

Assurance-maladie et critères de choix : aspects provinciaux

Thomas J. Boudreau

Volume 45, numéro 1, avril-juin 1969

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1003594ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1003594ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

HEC Montréal

ISSN

0001-771X (imprimé)

1710-3991 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Boudreau, T. J. (1969). Assurance-maladie et critères de choix : aspects provinciaux. *L'Actualité économique*, 45(1), 5-27.
<https://doi.org/10.7202/1003594ar>

Assurance-maladie et critères de choix: aspects provinciaux*

La décision de présenter une séance consacrée à l'économique de la santé, à l'occasion de ce congrès de l'Association canadienne d'économique souligne bien, à mon sens, l'importance croissante que la santé a acquise et continue d'acquérir comme phénomène économique. Souhaitons, également, que cette décision contribue à faire réaliser la *possibilité* et la *nécessité* d'introduire un peu de rationalité économique dans un secteur où la société en général, les professions de la santé en particulier, ainsi que la plupart des gouvernements et même, inconsciemment sans doute, plusieurs économistes, croient que la prédominance de facteurs « humains », « psychologiques » et « émotionnels » font qu'il se prête difficilement à des raisonnements et des modèles économiques systématiques et un tant soit peu rigoureux. Les conséquences de cet état de choses se révèlent évidemment assez graves. Bien qu'elle soit une des industries les plus importantes de l'économie, la santé est probablement celle où l'irrationalité dans les mécanismes de production et de distribution est la plus complète. D'ailleurs, nous aurons l'occasion plus loin d'apporter certaines précisions à cet égard.

La démarche de l'économiste doit, en général, l'amener à faire ou à suggérer des choix concernant la quantité, l'utilisation, la combinaison et la localisation des ressources. Dans le domaine de la santé, les questions que l'on peut se poser, par exemple, sont :

* Ce texte a fait l'objet d'une communication présentée le 6 juin 1968, à l'Université de Calgary, au Congrès de l'Association canadienne d'économique.

L'ACTUALITÉ ÉCONOMIQUE

- Quelle quantité de ressources doit être affectée au domaine de la santé ?
- Comment doit se répartir la consommation entre les divers types de soins, par exemple prévention, guérison, réadaptation, éducation ?
- Comment doivent être répartis, organisés et reliés les divers facteurs de production ?

Il s'agit en somme de répondre aux questions classiques qui se posent dans toute l'industrie.

Mais, pour vraiment saisir sur quoi peut se fonder la rationalité économique des décisions dans le domaine de la santé et, en particulier, de l'assurance-maladie, il importe d'abord de cerner les caractéristiques technologiques et économiques du bien santé et d'en situer l'importance dans l'ensemble de l'économie.

Notre propos sera donc :

- 1) de décrire économiquement et technologiquement le bien santé ;
- 2) de tenter de situer la santé dans l'ensemble de l'économie ;
- 3) de tenter de dégager certains critères de choix ou de décision ;
- 4) de présenter un point de vue provincial concernant :
 - a) le régime de soins médicaux qui est entré en vigueur le 1er juillet 1968,
 - b) les priorités établies par Ottawa,
 - c) la législation fédérale dans le domaine des soins,
 - d) la formule du partage des frais de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance contre les frais médicaux.

I — CARACTÉRISTIQUES ÉCONOMIQUES ET TECHNOLOGIQUES DU BIEN SANTÉ

A) *Caractéristiques économiques*

Les mécanismes institutionnels et organisationnels qui sont les meilleurs pour allouer les ressources efficacement diffèrent d'un bien à l'autre selon la nature même de ce bien. Il est donc intéressant de définir quelles sont les caractéristiques du bien santé afin de comprendre le fonctionnement du marché des soins.

Depuis 1954, année où Samuelson¹ a attiré l'attention des économistes sur les caractéristiques économiques des biens et où il a établi la distinction entre les biens publics purs et les biens privés purs, il a été possible de réaliser jusqu'à quel point ces notions ont eu une influence déterminante sur l'analyse de certains types de marché et comment, sans elles, il serait à peu près impossible de parler intelligemment de certains types de marché. Samuelson a défini le bien privé pur comme le bien économique ordinaire, sans « externalité ». Quant au bien public pur, c'est le bien dont la consommation par les uns n'enlève rien à la consommation que les autres peuvent en faire. On connaît les exemples classiques du phare de navigation et de la défense nationale.

On s'est, toutefois, rendu compte que ces notions de biens publics et privés purs ne constituent que les cas limites ou polaires de tout un continuum de possibilités. Ce n'est pourtant que plus tard que des modèles traitant des cas intermédiaires, soit les biens mixtes ou non privés, ont pu être présentés².

Les premiers efforts systématiques que nous connaissions pour appliquer ces notions au domaine de la santé, sont dus à Gilles Paquet et ont été entrepris d'abord dans le cadre des travaux du Comité de recherche sur l'assurance-santé, mis sur pied par le gouvernement du Québec³.

Il ne fait aucun doute que nous pouvons considérer la santé comme un bien non privé, c'est-à-dire un bien possédant une composante publique, laquelle toutefois n'est pas suffisamment forte pour en faire un bien public pur.

Voici, rapidement énumérés, les principaux facteurs qui confèrent au bien santé sa dimension publique dans la société actuelle :

- 1) *L'urbanisation*, qui se caractérise par le regroupement de masses de population importantes, augmente les économies externes inhérentes à la prévention ou au contrôle des maladies contagieuses.

1. Samuelson, P.A., « The Price Theory of Public Expenditures », *Review of Economics and Statistics*, nov. 1954, pp. 387-389.

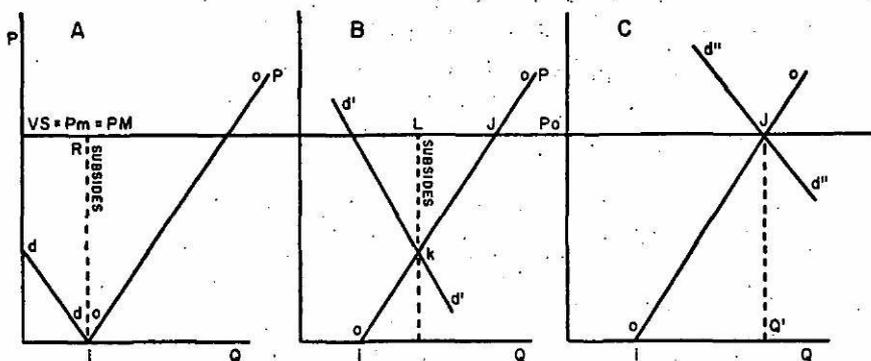
2. Voir Buchanan, J.M., « An Economic Theory of Clubs », *Economica*, février 1965 et Breton, A., « A Theory of Government Grants », *Canadian Journal of Economics and Political Science*, mai 1965.

3. Critères de choix, volume VII du premier rapport du Comité de recherches sur l'Assurance-Santé, gouvernement du Québec, janvier 1966, pp. 3-43.

- 2) L'interdépendance sociale et économique des individus, qui est évidemment beaucoup plus étroite dans la société technologique et spécialisée qui est la nôtre qu'elle ne l'était dans la société traditionnelle et rurale, augmente également les économies externes qui découlent de l'élimination de la maladie.
- 3) Chaque adulte au travail qui a acquis un certain niveau d'éducation financé par l'ensemble de la société, représente un *investissement social*, que la société a intérêt à sauvegarder.
- 4) L'importance croissante des *maladies qui sont causées par les hommes et par la société* (par exemple, accidents du travail, la plupart des maladies nerveuses, etc.) a amené la société comme telle à admettre une certaine responsabilité face à la maladie, étant donné que le système socio-économique qui nous permet d'atteindre le niveau de vie que nous connaissons est en même temps responsable de nombreuses maladies.
- 5) L'émergence de la notion de *droit à la santé*, en partie à cause des facteurs qui viennent d'être énumérés et en partie à cause du système de valeurs propre à la société industrielle et technologique.

Le caractère non privé de la santé, ou plus précisément des soins, aura des implications importantes sur la demande, dans la mesure où le bien aura un degré de matérialité publique d'usage,

Graphique 1



c'est-à-dire dans la mesure où un individu, ne pouvant être exclu des bénéficiaires d'un bien, tend à ne pas révéler ses préférences pour ce bien. Gilles Paquet a déjà suggéré à cet égard certains exemples très utiles. « Prenons un soin préventif comme la fluoruration des eaux. Tout citoyen a intérêt à ne pas révéler ses préférences pour une telle mesure puisque si un groupe de citoyens décide de payer pour la fluoruration des eaux, ils ne pourront exclure notre compère. De même pour la vaccination. Si tout le monde se fait vacciner contre la coqueluche, et que je refuse de payer pour ce vaccin, ma probabilité de souffrir de cette maladie a été réduite sans qu'il m'en coûte »⁴.

On peut aussi mentionner le cas d'une syphilis, pour laquelle un individu atteint peut refuser de déboursier 100 dollars pour obtenir un traitement, alors que pour l'ensemble de la société, cette guérison pourrait valoir quelques milliers de dollars, surtout si notre « héros » est du type actif. Ainsi donc, la demande privée pour un bien non privé, c'est-à-dire la demande venant de citoyens qui sont prêts à payer le prix pour ce bien, va tendre à être plus faible que la demande optimale.

Le graphique 1 nous aidera probablement à pousser cette analyse un peu plus loin.

Définissons l'abscisse comme les quantités de soins médicaux et l'ordonnée comme le prix de ces soins. On peut définir une offre et une demande privées qui proviendront des médecins et des malades dans un régime de concurrence parfaite. Posons sur ce graphique une troisième droite qui représentera la valeur sociale des soins, c'est-à-dire ce que la société est prête à payer pour que ces soins soient donnés. Nous illustrerons ici (graphique 1) un cas simple où cette valeur (VS) est constante et égale au prix marginal (P_m) et au prix moyen des soins (PM).

Il est évident que si la demande privée ($d''d''$) coupe l'offre privée (oo) en J (graphique 1-C), on pourra parler, par définition, d'un bien privé pur dans le cas de ce soin. Dans ce cas, en effet, la demande privée par elle-même est suffisamment élevée pour

4. Paquet, Gilles, « Définition économique du bien santé », dans *L'Économique de la Santé*, T.J. Boudreau, éditeur, Division de médecine sociale, Université de Sherbrooke, 1967, pp. 52 à 62.

entraîner un niveau de dépense pour les soins qui soit égal à la *valeur sociale* de ces biens. C'est le cas, par exemple ici, de la majorité des biens de luxe.

Si, par contre, la demande privée ($d'd'$) coupe la courbe d'offre (oo) en un point intermédiaire (K) entre i et J , (graphique 1-B) on a affaire alors à un bien non privé. Dans ce cas, la demande strictement privée qui correspond à la valeur que les individus attachent à ce bien, n'entraîne pas un niveau de dépense, donc de production, qui corresponde à la valeur sociale de ces biens. C'est le cas, par exemple, de services comme l'éducation, où les soins médicaux, pour lesquels il y aurait certainement, en l'absence de toute intervention de l'État, une demande privée suffisante pour entraîner une certaine production, mais pour lesquels le niveau de cette production serait alors inférieur au niveau nécessaire pour assurer un maximum de satisfaction à la société. En conséquence, dans le cas de tels biens, pour que le niveau de la dépense corresponde à la valeur sociale du bien il est nécessaire d'avoir recours à une forme quelconque de subside dont l'importance est mesurée par le segment (KL).

Enfin, si la demande privée (dd) coupe l'offre privée (oo) en i (graphique 1-A), ou encore est trop faible pour couper l'offre (oo) en quelque point que ce soit, nous avons affaire à un bien public pur pour lequel il n'y aura aucune demande effective, donc aucune production, à moins que l'État n'accepte d'en payer entièrement le coût. Dans ce cas, le montant du subside est mesuré par le segment (iR). Un exemple d'un tel bien public pur est la défense nationale pour lequel il est difficile d'imaginer qu'il puisse y avoir une demande strictement privée.

B) *Caractéristiques technologiques*

Les soins ne sont plus ces services relativement simples, mettant en cause le plus souvent un seul individu, soit le médecin, dont la grande polyvalence de l'activité thérapeutique lui permettait de résoudre tous les problèmes solubles. En fait, jusqu'au début du siècle, et même jusqu'à l'entre-deux-guerres, l'industrie de la santé était encore artisanale, individualiste, non spécialisée et centrée sur le travail du médecin.

Les découvertes des dernières décennies dans les domaines de la physique, de la chimie et de la biologie et les applications qui en ont résulté dans les domaines de la médecine, de l'anesthésie et de la chirurgie ont complètement transformé la pratique médicale. Au début du siècle, le médecin ne pouvait, la plupart du temps, faire beaucoup plus que ce que la nature laissée à elle-même pouvait faire. Maintenant, grâce aux miracles de la biochimie, de la biophysique, des isotopes, de la chirurgie et de l'anesthésie modernes, il est possible d'intervenir dans des processus biologiques extrêmement intimes et complexes et de modifier réellement le cours naturel des choses.

Mais ces interventions diagnostiques ou thérapeutiques requièrent maintenant un personnel et un équipement extrêmement complexe, coûteux et diversifiés. De plus, les types d'intervention et de procédés thérapeutiques et diagnostiques différents deviennent de plus en plus nombreux et requièrent dans la plupart des cas des combinaisons diverses de facteurs. En même temps, il faut, malgré tout, continuer à effectuer les actes plus simples et tenter de le faire de façon aussi économique que possible, c'est-à-dire sans grever ou utiliser inutilement des facilités coûteuses, nécessaires pour les interventions les plus complexes.

Il faut enfin noter qu'étant donné la variété des interventions et actes médicaux possibles, et étant donné que certains d'entre eux sont si peu fréquents qu'ils nécessitent des bassins de population considérables (1 à 2 millions de personnes parfois) pour pouvoir fonctionner selon un rythme et une dimension optimaux, il est alors nécessaire de réaliser une certaine centralisation des processus de décision et une régionalisation de l'organisation des services. Malheureusement, nous sommes encore loin de cette situation, et l'organisation actuelle des régimes de soins (assurance-hospitalisation, assurance-maladie, assistance médicale, soins psychiatriques, etc.) permet et même favorise souvent la formule anachronique des cabinets privés et des hôpitaux qui se considèrent comme des firmes indépendantes et autonomes. On est donc encore bien loin, également, de l'intégration régionale des équipements et du personnel de santé dans des réseaux de centres de santé interdépendants les uns par rapport aux autres, conçus en fonction des

problèmes de santé réels de la population et organisés selon des critères visant à maximiser le rendement et à minimiser les coûts.

II — PLACE DE LA SANTÉ DANS L'ÉCONOMIE

Il n'est pas sans intérêt, maintenant que nous avons une certaine idée des caractéristiques du bien santé, de voir quelle importance ce bien occupe présentement dans l'ensemble de l'économie, de voir quelles sont les forces qui semblent influencer l'évolution de la demande et de voir, enfin, quelles sont les tendances qui semblent se dessiner sur ce marché.

A) *Situation actuelle*

Le tableau 1 donne une bonne idée de la place actuelle de la santé comme activité économique.

B) *Facteurs qui influencent l'évolution de la demande*

Nous avons, je pense, bien établi que la demande de soins constitue un des éléments importants de l'activité économique. Or, cette demande est soumise à l'heure actuelle à des forces ou à des pressions qui influencent énormément son évolution. Ces facteurs sont :

- 1) les développements technologiques, qui confèrent aux soins une efficacité thérapeutique et, donc, une utilité et une désirabilité croissantes et qui permettent également à la médecine d'intervenir dans des domaines de plus en plus nombreux,
- 2) l'augmentation des revenus,
- 3) l'augmentation du niveau d'éducation,
- 4) la diffusion des assurances privées et publiques,
- 5) le caractère de plus en plus public des soins,
- 6) l'émergence de la notion de *droit à la santé*.

Les conséquences les plus évidentes du jeu de ces forces sur la demande des soins semblent être les suivantes :

- augmentation de la demande,
- introduction d'un élément d'équité sociale et géographique,
- intervention plus marquée de l'État.

Tableau 1

Quelques mesures de l'importance de la santé dans l'économie

MAIN-D'ŒUVRE :

A) En 1960, aux États-Unis^a :

3 millions de personnes, soit 5 p.c de la main-d'œuvre, travaillent dans le domaine de la santé.

B) En 1961, au Canada^b :

Nombre de travailleurs dans le domaine de la santé selon les secteurs :

Hôpitaux	227,696	Grossistes en médicaments	7,399
Bureaux de médecins	25,902	Pharmacies	26,933
Bureaux de dentistes	9,385	Autres services de santé	18,566
Manufactures de produits pharmaceutiques	11,110	Total	316,991

soit 5 p.c. de la main-d'œuvre totale qui était de 6,471,850 en 1961 au Canada.

C) En 1962, au Canada^c :

Absence du travail pour causes de maladies : 27 millions d'hommes-jours (soit plus que la perte occasionnée par toutes les grèves et lock-outs au Canada de 1947 à 1962).

DÉPENSES ET INVESTISSEMENTS

A) En 1963, au Canada^d :

Les dépenses pour soins de santé et les investissements hospitaliers représentaient 5.62 p.c. du produit national brut.

B) En 1967-1968, au Québec^e :

Les dépenses du gouvernement provincial dans le domaine de la santé étaient de l'ordre de 580 millions de dollars, soit 28 p.c. du budget de la Province.

C) En 1960, aux États-Unis^f :

Valeur des investissements physiques ... 1,270 milliards de dollars
 Valeur des investissements
 en capital humain 740 " " "
 dont : 535 milliards en éducation
 205 " " santé

SOURCES :

- Klarman, H.E., *Economics of Health*, Columbia University Press, New York, 1965, p. 4.
- Recensement du Canada 1961. À noter que les données pour le Canada n'incluent pas les membres de la fonction publique travaillant dans les ministères de la santé ni les personnes travaillant pour des organismes privés ou publics d'assurance-maladie.
- Goffman, Irving J., *Some Fiscal Aspects of Public Welfare in Canada*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1965.
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-Être social, *The Economics and Costs of Health Care*, miméo, Ottawa, 1967.
- Budget du gouvernement du Québec.
- Mushkin, Selma J. et Weisbrod, Burton A., « Investment in Health-Lifetime Health Expenditure on the 1960 Work Force », dans *The Economics of Health and Medical Care*, University of Michigan, Ann Arbor, 1964.

C) Les grandes tendances du marché

Les tableaux 2, 3, 4, 5 et 6 illustrent de façon quantitative, ce qu'a été l'évolution de la demande au cours des dernières années et ce qu'elle sera au cours des prochaines années. En ce sens, ils présentent une mesure à la fois précise et frappante de l'importance grandissante de la demande pour les soins et de la participation de plus en plus importante de l'État dans ce secteur. En

Tableau 2
Dépenses et investissements hospitaliers, Canada, 1947-1961

An- née	Services de santé person- nels *	Services de santé géné- raux et publics	Toutes les dépen- ses de santé	P.c. de la D.N.B.	Inves- tisse- ments hospita- liers	Toutes les dépen- ses	Dépen- ses totales par habitant	P.c. de la D.N.B.
	(Millions de dollars)				(Millions de dollars)		Dollars	
1947	394.6	21.0	415.6	3.16	33.1	448.7	35.75	3.41
1948	442.4	30.0	472.4	3.12	55.6	528.0	41.18	3.49
1949	499.5	34.0	533.5	3.26	71.4	604.9	44.98	3.70
1950	565.1	38.0	603.1	3.35	73.0	676.1	49.31	3.75
1951	639.9	46.0	685.9	3.24	78.9	764.8	54.59	3.61
1952	698.6	51.0	749.6	3.12	93.3	842.9	58.30	3.51
1953	767.0	58.0	825.0	3.30	118.3	943.3	63.54	3.77
1954	839.6	62.0	901.6	3.63	121.5	1,023.1	66.93	4.11
1955	909.4	69.0	978.4	3.61	146.1	1,124.5	71.63	4.14
1956	1,028.3	73.0	1,101.3	3.60	128.7	1,230.0	76.48	4.02
1957	1,142.6	79.0	1,221.6	3.93	130.6	1,352.2	81.41	4.24
1958	1,259.4	87.0	1,346.4	4.09	161.6	1,508.0	88.29	4.58
1959	1,419.6	93.0	1,512.6	4.33	151.9	1,664.5	95.21	4.77
1960	1,571.7	101.0	1,672.7	4.61	156.0	1,828.7	102.33	5.04
1961	1,723.9	105.0	1,828.9	4.89	177.8	2,006.7	110.01	5.36
1962	1,883.3	109.8	1,993.1	4.91	180.8	2,173.9	117.07	5.35
1963	2,091.1	137.4	2,228.5	5.13	213.0	2,441.5	129.21	5.62

* Y compris les ordonnances.

SOURCES : 1947-1961 : Commission royale d'enquête sur les services de Santé, vol. 1, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964, p. 436.

1962-1963 :

- 1) Ministère de la Santé nationale et du Bien-Être social, Research and Statistics Memo, *The Economics and Costs of Health Care*, document polycopié, Ottawa, mai 1967.
- 2) Comptes nationaux, revenus et dépenses, 1965, tableau 1.

ASSURANCE-MALADIE

Tableau 3

Changements dans la composition de la main-d'œuvre, en p.c.,
par groupe d'emplois similaires,
Canada, 1941-1951 et 1951-1961

Groupes d'emplois similaires	1941-1951	1951-1961
Outils — travailleurs spécialisés	27.0	3.5
" " non spécialisés	40.1	13.8
Machines et accessoires — travailleurs spécialisés ...	10.6	4.4
" " " non spécialisés	35.6	8.3
Inspection	93.7	51.0
Manipulation de véhicules	64.4	30.1
Agriculture	-25.0	-23.7
Vente A (connaissances approfondies)	64.5	28.6
Vente B (peu de connaissances)	33.9	36.5
Travail de bureau	68.7	39.1
Services personnels	-12.6	41.8
Divertissement	27.9	57.4
Protection	29.8	44.7
Éducation	22.4	70.1
Santé	67.9	74.6
Bien-être	21.9	29.3
Administration et organisation	76.1	32.6
Recherche et création	77.3	83.2
<i>Total</i>	<i>23.2</i>	<i>20.0</i>

SOURCE : *The Job Content of the Economy*, special Labour Force Study, no 3, B.F.S., Ottawa, 1967, (traduction).

Tableau 4

Dépense nationale brute en soins, services de santé et
investissements hospitaliers, Canada, 1957-1991, en p.c.
(dollars constants, 1957)

Année	P.c.	Année	P.c.
1957	4.24	1976	6.47
1961	5.18	1981	6.63
1966	5.46	1986	6.61
1971	6.04	1991	6.35

SOURCE : Commission royale d'enquête sur les services de Santé, vol. 1, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964, p. 799.

L'ACTUALITÉ ÉCONOMIQUE

ce sens également, ils permettent d'observer, de façon directe, l'effet des facteurs dont nous avons parlé plus haut.

Il est à noter, concernant le tableau 5, qu'advenant la mise sur pied d'un régime universel d'assurance-maladie pour les soins médicaux, s'appliquant à l'ensemble du Canada, la proportion des dépenses de santé qui serait défrayée par le gouvernement, serait de l'ordre d'au moins 80 p.c.

Tableau 5
Total des dépenses générales nettes pour la santé

	Gouvernements			Total	P.c. par rapport au total des	
	fédéral	provin- ciaux	municipi- aux		dépenses gouverne- mentales	dépenses pour la santé
	(En millions de dollars)					
1947	57	87	27	171	5.5	38.1
1948	60	114	31	205	6.2	32.4
1949	69	156	38	263	7.1	43.3
1950	72	172	43	287	7.2	42.4
1951	82	190	51	323	6.5	42.2
1952	88	210	53	351	5.5	41.5
1953	94	229	54	377	5.7	40.0
1954	100	257	67	424	6.2	41.5
1955	103	271	69	443	6.1	39.4
1956	112	288	74	474	5.9	38.7
1957	118	332	85	535	6.2	39.8
1958	186	363	80	629	6.5	41.1
1959	280	470	72	822	7.9	49.6
1960	330	554	69	953	8.5	52.1
1961	429	621	72	1,122	9.3	55.9
1962	470	719	77	1,266	9.8	58.2
1963	n.d.	n.d.	n.d.	1,334	9.8	54.6
1964	n.d.	n.d.	n.d.	1,552	10.6	n.d.
1965	n.d.	n.d.	n.d.	1,674	10.4	n.d.

SOURCES : 1947 à 1962 :

1) Commission royale, *op. cit.*, pp. 436 et 482.

2) Hanson, Eric J., *Les finances publiques et les services de santé au Canada*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964, p. 145. Étude préparée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé.

1963 à 1965 :

1) *Comptes nationaux, revenus et dépenses*, 1965, tableau II.

2) Ministère de la Santé nationale et du Bien-Être social, Ottawa, mai 1967.

Tableau 6

Dépenses publiques au titre des régimes de soins et ensemble des dépenses du gouvernement du Québec

Années	Dépenses publiques au titre des régimes de soins (A)	Total des dépenses budgétaires (B)	Proportion (A)/(B)
	(\$000,000)	(\$000,000)	P.c.
1966	441.9	2,104	21.0
1967	515.7	2,318	22.3
1968	810-830	2,850	28.4-29.1
1969	905-951	3,050	29.7-31.1
1970	1,011-1,092	3,300	30.6-33.1

SOURCE : Rapport de la Commission d'enquête sur la Santé et le Bien-Être social, vol. I, « L'Assurance-maladie », Québec, 1967.

III — CRITÈRES DE CHOIX

Si l'importance de la santé dans l'économie souligne la nécessité d'introduire une rationalité dans ce secteur, les caractéristiques du bien santé dont nous avons discuté dans la première partie, fournissent la base sur laquelle doivent se fonder nos critères de décision.

A) Critères découlant du caractère non privé des soins

Les soins étant un bien non privé il en résulte, ainsi que nous l'avons déjà mentionné, que les mécanismes de marché laissés à eux-mêmes feront que la consommation s'élèvera à un niveau global inférieur à l'optimum social. Il faut donc, en ce secteur, évaluer autant que possible les « externalités », ou la composante publique de chaque type de soins, et adopter une politique en conséquence. Par exemple, en fonction de ce critère, il sera de beaucoup préférable d'adopter des mesures destinées à hausser la consommation des soins dont l'objectif est de prévenir les maladies contagieuses que de subventionner la consommation de la chirurgie purement esthétique. Ces deux exemples représentent des cas po- laires tellement évidents qu'en fait, les interventions publiques dans le domaine de la santé semblent s'être déjà adaptées à la

nature de ces biens. Mais entre ces deux extrêmes, il y a plusieurs grands groupes de soins qu'il serait utile de tenter de ranger selon l'importance de leur composante publique.

Par ailleurs, étant donné que les préférences individuelles, telles qu'exprimées sur le marché, sont insuffisantes comme critère de décision, il importe de trouver un moyen de découvrir quelles sont les préférences collectives dans le domaine de la santé. Il semble qu'une analyse détaillée du contenu des déclarations, discours, mémoires, etc., produits sur le sujet par les divers groupes intéressés directement ou indirectement, puisse permettre de définir un certain niveau minimal de consommation sur lequel tous s'entendent. C'est fondamentalement la technique qui a été utilisée par le Comité de recherche sur l'assurance-santé⁵.

Mais cette technique, malgré tout, ne saurait être suffisante surtout lorsqu'il s'agit de formuler des politiques concrètes qui doivent toujours l'être à l'intérieur des contraintes posées par la rareté des ressources. En effet, utilisée seule, elle produit des réponses comme : « Il faut fournir à tous les soins médicaux essentiels ».

La recherche des préférences collectives en matière de santé doit donc être complétée par une analyse rigoureuse des problèmes de santé de la population. Or, je ne connais pas d'industrie qui soit si peu renseignée sur les besoins réels du marché qu'elle doit desservir. La collecte systématique des données épidémiologiques au Canada et aux États-Unis est à peu près inexistante ; et pourtant, il serait relativement facile au Canada, surtout depuis l'avènement de l'assurance-hospitalisation, de réaliser un tel programme d'information.

Le manque de connaissances de la nature, de l'étendue et de l'importance relative des grands problèmes de santé des Canadiens a fait que, jusqu'à maintenant, cette industrie ne s'est jamais donné d'objectifs définis en termes opérationnels et quantitatifs mais a toujours préféré définir ses objectifs en termes de « meilleurs soins possibles », ce qui évidemment ignore au départ la réalité économique de la rareté des ressources, empêche l'établissement de priorités et n'incite pas à la recherche des moyens alternatifs de production.

5. *Critères de choix*, op. cit.

Ceci nous amène donc à parler des critères de décision reliés aux caractéristiques technologiques des soins et, donc, à la production de ceux-ci.

Mais avant de passer à ces caractères technologiques, il semble que nous puissions résumer de la façon suivante les critères de décision qui découlent du caractère non privé des soins :

- l'importance de la composante publique, laquelle justifiera une intervention proportionnelle des mécanismes publics,
- les préférences collectives,
- les données épidémiologiques.

B) *Critères découlant des caractéristiques technologiques des soins*

S'il est possible de concevoir que les critères de choix basés sur les caractéristiques économiques des soins ou, si l'on veut, sur les caractéristiques de la demande, ne nous amènent pas nécessairement à choisir un régime d'assurance-maladie public, universel et obligatoire, mais qu'ils peuvent peut-être s'accommoder de formules plus limitées, il semble bien, par ailleurs, que les critères qui découlent des caractéristiques technologiques des soins ne peuvent suggérer autre chose que l'universalité.

En effet, les mécanismes d'assurance ou de sécurité sociale, qui réduisent ou éliminent les contraintes financières limitant la consommation des soins, ne représentent qu'un aspect du problème et, fort probablement, l'aspect le plus simple.

Mais il ne faut pas oublier que la demande qui dépend, de façon prépondérante, de la volonté du consommateur, est limitée au premier contact. Comme le fait remarquer Kenneth Boulding, une fois que le patient s'est remis aux bons soins du médecin, la demande disparaît et seule subsiste la notion de besoin telle que définie par le professionnel de la santé⁶.

Il faut également, en plus des mécanismes de demande, tenir compte de l'organisation de la fonction de production dont nous avons déjà évoqué la complexité et dont nous avons dit qu'elle nécessitait un processus centralisé et collectif de décision.

En somme, si on ne veut pas que l'industrie de la santé ne soit qu'une simple machine à payer des comptes, mais si l'on veut

6. Boulding, Kenneth E., « The Concept of Need for Health Services », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, XLIV, no 4, partie 2, octobre 1966, p. 206.

également se préoccuper du niveau des coûts et du rendement des dépenses, il faut de toute nécessité rationaliser la fonction de production.

Or, à l'heure actuelle, dans notre société technique, qui valorise l'efficacité et les processus de production spécialisés et intégrés, la production des soins conserve de nombreux caractères de la production libérale et artisanale.

On pourrait le montrer à l'aide de multiples exemples, mais je me contenterai, avant de laisser ce tableau un peu sombre de la situation actuelle, de ne donner qu'un exemple de ce que la liberté individuelle et l'absence de rationalisation peuvent impliquer dans le domaine de la santé.

Cet exemple a trait aux examens de laboratoire. Dans la région des Cantons-de-l'Est, autour de Sherbrooke, où on tente présentement un modeste effort de planification et de régionalisation des services de santé, nous avons calculé pour chacun des hôpitaux généraux, le nombre d'examens de laboratoire effectués par journée d'hospitalisation. Les résultats de cette compilation apparaissent au tableau 7. Comme on peut le voir, les variations sont énormes, indiquant par là qu'il semble y avoir plus d'une façon de produire les soins. Il est fort probable que des variations dans la fonction

Tableau 7

**Utilisation des laboratoires d'hôpitaux généraux,
région des Cantons-de-l'Est, 1966**

Hôpitaux	Nombre d'unités par jours-patients	Hôpitaux	Nombre d'unités par jours-patients
Hôpital no 1	11.2	Hôpital no 8	4.7
Hôpital no 2	7.9	Hôpital no 9	4.0
Hôpital no 3	6.9	Hôpital no 10	3.6
Hôpital no 4	6.6	Hôpital no 11	3.6
Hôpital no 5	6.0	Hôpital no 12	3.2
Hôpital no 6	5.6	Hôpital no 13	1.8
Hôpital no 7	5.6		

SOURCE : Service de l'assurance-hospitalisation, ministère de la Santé, Québec.

de production aient une certaine influence sur la qualité. Elles en ont certainement une sur le coût. On voit donc clairement la nécessité d'une recherche sur la production des soins qui aurait pour but de déterminer des façons optimales de produire les soins, compte tenu d'objectifs définis en termes de qualité et de coût.

En ce qui a trait à l'exemple qui vient d'être évoqué concernant les laboratoires, la nécessité de scruter la production des soins apparaît encore plus nettement si l'on évoque les données établies par John Williamson, Marshall Alexander et George Miller dans un numéro récent du *Journal of the American Medical Association*⁷ concernant les examens de laboratoire effectués dans un hôpital de Chicago considéré comme étant un établissement donnant des soins de qualité. Dans cet hôpital, trois épreuves de laboratoire étaient effectuées de façon automatique pour tous les malades hospitalisés, soit : une analyse d'urine, une analyse pour déterminer le taux de sucre dans le sang et un test d'hémoglobine. Or, on a établi que dans seulement 16 p.c. des cas pour lesquels ces tests présentaient un résultat vraiment anormal, le médecin avait eu une réaction pouvant indiquer qu'il avait pris connaissance de ce résultat. De plus, l'enquête établit que dans seulement 5 p.c. des cas, le médecin a eu, vis-à-vis ce résultat, une réaction jugée médicalement satisfaisante.

Les exemples de cette sorte qui donnent un aperçu des effets du manque d'intégration et de rationalisation de la production et de son abandon trop entier aux mécanismes individuels de décision, pourraient être multipliés à l'infini. Tous tendraient à démontrer que dans un secteur où il est reconnu que l'offre a une influence directe sur la demande et où, au surplus, étant donné la nature du bien, l'État se voit obligé de subventionner la demande, il est absolument essentiel d'avoir un contrôle public sur la localisation, la dimension, l'utilisation et l'intégration des facteurs de production ; toutes choses qu'un régime universel d'assurance-maladie permet de réaliser de façon probablement plus souple et moins coûteuse que la nationalisation pure et simple des facteurs de production.

7. Williamson, Alexander et Miller, « Continuing Education and Patient Care Research », *J.A.M.A.*, 18 septembre 1967, vol. 201, pp. 938-942.

IV — CONCLUSION : LES ASPECTS PROVINCIAUX

Compte tenu des critères qui viennent d'être développés, que devrait être l'attitude des provinces dans le contexte actuel, face aux politiques et aux propositions d'Ottawa concernant les divers régimes de soins ?

Nous tenterons de résumer les points de vue ou les attitudes que nous considérerions logiques de la part des provinces, sous quatre chefs principaux.

A) *Le régime de soins médicaux entré en vigueur le 1er juillet 1968*

On sait qu'en vertu de ce nouveau régime, Ottawa propose de payer environ la moitié des dépenses de tout régime de soins médicaux établi pour une province à condition que celui-ci couvre tous les soins médicaux (c'est-à-dire ceux qui sont fournis par les médecins), qu'il soit universel, qu'il soit administré ou contrôlé par un organisme public et qu'il soit « transportable » d'une province à l'autre.

Selon les critères que nous avons suggérés, les provinces devraient être d'accord quant aux conditions d'universalité et de contrôle public. Or, il semble que ce soit là les deux conditions sur lesquelles les provinces sont le plus en désaccord. Dans la province de Québec, où une Commission d'enquête a remis, l'an dernier, un rapport sur la question, il est possible de percevoir certaines des raisons de cette opposition. Il semble, en particulier, que l'on nourrisse une confusion entre le champ d'application, c'est-à-dire le nombre de personnes protégées, et le financement par l'État.

On semble, en effet, porté à croire — c'est du moins l'erreur que commet la Commission québécoise — que plus le champ d'application est étendu, plus il en coûte cher au trésor public. Il s'agit évidemment d'une confusion qui ne résiste pas à une analyse sérieuse puisque, en fait, et sans entrer dans les détails, il est possible d'imaginer un régime obligatoire et universel financé de telle sorte (par exemple, par des primes des individus et des employeurs) qu'il n'en coûte rien au trésor public comme tel. En fait, l'accessibilité des soins pour tous est un objectif accepté par tous, même ceux qui préconisent des régimes privés et facultatifs. Par consé-

quent, le coût réel pour la collectivité ne devrait pas être plus élevé dans un cas que dans l'autre. Seuls les mécanismes de financement, ou encore l'identité des intermédiaires financiers, varierait.

La véritable raison de l'opposition des provinces à un régime universel et obligatoire contrôlé publiquement pourrait alors fort bien être leur répugnance à opérer une véritable rationalisation et une véritable planification au sein des facteurs de production. Pour ceux qui connaissent la puissance politique et économique de la profession médicale et la force d'inertie du système hospitalier, cette explication apparaît sans doute comme une hypothèse fort plausible.

B) *Les priorités établies par Ottawa*

Les provinces seraient, par ailleurs, justifiées de poser des questions concernant la façon dont Ottawa établit ses priorités. Présentement, Ottawa ne consent à participer financièrement que dans le domaine des soins hospitaliers dispensés à l'ensemble de la population et des soins médicaux (c'est-à-dire ceux qui sont fournis par les médecins) aux assistés sociaux. Depuis le 1er juillet 1968, Ottawa étend cette assistance financière aux soins médicaux dispensés à l'ensemble de la population. Il n'y a donc aucune participation financière de la part du gouvernement central dans le domaine des médicaments, des soins psychiatriques, des soins dentaires et des prothèses. Se pourrait-il que les préférences et les besoins soient les mêmes dans toutes les provinces? Aucune étude à date ne permet de conclure en ce sens. Quels ont été les critères de choix du fédéral? Représentent-ils une moyenne canadienne des préférences collectives? Tiennent-ils compte de la composante publique et des données épidémiologiques? Il est permis d'en douter.

Ne faudrait-il pas, alors, laisser un peu plus de latitude aux provinces, dans un champ qui de toute façon tombe sous leur juridiction, afin de leur permettre d'utiliser les sommes du fédéral avec une certaine souplesse pour des soins qui constituent des priorités?

Personnellement, je crois qu'un régime combinant certains soins médicaux coûteux, un bon programme de médecine préventive, certains types de médicaments pour maladies de longue durée, les

soins dentaires aux enfants et aux femmes enceintes et les soins de réadaptation, serait préférable à un régime offrant tous les soins médicaux, mais ceux-là seulement.

C) *La législation fédérale dans le domaine des soins*

Avec ses législations distinctes dans le domaine de l'assurance-hospitalisation, des soins aux assistés sociaux et des soins médicaux à l'ensemble de la population, le gouvernement fédéral rend absolument impossible l'intégration véritable des divers régimes de soins au niveau de chaque province. En effet, ces législations fédérales distinctes, qui prévoient des administrations distinctes et des modes de financement différents, sont la cause première du manque d'intégration et de coordination qui existe dans les législations et les administrations provinciales concernant les régimes de soins. Au Québec, par exemple, existent, à cause de cet état de chose, le Service des unités sanitaires, le Service pour la prévention et le traitement de la tuberculose, les Services psychiatriques, le Service pour la prévention et le traitement des maladies vénériennes, l'assistance publique, l'assistance médicale, l'assurance-hospitalisation, les accidents du travail et, sans doute bientôt, l'assurance contre les frais médicaux. On pourrait parler longuement des conséquences fâcheuses, en termes d'efficacité et de coût, qu'un tel cloisonnement entraîne.

Ce qu'il faudrait, en somme, c'est une législation fédérale unifiée et souple, qui permettrait aux provinces d'unifier et d'intégrer leur propre législation en une loi unique de l'assurance-maladie qui serait administrée par une autorité unique et bien intégrée.

D) *La formule du partage des frais de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance contre les frais médicaux*⁸

La contribution fédérale au coût du régime de l'assurance-hospitalisation est égale, pour l'ensemble du pays, à 50 p.c. du coût total. Toutefois, étant donné la formule utilisée pour rem-

8. Pour une analyse plus détaillée de cette formule, voir : Rivard, J.Y., « Le partage des frais de l'Assurance-Hospitalisation au Canada », *L'Hôpital d'Aujourd'hui*, mars 1967, pp. 25 à 29.

bourser les provinces, il arrive que ce pourcentage varie d'une province à l'autre. Voici comment se présente cette formule :

contribution procentuelle du fédéral à la province i =

$$\left[\frac{\Sigma T_i}{4\Sigma N_i} + \frac{T_i}{4N_i} \right] N_i$$

où

i : représente chaque province plus le Yukon et les territoires du Nord-Ouest, c'est-à-dire $i = 1, 2, \dots, 12$.

T_i : coût total annuel des services de la province i .

N_i : moyenne annuelle du nombre de personnes assurées dans la province i .

Par conséquent, la moitié de la contribution fédérale est fonction du coût moyen national par tête et l'autre moitié est fonction du coût moyen par tête dans la province concernée. Selon cette formule, il est évident que les provinces dont le coût moyen par tête dépasse la moyenne nationale se trouvent pénalisées en ce sens qu'elles reçoivent du fédéral une contribution inférieure à 50 p.c., et inversement pour les provinces dont le coût *per capita* est inférieur à la moyenne nationale.

La formule suggérée pour l'assurance contre les frais médicaux, qui est entrée en vigueur le 1er juillet 1968, accentue encore davantage cette situation puisqu'elle n'est fonction que de la moyenne nationale. Cette formule pourrait s'écrire :

$$\left[\frac{\Sigma T_i}{2\Sigma N_i} \right] N_i$$

Selon le gouvernement fédéral lui-même, la formule du partage des frais pour l'assurance-hospitalisation « a été établie de façon à fournir une aide fédérale plus importante aux provinces dans lesquelles le coût des soins hospitaliers par tête est moins élevé et de façon à assurer une contribution fédérale équitable aux provinces, compte tenu de la variation considérable des coûts par tête, d'une province à l'autre »⁹.

9. 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 se terminant le 31 mars 1967, page 13.

Voici, en fait, pour certaines années récentes et pour certaines provinces, quels ont été les résultats de l'application de cette formule.

Tableau 8

**Pourcentage des frais de l'assurance-hospitalisation
versés par le fédéral à certaines provinces**

Année	Québec	Ontario	Saskatchewan	Colombie-Britannique
1961	54.6	47.8	45.6	47.1
1962	52.8	47.9	46.8	48.6
1963	51.3	48.1	47.4	51.0
1964	50.5	48.3	47.7	51.6

SOURCE : Calculé à partir du Rapport annuel du ministère de la Santé nationale, *op. cit.*

Personnellement, nous ne saurions être moins d'accord avec cette conception de l'équité. Bien souvent, en effet, le fait pour une province d'avoir un coût moyen plus élevé que la moyenne nationale peut provenir de causes tout à fait étrangères au fonctionnement du système hospitalier. Ces causes peuvent être, par exemple, le niveau général des salaires, qui peuvent être plus élevés dans une province à cause de son degré d'industrialisation. Il est bien évident, alors, que ceci ne peut qu'avoir des effets considérables sur les frais d'opération d'une industrie, comme le système hospitalier, dont 70 p.c. des coûts sont constitués de salaires. Dans ces circonstances, la formule du fédéral devient davantage une formule de transfert ou de péréquation des provinces riches vers les provinces pauvres, qu'une formule visant à donner à chaque province « une aide financière directement reliée au poids fiscal des services homogènes en nombre et en qualité »¹⁰. Nous n'avons rien contre l'utilisation de la péréquation dans un pays comme le Canada, mais nous croyons qu'elle devrait être établie comme telle et non pas greffée à des mécanismes qui n'ont rien à voir avec elle et qui la rendent aléatoire.

10. Rivard, J.Y., *op. cit.*, p. 26.

Il existe, également, d'autres raisons qui peuvent occasionner des coûts élevés dans le fonctionnement des services hospitaliers et médicaux et pour lesquels il est injuste de pénaliser une province. Mentionnons, par exemple, que le fait pour une population d'être peu densément répartie, mais d'être plutôt établie sur un vaste territoire, rend plus difficile l'utilisation abondante des cliniques externes et des soins à domicile (services substitués pour l'hospitalisation) et oblige à construire de plus petits hôpitaux, dont le taux moyen d'occupation est en général moins élevé, mais dont le coût moyen d'opération, lui, est plus élevé que pour les grands hôpitaux. Le cas de la Saskatchewan est probablement, en partie, de cette nature. Est-il juste de pénaliser une province pour ces raisons ?

Il faut également réaliser que certaines provinces sont moins bien pourvues que d'autres en personnel hospitalier et que tout effort de la part de ces provinces pour rattraper les autres, tend alors à exercer des pressions sur la structure des salaires dans le système hospitalier. C'est en fait la situation du Québec à l'heure actuelle. Doit-on pénaliser une province qui tente ainsi d'améliorer la qualité et la quantité de son personnel hospitalier ?

Enfin, les coûts plus élevés dans une province peuvent dépendre de la meilleure qualité des soins, de leur consommation plus abondante, d'une préférence relative plus grande pour la santé. Or, évidemment, la formule tend plutôt à favoriser les provinces où les services hospitaliers sont proportionnellement moins utilisés et de moins bonne qualité. En fait, est-ce que ça ne devrait pas être le contraire ? À moins que nous ne comprenions rien aux objectifs de la sécurité sociale.

Thomas J. BOUDREAU,
Faculté de médecine,
Université de Sherbrooke.