, seraient supérieures aux politiques découlant de travaux systématiques destinés à objectiver les effets des différents programmes. Si l'univers est complexe, il l'est pour tout le monde, y compris pour les « sages ». Ces derniers présentent aussi un inconvénient grave, celui de disparaître tôt ou tard.

La première difficulté, commune à toutes les analyses de rentabilité, provient du fait que les frais encourus pour l'amélioration de la santé engendrent leurs bienfaits ou leurs bénéfices sur une période plus ou moins longue, généralement différente de la période pendant laquelle les dépenses sont effectuées. On sait qu'un dollar [160] n'a pas la même valeur aujourd'hui que l'année prochaine. À un taux d'intérêt de 5 pour cent disons, on peut avec 1 \$ aujourd'hui obtenir 1,05 \$ demain. L'appréciation correcte des coûts et des bénéfices exige donc que toutes les valeurs soient ramenées à une base unique par la technique de l'actualisation. Il s'agit là cependant d'une difficulté commune à l'étude de la rentabilité de tout investissement, privé ou public, physique ou humain.

L'obstacle le plus difficile à surmonter réside sans contredit dans l'appréciation ou la mesure de l'output ou du produit que l'on cherche à obtenir par l'allocation des ressources que l'on fait à la santé. La plupart des études mesurent le niveau de santé d'une population par les taux de mortalité générale ou spécifique. Cette façon de mesurer le produit se justifie du fait que les données sont facilement disponibles, mais elle ne tient malheureusement compte que d'un aspect de la santé, si important qu'il soit.¹²⁵ Les dimensions d'invalidité, de contamination, de morbidité, etc., en sont totalement omises. Un certain nombre d'auteurs se sont employés à corriger cette lacune par la construction d'indices plus exhaustifs. Le rapport américain *Toward A Social Report*¹²⁶ fait appel à un indice de santé qu'il appelle l'espérance de « vie en santé ». Il retranche de l'espérance de vie totale, le temps passé alité ou dans une institution. Peut-on vraiment dire cependant que cet indice fournisse beaucoup plus d'information que la statistique générale sur l'espérance de vie ?

Résultats empiriques concernant la relation input-output : Quelle que soit la mesure de l'output qu'on adopte finalement, il reste à établir la relation entre le niveau de santé et les nombreux facteurs qui l'affectent. La liste en est longue et incorpore des éléments aussi divers que les services de santé eux-mêmes, le milieu physique et social, le niveau d'éducation, le type d'occupations, les habitudes, et [161] combien d'autres encore. Comment mesurer la contribution respective de chacun de ces facteurs à l'objectif final qui est l'amélioration du niveau de santé ?

L'accord est à peu près universel pour attribuer le déclin des taux de mortalité de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècle à la généralisation des mesures sanitaires comme la disponibilité d'eau potable,

¹²⁵ Comme le signifiait un auteur américain, "... medical care in America has now fortunately reached the point where reduction in mortality is a relevant measure for only a very small fraction of the cases that benefit from medical care ; patients are not merely cured or dead, they are cured more or less completely, quickly or slowly, painfully or in reasonable comfort". M.S. Feldstein, "Improving Medical Care Price Statistics", *American Statistical Association, 1969 Proceedings of the Business and Economic Statistics Section*, Washington, p. 363.

¹²⁶ *Toward a Social Report*, U.S. Department of Health, Education and Welfare, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1969, pp. 1-13.

l'installation de systèmes d'égout et l'éducation de la population aux pratiques d'hygiène personnelle. En ce qui a trait aux dernières décennies cependant, les divergences d'opinions sont grandes. Selon Fuchs, les conditions du milieu auraient exercé un effet négatif sur les taux de mortalité. Ce n'est donc que grâce à l'expansion des services de santé que le taux a pu demeurer stable au cours de la période, compensant ainsi l'effet négatif du premier facteur. ¹²⁷

L'impact de la détérioration du milieu justifie la multiplication d'études sur la relation entre la santé et le degré de pollution. Un certain nombre de travaux entrepris par quelques pionniers ont cherché à établir le rapport entre la pollution de l'air et les taux généraux et spécifiques de mortalité. Les résultats obtenus par Lave et Seskin à partir d'un échantillon de 117 villes américaines en 1960, révèlent l'existence d'une relation marquée entre la pollution de l'air et les taux de mortalité, une fois supprimé l'effet des autres variables explicatives de la mortalité. Ainsi une baisse de dix pour cent de la quantité de particules et de sulfate en suspension dans l'air entraîne une baisse du taux général de mortalité de 0,9%. L'espérance de vie d'un nouveau-né augmenterait de 3 à 5 ans sous l'effet d'une réduction de 50% de la pollution de l'air. ¹²⁸ Même s'ils [162] ne sont pas définitifs, ces résultats peuvent servir d'indice des bénéfices qu'on peut attendre d'une politique de protection du milieu.

De même la relation entre revenu et santé reste imprécise et appelle encore de nombreuses recherches. On admet généralement qu'en soi le revenu exerce un effet favorable sur le taux de survie des enfants, mais par contre chez les adultes, l'alimentation, la sédentarité et le stress qui accompagnent généralement la hausse du revenu exerceraient des effets

¹²⁷ Cité dans H.E. Klarman, "The Contribution of Health Services to Economic Growth and Well-Being", in *Federal Programs for the Development of Human Resources, a compendium of papers submitted to the Subcommittee on Economic Progress of the Joint Economic Committee*, Congress of the United States, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1968, p. 454.

¹²⁸ L.B. Lave et E. Seskin, "Air Pollution and Human Health", *Science*, vol. 169, no 3947, août 1970, pp. 723-732, et "Health and Air Pollution, the Effect of Occupational Mix", *Swedish Journal of Economics*, vol. 73, no 1, mars 1971, pp. 76-95.

néfastes, principalement, et c'est statistiquement vérifié, par les maladies du coeur et le diabète qu'ils engendrent.

Qu'en est-il cependant de l'ensemble des maladies ? Dans une étude statistique des variables expliquant les jours de travail perdus par suite de maladies, J.P. Newhouse ¹²⁹ conclut que la pauvreté s'avère néfaste pour les gens de 45 à 64 ans, mais qu'elle ne constitue pas une variable significative pour la population âgée de 17 à 44 ans. Ce phénomène en apparence bizarre s'expliquerait selon l'auteur de la façon suivante : jusqu'à l'âge, disons moyen, l'état de santé des pauvres ne serait pas sensiblement différent de celui des riches, mais ces derniers vieilliraient moins rapidement.

On s'étonnera peut-être d'apprendre aussi que dans l'état actuel des connaissances, il semble exister peu de liaison entre l'état de santé d'une population et l'intensité d'utilisation qu'elle fait des services de l'hôpital. ¹³⁰

L'analyse des nombreux facteurs résumée ci-dessus pose aux statisticiens une difficulté précise : isoler le rôle respectif de chacun des facteurs dans l'amélioration de l'état de santé. Les différentes variables en effet sont la plupart du temps reliées entre elles, de sorte que les instruments statistiques ne permettent pas toujours d'identifier [163] la contribution de chacune d'entre elles. Ainsi la corrélation entre le nombre de visites au médecin et l'état de santé d'une population est le résultat d'un double effet. D'une part on peut établir que les visites au médecin ont un effet positif sur l'état de santé, mais d'autre part il s'avère que c'est la population la plus malade qui fréquente le plus fréquemment le médecin. Il n'est pas rare non plus que les patients soient atteints de plus d'une maladie à la fois.

¹²⁹ J.P. Newhouse, "Days Lost from Work Due to Sickness". In H.E. Klarman, (sous la direction de) *Empirical Studies in Health Economics*, The Johns Hopkins Press, Baltimore, Md., 1970, p. 64.

¹³⁰ "The relationship between hospital bed use and the health status of a population has not been determined, Wide variations in hospital use are known to occur, however, among populations and régions. No evidence has been presented that lower hospital use, within the known range, is unfavorable to health", H.E. Klarman, "Approaches to Moderating the Increase in Medical Care Costs", *Medical Care*, vol. VII, no 3, mai-juin 1969, p. 178.

Une dernière variété de fonctions de production nous est révélée par la relation entre la fréquence des accidents d'automobiles et les caractéristiques d'une route ou d'un système routier en général. Les ingénieurs de la voirie disposent en effet de données sur les probabilités d'accident associées à différents types de routes et à la densité de la circulation. La qualité du revêtement, les inclinaisons, le nombre de courbes, la vitesse maximum permise, pour n'en citer que quelques-uns, sont autant de facteurs déterminants. Dans le choix du type de routes qu'il construit, le ministère de la Voirie révèle donc, de façon explicite ou implicite, le prix qu'il attache à la vie humaine.

Amélioration de l'état de santé et bien-être

À plusieurs égards il n'est pas suffisant de connaître la fonction de production de la santé. En particulier pour pouvoir établir un rapport entre, d'une part la contribution des dépenses de santé au bien-être de la population et d'autre part, différents biens comme par exemple une formation plus poussée ou un stock de logements plus approprié, il faut pouvoir attribuer une valeur à une amélioration quelconque de l'état de santé. Pour faciliter cette comparaison entre biens hétérogènes, l'économiste apprécie l'augmentation de bien-être en unités de mesure communes, c'est-à-dire en dollars. En régime « libéral » où l'individu est juge ultime, la mesure du bien-être découlant d'une activité quelconque nous est révélée par le prix que les gens sont disposés à payer pour obtenir le bien ou le service. Ainsi pour évaluer la contribution de l'industrie des services de santé au bien-être de la population, il suffirait en principe de calculer les sommes que les individus affectent à l'acquisition de services médicaux et hospitaliers, de médicaments, etc. Tout comme on peut mesurer la contribution de l'industrie de la chaussure au bien-être de la population par la valeur de la consommation de chaussures au [164] cours d'une période, de la même façon on peut évaluer l'apport de l'industrie de la santé par l'évaluation que l'on fait de sa contribution au produit national brut. ¹³¹

¹³¹ Ces propositions ne sont rigoureusement exactes que pour les consommations marginales. L'ensemble du bien-être social se mesure par la valeur de la consommation à laquelle il faut ajouter le surplus des consommateurs. Une littérature abondante traite des limites du P.N.B. comme mesure de bien-être ;

L'individu qui consent à verser dix dollars pour une visite au médecin exprime implicitement que ce déboursé de même que le temps qu'il y consacre représente pour lui le bénéfice minimum qu'il retire de cette visite en termes d'abaissement du risque d'inconfort, de perte de travail ou de loisir, et même à la limite du risque de mort. En l'absence d'économies externes et d'imperfections du marché et des institutions, le montant des ressources affectées à l'industrie des services de santé constitue donc approximativement l'expression économique du bien-être que la population en retire. À la marge, les bénéfices sont égaux au coût ; l'optimum se réalise. Le même raisonnement s'applique à des initiatives particulières, tels les campagnes de sécurité routière ou les programmes destinés à réduire les risques d'incidence de maladies spécifiques ou les risques de mort.

Les imperfections du marché, et en particulier l'impuissance du consommateur à formuler ses préférences, la présence d'économies externes et les distorsions qu'introduisent les régimes d'assurance, privée ou publique, réduisent la précision de cette mesure, sans toutefois en invalider le principe ou la signification. Si donc les services de santé se vendaient sur un marché « normal », la rentabilité sociale des investissements en santé s'évaluerait par l'écart entre la valeur de la production escomptée et les coûts de l'investissement public ou privé projeté. Il arrive, comme on le sait, que les imperfections du marché et les mécanismes institutionnels qu'on a inventés pour les corriger, telle l'assurance-santé, rendent difficile sinon impossible l'évaluation directe des bénéfices. On a donc dû recourir à des méthodes de calcul indirectes, incomplètes et insatisfaisantes pour apprécier la valeur pécuniaire des programmes de santé. Le [165] plus souvent le procédé a consisté à évaluer la réduction des pertes de production imputables à des investissements particuliers ou à l'ensemble des dépenses. À partir de ce critère, on peut établir en effet que toute maladie entraîne deux types de coûts, directs et indirects. La première catégorie inclut les frais

par exemple, F.T. Juster, "On the Measurement of Economic and Social Performance", in *Economics — A Half Century of Research 1920-1970, 50th Annual Report*, National Bureau of Economic Research, New-York, 1970, pp. 8-24 ; E.F. Denison, "Welfare Measurement and the G.N.P.", *Survey of Current Business*, vol. 51, no 1, janv. 1971, pp.1-8, et N. et R. Ruggles, *The Design of Economic Accounts*, National Bureau of Economic Research, New-York, 1970, pp. 38-60.

d'acquisition des différents services de santé ayant pour objet la prévention, la détection, le traitement de la maladie, la réadaptation ou la recherche. Il s'agit en somme de la rémunération des facteurs de production engagés directement dans l'industrie des services de santé : personnel médical, personnel hospitalier, immobilisation, enseignement, etc. Les coûts directs ne sauraient cependant mesurer le fardeau total de la maladie ou de la mort, car ils omettent, entre autres éléments, les pertes de production inhérentes à ces maux ou à ces traitements.

Ainsi un auteur américain a pu estimer que le coût économique total de la maladie en 1963 s'élevait à plus de 105 milliards \$ aux États-Unis.¹³² La perte ainsi mesurée se fractionnait cependant en différentes composantes dont les principales étaient les suivantes. D'abord les Américains ont affecté une somme de 34,3 \$ milliards à l'acquisition de soins médicaux, de services hospitaliers et de biens de toute espèce, dont en particulier des médicaments. La morbidité, c'est-à-dire le nombre de jours de travail perdus de son côté a valu une perte de 21 milliards \$ à l'économie américaine. Enfin la valeur actualisée de la production perdue en raison de la mortalité en 1963 était estimée à 49,9 milliards \$. Notons en passant que 20 pour cent de cette perte était imputable aux maladies du système circulatoire. Les accidents et blessures venaient au second rang, responsables d'environ 1/8 de l'ensemble des coûts ci-dessus énumérés. Si l'on se rappelle qu'en 1963, la production nationale brute s'élevait à 590,5 milliards \$ aux États-Unis, on obtient ainsi une idée de l'importance relative de la santé dans le bien-être global de l'ensemble de la population.

Si on accepte provisoirement le postulat selon lequel les pertes de production associées à la maladie et à la mort mesurent approximativement ce que la population serait disposée à payer pour n'en être pas victime, on dispose automatiquement d'un indice des bénéfices sociaux découlant de l'industrie des services de santé. Ainsi [166] on peut présumer que la perte de 70,7 milliards \$ de production encourue par les Américains en 1963 se serait élevée à des niveaux sensiblement supérieurs si la population n'avait pas consacré 34,3 milliards \$ à l'acquisition de services de santé. L'écart entre les pertes

¹³² D.P. Rice : "The Direct and Indirect Cost of Illness", in *Federal Programs ... op. cit.*, p. 478.

de production qu'ils auraient subies et les pertes effectives de 70,7 milliards \$ représente pour les Américains le rendement (bénéfices) de l'investissement de 34,3 milliards \$ (les coûts) en santé.

S.J. Mushkin suit une méthodologie semblable lorsqu'elle cherche à estimer l'augmentation du produit national brut américain en 1960 qui serait attribuable à la baisse du taux de mortalité survenue avant 1960. L'auteur choisit 1900 comme année de référence. Or en 1960, la contribution à la production de ceux qui, en l'absence de la baisse de mortalité, seraient décédés avant cette date totalisait 61 milliards \$, relativement à un PNB total de 500 milliards \$. On remarquera cependant que dans cette optique la contribution respective des différents facteurs à la baisse du taux de mortalité n'est pas évaluée. ¹³³ Peut-être n'est-il pas sans intérêt de souligner qu'un certain nombre d'économistes russes ont fait appel à la même méthode pour évaluer l'efficacité du système de santé publique en URSS. ¹³⁴

En s'inspirant de la même approche, on peut indirectement dégager la contribution de programmes particuliers au bien-être de la population en établissant le rapport entre l'accroissement de production ou l'abaissement du coût indirect de la maladie qu'un programme donné comporte et les coûts que son adoption entraîne. C'est ainsi que le ministère de la Santé des États-Unis a défini une mesure de la rentabilité respective d'un certain nombre de programmes de lutte contre les maladies mis au point par les services gouvernementaux. Les résultats sont reproduits au tableau 1.

¹³³ S.J. Mushkin, "Health as an Investment", *Journal of Political Economy*, vol. 70, no 5, partie 2, oct. 1962, p. 46.

¹³⁴ Voir A. Kogan, "The Question of the National Economic Effectiveness of Public Health", *Problems of Economics*, vol. XIII, no 3, juillet 1970, pp. 30-31, traduit de la revue *Ekonomicheskie Nauki*, 1969, no 12.

[167]

TABLEAU 1
*Bénéfices et coûts d'un certain nombre de programmes
 de lutte contre les maladies **

	1968-1972	1968-1972	Ratio bénéfices- coûts
	<i>H.E.W. et autres coûts directs actualisés (millions de \$)</i>	<i>Bénéfices directs et indirects (millions de \$)</i>	
Ceintures de sécurité	2,0	2,728	1351,4
Autres dispositifs de sécurité	0,6	681	1117,1
Éducation des piétons	1,1	153	144,3
Casques de motocyclistes	7,4	413	55,6
Arthrite	35,0	1,489	42,5
Campagne contre l'ébriété au volant	28,5	613	21,5
Syphilis	179,3	2,993	16,7
Cancer de l'utérus	118,7	1,071	9,0
Cancer du poumon	47,0	268	5,7
Cancer du sein	22,5	101	4,5
Tuberculose	130,0	573	4,4
Examen médical à la demande du permis	6,1	23	3,8
Cancer de la figure	7,8	9	1,1
Cancer du côlon et du rectum	7,3	4	0,5

* Les chiffres sont arrondis, de sorte qu'un ratio de la 3e colonne ne correspond pas nécessairement à la division de la 2e colonne par la première.

Source : W. Gorham, « Deux années d'expérience dans l'application du PPBS ou comment améliorer le partage du gâteau public ? » *Analyse et Prévision*, vol. V, no 6, juin 1968, pp. 403-416. Pour une estimation des coûts de différentes maladies, voir D.P. Rice, *Estimating the Cost of Illness*, Health Economics Series, No. 6, U.S. Dept. of H.E.W., Government Printing Office, Washington, 1966, 131 p.

[168]

Plutôt que de dégager nous-mêmes la signification de ces résultats, nous reproduisons ci-après les conclusions de l'instigateur de ces travaux qui les résumait comme suit :

« Les calculs de ratios-bénéfice-coût de chaque programme montrèrent que les programmes anticancéreux concernant les cancers de l'utérus et du sein étaient les mieux placés du point de vue du rendement des dollars investis et du coût par décès évité. L'analyse montra clairement qu'avant d'accélérer les deux autres programmes anticancéreux, la technologie de leur détection devrait être perfectionnée.

Il est apparu que les programmes relatifs aux accidents automobiles et à l'éducation des piétons avaient le potentiel le plus élevé de diminution des décès et blessures pour un investissement très modeste. Le classement des priorités pour l'emploi de crédits supplémentaires au profit des autres programmes recommandait de développer la lutte contre l'arthrite et le cancer de l'utérus, la prévention du cancer du poumon, la lutte contre le cancer du sein, la syphilis et la tuberculose. Une fois tout cela accompli, l'étude recommandait d'élargir l'application du programme de lutte contre le cancer de l'utérus (en l'étendant aux groupes de population où le coût de l'examen et du dépistage était le plus élevé), d'entreprendre l'élimination de la syphilis et de chercher à réduire encore davantage le nombre de cas de tuberculose. » ¹³⁵

La valeur des bénéfiques qui apparaît à la deuxième colonne du tableau 1 a été estimée de la façon indirecte décrite ci-dessus. Sans vouloir évaluer en profondeur la méthodologie adoptée, il convient de souligner le caractère très partiel de la définition de coût utilisée dans cette étude. Seuls les coûts assumés par le gouvernement fédéral sont pris en considération ; ainsi, dans le cas des ceintures de sécurité, on ne tient pas compte des frais à la charge des automobilistes qui représentent la très grande partie des coûts du programme.

Les ingénieurs de la direction des routes de France ont adopté une méthode essentiellement semblable pour évaluer la rentabilité

¹³⁵ W. Gorham, « Deux années d'expérience... » *op. cit.*, pp. 414-415.

d'investissements particuliers en voirie. Lévy-Lambert résume leurs travaux en ces termes :

[169]

Nouveaux marchands de Venise, les ingénieurs des routes retiennent à l'actif des projets diminuant les risques d'accidents (suppression de « points noirs » et élargissement de routes, construction d'autoroutes, etc.) à côté des économies d'essence et des gains de temps, une somme de 150 000 francs (environ 30 000 \$.) par accident mortel évité. Comment ce chiffre a-t-il été calculé ? D'abord en évaluant la valeur moyenne de la contribution que les victimes d'accidents de la route auraient dû apporter à la production nationale. Ensuite en tenant compte des indemnités et du *pretium doloris* attribué par les tribunaux aux ayants droit. Enfin en analysant les statistiques des compagnies d'assurance sur la vie. ¹³⁶

La suppression des pertes de production comme mesure du bien-être ; ses limites : Nous sommes maintenant en mesure de comprendre en quoi le recours à cette méthode de calcul des bénéfices est rempli d'embûches. Le fait est que cet indice ne peut constituer qu'un pis-aller en ce qu'il ne mesure qu'une partie du bien-être que la population retire de l'industrie des services de santé et qu'en plus il le mesure mal. Considérons par exemple la maladie dans ses effets sur l'absence au travail. En vertu des critères économiques de bien-être les avantages d'un investissement qui réduirait l'occurrence de la maladie se mesureraient par le prix que le travailleur-patient serait disposé à offrir pour ne pas en être victime. Sans doute formulerait-il son choix en faisant intervenir le nombre de jours de travail que cet investissement en santé lui ferait récupérer. Rien ne garantit cependant que son évaluation des bienfaits d'une guérison plus rapide corresponde au revenu de travail qu'il recueille. On peut même affirmer avec assurance qu'il y a divergence entre les deux mesures. Indépendamment de toutes considérations de revenu, on doit supposer que l'individu valorise de

¹³⁶ Hubert Lévy-Lambert, *La vérité des prix*. Collection Société, Éditions du Seuil, Paris, 1969, p. 47.

quelque façon le confort procuré, les souffrances épargnées et les loisirs accrus par la guérison accélérée ou l'élimination de la maladie.

Par exemple, le travail des femmes qui restent à la maison pour surveiller et éduquer leurs enfants n'est pas comptabilisé dans le calcul du PNB. Il ne s'ensuit nullement que ces consommateurs particuliers de services de santé ne retirent aucun bénéfice de cette industrie. [170] Lorsqu'on s'en tient donc bêtement aux bénéfices de production pour évaluer les programmes de santé, on rejette implicitement comme tout à fait inutile et improductive toute dépense destinée à maintenir ou à améliorer l'état de santé de ce groupe de femmes. C'est ainsi également que l'élimination instantanée des maladies du coeur augmenterait de 12.4 années l'espérance de vie des hommes de 30 ans. Il s'avère cependant qu'en raison de l'âge de plus en plus avancé de la retraite, l'augmentation de l'espérance de vie active serait inférieure à 1 an. ¹³⁷ L'emploi du PNB comme mesure de bien-être biaise donc les programmes de santé en faveur des jeunes qui sont appelés à participer encore longtemps à la main-d'oeuvre, et contre les personnes âgées, à la retraite ou à la veille de l'être. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, le recours à ce critère devrait amener l'État à couper toutes ses subventions aux retraités et même à les laisser mourir le plus rapidement possible, à moins qu'eux-mêmes ou leurs descendants ne soient en mesure d'assumer les charges qu'ils imposent à la société.

La baisse de l'absence au travail constitue donc une mesure incomplète de la rentabilité économique des investissements en santé qui ont pour effet de réduire le nombre d'heures de travail perdues. Quant aux calculs des bénéfices d'investissements ¹³⁸ qui ont pour effet de retarder la mort, on peut dire avec assurance qu'ils manquent totalement de fondement. Ils sont nettement faux, en analyse économique comme sans doute à tout autre point de vue. Rien ne permet de prétendre que l'attachement à la vie soit fonction du revenu escompté. En théorie du bien-être, la seule mesure valide serait celle qui identifierait le prix que les consommateurs sont prêts à payer pour

¹³⁷ Données citées par H.E. Klarman, *op. cit.*, p. 458.

¹³⁸ Nous désignons ici les 49,9 milliards \$ de production actualisée imputés par D.P. Rice à la mortalité en 1963, de même que les 61 milliards \$ attribués par S.J. Mushkin à la baisse du taux de mortalité depuis 1900, dont il a été question auparavant.

réduire d'une fraction donnée la probabilité de mourir au cours d'une période donnée.¹³⁹ Cette formulation n'a rien d'éthéré [171] puisqu'une bonne partie de ce que les gens affectent à l'achat de services de santé a précisément pour objet de réduire les risques de mort. La difficulté provient de l'impossibilité d'isoler la part des dépenses assignée par les consommateurs à cette fin. On peut cependant se demander en conclusion de cette argumentation, et à l'instar de Mishan,¹⁴⁰ s'il vaut mieux mesurer de façon grossière des concepts valides que de mesurer avec précision des concepts sans signification économique.

La critique formulée ci-dessus à l'endroit de la méthode indirecte d'estimation des bénéfices peut s'adresser tout aussi pertinemment aux auteurs Weisbrod, Dublin et Lutka qui lui ont substitué le calcul de l'épargne nette des survivants.¹⁴¹ Il conviendrait selon eux de retrancher de la production actualisée des survivants la valeur de leur propre consommation de façon à identifier leur production nette, c'est-à-dire la contribution qu'ils apportent au gâteau que les autres membres de la société se partageraient. La contribution des survivants se limiterait alors à cette partie de la production (épargne) qui est léguée aux héritiers, ainsi qu'au solde net des contributions fiscales (valeurs des taxes payées moins bénéfices reçus du secteur public). Inutile de préciser que ce procédé soulève les mêmes objections que le précédent puisqu'il fait totalement abstraction des préférences des victimes potentielles de la mort.

Autres critères de rentabilité : Inspiré par le souci de contourner ces difficultés méthodologiques, l'emploi d'un deuxième critère de hiérarchisation des bénéfices s'est accrédité depuis quelque temps. La technique consiste à évaluer le coût par mort évitée grâce à une dépense

¹³⁹ E.J. Mishan a, dans un article récent, donné le coup de grâce à tous ces laborieux calculs de production actualisée imputable à la baisse du taux de mortalité ; E.J. Mishan, "Evaluation of Life and Limb : A Theoretical Approach", *Journal of Political Economy*, vol. 79, no 4, juillet-août 1971, pp. 687-705.

¹⁴⁰ Mishan, *Ibid.*, p. 705.

¹⁴¹ Un résumé plus complet de cette question et des autres embûches de l'analyse avantages-coûts apparaît dans A.R. Prest et R. Turvey, "Cost-Benefit Analysis : A Survey", *Economic Journal*, vol. 75, no 300, déc. 1965, pp. 683-735.

déterminée. Le calcul se fait en établissant la somme des coûts actualisés d'une initiative donnée au cours d'une période et en divisant cette somme par le nombre de morts épargnées en vertu de ce programme. C'est ainsi que les travaux du ministère de la Santé des États-Unis, dont nous avons fait le résumé au tableau 1, présentent en parallèle les résultats de l'emploi des deux techniques. Ce sont ces résultats que résume le tableau 2.

[172]

TABLEAU 2

*Comparaison de deux méthodes
d'évaluation de la rentabilité*

	<i>Ratio-bénéfices- coûts</i>	<i>Coût du programme par mort évitée</i>
Ceintures de sécurité	1351,4 (1)	87(1)
Autres dispositifs de sécurité	1117,1 (2)	103 {2)
Éducation des piétons	144,3 (3)	666 (3)
Casques de motocyclistes	55,6 (4)	3,300 (4)
Arthrite	42,5	N.D.
Campagne contre l'ébriété au volant	21,5 (5)	5,800 (6)
Syphilis	16,7 (6)	22,300 (10)
Cancer de l'utérus	9,0 (7)	3,500 (5)
Cancer du poumon	5,7 (8)	6,400 (7)
Cancer du sein	4,5 (9)	7,700 (8)
Tuberculose	4,4 (10)	22,800 (11)
Examen médical à la demande du permis	3,8 (11)	13,800 (9)
Cancer de la figure	1,1 (12)	29,100 (12)
Cancer du côlon et du rectum	0,5 (13)	42,900 (13)

Source : Voir tableau 1.

L'avantage de cette deuxième formule d'évaluation de dépenses ou de programmes particuliers est de libérer l'analyste de l'obligation de porter un jugement sur la valeur de la vie humaine et surtout d'établir des comparaisons entre la valeur des vies humaines de groupes particuliers. Par ailleurs, le gain ainsi réalisé en simplicité ne résout en rien la difficulté d'exprimer en dollars la contribution de ces investissements au bien-être de la population. Quoi qu'il en soit, on observera que si l'on devait établir les priorités à partir de la deuxième formule plutôt que de la première, la hiérarchie s'en [173] trouverait sensiblement modifiée. Par exemple la hiérarchie fondée sur le coût par vie sauvée donne à l'examen médical obligatoire des conducteurs la priorité sur le contrôle de la syphilis et le traitement de la tuberculose, soit une relation inverse de celle qu'on obtenait par l'autre méthode.

Accès aux services de santé

L'évaluation des investissements en santé ne se limite généralement pas au seul aspect de la rentabilité. Elle peut aussi porter sur la diffusion de la santé et des soins sanitaires à travers les différentes couches de revenu. Deux expressions ont cours pour exprimer cette idée, le « droit à la santé » et « l'égalité des chances en santé ». Ces concepts n'ont cependant pas encore reçu de définition opérationnelle utile à l'évaluation.

Droit à la santé : En tant qu'associée à la redistribution, cette expression n'a pas de signification économique précise. C'est-à-dire que l'économiste ne dispose pas de critère pour apprécier la vertu d'une distribution donnée par rapport à une autre. L'Organisation mondiale de la santé a conféré à cette consigne « idéologique » la signification suivante : « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ». ¹⁴²

Le mot « capable » de cette citation soulève à notre avis des difficultés insurmontables. Si le mot désigne la liberté qu'a l'individu

¹⁴² Citation tirée du *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, volume III, *Le développement*, tome I, Éditeur officiel du Québec, Québec, 1971, p. 181.

d'entreprendre les initiatives qui lui conviennent pour améliorer son état de santé, l'expression revêt une portée très limitée. Si par contre on veut désigner tout ce que le progrès des connaissances médicales et technologiques rend possible, la notion manque manifestement de réalisme dans un monde où la rareté n'a quand même pas été supprimée. Il se peut aussi qu'on veuille signifier que la santé doit faire l'objet d'un traitement privilégié par l'État ou par quelque autre moyen en raison du fait que ses bienfaits débordent le seul individu qui en jouit pour rejaillir sur l'ensemble [174] de la collectivité (économies externes). La société aurait alors avantage à rendre à tout le monde l'accès possible à un minimum de ce bien. C'est en tout cas le précepte qui se dégage de la théorie économique du bien-être. Même en ce sens précis cependant l'expression ne fait que déplacer la difficulté dans la mesure où les économies externes de la santé doivent faire l'objet d'une évaluation empirique. Le droit à la santé comme tous les autres droits est donc un concept abondamment utilisé mais difficile à préciser autrement qu'en termes de consensus, objet des processus politiques. Son caractère très relatif le rend de toute façon sujet à des interprétations diverses et surtout changeantes.

Égalité des chances : La notion d'égalité des chances en santé est associée de près au concept précédent en ce qu'elle touche à la redistribution. Plus précisément, elle a trait à la position relative des individus selon la catégorie de revenu, d'occupation ou de région à laquelle ils appartiennent. On peut envisager l'égalité d'accès aux services de deux points de vue, celui de l'output lui-même qu'on mesure habituellement par des indicateurs de santé, comme le taux de mortalité, ou celui de la consommation des facteurs de production, c'est-à-dire des services de santé. Dans ce dernier cas, on ignore donc le produit final pour faire porter son attention sur l'une ou l'autre des nombreuses variables qui déterminent le niveau de santé. ¹⁴³

On peut illustrer la distinction entre les deux approches par un exemple tiré du secteur de l'éducation. Si au sein d'une collectivité, le niveau des services éducatifs est approximativement le même dans tous

¹⁴³ Voir à ce sujet K.J. Arrow, "Equality in Public Expenditures", *Quarterly Journal of Economics*, vol. 85, no 3, août 1971, pp. 409-415 ; cet auteur s'inspire de J.S. Coleman, "The Concept of Equality of Educational Opportunity", *Harvard Educational Review*, vol. 38, no 1, fév. 1968, pp. 14-22.

les établissements scolaires, on peut alors affirmer que cette société réalise l'égalité d'accès aux inputs, du moins jusqu'au moment où l'élève est libre de ne plus fréquenter l'école. Cette uniformité dans la fréquentation n'implique nullement l'égalisation du niveau des connaissances ou de la formation. L'acquisition d'une formation ne dépend pas seulement de l'école. Si tel devait être l'objet, il s'avérerait nécessaire par exemple d'affecter plus de ressources aux élèves originaires de milieux défavorisés. Même alors, il peut être [175] plus efficace de consacrer les ressources à modifier certaines caractéristiques du milieu (mauvaise alimentation par exemple), que d'offrir une quantité accrue de services éducatifs. ¹⁴⁴

Quoi qu'il en soit, les données révèlent que l'égalité des chances ne se vérifie pas dans les faits quel que soit le point de vue qu'on adopte. Ainsi dans son étude pour la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Blanchet-Patry identifie quelques indicateurs de disparités interrégionales de santé au Québec. Or « l'analyse de la mortalité infantile démontre qu'il persiste encore à l'heure actuelle des différences notables entre les régions économiques de même qu'entre les comtés du Québec. Au cours de la période 1965-67, les taux de mortalité infantile de certains comtés ruraux ont atteint le double de celui de Montréal. À l'intérieur de l'Île de Montréal, on remarque que la plupart des municipalités de l'ouest de l'île ont des taux comparables à ceux des pays Scandinaves, tandis que certaines municipalités de l'est présentent des taux deux fois plus élevés. » ¹⁴⁵

Quant à l'approche par les inputs, les données relatives aux dépenses moyennes des familles pour les soins sanitaires indiquent qu'en 1964 elles s'élèvent avec le revenu, mais qu'elles représentent une part de moins en moins grande du revenu familial à mesure que celui-ci s'accroît.

¹⁴⁴ Pour une étude plus détaillée de l'égalité des chances en éducation, voir J.F. Crean, *Equality of Educational Opportunity: Concepts, Measures and Policies*, miméo., Groupe de recherche sur l'économie du secteur public, Université Laval et École nationale d'administration publique, Québec, 1971, 34 p.

¹⁴⁵ M. Blanchet-Patry, *Indices de l'état de santé de la population du Québec*, annexe du Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Éditeur officiel du Québec, Québec, oct. 1970, p. 46.

[176]

TABLEAU 3

*Dépenses moyennes pour les soins sanitaires des particuliers,
selon le revenu familial
(Étude faite dans onze villes et s'appliquant universellement
à tous les niveaux de revenu au Canada, en 1964)*

Toutes familles, tous niveaux de revenu

<i>Catégorie de revenu familial</i>	<i>Revenu moyen de la catégorie</i>	<i>Moyenne par famille</i>	<i>% du revenu familial</i>
\$	\$	\$	%
Toutes les catégories	6,414	250.80	3.91
moins de \$2,500	1,640	99.00	6.04
2,500-2,999	2,725	173.30	6.36
3,000-3,499	3,244	170.60	5.26
3,500-3,999	3,759	192.80	5.13
4,000-4,499	4,253	210.00	4.94
4,500-4,999	4,767	226.20	4.75
5,000-5,499	5,264	243.40	4.62
5,500-5,999	5,755	230.60	4.01
6,000-6,999	6,488	253.20	3.90
7,000-7,999	7,450	297.70	4.00
8,000-9,999	8,959	294.10	3.28
10,000 et plus	14,049	440.70	3.14

Source : L.G. Williams, « Courbes des dépenses familiales des soins personnels de santé au Canada », *Santé et Bien-Etre au Canada*, vol. 23, no 10, déc. 1968, p. 7.

Le recours au dentiste semble perçu à tort ou à raison comme moins pressant que le recours au médecin. Le rapport entre le revenu et les montants affectés aux soins dentaires s'avère en effet beaucoup plus marqué (tableau 4).

[177]

TABLEAU 4

Dépenses moyennes pour catégories déterminées de soins sanitaires particuliers, selon le revenu familial — (Étude faite dans onze villes et s'appliquant universellement aux familles du Canada en 1964).

Catégories de revenu familial	Assurance médicale		Paiements directs aux médecins		Paiements directs aux dentistes		Médicaments d'ordonnance	
	Moyenne par famille	% des dépenses pour la santé	Moyenne par famille	% des dépenses pour la santé	Moyenne par famille		Moyenne par famille	
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
Toutes les catégories	53.60	21.4	44.80	17.9	40.90	16.3	36.30	14.5
moins de 2,500	27.10	27.3	24.10	24.3	4.40	4.4	20.50	20.7
2,500 - 2,999	24.80	14.3	31.80	18.3	17.60	10.1	20.70	11.9
3,000 - 3,499	29.20	17.1	55.60	32.6	12.10	7.1	31.40	18.4
3,500 - 3,999	44.70	23.2	34.90	18.1	21.90	11.4	26.90	13.9
4,000 - 4,499	37.80	18.0	38.10	18.1	22.50	10.7	25.10	11.9
4,500 - 4,999	56.80	25.1	45.50	19.7	25.60	11.3	48.80	21.6
5,000 - 5,499	55.00	22.6	43.60	17.9	32.70	13.4	41.60	17.1
5,500 - 5,999	62.50	27.1	33.40	14.5	35.60	15.4	30.90	13.4
6,000 - 6,999	59.00	23.3	42.30	16.7	41.80	16.5	39.10	15.4
7,000 - 7,999	67.40	22.6	49.90	16.8	45.50	15.3	37.50	12.6
8,000 - 9,999	71.30	24.2	46.50	15.8	40.30	15.7	39.50	13.4
10,000 et +	78.10	17.7	78.10	17.7	117.80	26.7	55.10	12.5

Source : L.G. Williams, « Courbes des dépenses familiales des soins personnels de santé au Canada », *Santé et Bien-Être au Canada*, vol. 23, no 10, déc. 1968, p. 7.

[178]

Si l'économiste n'a rien à dire sur le degré de redistribution désirable, il peut par contre contribuer à évaluer le rendement des politiques adoptées à cette fin et identifier les facteurs qui en limitent ou en étendent la portée. On sait que les régimes d'assurances d'État s'assignent précisément la tâche de diffuser plus largement l'accès aux services de santé en supprimant les coûts directs d'acquisition des services médicaux et hospitaliers.

La relation entre l'extension de l'assurance à toute la population et la diminution des disparités se révèle cependant moins simple qu'on ne le prétend généralement. Les quelques réflexions sommaires qui suivent le confirmeront.

La première raison en est qu'on connaît mal la sensibilité de la demande de services de santé aux variations du coût selon qu'on passe d'un groupe à revenu élevé à un groupe économiquement défavorisé. Si l'expérience de la gratuité scolaire peut être de quelque utilité, il n'est pas invraisemblable que l'élasticité de la demande se révèle plus élevée chez les riches et dans les classes moyennes que chez les pauvres. Toutes sortes de variables socioculturelles conditionnent la consommation de services de santé comme de services scolaires. On peut donc vraisemblablement postuler que l'adoption de mesures sélectives, s'adressant à des catégories de population particulières comme l'ancienne Loi de l'assistance médicale, réduirait davantage les écarts que le régime actuel. D'autre part il a été démontré abondamment que la disponibilité de facilités médicales et hospitalières constituait un facteur déterminant de la demande effective de services.¹⁴⁶ En d'autres termes l'offre affecte sensiblement la demande. Il pourrait donc s'avérer plus efficace de jouer sur l'offre que sur la demande pour obtenir un effet de diffusion donné. Enfin si l'assurance d'État abaisse effectivement les coûts privés des services de santé, elle ne les supprime pas entièrement puisque les coûts indirects (temps et déplacement) subsistent toujours. Tels sont les principaux facteurs qui expliquent l'observation déprimante qui suit de deux auteurs qui ont analysé le

¹⁴⁶ Voir entre autres M.S. Feldstein, "An Econometric Model of the Medicare System", *Quarterly Journal of Economics*, vol. 85, no 1, février 1971, pp. 1-20.

régime de [179] santé britannique : « Les inégalités financières ont disparu mais les inégalités géographiques persistent pour la plupart inchangées (sic) après 21 ans de provision (sic) publique. On n'assure pas l'égalité simplement en rendant le service gratuit. » ¹⁴⁷

[180]

¹⁴⁷ M.H. Cooper et A.J. Culyer, “An Economic Survey of the Nature and Intent of the British National Health Service”, *Social Science and Medicine*, vol. 5, no 1, fév. 1971, pp. 1-13. La citation provient du résumé français de l'article.

[181]

Le prix de la santé**Chapitre VIII**

**L'économie
des médicaments**[Retour à la table des matières](#)

L'industrie des médicaments constitue un secteur particulier de l'industrie générale des services de santé. À ce titre elle partage avec l'ensemble des soins médicaux cette propriété sur laquelle se fonde une bonne partie de l'analyse économique des services de santé, soit l'ignorance du consommateur vis-à-vis l'efficacité du traitement reçu et, en deuxième lieu, le fait que son ignorance soit nettement plus grande que celle du médecin. Le produit de l'industrie des médicaments est en effet tout aussi difficile à évaluer que celui des soins médicaux ou des soins hospitaliers. Le véritable produit du médicament réside en effet dans sa valeur thérapeutique qui n'est pas facilement identifiable. Il s'ensuit donc ici comme pour les autres services de santé une conséquence connue : l'abandon au médecin de la responsabilité du choix du traitement et des médicaments.

[182]

Il appert cependant qu'en raison de la multiplication des produits pharmaceutiques, (un grossiste peut avoir plus de 8 000 médicaments différents en stock) elle-même attribuable au progrès de la science et de la technique médicales ainsi qu'au caractère oligopolistique de l'industrie, à l'ignorance du patient s'ajoute l'ignorance du médecin lui-même. Le médecin n'est plus en mesure d'apprécier adéquatement la valeur thérapeutique des produits. Il s'ensuit qu'une fois de plus

l'incitation est grande pour le médecin à recommander le meilleur traitement, sans considération du coût. Il simplifie ainsi sa tâche en diminuant ses risques d'erreur et les efforts qu'il aurait à mettre pour connaître véritablement les produits. Le patient est satisfait. C'est sûrement à ses yeux le remède le plus efficace puisqu'il coûte si cher. À toute fin pratique, le choix du meilleur produit revient pour le médecin à adopter les marques commerciales connues (*Brand Name*), par opposition aux médicaments à dénomination commune. Cette dynamique dont la réalité est aujourd'hui démontrée n'est sans doute pas étrangère à l'opinion voulant que la population en général soit surmédicamentée et que les médicaments coûtent trop cher. En un mot, l'absence d'information du consommateur et ses conséquences sur ses rapports avec le médecin et l'hôpital entraînent la surconsommation de médicaments, la consommation de produits prétendus supérieurs et de marques commerciales au détriment des produits à dénomination commune. Cette incitation à l'achat du meilleur produit et du *Brand Name* est d'autant plus forte que le coût du médicament est assumé en bonne partie par des agents autres que ceux qui décident : les hôpitaux, eux-mêmes à la charge de l'État, les assureurs, et l'État directement dans le cas des assistés sociaux.

La production des médicaments

On aura observé que de tous les services de santé (services médicaux, services hospitaliers et médicaments), le secteur des médicaments est le seul à être encore soumis à une commercialisation intégrale, à peine atténuée par l'interposition du médecin et dans une moindre mesure, du pharmacien. Les fabricants de produits pharmaceutiques restent encore en effet des entreprises commerciales soumises aux mêmes règles du marché que l'ensemble des firmes. Ce qui nous amène à analyser de plus près les caractéristiques et les comportements des producteurs de médicaments.

[183]

Quelques renseignements de nature descriptive permettront d'abord de mieux formuler la question. L'industrie des médicaments est dominée par un petit nombre de grandes firmes à dimension

internationale. En 1967, 161 entreprises s'adonnaient au Canada à la fabrication de produits pharmaceutiques et médicaux. Les 13 plus grandes corporations se partageaient la moitié de l'actif de l'industrie et douze de ces 13 corporations étaient la propriété de non-résidents dans une proportion d'au moins 50 p. 100. Même aux États-Unis qui offrent un marché beaucoup plus étendu, 75 pour cent de la production totale sortait des trente plus grandes entreprises.¹⁴⁸ Il importe de compléter ce tableau descriptif en précisant que la plupart des entreprises de ce secteur ne limitent pas leur activité à la seule production de médicaments d'ordonnance. Un grand nombre s'adonnent également à la fabrication d'articles de toilette, de produits vétérinaires, d'instruments médicaux ainsi que d'un large éventail de produits chimiques. Il serait donc incorrect d'imputer les profits de ces firmes à la seule vente de médicaments prescrits par le médecin¹⁴⁹.

Origine de la concentration industrielle

Pourquoi un aussi faible nombre d'entreprises ? La première hypothèse explicative qui nous vienne à l'esprit serait la présence d'économies d'échelle prononcées. Comme pour la production d'autos, d'acier ou d'aluminium, s'il s'avérait que la grande taille d'une entreprise abaissât les coûts moyens de production, pour des raisons de plus grande efficacité technique, de gestion, de financement ou de recherche, les entreprises motivées par le souci du profit tendraient spontanément à adopter une taille relativement grande. En raison [184] de l'importance des ressources affectées à la recherche, seules les grandes firmes sont en mesure d'assumer le poids énorme des frais fixes

¹⁴⁸ *The Drug Makers* (Background Paper of the Task Force on Prescription Drugs), U.S. Department of Health, Education and Welfare, U.S. Government Printing Office, Washington, 1968, p. 9. Les données canadiennes sont tirées du *Rapport annuel du Ministre de l'industrie et du commerce présenté conformément à la Loi sur les déclarations des corporations et des syndicats ouvriers (Partie 1, Corporation) 1967*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1969, pp. 28 et 93.

¹⁴⁹ Voir à ce sujet J.A. Bachynski, « À propos de l'économie des médicaments », *L'Actualité économique*, vol. 47, no 2, juillet-sept. 1971, pp. 313-314.

que l'indivisibilité des facteurs implique dans cette sorte d'activité. C'est donc essentiellement la contrainte technologique qui expliquerait d'abord la dimension des entreprises. À cet égard l'industrie des médicaments ne diffère pas essentiellement des autres secteurs économiques à forte concentration.

Un deuxième type de conditionnement caractérise aussi cette industrie ; c'est la possibilité dont jouissent les producteurs de médicaments, grâce en partie à l'ignorance du consommateur, de réduire « artificiellement » la concurrence par l'introduction de produits légèrement différenciés ou différenciés par l'apparence seulement. En d'autres termes, l'entreprise accroît la demande de ses produits et la rend moins élastique. Le producteur peut ainsi augmenter ses profits s'il parvient à convaincre les consommateurs que son produit jouit de propriétés uniques qui le différencient de tous les substituts. La mécanique est au fond assez simple. Le produit d'un fabricant particulier étant identifié à tort ou à raison comme supérieur, l'entreprise peut en augmenter plus ou moins le prix sans risquer de perdre automatiquement une portion importante de sa clientèle, comme ce serait le cas, disons du producteur de lait. L'entreprise peut alors vendre son produit à un prix supérieur à ce qu'il lui en coûte vraiment pour le produire et encaisser des profits « anormaux ».

Dans quelle mesure peut-on attribuer ce comportement particulier aux producteurs de médicaments ? Comment les entreprises de produits pharmaceutiques en arrivent-elles à différencier leur produit ? Les moyens qu'elles adoptent sont assez facilement identifiables. Le premier réside dans la recherche et le développement auxquels s'adonnent systématiquement les entreprises et le second, dans la publicité.

Recherche et développement

Il importe d'établir d'abord une distinction entre ce qu'on est convenu d'appeler la recherche fondamentale et appliquée d'une part et le développement d'autre part. La recherche fondamentale vise à la création de connaissances nouvelles sans projets précis d'application. La seule motivation est le désir d'expliquer, de comprendre les

phénomènes et les processus. En ce sens, la découverte [185] qui en résulte devient le bien collectif de la société. Il y a en deuxième lieu la recherche appliquée qui dans le domaine des sciences expérimentales se distingue précisément de la première par la motivation. La recherche appliquée vise aussi à la découverte de nouvelles connaissances scientifiques, de nouveaux produits et de nouveaux processus, mais avec des objectifs politiques ou commerciaux bien définis. En pratique, les deux démarches ne se distinguent pas essentiellement dans les entreprises.

Il y a enfin le développement, c'est-à-dire la transformation de nouvelles découvertes ou de connaissances anciennes en produits ou en processus utilisables commercialement. En règle générale, c'est la partie la plus coûteuse de ce que la coutume appelle recherche et développement des entreprises.

L'industrie du médicament fait cependant exception. Ça se conçoit du fait qu'elle n'est pas une industrie à haute technologie. C'est davantage la mise au point de nouvelles combinaisons chimiques en vue de l'application commerciale qui grossit le budget de recherche et de développement de ce secteur. Ainsi en 1964, aux États-Unis, 16 pour cent des fonds de l'industrie des médicaments allait à la recherche fondamentale, 49 pour cent à la recherche appliquée et 35 pour cent au développement. ¹⁵⁰

Des deux caractéristiques essentielles de l'industrie, soit la concentration de la production dans un nombre limité d'entreprises et l'importance de la recherche appliquée, découlent un certain nombre de comportements observables. Disons d'abord que la connaissance et les découvertes bien qu'étant par nature un bien collectif, restent monopolisées pour un temps par les entreprises grâce aux barrières que l'État institue par le truchement des brevets et des droits. La protection accordée par les pouvoirs publics explique en bonne partie le profil type de l'évolution des prix des nouveaux produits considérés isolément. Le nouveau médicament breveté se vend généralement très cher au moment de son introduction dans le marché, puis son prix diminue progressivement et souvent rapidement à mesure que des substituts apparaissent pour tomber généralement à un niveau très inférieur au

¹⁵⁰ Données citées dans E. Mansfield, *The Economics of Technological Change*, W.W. Norton & Co. Inc., New-York, 1968, p. 58.

prix initial lorsque la durée du brevet est écoulee. On pourrait citer ici de nombreux exemples. Une Commission [186] d'enquête illustre ce processus par le cas « d'une pénicilline introduite par *ELI Lilly & Co (Canada) Ltd.*, en 1948, au prix marqué de 23,40 \$, qui, en septembre 1959, ne valait plus que de (sic) 1,50 \$. ¹⁵¹

Le phénomène oligopolistique et l'importance de la recherche appliquée expliquent également les disparités internationales énormes qu'on observe dans les prix des produits. En général les prix nord-américains sont très sensiblement supérieurs aux prix européens. Ainsi une enquête récente révèle que sur un échantillon de 20 médicaments choisis d'après l'importance de leurs ventes aux États-Unis, mais également vendus dans au moins 8 autres pays, ¹⁵² le prix le plus élevé était observé au Canada dans 3 cas, aux États-Unis dans 12 cas. Le Canada et les États-Unis venaient au second rang dans 14 et 3 cas respectivement, au troisième rang dans 2 cas respectivement et au quatrième rang dans 1 et 2 cas respectivement. ¹⁵³ Pour illustrer le phénomène de façon plus concrète, considérons de plus près le cas d'un médicament particulier, le tolbutamide, apparaissant au tableau qui suit :

¹⁵¹ *Commission d'enquête sur les services de santé, vol. I*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964, p. 698.

¹⁵² En Angleterre, au Brésil, au Canada, en Australie, en Irlande, en Italie, en Nouvelle-Zélande et en Suède.

¹⁵³ Ces données sont tirées de E.M. Jacoby et D. L. Hefner, "Domestic and Foreign Prescription Drug Prices", *Social Security Bulletin*, vol. 34, no 31, mai 1971, pp. 15-22.

[187]

TOLBUTAMIDE

(500 mg) 100 comprimés

<i>Pays</i>	<i>Prix de vente \$</i>	<i>Nom du commerce</i>	<i>Fabricant</i>
États-Unis	8.23	Orinase	Upjohn
Australie	2.83	Rastinon	Hoechst
Canada	6.34	Orinase	Hoechst
Brésil	2.77	Rastinon	Hoechst
Irlande	2.22	Rastinon	Hoechst
Italie	2.86	Rastinon	Hoechst
Suède	4.86	Rastinon	Hoechst
Royaume-Uni	2.28	Rastinon	Hoechst

Source : Jacoby et Hefner, *op. cit.*, pp. 16-17.

Les résultats présentés ci-dessus sont résumés de la façon suivante par les auteurs de l'étude :

“Another product that has had a wide market in the United States is tolbutamide — an oral antidiabetic drug-marketed here under the brand name Orinase. Upjohn, the single seller of the product in the United States, secured a patent licence from Hoechst, the German discoverer of the compound. Upjohn's price in this country is 8,23 \$. Hoechst itself, marketing under the brand name Rastinon, sells the drug as little as 2,22 \$, 2,28 \$ and 2,77 \$ in other countries”. (p. 118)

Il s'agit ici d'une application frappante de la théorie de la discrimination des prix par laquelle une entreprise faisant affaire dans plusieurs marchés fixe des prix différents dans chacun des marchés. Ces différents marchés se distinguent alors par l'élasticité de la demande, celle-ci étant elle-même conditionnée par le degré de concurrence, le degré d'intervention de l'État dans la fixation des prix et le degré d'information qui circule à l'intérieur des marchés concernés.

[188]

Enfin, dernière conséquence des efforts énormes engagés par l'industrie dans la recherche, la concurrence dans l'industrie des médicaments se fait de moins en moins par les prix et de plus en plus par la multiplication des produits et la recherche de la qualité. C'est la guerre des formules chimiques et des combinaisons de molécules qui souvent ne comportent pas d'innovation réelle. Voyons de plus près les faits.

Aux États-Unis, entre 1950 et 1959, 4 667 nouveaux produits sont apparus sur le marché. Or il s'avère que sur ce nombre, 337 seulement constituaient véritablement ce qui peut s'appeler des entités nouvelles. 80 pour cent de ces quelque 5 000 produits dit nouveaux résultaient de la combinaison de deux ou plusieurs produits déjà existants et 12 pour cent ne faisaient que reproduire sous un nom différent des médicaments déjà en circulation. Il semble cependant que l'importance de la deuxième catégorie tende à décroître progressivement. Entre 1957 et 1968, des 2 131 produits pharmaceutiques dits nouveaux, seulement 311 étaient véritablement nouveaux, 1 440 provenaient de la combinaison de produits existants et 380 autres n'étaient que la duplication sous un nom différent d'un ancien produit.¹⁵⁴ En moyenne donc on estime que seulement 10 à 25 pour cent des nouveaux produits mis sur le marché sont véritablement nouveaux.¹⁵⁵ Et ces résultats omettent une autre dimension importante de la question, celle de la qualité. Un rapport anglais publié en 1967, établit que 35 pour cent des 2 241 médicaments analysés par un jury d'experts s'avéraient inefficaces ou indésirables du point de vue thérapeutique.¹⁵⁶ La plupart

¹⁵⁴ *The Drug Makers, op. cit.*, p. 18. Certains auteurs estiment que ces chiffres amplifient indûment le caractère factice des innovations, en ce que les nouvelles combinaisons moléculaires d'anciens produits donnent à ceux-ci une valeur thérapeutique propre et significative, voir à ce sujet J.A. Bachynski, *op. cit.*, p. 314.

¹⁵⁵ *Task Force on Prescription Drugs — Final Report*, U.S. Department of Health, Education and Welfare, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1968, p. 8.

¹⁵⁶ *Report of the Committee of Inquiry into the Relationship of the Pharmaceutical Industry with the National Health Service, 1965-1967*, Her Majesty's Stationery Office, Londres, sept. 1967, pp. 208-209.

des analystes de ce secteur reconnaissent donc l'existence d'un gaspillage indéniable de ressources.

[189]

Qu'on le mesure par l'ampleur de la main-d'oeuvre qualifiée engagée dans cette industrie ou par l'importance des facilités de recherche et des investissements consacrés à « l'innovation », on ne peut s'empêcher de conclure que le prix du « progrès » est lourd à porter. Le Rapport du *Medical Research Council* de 1968 porte des jugements plutôt favorables sur la qualité mais ne permet pas d'évaluer la rentabilité de la recherche effectuée par les firmes canadiennes.¹⁵⁷ Il y a lieu cependant de se demander s'il n'est pas trop onéreux d'imposer des restrictions à la concurrence pour obtenir le prestige douteux de budgets de recherche imposants. Ne serait-il pas plus sage de reconnaître plutôt humblement le rôle limité d'économies comme le Québec ou le Canada en cette matière ?

La publicité : deuxième instrument de différenciation du produit

Le deuxième instrument principal de différenciation du produit auquel recourent les entreprises réside dans la publicité ou la réclame. Quelques indices suffiront à nous en convaincre. Si l'on mesure l'importance accordée à la publicité par le rapport entre le budget affecté à la réclame et la valeur des ventes, les médicaments occupent le huitième rang d'une classification de tous les produits en une cinquantaine de catégories.¹⁵⁸ On estime qu'environ 30 pour cent du prix de vente du fabricant provient du coût du marketing. Autre phénomène important à signaler, et qui confirme l'analyse déjà formulée, la réclame s'adresse principalement aux médecins et dans une moindre mesure aux pharmaciens et aux hôpitaux plutôt qu'aux consommateurs, auprès desquels d'ailleurs, la réclame est interdite. En 1968, aux États-Unis, les fabricants de médicaments dépensaient en

¹⁵⁷ Medical Research Council Report No. 2, *Canadian Medical Research : Survey and Outlook*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1968, pp. 386-387.

¹⁵⁸ Voir H.G. Johnson, *The Canadian Quandary*, McGraw-Hill, Toronto, 1963, p. 276.

moyenne 4 500 \$ par médecin annuellement pour [190] les atteindre par le truchement de revues, de visites de représentants et par l'octroi d'échantillons. ¹⁵⁹

Pour comprendre le rôle de la réclame dans l'industrie des médicaments, il importe de le situer dans l'ensemble du phénomène publicitaire dans les économies industrialisées. L'envahissement toujours plus marqué de la publicité n'est manifestement pas le propre de l'industrie des médicaments. L'universalité du phénomène découle de facteurs touchant à la fois la demande et l'offre de biens et services. Du côté de la demande, on associe l'importance grandissante de la publicité à la hausse du revenu des consommateurs, hausse qui réserve à ces derniers une latitude beaucoup plus grande et une versatilité beaucoup plus prononcée dans le choix des objets de consommation. L'Asiatique moyen qui n'a guère dépassé le niveau de subsistance n'exprimera guère de caprice ni de discrétion à l'endroit de la qualité ou de la marque du riz qu'il consommera. Il ne peut se permettre de choisir. Au contraire, le consommateur des pays industrialisés s'avère, du moins extérieurement, « très capricieux ». De la réalité indéniable de la hausse du revenu découlent cependant deux perceptions idéologiquement distinctes de la publicité. L'école « libérale » soutiendra que par la réclame l'entreprise ne fait qu'éclairer le consommateur et de ce fait ne répond qu'au besoin du consommateur qui reste souverain. L'école disons « contestataire » soutiendra plutôt que la réclame biaise le jugement du consommateur beaucoup plus qu'elle ne l'informe et que partant, la grande entreprise moderne impose des aspirations artificielles au consommateur qui a perdu sa souveraineté et qui devient ainsi l'objet des manipulations du producteur tout-puissant. ¹⁶⁰ À ce jour, la science n'a pas réussi à trancher le débat.

¹⁵⁹ *Task Force on Prescription Drugs — Final Report, op. cit.*, p. 10 ; « Pour l'année 1961, les seuls membres de l'AFPPC (Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada) dépensaient alors 1 060.03 \$ par médecin au titre de la publicité et de la mise en marché », *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, vol. I, L'assurance-maladie, Imprimeur de la Reine, Québec, 1967, p. 234.

¹⁶⁰ Voir E.J. Mishan, "Making the Future Safe for Mankind", *The Public Interest*, no 24, été 1971, pp. 33-61.

[191]

Du côté de l'offre, il faut reconnaître que les budgets de publicité grandissants observés depuis un demi-siècle sont liés en bonne partie à l'avènement des instruments peu coûteux de communication de masse que sont les journaux et revues, la radio et la télévision. En d'autres termes, il en coûte relativement beaucoup moins cher aujourd'hui à l'entreprise de faire connaître son produit, de le différencier donc.

Il reste cependant que l'importance du budget de publicité dans l'activité d'une firme ou d'une entreprise n'est pas le fruit du hasard. Pourquoi observe-t-on en effet que certains produits font l'objet d'une réclame et d'un budget de vente plus élevés que d'autres ? Si on classifie en effet les entreprises par l'importance du budget qu'elles affectent à la réclame, les 73 plus gros budgets appartiennent presque tous aux secteurs suivants : l'alimentation, dont les boissons gazeuses, vient en premier lieu, l'automobile occupe le deuxième rang, le groupe médicaments, produits de toilette, savons, etc. arrive en troisième place, la bière et l'alcool en général en quatrième place, le tabac en cinquième et les appareils électriques en sixième. ¹⁶¹

Pourquoi le système engendre-t-il cette hiérarchie plutôt qu'une autre ? Disons d'abord que du fait que la publicité recourt à des instruments de communication de masse, le message doit être concis, ferme et clair. En d'autres termes, l'information doit être fragmentaire et l'effet de persuasion prononcé. Cela signifie que trois caractéristiques principales de biens et produits favoriseront leur promotion par la publicité de masse : 1° les biens en question doivent faire l'objet d'une consommation régulière par l'acheteur, c'est-à-dire que la part du budget qu'il affecte à chaque unité ne doit pas être très élevée ; 2° le produit ou son apparence doivent procurer des effets psychologiques particuliers qui valorisent le consommateur, son amour-propre, sa vanité, sa sécurité ; 3° enfin, le consommateur doit posséder assez peu de connaissance et d'information pour évaluer les qualités techniques du produit et ainsi être disposé à payer pour obtenir l'assurance d'un bon produit. ¹⁶²

¹⁶¹ H.G. Johnson, *op. cit.*, p. 273.

¹⁶² En analyse économique on résume l'ensemble de ces conditions dans une seule proposition : la demande du produit ou du service doit être relativement peu élastique par rapport au prix.

[192]

En général, les produits pharmaceutiques répondent idéalement à la plupart des exigences exposées ci-dessus. Rien d'étonnant par conséquent à ce que le *Brand Name* ait acquis une importance si grande dans l'industrie et que le médicament occupe le huitième rang de l'ensemble des biens pour l'importance du budget que les firmes consacrent à la réclame. Une opinion répandue veut même que les producteurs donnent à leurs marques particulières des noms plus simples que les dénominations communes, de façon à dissuader le médecin de recommander ces derniers. Les résultats d'un récent sondage parmi les pharmaciens, reproduits au tableau 1, démontrent le faible emploi des dénominations communes.

TABLEAU 1

*Pourcentage approximatif d'ordonnances
prescrivant des dénominations communes*

	<i>Nombre de pharmaciens ayant répondu</i>	<i>% d'ordonnances comportant des dénominations communes</i>
C.B.	44	23.0
Alberta	65	15.3
Man., Sask.	67	9.7
Ont.	125	14.3
Que.	102	4.0
Maritimes	56	4.6

Source : *Le Pharmacien*, vol. 44, no 7, juillet 1970, p. 22.

Conséquences de cette recherche de différenciation

Est-il possible de mesurer l'impact combiné de la recherche et de la publicité sur les prix des produits pharmaceutiques ? Si l'on s'arrête à des produits particuliers, on est facilement porté à conclure que la pratique du *Brand Name* impose au consommateur un fardeau scandaleusement élevé, comme le suggère le tableau 2 qui suit.

[193]

TABLEAU 2

Prix de vente aux pharmaciens de quelques médicaments

<i>Produit</i>	<i>Compagnie</i>	<i>Nom de commerce</i>	<i>Prix au 1,000</i>
Tolbutamide 500 mg. (comprimés)	Horner	Mobinol	\$ 64.80
	Hoechst	Orisane	64.22
	Will	Willbutamide	38.00
	Paul Maney	Tolbutone	30.00
	Noco Drugs	Tolbutamide	13.20
	Dymond Drugs	Tolbutamide	8.95
	Winley-Morris	Tolbutamide	8.00
Dimenhydrinate 50 mg. (comprimés)	G.D. Searle	Dramamine	27.60
	Laboratoires Pro Doc	Diminhydrinate	22.00
	W.E. Saunders	Wescovol	12.00
	Noco Drugs	Traveller's Friend	10.20
	Winley-Morris	Dimenhydrate	6.50
	Chemo-Drug	Dimenhydrate	5.20
Nitrofurantoïne 100 mg. (comprimés)	Elliot-Marion	Furanex	138.62
	Cortunon	Nephronen	86.40
	Pentagone Laboratoire	Urofuran	75.80
	Paul Maney	Nifuran	57.60
	Laboratoires Pro Doc	Nitrofurantoïne	34.00
	Noco Drugs	Nitrofurantoïne	18.00
	Dymond Drugs	Nitrofurantoïne	10.95
	Winley-Morris	Nitrofurantoïne	10.00

Source : Direction des aliments et drogues, *Bulletin Rx*, vol. 2, nos 1 et 2, janvier et février 1971, pp. 15, 16, 30 et 32.

Il faut reconnaître cependant qu'à partir d'illustrations particulières, le calcul tend à exagérer le rôle du nom commercial dans le budget du consommateur. Pour supprimer ce biais que l'étude de cas peut introduire, le *Task Force*,¹⁶³ dont il a déjà été question, a dressé, en 1966, la liste des 409 médicaments les plus utilisés aux États-Unis. Sur ces 409 produits, 86 portaient une marque de commerce et possédaient en même temps leur équivalent en dénomination commune. Dans 23 de ces 86 cas, on n'a observé aucune différence [194] de prix entre le *Brand Name* et son équivalent. Dans les 63 autres cas, l'économie moyenne que le consommateur aurait pu réaliser s'il avait acheté des produits en dénomination commune plutôt que des marques de commerce aurait été de 55,3 pour cent, soit en termes absolus 41,5 millions \$.

Tenant compte d'autre part que l'ensemble des dépenses des consommateurs pour l'achat des 409 articles s'élevait à 612 millions \$ environ, on peut calculer facilement que l'ensemble des consommateurs américains aurait économisé de 5 à 10 pour cent de son budget de médicaments, s'il n'avait acheté aucun produit de marque. Il convient d'ajouter de plus qu'à côté de ces 86 médicaments ayant occasionné une dépense supplémentaire de 41 millions \$, il existait également un bon nombre d'autres produits protégés par des brevets et pour lesquels par conséquent il était impossible de produire des équivalents.

La signification importante à dégager de cet état de chose est que la publicité et la recherche permettent au fabricant de maintenir sa position oligopolistique et ses profits de même qu'elles favorisent la prolifération de produits superficiellement différenciés. On observe en effet que :

« ... pour la période de 1953 à 1960 inclusivement dans l'ensemble de l'industrie des produits pharmaceutiques (y compris les sociétés déficitaires aussi bien que les sociétés bénéficiaires), le rendement du capital a été en moyenne de 81 pour cent supérieur à celui de l'ensemble des industries manufacturières. En fait, il s'est établi à 19,82 pour cent dans l'industrie des

¹⁶³ *Task Force on Prescription Drugs – Final Report, op. cit.*, p. 37.

produits pharmaceutiques comparativement à 10,95 pour cent pour l'ensemble de la production manufacturière ». ¹⁶⁴

195

Aux États-Unis, l'écart est encore plus prononcé. Comme la plupart des principales entreprises canadiennes sont des filiales de firmes américaines, c'est l'état consolidé qui donnerait probablement l'image la plus conforme de la rentabilité de cette industrie. « ... Dans neuf succursales ou filiales canadiennes de sociétés américaines de médicaments contrôlés, le taux moyen des bénéfices (avant impôt sur le revenu) par rapport aux ventes s'est établi à 15,68 pour cent, alors qu'il était de 24,98 pour cent pour les sociétés mères aux États-Unis ». ¹⁶⁵

Les indices convergent donc : les profits sont relativement élevés dans l'industrie des médicaments. Est-ce là un prix trop élevé pour sauvegarder les avantages du régime actuel en matière de progrès technique à un moindre coût ? On devinera facilement qu'on soulève ici une question qui déborde largement l'analyse de la seule industrie des médicaments et qui met en cause tout le régime industriel moderne. Nous ne prétendons pas pouvoir répondre à des questions de cette envergure.

¹⁶⁴ *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé*, vol. 1, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964, p. 683. Les données plus récentes qui suivent confirment ces observations :

Taux de profit avant impôt par rapport à l'avoir-propre, industrie des produits pharmaceutiques et ensemble des industries manufacturières, 1965-1967.

	(en pour cent)	Secteur manufacturier
	Produits pharmaceutiques	
1965	25.2	17.6
1966	24.3	16.9
1967	22.4	14.9

Source : *Rapport annuel du Ministre de l'industrie et du commerce...*, *op. cit.*, pp. 97 et 103.

¹⁶⁵ *Rapport de la Commission royale...*, *op. cit.*, p. 684.

Il reste qu'en deçà d'une transformation radicale du « régime » économique, il y a des politiques « réformistes » concevables. À ce sujet, il n'est pas superflu de rappeler brièvement les initiatives adoptées ou proposées par le gouvernement fédéral et les gouvernements de l'Ontario et du Québec dans le but de provoquer la baisse du prix des médicaments. Au niveau du gouvernement fédéral, les politiques ont porté sur quatre points : en septembre 1967, la taxe de vente sur les médicaments a été abolie et les droits de douane réduits. En mars 1969 (Bill C-102), le gouvernement a apporté des modifications à la Loi sur les brevets et à la Loi sur les marques de commerce, autorisant l'octroi de licences obligatoires pour la production et l'importation en vertu de brevets ayant trait aux médicaments. Il est encore trop tôt pour tirer des conclusions sur l'impact de ces initiatives. Des économies sensibles réalisées sur le prix de certains médicaments ont cependant été signalées. Tel est le cas par exemple du « diazepam » et du « chlorhydrate de chlordiazepoxyde ». Au sujet de ce dernier produit, le ministre de la Consommation et des Corporations affirmait que « l'épargne réalisée par les hôpitaux et le public en général a été de 950 000 \$ par année, en [196] raison de la concurrence des prix à l'égard de ce médicament ». ¹⁶⁶ Le Fédéral a aussi introduit un bulletin d'information destiné aux médecins et aux pharmaciens et mis en œuvre un système de prêts directs aux fabricants de médicaments d'ordonnance qui sont en concurrence avec les sociétés pharmaceutiques internationales.

Le gouvernement de l'Ontario pour sa part, s'est engagé dans une campagne d'information sur le prix des médicaments. En 1970, il a publié un *Comparative Drug Index*, dans lequel apparaît, pour chaque catégorie de médicaments, une liste de produits accompagnés du coût au pharmacien d'une dose d'une unité. Les manufacturiers des produits énumérés avaient été visités au préalable de façon à établir qu'ils répondaient aux critères à respecter. Le gouvernement a aussi adopté un programme (PARCOST), en vertu duquel les pharmacies « participantes » s'engagent à vendre les médicaments à un prix ne

¹⁶⁶ *Déclaration de l'Honorable Ron Basford, Ministre de la consommation et des corporations à la Conférence fédérale-provinciale des hauts fonctionnaires sur le coût des médicaments et des appareils auditifs, Ottawa, du 10 au 12 juin 1970, ministère de la Consommation et des Corporations, communiqué de presse du 10 juin 1970, Ottawa, 1970, p. 5.*

dépassant pas le prix indiqué dans l'Index, plus deux dollars à titre d'honoraires professionnels.

Au Québec, on abordait de front toute la question de l'industrie des médicaments dans le projet de loi initial numéro 69. Ce projet avait à l'origine pour objet de faire assumer par la Régie, pour le compte du ministère des Affaires sociales, les services et médicaments fournis par les pharmaciens sur ordonnance d'un médecin à toute personne qui bénéficie de l'aide sociale, d'instituer au ministère des Affaires sociales une Commission de pharmacologie qui aurait été composée de cinq membres et qui aurait eu pour fonctions de faire des enquêtes sur les médicaments, leur fabrication et leur coût.

Ce projet avait également pour objet de faire des recommandations au ministre des Affaires sociales à cet égard et d'autoriser celui-ci à dresser périodiquement une liste des médicaments dont la Régie aurait assumé le coût et d'indiquer le prix qui aurait été payé par la Régie pour ces médicaments. Par ce projet de loi, tous les problèmes de l'industrie étaient donc soulevés.

Dans sa version finale, les fonctions d'enquête sur la fabrication et le coût des médicaments ayant été cédées au gouvernement fédéral, [197] le projet de loi 69 sanctionné le 18 juin 1971, a, du point de vue qui nous concerne ici, une portée sensiblement réduite, puisqu'il se limite essentiellement à instituer un conseil *consultatif* de pharmacologie chargé d'assister le ministre dans la confection de la liste des médicaments à la charge de la Régie. ¹⁶⁷

¹⁶⁷ Assemblée nationale du Québec, Bill 69, *Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie et la Loi de la Régie de l'assurance maladie*, sanctionnée le 18 juin 1971. Il nous semble inapproprié d'adjoindre un expert en finance et en économie (art. 27b) aux quatre autres membres du conseil consultatif de pharmacologie proposé. Deux ordres de problèmes se rattachent à l'étude des médicaments et chacun d'eux doit relever d'une autorité différente. Le premier touche l'aspect purement pharmacologique de qualité et d'équivalence des médicaments et ne relève donc que de spécialistes dans le domaine. Le groupe appelé à porter des jugements sur la qualité des médicaments doit jouir d'une autorité scientifique et morale qui le place au-dessus de tout doute. L'autre aspect porte sur les implications économiques d'une liste de médicaments, ainsi que des modalités de remboursement et doit relever à ce titre d'un service économique du ministère des Affaires sociales. Le Bill 69 a tort de ne pas différencier ces deux aspects.

En résumé, en raison du caractère hautement technique du produit, le secteur des médicaments appelle une information poussée de la part de ceux qui les prescrivent. Jusqu'à récemment on s'en remettait entièrement aux producteurs du soin de diffuser cette information. Il s'avère cependant qu'en raison du biais que ceux-ci sont enclins à introduire dans leur réclame et aussi en raison des économies d'échelle que la diffusion centralisée peut engendrer, il y a place pour un organisme d'État dont l'initiative consiste précisément à réaliser ces avantages de grande dimension.

La distribution des médicaments

Notre attention s'est portée jusqu'à maintenant sur une seule phase du processus de production des médicaments, la fabrication. Le stade de la distribution présente suffisamment d'intérêt pour qu'il vaille la peine d'y consacrer la dernière partie de ce chapitre. Quelques données factuelles nous aideront d'abord à circonscrire le problème. En 1970, au Québec, 1 238 pharmacies de détail distribuaient 40 millions de dollars de médicaments d'ordonnance, représentant 60 pour cent de la consommation totale. Le reste, soit 40 pour cent de la consommation, atteignait les consommateurs par [198] l'intermédiaire des hôpitaux. ¹⁶⁸ Les pharmacies de détail, généralement de petites entreprises comme leur nombre le laisse supposer, s'approvisionnaient principalement auprès de grossistes et dans une moindre mesure auprès des fabricants eux-mêmes.

La presque totalité des médicaments d'ordonnance est pré-fabriquée, c'est-à-dire que le rôle du pharmacien se limite la plupart du temps à découper les portions prescrites par le médecin. C'est en ce sens que l'on a pu parler de la dévalorisation du rôle du pharmacien, qui devrait être en principe l'informateur du médecin ou du consommateur.

Autre élément d'information à ne pas oublier : la valeur des médicaments d'ordonnance écoulés par les pharmacies de détail se situe entre 30 et 40 pour cent de la valeur totale des ventes de ces mêmes

¹⁶⁸ Données obtenues de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

entreprises. Le reste est composé, comme on le devine, d'une grande variété de produits hétéroclites depuis les objets de poterie de qualité douteuse jusqu'aux feuilles pornographiques. Il convient toutefois de reconnaître qu'une part importante de ces produits se rattachent de quelque façon à la santé. Ainsi une publication de Statistique Canada évalue à 84 pour cent des ventes totales de produits pharmaceutiques la vente de produits de toilette et de médicaments ne faisant pas l'objet d'ordonnances.¹⁶⁹ Précisons enfin que le pharmacien reçoit ses honoraires selon deux méthodes, dont la principale consistait auparavant en un pourcentage qu'il ajoutait à la facture. Cependant la formule du taux uniforme par prescription tend à s'implanter de plus en plus.¹⁷⁰ D'un autre point de vue, il convient de noter que la première technique introduit en principe un élément de discrimination en faveur des médicaments les plus chers.

[199]

Inefficacité de la distribution

La plupart des analystes qui ont étudié la distribution des médicaments jugent le système inefficace. Cette appréciation s'appuie sur deux indices principaux. Il s'avère en premier lieu que la phase de distribution compte pour 50 pour cent du prix que le consommateur doit assumer. On a pu établir en deuxième lieu que dans certains cas les hôpitaux payaient au fabricant un prix d'achat de 25 à 50 pour cent moins élevé que les pharmacies de détail. D'après J.A. Bachynski, cet écart ne se vérifierait cependant que pour un nombre limité de produits.¹⁷¹

L'inefficacité technique ici identifiée proviendrait de la trop faible taille ou si l'on veut du trop grand nombre de pharmacies existantes. Dans les termes que nous avons déjà définis, cela signifierait que les pharmacies ne réalisent pas toutes les économies d'échelle possibles.

¹⁶⁹ Renseignement fourni par Bachynski, *op. cit.*, p. 322.

¹⁷⁰ Le 5 mai 1970, plus de 300 pharmaciens-proprétaires paraphaient une entente avec la Mutuelle SSQ, selon laquelle le pharmacien reçoit des honoraires fixes de 2 \$ par ordonnance.

¹⁷¹ J.A. Bachynski, *op. cit.*, p. 323.

L'achat en bloc des médicaments (comme les initiatives de l'expérience Hop-Bec et du comité des achats en groupe de la région no 3 de l'Association des hôpitaux de la province de Québec) ne peut donc pas se faire au même degré. Les frais fixes d'acquisition ou de location d'immeubles, d'administration et d'entretien seraient inutilement élevés. Mais c'est surtout le coût élevé d'une personne trop qualifiée pour la tâche qui expliquerait l'impuissance des pharmacies actuelles à atteindre le coût moyen minimum. C'est en ce sens qu'on a pu estimer qu'une pharmacie de taille suffisamment grande ou encore le centre local de services communautaires conçu par la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social et prévu par la *Loi de l'organisation des services de santé* pourraient en principe réduire sensiblement le coût unitaire. Le pharmacien serait alors plus en mesure d'exploiter pleinement sa formation et de devenir ainsi le conseiller véritable d'un groupe de médecins ou du consommateur lui-même.

[200]

Facteurs d'inefficacité

La théorie économique peut-elle nous permettre de comprendre pourquoi les pharmacies n'atteignent pas spontanément leur taille optimale ? La présomption veut que la recherche du profit, alliée à un degré suffisant de concurrence, amène les entreprises à converger naturellement vers leur capacité optimum, c'est-à-dire le coût moyen minimum. Il faut reconnaître au départ qu'une bonne partie sans doute de ce que nous avons désigné comme l'inefficacité des pharmacies ne représente probablement pas une véritable inefficacité au sens économique du terme. Dans la mesure où les différentes unités de distribution se concurrencent non pas uniquement par le prix, mais peut-être principalement par la localisation à proximité du consommateur et par la multiplicité des produits offerts, il s'ensuit que la taille optimale du point de vue du consommateur n'est pas nécessairement celle qui correspond au coût techniquement le plus bas possible. En d'autres termes le consommateur choisit implicitement de payer plus cher pour obtenir un produit différencié.

Il reste que ce facteur à lui seul ne peut expliquer toute la réalité. Deux autres facteurs se présentent à l'esprit. On peut concevoir que la mauvaise information du consommateur sur la nature du produit et la confiance automatique qu'il accorde aux recommandations du médecin font que le souci du coût ou du prix n'intervient pas dans la décision du consommateur, c'est-à-dire dans le choix qu'il fait du pharmacien comme du produit. En d'autres termes, la concurrence par le prix est à peu près inexistante dans les pharmacies. Mais on peut aussi présumer que certaines dispositions législatives contribuent à gêner l'aménagement d'une structure d'entreprise efficace. Il est interdit, par exemple à un non professionnel de posséder un établissement de vente de biens médicaux même s'il emploie un professionnel. Et encore, il est défendu à tout pharmacien de posséder plus de trois établissements dans une ville de plus de 50,000 habitants, ou d'en posséder plus d'un seul dans une agglomération de moindre dimension ; cette disposition n'atteint pas toutefois celui qui le 1er mai 1964 possédait plus de pharmacies que le nombre permis. D'autres restrictions s'ajoutent aux précédentes comme la vente de l'aspirine réservée aux seuls pharmaciens, l'interdiction de constituer des sociétés à capital-actions et d'accepter [201] des investissements directs de non professionnels, etc. ¹⁷² On constate donc bel et bien que le régime peut gêner la pénétration du secteur par les éléments les plus aptes à mettre sur pied les organisations industrielles les mieux adaptées.

[202]

¹⁷² Les nombreuses entraves posées à l'entrée de concurrents sont décrites dans F. Laçasse, *Les mécanismes de distribution des médicaments et prothèses : analyse économique*, Annexe 4 du Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Editeur officiel du Québec, Québec, 1970, 129 p.

[203]

Le prix de la santé

Chapitre IX

La professionnalisation des occupations et les revenus des médecins

[Retour à la table des matières](#)

Le sens et le rôle de la réglementation de certaines occupations se comprennent par une double motivation que nous analyserons successivement. Il y a d'abord l'insuffisance de l'information du consommateur de services professionnels, et son pendant qui est l'absence de mécanismes réguliers lui permettant d'obvier à son ignorance et de se protéger contre le risque de mauvais usage du service. En deuxième lieu, il y a la recherche et la poursuite des intérêts des membres.

L'information du consommateur, fondement de la notion de profession

Pourquoi les sociétés ont-elles jugé nécessaire de définir des règles particulières d'exercice d'une occupation ? Nous soutiendrons que la notion de profession s'applique aux occupations qui comportent [204] pour le consommateur ou l'utilisateur une ignorance relativement grande de la qualité du produit ou du service obtenu. Nous avons démontré par exemple que le patient n'est généralement pas en mesure d'apprécier la qualité ou l'efficacité du traitement reçu du médecin. Le client de

l'avocat, du notaire, de l'ingénieur ou du comptable se trouve peut-être, quoique probablement à un moindre degré, dans une position un peu semblable.

Une première nuance s'impose cependant et dont nous avons déjà fait état. Lorsqu'on parle de l'ignorance du consommateur, on la rattache non pas à la complexité du mode de production du bien ou du service, mais plutôt à l'impuissance du consommateur à apprécier le bien-être ou l'utilité qu'il retire de ce produit ou de ce service. C'est lorsque la conséquence de l'achat d'un bien est difficile à apprécier que des aménagements particuliers sont à prévoir.

Une deuxième considération relative à la protection du consommateur explique également l'encadrement particulier dont on a entouré certaines occupations, c'est la gravité des conséquences d'erreur dans le choix des services professionnels. Pour nous en tenir ici à la médecine, constatons que c'est l'intégrité corporelle des individus qui est en cause. Il est clair alors que l'expérimentation ou le test du service est extrêmement coûteux pour le consommateur. La société a donc jugé que la garantie qu'offrent généralement l'épreuve de l'usage et les autres mécanismes de protection du consommateur, comme l'assurance, ne suffisait pas à assurer la sécurité de l'individu.

Les produits et services dont l'appréciation pose des difficultés au consommateur ne se limitent pas aux seuls services professionnels. Et pourtant en dépit de la complexité croissante des produits et des services, rares sont les circonstances qui ont donné lieu à une réglementation particulière, comme c'est le cas des services professionnels.¹⁷³ Pour en arriver à une notion analytiquement significative de la profession, il faut donc identifier des particularités plus précises qui appellent l'encadrement spécifique qu'on leur a réservé.

[205]

¹⁷³ Un auteur américain notait qu'en 1958, dans l'état de l'Illinois, à peine plus de 275,000 travailleurs sur 3.8 millions exerçaient un métier nécessitant l'obtention d'un permis ; S. Rottenberg, "The Economies of Occupational Licensing", in *Aspects of Labor Economics, A Report of the National Bureau of Economic Research*, Princeton University Press, Princeton, N.J., 1962, pp. 3-20.

Or une autre propriété fondamentale de certains services professionnels qui les différencie de la plupart des autres biens et services réside dans l'absence de mécanismes de marché susceptibles de protéger l'individu contre les risques de mauvais usage. Il est facile de démontrer en effet qu'il s'est développé un large éventail de recours par lesquels le consommateur peut minimiser, sinon supprimer ces risques, qu'il s'agisse d'habitations, d'autos, d'alimentation, etc. Les moyens les plus évidents sont l'institution à but non lucratif dans le cas de certains services, l'assurance proprement dite, ainsi qu'un mécanisme qui lui ressemble et qui prend la forme d'une garantie de la part du producteur. C'est même là l'une des forces les plus puissantes en faveur des produits de marque et de la publicité qui les accompagne. Par la confiance, fondée ou pas, que le producteur réussit à inspirer au consommateur, il dégage celui-ci de l'obligation de tester lui-même le produit.

On ne peut pas dire d'ailleurs que ces instruments soient totalement absents lorsqu'il s'agit de protéger le consommateur contre les risques de mauvais usage d'un service professionnel. L'assurance-santé, publique ou privée, et les multiples assurances générales dont en particulier l'assurance-responsabilité, en sont la preuve. Elles garantissent fréquemment non seulement la possibilité du recours aux services du médecin, du pharmacien, ou de l'avocat, mais elles en garantissent aussi partiellement la qualité, dans la mesure où l'assureur, comme c'est le cas des services légaux, assume parfois lui-même la responsabilité de fournir un service de qualité. Mais il semble évident que les individus ne se contentent pas de ces assurances ou de ces autres mécanismes dans le cas d'un nombre donné de services professionnels.

La raison fondamentale réside probablement dans le fait que le risque auquel l'individu veut se soustraire ne dépend pas uniquement de contingences objectives (comme la maladie, une cause à défendre, ou des poursuites légales à intenter), mais aussi du choix qu'il fait du médecin ou de l'avocat, de même qu'il dépend de la propension de l'individu à recourir à ces soins. Le risque à courir n'est donc pas totalement évitable. L'assureur privé dans ces conditions, soumis aux seules incitations du marché, se montre hésitant à étendre la couverture à l'ensemble des individus disposés à transférer ce risque. Par conséquent, si l'assurance et les différents mécanismes de protection du consommateur ne présentaient pas cette [206] sorte de difficultés,

l'inégalité d'information entre usagers et professionnels ne soulèverait pas de problèmes particuliers. L'individu pourrait se prémunir contre le risque de ne pas tirer profit du service, soit par l'assurance, soit par d'autres mécanismes. Vu l'impuissance des mécanismes réguliers, la société a dû recourir à des substituts que nous étudierons ci-dessous.

Ignorance du consommateur et éthique professionnelle : Compte tenu de ces caractéristiques distinctives qui concernent un certain nombre d'occupations dont la médecine, comment le consommateur peut-il s'assurer que le service qu'il obtient du professionnel médical est celui qu'il souhaite et qu'il l'obtient au meilleur prix ? C'est ici qu'à notre point de vue le sens de la professionnalisation se précise. On observe en effet qu'il existe entre certaines catégories de professionnels et leurs clients, un rapport particulier qu'on ne retrouve pas dans les autres échanges commerciaux entre consommateurs et producteurs. Ce rapport, on l'a dit, est caractérisé par la confiance qui est présumée exister chez le consommateur à l'égard du médecin. La sécurité fait en somme partie du produit que le professionnel vend. Celui-ci en contrepartie assume l'obligation de s'en rendre digne. C'est là l'essence réelle de cet ensemble de règles qui régissent le comportement de certains professionnels et que la tradition appelle l'éthique ou la déontologie professionnelle. L'éthique professionnelle a précisément pour rôle d'offrir au consommateur la garantie et la sécurité qu'il ne peut obtenir directement ou indirectement par les mécanismes du marché. On attend du professionnel qu'il emploie ses connaissances au meilleur avantage de son client, qu'il dissocie complètement de son intérêt personnel, les avis et les conseils qu'il lui donne. En un mot, la société éprouve le besoin de se prémunir contre une commercialisation totale des services professionnels, dont ceux du médecin.

Les corporations professionnelles ont donc pour rôle principal de faire correspondre les comportements des membres aux attentes du public. Ces organismes reçoivent des pouvoirs publics la responsabilité d'assurer une qualité minimum aux services que prodiguent leurs membres. Us contribuent donc, du moins en principe, à réduire dans une certaine mesure l'incertitude du consommateur. Leurs moyens vont de l'imposition de normes d'accès à l'exercice de l'occupation, jusqu'à la délivrance de licences (licencing), en passant par le maintien de standards minimums d'étude, le tout couronné d'une surveillance plus ou moins étroite.

[207]

Point de vue de la Commission d'enquête sur les professions : En regard des normes de professionnalisation que nous avons identifiées, nous estimons qu'il faut porter un jugement très critique et très sévère sur la perception qu'adopte la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.¹⁷⁴ La principale faiblesse du Rapport, et celle qui explique toutes les déficiences qui suivent, lui vient principalement de ce qu'il a adopté une notion tout à fait insatisfaisante de la profession. La Commission associe la notion de profession à « la maîtrise d'une discipline ou d'une technique » et au « caractère hautement technique et scientifique d'un travail qui demeure inaccessible à un public non initié ». (p. 44) Or cette définition ne nous facilite en rien la compréhension ni la solution du problème des professions. Par exemple, le produit du bijoutier ou de l'électronicien ou encore du fabricant d'automobiles est plus facile à juger que celui du chirurgien, même si les premiers accomplissent des tâches tout aussi spécialisées que le dernier. Il s'avère que sur les 21 000 occupations recensées au *U.S. Dictionary of Occupational Titles*, la très grande majorité d'entre elles « demeurent inaccessibles à un public non-initié ». Ce qui ne signifie nullement que le consommateur n'est pas en mesure d'apprécier le produit que les membres de ces occupations fabriquent.

Et comme les tâches de l'économie moderne sont de plus en plus spécialisées, la logique de la Commission aurait dû l'amener non pas à recommander des limites de plus en plus grandes à la professionnalisation, mais à favoriser au contraire l'extension de la réglementation professionnelle à un nombre de plus en plus vaste d'occupations. C'est donc en dépit de son argumentation et par un retour naturel au sens commun que la Commission a pu aboutir à sa première proposition fondamentale, celle de limiter la professionnalisation. La grande faiblesse du Rapport de la Commission est donc d'être dépourvu de ce sens analytique qui permettrait de comprendre ou d'expliquer l'existence d'un problème des professions, de la réglementation professionnelle et de l'organisation qui en découle. Il est évident en effet que la référence à la maîtrise d'une discipline ou

¹⁷⁴ *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Cinquième partie, volume VII, Tome I, Les professions et la société.* Éditeur officiel du Québec, Québec, 1970, 102 p.

d'une technique ne nous avance en rien à cet égard puisque la plupart des tâches modernes comportent cette exigence.

[208]

Technologie et fonctionnarisation des tâches

La démarche qui précède nous conduit à la découverte d'un aspect particulier, l'aspect fondamental de l'évolution des économies modernes du point de vue qui nous concerne, soit la fonctionnarisation des occupations. On comprend dès lors que si la réglementation des professions a pour objet la protection du public contre son impuissance à apprécier le produit ou le service, elle n'a pas ou n'a plus au même degré sa raison d'être dans les occupations, qui, tout en comportant « la maîtrise d'une science, d'un art ou d'une technique », s'exercent en équipe, par des spécialistes salariés, dans le cadre d'organisations publiques ou privées. Celles-ci n'ont que faire de conventions ou d'organismes de protection contre l'incompétence ou le mauvais rendement de leurs employés. Elles possèdent leur propre mécanisme de contrôle qui, à n'en pas douter sont au moins aussi efficaces que les multiples institutions chargées de protéger les individus. On peut supposer que le service du contentieux de General Motors n'a pas à faire appel au code de déontologie des avocats, ni à la surveillance du Barreau pour évaluer le rendement de ses dizaines de juristes. La Corporation des ingénieurs estime pour sa part qu'environ douze de ses quatorze mille membres au Québec sont des salariés à l'emploi d'entreprises publiques ou privées.

Nous en concluons que l'évolution de la technologie ¹⁷⁵ qui appelle de nouvelles spécialisations et qui fonctionnarise en quelque sorte les occupations autrefois exercées par des individus à leur compte, modifie radicalement les fondements traditionnels du droit professionnel. Elle les supprime même à notre point de vue dans un grand nombre de cas. Nous appartenons pour notre part à un métier « jeune » au sens du Rapport. Or en dépit des erreurs nombreuses et parfois grossières dont

¹⁷⁵ Certains aspects de cette évolution sont traités dans G. Deniers, « La fin des corporations professionnelles au Québec », *Sociologie et sociétés*, vol. 2, no 2, nov. 1970, pp. 317-326.

les économistes ont pu se rendre coupables, la société n'a jamais jugé nécessaire de protéger ses membres contre les risques de fumisterie auxquels ils sont exposés. La raison en est manifestement que l'économiste vend ses services non pas à des individus mais à des organisations.

La profession au sens analytique, se définirait donc comme un service offert à des individus, plutôt qu'à des organisations, dont [209] la qualité ou l'utilité pour l'individu-consommateur est difficile à apprécier et pour lequel, en dépit de la gravité des conséquences d'une erreur d'appréciation, il n'existe pas de mécanismes du marché pour assurer à l'usager la garantie de qualité qu'il recherche.

Corollaires politiques

Quelles sont d'abord les recommandations fondamentales que fait la Commission ? Nous dégagons de la lecture du Rapport trois principaux préceptes : 1° l'adoption de limites plus restrictives à la professionnalisation à partir de normes que la Commission ne se soucie pas de rendre opérationnelles ; 2° l'uniformisation de la réglementation des professions dans un « Code des professions », dont le principal mérite serait apparemment de transmettre une image plus claire et mieux structurée des textes législatifs qui régissent les professions ; enfin, 3° la limitation du rôle des organismes professionnels à la seule protection des intérêts du public par le transfert de responsabilités aux pouvoirs publics, en particulier en ce qui a trait à la détermination des conditions d'admission aux études et d'accès à l'exercice de la profession ainsi que par le fractionnement obligatoire des corporations professionnelles en services publics de protection d'une part et d'autre part, en associations professionnelles, gardiennes et promotrices des intérêts des membres.

Compte tenu de la notion analytique des professions que nous avons proposée précédemment, quels corollaires politiques peut-on dégager en matière de réglementation et d'encadrement des professions, et quel jugement porter sur les recommandations de la Commission ? Il faudrait idéalement devenir beaucoup plus concret que nous l'avons été et nous appliquer à étudier méthodiquement et d'un point de vue

technique les occupations et les actes accomplis par ce qu'on juge être des professionnels. On touche ici le deuxième type de contribution que la Commission d'Enquête aurait pu apporter à la connaissance et à l'appréciation du problème, celui de la dissection des conditions d'exercice de l'activité professionnelle et de l'adéquation entre les règles qui régissent cet exercice et les exigences du métier. Or ici encore, il faut reconnaître que la Commission ne nous avance aucunement. Quelles sont en effet les questions importantes auxquelles il faut pouvoir répondre avant de statuer sur les règles d'exercice d'une activité professionnelle et avant de définir les pouvoirs des organismes chargés de sa surveillance ?

[210]

La première question qui vient à l'esprit est manifestement de savoir quelles sont les occupations qui impliquent suffisamment de risques de mauvais usage de la part du consommateur pour justifier une réglementation et un contrôle distincts de la part des pouvoirs publics. Deuxièmement, la Commission aurait dû aller plus loin encore et se demander quels sont les actes ou les opérations qui, à l'intérieur d'une discipline donnée, peuvent exiger la professionnalisation. Nous avons déjà observé en effet qu'en introduisant la distinction très importante entre d'une part professionnels salariés ou fonctionnaires, et « libéraux » d'autre part, on pouvait en principe aboutir à la nécessité d'un aménagement institutionnel et d'un encadrement différents. Une troisième question importante qui s'imposait à l'attention des commissaires était bien entendu l'étude des normes et restrictions qui régissent l'admission aux études et à l'exercice des professions, ainsi que les pouvoirs détenus par les corporations professionnelles chargées de les faire observer. Il faut se demander si cet encadrement contribue vraiment à garantir et à maintenir une qualité minimum de service et dans quelle mesure il est conforme aux exigences des tâches réglementées, plutôt qu'inutilement restrictif comme une opinion répandue tend à le faire croire. Or à toutes ces questions, la Commission ne consacre que quelques pages beaucoup trop générales pour permettre de porter des jugements éclairés et d'adopter des politiques pour chacune des professions.

Au moment où ces lignes sont écrites le législateur n'a pas encore statué sur l'orientation qu'il entend donner à la réglementation des professions. Tout ce que l'on connaît des intentions du gouvernement

provient d'une déclaration de principe du ministre responsable de cette question.¹⁷⁶ Si les intentions exprimées alors se concrétisaient, il semblerait que le cadre législatif à venir s'inspirerait des principes énoncés ci-dessus. Le législateur introduirait en effet comme critère de professionnalisation des éléments comme le degré d'autonomie dont jouit le professionnel, la difficulté qu'éprouvent les clients à porter un jugement sur ses activités, le caractère personnel des rapports entre le professionnel et les consommateurs, ainsi que le préjudice dont ils pourraient souffrir en cas de mauvais usage. Inutile [211] de préciser qu'un jugement définitif sur la réforme à venir ne pourra être porté qu'à partir de renseignements beaucoup plus complets sur le contenu de la réglementation.

Protection des intérêts des membres

Une deuxième et non moins importante motivation à l'origine de la réglementation des activités professionnelles et surtout à l'origine des corporations professionnelles est sans contredit la protection et la promotion des intérêts de leurs membres. Cette deuxième incitation ne fait que renforcer la première, à moins que ce ne soit la première qui renforce la seconde. Si en effet l'institution de protection du consommateur qu'est occasionnellement la corporation n'avait pas en même temps comporté d'immenses avantages pour ses membres, on peut douter que l'histoire ait jamais inventé cette formule particulière et surtout qu'elle l'ait répandue à ce point.¹⁷⁷

¹⁷⁶ Déclaration rapportée dans *Le Devoir*, mardi, 12 octobre 1971.

¹⁷⁷ Il n'est pas sans intérêt de noter qu'historiquement ce sont les professionnels eux-mêmes, c'est-à-dire les producteurs plutôt que les consommateurs qui ont réclamé l'imposition et le renforcement des règles et standards d'exercice de leur métier.

Plan analytique

La Commission prend implicitement la chose pour acquise, sans faire avancer le débat cependant. Elle passe de l'observation de faits reconnus aux recommandations suivantes qui se résument à deux aspects essentiels : 1° transférer aux pouvoirs publics la responsabilité principale de la réglementation et 2° dissocier la corporation de l'association professionnelle.

Pour expliquer l'avènement et le fonctionnement de la corporation fermée, il n'est pas inutile de s'inspirer de la notion de bien collectif, dont la théorie économique a tiré un certain nombre de corollaires importants ces dernières années.¹⁷⁸ La corporation professionnelle [212] constitue une association, un groupe. De ce point de vue, elle produit donc à l'avantage de ceux qui exercent la profession un bien collectif, en ce que les services qu'elle rend aux professionnels ne peuvent être consommés par un seul membre pris individuellement. Une fois produit le service collectif engendré par l'activité de la corporation, l'accès aux bienfaits ou aux inconvénients de la consommation du service en question ne peut être limité technologiquement aux seuls membres de la corporation. Il ne peut être interdit à aucune des personnes qui exercent l'occupation concernée. Or la rationalité économique des individus veut que ceux-ci n'entreprennent d'initiative et en l'occurrence n'adhèrent à une association que si leur contribution individuelle à la réalisation des objectifs du groupe est suffisamment grande pour justifier les efforts et les coûts que comporte pour eux la participation. On conçoit dès lors que cette dynamique suscite des obstacles permanents à la constitution et à l'expansion des associations. En raison du grand nombre de membres en effet, personne n'a le sentiment de pouvoir apporter une contribution individuelle sensible à la promotion des buts de l'association. C'est là que réside la tragédie. Il devient en effet irrationnel pour les individus même les plus généreux, de fournir un

¹⁷⁸ Les considérations qui suivent s'inspirent des contributions de M. Olson, *The Logic of Collective Action*, Harvard University Press, Cambridge, 1965, 176 p. ; A. Downs, *An Economic Theory of Democracy*, Harper & Row, New-York, 1957, 310 p. ; et J.M. Buchanan, "An Economic Theory of Clubs", *Economica*, New Series, vol. XXXII, no 125, fév. 1965, pp. 1-14.

effort un tant soit peu considérable pour promouvoir l'intérêt de la communauté.

La manifestation la plus convaincante de cette dynamique s'exprime surtout, dans le cas des corporations professionnelles, par ce qu'on a appelé le malthusianisme professionnel. Acceptons pour l'instant l'hypothèse qu'en raison des barrières artificielles instituées par une corporation, celle-ci provoque une hausse relative des revenus des professionnels concernés. L'avantage qui en résulte pour ceux-ci ne leur vient pas en soi de ce qu'ils sont membres de la corporation ou non, mais plus simplement de la rareté relative de candidats à l'exercice de l'activité professionnelle en question. Supposé par exemple que l'exercice de l'occupation ne soit pas conditionné par l'adhésion à la corporation, même les non-membres profiteraient de cette rareté relative.

La corporation fermée s'explique donc par la théorie des associations qui nous enseigne que l'adhésion aux associations ne se produit que si l'une ou l'autre des deux conditions sont remplies. La première qui nous concerne ici est la coercition ou l'adhésion obligatoire qui aboutit à la formule Rand dans les syndicats et dont le [213] parallèle est la corporation fermée. L'autre condition est que l'association offre des avantages individuels aux membres en même temps que leur protection collective, comme par exemple des polices d'assurance avantageuses, de l'information sur les débouchés, le membership dans des clubs sociaux ou l'obtention de tarifs préférentiels de participation à des activités de loisir. La fermeture de la profession a constitué historiquement l'instrument privilégié de « participation » des membres, mais les associations professionnelles ont aussi eu recours au deuxième instrument.

On peut donc expliquer l'avènement des corporations fermées tout autant sinon plus par le souci des membres de prendre des moyens sûrs pour promouvoir leurs intérêts que par les exigences d'information et de protection du consommateur. Une école prestigieuse et qui compte beaucoup d'adeptes soutient même que c'est là la seule rationalisation. ¹⁷⁹

¹⁷⁹ M. Friedman, *Capitalism and Freedom*, The University of Chicago Press, Chicago, 1962, pp. 137-160.

Corollaires politiques

Quels corollaires principaux se dégagent de la démarche poursuivie jusqu'à maintenant ? Pour contrecarrer les abus des corporations et sauvegarder l'intérêt du consommateur, la Commission fait grand état du contrôle étatique plus serré, de la diversification du membership des corporations ainsi que du partage des tâches entre syndicats professionnels et corporations. On pourrait reprocher à la Commission cependant d'avoir naïvement posé qu'en fractionnant par une loi les deux types d'activité, celui de la protection des membres et celui de la protection du consommateur, la question était réglée.

En premier lieu, nous savons maintenant en vertu de la théorie des associations que c'est dans les secteurs où les professionnels sont bureaucratisés, fonctionnarisés ou salariés que le syndicat professionnel peut vraisemblablement s'établir et contribuer à la promotion des intérêts des membres. Donc dans les emplois où ne s'impose pas de réglementation destinée à protéger le consommateur, d'autres formes de contrôle (celui de l'organisation) se sont substituées au jugement du consommateur isolé. Voilà donc un segment [214] important de l'activité professionnelle pour lequel le droit professionnel *stricto sensu*, c'est-à-dire distinct du droit du travail est devenu périmé et superflu. La corporation professionnelle, en tant que protectrice du client, s'avère conséquemment superflue elle aussi. La dynamique du syndicalisme peut répondre aux besoins, comme en témoignent par exemple l'association des professionnels de la fonction publique et la syndicalisation des ingénieurs salariés.

En contrepartie dans les secteurs qui doivent rester professionnalisés, c'est-à-dire dans les professions « libérales » au sens entendu précédemment, il est probable qu'une certaine forme de réglementation publique s'impose dans l'intérêt du consommateur. Par contre la formation d'associations professionnelles dans ces cas relève plus de l'utopie que de l'analyse réaliste des comportements. La théorie des associations nous a enseigné en effet que sans l'appui d'une forme quelconque de coercition, les syndicats de professionnels à leur compte ne verront probablement jamais le jour. Quel serait en effet l'objet de la syndicalisation, quels en seraient les bénéficiaires, puisque le syndicat

n'aurait pas de partenaires avec qui négocier, et aurait été privé du pouvoir de contrôler l'accès à la profession ? ¹⁸⁰

La naïveté et l'irréalisme du fractionnement des activités de l'association d'une part et de la corporation d'autre part se dégagent en deuxième lieu de ce qu'on peut appeler une théorie des Régies selon laquelle les Régies protégeraient le producteur plutôt que le consommateur. "The outstanding political fact about the independent regulatory Commissions is that they have in general become promoters and protectors of the industries they have been established to regulate". ¹⁸¹ La dynamique en est simple. Les producteurs appartenant à l'industrie réglementée sont manifestement ceux qui possèdent [215] les connaissances et le *know how* nécessaires à l'imposition de normes et de contrôles réalistes et efficaces. De plus, en tant que producteurs, ils subissent constamment et fortement l'incitation nécessaire à la défense de leurs intérêts, contrairement à l'ensemble du public consommateur dont l'intérêt se répartit sur la multitude des biens et services qu'il achète. L'industrie ou les producteurs surveillés en viennent donc à absorber en quelque sorte la Régie ou le service ministériel chargé de les contrôler. Que l'organisme de contrôle soit un service de l'État ou qu'il possède des pouvoirs délégués ne change pas essentiellement la dynamique.

Le processus est donc clair. À compter du moment où s'établit une réglementation restrictive d'une activité, les intéressés trouvent le moyen de s'insérer dans le processus de fixation des normes et d'incurver celles-ci dans le sens de leurs intérêts. D'où l'importance de ne pas créer artificiellement des besoins de « normalisation », donc d'éviter la « professionnalisation » d'occupations et d'actes qui n'est pas dictée par des exigences strictes de protection du public.

¹⁸⁰ Cette hypothèse se trouve confirmée par le fait que la syndicalisation des professionnels de la santé correspond approximativement à l'entrée en scène d'un nouvel interlocuteur, l'État, et à l'avènement de conceptions nouvelles de la pratique médicale dans des services intégrés.

¹⁸¹ G. McConnell, *Private Power and American Democracy*, Alfred A. Knopf Inc., New-York, 1966, p. 287. Voir aussi G.J. Stigler, "The Theory of Economie Regulation", *The Bell Journal of Economics and Management Science*, vol. 2, no 1, printemps 1971, pp. 3-21. Reconnaissons qu'il existe d'autres thèses sur le sujet dont celle de J.Q. Wilson, "The Dead Hand of Regulation", *The Public Interest*, no 25, printemps 1971, pp. 39-58.

Bien sûr le souci de paraître vertueux nous oblige à ne pas nous opposer à des modalités comme la présence de représentants du public dans les commissions de contrôle. Le réalisme nous impose cependant de ne pas tomber dans l'illusion.

On aboutit ainsi à ce que les économistes appellent le « second best » ou « le moindre mal ». Puisque dans un monde où les groupes se protègent, souvent au détriment du consommateur, les professionnels éprouvent aussi le besoin de se protéger. On ne peut qu'espérer limiter les dégâts. Ce n'est pas en enlevant de façon irréaliste à un groupe les moyens d'obtenir ce que les autres atteignent qu'on réglera la question. Et limiter les dégâts, cela peut signifier la mise en application de deux principes de base. Il conviendrait d'abord de réserver la professionnalisation et ses modes actuels de réglementation aux seules occupations qui offrent leurs services à des individus par opposition aux entreprises fonctionnalisées et aux équipes capables de se contrôler par l'intérieur. Deuxièmement, notre avis de profane est que dans un grand nombre de cas, c'est-à-dire là où les conséquences d'erreur du consommateur ne sont pas très graves, (la médecine en serait donc vraisemblablement exclue)¹⁸² [216] la seule certification par la corporation constituerait un substitut avantageux d'appréciation de la qualité des services professionnels. Par ce moyen en effet les pouvoirs publics ou l'organisme professionnel par délégation certifient la compétence d'un individu à exercer une tâche, sans cependant exclure obligatoirement les non certifiés de l'exercice de l'occupation.¹⁸³ Les services professionnels seraient ainsi « classés », comme le sont déjà nombre d'autres produits et services, depuis les restaurants jusqu'au crédit des commerçants.

Le reste, c'est-à-dire les modalités de contrôle des occupations professionnalisées, nous semble d'importance secondaire. La seule chose importante est de ne pas se faire d'illusion.

¹⁸² Il n'est cependant pas inconcevable que la généralisation de la médecine d'équipe réduise sensiblement l'importance de la professionnalisation même dans cette occupation.

¹⁸³ Les chimistes par exemple exercent aujourd'hui dans le cadre de ce régime.

Malthusianisme professionnel

Au plan empirique, le rôle de promoteur des intérêts des membres s'exprime par le malthusianisme professionnel. On ne peut nier qu'un grand nombre de corporations professionnelles posent de nombreux obstacles à la libre entrée dans les professions. La certification des écoles, le contingentement et l'imposition d'épreuves extrêmement rigoureuses en sont l'expression la plus visible, mais pas exclusive. La Commission pour faire avancer le débat aurait dû d'abord s'employer à fournir des réponses à ces questions que le public se pose, en particulier concernant l'évaluation technique des activités professionnelles. Ces questions, nous l'avons vu, sont de deux ordres. D'abord les exigences actuelles d'accèsion aux études et à l'exercice des professions sont-elles nécessaires et contribuent-elles au maintien de standards de qualité minimum dans les services professionnels ou au contraire ne servent-elles qu'à gêner l'accèsion aux professions ? Deuxièmement, et c'est la question la plus importante, la licence qui suppose l'exclusion des non-membres de l'exercice de la profession, se justifie-t-elle dans les différents cas par le besoin d'information du consommateur ?

Des questions concrètes découlent de ce programme. Par exemple, que doit-on penser du peu de souci manifesté par les corporations [217] de maintenir ou même d'accroître la compétence des membres après l'admission, que penser de la limite au droit de critique qu'imposent aux membres certaines corporations professionnelles, que penser de l'absence de liens apparents entre les exigences d'accèsion et la nature des tâches à accomplir, etc. ?

Mais une deuxième façon d'évaluer le rôle restrictif des contraintes eût été de recourir à la méthode scientifique. C'est-à-dire de dégager d'une hypothèse de comportement, des corollaires empiriquement vérifiables. Par exemple, l'un des moyens de ralentir l'entrée dans la profession est d'imposer des exigences de formation très élevées. Pour l'économiste cela signifie élever les coûts de formation. Or, à partir d'un nombre et d'une qualité de données bien insuffisantes tirées du rapport de comités interprovinciaux sur les coûts des services de

santé, ¹⁸⁴ et sans pouvoir affirmer que les normes d'acquisition de la formation professionnelle soient abusivement élevées, on constate qu'en 1966 il en coûtait deux fois plus cher pour obtenir un diplôme d'architecte, de dentiste, d'avocat, que pour obtenir un baccalauréat spécialisé en science, en sciences humaines, en génie ou en agriculture ; et 30 pour cent plus cher que pour obtenir une maîtrise dans ces mêmes disciplines. Pour devenir omnipraticien, il en coûtait 250 pour cent de plus (2 1/2 fois plus cher) que pour obtenir un baccalauréat spécialisé, 70 pour cent de plus que pour obtenir une maîtrise et l'équivalent de ce que coûte un doctorat dans les autres disciplines. Le coût de la formation d'un spécialiste en médecine s'élevait à huit fois le coût d'acquisition d'un baccalauréat spécialisé, cinq fois le coût d'une maîtrise et trois fois le coût d'un doctorat. Ces différences s'expliquent principalement par le fait que la durée de la formation exigée y est supérieure et donc que les candidats aux occupations doivent sacrifier des revenus alternatifs considérables. En soi, ça ne prouve pas que les exigences soient trop élevées, mais le moins qu'on puisse dire est qu'on est justifié de soulever la question.

Un deuxième instrument auquel on a pu avoir recours pour limiter l'entrée dans les professions aurait été la méthode du contingentement. La technique est notoirement établie dans les facultés de médecine. À la différence de la première, cette formule ne comporte

¹⁸⁴ *Rapport des Comités d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada*, vol. 3, ministère de la Santé et du Bien-être, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1970, pp. 319-322 ; voir le résumé au tableau I.

[218]

TABLEAU 1

*Coût privé par étudiant de l'enseignement supérieur au Canada,
suivant la carrière et le diplôme, 1966*

	<i>Frais de scolarité¹ et livres</i>	<i>Prêts²</i>	<i>Manque à gagner³</i>	<i>Moins emplois⁴</i>	<i>Moins bourses</i>	<i>Coût privé net</i>
1. <i>Baccalauréat</i>						
a. Arts	2,540	1,890	10,365	3,453	1,272	10,070
b. Sciences	2,540	1,890	10,365	3,453	1,272	10,070
c. Génie	2,820	1,890	10,365	3,453	1,272	10,350
d. Agriculture	2,820	1,890	10,365	3,453	1,272	10,350
2. <i>Maîtrise</i>						
a. Arts	3,325	2,885	15,875	4,830	1,952	15,303
b. Sciences	3,325	2,885	15,875	4,830	1,952	15,303
c. Génie	3,605	2,885	15,875	4,830	1,952	15,583
d. Agriculture	3,605	2,885	15,875	4,830	1,952	15,583
3. <i>Doctorat</i>						
a. Arts	4,895	4,275	29,040	8,120	3,315	26,775
b. Sciences	4,895	4,275	29,040	8,120	3,315	26,775
c. Génie	5,175	4,275	29,040	8,120	3,315	27,055
d. Agriculture	5,175	4,275	29,040	8,120	3,315	27,055
4. <i>Diplôme : profession libérale</i>						
Architecture	5,510	2,924	22,200	6,410	3,356	20,868
Art dentaire	5,210	2,924	22,200	6,410	3,356	20,568
Droit	3,385	2,585	22,200	8,250	1,952	17,968
Médecine						
Pratique générale	5,650	2,930	29,535	9,890	2,686	25,540
Spécialité médicale	5,650	2,930	103,735	30,350	2,686	79,280
Spécialité chirurgicale	5,650	2,930	103,735	30,350	2,686	79,280

1. *Extraits des publications du BFS, Institutions d'enseignement supérieur au Canada, 1958-59, no de cat. 81, 502, Ottawa, 1959, et Frais de scolarité et de subsistance dans les universités et collèges du Canada qui confèrent des grades, 1968, no de cat. 81-219, Ottawa, 1968.*
2. Extrait d'une étude sur l'accessibilité à l'enseignement supérieur au Canada, effectuée par R. Pike pour l'Association des Universités et des Collèges du Canada (communication privée).
3. Pour le *manque à gagner*, on a utilisé la moyenne du revenu par âge de 18 à 22 ans ; voir la publication du ministère du Revenu national. *Statistique fiscale*, éditions de 1958 et 1968, tableau 10-A. À partir de l'année 5 (6, 7) les chiffres se rapportent à la moyenne des revenus annuels des individus ayant un premier diplôme (deuxième, Ph. D.) comme il est communiqué dans la publication du ministère de la Main-d'oeuvre et de l'Immigration : *Anticipated Requirements and Rates of Pay for University Graduates*, éditions 1960 et 1968. Dans le cas de l'art dentaire et de la médecine, les revenus pertinents sont extraits des publications du ministère de la Santé nationale et du Bien-être. *Les revenus des dentistes au Canada, 1957-1966 et Les revenus des médecins au Canada, 1966.*
4. Ces chiffres représentent le quart du manque à gagner annuel, sauf pour le droit (armée 6) et la médecine (années 7-11) où ils représentent la moyenne des traitements annuels.

Source : Rapport des Comités d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada, op. cit., vol. 3, p. 322.

[220]

pas de coûts de formation plus élevés, elle ne fait que limiter le nombre des candidats. L'effet en est facilement prévisible ; l'offre de professionnels s'en trouve réduite, et donc les revenus des individus déjà dans la profession haussés, relativement aux frais qu'il en coûte pour acquérir la formation. On peut exprimer la même idée en disant que le taux de rendement sur l'investissement que constitue la formation professionnelle s'en trouve amélioré. Or toujours à partir des sources de données fragmentaires mentionnées ci-dessus, (reproduites au tableau 2), on remarque les résultats suivants : les coûts ou les frais que suppose l'acquisition d'une formation au-delà du baccalauréat spécialisé constituent un investissement qui rapporte de 8 à 9 pour cent par année à ceux qui vont jusqu'au doctorat en sciences, en génie, en agriculture et dans les « arts » (à l'exclusion de la médecine). Cet investissement rapporte entre 12 et 16 pour cent aux détenteurs d'une maîtrise dans les mêmes disciplines, entre 25 et 37 pour cent aux détenteurs d'un diplôme professionnel en architecture, en art dentaire et en droit. Les omnipraticiens se situeraient à mi-chemin entre les détenteurs de maîtrises et les « professionnels », soit à environ 19 pour cent. Les médecins spécialistes qui n'obtiennent qu'un rendement de 5 à 8% sur les coûts de formation feraient l'investissement le moins rentable, en dépit de leurs revenus élevés. À part le cas de ces derniers, il y aurait donc association entre la rentabilité des professions et le fait de « l'encadrement » par une corporation professionnelle. Répétons qu'il ne s'agit ici que d'indices, non de preuves, mais d'indices qui nous justifient de nous poser des questions. La précarité des données et des méthodes provenant de cette source nous est révélée par les résultats obtenus par deux autres auteurs, qui situent le taux de rendement privé de l'investissement dans une maîtrise en génie à 4.5 pour cent plutôt qu'à 11.2 pour cent, celui de l'investissement dans un doctorat à 1.5 pour cent plutôt qu'à 9.3 pour cent. La comparaison des autres diplômés révèle des disparités semblables. ¹⁸⁵

¹⁸⁵ D.A. Dodge et D.A.A. Stager, *Returns to Graduate Study in Science, Engineering and Business*, Working Paper no 7014, Institute for the Quantitative Analysis of Social and Economic Policy, University of Toronto, Toronto, oct. 1970, 60 p.

[221]

TABLEAU 2
Taux net de rendement

	<i>Gain total moyen de la vie active de certaines professions, Canada, 1966</i>	<i>Taux net de rendement pour les particuliers des sommes affectées à renseignement de 2e et 3e cycles, selon les carrières, Canada, 1966</i>
	\$	%
1. <i>Baccalauréat</i>		
Arts	244,615	
Sciences	268,384	
Génie	303,435	
Agriculture	247,417	
2. <i>Maîtrise</i>		
Arts	272,804	11.4
Sciences	339,384	16.5
Génie	353,183	11.2
Agriculture	304,746	14.8
3. <i>Doctorat</i>		
Arts	337,735	7.8
Sciences	418,600	9.2
Génie	429,459	9.3
Agriculture	371,950	8.0
4. <i>Diplôme : profession libérale</i>		
Architecture	636,740	31.0
Art dentaire	499,032	25.1
Droit	629,857	36.8
Médecine		
a. pratique générale	680,530	18.6
b. spécialité médicale	875,847	4.5
c. spécialité chirurgicale	1,001,829	7.6

Source : Rapport des Comités d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada, *op. cit.*, vol. 3, p. 320.

[222]

Il reste que du point de vue qui nous intéresse ici la position relative des omnipraticiens par rapport aux autres disciplines non médicales et aux spécialistes des disciplines médicales se trouve confirmée par un certain nombre d'études américaines résumées aux tableaux 3 et 4. Les résultats consignés dans ces tableaux justifient un certain nombre de conclusions. D'abord, tout comme le suggéraient les travaux canadiens, la formation d'un omnipraticien s'avère un investissement sensiblement plus rentable que celui des investissements comparables dans d'autres disciplines. Le taux de

TABLEAU 3

*Taux de rendement interne, spécialistes
et omnipraticiens, É.-U., 1965
(en pour cent)*

<i>Pratique générale</i>	<i>Anesthésie</i>	<i>Chirurgie</i>	<i>Médecine interne</i>	<i>Gynécologie</i>
24.1	10.0	5.2	1.5	4.8
<i>Ophthalmologie</i>	<i>Chirurgie orthopédique</i>	<i>Pédiatrie</i>	<i>Psychiatrie</i>	<i>Radiologie</i>
12.4	13.8	négatif	3.9	16.1

Source : F.A. Sloan, *Lifetime Earnings and Physicians' Choice of Specialty*, Industrial and Labor Relations Review, vol. 24, no 1, oct. 70, pp. 48-49.

[223]

TABLEAU 4

Taux de rendement des études avancées dans différentes disciplines, selon les auteurs, E.-U.

<i>Auteurs</i>	<i>Disciplines</i>	<i>Niveau</i>	<i>Taux de rendement (%)</i>
S. Hunt	diverses	2e et 3e cycles 1947	2.2 à 3.0 (après impôt)
I.H. Butter	Physique	Ph. D. 1964	5.2 (rendement-social)
	Zoologie	Ph. D. 1964	8.0 (rendement-social)
	Sociologie	Ph. D. 1964	0.9 (rendement-social)
	Anglais	Ph. D. 1964	0.1 (rendement-social)
G. Hanock	diverses	2e et 3e cycles 1960	7.0 (avant impôt)
D.C. Rogers	diverses	Maîtrise	
		Ph.D. 1965	5.0 à 6.0 (avant impôt)
O. Ashenfelter	diverses	M.A. 1966	7.5
et			
J.D. Mooney	diverses	Ph. D.	
		3 ans 1966	10.8 (avant impôt)
		4 ans 1966	9.1
		5 ans 1966	7.1

Source : Cité dans D.A. Dodge et D.A.A. Stager, *op. cit.*, p. 22.

rendement s'élève en effet à 24.1 pour cent dans le premier cas, contre des taux variant de près de zéro à 8 pour cent dans les cas d'études de maîtrise ou de doctorat dans les autres disciplines non « professionnelles ». On aura noté également que le taux de 24 pour cent se rapproche de façon significative des taux qu'obtiennent au Canada les détenteurs des diplômes professionnels en architecture, en art dentaire et en droit. Ces résultats sont donc conciliables avec l'hypothèse postulant l'existence de barrières à l'entrée dans les « professions » en général, en médecine en particulier. Troisième conclusion qui se dégage de la lecture des résultats : le rendement de la formation du spécialiste se révèle nettement inférieur à celui de la formation de l'omnipraticien, phénomène qu'on observait aussi au

Canada. Comme le soutient Sloan, l'auteur de l'étude, le choix [224] que fait la majorité des diplômés de poursuivre jusqu'à la spécialisation peut difficilement se rationaliser à partir de la seule analyse de rentabilité pécuniaire. Ce corollaire se trouve d'ailleurs confirmé par une autre constatation. Il découvre en effet que le choix des spécialités et l'empressement que manifestent les candidats à s'orienter vers les différentes spécialités médicales ne s'avèrent que faiblement associés aux taux respectifs de rendement de ces mêmes spécialités. Il faut donc présumer que d'autres motivations et peut-être aussi l'insuffisance d'information conditionnent le choix des carrières médicales.

En résumé, nous dirions d'abord que, sauf exception, les propositions essentielles de la Commission sont par trop générales pour être vraiment opérationnelles. Les Commissaires en effet ne se sont guère efforcés d'atteindre à une connaissance intime des activités des professions. Les recommandations donnent en outre l'impression d'avoir été puisées intégralement dans d'autres travaux effectués par d'autres enquêteurs. Elles sont inadaptées, faute précisément d'analyse sérieuse et d'application aux conditions d'exercice dans lesquelles évoluent la majorité des professionnels d'aujourd'hui.

[225]

Le prix de la santé

CONCLUSION

[Retour à la table des matières](#)

Que l'on examine l'industrie de la santé du point de vue de la diffusion des soins à travers les différentes couches de population ou sur le territoire, qu'on l'évalue du point de vue de l'adaptation de la qualité des soins aux besoins des consommateurs, ou qu'on l'apprécie du point de vue de l'efficacité avec laquelle elle produit ses services, on éprouve le sentiment que dans ce secteur grandissant de l'activité il y a place pour une grande amélioration. À ce sujet, l'un des principaux enseignements qui se dégage du présent ouvrage contribuera peut-être à assombrir davantage les perspectives d'avenir dans l'esprit du lecteur. On aura un peu l'impression à cette lecture que les lacunes observées résultent d'un déterminisme puissant que la volonté des agents en cause s'avère incapable de corriger. Les défauts sont comme inhérents au système. On y chercherait en vain le fruit de la malice de quelques groupes de producteurs particuliers. Au moins jusqu'à tout récemment le système récompensait par exemple les médecins qui choisissaient d'exercer à la ville plutôt qu'à la campagne, en banlieue plutôt qu'au coeur de la vieille ville, celui qui traitait les gens fortunés plutôt que les pauvres. Le système oriente le patient vers le spécialiste plutôt que vers le médecin de famille. Il offre à l'un et l'autre la tentation apparemment irrésistible de multiplier les actes et souvent les actes les plus coûteux comme ceux qu'il pose à l'hôpital, les actes qui guérissent à prix fort plutôt que ceux qui préviennent. L'ensemble de ces activités se fait enfin à un prix exorbitant et qui par la faute de la technologie ne cesse de monter.

[226]

Le malheur de ce diagnostic déjà pessimiste se double du fait qu'aux imperfections ainsi identifiées, on ne connaît pas de solution idéale. On peut dire en effet avec assez de certitude que les objectifs implicites dans la correction des lacunes observées sont en bonne partie incompatibles. Quels sont les objectifs du régime de santé ? La santé étant « un droit », on doit souhaiter d'abord une bonne diffusion des soins à travers toute la population, indépendamment du revenu. Le deuxième objectif réside dans la qualité des soins. Le consommateur et la société désirent des services de bonne qualité et adaptés à leurs besoins. Enfin, troisième objectif, la production de ces services doit se faire avec un minimum d'efficacité qui limite les gaspillages de ressources.

Notre société a depuis peu choisi l'assurance publique, donc la gratuité des soins, comme instrument de réalisation de ces objectifs. On ne peut douter que le premier des trois objectifs s'en soit trouvé favorisé, du moins relativement aux conditions antérieures. Même en termes relatifs cependant, il n'est pas sûr que l'assurance d'État universelle ait été le plus sûr moyen de réaliser une distribution plus uniforme des soins. Il est sûr par contre que le régime tend à faire perdre conscience au consommateur, tout comme au producteur, de la réalité des coûts, de la réalité du prix de la santé. On devrait plutôt dire qu'il tend à amplifier ce travers, puisque cette déviation se vérifierait en partie même en l'absence de toute assurance-santé, et s'observe en tout cas dans les régimes d'assurance-santé privés.

Considérons maintenant l'efficacité de la production. On pourrait sans doute concevoir des modes de paiement des services du médecin, de l'hôpital et des autres producteurs, qui réduisent les coûts. Ils consisteraient par exemple à incorporer au mode de rémunération de ces agents des incitations qui éveillent chez eux le souci d'économiser les ressources. À cet égard l'enveloppe budgétaire que le Québec accorde aux hôpitaux depuis 1971 améliore peut-être les conditions présentes. En offrant au médecin une rémunération fondée en tout ou en partie sur le nombre de patients traités plutôt que sur le nombre d'actes exercés, le centre communautaire de santé prévu par le projet de loi soumis à l'étude des législateurs pourrait sans doute réduire la surconsommation de services médicaux. Il pourrait ainsi contribuer à adapter les services aux besoins et à favoriser la médecine préventive.

[227]

Mais voilà qu'alors le conflit risque de se poser entre le deuxième et le troisième objectif, soit la qualité des soins et l'efficacité de production. Peut-on garantir que le souci de dispenser des soins de bonne qualité sera présent, le jour où le revenu du médecin variera proportionnellement avec le nombre de ses patients ? Qu'advierait-il si la formule du salariat était retenue ? L'excès de qualité, la recherche du moindre effort et la concentration dans le traitement de « cas intéressants » d'un point de vue clinique, plutôt que de maladies « banales et communes », ne risqueraient-ils pas alors d'engendrer des conditions tout aussi déplorables ?

Dans le passé, la sauvegarde des standards de qualité reposait sur le contrôle exercé par la profession et sur l'existence d'une concurrence minimum entre les unités de production. Avec l'instauration prochaine d'un réseau de centres de santé, les possibilités de choix du consommateur seront désormais presque totalement supprimées. Quant à l'aptitude de la corporation à définir des normes et à en surveiller l'application, elle suscite les doutes inhérents au conflit qui risque d'opposer l'intérêt du consommateur à celui de la profession.

Une foule de doutes, beaucoup de questions, des explications que nous croyons fondées et un certain nombre de principes de solution, voilà ce que le présent ouvrage veut livrer à la réflexion du lecteur. Nonobstant le dicton populaire et les prétentions de certains producteurs, d'une affirmation nous sommes sûrs, la santé a un prix.

[228]

[229]

Le prix de la santé

BIBLIOGRAPHIE

[Retour à la table des matières](#)

American Hospital Association, *Hospitals, Guide Issue*, vol. 45, no 15, Chicago, 1er août 1971.

Anderson, O.W. et Sheatsley, P., *Comprehensive Medical Insurance*, Health Information Foundation, New-York, 1959.

Arrow, K.J., "Equality in Public Expenditures", *Quarterly Journal of Economics*, vol. 85, no 3, août 1971, pp. 409-415.

_____, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *The American Economic Review*, vol. LIII, no 5, déc. 1963, pp. 941-973.

Bachynski, J.A., « À propos de l'économie des médicaments », *L'Actualité économique*, vol. 47, no 2, juillet-sept. 1971, pp. 312-324.

Bailey, R.M., "Appraisals of Experience in Fee-for-Service Group Practice in San Francisco Bay Area", *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 44, no 11, nov. 1968, pp. 1293-1303.

Bain, J.S., *Industrial Organization*, John Wiley & Sons Inc., New-York, 1959.

Balfe, B.E., et Mc Namara, M.E., *Survey of Medical Groups in the United States, 1965*, The American Medical Association, Chicago, 1968.

Barzel, Y., "Productivity and the Price of Medical Services", *Journal of Political Economy*, vol. 77, no 6, nov-déc. 1969, pp. 1014-1027.

Baumol, W.J., *Business Behavior, Value and Growth*, The Macmillan Co., New-York, 1959.

_____, "Macroeconomics of Unbalanced Growth", *The American Economic Review*, vol. LVII, no 2, juin 1967, pp. 415-426.

Bélanger, G., « Critique des documents budgétaires », *L'Actualité économique*, vol. 46, no 3, juil.-août 1970, pp. 274-286.

_____, « Le secteur public ; un budget croissant pour des services constants », in J.-L. Migué (sous la direction de). *Le Québec d'aujourd'hui*. Éditions HMH Hurtubise, Montréal, 1971, pp. 17-30.

Berg, R.L., Browning F.E., Grump, S.L. et Wenbert, W., "Bed Utilization Studies for Community Planning", *Journal of the American Medical Association*, vol. 207, no 13, 31 mars 1969, pp. 2411-2413.

Blanchet-Patry, M., *Indices de l'état de santé de la population du Québec*, annexe 3 du Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Éditeur officiel du Québec, Québec, oct. 1970.

Boan, J.A., *L'exercice en groupe*, étude de la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1966.

[230]

Boudreault, T.J., « Assurance-maladie et critères de choix : aspects provinciaux », *L'Actualité économique*, vol. 45, no 1, avril-juin 1969, pp. 5-27.

Buchanan, J.M., "An Economic Theory of Clubs", *Economica*, New Series, vol. XXXII, no 125, fév. 1965, pp. 1-14.

_____, et Devletoglou, N.E., *Academia in Anarchy*, Basic Books Inc., New-York, 1970.

Bunker, J.P., "A Comparison of Operations and Surgeons in the U.S.A. and in England and Wales", *The New England Journal of Medicine*, vol. 282, no 3, janvier 1970, pp. 135-144.

Carr, W.J. et Feldstein, P.J., "The Relationship of Cost to Hospital Size", *Inquiry*, vol. 4, no 2, mars 1967, pp. 45-65.

Castonguay, C., « Les Québécois ont été tenus dans l'ignorance », Conférence prononcée devant l'Association des étudiants comptables agréés du Québec, *Le Soleil*, vendredi, 8 janvier 1971, p. 14.

Clute, K.F., *The General Practitioner : A Study of Medical Education and Practice in Ontario and Nova Scotia*, University of Toronto Press, Toronto, 1963.

Cohen, K.J. et Cyert, R.M., *Theory of the Firm : Resource Allocation in a Market Economy*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1965.

Coleman, J.S., “The Concept of Equality of Educational Opportunity”, *Harvard Educational Review*, vol. 38, no 1, fév. 1968, pp. 14-22.

Cooper, M.H. et Culyer, A.J., “An Economic Survey of the Nature and Intent of the British National Health Service”, *Social Science and Medicine*, vol. 5, no 1, fév. 1971, pp. 1-13.

Crean, J. F., *Equality of Educational Opportunity : Concepts, Measures and Policies*, miméo., Groupe de recherche sur l'économie du secteur public, Université Laval et École nationale d'administration publique, Québec, 1971.

Demers, G., « [La fin des corporations professionnelles au Québec](#) », *Sociologie et sociétés*, vol. 2, no 2, nov. 1970, pp. 317-326.

Denison, E.F., “Welfare Measurement and the G.N.P.”, *Survey of Current Business*, vol. 51, no 1, janv. 1971, pp. 1-8.

Densen, P. et al., “Comparison of a Group Practice and a Self-Insurance Situation”, *Hospitals*, vol. 36, no 22, novembre 1962, pp. 63-68, 138.

_____, “Prepaid Medical Care and Hospital Utilization in a Dual Choice Situation”, *American Journal of Public Health*, vol. 50, no 11, novembre 1960, pp. 1710-1726.

Dodge, D.A. et Stager, D.A.A., *Return to Graduate Study in Science, Engineering and Business*, (Working Paper no 7014), Institute for the Quantitative Analysis of Social and Economic Policy, University of Toronto, Toronto, oct. 1970.

[231]

Downs, A., *An Economic Theory of Democracy*, Harper & Row, New-York, 1957.

_____, “A Theory of Bureaucracy”, *The American Economic Review, Papers and Proceedings*, vol. LV, no 2, mai 1965, pp. 439-446.

Evans, R.G., “Behavioural” Cost Functions for Hospitals”, *Revue canadienne d'économie*, vol. IV, no 2, mai 1971, pp. 198-215.

Feldstein, M.S., “An Econometric Model of the Medicare System”, *Quarterly Journal of Economics*, vol. 85, no 1, février 1971, pp. 1-20.

_____, *Economic Analysis for Health Service Efficiency*, North-Holland Publishing Co., Amsterdam, 1967.

_____, "Improving Medical Care Price Statistics", *American Statistical Association*, 1969 Proceedings of the Business and Economic Statistics Section, Washington, 1969, pp. 361-365.

_____, *The Rising Cost of Hospital Care*, Information Resources Press, Washington, D.C., 1971.

Feldstein, P.J., *An Empirical Investigation of the Marginal Cost of Hospital Services*, Graduate Program in Hospital Administration, University of Chicago, Chicago, 1961.

Forget, C., « Expérience du budget global », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. XVII, no 7, juillet 1971, pp. 17-21.

Friedman, M., *Capitalism and Freedom*, The University of Chicago Press, Chicago, 1962.

Fuchs, V.R., "The Basic Forces Influencing the Cost of Medical Care", in *Health Care in America*, Hearings Before the Subcommittee on Executive Reorganization, 90th Congress, 2nd Session, Government Printing Office, Washington, D.C., 1969, pp. 291-306.

_____, (sous la direction de), *Production and Productivity in the Service Industry*, National Bureau of Economic Research, New-York, 1969.

Gillespie, W.I., *The Incidence of Taxes and Public Expenditures in the Canadian Economy*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1966.

Glaser, A., *Paying the Doctor, Systems of Remuneration and their Effects*, The Johns Hopkins Press, Baltimore, Maryland, 1970.

Gorham, W., « Deux années d'expérience dans l'application du PPBS ou comment améliorer le partage du gâteau public ? », *Analyse et Prévision*, vol. V, no 6, juin 1968, pp. 403-416.

Griliches, Z., (sous la direction de), *Price Indexes and Quality Change : Studies in New Methods of Measurement*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1971.

Ingbar, M.L. et Taylor, L.D., *Hospital Costs in Massachusetts*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1968.

Jacoby, E.M. et Hefner, D.L., “Domestic and Foreign Prescription Drug Prices”, *Social Security Bulletin*, vol. 34, no 5, mai 1971, pp. 15-22.

Johe, W.P. et Kamovsky, D.S., “Interest Rates and Price Changes, 1952-69”, *Federal Reserve Bank of St. Louis Review*, vol. 51, no 12, déc. 1969, pp. 18-36.

Johnson, H.G., *The Canadian Quandary*, McGraw-Hill, Toronto, 1963.

Juster, F.T., “On the Measurement of Economic and Social Performance”, in *Economics — A Half Century of Research 1920-1970, 50th Annual Report*, National Bureau of Economic Research, New-York, 1970, pp. 8-24.

Kemp, K., “Development in Price Statistics for New Residential Building Construction”, *Canadian Statistical Review*, vol. 45, no 7, juillet 1970, pp. 5 et 112-120.

Klarman, H.E., (sous la direction de), *Empirical Studies in Health Economics*, The Johns Hopkins Press, Baltimore, Md, 1970.

_____, “Approaches to Moderating the Increases in Medical Care Costs”, *Medical Care*, vol. VII, no 3, mai-juin 1969, pp. 175-190.

_____, “The Contribution of Health Services to Economic Growth and Well-Being”, in *Federal Programs for the Development of Human Resources*, a compendium of papers submitted to the Subcommittee on Economic Progress of the Joint Economic Committee, Congress of the United States, U.S. Gov. Printing Office, Washington, D.C., 1968, pp. 451-468.

_____, “Increase in the Cost of Physician and Hospital Services”, *Inquiry*, vol, 7, no 1, mars 1970, pp. 22-36.

Kogan, A., “The Question of the National Economic Effectiveness of Public Health”, *Problems of Economics*, vol. XIII, no 3, juillet 1970, pp. 27-33, traduit de la revue *Ekonomicheskie Nauki*, 1969, no 12.

Kovner, J., *Production Function for Outpatient Medical Facilities*, University Microfilms, Ann Arbor, Michigan, 1968.

Kushner, J., *Economics of Scale in the General Hospital Industry*, Thèse de doctorat non publiée. University of Western Ontario, London, octobre 1969.

Lacasse F., *Les mécanismes de distribution des médicaments et prothèses : analyse économique*. Annexe 4 du Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Éditeur officiel du Québec, Québec, 1970.

Lave, J.R. et Lave, L.B., "Estimated Cost Functions for Pennsylvania Hospitals", *Inquiry*, vol. VII, no 2, juin 1970, pp. 3-14.

_____, "Hospital Cost Functions", *The American Economic Review*, vol. LX, no 3, juin 1970, pp. 379-395.

[233]

Lave, L.B. et Seskin E., "Air Pollution and Human Health", *Science*, vol. 169, no 3947, août 1970, pp. 723-732.

_____, "Health and Air Pollution, the Effect of Occupational Mix", *Sweedish Journal of Economics*, vol. 73, no 1, mars 1971, pp. 76-95.

Lévy-Lambert, H., *La vérité des prix*, (Collection Société), Éditions du Seuil, Paris, 1969.

Mc Connell, G., *Private Power and American Democracy*, Alfred A. Knopf Inc., New-York, 1966.

Mc Nerney, W.J. and Study Staff, *Hospital and Medical Economics*, 2 vol. Hospital Research and Education Trust, Chicago, 1962.

Mann, J.K. et Yett, D.E., "The Analysis of Hospital Costs : A Review Article", *Journal of Business*, vol. 41, no 2, avril 1968, pp. 191-202.

Mansfield, E., *The Economics of Technological Change*, W.W. Norton & Co. Inc., New-York, 1968.

Martin, L.W., "Pure Price Indexes, Quality Change and Hospital Costs", *American Statistical Association, 1966 Proceedings of the Business and Economic Statistics Section*, Washington, 1966, pp. 479-487.

Migué, J.-L. (sous la direction de). *Le Québec d'aujourd'hui*, Éditions HMH Hurtubise, Montréal, 1971.

Mishan, E.J., "Evaluation of Life and Limb : A Theoretical Approach", *Journal of Political Economy*, vol. 79, no 4, juillet-août 1971, pp. 687-705.

_____, “Making the Future Safe for Mankind”, *The Public Interest*, no 24, été 1971, pp. 33-61.

Monsma, G.N., Jr, “Marginal Revenue and the Demand for Physicians’ Services”, in H.E. Klarman (sous la direction de), *Empirical Studies in Health Economics*, The Johns Hopkins Press, Baltimore, Md, 1970, pp. 145-160.

Mushkin, S.J., “Health as an Investment”, *Journal of Political Economy*, vol. 70, no 5, partie 2, oct. 1970, pp. 129-157.

Newhouse, J.P., “Days Lost from Work Due to Sickness”, in H.E. Klarman (sous la direction de), *Empirical Studies in Health Economics*, The Johns Hopkins Press, Baltimore, Maryland, 1970, pp. 59-70.

_____, “Toward a Theory of Nonprofit Institutions : An Economic Model of a Hospital”, *The American Economic Review*, vol. LX, no 1, mars 1970, pp. 64-74.

Olson, M., *The Logic of Collective Action*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1965.

Ontario Hospital Association, Forecast of 1972 Costs for Public General Hospitals in Ontario, miméo., juin 1971.

[234]

Osborne, J.E., *The Economics and Costs of Health Care*, Department of National Health and Welfare, Ottawa, 1967.

Owens, A., “The Economics of Partnership Practice”, *Medical Economics*, vol. 44, no 12, 12 juin 1967, pp. 85-95.

Pauly, M.V., “Efficiency, Incentives and Reimbursement for Health Care”, *Inquiry*, vol. 7, no 1, mars 1969, pp. 114-131.

Perrot, G.S., “Utilization of Hospital Services”, *American Journal of Public Health*, vol. 56, no 1, janv. 1966, pp. 57-64.

Peterson, O.L., “Medical Care in the United States”, *Scientific American*, vol. 209, no 2, août 1963, pp. 19-27.

Pineault, R., *Utilisation comparée des services de santé*, annexe 14 de la Commission d’enquête sur la santé et le bien-être social, Éditeur officiel du Québec, Québec, 1970.

Prest, A.R. et Turvey, R., “Cost-Benefit Analysis : A Survey”, *Economic Journal*, vol. 75, no 300, déc. 1965, pp. 683-735.

Reder, M.W., “Some Problems in the Measurement of Productivity in the Medical Care Industry”, in V.R. Fuchs (sous la direction de), *Production and Productivity in the Service Industry*, National Bureau of Economic Research, New-York, 1969, pp. 98-106.

Reed, L.S. et Carr W., “Utilization and Cost of General Hospital Care : Canada and the U.S., 1948-66”, *Social Security Bulletin*, vol. 31, no 11, novembre 1968, pp. 12-23.

Rice, D.P., “The Direct and Indirect Cost of Illness”, in *Federal Programs for the Development of Human Resources*, Joint Economic Committee, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1968, pp. 469-490.

_____, *Estimating the Cost of Illness*, (Health Economics Series No 6), U.S. Dept. of H.E.W., U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1966.

Robinson, E.A.G., *The Structure of Competitive Industry*, édition révisée, University of Chicago Press, Chicago, 1958.

Rodman, A.C., “Comparison of Baltimore’s Utilization Rates under Two Physicians-Payment Systems”, *Public Health Reports*, vol. 80, no 6, juin 1965, pp. 476-480.

Roemer, M. et Du Bois, D.M., “Medical Costs in Relation to the Organization of Ambulatory Care”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 280, no 18, 1er mai 1969, pp. 988-993.

Rottenberg, S., “The Economics of Occupational Licensing”, in *Aspects of Labor Economics*, a Report of the National Bureau of Economic Research, Princeton University Press, Princeton, N.J., 1962, pp. 3-20.

[235]

Ruggles, N. et R., *The Design of Economic Accounts*, National Bureau of Economic Research, New-York, 1970.

Schultze, C.L., “The Reviewers Reviewed”, *The American Economic Review, Papers and Proceedings*, vol. LXI, no 2, mai 1971, pp. 46-50.

_____, “The Role of Incentives, Penalties and Rewards in Attaining Effective Policy”, *The Analysis and Evaluation of Public Expenditures : The PPB System*, Joint Economic Committee, U.S. Government Printing Office, Washington, 1969, pp. 201-225.

Scitovsky, A.A., “Changes in the Costs of Selected Illnesses, 1951-65”, *The American Economic Review*, vol. 52, no 5, déc. 1967, pp. 1182-1195.

Shapiro, S., “Comments on Approaches to Moderating the Increases in Medical Care Costs”, *Medical Care*, vol. VIII, no 1, janv.-fév. 1970, pp. 88-89.

Sloan, F.A., “Lifetime Earnings and Physicians’ Choice of Specialty”, *Industrial and Labor Relations Review*, vol. 24, no 1, oct. 1970, pp. 47-56.

Stigler, G.J., “The Theory of Economic Regulation”, *The Bell Journal of Economics and Management Science*, vol. 2, no 1, printemps 1971, pp. 3-21.

Taylor, V., *The Price of Hospital Care*, The Rand Corporation, Santa Monica, Ca, 1969.

Triplett, J.E., “Determining the Effects of Quality Change on the CPI”, *Monthly Labor Review*, vol. 94, no 5, mai 1971, pp. 27-32.

United Steel Workers of America, *Special Study on the Medical Care Program for Steelworkers and their Families*, United Steel Workers of America, Pittsburg, Pa, 1960.

Weisbrod, B.A., “Some Problems of Pricing and Resource Allocation in a Non-Profit Industry — the Hospitals”, *Journal of Business*, vol. XXXVIII, no 1, janv. 1965, pp. 18-28.

Williams, L.G., « Courbes des dépenses familiales des soins personnels de santé au Canada », *Santé et Bien-Être au Canada*, vol. 23, no 10, déc. 1968, pp. 5-8.

Williamson, O.E., *The Economics of Discretionary Behavior : Managerial Objectives in a Theory of the Firm*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1964.

White, K.L., Williams T.F., et Greeberg B.C., “The Ecology of Medical Care”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 265, no 18, 2 novembre 1961, pp. 885-892.

Wilson, J.Q., “The Dead Hand of Regulation”, *The Public Interest*, no 25, printemps 1971, pp. 39-58.

[236]

(Documents officiels)

Québec

Ministère des Affaires sociales ; *Guide budgétaire (1972)*, Gouvernement du Québec, Québec, 1971.

Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social :

Rapport,

Vol. I, *L'assurance-maladie*, Imprimeur de la Reine, Québec, 1967.

Vol. III, *Le développement*, Éditeur officiel du Québec, Québec, 1971.

Vol. IV, *La santé*. Éditeur officiel du Québec, Québec, 1971.

Vol. VII, Tome I, *Les professions et la société*, Éditeur officiel du Québec, Québec, 1970.

Annexes

1. *Analyse comparative des coûts de l'hospitalisation au Québec et en Ontario*, (La Commission), Éditeur officiel du Québec, Québec, 1969.
2. *Indices de l'état de santé de la population du Québec*, (M. Blanchet-Patry), Éditeur officiel du Québec, Québec, 1970.
4. *Les mécanismes de distribution des médicaments et prothèses, analyse économique* (F.D. Laçasse), Éditeur officiel du Québec, Québec, 1970.
14. *Utilisation comparée des services de santé*, (R. Pineault), Éditeur officiel du Québec, Québec, 1970.

Canada

Bureau fédéral de la statistique (Statistique Canada) :

Indicateur des hôpitaux, janvier-mars 1971, no de catalogue 83-001, Information Canada, Ottawa, 1971.

Personnel sanitaire des hôpitaux, no de catalogue 83-507F, Information Canada, Ottawa, 1971.

Prices and Price Indexes, no de catalogue 62-002, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1969 et 1970.

La statistique de l'état civil 1968, no de catalogue 84-202, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1970.

La statistique hospitalière 1968 — volume VI, no de catalogue 83-215, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1970.

La statistique hospitalière — Rapport annuel préliminaire 1969, no de catalogue 83-217, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1970.

Commission royale d'enquête sur les services de santé : *Rapport*, 2 volumes. Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964.

Conseil économique du Canada :

Les diverses formes de croissance, (7^e exposé annuel),
Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1970.

Les prix, la productivité et l'emploi, (3^e exposé annuel),
Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1967.

[237]

Medical Research Council, Report No. 2, *Canadian Medical Research : Survey and Outlook*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1968.

Ministère de la Consommation et des Corporations : Déclaration de l'Honorable Ron Basford, ministre de la Consommation et des Corporations à la Conférence fédérale-provinciale des hauts fonctionnaires sur le coût des médicaments et des appareils auditifs, Ottawa, du 10 au 12 juin 1970, communiqué de presse du 10 juin 1970, Ottawa, 1970.

Ministère de l'Industrie et du Commerce : Rapport annuel du ministre de l'Industrie et du Commerce présenté conformément à la Loi sur les déclarations des corporations et des syndicats ouvriers (Partie 1 Corporation) 1967, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1969.

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être :

Bulletin Rx, vol. 2, nos 1 et 2, janvier et février 1971,
Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1971.

Earnings of Physicians in Canada, 1959-1969, (Health Care Sériés No. 28), Ottawa, oct. 1971.

Expenditures on Personal Health Care in the Provinces of Canada 1957- 1969, Ottawa, nov. 1970.

Rapport annuel du ministre de la Santé nationale et du Bien-être sur l'application des accords avec les provinces au titre de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques pour l'année financière terminée le 31 mars 1970, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1970.

Rapport des comités d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1970.

Ministère du Travail : *L'Assurance-chômage au cours des années 1970*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1970.

Ontario

Ontario Hospital Services Commission, *A Program of Financial Incentives for Hospitals*, miméo., Toronto, 12 mars 1970.

États-Unis

Congress : *The Analysis and Evaluation of Public Expenditures : the PPB System*, 3 volumes, Joint Economic Committee, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1969.

Federal Programs for the Development of Human Resources, 2 volumes, Joint Economic Committee, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1968.

Health Care in America, 2 volumes, Committee on Government Operations, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1969.

[238]

Department of Health, Education, and Welfare :

The Drug Makers, (Background Paper on the Task Force on Prescription Drugs), U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1968.

Report of the National Advisory Commission on Health Manpower, 2 volumes, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1967.

A Report to the President on Medical Care Prices, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1967.

Task Force on Prescription Drugs — Final Report, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1968.

Toward a Social Report, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1969.

Department of Labor : *Handbook of Labor Statistics 1970*, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1970.

Grande-Bretagne

Report of the Committee of Inquiry into the Relationship of the Pharmaceutical Industry with the National Health Service, 1965-1967, Her Majesty's Stationery Office, Londres, sept. 1967.

[239]

Achévé d'imprimer sur papier
Val-de-Brôme non apprêté
des papeteries Eddy, Hull,
sur les presses
des Ateliers Jacques Gaudet, Ltée,
Saint-Hyacinthe,
le quatorzième jour
du mois de juillet
mil neuf cent soixante-douze