

Hôpitaux, polycliniques et pratique médicale individuelle : facteurs et conditions d'efficacité

Jean-Luc Migué et Gérard Bélanger

Volume 47, numéro 1, avril-juin 1971

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1004359ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1004359ar>

[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. (1971). Hôpitaux, polycliniques et pratique médicale individuelle : facteurs et conditions d'efficacité. *L'Actualité économique*, 47(1), 148-162. <https://doi.org/10.7202/1004359ar>

Commentaires

Hôpitaux, polycliniques
et pratique médicale
individuelle : facteurs et
conditions d'efficacité *

Le régime actuel de production et de distribution des services de santé peut se décrire assez facilement. Il se compose essentiellement de deux éléments.

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

Position du problème

On ne peut manquer en effet de chercher à appliquer aux soins médicaux les leçons qui se dégagent de l'organisation industrielle en général. Pourquoi l'évolution de la technologie n'aurait-elle pas entraîné dans l'industrie des soins médicaux comme ailleurs, une extension prononcée de la taille ? L'organisation systématique et

* Texte révisé d'une communication présentée dans le cadre d'une session d'étude sur l'économie de la santé, organisée par l'École nationale d'administration publique à l'intention des administrateurs et des présidents de Conseils de médecins des hôpitaux de la région de Québec. Les auteurs remercient le Conseil des arts du Canada pour la subvention qui a rendu cette recherche possible.

intégrée du personnel et de l'équipement médical ne permettrait-elle pas de réaliser des économies d'échelle sensibles pour les raisons qu'on connaît, à savoir la spécialisation des facteurs ou la division des tâches, ainsi que l'usage plus intense du temps et des ressources à l'intérieur d'un processus de production plus élaboré. La force de la contrainte technologique a d'ailleurs déjà donné lieu, à travers le monde, à des organisations intermédiaires diverses, que sont les polycliniques, les centres de santé et en Amérique du Nord ce qu'il est convenu d'appeler la pratique médicale d'équipe. Ces modes de production ont une caractéristique en commun : l'intégration formelle et effective d'une variété très large de personnel et d'équipement spécialisés pour la production de soins médicaux à des patients externes¹. Ce modèle est cependant assez peu répandu chez nous à ce jour. En 1965, aux États-Unis, seulement 11 pour cent des médecins traitants exerçaient leurs activités dans le cadre d'équipes ; à la même époque, la proportion était d'environ 15 pour cent au Canada². Soulignons cependant que pas plus tôt qu'en 1946 le rapport ne dépassait pas 3 pour cent aux États-Unis.

L'analyse du *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social* nous fournira l'occasion d'examiner systématiquement l'organisation actuelle et à venir de l'industrie des services de santé. L'exposé de ce qui paraît être le message essentiel de la Commission à cet égard nous procurera en même temps l'occasion de porter un jugement critique sur ce document, dont on a dit qu'il constituait une œuvre « colossale »³. Il ne s'agit donc pas de présenter un résumé servile du rapport. Nous nous proposons plutôt de dégager ce qui nous paraît être les étapes logiques, implicites ou explicites, de la démarche de la Commission. C'est en exprimant en termes économiques l'argumentation du Rapport que nous jugeons pouvoir faire ressortir le plus clairement possible le message essentiel de la Commission.

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

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

3. Claude Ryan, « Éditorial », *Le Devoir*, vendredi, 4 septembre 1970, page 4.

Première étape : Identification des objectifs

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

L'appréciation des besoins des individus, tout autant que des groupes ou des sociétés, ne relève pas de l'économique. L'économiste comme tel n'a pas de critères autres que l'expression qu'en fait le consommateur, pour juger de la légitimité ou de l'intensité des besoins et des préférences de la population. Nous n'entendons donc pas juger du bien-fondé des objectifs que la Commission assigne au régime de santé. Il importe cependant de souligner fortement qu'en choisissant d'identifier la nature et les standards des soins que la population doit obtenir, la Commission introduit dans le processus d'allocation des ressources un principe qui constitue une rupture radicale avec la dynamique de l'ensemble de l'économie. La caractéristique essentielle du régime « libéral » réside dans la souveraineté du consommateur. Celui-ci est en effet présumé être seul en mesure de définir ses préférences et de les exprimer sur le marché. De tout temps cependant, en raison de son impuissance à évaluer la qualité des services de santé, le consommateur s'est départi d'une bonne part de sa liberté de choix au profit du médecin qui dicte au patient ce qui est présumé être ses préférences. L'option de base de la Commission s'inscrit implicitement dans le prolongement de cette dynamique, mais elle va cependant plus loin. Jusqu'à ce jour, en effet, on pouvait toujours considérer le duo patient-médecin comme représentant le *consomma-*

teur souverain, le médecin jouant le rôle combiné de producteur du service et d'informateur.

Cette relation patient-médecin n'est plus suffisante pour permettre au patient d'identifier vraiment ses propres besoins, affirme implicitement le Rapport. En raison du conditionnement du milieu auquel est soumis l'individu, ou si l'on veut en raison de l'interdépendance des besoins ⁴, l'individu, même éclairé par son médecin personnel, n'est pas en mesure de formuler ses véritables besoins médicaux. Il faut donc que la société, par le truchement d'organismes *ad hoc*, assume non seulement la tâche de mettre gratuitement les services de santé à la disposition du consommateur, mais encore qu'elle définisse pour lui par un encadrement approprié, la quantité et la qualité des services de santé qui lui seront accessibles.

C'est l'unité de production ⁵, composée des administrateurs et des médecins, qui dictera ses besoins au consommateur-patient. Suivant l'expression d'un auteur classique, la médecine devient ainsi, comme l'éducation, une industrie où « le consommateur n'achète pas et le producteur ne vend pas » ⁶. Une démarche analytique spécifique s'impose donc avant qu'il ne soit possible d'en prévoir les conséquences. En un mot, il faut assigner des motivations aux agents producteurs et en dégager leur comportement probable ⁷. Si l'esprit du Rapport devait se transposer dans la réalité, on pourrait à juste titre parler de véritable socialisation de la médecine. Par analogie, on peut affirmer que la Commission propose d'appliquer à la médecine le modèle que la société québécoise s'est donné dans le secteur de l'éducation.

Deuxième étape : Organisation de la production des services de santé

La nature et le niveau de ce qui devrait être les besoins de la communauté en matière de services de santé étant identifiés, l'étape logique suivante consistait à définir l'organisation de la production de ces services. Par opposition à l'efficacité de la consommation

4. Économies externes de consommation.

5. Elle s'appellera centre de santé, si les recommandations de la Commission étaient adoptées.

6. J. Buchanan et N.E. Devletoglou, *Academia in Anarchy*, Basic Books, Inc., 1970.

7. Pour une application de cette méthodologie aux hôpitaux, voir des mêmes auteurs : « Pourquoi les hôpitaux sont-ils inefficaces ? », à paraître dans un prochain numéro de la revue *Le Médecin du Québec*.

qui faisait l'objet de la démarche précédente, c'est maintenant la question de l'efficacité de la production qu'il faut considérer et que la Commission d'enquête aborde effectivement selon une présentation différente de la nôtre cependant.

Le schéma organisationnel proposé par la Commission se décrirait à peu près de la façon suivante. La structure proposée comporte trois paliers distincts, différenciés par la nature des tâches ou des fonctions qui leur sont assignées. L'unité de production la plus petite appelée centre local de santé recevrait la mission de dispenser les soins généraux. Cette entreprise correspond à la notion de polyclinique ou de pratique d'équipe. Elle se substituerait par les tâches qu'on lui confie au cabinet de médecin individuel actuel, ainsi qu'aux cliniques externes des hôpitaux en plus d'assumer certaines fonctions réservées aujourd'hui à l'hôpital, principalement en matière de diagnostic, de prévention et d'analyse de laboratoire, de même qu'à ce que la Commission appelle les « systèmes parallèles », médecine scolaire, industrielle, etc. En volume de services, c'est le niveau le plus important du système puisque, de l'avis des Commissaires, le centre local de santé répondrait à plus de 80 pour cent des services de santé consommés par la population ⁸.

Le centre communautaire de santé, chapeautant un certain nombre de centres locaux, se verrait confier la tâche de dispenser les soins dits spécialisés. Ces soins correspondent approximativement à ceux qu'offre l'hôpital d'aujourd'hui, à part les tâches qu'on lui aurait soustraites pour les confier au centre local. Il s'agit en somme de services dont la production exige une concentration d'équipement et de personnel tellement qualifiés, que seule une unité de production desservant la population de plusieurs centres locaux peut les produire avec une certaine efficacité. Au sommet de la structure se retrouverait le centre hospitalier universitaire, en très petit nombre pour l'ensemble du territoire du Québec, qui aurait pour tâche d'offrir les soins dits ultra-spécialisés. Les besoins de cette sorte de soins sont relativement si peu nombreux et les exigences techniques de la production exigent une concentration d'équipement et de capital si élevée, que seul un très petit nombre d'unités de production peut se concevoir au Québec. À ce rôle de

8. Rapport de la Commission, tome II, page 33.

producteur de soins ultra-spécialisés s'ajoutent également les fonctions d'enseignement et de recherche.

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

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

Déjà, bien avant la formulation du « Plan » proposé par la Commission, la tendance s'était amorcée à la suppression progressive de la concurrence, du moins à certains niveaux. Les hôpitaux ruraux ou ceux qu'on retrouve dans les petites villes-capitales régionales, sont souvent seuls à desservir un territoire donné. Même dans les villes, les hôpitaux se spécialisent parfois dans la production de services particuliers et, sous la pression des médecins qui ont avantage à concentrer leurs patients dans un même établissement, ils reçoivent leur clientèle d'un quartier ou d'un secteur particulier de l'agglomération urbaine. La Commission juge donc cette orientation comme définitive et universelle au niveau des hôpitaux, et de plus affirme que la production ou la distribution des soins géné-

raux tels qu'elle les définit tombent désormais sous la même règle. De l'avis de la Commission, les polycliniques locales s'imposent donc et supplanteraient les bureaux de médecins, qui eux obéissent aux règles de localisation de toutes les autres entreprises. On comprend plus facilement dès lors en quoi l'analogie établie ci-dessus entre commissions scolaires locales et régionales, d'une part, et centre locaux et communautaires de santé, d'autre part, est valide.

Fondements de l'organisation proposée par la Commission

Nous avons consciemment défini cette perception des choses que nous donne la Commission comme un postulat, voulant signifier par là que la Commission a affirmé plus qu'établi que les exigences techniques de la production imposaient l'entreprise unique ou le monopole. L'unité de vue n'est sûrement pas réalisée sur la question, du moins en ce qui a trait aux unités de production en milieux urbains, et il n'est pas sûr que la démonstration empirique de cette hypothèse soit faisable. Mais même si au plan technique la preuve de la supériorité du monopole était établie, le choix final du système ne pourrait être que le fruit d'un compromis entre les avantages techniques du monopole, d'une part, et les risques d'inefficacité inhérents à la suppression à peu près totale des possibilités de choix pour le consommateur et à l'établissement d'institutions à but non lucratif.

Quant à la taille des centres locaux proposée, la Commission soutient en se basant sur certaines expériences américaines, que les contraintes technologiques font que pour obtenir la qualité de service désirée, il faut subdiviser le territoire en unités de production variant de celles qui desserviraient une population de 6,000 à 8,000 à celles qui couvriraient jusqu'à 20,000 personnes. En d'autres termes, la relation entre les objectifs de qualité recherchée et les moyens particuliers proposés, soit le centre local de santé de la taille recommandée n'est pas démontrée explicitement, mais plutôt prise pour acquise en raison des présomptions établies ailleurs. Non pas que les avantages de la production concentrée qu'implique la polyclinique intégrée et qui sont présumés correspondre à l'efficacité de la production ne soient pas abordés à différentes occasions. Précisément parce que l'analyse des économies d'échelle est répartie par bribes à travers le volumineux document que constituent les

quatre tomes du *Rapport* sur la santé⁹ et que la formulation n'adopte pas toujours la méthodologie économique, nous croyons utile de présenter la question ici de façon systématique.

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

Résultats connus : la pratique de groupe supérieure à la pratique individuelle

On a pu établir par exemple que le revenu net des médecins en équipe était sensiblement et à peu près universellement supérieur à celui des médecins en pratique individuelle. On sait également que le nombre d'heures de travail par semaine ne diffère pas sensiblement d'une formule à l'autre. Les tarifs imposés au patient par les cliniques privées étant par ailleurs semblables à ceux des médecins individuels, il s'ensuit nécessairement que la productivité des médecins en groupe l'emporte sur leurs semblables en pratique individuelle¹⁰.

Un deuxième auteur a démontré également, selon une méthode différente, que la valeur de l'output médical total par médecin/heure dans les cliniques l'emportait sur celle des pratiques individuelles, lorsqu'on incorporait à cette production l'ensemble des services auxiliaires qu'offre la clinique, tels les rayons X et les services de laboratoire¹¹.

9. La tâche de faire l'appréciation du Rapport de la Commission n'est guère simplifiée par l'absence déplorable d'index.

10. Voir, par exemple : A. Owens, « Doctors' Economic Health Never Better », *Medical Economics*, vol. 44, 1967, pp. 63-67.

11. R.M. Bailey, « Appraisals of Experience in Fee-for-Service Group Practice in San Francisco Bay Area », *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 44, n° 11, 1968.

Kovner a cherché à démontrer que non seulement le coût moyen diminuait lorsqu'on passait de la pratique individuelle à la pratique de groupe, mais de plus qu'il diminuait également à mesure que la taille des cliniques augmentait¹². Entre autres liaisons significatives, l'auteur a pu établir que le coût unitaire d'activités particulières (*medical procedures*) diminuait à mesure que le nombre de spécialistes augmentait ; la hausse de la productivité se révéla également associée à l'augmentation du personnel auxiliaire et du stock de capital, d'équipement et de bâtiments.

Sources d'économies de dimension

Lorsqu'on s'arrête à évaluer concrètement les facteurs qui engendrent cette supériorité des cliniques sur les cabinets individuels, on observe un certain nombre de caractéristiques explicatives précises. Par exemple le bureau de pratique individuelle n'emploie généralement qu'un à deux assistants par médecin, tandis qu'on en identifie en moyenne de trois à quatre et demi par médecin dans les polycliniques. On ne s'étonnera donc pas que la substitution de personnel moins qualifié (infirmières, techniciens et assistants) à du personnel plus qualifié (le médecin) entraîne des économies très sensibles.

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

12. J. Kovner, *Production Function for Outpatient Medical Facilities*, University Micro-films, Michigan, 1968 ; cité dans M. Roemer et D.M. Du Bois, « Medical Costs in Relation to the Organization of Ambulatory Care », *The New England Journal of Medicine*, 1er mai 1969, pp. 988-993.

médecins à se regrouper en clinique est atténuée d'autant. Ainsi se trouvent sacrifiées des possibilités d'économies marquées qu'un aménagement différent réaliserait.

Le dernier élément à l'origine des économies d'échelle internes qu'offre la polyclinique réside dans l'abaissement du coût d'acquisition ou de location des immeubles. On comprendra facilement que la formation d'équipes rend possible l'utilisation plus intense et plus constante des salles d'attente, des salles de consultation, etc. Le coût moyen du capital par unité de service y gagne d'autant.

Il reste à faire voir les économies indirectes que comporte le transfert d'un certain nombre de fonctions de l'hôpital à la clinique. L'hospitalisation constitue évidemment le service médical le plus coûteux en raison du fait qu'il comporte un service d'hébergement en même temps que les services proprement médicaux. S'il se révélait possible de transférer à la clinique (CLS) un certain nombre de fonctions ou d'activités aujourd'hui assumées par l'hôpital, l'économie qui en résulterait deviendrait manifeste. Or, de l'avis de la Commission, et selon de nombreuses expériences étrangères, les possibilités sont grandes de ce côté.

On a souvent fait état de la réduction du taux d'hospitalisation qu'entraîne la participation de la population au régime d'assurance HIP de New-York et *Kaiser Plan* de Californie¹³. Or il s'avère que les services offerts par ces régimes sont dispensés par des polycliniques. On attribue en grande partie ces heureux résultats au fait que les médecins associés à ces régimes ne sont pas rémunérés à l'acte. L'hypothèse a cependant aussi été retenue, voulant que le phénomène soit également attribuable au fait qu'une équipe de médecins puisse assumer des opérations à l'intérieur de la polyclinique que le médecin individuel ne pourrait accomplir qu'à l'hôpital. D'autant plus qu'il y obtient gratuitement l'accès à des facilités nombreuses.

C'est également dans le cadre de la polyclinique que le rôle du pharmacien peut le mieux acquérir toute son importance. La préparation et l'adoption de formulaires de médicaments, de même que la conservation de fichiers familiaux par le pharmacien peuvent

13. Pour le résumé de cette question, voir par les mêmes auteurs, « Le médecin du point de vue de l'économiste », à paraître dans *Le Médecin du Québec*, juin-juillet 1971.

contribuer pour beaucoup à la réduction du coût total des médicaments. Il semble que ce soit principalement ces différentes économies indirectes qui contribuent à la supériorité économique des polycliniques sur les cabinets de médecin individuels. C'est le sens des conclusions auxquelles en arrive le *U.S. National Advisory Commission on Health Manpower*¹⁴ qui résume les résultats de nombreuses enquêtes sur le sujet. C'est là-dessus d'ailleurs que la Commission appuie sa présomption voulant qu'il soit « possible d'améliorer d'au moins 30 pour cent l'efficacité des établissements de santé »¹⁵.

Troisième étape : Conditions du fonctionnement efficace de l'organisation

On peut donc convenir que la combinaison centre local et communautaire de santé peut être techniquement plus efficace que le partage actuel entre les minuscules cabinets de médecin, d'une part, et les hôpitaux, d'autre part. Si en effet on peut soutenir que la Commission n'a pas prouvé que le partage particulier du territoire qu'elle propose entre d'éventuels monopoles locaux corresponde à l'optimum de production, il n'en reste pas moins que les expériences étrangères dont elle s'est inspirée d'ailleurs laissent présumer que sa solution va dans la bonne direction. Ce qui nous amène à la troisième étape logique de l'analyse du régime de santé, celle de la dynamique des institutions que l'on propose d'introduire. Biaisés que nous sommes sans doute par la formation académique que nous avons reçue, nous estimons que c'est la partie la plus importante de tout projet de réforme, surtout de réforme de l'envergure de celle proposée par la Commission. Assez paradoxalement, c'est la partie à la fois la plus courte et la plus faible de tout le rapport. La raison en est probablement qu'il s'agit d'une dimension particulièrement difficile à formuler, à appréhender.

La question que nous soulevons ici peut être formulée de la façon suivante. Une fois qu'on a déterminé qu'une organisation quelconque peut être techniquement efficace, comment peut-on présumer ou prédire qu'elle le sera effectivement. L'histoire de l'administration publique des dix dernières années au Québec nous a

14. Cité dans Roemer et Du Bois, *op. cit.*, p. 991.

15. *Rapport de la Commission*, vol. IV, tome IV, p. 226.

amplement démontré qu'il n'est pas suffisant de concevoir des organisations, qu'il n'est pas suffisant de faire des « plans », pour que les objectifs qu'on s'assigne soient nécessairement atteints, ni surtout qu'ils le soient de la façon la plus économique. Pour qu'une structure développe un fonctionnement souhaité, il faut que les pressions qui s'exercent sur elle la fassent converger vers la recherche de l'efficacité. Et c'est ici qu'intervient manifestement la véritable analyse, la véritable théorie.

Il faut placer les agents économiques (les *decision-makers*) dans la structure, se demander quelles motivations, quelles incitations s'exerceront sur eux et en tirer les corollaires sur l'aboutissement probable du régime et de l'organisation qu'on aura conçus. En d'autres termes, il faut faire appel à des modèles de comportement des agents économiques semblables à ceux qu'on applique aux entreprises en général, aux entreprises à but non lucratif en particulier¹⁶. Or, le lecteur aura compris facilement que l'organisation prévue par la Commission et en particulier le statut conféré aux centres de santé soumettra ceux-ci à une dynamique essentiellement semblable à celle des hôpitaux actuels. La Commission a fait de toutes les unités de production de services de santé des organismes ou des institutions à but non lucratif. À moins que des mécanismes différents ne soient prévus, il faut donc prévoir que les mêmes conséquences sur l'efficacité découleront automatiquement de ce statut ; cela peut vouloir signifier tendance à la sous-utilisation des facilités, à la surconsommation des services de santé, à la mauvaise gestion, à l'engagement de personnel et d'équipement inutilement qualifiés en vue d'un plus grand prestige, etc. En un mot, à compter du moment où le jugement du producteur se substitue à celui du consommateur dans l'évaluation des besoins et que la concurrence est supprimée, l'obligation s'impose d'identifier les objectifs que ce producteur valorise pour en prévoir l'aboutissement.

Sans vraiment exagérer, on peut correctement soutenir que l'analyse économique des institutions est à peu près absente du Rapport. Dans l'ensemble, les considérations que fait la Commis-

16. Le texte recommandé à la note 7 ci-dessus résume ce qu'on pourrait appeler la théorie des hôpitaux ; pour une application de cette méthodologie aux universités, voir G. Bélanger, « Le secteur public : un budget croissant pour des services constants », J.-L. Migué (sous la direction de), *Le Québec d'aujourd'hui*, Éditions H.M.H. Hurtubise, Montréal, 1971, pp. 17-30.

sion sont moins le fruit d'une véritable formulation de modèle de comportement que d'observations incidentes et secondaires que tout individu sensé, le moindrement en contact avec les organismes publics, aurait pu formuler sans effort systématique. Ces quelques réflexions superficielles et décousues introduites par les auteurs sur la dynamique de l'appareil gigantesque qu'ils proposent ne leur inspirent d'ailleurs pas de recommandations très élaborées.

Ces recommandations comportent deux éléments principaux. Tout d'abord, le budget normalisé et les sanctions qui s'y rattachent, c'est-à-dire le calcul du coût moyen de chaque service pour l'ensemble du territoire, grâce auquel l'efficacité de chaque centre local serait mesurée, les surplutaires obtenant des sanctions positives, tandis que les déficitaires seraient pénalisés. Aussi étrange que l'argumentation puisse paraître, le budget normalisé n'est considéré que comme une étape vers la réalisation du budget par objectifs (PPBS). Cette perception montre clairement que la Commission est restée inconsciente des exigences de l'analyse : elle nie implicitement la distinction essentielle qu'on doit établir entre une technique, d'une part, soit un mode de comptabilité du budget (PPBS), et une formule d'incitation, d'autre part, logiquement basée sur un modèle de comportement et par laquelle on présume qu'un agent quelconque adoptera telle ou telle décision. Un budget par objectifs comme son nom l'indique définit les objectifs et en estime les coûts mais ne garantit nullement que ceux-ci seront minimaux.

Quant aux sanctions, la Commission prévoit la promotion accélérée des administrateurs compétents, la participation au surplus des établissements à rendement supérieur et l'affectation d'une part indéterminée des surplus à la caisse de retraite du personnel. Les sanctions négatives se limitent au resserrement des contrôles administratifs, à la limite à la mise en tutelle. Ces propositions spécifiques sont peut-être bonnes, peut-être mauvaises. Elles découlent d'une analyse beaucoup trop fragmentaire à la fois de la théorie, des opérations concrètes des agents économiques responsables des décisions, et des mécanismes expérimentés par d'autres juridictions (certaines provinces canadiennes entre autres). Le moins qu'on puisse dire est que la Commission n'a pas fait preuve de beaucoup d'imagination en cette matière. Notre interprétation est que le sujet

n'a pas été perçu comme revêtant l'importance qu'il mérite effectivement.

Le deuxième type de réforme associé à cet aspect de la question et proposé par la Commission a trait au mode de rémunération des médecins et des professionnels de la santé en général. L'adoption du principe du salariat, auquel se grefferaient différents « stimulants », comme la rémunération au prorata du nombre de cas traités, prouve encore ici que les Commissaires n'étaient pas inconscients de la nature des questions soulevées ici. La Commission n'est cependant pas très explicite sur les formules.

*

* *

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

En raison de cette grave lacune, la *Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social* se mérite le reproche qu'on peut adresser à presque toutes les commissions d'enquête instituées par le gouvernement du Québec et en particulier à la *Commission royale d'enquête sur l'enseignement* du début de la décennie 1960-1970.

À cet égard la Commission s'est rendue coupable du péché que le maître d'œuvre de cette entreprise reprochait à notre tradition politique, celui de proposer à la population des aspirations ambitieuses, sans l'informer des exigences et des conditions de leur réalisation¹⁷.

On nous pardonnera j'en suis sûr de céder à la tentation d'interpréter méchamment le *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social* à la lumière de la théorie des institutions à but non lucratif. Nous nous contenterons, pour accomplir cette tâche, de reproduire un paragraphe d'un texte rédigé par l'un d'entre nous : « ... Quelle dynamique anime les commissaires (de toute commission d'enquête) ? Ils font face au choix suivant : d'une part, rédiger un court rapport qui analyse les questions du mandat et propose des lignes de réforme en insistant sur les différentes modalités possibles ; ou d'autre part, « noyer le poisson » dans de nombreux et épais volumes où tous les sujets sont abordés même lorsqu'ils ne sont qu'indirectement liés au mandat et où on recommande des mécanismes « révolutionnaires », sans en avoir éprouvé l'efficacité ailleurs. La deuxième approche est la plupart du temps choisie. Elle coûte sans contredit beaucoup plus cher, mais elle offre l'avantage d'être plus sécurisante pour les commissaires en augmentant les chances d'être qualifiée « d'œuvre colossale » par les éditorialistes... »¹⁸

Jean-Luc MIGUÉ

et

Gérard BÉLANGER

Évolution des investissements L'économie canadienne comme
du Québec de 1961 à 1970 l'économie du Québec ont connu dans les années 1960-1961
 un ralentissement sensible : diminution des investissements, hausse du chômage. Une reprise de l'économie s'est dessinée à partir de 1962, ce nouveau cycle de croissance s'est poursuivi jusqu'en 1966,

17. Claude Castonguay, *Les Québécois ont été tenus dans l'ignorance*, conférence prononcée devant l'Association des étudiants comptables agréés du Québec, reproduite intégralement dans *Le Soleil*, vendredi, 8 janvier 1971, page 14.

18. Gérard Bélanger, *op. cit.*, page 26.