

Recherches sociographiques



La provincialisation des services de santé

Gérard Bélanger

La santé

Volume 31, numéro 3, 1990

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/056546ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/056546ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (imprimé)

1705-6225 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bélanger, G. (1990). La provincialisation des services de santé. *Recherches sociographiques*, 31(3), 339–357. <https://doi.org/10.7202/056546ar>

Résumé de l'article

Trente ans après l'assurance-hospitalisation et vingt ans après l'assurance-maladie, les soins de santé se présentent comme un système provincialisé financé à 80% par la taxation. Plusieurs de ses caractéristiques entraînent une affectation centralisée des ressources. Depuis 1970, les dépenses en ce domaine accusent une tendance à la hausse beaucoup moins prononcée par rapport à une production intérieure brute que pendant les décennies précédentes et connaissent même des périodes de stabilité, grâce aux contrôles gouvernementaux sur la capacité du système. Malgré les récents discours décentralisationnistes, la question n'est pas celle du choix entre décentralisation et centralisation — puisque le financement est centralisé —, mais plutôt celle du moyen d'aménager la centralisation qui est sujette à ne répondre qu'aux crises, réelles ou artificielles.

LA PROVINCIALISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Gérard BÉLANGER

Trente ans après l'assurance-hospitalisation et vingt ans après l'assurance-maladie, les soins de santé se présentent comme un système provincialisé financé à 80 % par la taxation. Plusieurs de ses caractéristiques entraînent une affectation centralisée des ressources. Depuis 1970, les dépenses en ce domaine accusent une tendance à la hausse beaucoup moins prononcée par rapport à une production intérieure brute que pendant les décennies précédentes et connaissent même des périodes de stabilité, grâce aux contrôles gouvernementaux sur la capacité du système. Malgré les récents discours décentralisationnistes, la question n'est pas celle du choix entre décentralisation et centralisation — puisque le financement est centralisé —, mais plutôt celle du moyen d'aménager la centralisation qui est sujette à ne répondre qu'aux crises, réelles ou artificielles.

L'assurance-hospitalisation publique existe au Québec depuis trente ans et l'assurance-maladie, depuis vingt ans. Les deux programmes ont subventionné la consommation des deux services de soins les plus coûteux, accru la quantité demandée de ces services par la population, et encouragé l'institutionnalisation des soins et le recours au personnel médical plutôt que paramédical: les actes des psychiatres sont gratuits et non ceux des psychologues.

Malgré cela, les dépenses du Canada et du Québec pour la santé ont connu au cours des deux dernières décennies des périodes de relative stabilité par rapport au produit intérieur brut (P.I.B.), ce qui les distingue nettement de celles des États-Unis durant le même temps. Notre analyse portera sur l'évolution de ces déboursés entre 1960 et 1987, compte tenu de leur financement à 80 % par le gouvernement.

Notre texte se divise en quatre sections dont la première décrit les défaillances de la décentralisation dans le secteur de la santé. La suivante rappelle comment fut implantée l'assurance publique et la troisième esquisse à grands traits l'évolution

des dépenses en soins de santé par rapport au P.I.B. depuis 1960. La dernière section propose une réflexion sur les possibilités d'ouvrir le système ou de le décentraliser. Y a-t-il une incompatibilité entre la créativité institutionnelle et la centralisation du système de soins, en particulier du point de vue du financement ? La centralisation n'exige-t-elle pas des contrôles qui impliquent la standardisation ?

1. *Les défaillances de la décentralisation*

Les marchés permettent généralement le développement d'une économie mieux orientée vers les préférences des particuliers. Au lieu d'être soumis à une autorité qui lui dicte ce qu'il peut obtenir, chaque agent jouit de la liberté de choix, tout en étant, bien sûr, soumis à une contrainte budgétaire et au système de prix. Si celui-ci fonctionne bien, il indique la rareté relative de chaque produit et fait que la satisfaction retirée par le consommateur soit au moins égale au coût des ressources nécessaires à sa production. Par ailleurs, le système de prix est le régulateur des différentes productions. Si le prix relatif d'un produit s'accroît, il y a incitation à en augmenter la production, ou inversement. Donc, en informant les divers agents de la rareté relative d'un produit, il coordonne les décisions de chacun. En un mot, par son contenu en information, un système de prix valable se présente comme le meilleur ordinateur pour l'affectation des ressources, sans gaspillage et dans le respect des préférences des personnes.

Le marché n'est pas seulement un lieu d'actions individuelles, il suscite plusieurs types d'associations : « partenariat », sociétés à but lucratif, coopératives, institutions sans but lucratif. Il ne s'étend pas à toutes les activités décentralisées, car son action est complétée par d'autres sortes d'organisations, tout particulièrement la famille et le gouvernement local autonome qui, en situation de concurrence horizontale ou territoriale importante, s'apparente à l'entreprise et permet la variété et la responsabilité dans les décisions.

Or, malgré les bienfaits de la décentralisation et du marché, la science économique a construit tout un arsenal d'arguments pour justifier l'intervention de l'État, disant que les marchés libres seraient, en plusieurs circonstances, défaillants, incapables d'assurer un système de sanctions et de récompenses capable d'empêcher le gaspillage des ressources. On parle de situations où il y a effet de débordement, d'économies de grande dimension, de biens publics, d'information asymétrique entre les parties, de pouvoirs monopolistiques, de chômage involontaire et, enfin, d'une distribution des revenus perçue comme insatisfaisante.¹

1. La firme est d'ailleurs une institution qui se substitue au marché en ayant recours à un système de commandes au lieu de passer par des échanges explicites sur les marchés. Elle permet d'éviter les coûts de transaction qui proviennent de la spécificité des actifs, de la rationalité limitée des agents économiques et de leur opportunisme. (WILLIAMSON.)

Dans le secteur de la santé, trois types de défaillances sont avancés : les limites de l'assurance privée, les effets de débordement et l'ignorance du consommateur.

a) *Les limites de l'assurance privée*

Les dépenses encourues par un particulier pour les soins de santé sont fort variables d'une année à l'autre, donc imprévisibles. L'incertitude et le risque que doivent affronter les agents économiques donnent naissance à une industrie qui cumule les risques, celle des assurances avec la présence de multiples firmes aux caractéristiques diverses.

La généralisation de l'assurance privée a entraîné la croissance de la quantité demandée des services de santé. Au Canada, en 1965, les gouvernements assumaient une fraction moindre qu'en 1953 du coût des services de médecin, soit 13,2% au lieu de 14,8%. La différence est minime : un changement majeur est cependant survenu dans la distribution du reste des coûts. En effet, en 1953, les patients payaient 61% de ces frais contre 31% en 1965, le solde étant à la charge des assureurs privés. (OSBORNE, p. 14.) Même si les honoraires se sont accrus de 36,3% au cours de la période, la part du patient a fléchi de 50%. Or, lorsqu'il décide de consulter un médecin, le consommateur ne tient compte que de la somme qu'il débourse lui-même. Si l'on retranche de l'augmentation des honoraires cette diminution, on arrive à la conclusion que le prix payé par le patient a baissé de 40% entre 1953 et 1965. Par contre, dans le même intervalle, l'indice des prix à la consommation augmentait de 24%. On peut donc affirmer que pour le patient moyen un acte médical coûtait directement, 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.

Malgré le développement de l'assurance privée, une bonne partie des services d'assurances est présentement nationalisée. C'est le cas au Québec pour les accidents du travail, le chômage, les blessures corporelles causées par les accidents d'automobiles, et surtout la santé.² Pourquoi?

La substitution de l'assurance gouvernementale à celle de l'industrie privée a été justifiée par diverses raisons relatives au coût des transactions : économies

2. La décentralisation dans les systèmes de compensation pour responsabilité civile implique des coûts de transactions élevés :

(traduction) [...] la facture des compensations dans un système avec responsabilité est très dispendieuse. Selon l'Institute for Civil Justice, les États-Unis ont dépensé entre 29 et 36 millions de dollars en résolution de litiges. De ce montant, seulement 14 ou 16 millions, soit moins que la moitié de la facture, revenaient aux demandeurs en guise de dédommagements; le reste allait aux avocats et à l'administration de la justice. Des chercheurs de l'Université de New York, à l'aide de plusieurs méthodologies, sont arrivés à des estimations semblables du coût administratif. (LITAN, p. 13.)

d'échelle, information insuffisante pour une tarification efficace, sélection défavorable et risque moral reliés à une information et à une action dissimulées. L'assurance publique obligatoire permet aussi de réduire les coûts administratifs, tout comme l'absence de tarification de l'eau selon la quantité consommée par ménage dans une municipalité évite les dépenses causées par la présence de compteurs et la facturation.

L'industrie privée a par ailleurs beaucoup de difficultés à mettre au point une tarification efficace en fonction des probabilités des dommages que peut subir l'assuré. Le tarif présentement imposé aux jeunes conducteurs masculins ne pénalise-t-il pas une bonne partie de ce groupe à cause d'une minorité d'irresponsables ou de casse-cou?³ De plus, les assureurs privés souffrent des conséquences de leur attrait pour ceux qui peuvent dissimuler leurs caractéristiques de mauvais risque, ce qui entraîne des primes trop élevées pour les bons risques et des coûts d'inefficacité. Ce problème de la sélection adverse a en contrepartie amené l'expansion de l'assurance collective. Enfin, toute assurance a pour effet d'inviter le client à négliger les actions préventives, d'où l'effet de substitution ou de risque moral. Par exemple, l'assurance contre le vol rend moins intéressant l'achat de systèmes de sécurité plus sophistiqués.

b) *Les effets de débordement*

L'utilité d'un produit ou le bien-être qu'en retire une personne ne provient pas uniquement des seuls produits qu'il consomme. Il a, par exemple, très à cœur d'offrir les choix les meilleurs à sa famille immédiate et il est prêt à se sacrifier pour elle. Même si l'intensité des interrelations dans les préférences diminue avec la distance des liens, il peut tout de même vouloir soulager ses concitoyens plus démunis, soit au moyen d'une aide financière, soit en accroissant leurs chances d'accès à des biens ou services jugés prioritaires, tels que l'alimentation, l'éducation et les soins de santé. Ainsi, aux États-Unis, une personne aux revenus supérieurs peut être émue par le fait qu'aujourd'hui 31 millions de personnes de moins de 65 ans n'ont pas d'assurance-maladie, et être prête à collaborer à sa généralisation. Cela ne fut-il pas le cas au Canada à la fin des années cinquante et soixante ?

La redistribution des revenus peut aussi être perçue comme une forme de bien collectif: la contribution de chacun a très peu d'effet, mais la somme de celles de tous les citoyens qui ont des revenus plus élevés qu'un seuil donné produit un impact important. L'action gouvernementale devient alors un mécanisme pour forcer les particuliers à participer à un bien collectif qu'ils désirent réellement, même si leur intérêt individuel les inciterait à choisir le comportement du resquilleur qui laisse aux autres le soin de payer le coût du bien recherché. Cette dérobade

3. Pour des exemples récents dans le secteur de l'assurance-maladie, voir: FREUDENHEIM, 1990a.

généralisée empêche la réalisation d'une redistribution et justifierait une intervention contraignante de l'État. D'ailleurs, la charité privée, comme il arrive lors de la levée de fonds par Centraide, contraint le donateur par une méthode de sollicitation qui n'est habituellement pas impersonnelle, mais qui le met presque toujours en présence d'une personne connue.⁴

c) *L'ignorance du consommateur*

Tout en comportant des ressemblances certaines avec les autres, l'industrie des services de santé possède une caractéristique, non pas unique, mais probablement plus prononcée que partout ailleurs, qu'on pourrait décrire comme l'insuffisance de l'information du consommateur. Il ne faut pas entendre par là l'ignorance qu'il aurait de la complexité des modes de production, mais plutôt son impuissance à apprécier l'utilité d'un produit ou le bien-être qu'il en retire. C'est pourquoi, lorsque la conséquence de l'achat est difficile à évaluer, des dispositions particulières sont à prévoir. Par exemple, les produits du fabricant de micro-ordinateurs et d'automobiles sont plus faciles à juger et leur achat comporte moins de risques que les services du chirurgien, même si le premier accomplit des tâches tout aussi spécialisées que le dernier.

Pour mieux comprendre les problèmes que suscitent l'organisation et l'aménagement des services de santé, et qu'ils suscitaient même avant la venue des assurances publiques, il faut tenir compte de cette ignorance relative du client et en dégager les nombreux corollaires qui s'ensuivent concernant les agents économiques que cette industrie rassemble. Qu'il s'agisse du rôle que la société assigne au médecin, des relations qu'il établit avec son patient, des conflits d'intérêts dans lesquels il peut se trouver, de son appartenance à un ordre professionnel, ou qu'il s'agisse du statut de corporations à but non lucratif des hôpitaux, du rôle important assumé de différentes façons par l'État, l'explication des phénomènes repose en partie sur la difficulté du client à apprécier le produit qu'il consomme. Une des conditions de base de l'efficacité des marchés libres, soit la souveraineté du consommateur, se trouve par le fait même compromise, puisqu'il n'est pas complètement en mesure d'exprimer ses préférences.

La justification de l'intervention gouvernementale par les défaillances des marchés, qui est encore très répandue en science économique, insiste exclusivement

4. Après avoir résumé les études canadiennes sur les effets redistributifs de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-maladie, GRENIER (p. 300) conclut:

Les principaux résultats des études [...] permettent de tirer la conclusion générale suivante: l'avènement au Canada des régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-santé a balayé les obstacles financiers qui empêchaient l'accès aux services de santé, et a ainsi permis aux personnes à faible revenu de recevoir une plus grande part de ces services.

Toutefois, LINDSAY et ZYCHER, qui se démarquent par leur façon de reconnaître les sources de financement des nouveaux programmes, soulèvent des doutes relativement à l'effet progressif et favorable aux pauvres de ces assurances publiques.

sur le gaspillage et l'inefficacité qu'entraînent les décisions décentralisées. Elle ignore complètement la sombre contrepartie des décisions centralisées: non seulement la moins grande responsabilité de l'utilisateur mais aussi la standardisation des services, la cartellisation et l'absence d'expérimentation et de flexibilité, entre autres.

2. *L'implantation de l'assurance publique*

Avant d'étudier l'évolution des dépenses de la santé au Canada à la suite de l'instauration des assurances publiques dans le secteur, il est utile d'analyser quelques aspects de leur implantation. Au départ, le fédéral s'est engagé à défrayer les provinces d'environ 50% du coût de leurs régimes d'assurance, à partir du 1^{er} juillet 1958 dans le cas des services hospitaliers et du 1^{er} juillet 1968 dans celui des soins médicaux. L'introduction de l'un et de l'autre s'est faite au Québec avec plus de deux ans de retard: le premier le 1^{er} janvier 1961 et le second, le 1^{er} novembre 1970 pour les services des omnipraticiens et le 1^{er} janvier 1971 pour les soins des spécialistes. Ce retard a coûté à la province un montant brut d'environ quatre cents millions en dollars courants, puisqu'en vertu des dispositions des lois fédérales un parlement provincial qui choisissait de ne pas adhérer aux régimes canadiens se voyait tout simplement privé de sa part de subventions.

Deux points méritent d'être signalés: le premier portant sur la pratique du fédéralisme canadien et le second, sur l'application de la théorie du vote aux décisions en matière d'assurance. Premièrement, la mise sur pied des assurances publiques de la santé montre bien que le phénomène qui a été qualifié de Révolution tranquille fut enclenché ou, du moins, très fortement influencé par la politique du gouvernement central. En fait, il s'est surtout particularisé par la laïcisation des institutions hospitalières et éducatives. En effet, la révolution tranquille a commencé avec la mise en vigueur de l'assurance-hospitalisation et la construction de grandes voies routières devant remplacer la voirie des «bouts de chemin». Ensuite vint la réforme de l'éducation avec la création d'un nouveau type d'établissement, les cégeps, et l'expansion du secteur universitaire. Le mouvement de réforme se poursuivait en novembre 1970 par l'assurance-maladie et, de façon générale, par une plus grande générosité en matière d'aide sociale.

Tous ces grands programmes de dépenses, qui ont provoqué une expansion rapide du budget du Québec, ont un trait en commun: ils ont tous été suscités par une politique fédérale de subventions. C'est ainsi que par ses paiements de transfert aux provinces, le gouvernement du Canada réglait la moitié des coûts provinciaux de l'assurance-hospitalisation, de l'assurance-maladie, des dépenses d'éducation du niveau postsecondaire et les frais admissibles des programmes de bien-être. De plus, il aidait de façon similaire au financement des écoles techniques et de la route transcanadienne. Si un parlement provincial ne répondait pas aux politiques incitatives d'Ottawa, il faisait perdre à ses citoyens des sommes considérables.

On a donc assisté à différentes transactions entre le fédéral et les provinces : le premier établissait les grands paramètres des nouveaux programmes dans des domaines où elles ont, selon la constitution, une juridiction prioritaire ; celles-là se conformaient, en échange de quoi elles obtenaient des subventions. Les pouvoirs généraux laissés par la constitution au gouvernement central lui facilitaient ces échanges ou ententes. C'était de plus une période où Ottawa recevait la très grande part des taxes, alors non indexées et dont le rendement croissait plus rapidement que l'activité économique, et où les décisions les plus populaires relevaient, pour une plus large part, des autres niveaux d'administration. Ces échanges permettaient à chaque ordre de gouvernement d'améliorer sa cote électorale.⁵

Le second point a trait à l'application de la théorie de l'équilibre de l'électeur médian aux décisions fédérales en matière d'assurances et de santé. Dans la détermination de la consommation des produits sur le marché, c'est la variable du revenu moyen de la population qui a un rôle important. Par contre, l'expression des volontés par le vote privilégie la réalisation des préférences du consommateur qui se situe à la médiane. La différence entre le choix manifesté par des billets verts et la règle d'« une personne/un vote » implique un déplacement de l'équilibre du revenu moyen vers celui du revenu médian, qui dans nos économies lui est généralement inférieur, l'écart étant de l'ordre de 15 % à 25 % pour les provinces canadiennes.

Ce cadre théorique a été appliqué à l'étude de la socialisation de l'assurance-maladie au Canada. (WILSON, 1985 : 355-376.) En se concentrant sur le rapport entre le revenu médian et le revenu moyen dans chacune des provinces et au Canada, l'auteur cherche à expliquer les phénomènes suivants : la socialisation initiale par le Saskatchewan, sa généralisation dans les autres provinces après le partage fédéral des coûts, et la présence de quelques caractéristiques propres à l'assurance privée, dont le financement à l'aide de primes et la « surfacturation ». Bien sûr, le modèle n'explique pas tout, mais les rapports entre les revenus médian et moyen paraissent avoir un rôle non négligeable. Ils étaient en effet les plus bas au Saskatchewan et dans l'ensemble du Canada.

Quelles qu'en soient les raisons, un fait s'impose : près de 80 % des dépenses en soins de santé sont à la charge des administrations politiques. Quelle a alors été l'évolution de ces dépenses avec la nationalisation du secteur ?

3. *L'évolution des dépenses de la santé depuis 1960*

Les dépenses de la santé au Québec, en Ontario et au Canada par rapport au produit intérieur brut suivent une évolution parallèle. Le Québec conserve un rapport plus élevé non pas à cause d'un coût plus grand par habitant, mais en raison

5. On a assisté, selon les termes mêmes du Bureau des relations fédérales-provinciales du gouvernement central, à « l'écroutement général pour ne pas dire complet des barrières constitutionnelles traditionnelles ». (Canada, p. 7.)

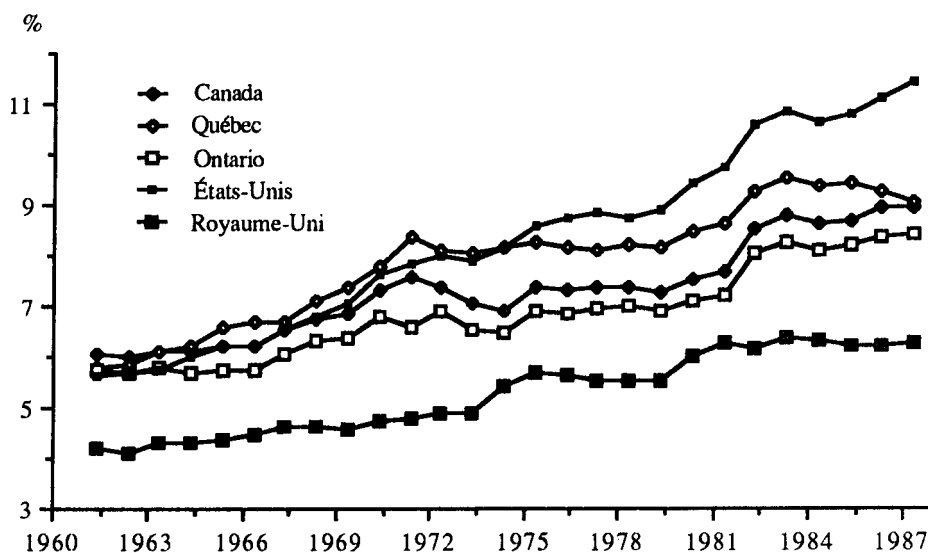
d'une production intérieure plus faible. L'analyse pour chacune des décennies est très révélatrice.

a) *Les années soixante*

De 1961 à 1971, le rapport québécois des dépenses de la santé au P.I.B. montre une montée continue. Il passe de 5,6% en 1961 à un sommet de 8,2% en 1971. En Ontario et au Canada, la tendance est exactement la même avec une pente moins prononcée. (Graphique 1.) Comparé aux pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (O.C.D.E.), le Canada était alors très généreux compte tenu de sa production intérieure. En 1960, il se classait en effet au premier rang de tous les pays, et en 1970 seuls les États-Unis et la Suède le dépassaient. (Tableau 1.)

GRAPHIQUE 1

*Évolution de la part des dépenses de la santé dans le P.I.B.,
Amérique du Nord et Royaume-Uni, 1961-1987.*



SOURCES:

Canada, Québec et Ontario:
Dépenses: Santé et bien-être Canada.
P.I.B.: M.F., p. 11.

États-Unis et Royaume-Uni:
Dépenses: É.U.
P.I.B.: O.C.D.E.

TABLEAU 1

Évolution de la part des dépenses de la santé dans le P.I.B., pays de l'O.C.D.E., 1960-1987.
(en pourcentages)

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1987
Allemagne	4,7	5,12	5,52	7,83	7,92	8,16	8,05
Australie	4,48	4,79	4,87	5,51	6,55	7,02	7,21
Autriche	4,6	4,97	5,45	7,33	7,88	8,11	8,39
Belgique	3,44	3,94	4,08	5,9	6,69	7,37	7,45
Canada	5,47	5,98	7,07	7,24	7,36	8,51	8,77
Danemark	3,65	4,85	6,07	6,46	6,8	6,23	5,97
Espagne	2,26	2,67	4,04	5,05	5,89	6,02	6,01
États-Unis	5,24	5,98	7,43	8,38	9,23	10,56	11,19
Finlande	3,93	4,91	5,7	6,34	6,46	7,18	7,4
France	4,24	5,22	5,82	6,95	7,56	8,45	8,52
Grèce	3,16	3,57	4,04	4,07	4,34	4,86	5,26
Irlande	3,96	4,38	5,55	7,67	8,55	7,83	7,43
Islande	3,51	4,19	5,25	6,21	6,42	7,27	7,87
Italie	3,35	4,01	4,8	5,84	6,62	6,83	7,21
Japon	3	4,46	4,55	5,65	6,56	6,69	6,94
Luxembourg	—	—	4,09	5,65	6,83	6,71	7,46
Nouvelle-Zélande ...	4,34	4,42	5,24	6,74	7,22	6,59	6,88
Norvège	3,31	3,94	5,01	6,7	6,64	6,44	7,46
Pays-Bas	3,9	4,38	5,99	7,71	8,19	8,22	8,46
Portugal	—	—	—	6,42	5,88	6,97	6,44
Royaume-Uni	3,92	4,14	4,52	5,45	5,78	5,99	6,05
Suède	4,71	5,6	7,21	7,98	9,53	9,38	9,17
Suisse	3,27	3,78	5,18	7	7,26	7,67	7,72
Turquie	—	—	—	3,5	4,14	—	3,48
MOYENNE*	3,58	4,14	5,11	6,53	7,05	7,35	7,54
ÉCART TYPE	1,32	1,48	1,45	1,03	1,14	1,2	1,23

SOURCES:

Dépenses: É.U.

P.I.B.: O.C.D.E.

* Moyenne non pondérée excluant le Luxembourg, le Portugal et la Turquie à cause des données non accessibles pour les années soixante.

Devant cette situation, le Conseil économique du Canada faisait une mise en garde en septembre 1970:

Regardant les perspectives jusqu'à 1975, nous devons conclure, en effet, que de chaque six ou sept dollars d'accroissement du revenu global dans l'économie canadienne, un dollar sera absorbé par les soins de santé et l'enseignement supérieur. Une telle augmentation des dépenses pour ces deux secteurs ne paraît nullement possible à long terme. Si les taux de croissance des dépenses des cinq dernières années devaient s'appliquer à long terme, ces deux seuls secteurs d'activité absorberaient la totalité du produit national potentiel avant l'an 2000. (C.É.C., p. 42.)

Heureusement, l'évolution appréhendée ne s'est pas réalisée. D'ailleurs, comment cela aurait-il pu se produire ?

b) *Les années soixante-dix*

L'évolution des années soixante-dix est complètement différente de celle de la décennie précédente.⁶ Au lieu d'une hausse continue, qui demeure générale pour les autres pays industrialisés, on assiste au Canada, au Québec et en Ontario à une stabilisation du rapport pour au moins dix ans. Ce plafonnement eut des conséquences importantes. Premièrement, de dépensier, allouant à la santé une part relativement élevée de sa production au début des années soixante-dix, le Canada devient modéré et se situe, à la veille de la décennie suivante, très près de la moyenne des pays de l'O.C.D.E., avec un rapport généralement inférieur à ceux des pays les plus riches : États-Unis, Suède, Allemagne, France, Pays-Bas, Autriche. Deuxièmement, l'écart positif entre les États-Unis et le Canada passe de 0,3 % en 1970 (7,4 % aux É.U. ; 7,1 au Canada) à 1,9 % en 1980 (9,2 % aux É.U. ; 7,3 au Canada). L'écart est donc devenu appréciable.

Comment peut-on expliquer cette stabilité des années soixante-dix, en contraste avec l'évolution des années soixante et avec l'expérience de la très grande majorité des autres pays ? Surtout que, dans les deux composantes principales du secteur de la santé (services hospitaliers et médicaux), le rationnement de l'utilisation ne s'est pas fait par l'imposition d'un prix à l'usager, mais par la capacité du système.

Dans un livre sur l'économie de la santé, écrit au début des années soixante-dix, Jean-Luc Migué et nous terminions le chapitre sur l'évolution des prix par ce paragraphe :

En un mot, la suprématie du producteur combinée à l'assurance privée ou publique, rend inutile l'identification d'une demande de services autonomes. Les prix ne jouent plus leur rôle de rationnement. Le processus du marché s'en trouve conséquemment remplacé par le processus de planification. L'allocation et la distribution des services de santé deviennent ainsi le fruit d'une décision du législateur. (MIGUÉ et BÉLANGER, p. 124.)

Cette idée aurait mérité plus d'explication parce qu'elle permet de comprendre le plateau des années soixante-dix. Durant cette période, en effet, les gouvernements provinciaux ont commencé à appliquer une politique de restriction relative de l'offre des soins de santé, ce qu'ils pouvaient faire d'autant plus facilement que les systèmes d'assurances publiques avaient provoqué une centralisation considérable des décisions en matière de santé. Le planificateur disposait donc d'un pouvoir très

6. Pour une étude de l'évolution comparative du Canada et d'autres pays industrialisés, dont les États-Unis, voir : CULYER ; pour une décomposition de l'écart entre le Canada et les États-Unis, EVANS, pp. 571-577.

important qu'il exerça premièrement par une contraction dans le secteur hospitalier et plus tard dans celui des services médicaux.

Les services hospitaliers

Les hôpitaux généraux entraînaient près de la moitié des dépenses totales de la santé au Québec. C'est donc dans cet important secteur qu'eurent lieu les plus grands changements au cours de la décennie. Ainsi, en 1972, on dénombrait 29 763 lits de soins physiques de courte durée contre 24 391 en 1980, soit une réduction de 18 % en huit ans. À l'exception de Terre-Neuve, toutes les provinces connurent une baisse de capacité de leur système hospitalier pour soins aigus au cours de cette période, mais à un degré moindre qu'ici où le nombre de lits de soins de courte durée par 1 000 habitants est passé de 4,92 en 1972 à 3,87 en 1980, soit une baisse de 21 %. Parallèlement, au Canada, ce taux descendait de 5,49 à 4,44, une baisse de 19 %.⁷ (MARANDA et RENAUD.)

Cette diminution rapide de la capacité du service d'hospitalisation québécois, de loin le plus dispendieux, avait été recommandée en 1970 par le *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. (CASTONGUAY-NEPVEU, pp. 197-206.) Malgré un taux de 4,9 lits pour les personnes souffrant de maladies aiguës par 1 000 habitants en 1969, d'ailleurs le plus bas taux au Canada, le document proposait la norme de 3,2 lits, ce qui correspond à un taux de fréquentation de 1 000 jours d'hospitalisation par 1 000 habitants et un taux moyen d'occupation de 85 %.

Bien sûr, les soins hospitaliers comprennent plus que les traitements de courte durée, et s'y limiter exagère la contraction des soins en établissement. Ainsi, le nombre de lits pour malades chroniques a crû au cours des années soixante-dix. Toutefois, les dépenses unitaires afférentes sont beaucoup moins élevées que celles qu'entraînent les soins de courte durée.

Les services médicaux

Pendant ce même temps, les services médicaux, qui représentent maintenant moins de un septième des dépenses de la santé, ont aussi connu des changements. Pour mieux les percevoir, divisons en trois la période de 1961 à 1987. Au début, maintenant une augmentation graduelle, le rapport des dépenses médicales sur le P.I.B. est passé de 0,85 % en 1961 à 0,99 % en 1970. L'entrée en vigueur de l'assurance-maladie provoque ensuite un bond fort important, les services médicaux totalisant 216, 323 et 370 millions en 1970, en 1971 et en 1972, soit 0,99 %, 1,37 %

7. Les auteurs ont utilisé l'*Annuaire des hôpitaux du Canada* pour établir leurs séries.

et 1,41 % de la production québécoise. Depuis lors, après une baisse qui a duré deux ans, le rapport se maintient autour de 1,25 % à 1,3 % du P.I.B. Ces coûts représentent d'ailleurs une part légèrement décroissante des dépenses de la santé.

Ce n'est pas la variation du nombre de médecins qui a provoqué l'évolution en accent circonflexe du rapport des dépenses médicales à la production, car de 1960 à 1980 il a doublé, passant de 5 053 à 10 950, soit 9,83 médecins par 10 000 habitants en 1960 contre 17,21 en 1980.

En principe, les dépenses médicales sont égales au produit du nombre de médecins multiplié par leur revenu moyen. C'est cette dernière composante qui explique la baisse et la stabilité du rapport à la production. Ainsi, entre 1969 et 1978, le pouvoir d'achat basé sur la rémunération professionnelle des médecins en pratique active à plein temps n'a pas augmenté, alors que le gain hebdomadaire moyen des travailleurs québécois s'accroissait de 27,1 % en valeur réelle, malgré la hausse exceptionnelle du revenu moyen du corps médical lors de l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie⁸ (BÉLANGER, p. 35.) Par ailleurs, l'indice des tarifs médicaux moyens pour la période de 1971 à 1980 révèle que l'élévation ne fut que de 28 % pour les omnipraticiens et de 27 % pour les spécialistes, en regard d'une croissance de 111 % de l'indice des prix à la consommation. En même temps que cette évolution, il y eut toutefois un accroissement du nombre d'actes par médecin et un déplacement de la pratique vers les actes les plus rémunérateurs.

Pour expliquer le plateau du rapport entre santé et production, phénomène qui semble particulier au Canada, y compris le Québec, nous insistons donc sur la baisse du nombre de lits de courte durée pour les soins institutionnels et la baisse du revenu relatif des médecins.

c) *Les années quatre-vingt*

Les données accessibles pour la décennie permettent de distinguer deux sous-périodes. Premièrement, 1979 marque la fin de la stabilité des années soixante-dix, et le rapport fait un saut très appréciable entre 1979 et 1983 de 8 % à 9,3 % au Québec et de 7 % à 8,6 % au Canada. La hausse sans précédent du rapport canadien, de 0,84 % pour la seule année 1982, tient à deux facteurs. un accroissement de 6,2 % des dépenses en dollars constants par personne et une chute de 4,2 % du

⁸ Le revenu réel des médecins ne peut toutefois expliquer l'écart grandissant entre le Canada et les États-Unis quant au rapport des dépenses de la santé sur la production. L'évolution a été similaire aux États-Unis (traduction) « [] le revenu réel moyen des médecins, à la fin de la période [1985], plafonnait à peu près au même niveau qu'en 1965, à 29 500 \$ en dollars de 1967, rémunération qui diminua assez régulièrement après 1970 » (BAUMOL, p. 42.) Les estimations d'une autre étude sur la période 1965-1982 suggèrent (traduction) « une croissance de 6 % à 20 % de l'effectif médical, causée par la compétition, avec une baisse concomitante de revenu de 19 % à 45 % L'accroissement de la compétition dans la profession a, en effet, été substantielle. » (NOETHER, p. 529.)

P.I.B. par personne. Depuis 1983, le rapport a plafonné et a même décliné au Québec, passant de 9,34 % en 1983 à une donnée préliminaire de 8,86 % pour 1987.

La nationalisation des soins de santé implique une fermeture progressive du système pour en contrôler l'évolution et les dépenses. Dans les années soixante-dix, cette contraction s'est manifestée par une baisse appréciable du nombre de lits de courte durée. Pendant la décennie suivante, on s'est tourné vers la planification des effectifs médicaux, tout en continuant d'accroître dans les centres hospitaliers de courte durée le pourcentage des journées d'hospitalisation pour des soins prolongés (de 22 % en 1979-1980 à 31 % en 1984-1985) et de freiner l'accroissement des tarifs du corps médical.⁹ Car même si les services médicaux ne représentent aujourd'hui que 13 % des dépenses de la santé au Québec, les médecins sont les décideurs clés dans le système, d'où le besoin pour le planificateur d'en contrôler le nombre.¹⁰

Dès le milieu des années soixante-dix, il y eut des mesures pour réguler les dépenses et les effectifs médicaux. Entre autres, le fédéral instaura une politique limitative de l'immigration des médecins, laquelle fournissait une importante proportion des nouveaux venus.¹¹ Pour sa part, le Québec, après un gel des tarifs qui durait depuis le début de l'assurance-maladie, introduisait lors des ententes de 1976 un objectif tarifaire: négocier un revenu annuel brut moyen, pour les médecins à plein temps, avec chacune de leurs deux fédérations et, théoriquement, le réduire l'année suivante un dépassement. C'était une façon astucieuse de contrôler la rémunération totale des médecins et de fermer par le fait même le budget de l'assurance-maladie.

Les années quatre-vingt voient, par ailleurs, l'accentuation marquée de la démographie médicale et de la répartition géographique des effectifs.¹² Pour ralentir

9. Durant la période 1980-1987, l'indice des prix à la consommation a crû de 56 %, tandis que les tarifs moyens des omnipraticiens ont augmenté de 47 % et ceux des spécialistes, de 34 %. L'écart des tarifs moyens entre le Québec et l'Ontario se situerait à au moins 30 %. Les statistiques fiscales de 1984 indiquent un revenu total moyen des médecins et des chirurgiens de 25 % supérieur en Ontario par rapport au Québec.

10. Aux États-Unis, les compagnies d'assurances contrôlent de plus en plus les dépenses médicales et hospitalières:

(traduction) « Nous ne sommes pas une compagnie d'assurances, mais bien une compagnie de gestion de la santé », dit John P. Cole, vice-président administratif de la Lincoln National Corporation, un assureur de moyenne taille de Fort Wayne (Indiana). Nos affaires courantes, dit-il, c'est de négocier au profit de groupes d'employeurs avec médecins et hôpitaux afin d'obtenir des tarifs plus bas et d'éliminer les procédures médicales superflues [...]

De fait, 93 % des 1 915 employeurs, récemment joints par la firme en maximisation des profits A. Foster Higgins & Company, ont dit avoir offert à leurs employés la chance d'adhérer à un réseau d'escompte comme H.M.O. (Health Management Organisation) ou à un autre. On leur donne ainsi l'occasion de payer moins, mais pour autant de services, question de les inciter à accepter l'offre. De leur côté, les médecins participants ont établi des modalités de paiement qui évitent les tracasseries bureaucratiques. (FREUDENHEIM, 1980.)

11. Selon le recensement de 1971, 65,3 % des médecins de sexe masculin pratiquant au Canada y étaient nés. En 1961, ce pourcentage avait été de 76,1. À chaque année du lustre 1966-1970, le nombre d'immigrants médecins a dépassé le nombre de diplômés des facultés de médecine.

12. L'expression est empruntée au titre du texte de LAMARCHE. Le nombre de Québécois par médecin actif civil, à l'exclusion des internes et des résidents, était de 684 en 1976 contre 523 en 1986.

la croissance des troupes, qui augmentaient de 216 % entre 1955 et 1986 alors que la population croissait de 49 % seulement, le nombre d'admissions d'étudiants québécois dans les facultés de médecine fut réduit de 18 %, passant de 586 en 1981-1982 à 481 en 1986-1987. Parallèlement, le gouvernement diminua le nombre de postes en résidence et en spécialisation, et mit l'accent sur l'«omnipratique» et la médecine familiale.

Dans le but de changer la distribution interrégionale des médecins, plusieurs mesures furent prises par le Ministère de la santé et des services sociaux : en 1982, système de rémunération différenciée dans les régions désignées et de rémunération réduite pour les nouveaux omnipraticiens et spécialistes (avec des exceptions) qui débütent dans les régions universitaires ; en 1984, ensemble de mesures incitatives incluant des primes d'installation, des bourses pour la formation spécialisée, l'allongement des congés de «ressourcement» ; enfin, adoption en juin 1986 de la loi 75, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, qui rend obligatoires les plans régionaux d'effectifs médicaux. On se dirige vers un corps médical fortement planifié. L'action de l'État est toutefois soumise à diverses contraintes, compte tenu de l'environnement plus libéral dans la majorité des secteurs. La volonté gouvernementale va dans le sens de la planification.

En tout cela, il faut toujours demeurer conscient des importantes limites de l'indicateur du rapport des dépenses de la santé au produit intérieur brut. Le but de l'activité économique n'est pas de réduire les déboursés mais de fournir à la population, au coût le plus bas possible, les services dont elle a réellement besoin. Il n'existe pas de critère précis permettant de déterminer l'importance que doivent avoir ces dépenses dans la production, car plusieurs facteurs peuvent modifier les désirs de la population et les coûts des facteurs de production varient selon les endroits.¹³

4. *Système fermé ou système ouvert*

Les régimes publics d'assurance-maladie ont entraîné la nationalisation (au moins à 80 %) du secteur. Ce phénomène a produit progressivement une fermeture du système par l'autorité provinciale (appuyée par le gouvernement fédéral) avec tous les mécanismes de planification et de standardisation qui s'ensuivent. Il est donc à l'opposé d'un système ouvert, basé sur des échanges libres, qui encourage l'expérimentation et la créativité institutionnelle, toutes deux aux antipodes de l'ingénierie sociale. Toutefois, dans le secteur de la santé, des organismes unissant les décideurs importants, les médecins avec les hôpitaux, ont maintes fois cherché à fermer le système à leur avantage, par exemple en s'opposant à la médecine de

13. Un indicateur de succès a été la baisse prononcée du taux de mortalité infantile (proportion des enfants nés vivants qui meurent avant leur premier anniversaire) : ce taux était de 14,5 par mille en 1974 contre 7,1 en 1986, soit «l'un des plus faibles taux au monde». (DUCHESNE, p. 33.)

groupe.¹⁴ On peut se demander si le malthusianisme passé des corporations professionnelles n'a pas été remplacé par celui du planificateur payeur, l'Administration provinciale.

Au lieu de concevoir un continuum entre un système complètement ouvert et un autre qui serait complètement fermé, nous croyons qu'il faut plutôt postuler des pôles entre lesquels il y a des brisures: les oppositions seraient plus marquées entre, d'une part, l'ouverture, la décentralisation et la variété institutionnelle et, d'autre part, la fermeture, la centralisation et la standardisation. Il est de plus très difficile de passer d'un système à l'autre, du moins de la centralisation à la décentralisation. C'est l'enseignement qui ressort des récents bouleversements des pays socialistes.

Il y aurait donc nécessité de choisir entre les deux systèmes et d'en accepter les conséquences. Impossible d'être à la fois pour la centralisation et pour la diversité et la flexibilité. C'est pourtant la direction proposée par deux ouvrages récents: *L'assurance-santé: plaidoyer pour le modèle canadien* (BÉGIN) et le *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux* (ROCHON).

Le livre de Monique Bégin

À partir d'une expérience de près de sept années comme ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, Monique BÉGIN (p. 219) formule l'évaluation suivante:

Notre système de soins de santé est un des meilleurs au monde, peut-être le meilleur, de quelque point de vue qu'on l'étudie: efficacité, coût, qualité, distribution. Mais il est aussi devenu rigide et il résiste aux tentatives d'innovation et d'évolution.

Contre cette situation, le trop bref correctif suggéré demeure très flou:

Et j'espérais qu'en une étape ultérieure, par l'entremise d'une technique encore à inventer regroupant tous les intervenants et dépassant les relations de pouvoir et d'autorité, l'on puisse lancer le vrai débat de la santé qui pourrait mettre en marche des changements de mentalité et, qui sait, d'attitudes. (*Ibid.*)

Le rapport Rochon

La notion de crise est très importante dans un rapport de commission. La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (ROCHON, pp. 395-431) présente «sa» crise en trois segments dans un chapitre d'une

14. Dans l'introduction de son livre, OLSON (pp. 9 et 12) note:

(traduction) [...] avec La Croix bleue, les hôpitaux ont été capables de garantir que tous les assureurs, ou presque, donnent à leurs clients la fameuse liberté de choix à propos de laquelle les établissements se félicitaient. De fait, ils ont créé un système où à peu près tous ceux qui étaient assurés pouvaient choisir l'hôpital le plus dispendieux sans payer de supplément, ce qui tendait à éliminer la concurrence entre établissements [...]

[...] les médecins ont employé le pouvoir de la profession pour éliminer les services superflus à leurs patients assurés, ce qui entraîna la concurrence entre praticiens.

trentaine de pages au titre évocateur, « Un système en otage ». Le contexte ne laisse pas entrevoir de crise pourtant :

Ses travaux [de la Commission] confirment d'ailleurs que, de tous les pays industrialisés, le Québec et le Canada ont un des meilleurs systèmes qui se puisse imaginer aussi bien en ce qui concerne le degré d'accessibilité aux services, la couverture des programmes d'assurance-maladie, les indicateurs de santé et de bien-être, qu'en ce qui concerne le contrôle des coûts. (*Id.*, pp. 396s.)

Mais cette toile de fond ne doit leurrer personne ; le navire est en train de couler :

De l'ensemble des informations recueillies, se dégage, au-delà des progrès accomplis, l'image trouble d'un système qui n'arrive qu'à grand peine à s'ajuster à l'évolution des besoins de la population, à motiver son personnel, à réaménager les pouvoirs et les fonctions des divers organismes pour mieux servir le public, à susciter des recherches qui soient vraiment utiles, à bien gérer la diffusion des technologies, à favoriser la participation des citoyens à la prise de décision, à régionaliser sa gestion et à repenser son financement pour améliorer la dispensation des services et l'efficacité du système.

Tout se passe comme si le système était devenu prisonnier des innombrables groupes d'intérêt qui le traversent : groupes de producteurs, groupes d'établissements, groupes de pressions issus de la communauté, syndicats, etc. ; que seule la loi du plus fort opérât et que les mécanismes démocratiques d'arbitrage ne suffisaient plus ; que la personne à aider, la population à desservir, les besoins à combler, les problèmes à résoudre, bref le bien commun, avaient été oubliés au profit des intérêts propres à ces divers groupes. (*Id.*, p. 407.)

La catastrophe peut cependant être évitée en recourant à deux grandes manœuvres, reliées, mais que le rapport évite bien de préciser : adopter une approche intersectorielle avec une mentalité de « résultat ».

Il y a dans ce vaste réseau de fonctionnaires, de professionnels, de gestionnaires et d'établissements, une absence quasi complète d'objectifs de résultats, c'est-à-dire d'objectifs qui permettraient d'évaluer si les réponses données aux besoins de la personne et de la population sont complètes, pertinentes et satisfaisantes. Qui plus est, les ministères ne parviennent pas à unir leurs efforts dans des domaines aussi variés que l'emploi, l'éducation, l'environnement, la justice et les affaires sociales. Les gouvernements n'arrivent pas à coordonner leur stratégie de lutte contre la pauvreté et le chômage. Les établissements, les organismes communautaires et les familles n'arrivent pas davantage à s'organiser par rapport aux services à rendre. Bref, on parvient difficilement à adopter une approche intersectorielle. Si une telle approche était mise en place, la santé et le bien-être de la population en seraient grandement améliorés. Mais pour y arriver, il faut penser « résultat », une tournure d'esprit trop souvent absente du réseau actuel malgré l'évidente bonne volonté de ceux qui y œuvrent et dont a pu se rendre compte la Commission tout au long de ses travaux. (*Id.*, p. 408.)

La preuve que présente la commission pour justifier son diagnostic de crise n'est pas très substantielle. Toutefois, ses affirmations sur l'éloignement du système par rapport aux intérêts des consommateurs constituent un argument suffisant pour proposer une décartellisation avec un recours aux différents mécanismes de la concurrence. Mais, peut-on le faire avec un financement centralisé ?

Dans sa recommandation maîtresse, la commission propose la création dans chaque région d'un organisme électif, appelé régie, pour administrer le budget sociosanitaire reçu du gouvernement provincial. Ces instances décideraient dans un plan triennal des priorités régionales et alloueraient les crédits d'exploitation et

d'immobilisation aux établissements et aux autres organismes de services de santé et de services sociaux. Cette importante décentralisation du budget ministériel vers les seize régions administratives serait justifiée par la «revitalisation du dynamisme régional» au Québec.¹⁵

À notre avis, le rapport de la commission et le document d'orientation qui lui a fait suite (M.S.S.S.) oublie le lien étroit entre la centralisation/provincialisation et les rigidités du système. On ne peut être à la fois pour la créativité institutionnelle et pour la centralisation, celle du financement en particulier. La dernière exige en effet des contrôles qui provoquent la standardisation. (WILSON, 1989: 113-136.) Il est vrai que parallèlement, pour une meilleure planification des dépenses de la santé, le rapport demande des crédits pluriannuels; mais peut-on facilement s'isoler de la contrainte annuelle des équilibres financiers dans l'ensemble du budget provincial et du cycle électoral?

Cela ne veut pas dire que la centralisation soit toujours à proscrire. Conscient des nombreux avantages de la décentralisation, nous nous devons d'accepter que celle-ci se présente comme un tout et que, si pour différentes raisons il est jugé avantageux de recourir à un financement centralisé, il faut en accepter les conséquences, soit la présence d'un système assez globalement centralisé et normé. L'expression anglaise le dit assez bien: «He who pays the piper calls the tune.» L'autonomie dans la prise de décision exige la responsabilité à l'égard des conséquences financières. Si ce n'est pas le cas, une forme de tutelle doit être acceptée.

*
* *
*

Avec un financement qui demeure centralisé, la question n'est donc pas de savoir si on a le choix entre décentralisation et centralisation, mais plutôt de savoir comment aménager la dernière, qui est sujette à ne répondre qu'aux crises, réelles ou artificielles. À un premier niveau de réflexion, il est de bon ton pour un universitaire d'encourager les remises en cause du système centralisé. La centralisation des décisions, conséquence des assurances publiques, n'a pas donné lieu au Québec à des documents qui eussent montré la rentabilité des différentes interventions et des choix. Le planificateur québécois n'a pas présenté d'études sérieuses qui, sans être nécessairement originales, appuieraient ses décisions notamment à l'égard de la capacité du système et de la réglementation en santé et

15. On a aussi mis de l'avant un organisme régional électif qui s'apparente aux commissions scolaires dans le secteur de l'éducation. Malheureusement, on ne fait aucune mention de cette question dans le rapport ni dans les nombreuses annexes des travaux commandités.

sécurité au travail. Le Conseil des affaires sociales n'a pas joué son rôle de critique des choix du planificateur, n'a pas non plus fait de recommandations appuyées par des travaux synthétiques appropriés.

Par exemple, le mécanisme des listes d'attente pour rationner aux cas non urgents les services des médecins et des hôpitaux n'a pas été étudié ni même mentionné dans le *Rapport de la Commission d'enquête* de 1988. Pourtant n'est-ce pas là le substitut des prix dans un système centralisé ?

Si on ne peut accepter la concurrence institutionnelle qu'implique la décentralisation, ne faut-il pas, au minimum, encourager la concurrence dans les idées ?

Gérard BÉLANGER

*Département d'économie,
Université Laval.*

BIBLIOGRAPHIE

- BAUMOL, William J., «Containing medical costs: Why price controls won't work», *Public Interest*, 1988 93: 37-53.
- BÉGIN, Monique, *L'assurance-santé: plaidoyer pour le modèle canadien*, Montréal, Boréal express, 1987 229 p.
- BÉLANGER, Gérard, «Les dépenses de santé par rapport à l'économie du Québec», *Le Médecin du Québec*, 1981 16, 12: 25-37.
- Canada, *Rapport intérimaire sur les relations entre le gouvernement du Canada et la province de Québec, 1966-1967*, Ottawa, Bureau des relations fédérales-provinciales, 18 p. (CP 41-2/1979.)
- CASTONGUAY-NEPVEU, *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, IV. *La santé*, tome IV, Québec, Gouvernement du Québec, 331 p.
- C.É.C. (Conseil économique du Canada), *Les diverses formes de la croissance*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1970 119 p. («Exposé annuel», 7.)
- CULYER, Anthony J., *Health Care Expenditures in Canada: Myth and Reality, Past and Future*, 1988 Toronto, Association canadienne d'études fiscales, ix + 110 p. («Canadian Tax Papers», 82.)
- DUCHESNE, Louis, *La situation démographique au Québec, 1988*, Québec, Publications du Québec, 1988 198 p.
- É.U., *Health Care Financing Review, Annual Supplement*, Baltimore (M.D.), Department of Health and Human Services, p. 121.

- EVANS, Robert G. *et al.*, «Controlling health expenditures: The Canadian reality», *The New England Journal of Medicine*, 320, 9: 571-577.
1989
- FREUDENHEIM, Milt, «Health insurers changing role», *The New York Times*, 16 janvier: D-2.
1990a
- FREUDENHEIM, Milt, «Health insurers, to reduce losses, blacklist dozen of occupations», *The New York Times*, 5 février: A-1.
1990b
- GRENIER, Gilles, «Le coût des services de santé au Canada: tendances passées et futures», dans: François VAILLANCOURT (dir.), *La répartition du revenu et la sécurité économique au Canada*, Ottawa, Approvisionnements et services, pp. 287-322.
1986
- LAMARCHE, Paul-A., «Démographie médicale et répartition des effectifs médicaux au Québec», *Le Médecin du Québec*, 23, 10: 97-103.
1988
- LINDSAY, Cotton M. et Benjamin ZYCHER, «Substitution in public spending: Who pays for Canadian health insurance?», *Economic Inquiry*, XXII, 3: 337-359.
1984
- LITAN, Robert E. *et al.*, «The U.S. liability system: Background and trends», dans: Robert E. LITAN et Clifford WINSTON (dirs), *Liability: Perspectives and Policy*, Washington (D.C.), Brookings Institution, pp. 1-15.
1988
- MARANDA, Marc-André et Ghislain RENAUD, *Les soins hospitaliers de courte durée au Québec: analyse comparative et perspectives*, Québec, Ministère des affaires sociales, viii + 100 p.
1981
- M.F., *Revue économique trimestrielle*, Ottawa, Ministère des finances, juin, 48 p.
1989
- MIGUÉ, Jean-Luc et Gérard BÉLANGER, *Le prix de la santé*, Montréal, Hurtubise H.M.H., 238 p.
1972 («Sciences de l'homme et l'humanisme», 4.)
- M.S.S.S., *Orientations pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 147 p.
1989
- NOETHER, Monica, «The growing supply of physicians: Has the market become more competitive», *Journal of Labor Economics*, 4, 4: 503-537.
1986
- O.C.D.E., *Comptes nationaux, 1. Principaux agrégats, 1960-1987*, Paris, Organisation de coopération et de développement économique, 151 p.
1989
- OLSON, Mancur (dir.), *A New Approach to the Economics of Health Care*, Washington (D.C.), American Enterprise Institute for Public Policy Research, xvi + 502 p. («A.E.I. Symposia», 81E.)
1981
- OSBORNE, John E., *The Economics and Costs of Health Care*, Ottawa, Ministère de la santé nationale et du bien-être, 37 p.
1967
- ROCHON, Jean, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Publications du Québec, xiii + 803 p.
1988
- WILLIAMSON, Oliver E., *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*, New York et Londres, Free Press/Collier Macmillan, xiv + 450 p.
1985
- WILSON, James Q., *Bureaucracy: What Government Agencies Do and Why They Do It*, New York, Basic Books, xiv + 433 p.
1989
- WILSON, Leonard S., «The socialization of medical insurance in Canada», *Revue canadienne d'économique*, XVIII, 2: 355-376.
1985