

Évolution des prix des services de santé : faits et interprétation

Jean-Luc Migué et Gérard Bélanger

Volume 48, numéro 1, avril-juin 1972

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1003678ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1003678ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

HEC Montréal

ISSN

0001-771X (imprimé)

1710-3991 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Migué, J.-L. & Bélanger, G. (1972). Évolution des prix des services de santé : faits et interprétation. *L'Actualité économique*, 48(1), 5–36.

<https://doi.org/10.7202/1003678ar>

Tous droits réservés © HEC Montréal, 1972

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

Évolution des prix des services de santé: faits et interprétation

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 dollars par habitant, en 1967, à 170 dollars¹. Le Conseil économique du Canada prévoit que ce chiffre doublera en 1975, pour atteindre 345 dollars. En 1969, les soins personnels de santé coûtaient à la population 4.5 milliards de dollars (5.7 p.c. du P.N.B.), contre 880 millions (3.2 p.c. du P.N.B.) en 1955. On prévoit des dépenses de l'ordre de 8 milliards de dollars 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 à 4.5 p.c. de la main-d'œuvre totale. Le tableau 1 fait la répartition des dépenses entre les différentes composantes et indique le rythme d'augmentation des dépenses entre 1955 et 1967.

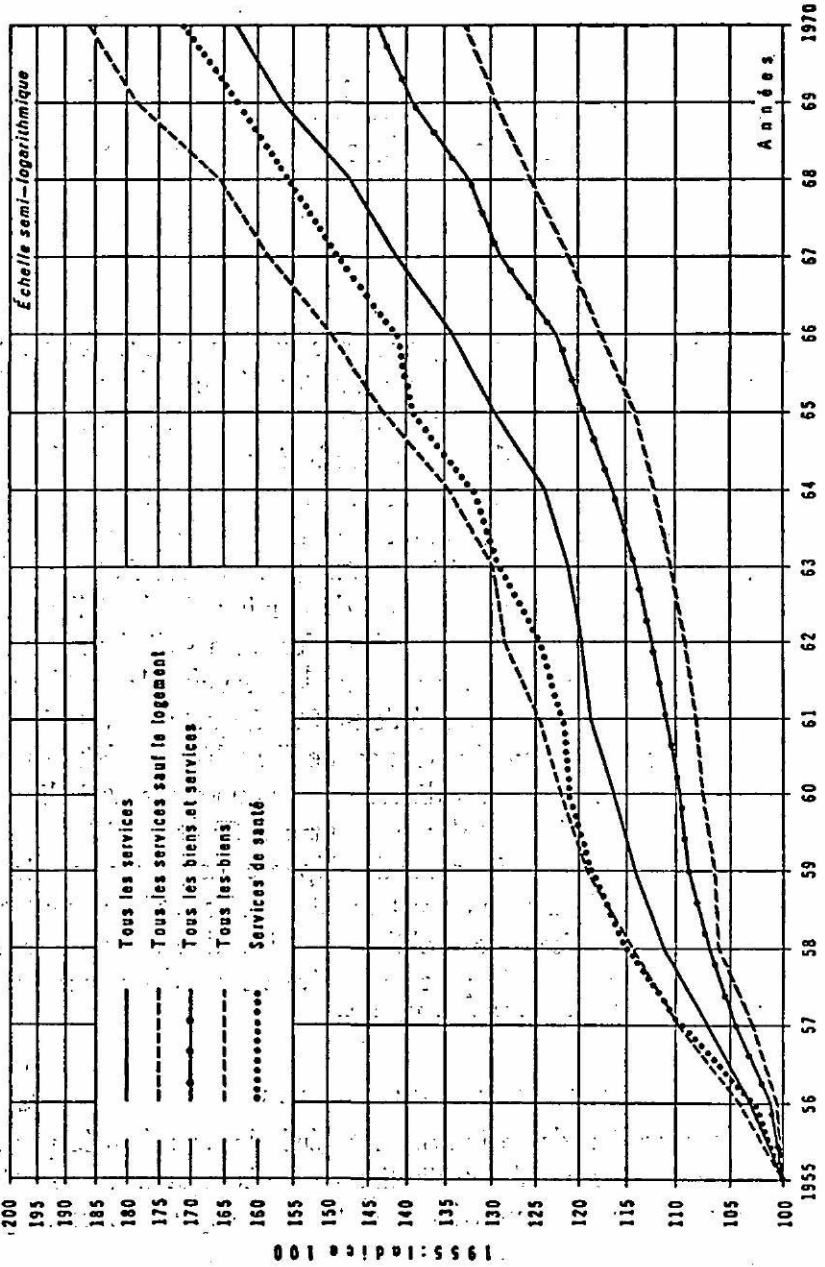
Par définition, l'accroissement des dépenses ne peut provenir que de deux sources : la hausse du volume de services et l'augmentation du prix de ces services. Le problème consiste donc, dans une première étape, à identifier la part respective de ces deux facteurs et, ultérieurement, à en expliquer l'origine.

I — 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

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

Graphique 1
Indices des prix à la consommation et de quelques composantes, Canada, 1955-1970



SOURCE : B.F.S., Prices and Price Indexes, no de cat. 62-002, janvier 1969 et janvier 1971.

PRIX DES SERVICES DE SANTÉ

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, composée de deux adultes à deux adultes et quatre enfants et jouissant d'un revenu de 2,500 à 7,000 dollars. 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 1 reflète cette tendance. En 1970, l'ensemble des services coûtait 64 p.c. de plus qu'en 1955 ; les services de santé, 74 p.c. de plus ; pour la même période, l'augmentation des prix de l'ensemble des biens et services a été de 44 p.c. ; celui des biens seuls, de 32 p.c. 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.

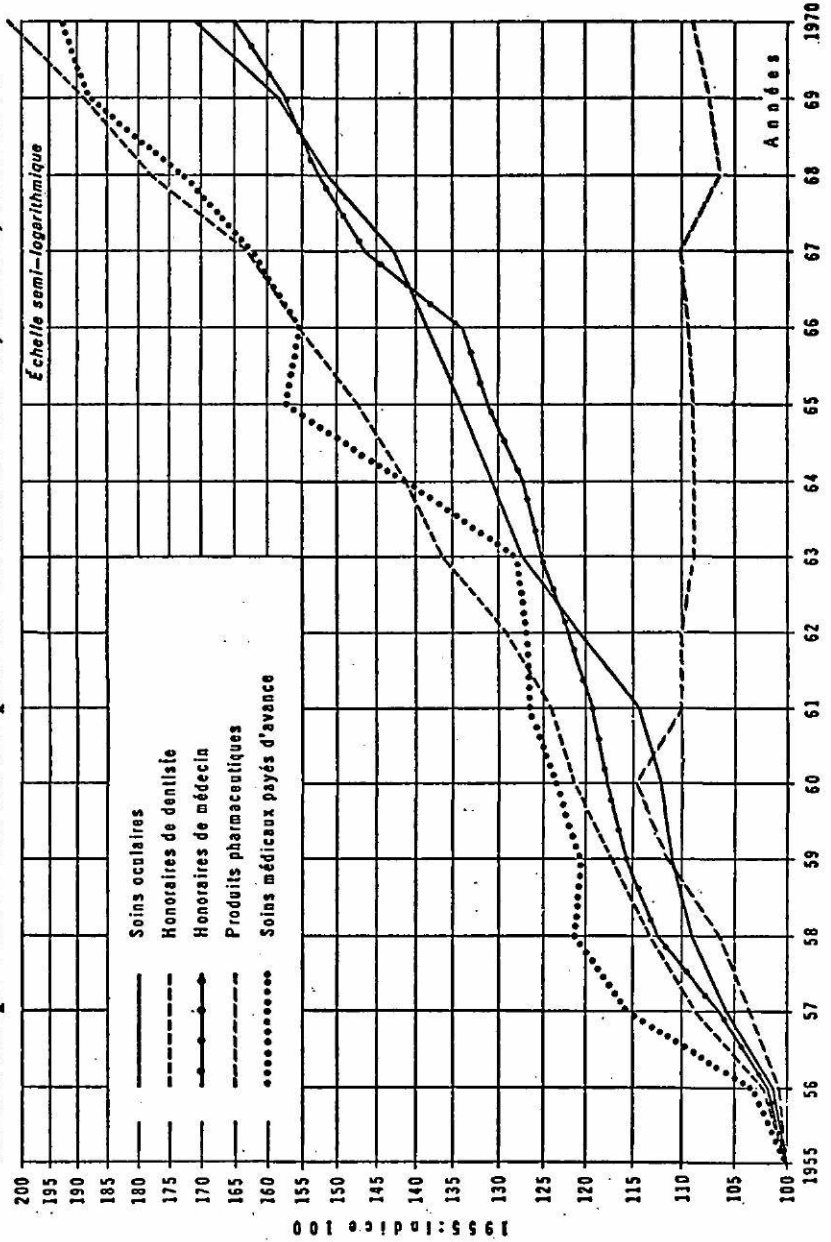
Dans le calcul de l'indice des prix à la consommation pour la période de janvier 1961 à octobre 1969, l'industrie de la santé obtenait une pondération de 4.4 p.c., partagée de la façon suivante : honoraires de médecins 1.4 p.c., soins dentaires 0.7 p.c., soins oculaires

Tableau 1
Dépenses en services de santé

Catégories	1955	1960	1965	1966	1967	Augmentation de 1955 à 1967
	millions de dollars					p.c.
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 dollars)	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.

Graphique 2
Indices des prix des différentes composantes des services de santé, Canada, 1955-1970



SOURCE : B.F.S., Prices and Price Indexes, n° de cat. 62-002, janvier 1969 et janvier 1971.

PRIX DES SERVICES DE SANTÉ

0.2 p.c., soins payés d'avance 1.1 p.c.² et produits pharmaceutiques 1 p.c. 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 des médecins, les soins oculaires et les soins payés d'avance. Pour la même 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 prix³.

L'évolution des prix des différentes composantes du secteur de la santé apparaît au graphique 2. 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 p.c. ; or on observe une augmentation de 65 p.c. des honoraires des médecins, de 102 p.c. de ceux des dentistes, de 71 p.c. du prix des soins oculaires et de 93 p.c. du prix des soins médicaux payés d'avance. Au cours de la période, le prix des produits pharmaceutiques n'aurait augmenté que de 8.1 p.c. Même si on y incorporait la taxe fédérale de vente de 11 p.c., 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 exprime la même réalité, en taux d'augmentation annuels.

Cette évolution des prix des services de santé n'est pas propre au Québec et au Canada. Les données américaines traduisent une

2. 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).

3. 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 calculé.

tendance semblable et ont fait l'objet de plus d'une étude, dont un rapport au Président en 1967⁴. Ce n'est pas qu'au Québec que l'on s'inquiète de la montée en flèche des coûts de ce secteur.

Limites des indices de prix et correctifs

Tous les indices de prix, tout 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 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, ensuite, 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 dans le temps ? Par exemple, la visite chez l'omnipraticien de 1971 représente-t-elle le même service que la visite du médecin de 1955 ? Le progrès de la science a-t-il ou non amélioré la qualité du service qu'offre le médecin ?⁵ Le statisticien, dépourvu de mesure de qualité suppose de son côté la qualité constante. S'il s'avérait qu'elle ait effectivement

Tableau 2
Augmentation annuelle des indices de prix à la consommation
et de certaines composantes,
Canada, 1955-1970
(en pourcentages)

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 1.

4. 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.

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

augmenté, ce qui est probable, l'indice surévalue l'accroissement du prix⁶.

Cette difficulté de mesurer les variations de la qualité d'un produit est d'ordre purement statistique et ne doit pas être confondue avec la caractéristique fondamentale que possède l'industrie des soins de santé, soit l'insuffisance d'information du consommateur-patient, qui le rend impuissant à apprécier la valeur thérapeutique du traitement. S'il est donc 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 même des automobiles, sans que le consommateur perde pour autant son aptitude à choisir. Quoi qu'il en soit, cette première réserve pour 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 constitue pourtant l'objet qu'on cherche à mesurer. La distinction sera clarifiée par la considération d'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'hôpital, d'une visite de médecin et de l'opération elle-même. Si au cours des années, il s'avérait que la durée moyenne de l'hospitalisation diminuât sans variation des autres composantes du traitement, cette méthode d'estimation 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 semblable à celle du poste chambre d'hôpital

6. 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, n° 5, mai 1971, pp. 27-32. Pour une revue des différentes approches techniques d'ajustement de variations de 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.

dans l'indice des prix à la consommation. Par contre lorsqu'on tient compte des variations survenues dans la durée du séjour, l'augmentation est coupée de près de la moitié⁷. Voici d'ailleurs à titre d'illustration l'évolution observée de la durée moyenne des séjours à l'hôpital pour quelques-uns des principaux diagnostics (tableau 3).

Tableau 3
Hospitalisation pour quelques-uns des principaux diagnostics,
pour hospitalisés (adultes et enfants) assurés
par les régimes provinciaux, Canada, 1962 et 1968

Numéro de la liste canadienne et catégorie diagnostique	Taux par 1,000 habitants				Durée moyenne de séjour	
	Départs		Jours d'hospitalisation			
	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 cœur	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 men- tion de complications	23.1	15.2	137.0	90.1	5.9	5.9
76. Accouchement avec compli- cations	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.

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

On en conclut donc que les méthodes de calcul de l'indice des prix des services de santé comportent un biais vers le haut et qu'il en résulte une sous-estimation de l'augmentation de la quantité des services observés au cours d'une période donnée. De la même façon l'accroissement de productivité de ce secteur de l'économie s'en 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 données⁸. 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 p.c. de ce dernier, le coût moyen des cinq traitements aurait varié de 55 à 315 p.c., la médiane se situant à 87 p.c. 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 suggérait ci-dessus.

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 la probabilité de complications post-opératoires diminuait ou que le traitement s'accompagnât de moins d'inconfort, les variations des dépenses pour le traitement n'incorporeraient 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 critique⁹ que l'indice conçu par Scitovski amplifie le biais 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

8. A.A. Scitovsky, « Changes in the Costs of Selected Illnesses, 1951-65 », *The American Economic Review*, vol. 52, n° 5, déc. 1967, pp. 1182-1195.

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

d'inputs (*input using techniques*), mais, d'autre part, l'efficience 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 ou 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 Scitovski ne le révèle.

D'autres auteurs ont proposé de mesurer l'évolution des prix par l'évolution du coût des polices d'assurance-santé¹⁰ à partir du raisonnement suivant : une police d'assurance-santé d'une couverture donnée procure des indemnités représentant aux yeux du consommateur-assuré le coût du maintien d'un état de santé donné, puisqu'elle le protège contre une somme donnée de risques affectant cet état de santé. Une fois le coût de l'assurance standardisé en fonction de la probabilité d'occurrence de la maladie, c'est-à-dire 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 se révèlent très largement distribués, variant de 24 à 72.6 p.c. de 1945 à 1964 dans le 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 des médecins qui ont augmenté de 85.3 p.c. au cours de la même période. L'indice d'ensemble des prix à la consommation a gagné 72.4 p.c.

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 extension ou une

10. Y. Barzel, « Productivity and the Price of Medical Services », *Journal of Political Economy*, vol. 77, n° 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.

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, soit le secteur 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 de dollars. Ces sommes représentant 55 p.c. 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 calculs 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 mesurait approximativement le coût d'hébergement à l'hôpital, c'est-à-dire le coût de la chambre et de la pension, puisqu'il excluait presque totalement les frais de 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. Il n'est pas invraisemblable non plus que l'indice comporte un biais systématique à la hausse du fait que les règles de détermination du prix des chambres sont modifiées périodiquement. Le prix exigé du patient en serait venu à incorporer de plus en plus de services proprement cliniques avec le temps. Quoi qu'il en soit, l'indice canadien des frais quotidiens d'hospitalisation a augmenté de 114 p.c. de 1949 à 1960 ; pendant la même période l'indice américain faisait un bond de 102 p.c.

L'assurance-hospitalisation n'étant pas encore universalisée aux États-Unis, les services statistiques de ce pays continuent de publier cet 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 obtenir un estimé minimal de ce qu'aurait été l'évolution de cet indice au Canada au cours de la période allant de 1955 à 1968. Nous dirions minimal 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 p.c. entre 1958 et 1968, pendant que l'indice général des prix à la consommation n'augmentait que de 33 p.c. (tableau 4).

Dépenses du fonds d'administration générale. — Un deuxième indicateur de l'évolution du coût des services hospitaliers nous est

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

Années	Indice 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 (1)	Canada (2)		États-Unis (3)	États-Unis (4)		Canada (5)		États-Unis (6)
1955	100	100	100	dollars 23.12	indices 100	dollars 14.05	indices 100	100	100
1968	129.9	133.3	273	61.38	265.5	45.01	320.3	163	201.7
augmen- tation en p.c.	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*, n° de cat. 62-002, janvier 1969.

Colonnes (4) et (6) : M.S. Feldstein, *The Rising Cost of Hospital Care*, (Discussion Paper Number 129), Harvard Institute of Economic Research, Cambridge, Mass., août 1970, p. 22.

Colonne (5) : B.F.S., *La statistique hospitalière 1968*, volume VI, Dépenses hospitalières, n° de cat. 83-215, 1970.

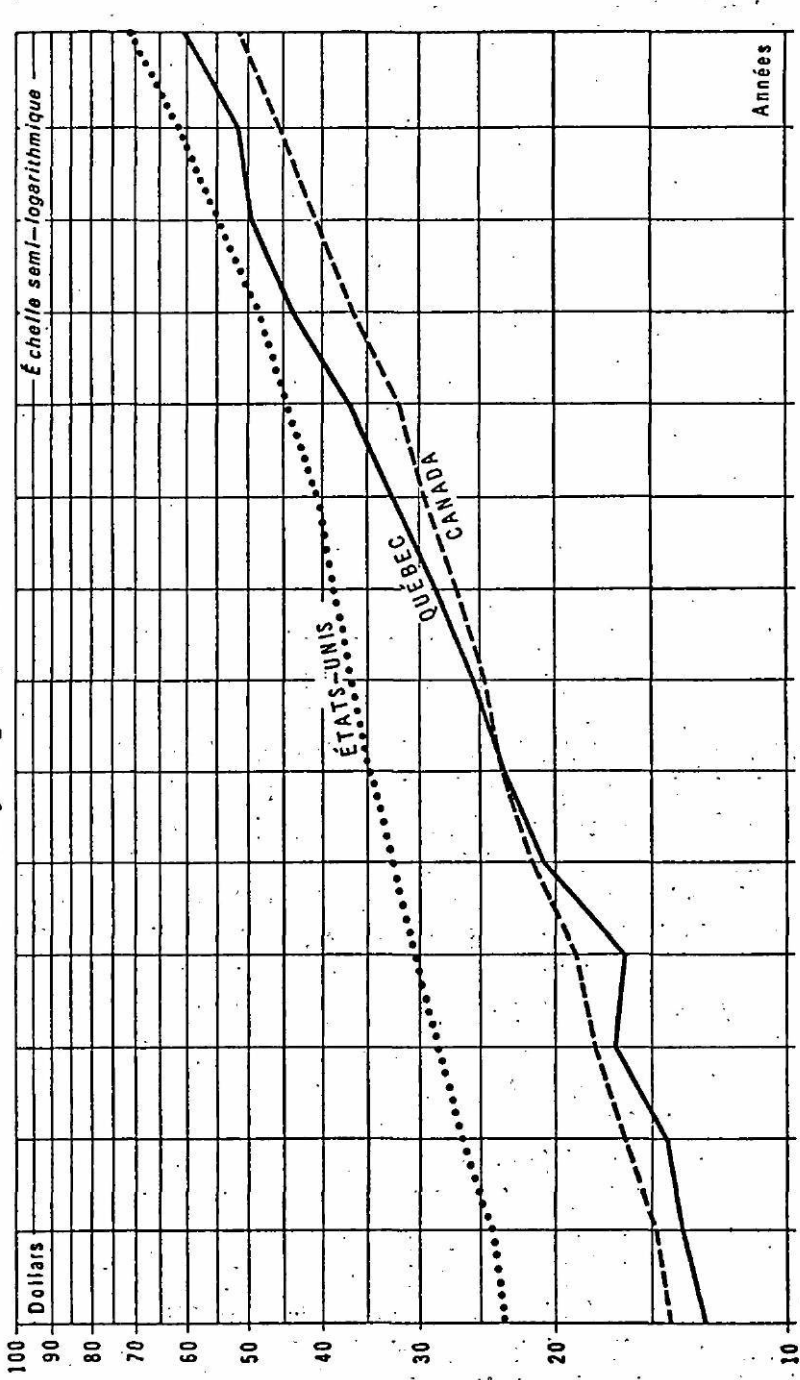
Colonne (7) : méthodes de calcul décrites dans le texte.

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. 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, même si on reconnaît généralement que la qualité technique des données s'est améliorée. 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 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 l'on ne puisse faire cette hypothèse 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 s'avère que le coût moyen par patient-jour est passé de 14.05 dollars en 1955 à 50.38 en 1969, soit une augmentation de 259 p.c. en l'espace de 14 ans. Le graphique 3 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 cette date à un niveau de coûts supérieur et l'écart qui le distingue grandit sans cesse depuis. En fait, les dépenses du fonds d'administration générale par patient-jour ont augmenté de 373 p.c. entre 1955 et 1969, passant de 12.70 à 60.06 dollars. Exprimée en taux annuels, l'augmentation a été de 9.7 p.c. au Canada, de 11.7 p.c. au Québec et de 8.2 p.c. aux États-Unis. Il n'est pas sans intérêt de noter que dans ce dernier pays la montée des prix s'est aussi accélérée avec 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'erreurs qu'introduisent ces chiffres dans l'appréciation du coût réel des services hospitaliers. Il se trouve, en effet, que le

Graphique 3
Dépenses par patient-jour du fonds d'administration générale, 1955-1969.
Canada et Québec : Hôpitaux publics généraux et spéciaux divers, en dollars canadiens ; États-Unis :
Community Hospitals, en dollars É.-U.



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, n° de cat. 83-215 et *La statistique hospitalière, rapport annuel provisoire 1969*, n° de cat. 83-217, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1970 et American Hospital Association, *Hospitals, Guide Issue*, vol. 45, n° 15, 1 août 1971, p. 454.

PRIX DES SERVICES DE SANTÉ

service hospitalier évolue dans le temps ; on peut par exemple établir que les soins hospitaliers sont maintenant beaucoup plus intensifs qu'ils ne l'étaient il y a dix ans. Les tableaux 5 et 6 confirment cette proposition. 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 augmente de 36.46 en 1964 à 63.40 en 1968, soit un accroissement d'environ 75 p.c. en 5 ans. La nature du service hospitalier subit donc une transformation perpétuelle qui rend non valide le postulat implicite de l'indice du coût par patient-jour et en vertu duquel la qualité du service

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

Années	Heures du personnel infirmier	Heures des autres employés	Total
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... op. cit., p. 34.

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

Années	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*, ronéotypé, juin 1971, p. 6.

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 nulle¹¹.

Indice calculé à partir des inputs. — Paralysé 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 grandement l'inflation des prix dans ces secteurs, puisqu'elle postule l'absence de toute amélioration de la productivité des facteurs¹². 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. Essentiellement la formule consiste 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'accré-

11. 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 p.c. 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.

Inputs réels utilisés par patient-jour

Années	États-Unis		Canada	
	Dollars	Indice	Dollars	Indice
1955	23.12	100	14.05	100
1968	37.66	162.9	22.31	158.8
Augmentation en p.c.	—	62.9	—	58.8

SOURCE : É.-U. : M.S. Feldstein, *The Rising Cost...*, op. cit., p. 22.
Canada : méthode décrite dans les pages qui suivent.

12. 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 p.c. par année. Conseil économique du Canada, *Les prix, la productivité et l'emploi*, (3^e exposé annuel), Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1967, pp. 92-98. Depuis le premier trimestre 1969, on applique un coefficient de 3 p.c. pour tenir compte de l'augmentation annuelle de productivité dans la construction.

diter auprès de nombreux économistes¹³. Les résultats obtenus grâce à cette méthode apparaissent au tableau 2 et révèlent qu'aux États-Unis l'indice des prix des inputs a augmenté de 63 p.c. 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'œuvre. Ce revenu moyen s'établissait effectivement à 87 cents en 1955 et à 2.15 dollars en 1968, soit une augmentation de 147 p.c.¹⁴. 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 s'en contenter. Quant au prix des inputs autres que le travail, on en obtient une approximation en recourant à l'indice des prix de gros, qui a augmenté de 23.3 p.c. 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 .635 et .365 respectivement. On obtient ainsi l'augmentation de l'indice des prix qui s'établit à 101.7 p.c. entre 1955 et 1968¹⁵. Comme le révélait le tableau 4, la hausse des prix des inputs ne dépassait pas 63 p.c. aux États-Unis pendant la même période, ce qui 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

13. 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, n° 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*, Discussion Paper Number 129, Harvard Institute of Economic Research, Cambridge, Mass., 1970, pp. 20-25.

14. 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 p.c. pendant la même période.

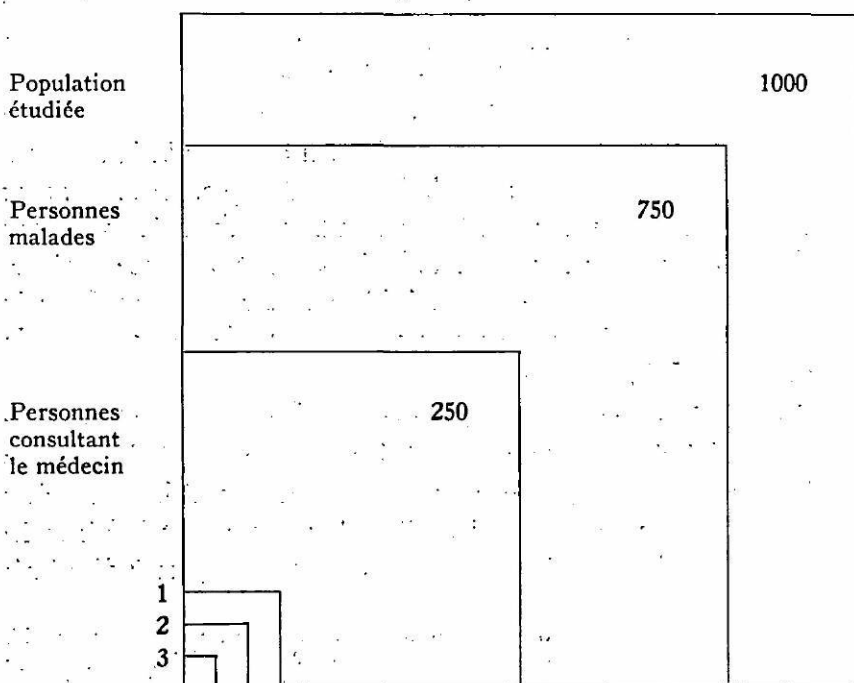
15. $101.7 = (.635 \times 147.1) + (.365 \times 23.3)$.

au point évaluent 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 construit par Scitovski¹⁶, 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 de services.

Graphique 4
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.G. Greeberg, « The Ecology of Medical Care », *The New England Journal of Medicine*, vol. 265, n° 18, 2 novembre 1961, p. 890.

16. A.A. Scitovski, *op. cit.*

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 et l'importance moins grande de la famille), et de variables technologiques (progrès des techniques médicales) jouent un rôle déterminant, nous nous 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 réfuter un préjugé à la mode 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 leur accessibilité universelle. Si le postulat était valide, il signifierait que les variables économiques et socio-culturelles 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 dans un moment par l'étude des élasticités-revenu et des élasticités-prix que ce postulat est infirmé par les comportements réels. Le graphique 4 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 maladies quelconques, 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 ¹⁷.

17: K.L. White et al., « The Ecology of Medical Care », *New England Journal of Medicine*, vol. 18, n° 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 p.c. 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 consacrée 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 s'avère, 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 dollars par année n'auraient consacré que 3.14 p.c. de ce montant à la santé en 1964 ;

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	Pourcentage du revenu familial
dollars	dollars	dollars	p.c.
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 au titre des soins personnels de santé au Canada », *Santé et Bien-Être au Canada*, vol. 23, n° 10, déc. 1969, p. 7.

PRIX DES SERVICES DE SANTÉ

les gens gagnant moins de 2,500 dollars y auraient affecté 6.04 p.c. de leur revenu. En d'autres termes, l'élasticité-revenu serait inférieure à l'unité¹⁸.

Le tableau 8 confirme cette présomption 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, cet énoncé dit qu'une variation du revenu des gens de 10 p.c. entraîne une variation dans le même sens de l'ordre de 5 p.c. des dépenses en services de santé ou du nombre de patients-jours ou de visites au médecin.

Tableau 8
Résultats d'analyses empiriques de l'élasticité-revenu
de la demande de services de santé, États-Unis

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 (corrélacion 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, n° 1, mars 1970, p. 33.

18. 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 dollars, les paiements directs aux dentistes représentaient 0.84 p.c. de leur revenu, contre 0.64 p.c. pour l'ensemble des familles, selon cette même enquête de 1964.

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. Il s'avère, en effet, que les coûts directs de ces services sont de plus en plus assumés par des tiers, qu'il s'agisse d'assurance privée ou, plus récemment, d'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

Tableau 9
Distribution en pourcentage des dépenses pour les soins de
médecins et les soins hospitaliers, selon les sources
de financement, Canada, 1953 et 1965

Secteurs	Distribution des dépenses			
	Soins médicaux		Soins hospitaliers	
	1953	1965	1953	1964 ^b
<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
Autres ^c	—	—	7.3	4.4
<i>Secteur public</i>				
Gouvernement ^d	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	100.0	100.0

b Estimés.

c Dons, revenus de placement, déficits, etc.

d À l'exclusion de l'Alberta Medical Plan.

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

a assumé une fraction moindre qu'en 1953, du coût des services de médecin soit 13.2 p.c. au lieu de 14.8. Le changement majeur est survenu dans la distribution des coûts assumés par le secteur privé : en 1953, les patients payaient 61 p.c. des frais de médecin contre 31 p.c. en 1965, le reste étant assumé par les assureurs privés. S'il est donc vrai qu'au cours de la période les honoraires des médecins se seraient accrus de 36.3 p.c., il n'en reste pas moins qu'ils ont diminué pour le patient. Le consommateur n'a qu'à tenir compte de la partie du coût qu'il débourse lui-même. Si on retranche de l'augmentation des honoraires des médecins la diminution de 50 p.c. de la part payée par les patients, on arrive à la conclusion que le prix a diminué pour le patient de 40 p.c. entre 1953 et 1965. Pendant que se produisait la baisse, l'indice des prix à la consommation augmentait par contre, de 24 p.c. 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 demandée 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, de connaître de 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 estimer cette élasticité pour différents soins de santé. À la suite de cet ensemble de 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 »¹⁹. 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 p.c. Parallèlement, la baisse de prix de 100 p.c. (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

19. 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.

de 20 à 50 p.c. 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 de médecin ne se limite pas au coût direct que doit assumer l'utilisateur. D'autres éléments interviennent, dont en particulier le manque à gagner qu'implique l'affectation de son temps à l'obtention du traitement. 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 dollars par année qu'à celui qui n'en fait que 5,000²⁰. On peut expliquer partiellement par l'existence de ces coûts indirects le taux de fréquentation du médecin, plus élevé chez les femmes que chez les hommes. De même, le fait que le coût de la visite chez le médecin ne mesure qu'une partie du coût total expliquerait peut-être 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 donné²¹. 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 élevés²². Comme il semble que l'emploi d'un personnel plus nombreux par lit engendre précisément ce résultat, l'analyse des coûts de l'hospita-

20. 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 pour cause de maladie peut recevoir durant quinze semaines l'assurance-chômage après un délai de carence de deux 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, p. 10.

21. Peut-être n'est-il pas inopportun d'observer ici qu'un certain nombre de médecins ne se font guère de scrupules d'augmenter le prix réel des visites en imposant au patient l'obligation de consacrer son temps précieux à lire dans l'antichambre des revues qui ne sont d'ailleurs pas toujours les plus récentes. La situation n'est pas différente dans les services externes des hôpitaux.

22. Analogiquement, 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.

lisation doit se faire avec beaucoup de prudence. La réduction des coûts dans une direction ne garantit aucunement la diminution des coûts totaux, directs et indirects, des soins de santé.

L'offre des services de santé

Hausse des coûts et technologie. — Après ce survol 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 p.c. des coûts des soins de santé et environ 70 p.c. de ceux des hôpitaux. Par opposition, les salaires ne représentent que de 25 à 35 p.c. des coûts dans le secteur de la fabrication. Le travail, par ailleurs, est un intrant qui coûte relativement de plus en plus cher à mesure que les années passent : 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 étroit²³. Le coût du capital peut se mesurer par le taux d'intérêt réel, soit le taux d'intérêt du marché moins le taux attendu 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 prise le poste traitements et salaires entre 1961 et 1968.

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.

23. 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, n° 12, déc. 1969, pp. 18-36.

À côté de la substitution de l'équipement à l'homme, un autre type de transfert de facteurs de production est 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 concerts ne peuvent qu'augmenter²⁴.

Tableau 10

**Distribution des dépenses du fonds d'administration générale
des hôpitaux suivant les postes de dépenses, Canada,
1961-1968, en pourcentage**

	Pourcentage des dépenses	
	1961	1968
Traitements 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
TOTAL	100.0	100.0

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

24. Pour obtenir un excellent exposé de la question, le lecteur pourra consulter W.J. Baumol; « Macroeconomics of Unbalanced Growth », *The American Economic Review*, vol. 52, n° 3, juin 1967, pp. 415-426.

PRIX DES SERVICES DE SANTÉ

Si à ce dernier conditionnement s'ajoutent le fait que la quantité demandée est peu sensible aux variations de prix, que les prix ne jouent plus leur fonction de rationnement, et que 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'œuvre totale. En un mot le coût de la main-d'œuvre augmente avec le niveau de vie ; or, la production de services de santé absorbe beaucoup de main-d'œuvre ; 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 affectées à la santé va en grandissant. Nous avons déjà noté au début de ce chapitre que les soins personnels de santé absorbaient 5.7 p.c. du produit national brut en 1969 contre 3.2 p.c. 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 p.c., soit plus de deux fois supérieur à l'accroissement de la population civile active.

C'est donc le problème de la montée des coûts et de l'emploi dans les services qui est ainsi posé. Il s'avère que depuis la guerre, les services ont absorbé plus de 80 p.c. de l'augmentation de la main-d'œuvre. De nombreuses illustrations concrètes, tirées de secteurs autres que la santé pourraient corroborer l'analyse des services

Tableau 11

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

(en pourcentages)

Années	Personnel des hôpitaux	Population civile active
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*, n° de catalogue 83-507F, Information-Canada, Ottawa, 1971, p. 13.

de santé et en faciliter la compréhension. Combien d'automobilistes se plaignent du coût élevé des réparations de leur voiture ? Le même processus explique la 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 étant suffisamment longue, les producteurs ont eu le temps de s'adapter à la demande des consommateurs, si bien que les prix convergent vers le niveau le plus bas 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 à celle-ci à l'augmentation de la demande. On pourrait 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, l'existence dans certaines parties du système d'inefficacités nombreuses qui gênent l'adaptation rapide de la production aux nouveaux besoins qui surgissent. Nous avons consacré à l'identification et à l'évaluation de ces inefficacités d'autres sections et nous n'entendons pas y revenir ici²⁵. Un deuxième obstacle à l'adaptation de l'industrie proviendrait des restrictions que les professions en général, et les médecins en particulier, opposent à la venue de nouveaux producteurs dans l'industrie. Si cette hypothèse était 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

25. Référez aux textes des auteurs, « Le médecin du point de vue de l'économie » et « Les hôpitaux : des entreprises efficaces ? » *Le Médecin du Québec*, vol. 6, juin-juillet et août-septembre 1971, pp. 330-340 et 412-422.

PRIX DES SERVICES DE SANTÉ

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 relatifs des médecins dans trois provinces l'année d'implantation de leur régime d'assurance-santé. Le tableau 12 révèle que l'accroissement des revenus se fit à un rythme sensiblement plus élevé qu'ailleurs²⁶.

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 réelles mais moins fortes de salaires. L'insertion du syndicat dans le processus, favorisée par un ensemble de conditions de travail assez peu favorables au personnel au départ, a eu pour effet de transformer en hausse de salaires 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. Si on se rappelle par exemple que 70 p.c. 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

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 pourcentages)

<i>Terre-Neuve</i>	<i>Nouvelle-Écosse</i>	<i>Manitoba</i>	<i>Canada</i>
24.0	21.3	21.3	7.8

SOURCE : *Earnings of Physicians in Canada 1959-1969*, Department of National Health and Welfare, Ottawa, oct. 1971, p. 19.

²⁶. Une partie de l'augmentation des revenus ne peut être que statistique. L'implantation d'un régime public d'assurance-santé diminue les possibilités d'évasion fiscale des médecins.

des écarts de coût moyen du travail, on peut plus facilement apprécier l'importance de la syndicalisation dans le secteur hospitalier ²⁷:

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 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

Tableau 13
Nombre de médecins par 1,000 habitants, dépenses par habitant
en services de médecins, revenu moyen des médecins
non salariés, brut et net,
Saskatchewan et Colombie-Britannique, 1959-1969

Années	Nombre de médecins par 1000 habitants		Dépenses par habitant en services de médecins		Revenu moyen des médecins			
					brut		net	
	Sask.	C.-B.	Sask.	C.-B.	Sask.	C.-B.	Sask.	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
Augmentation en p.c.	—	—	—	—	89.9	67.9	83.2	70.1

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

²⁷ 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.

PRIX DES SERVICES DE SANTÉ

déplacement parallèle de la demande. Si, par exemple, l'horaire 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 la tendance.

S'il en était ainsi, une augmentation de l'offre 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. Il s'avère, en effet, qu'en Colombie-Britannique, entre 1959 et 1969, le nombre de médecins exerçant dépassait de 30 à 50 p.c. le nombre de médecins par 1,000 habitants en Saskatchewan. Au début comme à la fin de la période, les habitants de la Colombie-Britannique dépensaient en frais médicaux environ 45 p.c. de plus par habitant que les résidents de l'autre province. Or le revenu moyen, brut et net, des médecins était assez semblable dans les deux provinces du moins à la fin de la période ; la structure des tarifs ne diverge 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 (voir tableau 13).

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

Provinces	Taux de mortalité par 1000 habitants, 1968	Moyenne, en années, de l'espérance de vie, 1966					
		à la naissance		à 20 ans		à 40 ans	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Saskatchewan	7.8	70.5	76.5	52.5	58.8	35.2	39.6
Colombie-Britannique	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*, n° de cat. 84-202, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1970, pp. 98 et 246:247.

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. En toute objectivité il faut reconnaître cependant que cette dernière province est restée beaucoup plus rurale que la première²⁸.

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 est impossible de dériver le besoin réel de facilités hospitalières²⁹.

En un mot la suprématie du producteur combinée à l'assurance privée ou publique, rend inutile l'identification d'une demande de services autonome. 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.

Jean-Luc MIGUÉ,
École nationale d'Administration publique (Québec)
et
Gérard BÉLANGER,
Université Laval (Québec).

28. En 1966, 51 p.c. de la population de la Saskatchewan était rurale ; le rapport n'était que de 25 p.c. en Colombie-Britannique.

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