

Aspect régional de la consommation et de la production des services de santé au Québec

Regional aspects of the consumption and supply of health services in Quebec

Hung Nguyen

Volume 50, numéro 2, avril-juin 1974

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/803040ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/803040ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

HEC Montréal

ISSN

0001-771X (imprimé)

1710-3991 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Nguyen, H. (1974). Aspect régional de la consommation et de la production des services de santé au Québec. *L'Actualité économique*, 50(2), 125–151.
<https://doi.org/10.7202/803040ar>

Résumé de l'article

In this study we are trying to measure the influence of health services supply (or better, the availability of health services) on the consumption. We first examine the regional disparity of available services and the impact of this difference on the production and (the) consumption of services. Then we do a projection of resources based on a standardized consumption.

At the regional level, we find:

1. a disparity of resources in numbers and structure;
2. the consumption increases with the availability of services;
3. the production decreases with the availability of services.

ASPECT RÉGIONAL DE LA CONSOMMATION ET DE LA PRODUCTION DES SERVICES DE SANTÉ AU QUÉBEC *

I — INTRODUCTION

L'instauration de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) en 1970 semble avoir donné lieu à des changements importants dans la production et la consommation des services de santé dans la province de Québec. En effet, la notion de services de santé en tant que services privés a pris une dimension nouvelle : celle de services publics. Le gouvernement est maintenant chargé de rembourser aux producteurs les services qu'ils fournissent aux consommateurs.

Dans cette situation, la consommation de services de santé ne présente plus pour le consommateur une substitution aux autres biens et services sous contrainte budgétaire car il ne paie plus directement les services consommés. Ainsi, le prix direct des services de santé est nul. La demande et la consommation de ces services ne sont pas fonction du prix de ces services, ni du revenu du consommateur, mais elles sont surtout liées à l'apparition de la maladie et à sa diffusion. Du côté du producteur, le médecin est toujours le seul à décider quel type de services le patient doit consommer. Cependant, il doit limiter sa production à l'intérieur d'une gamme de services définis dans le cahier de prestations de la RAMQ¹, cahier qui résulte d'une entente entre le gouvernement et les parties concernées. Ainsi, le prix direct des services de santé est déterminé par les tarifs de la RAMQ et ces tarifs peuvent influencer le comportement des médecins.

De toute évidence, on peut dire que seule l'offre dépend du prix et détermine les services médicaux disponibles et leur niveau de con-

* Ceci est un résumé d'un travail du même titre publié par le ministère des Affaires sociales du Québec en 1972, dans le cadre des travaux du projet MEDICS. Cette étude n'engage que l'auteur et non le Ministère, ni l'organisme dans lequel ce travail a été effectué.

1. Le médecin peut réclamer seulement les services définis dans le cahier de prestations de la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec, qui compose environ 2,500 types de services nommés Actes Médicaux. Le prix unitaire de ces actes est prédéterminé.

TABLEAU 1

POPULATION ET DEGRÉ D'URBANISATION DES RÉGIONS, QUÉBEC, 1971

126

L'ACTUALITÉ ÉCONOMIQUE

Code régional	Nom des régions	Population		Municipalités de 30,000 habitants et plus			Classification des régions		
		Nombre	P.c.	Nombre	Population totale de cette catégorie de municipalités	P.c. de la population totale ^a	Urbaines	Semi-urbaines	Non urbaines
1	Bas-St-Laurent/ Gaspésie	232,598	3.89	—	—	—			X
2	Saguenay/ Lac-St-Jean	280,159	4.64	1	33,893	12.1		X	
3	Québec	941,488	15.61	3	287,916	30.6	X		
4	Trois-Rivières	420,694	6.97	3	119,145	28.3		X	
5	Cantons-de-l'Est	224,184	3.71	1	80,711	36.0	X		
6	Montréal (Montréal- Laurentides-Rive-Sud)	3,423,458	56.79	15	2,136,023	62.4	X		
7	Outaouais	243,352	4.03	1	63,580	26.1		X	
8	Nord-Ouest	150,289	2.40	—	—	—			X
9	Côte-Nord	100,460	1.66	—	—	—			X
10	Nouveau-Québec	11,082	0.18	—	—	—			X
	TOTAL, régions	6,027,764	99.97	24	2,721,268	45.1			

NOTE : a. Population totale de la région.

SOURCE : Compilations effectuées à MEDICS, ministère des Affaires sociales, Direction de la planification.

sommation. Cette faille dans le mécanisme du marché des services de santé où le prix ne joue pas le rôle de régulateur entre l'offre et la demande, rend difficile une planification optimale des ressources dans ce secteur.

C'est afin de déterminer dans quelle mesure on peut découvrir l'influence de l'offre de services (ou plutôt la disponibilité de services) sur la consommation que nous avons entrepris cette étude. Nous allons examiner, tout d'abord, la disparité régionale des ressources disponibles, ensuite, l'impact de ces disparités sur la production et la consommation des services. Finalement, nous ferons un essai sur une projection normée de ressources en se basant sur une norme de consommation.

II — RESSOURCES AU NIVEAU RÉGIONAL

L'analyse portera sur les régions administratives, lesquelles sont identiques aux régions de santé à l'exception de la région administrative de Montréal qui comprend trois régions de santé, soit : Montréal métropolitain, Laurentides, Rive Sud.

Les tableaux 1 et 2 donnent une évaluation globale des régions de la province de Québec en fonction de la population régionale, le degré d'urbanisation, la disponibilité de ressources tant hospitalières que médicales, et le degré de spécialisation du corps médical dans chaque région.

Le tableau 1 contient une classification des régions selon l'importance numérique et relative des municipalités de 30,000 habitants et plus. Selon cette classification, on peut répartir, grosso modo, les régions en trois groupes : les régions urbaines (Québec, Cantons-de-l'Est et Montréal), les régions semi-urbaines (Saguenay — Lac-St-Jean, Trois-Rivières et Outaouais) et les régions non urbaines (Bas-St-Laurent — Gaspésie, Nord-Ouest, Côte-Nord et Nouveau-Québec).

Un degré élevé d'urbanisation d'une région signifie le regroupement de la population dans certaines municipalités, regroupement qui facilitera la pratique médicale, d'une part, et augmentera peut-être les loisirs des médecins, d'autre part. Les deux éléments pourront contribuer à la disparité dans la disponibilité des médecins dans les régions.

En général, on constate que l'indice de disponibilité des services pour les soins généraux (soins ambulatoires), mesuré par le nombre de médecins généralistes, ne varie pas beaucoup d'une région à l'autre, à l'exception de la région du Nouveau-Québec où il y a seulement 18 médecins par 100,000 habitants comparativement à la moyenne provinciale qui est de 48 médecins par 100,000 habitants. Ainsi, au niveau régional, il semble qu'on peut garantir une certaine disponibilité de services généraux pour la population.

Parallèlement, le nombre de médecins spécialisés augmente avec le degré d'urbanisation des régions. En effet, les nombres les plus élevés

TABLEAU 2

NOMBRE DE LITS PAR 1,000 HABITANTS ET NOMBRE DE MÉDECINS PAR 100,000 HABITANTS, RÉGIONS ADMINISTRATIVES, QUÉBEC, 1971

Code des régions	Régions ^a	Type de régions ^b	Lits par 1,000 habitants	Médecins par 100,000 habitants			Rapport spécialistes/généralistes par 100,000 habitants
				Ensemble des médecins	Généralistes	Spécialistes	
4	Trois-Rivières	S.U.	6.9	81	40	41	1.03
7	Outaouais	S.U.	6.9	56	35	21	.60
8	Nord-Ouest	N.U.	7.1	48	31	17	.55
9	Côte-Nord	N.U.	7.3	50	40	10	.25
1	Bas-Saint-Laurent	N.U.	8.8	66	40	26	.65
6	Montréal (Montréal-Laurentides — Rive-Sud)	U.	8.9	133	52	81	1.56
2	Saguenay — Lac-St-Jean	S.U.	9.6	73	34	39	1.15
5	Cantons-de-l'Est	U.	9.8	129	44	85	1.94
10	Nouveau-Québec	N.U.	10.6	27	18	9	.50
3	Québec	U.	13.0	116	51	65	1.28
	TOTAL, province		9.3	114	48	66	1.38

NOTES: a. Classifiés selon l'ordre croissant du nombre de lits pour 1,000 habitants.

b. S.U. : semi-urbain ; N.U. : non urbain ; U : urbain.

SOURCES : « Lits pour 1000 habitants », tiré de *Ressources via Besoins*, publication du ministère des Affaires sociales, Direction de la planification, 1972. « Médecins », tiré des données de la R.A.M.Q., 1971.

s'appliquent aux régions urbaines et les nombres les moins élevés aux régions non urbaines. Ceci peut provenir de l'organisation des services pour les soins spécialisés et surtout les soins ultra-spécialisés, de la localisation des facultés de médecine qui favorise les régions urbaines. En effet, le Ministère a défini trois régions où les soins ultra-spécialisés pourront être distribués. Ce sont : les régions de Montréal, de Québec et des Cantons-de-l'Est. D'ailleurs c'est dans ces régions que les facultés de médecine s'installent.

Les ressources hospitalières pourront être une autre cause de disparité régionale des médecins. En effet, les institutions hospitalières facilitent la pratique de la médecine en équipe, pratique qui favorisera l'échange d'expériences de travail entre les médecins et l'efficacité dans le traitement des patients.

On peut utiliser le nombre de lits d'hôpitaux par 1,000 habitants pour mesurer la disponibilité des ressources hospitalières des régions. Au tableau 2, on trouve le nombre de lits par 1,000 habitants pour toutes les régions selon un ordre croissant. Ce nombre est supérieur à la moyenne provinciale dans quatre régions seulement, soit le Saguenay — Lac-St-Jean, les Cantons-de-l'Est, le Nouveau-Québec et Québec. La région de Montréal est située légèrement en dessous de la moyenne provinciale ; ceci peut être dû au nombre de lits extrêmement bas des sous-régions de Montréal telles que les Laurentides (5.9 lits/1,000 h.), et la Rive-Sud de Montréal (4.1 lits/1,000 h.).

Le nombre de lits par 1,000 habitants semble être indépendant du degré d'urbanisation d'une région et du nombre de médecins. De ce fait, une augmentation du nombre de lits dans une région ne peut pas avoir d'influence sur le nombre de médecins, surtout les médecins spécialisés et ultra-spécialisés. Autrement dit, il semble que l'installation d'institutions hospitalières ne suffira pas à elle seule pour entraîner un déplacement significatif des médecins vers les régions non urbaines, tout au moins à court terme.

Le but ultime du système de santé est de mieux servir la population. Pour atteindre ce but, on doit harmoniser tous les processus de production du système. Cette harmonisation nous permettra de coordonner les agents de production du système et d'utiliser efficacement les ressources.

Dans cette perspective de production de services du système de santé, nous entrevoyons un ensemble de fonctions de production de services attachés à des types de ressources particuliers du système tels que les hôpitaux et les médecins.

Dans les hôpitaux, on utilise plusieurs types de ressources en main-d'œuvre et en équipement pour produire des services hospitaliers. La

fonction de production de l'hôpital² comprendra un ensemble de sous-fonctions de production par département ; chaque département utilisera des ressources particulières pour produire un service particulier. Les ressources de chaque département sont substituables entre elles. Autrement dit, on devra coordonner les fonctions de production de services des départements de l'hôpital.

Chaque type de médecin selon sa spécialité pourra avoir une façon particulière de produire les services médicaux. Chaque médecin pourra librement choisir son milieu de pratique, que ce soit à l'hôpital ou ailleurs. Nous entrevoyons un ensemble de fonctions de production pour les médecins selon leurs spécialités. Chaque fonction de production aura deux paliers : soins aux malades hospitalisés et soins ambulatoires.

Dans une région donnée, on ne pourra arriver à l'harmonisation de la production des services qu'en créant l'équilibre dans la combinaison des ressources, c'est-à-dire le nombre de médecins, la structure par spécialité et les ressources hospitalières. Un développement rapide du système hospitalier pourra entraîner une augmentation du coût sans nécessairement amener une augmentation des services, si on n'entrevoit pas un développement parallèle du secteur des médecins en ce qui concerne leur nombre et la combinaison en fonction de leurs spécialités, et vice versa.

Or, il semble exister un déséquilibre entre les ressources hospitalières et les ressources en médecins au niveau régional. En effet, l'indice de la disponibilité des ressources hospitalières (i.e. le nombre de lits par 1,000 habitants) ne varie pas dans le même sens que l'indice de la disponibilité des ressources en médecins, de telle sorte qu'on se retrouve dans des situations assez précaires ; par exemple, au Nouveau-Québec on a 10.6 lits par 1,000 habitants et 27 médecins par 100,000 habitants. En comparant ces chiffres avec ceux des Cantons-de-l'Est, qui sont de 9.8 lits par 1,000 habitants et 129 médecins par 100,000 habitants, on voit tout de suite la différence entre la disponibilité des ressources en médecins des deux régions.

De plus, on s'aperçoit que les rapports entre le nombre de spécialistes et de généralistes sont supérieurs à 1 dans les régions urbaines et semi-urbaines, exception faite pour l'Outaouais. Pour les régions non urbaines, ils sont inférieurs à 1. Notons qu'un rapport inférieur à 1 signifie un plus grand nombre de généralistes dans le corps médical d'une région, un rapport égal à 1, un nombre égal de généralistes et de spécialistes, un rapport plus grand que 1, plus de spécialistes que de généralistes.

2. Voir : « Ressources et utilisation des ressources dans le secteur hospitalier ; une étude théorique », Hung Nguyen et Gilles Renard, Direction générale de la planification, ministère des Affaires sociales, 1973, MED 73-004.

TABLEAU 3

DISTRIBUTION PROCENTUELLE DES ACTES MÉDICAUX, RÉGIONS ADMINISTRATIVES, QUÉBEC, 1971
(en pourcentages)

Types d'actes	Montréal	Québec	Cantons-de-l'Est	Autres régions *	Ensemble Province
Visites	57.38	16.69	4.17	21.76	100
Consultations	68.37	14.48	3.44	13.71	100
Actes diagnostiques et thérapeutiques	69.52	12.99	3.15	14.34	100
Actes chirurgicaux	59.55	15.44	4.00	24.97	100
Autres	68.78	13.30	3.83	14.09	100
TOTAL	61.24	15.53	3.91	19.32	100

NOTE : * Autres régions : Bas-St-Laurent — Gaspésie, Saguenay — Lac-St-Jean, Trois-Rivières, Outaouais, Nord-Ouest, Côte-Nord et Nouveau-Québec.

SOURCE : Compilations effectuées à MEDICS, ministère des Affaires sociales, Direction générale de la planification, à partir des statistiques annuelles de la R.A.M.Q., 1971.

TABLEAU 4

DISTRIBUTION PROCENTUELLE DU COÛT TOTAL DES SERVICES MÉDICAUX SELON LES RÉGIONS, QUÉBEC, 1971
(en pourcentages)

Types d'actes	Montréal	Québec	Cantons-de-l'Est	Autres régions *	Total, province
Visites	61.01	15.77	3.80	19.42	100
Consultations	68.98	14.02	3.48	13.52	100
Actes diagnostiques et thérapeutiques	72.38	12.54	3.60	11.48	100
Actes chirurgicaux	59.80	16.36	4.62	19.21	100
Autres	69.14	13.70	3.65	13.51	100
TOTAL	63.55	15.18	3.92	17.35	100

NOTE : * Autres régions : Bas-St-Laurent — Gaspésie, Saguenay — Lac-St-Jean, Trois-Rivières, Outaouais, Nord-Ouest, Côte-Nord et Nouveau-Québec.

SOURCE : Voir le tableau 3.

Il se peut que le fait que les hôpitaux situés dans les régions non urbaines soient en général moins bien équipées que ceux des régions urbaines, soit une cause de la rareté relative des médecins spécialisés. Il se peut aussi que la rareté des techniciens spécialisés dans ces régions entraîne une rareté parallèle de la main-d'œuvre médicale spécialisée. Cependant, quelle que soit la raison, il semble que l'orientation nouvelle doit être axée sur une planification régionale des ressources et surtout sur l'équilibre dans les composantes mêmes de ces ressources.

III — LA CONSOMMATION DES SERVICES

La consommation de services de santé par la population est insérée dans le cadre des services offerts, qui, comme nous l'avons mentionné, se composent d'environ 2,500 types d'actes définis par la RAMQ en termes de services rendus par le médecin traitant et du prix unitaire de ces services. En général, on peut regrouper ces services en 5 grandes catégories d'actes médicaux. Ce sont : 1) les visites ; 2) les consultations ; 3) les actes diagnostiques et thérapeutiques ; 4) les actes chirurgicaux ; 5) les autres types d'actes (actes de radiologie posés par la pratique privée ; actes de psychiatrie ; actes d'anesthésie-réanimation). C'est à l'intérieur de ces grandes catégories qu'on examine la consommation de services.

1) *La consommation au niveau régional : les caractéristiques*

Dans l'ensemble du Québec, on a enregistré, au cours de l'année 1971, environ 31.75 millions d'actes médicaux³ au coût de 269 millions de dollars. Les tableaux 3 et 4 montrent la distribution régionale des actes médicaux et du coût correspondant.

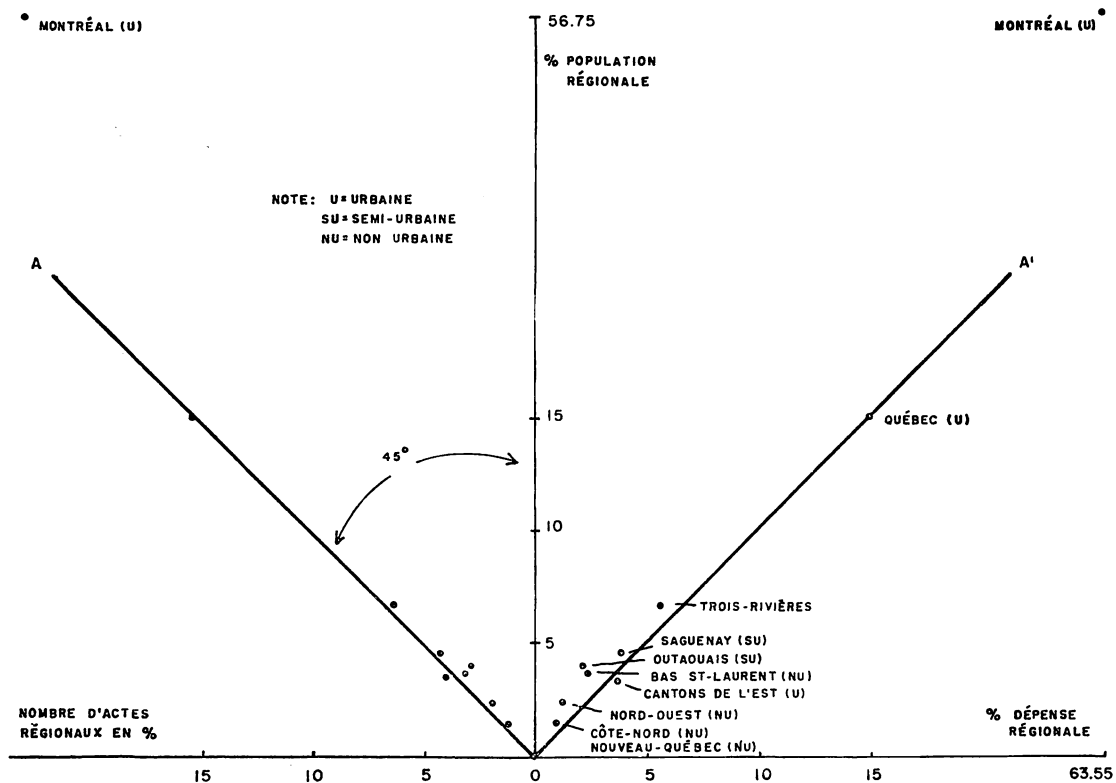
En examinant la distribution et le coût des actes médicaux, d'une part, et celle des ressources médicales, d'autre part, nous pouvons observer une certaine relation de proportionnalité entre la disponibilité des ressources, la consommation et le coût des services. Cependant, la relation est plus évidente pour les généralistes que pour les médecins spécialisés.

Pour examiner s'il existe une répartition proportionnelle entre la population, d'une part, le nombre total d'actes et la dépense totale, d'autre part, dans les régions, on représente, au graphique 1, les proportions régionales de la population, des actes et des dépenses. Notons que les points sur les segments de droite OA et OA' représentent une proportionnalité entre les éléments.

Nous observons une consommation globale moins que proportionnelle à la population pour toutes les régions, à l'exception de Montréal et des Cantons-de-l'Est. Il faut interpréter ces résultats avec beaucoup de pru-

3. Dentistes et optométristes exclus.

GRAPHIQUE 1



dence car ils ne tiennent pas compte des phénomènes de transport des patients vers les régions urbaines. De plus, non seulement le bassin de la population régionale est important dans la détermination de la consommation globale, mais aussi la structure d'âge, le sexe, l'état de morbidité⁴ ou de besoin, ainsi que l'environnement qui peuvent aussi contribuer à la consommation des services.

C'est ainsi qu'il est difficile, au niveau régional, d'interpréter le coût moyen des services médicaux qui est le rapport entre le coût total et le nombre de services consommés, car dans un secteur original tel que celui de la santé, où le consommateur en tant que patient n'a pas de choix et d'appréciation des services consommés, le prix des services ne joue plus le rôle de régulateur entre l'offre et la demande. De telle sorte que le coût moyen des actes médicaux reflète aussi bien la *complexité* des services offerts que la *nature* de la demande. Le tableau 5 donne le coût moyen des actes médicaux selon les régions administratives.

En ce qui concerne la nature de la demande, nous n'avons pu l'aborder dans le cadre de ce travail. De plus, la seule mesure de la complexité des services offerts est le rapport entre le nombre de médecins spécialisés et le nombre de généralistes.

Pour l'ensemble des médecins, les coûts les plus élevés sont attribuables aux régions urbaines où on observe plus de médecins spécialisés que de généralistes. De plus, étant donné que la gamme de services offerts par les généralistes est moins hétérogène⁵ que dans le cas des spécialistes, le coût moyen subit moins de variation régionale.

TABLEAU 5

COÛT MOYEN DES ACTES MÉDICAUX, RÉGIONS ADMINISTRATIVES, QUÉBEC, 1971
(en dollars)

Médecins	Montréal	Québec	Cantons- de-l'Est	Nord- Ouest	Côte-Nord— Nouveau- Québec	Total, Province
Généralistes	5.62	5.52	5.61	5.84	5.80	5.59
Spécialistes	11.86	12.62	11.58	9.82	15.83	11.98
TOTAL	8.81	8.30	8.52	7.19	6.94	8.49

SOURCE : Voir le tableau 3.

4. Voir : « Profil moyen de consommation par cas traité et profil moyen de production par médecin ayant reçu des honoraires de la R.A.M.Q. », Hung Nguyen, ministère des Affaires sociales, 1973, MED 73-002.

5. On observe que 93.3 p.c. des actes faits par les généralistes sont les visites et les consultations, « Profil moyen de consommation... », *op. cit.*, p. 43.

Il faut sans doute aller davantage dans les détails pour examiner la composition moyenne des actes faits par les médecins (spécialisés ou non) et le coût moyen par acte dans différentes régions. De plus, il est particulièrement intéressant de comparer la proportion moyenne des visites faites par un généraliste par rapport à l'ensemble des actes qu'il a dispensés, selon les régions. Il en est de même pour un médecin spécialisé, selon sa spécialité. Cette partie de l'analyse nous permettra de vérifier les hypothèses de comportements des médecins quant à la composition de leurs actes dans les régions où l'on a des besoins multiples et une demande accrue de services.

2) *Indices de la consommation régionale*

Nous faisons ici quelques commentaires concernant le nombre total d'actes et le coût des services par habitant dans les régions de la province de Québec. Bien sûr, ces indices de la consommation régionale sont très limités par le fait qu'ils n'explicitent ni les besoins réels de la population régionale, besoins qui sont reliés à l'état de morbidité des régions, ni les normes de consommation ou d'attribution des services. Cependant, faute de mieux, ils pourront être utilisés pour guider certaines réflexions dans la planification régionale de services.

Les tableaux 6 et 7 donnent le nombre total d'actes et le coût total des services par habitant dans les différentes régions du Québec.

TABLEAU 6

COÛT TOTAL DES SERVICES MÉDICAUX PAR HABITANT ET PAR TYPE DE SERVICES, RÉGIONS ADMINISTRATIVES, QUÉBEC, 1971

Actes médicaux	Montréal	Québec	Cantons-de-l'Est	Nouveau-Québec	Autres régions *	Total, Province
	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)
Visites	21.90	20.59	20.84	5.35	16.69	16.55
Consultations	3.87	2.86	2.98	.00	1.81	1.95
Actes diagnostiques et thérapeutiques	4.31	2.71	3.27	.15	1.63	1.81
Actes chirurgicaux	10.63	10.57	12.53	3.10	8.16	8.33
Autres	9.27	6.69	7.48	.95	4.33	4.70
TOTAL	49.98	43.42	47.10	9.56	32.78	33.54

NOTE : * Autres régions : Bas-St-Laurent — Gaspésie, Saguenay — Lac-St-Jean, Trois-Rivières, Outaouais, Nord-Ouest et Côte-Nord.

SOURCES : Voir le tableau 3. Population : Recensement de la population, 1971.

La consommation mesurée par le nombre d'actes dépend de la disponibilité des services, de l'état de morbidité et de la population dans chaque région ⁶. La consommation peu élevée de certains types d'actes dans les régions moins urbanisées peut être expliquée partiellement par la rareté des médecins spécialisés dans ces mêmes régions.

Dans les régions urbaines telles que Montréal, les Cantons-de-l'Est et Québec, le coût total élevé des services médicaux par habitant ne s'applique pas à un type de services en particulier mais à tous les types de services observés. En effet, dans ces régions, nous voyons que la dépense pour les visites, les consultations, les actes diagnostiques et thérapeutiques et les actes chirurgicaux est, en général, plus grande que la dépense pour un même type de services dans les autres régions. On observe le même phénomène en comparant les régions du Lac-St-Jean et de Trois-Rivières avec celles de l'Outaouais, du Nord-Ouest et de la Côte-Nord. Autrement dit, un habitant d'une région urbaine coûte plus cher en services médicaux qu'un habitant d'une région semi-urbaine. Il en est de même pour les régions semi-urbaines comparativement aux régions non urbaines.

TABLEAU 7

NOMBRE TOTAL D'ACTES PAR HABITANT, PAR TYPE DE SERVICES,
RÉGIONS ADMINISTRATIVES, QUÉBEC, 1971

Actes médicaux	Montréal	Québec	Cantons-de-l'Est	Nouveau-Québec	Autres régions *	Total, Province
	(actes)	(actes)	(actes)	(actes)	(actes)	(actes)
Visites	3.41	3.60	3.78	1.02	3.03	3.36
Consultations	.17	.13	.13	.00	.08	.14
Actes diagnostiques et thérapeutiques	1.29	.88	.89	.06	.57	1.05
Actes chirurgicaux	.23	.22	.24	.09	.19	.21
Autres	.58	.40	.49	.07	.26	.47
TOTAL	5.68	5.23	5.53	1.24	4.14	5.25

NOTE : * Autres régions : Bas-St-Laurent — Gaspésie, Saguenay — Lac-St-Jean, Trois-Rivières, Outaouais, Nord-Ouest et Côte-Nord.

SOURCES : Voir le tableau 3. Population : Recensement de la population, 1971.

6. Voir : « Profil moyen de consommation... », *op. cit.* Dans cette étude, nous avons constaté que l'état de morbidité exprimé par la répartition du nombre d'épisodes entre les maladies, et la structure âge-sexe de la population du Québec modifient la consommation des services de santé mesurée en nombre d'actes médicaux.

Un fait très intéressant à signaler est qu'en général, en comparant les régions deux à deux, nous voyons que si le coût total des services par habitant dans une région est plus élevé que dans l'autre, le coût moyen par type d'actes l'est aussi, quel que soit le type d'actes.

En examinant le nombre de médecins, le nombre total d'actes médicaux et le coût total des services médicaux par habitant, nous voyons qu'en général un plus grand nombre de médecins dans une région donnée entraîne un plus grand nombre d'actes et un coût total plus élevé des services par habitant. On peut examiner ces relations au graphique 2.

Sur ce graphique, nous avons tracé deux courbes de moindres carrés entre l'indice de disponibilité des services mesuré par le nombre de médecins par 100,000 habitants et par le nombre d'actes, d'une part, le coût total des services par habitant, d'autre part.

A partir de ces courbes, nous pouvons conclure que l'augmentation de la disponibilité des services en termes de médecins par 100,000 habitants dépend donc d'une plus grande consommation des services en actes médicaux et du coût plus élevé des services médicaux.

Les courbes observées semblent justifier l'existence des limites de la consommation en nombre d'actes et en coût par habitant. En effet, le rythme de croissance ⁷ du nombre d'actes et du coût par habitant semble ralentir quand on augmente l'offre de services (i.e. nombre de médecins par 100,000 habitants).

Cette constatation nous porte à croire qu'à partir du moment où les services de santé seront considérés par la population comme « biens consommés » et non « biens de luxe », il y aura saturation de la consommation et limitation du coût.

IV — LA PRODUCTION DE SERVICES

La production de services de santé est une notion complexe. Dans la littérature, on trouve plusieurs mesures de l'output du médecin. Yett ⁸ a utilisé le nombre de visites par année faites par le médecin. Reinhardt ⁹ a utilisé à peu près la même mesure. Feldstein et Kelman ¹⁰ ont utilisé le nombre de visites au cabinet du médecin ; ils ont de plus avancé l'idée d'utiliser le nombre de malades traités par diagnostic comme un output possible du médecin. Ces mesures tiennent compte du volume de production du médecin pendant une période donnée, mais on néglige le

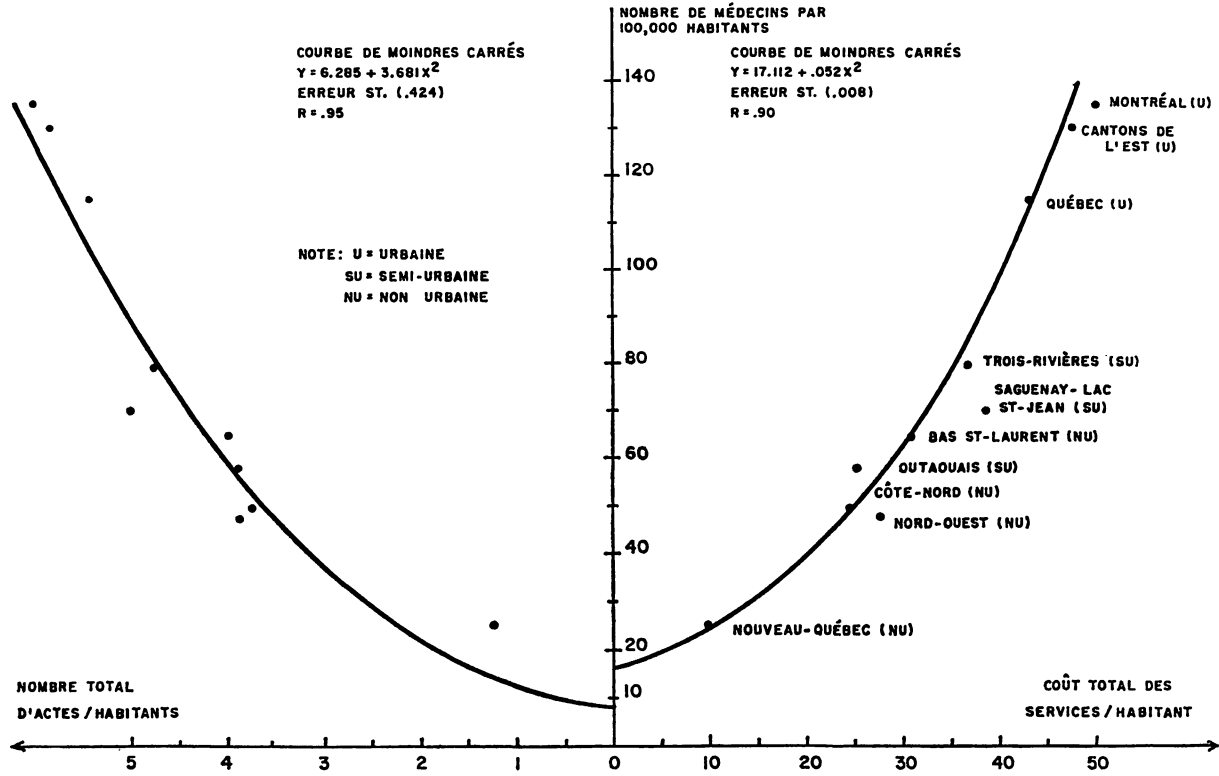
7. Le rythme de croissance est mesuré par la pente de la tangente de la courbe.

8. D.E. Yett, « An Evaluation of Alternative Methods of Estimating Physicians' Expenses Relative to Output », *Inquiry*, vol. 4, n° 1, mars 1967.

9. V.E. Reinhardt, *Physician Productivity, the Supply of Physician Services and the Physician Shortage in Canada*, Princeton University, juin 1971.

10. P.J. Feldstein et S. Kelman, « A Framework for an Econometric Model of the Medical Care Sector » (1968), *Empirical Studies in Health Economics*, E. Klarman, éd., Johns Hopkins Press, 1970.

GRAPHIQUE 2
RELATION ENTRE LE NOMBRE DE MÉDECINS POUR 100,000 HABITANTS,
LE COÛT TOTAL DES SERVICES PAR HABITANT ET LE NOMBRE TOTAL D'ACTES PAR HABITANT



temps de travail effectif des médecins pour réaliser ces outputs, ainsi que les différents types de services que les médecins peuvent offrir aux patients.

Actuellement dans la province de Québec, il y a certains travaux de recherche dans le domaine de la production des services des médecins. Contandriopoulos¹¹ a utilisé le taux de production des actes normalisés comme l'output du médecin. Cette mesure permet de tenir compte du temps de travail du médecin et des outputs partiels et hétérogènes des médecins.

De plus, étant donné que le médecin joue à la fois le rôle du producteur et du vendeur de services, le comportement de la production des médecins n'est pas le même que dans le cas de la production des biens où le consommateur détermine lui-même le volume des services consommés.

En tant que producteur de services, le médecin cherche à maximiser son revenu. Ce comportement implique que le médecin doit prendre en considération, à la fois l'organisation actuelle du système de santé qui peut lui fournir des avantages dans la pratique de sa profession, et sa fonction de production de services à l'extérieur de l'hôpital où il doit s'organiser pour utiliser efficacement les facteurs de production qu'il doit acheter. Autrement dit, le médecin cherche à organiser sa production dans deux milieux différents : à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital.

Cette hypothèse amène le médecin à choisir une répartition optimale des heures de travail en fonction du lieu de pratique. Par la suite, il cherche à maximiser le revenu partiel en fonction des heures de travail consacrées aux soins ambulatoires et les soins internes. Cette hypothèse est fondamentale car elle influence non seulement la productivité globale (i.e. par rapport à la fonction de production globale) mais aussi la productivité partielle pour la production de soins ambulatoires et de soins internes. Actuellement, le système offre des avantages évidents pour les médecins pratiquant à l'hôpital car elle permet aux médecins d'utiliser gratuitement les moyens diagnostiques¹² et les ressources hospitalières pour pratiquer sa profession. Cette situation incitera les médecins à pratiquer davantage la médecine à l'hôpital, ce qui entraînera une baisse de la production des soins ambulatoires. Si, par exemple, le gouvernement décide de contrôler l'utilisation des ressources médicales des médecins à l'hôpital par un mécanisme quelconque (exemple, le paiement pour les ressources hospitalières utilisées), cela pourra influencer sensiblement la fonction de production globale de soins des médecins en faveur des soins ambulatoires. Autrement dit, la production globale de services est très sensible à la politique gouvernementale.

11. A.P. Contandriopoulos, Département d'Epidémiologie, Université McGill.

12. Certains auteurs ont dénoncé l'utilisation abusive par les médecins des moyens diagnostiques en milieu hospitalier. Voir Jean-Marie Loiselle, Marc Bouchard, André Potvin, *Laval Medical*, vol. 42, oct. 1971.

En ce sens, la situation différente des ressources hospitalières (i.e. lits d'hôpitaux) et des médecins pourra entraîner une production différenciée des services de médecins selon la région de travail.

A ce stade-ci, nous n'avons pas de données détaillées pour examiner en profondeur la question de la production de services. Nous livrons ici quelques observations en se basant sur deux indices de production : le nombre moyen d'actes et le revenu moyen par médecin. Les tableaux 8 et 9 donnent le nombre moyen d'actes réalisés et l'écart du nombre moyen d'actes entre les généralistes et les médecins spécialisés dans les régions du Québec.

En général, le nombre moyen d'actes par médecin, sans faire de distinction entre généralistes et médecins spécialisés, est inversement proportionnel au nombre de médecins par 100,000 habitants. C'est-à-dire

TABLEAU 8

NOMBRE MOYEN D'ACTES PAR MÉDECIN SELON LES RÉGIONS ADMINISTRATIVES, QUÉBEC, 1971

	Montréal	Cantons-de-l'Est	Québec	Bas-St-Laurent — Gaspésie	Nord-Ouest	Total province
Nombre moyen d'actes ¹	4,254	4,272	4,493	6,000	7,741	4,588
Nombre de médecins/100,000 hab.	133	129	116	66	48	115

NOTE : 1. Pour l'ensemble des médecins.

SOURCE : Voir le tableau 3.

TABLEAU 9

ÉCART DU NOMBRE MOYEN D'ACTES ENTRE LES GÉNÉRALISTES ET LES MÉDECINS SPÉCIALISÉS ¹, QUÉBEC, 1971

Montréal	Québec	Cantons-de-l'Est	Saguenay — Lac-St-Jean	Trois-Rivières	Côte-Nord et Nouveau-Québec	Total province
1,662	2,954	3,255	3,641	3,905	4,146	2,314

NOTE : 1. Nord-Ouest (729), Outaouais (3,040), Bas-St-Laurent — Gaspésie (3,184).

SOURCE : Voir le tableau 3.

que pour une région donnée, si le nombre de médecins par 100,000 habitants est grand, on observe un nombre moyen d'actes par médecin plus petit dans cette région. Ceci s'applique à toutes les régions, à l'exception de Trois-Rivières et de l'Outaouais. Le nombre moyen d'actes des généralistes est plus grand que celui des spécialistes. L'écart semble s'accroître dans les régions non urbaines, à l'exception du Nord-Ouest, du Bas-St-Laurent — Gaspésie et de l'Outaouais.

En ce qui concerne le revenu moyen des médecins, on observe une grande disparité du revenu des médecins dans les régions administratives de la province de Québec. De plus, la disparité de revenu est plus grande chez les médecins spécialisés que chez les généralistes.

Dans les grands centres urbains tels que Montréal, Québec, les Cantons-de-l'Est, on trouve les plus bas revenus moyens des généralistes. En définitive, les généralistes gagnent plus dans les régions non urbaines et semi-urbaines que dans les régions urbaines. Il semble que cette disparité de revenu soit attribuable en grande partie au volume de la clientèle moyenne desservie par les généralistes dans les régions. Plus la clientèle moyenne est grande, plus le revenu moyen des généralistes est élevé. Le tableau 10 démontre ce fait.

Les médecins spécialisés de la région Nord-Ouest sont les plus favorisés en termes de revenu moyen, surtout lorsqu'il s'agit de médecins spécialisés en spécialités médicales. En effet, pour l'ensemble des médecins spécialisés dans cette région, on trouve un revenu moyen de 71,440 dollars. Le chiffre correspondant pour les médecins spécialisés en spécialités médicales est de 78,635 dollars. Par contre, c'est dans la région des Cantons-de-l'Est qu'on trouve le plus bas revenu moyen pour l'ensemble

TABLEAU 10
REVENU MOYEN DES GÉNÉRALISTES
SELON LES RÉGIONS ADMINISTRATIVES, QUÉBEC, 1971
(en dollars)

	Montréal	Québec	Cantons-de-l'Est	Bas-St-Laurent—Gaspésie	Nord-Ouest	Côte-Nord et Nouveau-Québec	Total province
Revenu moyen	29,550	33,832	35,994	44,531	46,743	47,067	33,110
Nombre de généralistes/100,000 hab.	53	52	44	40	31	29	39

SOURCE : Voir le tableau 3.

des médecins spécialisés (36,604 dollars). Notons que c'est dans la région des Cantons-de-l'Est qu'on retrouve le plus grand nombre de médecins spécialisés par 100,000 habitants. Le phénomène de la variation inverse du revenu moyen selon l'indice de la disponibilité des services (nombre de médecins spécialisés) se produit aussi pour les médecins spécialisés (tableau 11).

En général, les médecins spécialisés gagnent plus que les généralistes, quelle que soit la région. Le revenu moyen des médecins spécialisés varie inversement avec l'indice de la disponibilité des services dans les régions. Cependant, le phénomène est plus permanent et moins prononcé chez les généralistes que chez les médecins spécialisés. Il sera intéressant d'examiner l'augmentation du volume moyen d'heures de travail¹³ des médecins dans les régions, car ce facteur pourra être une des raisons principales de la disparité du revenu moyen des médecins dans les différentes régions administratives.

Les variations du revenu moyen et du nombre moyen d'actes accomplis par un médecin, en fonction de la disponibilité des ressources en médecins, sont représentées au graphique 3.

On constate que le revenu moyen et le nombre moyen d'actes par médecin sont des fonctions *décroissantes* de l'indice de la disponibilité de ressources en médecins. Cette observation s'oppose à celle qu'on a faite sur la consommation représentée par le graphique 2, c'est-à-dire que la

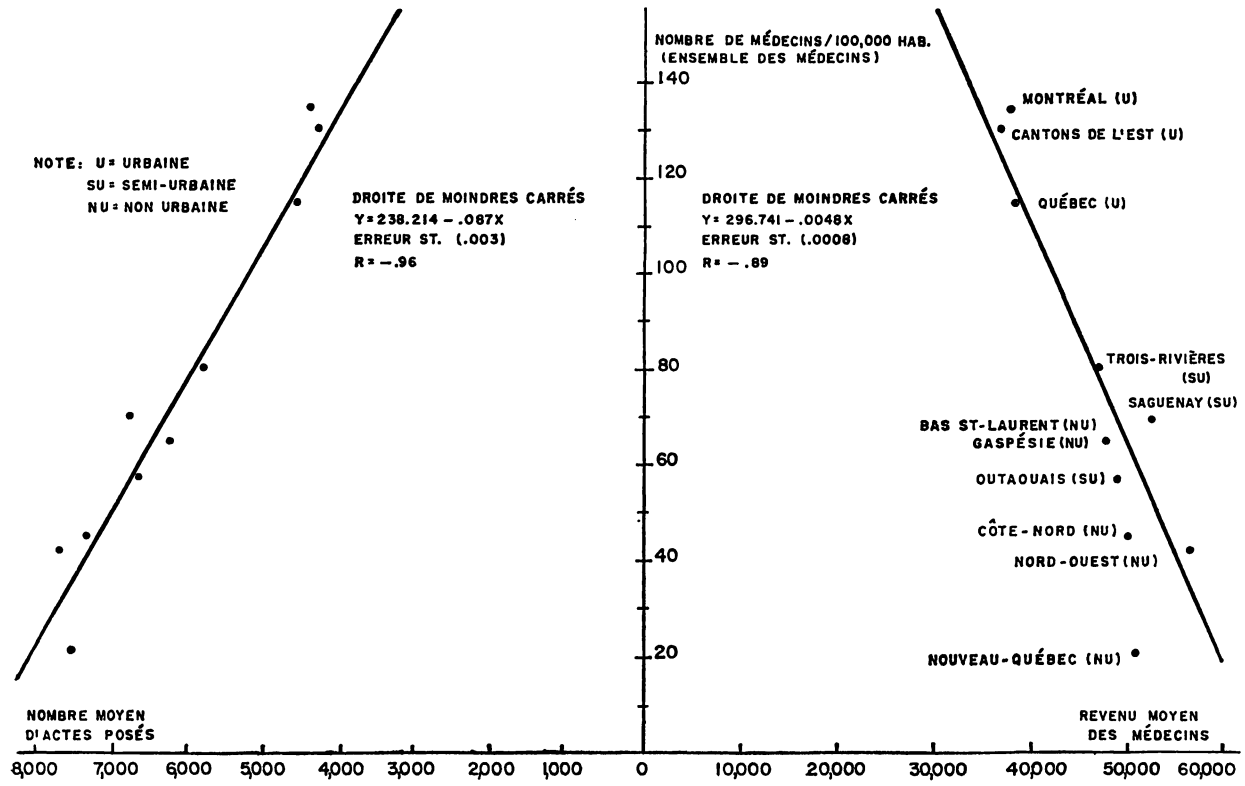
TABLEAU 11
REVENU MOYEN DES MÉDECINS SPÉCIALISÉS
SELON LES RÉGIONS ADMINISTRATIVES, QUÉBEC, 1971
(en dollars)

	Cantons-de-l'Est	Montréal	Québec	Saguenay — Lac-St-Jean	Nord- Ouest	Côte-Nord et Nouveau- Québec	Total province
Revenu moyen	36,604	41,642	40,068	58,987	71,440	62,829	43,236
Nombre de médecins spécialistes par 100,000 hab.	85	81	65	39	17	10	39

SOURCE : Voir le tableau 3.

13. A.P. Contandriopoulos, Département d'Epidémiologie, Université McGill.

GRAPHIQUE 3
RELATION ENTRE LE NOMBRE DE MÉDECINS PAR 100,000 HABITANTS,
LE NOMBRE MOYEN D'ACTES PAR MÉDECIN ET LE REVENU MOYEN PAR MÉDECIN



consommation et le coût des services sont fonctions *croissantes* de l'indice de la disponibilité des ressources en médecins.

Les médecins des régions non urbaines et semi-urbaines ont en moyenne accompli plus d'actes médicaux que ceux des régions urbaines. Le revenu moyen plus élevé des médecins des régions non urbaines et semi-urbaines s'explique par le fait que les médecins produisent plus dans ces régions, si la production peut être mesurée par le nombre d'actes. De ce fait, une des choses possibles est que, dans les régions urbaines, les médecins produisent à un niveau inférieur à la capacité maximale. C'est-à-dire qu'on pourra augmenter la production des services dans les régions urbaines, production qui sera sans doute moins coûteuse et plus souhaitable, davantage par l'incitation des médecins à accroître leur production que par l'augmentation du nombre de médecins.

Nous tirons cette conclusion avec une certaine réserve, car en utilisant le nombre d'actes comme une mesure de la production des médecins, on ne peut pas distinguer les actes spécialisés et non spécialisés, surtout le temps de travail nécessaire pour réaliser ces actes. Cette conclusion s'applique sans doute mieux aux généralistes, car la plupart des actes pratiqués sont des actes non spécialisés.

V — CONCLUSION

Nous avons pu observer un déséquilibre régional des ressources aussi bien pour ce qui est de leur disponibilité que de leur importance relative. Pour remédier à ce déséquilibre, il semble important, d'une part, d'évaluer les besoins régionaux et, d'autre part, de coordonner la distribution des ressources en fonction de ces besoins.

Etant donné que le prix direct des services de santé est nul, la consommation et la demande de services ne sont pas fonction du prix, ni du revenu du consommateur. De telle sorte que la demande est fonction de l'apparition de la maladie et de sa diffusion. En ce sens, une évaluation des besoins ne sera opérationnelle qu'en se basant sur la morbidité. Car finalement, c'est seulement à partir d'un état de morbidité que le processus de production et de demande de services s'engage.

En observant l'administration indépendante de deux programmes principaux de santé dans la province, qui sont l'AHQ (1961) et la RAMQ (1970) au moins au niveau du financement, on a l'impression que la planification des ressources est faite aussi de façon indépendante en fonction de ces deux programmes. Or, dans la production des services de santé, surtout au niveau des soins pour malades hospitalisés (AHQ), il existe un mode de fonctionnement par complémentarité entre les médecins, d'une part, et les institutions hospitalières, d'autre part, fonctionnement dans lequel le médecin joue le rôle du principal agent de décision. En effet, de tous les paliers de services consommés par la population, que

ce soit au niveau des soins ambulatoires, spécialisés ou ultra-spécialisés, on observe la présence du médecin dans l'attribution de ses services aux patients. Le contexte peut être différent avant et après l'installation de la RAMQ en 1970, mais le rôle du médecin dans la production et dans la consommation des services reste le même.

C'est-à-dire que toute utilisation des services par le patient doit avoir l'approbation préalable du médecin traitant, que ce soient les services de rayon X, de laboratoire, de médicament, d'hospitalisation, etc. De telle sorte qu'une grande partie des services consommés est générée à partir même des services médicaux produits par le corps médical dans la province.

Donc, le secteur des services médicaux est le secteur générateur de la consommation des ressources autres que les services des médecins. Il semble rationnel de planifier les services sur cette base. C'est-à-dire que l'utilisation d'autres ressources est une conséquence des services médicaux offerts à la population.

Par ailleurs, on ne peut pas planifier des services médicaux sans examiner en profondeur les intérêts des parties qui justifient l'existence de ces services. En observant les trois parties impliquées dans le réseau de services dont les professionnels de santé, les patients et le gouvernement, on voit les intérêts les plus divers. Les professionnels de la santé cherchent à gagner le plus possible pour un régime donné de travail. Les patients veulent être traités et guéris le plus vite possible dans un état de morbidité donné. Le gouvernement cherche à satisfaire le plus possible les exigences des patients et des professionnels de santé avec un budget donné. Or, pour arriver à un certain objectif, surtout l'efficacité économique de la production de services, certains intérêts des parties en cours doivent être modifiés. C'est en ce sens qu'on doit distinguer les variables, sur lesquelles on peut agir, des éléments considérés comme prédéterminés. Un exemple de cette distinction repose sur la controverse de « qualité des services versus coûts des services ». En effet, si on considère la qualité des services comme une variable, il y aura substitution entre la qualité et le coût ; si on considère la qualité comme étant une condition nécessaire pour la pratique médicale (élément prédéterminé), on peut alors parler de baisse du coût sans que ceci implique une baisse dans la qualité.

C'est ainsi que la rémunération des médecins apparaît comme une variable sur laquelle on peut agir pour influencer le comportement des médecins. Il y a trois types de rémunération dans le système actuel. Ce sont : 1) la rémunération à l'acte ; 2) la rémunération en vacation ; 3) la rémunération en salaire.

Ces types de rémunération sont en ordre décroissant quant au choix des services produits par le médecin en fonction du prix de ces services

et en ordre croissant quant à la facilité du contrôle financier. La plupart des médecins travaillent selon le régime de rémunération à l'acte. De telle sorte qu'on pourra orienter la production des services par une fixation des tarifs relatifs des actes médicaux, tarifs qui tiennent compte à la fois des priorités du système et du travail du médecin dans la réalisation des actes médicaux.

Il en résulte qu'on peut arriver à une planification optimale des ressources au niveau régional tout en admettant la défaillance du mécanisme des prix dans le marché des services de santé. En effet, on a identifié un secteur générateur de la production des services où on peut influencer le comportement des agents de production de ce secteur. De plus, l'évaluation régionale des besoins de la population en morbidité est possible, de même que le transfert des besoins en morbidité aux besoins de services par les normes de consommation. De telle sorte qu'on peut orienter l'offre des services vers des régions où les besoins se font sentir.

Pour illustrer cette approche de travail, nous présentons dans l'annexe une projection normalisée de la consommation des services médicaux dans l'hypothèse où on veut amener la consommation des régions à celle de la région de base, soit Trois-Rivières. Une tentative de déduction de la demande en termes du nombre de médecins est aussi présentée. Une telle projection sera utile si on connaît les normes de consommation en soi et non pas la disponibilité de services comme on a procédé jusqu'à présent, et si on connaît le profil de production des médecins. Ces conditions peuvent être satisfaites au niveau des hôpitaux où on connaît les normes de consommation et le profil de production détaillé des médecins qui y travaillent.

HUNG NGUYEN,
coordonnateur de MEDICS.

ANNEXE

*PROJECTION NORMALISÉE DE LA CONSOMMATION
DES SERVICES DES MÉDECINS*

I — MÉTHODE

Le nombre total d'actes par habitant dans une région donnée pourra être utilisé comme un indice de la consommation des services des médecins de cette région.

Nous utilisons le nombre total d'actes par habitant de la région de Trois-Rivières pour établir des normes de consommation, normes qui seront appliquées à la population régionale pour déterminer le nombre d'actes requis dans les régions si on veut amener la consommation dans ces régions à la norme de Trois-Rivières.

La différence entre les nombres totaux d'actes requis et observés nous donnera le surplus ou le déficit en termes d'actes médicaux des régions. Ce surplus (ou ce déficit) sera multiplié par le coût moyen par acte dans chaque région pour donner le surplus ou le déficit en termes monétaires.

En se basant sur le revenu moyen des médecins dans chaque région, on déterminera le nombre de médecins. Pour les généralistes, on suppose qu'ils font seulement deux types d'actes, soit les visites et les actes diagnostiques — thérapeutiques.

Nous pouvons formuler les équations suivantes :

a) *Nombre d'actes projeté* (A_{ij}^*)

Soient P_j , $j = 1, \dots, 10$ la population de la région j ; X_{iB} , le nombre d'actes du type i consommés par un habitant de la région de base B (i.e. Trois-Rivières). Le nombre d'actes A_{ij}^* du type (i) dans la région (j) sera calculé par :

$$(1) \quad A_{ij}^* = X_{iB} \cdot P_j \quad \begin{array}{l} i = 1, \dots, 5 \\ j = 1, \dots, 10 \end{array}$$

b) *Surplus ou déficit en termes d'actes* (D_{ij})

Soit A_{ij} , le nombre total d'actes du type i enregistrés dans la région j . Le déficit ou le surplus des actes médicaux du type (i) dans la région (j) sera calculé par :

$$(2) \quad D_{ij} = A_{ij}^* - A_{ij}$$

c) *Surplus ou déficit en termes monétaires* (D_{ij}^*)

Soit C_{ij} , le coût moyen du type d'acte (i) dans la région (j). Le surplus ou le déficit en termes monétaires sera calculé par :

$$(3) \quad D_{ij}^* = D_{ij} \cdot C_{ij}$$

d) *Surplus ou déficit en terme de médecins* (N_j)

Soit Y_j , le revenu moyen des médecins observé dans la région (j). Le nombre nécessaire de médecins qu'il faut ajouter (ou retrancher) dans une région (j) pour amener la consommation au niveau de la région de base, est déterminé par :

$$(4) \quad N_j = \sum_{i=1}^5 D_{ij}^* / Y_j$$

Le nombre de généralistes est déterminé de façon semblable, en utilisant la somme des surplus (ou déficits) correspondants aux visites et actes diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que le revenu moyen des généralistes dans les régions.

II — RÉGION DE BASE : TROIS-RIVIÈRES

La région de Trois-Rivières possède 6.9 lits par 1,000 habitants, 81 médecins par 100,000 habitants et un rapport spécialistes/généralistes de 1.03.

Nous représentons aux tableaux 1, 2 et 3, le surplus (ou le déficit) en termes d'actes, en termes monétaires, et le nombre de médecins dans chaque région si on veut amener la consommation au niveau de Trois-Rivières.

Notons que le nombre de généralistes n'est pas nécessairement plus petit que le nombre total des médecins, car le nombre des généralistes dépend de la situation particulière de la région concernant le surplus (ou le déficit) des actes de visites et des actes diagnostiques et thérapeutiques, tandis que le nombre total de médecins dépend du surplus (ou du déficit) de l'ensemble des actes.

On trouve un surplus de 3.5 millions d'actes au niveau provincial, correspondant à un surplus de 33.8 millions de dollars et 869 médecins.

À la lumière de cet exercice, on constate que les projections basées sur la consommation sont très sensibles à la norme utilisée. Une différence d'un acte dans les normes utilisées donnera une différence d'environ 6 millions d'actes (i.e. population de la province) au niveau de l'ensemble de la province. Il est nécessaire de travailler avec beaucoup d'attention et de précaution quand on veut établir les normes de consommation.

TABLEAU 1

SURPLUS¹ (OU DÉFICIT), EN ACTES MÉDICAUX DANS LES RÉGIONS.

RÉGION DE BASE : TROIS-RIVIÈRES.

(en milliers d'unités)

Régions Types d'actes	Bas-St- Laurent — Gaspésie	Saguenay — Lac-St-Jean	Québec	Trois- Rivières	Cantons- de-l'Est	Montréal	Outaouais	Nord- Ouest	Côte- Nord	Nouveau- Québec	TOTAL ²
Visites	- 39	+41	+318	0	+115	+ 486	-150	- 57	-198	-25	+ 654
Consultations	- 8	+ 7	+ 32	0	+ 8	+ 254	- 1	- 5	- 6	- 1	+ 271
Actes diagnostiques et thérapeutiques	- 93	+ 9	+ 91	0	+ 25	+1,745	- 20	- 58	- 42	- 8	+1,649
Actes chirurgicaux	- 5	+23	+ 25	0	+ 10	+ 137	- 10	- 4	0	- 1	+ 175
Autres	- 18	-11	- 51	0	+ 32	+ 775	- 29	- 22	- 15	- 3	+ 760
TOTAL ³	-163	+69	+517	0	+190	+3,397	-219	-146	- 98	-38	+3,509

1. Surplus : + ; déficit : -.

2. Somme horizontale.

3. Somme verticale.

SOURCE : Compilations effectuées au ministère des Affaires sociales, Direction de la planification à partir des données de la R.A.M.Q., 1971.

TABLEAU 2
 SURPLUS ¹ (OU DÉFICIT), EN VALEUR, DANS LES RÉGIONS.
 RÉGION DE BASE : TROIS-RIVIÈRES.
 (en milliers de dollars)

Régions Types d'actes	Bas-St- Laurent— Gaspésie	Saguenay— Lac-St-Jean	Québec	Trois- Rivières	Cantons- de-l'Est	Montréal	Outaouais	Nord- Ouest	Côte- Nord	Nouveau- Québec	TOTAL ²
Visites	— 200	+ 223	+1,816	0	+ 634	+ 3,125	— 964	— 288	—1,016	—134	+ 3,196
Consultations	— 169	+ 146	+ 683	0	+ 176	+ 5,639	— 23	— 103	— 138	—	+ 6,211
Actes diagnostiques et thérapeutiques	— 268	+ 24	+ 281	0	+ 91	+ 5,811	— 41	— 146	— 101	— 16	+ 5,635
Actes chirurgicaux	— 224	+ 880	+1,219	0	+ 530	+ 6,331	— 430	— 164	0	— 34	+ 8,108
Autres	— 315	— 171	— 842	0	+ 487	+12,470	— 397	— 313	— 184	— 30	+10,705
TOTAL ³	—1,176	+1,102	+3,157	0	+1,918	+33,376	—1,855	—1,014	—1,439	—214	+33,855

1. Surplus : + ; déficit : —.

2. Somme horizontale.

3. Somme verticale.

SOURCE : *Idem.*

TABLEAU 3

SURPLUS¹ (OU DÉFICIT), EN MÉDECINS DANS LES RÉGIONS.
RÉGION DE BASE : TROIS-RIVIÈRES.

Régions Médecins	Bas-St- Laurent — Gaspésie	Saguenay — Lac-St-Jean	Québec	Trois- Rivières	Cantons- de-l'Est	Montréal	Outaouais	Nord- Ouest	Côte-Nord et Nouveau- Québec	TOTAL ²
Ensemble des médecins	-25	+20	+85	0	+53	+891	-39	-18	-33	+869
Généralistes	-10	+ 5	+62	0	+20	+302	-23	- 9	-27	+267

1. Surplus : + ; déficit : -.

2. Somme horizontale.

SOURCE : *Idem.*