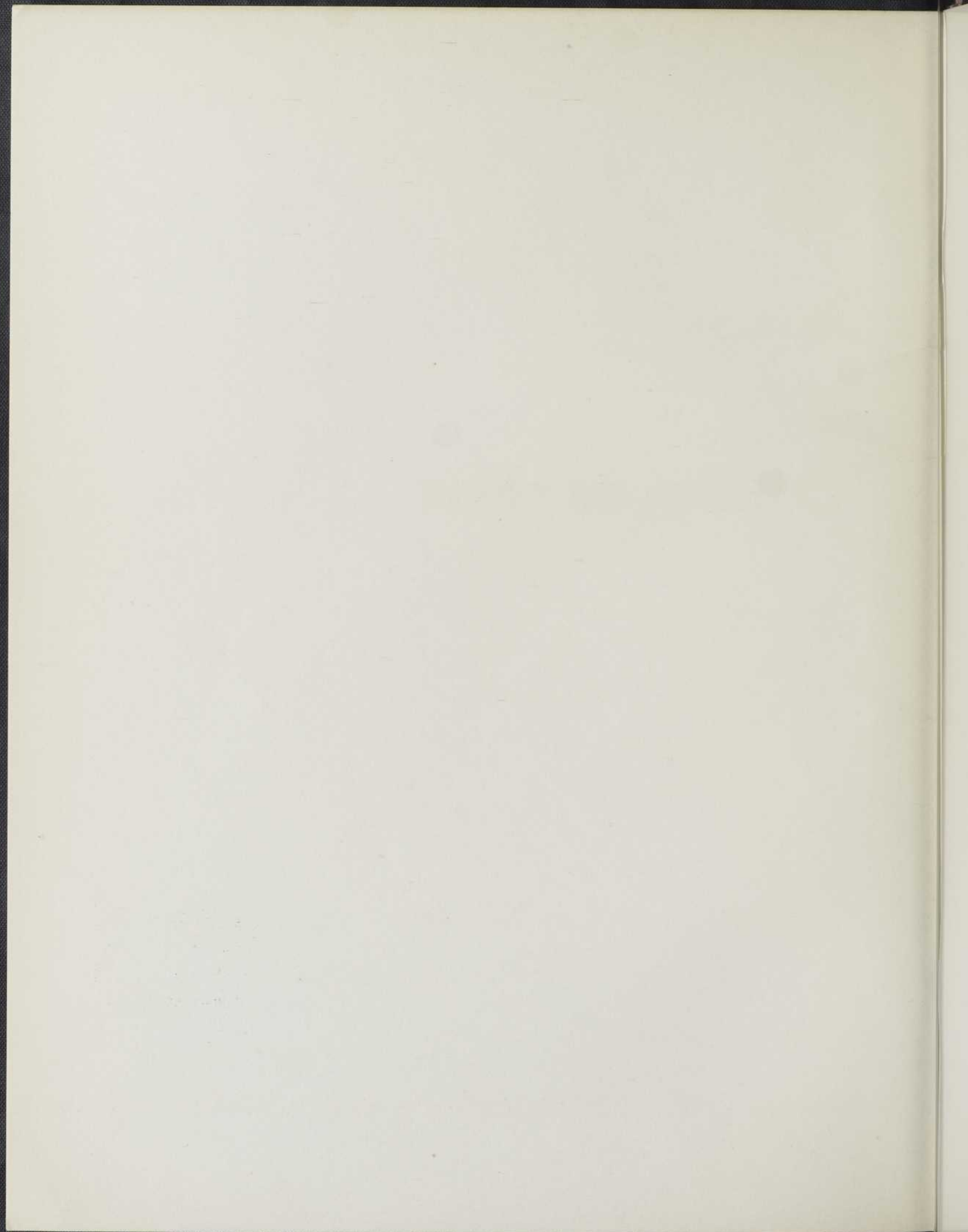




VOLUME VII

Critères de choix

PREMIER RAPPORT DU COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTÉ
JANVIER 1966





VOLUME VII

Critères de choix



PREMIER RAPPORT DU COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTÉ
JANVIER 1966



VOLUME VII



Chiffres de choix



OFF
A11 D6
A29/A8
LS 1.7

COMITE DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE SANTE

1971

COMITE DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTE

MEMBRES

Claude Castonguay, président

Thomas J. Boudreau

Jacques de la Chevrotière

Jacques Casgrain

Jacques Morency, secrétaire

PERSONNEL DE RECHERCHE

Thomas J. Boudreau, économiste
directeur de la recherche

Francyne Beaudoin, économiste

Guy Demers, sociologue

Micheline Larivée, documentaliste

Micheline Nadeau, économiste

Marthe Tanguay, bibliothécaire

Lucien Tessier, économiste

CONSEILLERS

René Dussault, conseiller juridique

Dr Pierre Jobin, conseiller médical

François Lacasse, conseiller économique

Gilles Paquet, conseiller économique

COMITE DE RECHERCHE SUR L'ASSURANCE-MAIRIE

MEMBRE

Edouard Castonguay, Président

Thomas J. Boudreau

Jacques de la Chapelle

Jacques Castelnau

Jacques Poirier, Secrétaire

MEMBRE DU COMITE

Thomas J. Boudreau, Secrétaire

Jacques de la Chapelle

Jacques Castelnau, Secrétaire

Jacques Poirier, Secrétaire

Michaeline Fortin, Secrétaire

Michaeline Fortin, Secrétaire

Michaeline Fortin, Secrétaire

Michaeline Fortin, Secrétaire

CONSEIL

Paul Dussault, Conseiller technique

Dr Pierre Dubé, Conseiller technique

Edouard Castelnau, Conseiller technique

Edouard Castelnau, Conseiller technique

INTRODUCTION

Cette étude voudra proposer divers éléments de réponse à certaines questions soulevées par l'établissement d'un régime d'assurance-maladie. Ces questions embrassent un domaine assez vaste allant de la définition des priorités dans le domaine de la santé à la mise en place des formes et modes de financement et de distribution des soins médicaux et para-médicaux. Il ne nous a pas semblé possible d'attaquer directement ces questions qui toutes, à divers degrés, renvoient à une définition plus large du problème. Nous nous sommes donc attachés à définir une approche assez générale au problème de la santé au Québec, laquelle nous a amené à faire une incursion dans le monde de la théorie économique.

Cette approche est basée sur deux éléments majeurs qui sont les préférences des Québécois dans le domaine de la santé d'une part, et les caractéristiques technologiques du bien "SANTÉ" d'autre part. L'importance et la complémentarité de ces deux composantes de notre modèle seront discutées dans les chapitres I et II.

Le lecteur peu familier avec les techniques et la méthodologie propres à la science économique trouvera peut-être un peu arides et abstraits les matériaux analysés et mis en place dans ces deux premiers chapitres ainsi que dans l'annexe au chapitre I. Ce déblayage initial s'imposait cependant pour bien préciser l'outillage méthodologique et théorique susceptible d'éclairer quelque peu la question et pour établir clairement les liens entre cet outillage et les problèmes concrets que nous voulons résoudre.

Le lecteur persévérant qui aura poursuivi jusqu'à la fin la lecture de ce texte réalisera, du moins c'est notre objectif, que l'analyse débouche sur des considérations concrètes et fournit des éléments pouvant servir à la prise de décisions rationnelles en ce qui a trait au degré d'intervention de l'Etat dans le domaine de la santé, au mode de financement et à la couverture des divers soins.

Dans le troisième chapitre, nous nous attacherons à présenter certains matériaux pouvant servir à la définition d'une fonction d'avantage collectif pour le Québec dans le domaine de la santé. Au chapitre IV, nous ajouterons un certain nombre de données et de conclusions dérivées des deux premiers chapitres afin d'être en mesure de proposer certains critères de choix généraux pertinents aux problèmes de la santé au Québec. C'est à partir de là que nous tenterons de proposer au moins des éléments

de réponses à certains problèmes que pose l'établissement d'un régime de soins.

Cette approche oblique pourra apparaître ennuyeuse et abstruse sinon complètement inutile au premier abord. Nous espérons cependant que cette première impression s'effacera vite devant l'ampleur des problèmes à résoudre et l'arbitraire qui semble imbiber toutes les décisions dans le domaine de la sécurité sociale ou plus généralement toutes les macrodécisions. Nous croyons qu'une première analyse du problème des choix en matière de santé, en particulier au niveau où nous voulons aborder le problème, pourra jeter quelque lumière sur plusieurs autres séries de questions pertinentes à d'autres sphères de l'activité gouvernementale. Notre approche nous amènera de toutes façons à jeter certains ponts entre ces diverses sphères puisque, faut-il le rappeler, les fonds publics alloués au secteur de la santé sont tout bonnement niés aux autres secteurs et que, si nous insistons tellement sur la répartition optimale des ressources à l'intérieur d'un secteur, nous ne pouvons nier l'importance du processus de répartition des ressources entre secteurs.

CHAPITRE I

LA RECHERCHE DE L'INTERET GENERAL

Il existe une répartition donnée des ressources disponibles au sein d'une société qui correspond au plus haut niveau possible de bien-être et de satisfaction de cette société.

Si les mécanismes de marché nous garantissaient que l'allocation des ressources qui se fait normalement dans une économie, sans intervention de l'Etat, correspondait à cette position maximum de la fonction d'avantage collectif ou de l'intérêt général, il n'y aurait pas tellement lieu de chercher à définir "a priori" cet intérêt général puisque à tout moment la situation économique nous en fournirait une image "a posteriori".

Or, malheureusement, les mécanismes du marché libre ne permettent pas d'atteindre automatiquement cette situation optimale de l'intérêt général de la collectivité. Depuis que les économistes ont réalisé la présence d'économies externes (I) dans la consommation d'un certain nombre de biens, il est devenu évident que des interventions collectives sont nécessaires pour assurer une consommation optimale de ces biens.

Mais ces interventions qui ont pour but de corriger l'action des mécanismes de marché, en vue de réaliser une maximisation de l'avantage collectif, présupposent alors que cet avantage collectif nous est connu. Le problème devient donc celui de définir cette fonction d'avantage collectif.

Ce n'est pas là un mince problème. Il importe en effet de réaliser en premier lieu que cette fonction d'avantage collectif ou cette définition de l'intérêt général n'est pas la même pour toutes les collectivités mais qu'elle peut varier en fonction des différences culturelles, économiques, politiques, etc.

En second lieu, la définition de cet intérêt général d'une collectivité donnée rencontre des obstacles considérables qui découlent de la multiplicité des variables dont cette définition doit

(I) Par économies externes, nous entendons ces avantages que certaines personnes retirent du fait que d'autres personnes consomment un bien donné. La vaccination est ici un exemple classique.

tenir compte. Mentionnons simplement le nombre considérable d'usages qui peut être fait des ressources, le grand nombre aussi des valeurs "éthiques" que respecte une société et entre lesquelles il n'est pas souvent facile d'établir les priorités et enfin la diversité et souvent l'opposition des intérêts des divers groupes composant la collectivité.

Face à ces obstacles, diverses techniques de définition de l'avantage collectif peuvent être utilisées qui conduisent toutes à des approximations plus ou moins satisfaisantes. Pour notre part, nous avons choisi, croyons-nous, une méthode de définition de l'avantage collectif des québécois en matière de santé qui nous fournira des résultats utilisables.

Fondée sur une analyse empirique des indices par lesquels les québécois ont révélé leurs préférences (mémoires, discours, etc.) elle s'efforce tout simplement de définir un niveau satisfaisant d'action collective dans le domaine de la santé.

L'analyse plus détaillée des problèmes que pose la définition de l'intérêt général ainsi que de la méthode que nous avons choisie pour le définir comporte certaines difficultés théoriques et analytiques. Aussi, dans le but d'alléger autant que possible ce texte, avons-nous décidé de reporter en annexe cette analyse dont les détails ne sont pas essentiels à la bonne intelligence de notre raisonnement.

CHAPITRE II

UNE PROBLEMATIQUE

Si, pour reprendre les mots même du professeur Otto Eckstein, "economic policy is rarely concerned with the attainment of the best of all possible worlds" (1) il semble clair que la politique économique, dans quelque secteur que ce soit, est tributaire d'une certaine logique. Trop souvent cependant, on a voulu présenter cette logique dans un cadre trop étroit. C'est ainsi que la plupart des études faites sur les problèmes économiques dans des domaines comme l'éducation et la santé ont tenté de comprimer le problème et de l'emboîter dans une problématique en termes de la théorie du capital humain.(2) Il nous semble plus intéressant d'attaquer le problème sous un autre angle, à partir par exemple des caractéristiques technologiques des services ou biens dont le public a besoin. Une approche similaire a été utilisée par Weisbrod concurremment avec l'approche en termes de la théorie du capital. Cependant, il a mis l'accent sur la seconde approche et a insisté sur la première surtout dans sa discussion des maladies contagieuses et des autres problèmes qui ont été traditionnellement assignés au domaine de la santé publique. (3)

Dans notre étude des problèmes de la santé au Québec, nous tenterons de généraliser cette approche mettant l'accent sur la technologie des biens. Il nous semble que non seulement cette approche est plus féconde mais qu'elle s'aboute parfaitement à nos conclusions du chapitre I. En effet nous pouvons espérer nous échapper du critère unique des taux de rendement tout en jetant les bases d'une analyse qui suggérera certaines des contraintes dont il faudra que le législateur tienne compte. De plus il nous semble possible de fournir à partir de cette approche un fondement aux analyses en termes de coûts et bénéfices. Cette problématique semble donc à la fois plus complète, plus large et plus prometteuse que celle qui a séduit les chercheurs jusqu'ici.

Cependant comme cette étude n'est pas le lieu propice à des développements théoriques, nous nous contenterons dans ce chapitre de poser les dimensions importantes du problème de la santé dans le cadre d'une telle approche. D'abord, nous tenterons de bien

(1) O. Eckstein, "A survey of the theory of public expenditure criteria" in N.B.E.R., Public Finances: Needs, sources, utilization, 1961.

(2) Voir par exemple, Journal of Political Economy, LXX, 5, oct. 1962, Pt 2.

(3) B.A. Weisbrod, Economics of public health, Philadelphia 1961.

distinguer les trois secteurs distincts de l'univers économique de la santé auxquels il nous faudra référer: la production, la consommation et le financement. Ensuite, nous examinerons de façon générale les caractéristiques technologiques des soins et nous tenterons de les localiser sur le continuum qui va des biens purement privés aux biens purement publics. Enfin nous tenterons à la lumière de ces deux premières distinctions de définir plus proprement la nature des coûts et bénéfices d'une part et la nature des institutions appropriées d'autre part. Cet examen sommaire des dimensions importantes de l'univers des soins conjugué à notre effort de définition de l'avantage collectif devrait fournir les matériaux essentiels à une définition d'une politique rationnelle dans ce domaine.

Distinction entre les secteurs de la consommation, de la production et du financement.

L'une des constantes des discussions en matière de santé par les économistes a été jusqu'ici une insistance indue sur les spécificités de l'industrie des soins. (I) Cela a conduit les chercheurs à trouver refuge derrière une telle spécificité qui n'est en rien unique. Chaque industrie doit faire face à un certain nombre de contraintes et de problèmes particuliers sans que pour autant l'on soit fondé de parler d'exception aux énoncés de la théorie économique. C'est ainsi qu'il est important de distinguer dans le cas des soins comme dans le cas de tous les autres biens entre les trois secteurs de la consommation, de la production et du financement. Il est évident que les caractéristiques particulières de chaque bien, que l'on peut considérer, vont conduire à l'émergence de certaines particularités à chacun de ces niveaux mais fondamentalement le cadre de référence traditionnel subsiste.

Consommation des soins.

Au niveau de la consommation, les forces qui agissent sur la consommation des biens en général vont jouer aussi dans le cas des soins. C'est ainsi que les individus vont consommer différentes quantités de ce bien selon leurs préférences personnelles, leur revenu et le prix de ces services par rapport aux prix des autres biens qui sont aussi disponibles sur le marché.

(I) Klarman propose une liste de ces éléments de spécificité des services de santé: "The irregular, uncertain and sometimes communicable nature of illness; special attitudes of the public toward health and medical care; certain unusual characteristics of the inputs and outputs; and unusual forms of organization in the provision of such services." p. 18-19 in H.E. Klarman, The economics of health, New York, 1965.

On doit noter cependant qu'en plus de cette demande privée de soins, il existe une demande ou une consommation que nous nommerons, pour les fins de la discussion, institutionnelle. Cette demande institutionnelle prend racine dans des considérations d'un autre ordre que celui mentionné plus haut. Par exemple, au nom de la salubrité publique, l'Etat, percevant que certains soins médicaux ont un effet appréciable sur des personnes autres que les récipiendaires, pourra insister, et même en exiger la consommation comme par exemple celle de certaines vaccinations, certains traitements de maladies contagieuses, etc. . .

Ces considérations tant du côté privé que du côté public n'épuisent pas la liste des variables déterminantes sur la consommation médicale. Toute une batterie de caractéristiques socio-économiques (degré d'urbanisation, niveau d'instruction, structure des âges, structure de l'unité familiale, etc. . .) vont aussi influencer tant sur la demande privée que sur la demande institutionnelle. Il en va de même pour la structure du marché médical qui, dans bien des domaines, a une importance déterminante sur la consommation. (I)

On ne pourra cependant se contenter de parler pendant bien longtemps de la consommation médicale à ce niveau d'agrégation. Il s'agit en effet d'un ensemble de soins fortement différenciés qu'il nous faudra ventiler soit selon la nature de la consommation ou du consommateur, soit selon d'autres critères. Il demeure que, quelque soit le principe de classification, la consommation médicale n'est pas strictement fonction des forces qui affectent la consommation privée.

Production des soins.

Nous avons jusqu'ici laissé planer un certain doute sur la notion de soins médicaux et soins en général. Cela n'est plus possible lorsque nous passons au niveau de la production. Par soins, on doit entendre l'ensemble des biens et services qui doivent être produits pour satisfaire la demande privée et institutionnelle du bien "santé".

Par soins médicaux on entend ceux de ces services qui sont fournis par la profession médicale.

Cette demande va se traduire par la demande complémentaire d'un certain nombre de biens et services de prévention, de guérison

(I) Voir D.J. Newell, "The demand for hospital beds", Carleton University (1965) (Mimeo) ou A. et A. Mizrahi, "Un modèle des dépenses médicales", Consommation, janv.-mars 1964.

et de réhabilitation.

Une description détaillée des éléments qui composent cet ensemble diversifié dépasse le cadre de cette étude, mais du strict point de vue de l'offre des soins, il pourrait être utile de faire la distinction entre les soins dispensés par le personnel médical et ceux dispensés par les services auxiliaires (soins hospitaliers, médicaments, etc.) Une telle distinction permet de poser en termes très simples certaines des difficultés fondamentales dans l'explication de l'offre des soins. En effet cette offre va dépendre évidemment de l'offre de personnel médical et de l'offre de services auxiliaires ainsi que des proportions dans lesquelles les deux se combinent. L'offre des facteurs de production pourrait être analysée en termes de coûts, de revenus escomptés, de structures des marchés, des facteurs de production et des interventions et conduites des participants ou de leurs organisations dans ces marchés. (I)

Quant à la nature des techniques qui combinent ces facteurs de production, on peut grossièrement les étudier à l'intérieur de deux mécanismes d'ajustement assez généraux. On peut en effet distinguer d'une part le mécanisme d'ajustement walrasien (où les proportions dans lesquelles les facteurs de production se combinent sont fixes) et d'autre part le mécanisme d'ajustement marshallien (où les proportions sont variables). (2) Nous ne tenterons pas de préjuger ici une situation qui sera analysée plus loin, mais il nous semble clair qu'à la lumière de ces caractéristiques de l'offre des soins, il sera loisible au législateur qui désirera agir sur cette offre de déterminer si les contraintes qui doivent être réduites sont dues aux rigidités des techniques ou si elles originent dans des goulots d'étranglement au niveau des facteurs de production. Dans l'un et l'autre cas les causes peuvent être multiples et différentes d'un secteur à l'autre dans le domaine de la santé. Ceci nous amène à noter que du côté de l'offre comme du côté de la demande il ne saurait être question de limiter l'analyse à ce niveau d'agrégation.

-
- (I) Il ne saurait être question de reprendre ici la liste des études faites sur ces questions, nous n'en présentons qu'un échantillon - H.E. Klarman, op. cit., Ch. 4, 5; P.J. Feldstein, An empirical investigation of the marginal cost of hospital services, University of Chicago 1961; E. Rayack, "The supply of physicians' services", Industrial & Labor Relations Review, January 1964; R. Kessel, "Price discrimination in medicine", The Journal of law and economics, October 1958.
- (2) Voir J.H. Dales, "Fuel, power and industrial development in Central Canada", American Economic Review, Papers & Proc. 1953.

Financement des soins.

S'il existe déjà dans la littérature un dossier assez important sur la consommation et la production des soins, les travaux sur le problème de leur financement sont moins nombreux et presque toujours à vocation particulière. Il demeure que le financement des soins va établir le lien entre la consommation et la production et qu'à ce titre, il représente une dimension importante de l'univers de la santé. La théorie économique traditionnelle ne tenait compte que des besoins privés et solvables (1) et pouvait donc ignorer largement le problème du financement de la satisfaction de ces besoins, puisque, par hypothèse même, il y avait contact direct entre le producteur et le consommateur. Mais aussitôt que l'on s'échappe du monde de l'échange en concurrence pure, d'où l'incertitude et les externalités (2) sont exclues, un grand nombre de problèmes se posent au plan financier. Ces problèmes deviennent de toute première importance quand on franchit les frontières de l'économie purement privée pour participer au monde de l'économie publique ou mixte. (3) Or ce pas il nous faut le franchir puisque le problème se trouve inéluctablement posé par l'existence même d'une demande institutionnelle de soins.

Ici encore il ne saurait être question de faire le tour d'un problème qui dépasse les cadres de cette étude mais on peut établir une classification préliminaire des mécanismes de financement. Un principe de classification utile pourrait être le degré de "contrainte" impliqué pour l'individu dans le mode de financement. Il est évident que la classification selon un seul principe ne peut satisfaire complètement le chercheur et qu'elle laisse planer certains doutes, mais elle permet un premier déblayage. C'est ainsi que, de par la nature même de la maladie (et conséquemment de la demande de soins), dont l'incidence demeure incertaine, (4) l'individu peut être amené à chercher dans l'assurance volontaire un moyen de réduire cette incertitude et ses effets économiques. Nous sommes là en face d'un mécanisme de financement des soins qui ne réduit en rien la liberté individuelle. Mais si un individu décide de courir le risque et de ne pas s'assurer et que la maladie le frappe alors qu'il est dépourvu, qui doit payer? (5)

Une façon d'éviter ce problème est d'instituer l'assuran-

(1) F. Perroux, Economie et société, Paris 1960.

(2) J.M. Buchanan & W.C. Stubblebine, "Externality", *Economics*, 1962, pp. 371-84.

(3) Voir A. Barrière, Politique financière, Paris 1959, pp. 34 ss.

(4) K.J. Arrow, "Uncertainty and the economist of medical care", *American Economic Review*, Dec. 1963.

(5) J. Rothenberg, "Welfare implications of alternative methods of financing medical care", *American Economic Review*, May 1951.

ce obligatoire (privée ou publique). On est alors en face des problèmes soulevés par l'économie de l'assurance sociale (1), parmi lesquels le plus important peut-être est celui de la coexistence du principe de l'assurance et du principe du bien-être social. L'assurance sociale a des effets de redistribution de revenu des bien-portants vers les malades mais ces effets sont mitigés, ou du moins peuvent l'être, par les modalités qu'elle adopte. Le principe du bien-être peut devenir dominant si la santé devient un besoin public et que le secteur public s'en charge complètement. La liberté individuelle de choix en est réduite d'autant.

Ces trois dimensions de l'univers des soins forment un ensemble, et il est évident que toute politique cohérente de la santé au Québec devra d'abord examiner cet ensemble avant que des réformes précises à l'un ou l'autre niveau ne soient suggérées. Or il nous semble que l'une des variables cruciales et déterminantes pour l'univers de la santé a trait à la nature du bien lui-même. C'est une variable qui est au moins tout aussi importante que la structure du marché ou les conduites des agents économiques sur ce marché. Ces biens qui seront produits, financés et consommés et que nous nommons génériquement "soins", nous avons tenté de les examiner de plus près à la lumière d'un principe de classification issu de la littérature économique de la dernière décennie.

Caractéristiques technologiques des soins: des biens non-privés.

Dans son mémoire célèbre de 1954, Samuelson (2) a attiré l'attention des économistes sur les caractéristiques technologiques des biens et sur l'influence déterminante de celles-ci sur la nature de l'analyse qui peut les aborder. Il assumait en effet deux catégories de biens: le bien purement privé et le bien purement public. Le bien purement privé est le bien économique ordinaire sans externalité. Quant au bien purement public, Samuelson le définit comme un bien "which all enjoy in common in the sense that each individual's consumption of such a good leads to no subtraction from any other individual's consumption of that good". (3)

A partir de cette définition, notons trois choses. D'abord il s'agit de caractéristiques qui réfèrent à la dimension "consommation". Les économies externes (ou déséconomies externes dans le cas d'un "pure public bad") sur lesquelles insiste Samuelson sont des économies externes à la consommation. Ensuite, l'analyse de cette définition du bien purement public permet d'en

(1) Voir par exemple, A.T. Peacock, "The political economy of social welfare", *The Three Bank's Review*, Dec. 1964.

(2) P.A. Samuelson, "The pure theory of public expenditure", *Review of Economics and Statistics*, Nov. 1954, pp. 387-9.

(3) idem, p. 387.

arriver à préciser un certain nombre de caractéristiques que posséderont les biens purement publics. Samuelson isole des biens dont la consommation par un individu ne réduit pas ce qui reste disponible pour les autres.

Head parle de deux éléments de base: d'abord, dans le cas d'un bien purement public le principe d'exclusion ne joue pas et, par suite d'une certaine conjonction de l'offre, (jointness of supply) si le bien est disponible pour un individu, il peut être mis aisément ou gratuitement à la disposition des autres individus du groupe. (1) Il est important de noter que cette conjonction de l'offre n'est pas une condition nécessaire pour que l'on soit en face d'un bien purement public et que l'intérêt de cet élément est qu'il introduit les économies externes non plus seulement du côté de la consommation, mais aussi du côté de la production. Ceci indique la généralité du concept et nous ramène à notre univers tridimensionnel.

Enfin, il faut bien se rendre compte que quelle que soit la définition précise adoptée, les biens purement publics et privés ne constituent en définitive que les cas limites ou polaires de tout un continuum de possibilités. Ce n'est que très récemment cependant que des modèles traitant des cas intermédiaires, les biens non-privés, ont pu être présentés. (2)

Relations entre les caractéristiques technologiques et la consommation, la production, le financement et la formule institutionnelle.

Nous nous limiterons pour le moment à ces trois possibilités: bien purement public, bien purement privé et bien non-privé. Evidemment la catégorie intéressante de cette classification est la troisième, celle qui contient tous les cas échelonnés entre les deux pôles. Or c'est justement la catégorie à propos de laquelle notre connaissance est la plus limitée. Les soins, nous l'avons vu, sont sujets à double demande individuelle et institutionnelle. Or cette demande institutionnelle, nous assumerons qu'elle existe à cause même du fait que les soins ne sont pas des biens purement privés. L'intervention des institutions sur les marchés de soins prendrait alors son sens dans les économies externes d'une part (3)

(1) J.G. Head, "Public goods and public policy", Public Finance, Vol. XVII, No. 3, 1962, pp. 197-219.

(2) Voir J.M. Buchanan, "An economic theory of clubs", Economics, Feb. 1965 et A. Breton, "A theory of government grants", C.J.E.P.S., May 1965.

(3) Les biens publics sont définis par Brownlee comme ceux qui "have external economies in consumption and/or decreasing marginal cost leading thereby to monopoly." in N.B.E.R., op. cit.

et d'autre part dans le fait que, le principe d'exclusion ne jouant pas, les individus auront tendance à demander moins qu'ils ne désirent en fait. (1) Cette intervention institutionnelle (encore non identifiée), qu'elle prenne son sens dans des considérations de consommation ou de production, pourra prendre des formes assez diverses.

Il n'est pas exclu par exemple que le mode d'intervention idéal soit celui qui opérerait au niveau du financement. Si, pour simplifier l'analyse, nous ne retenons pour le moment qu'une seule institution, soit l'Etat, l'on se rend compte que si certains soins ont une certaine composante publique i.e. qu'ils sont sur le continuum entre le bien purement public et le bien purement privé, il y aura tendance de la part des individus à ne pas acheter autant de ces soins que leurs préférences sembleraient l'indiquer. Ceci va tendre à créer un écart entre la demande individuelle pour ces soins et la demande totale qui semblerait socialement désirable. L'Etat doit alors combler cet écart et tirer partie des économies externes pour les individus mais internes du point de vue de la société dans son ensemble. L'action gouvernementale dans ce modèle à deux paliers devient fonction de l'importance de la composante publique du bien. (2)

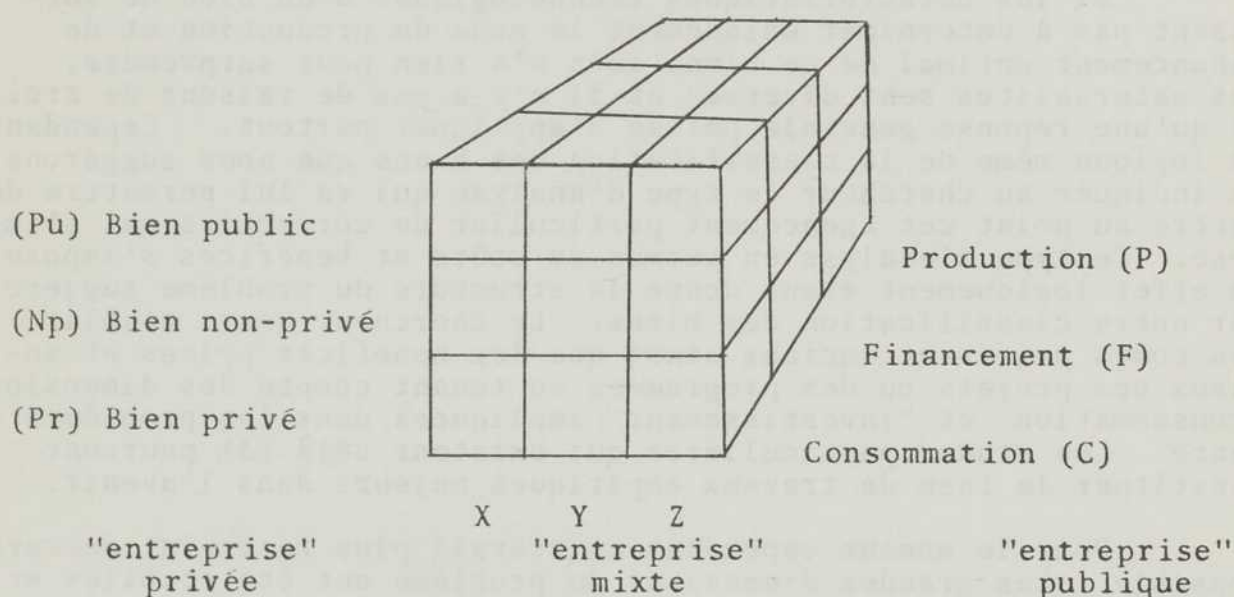
Le coeur du problème devient donc la définition de l'importance de la composante publique des soins. Car, en effet, non seulement une telle définition donnera-t-elle une indication du degré d'intervention gouvernementale "nécessaire" mais elle permettra encore de comprendre certains comportements individuels et collectifs dont la logique autrement nous échapperait. (3) Cet effort de définition, Buchanan et Breton l'ont tenté au niveau théorique (4) et Weisbrod l'a tenté en ce qui a trait à la santé publique comme telle. (5)

S'il est facile d'établir certaines relations entre la nature du bien et sa consommation, la relation entre les caractéristiques technologiques du bien et l'appareil de production et de financement est encore assez obscure. On peut même se demander quel-

-
- (1) idem. "There seems to be no reasonable way of inducing persons to reveal their true preferences for such goods relative to others".
 - (2) Le degré de "publicness" est la mesure qui isole la composante publique de la composante privée et établit leur importance respective dans le cas d'un bien non-privé.
 - (3) Nous qualifierons plus loin ce "nécessaire". Pour ce qui a trait aux comportements, voir M. Olson jr, The logic of Collective Action, Cambridge Mass. 1965.
 - (4) Voir note 36. Aussi J.M. Buchanan & G. Tullock, The Calculus of Consent, Ann Arbor 1962.
 - (5) B.A. Weisbrod, Economics of public health, Philadelphia 1961, pp. 23, 24 ss.

le formule institutionnelle sera choisie, quelle combinaison d'intervention gouvernementale aux niveaux de la production et du financement s'avérera optimale. Cette dernière question nous pose directement le problème des coûts et des bénéfices à escompter des formes d'intervention gouvernementale dans la distribution des biens non-privés. Posons un appareil classificatoire simple qui permet d'examiner les possibilités.

GRAPHIQUE A



Ce cube classificatoire permet de bien garder en tête la complexité des processus d'ajustement que peut réclamer l'existence constatée d'économies externes. Weisbrod et certains autres qui ont utilisé une approche en termes de caractéristiques technologiques des biens ont été tentés trop souvent de tirer des conclusions hâtives quant aux méthodes d'ajustement idéales que, d'après eux, leur analyse impliquait. Certains travaux plus récents ont nuancé ces prétentions et ont redonné à la classification des biens selon leurs caractéristiques technologiques des proportions qui, pour être plus modestes, n'en demeurent pas moins importantes.

Il n'est pas possible par exemple de prétendre pouvoir déterminer le mode d'ajustement idéal de la situation de marché

à partir de la simple constatation qu'il existe des externalités. Wiseman a des remarques des plus intéressantes à ce propos. (1) Il n'est même plus possible de faire des assertions globales, pourtant classiques, du genre de celles qui statuent que l'existence d'économies externes va faire qu'une quantité sub-optimale de ressources va être allouée au secteur de la santé et qu'une telle situation sera corrigée par la "socialisation" de la production des soins. (2) Ces attaques contre les généralisations à outrance auxquelles avaient conduit les premières utilisations des caractéristiques technologiques des biens ne doivent pas cependant nous porter à minimiser l'importance de cette dimension pour l'analyse économique.

Si les caractéristiques technologiques d'un bien ne suffisent pas à déterminer uniquement le mode de production et de financement optimal de ce bien, cela n'a rien pour surprendre. Les externalités sont diverses et il n'y a pas de raisons de croire qu'une réponse générale puisse s'appliquer partout. Cependant la logique même de la classification des biens que nous suggérons va indiquer au chercheur le type d'analyse qui va lui permettre de mettre au point cet agencement particulier de correctifs qui s'impose. Ce type d'analyse en termes de coûts et bénéfices s'impose en effet logiquement étant donné la structure du problème suggéré par notre classification des biens. Le chercheur devra établir les coûts privés et sociaux ainsi que les bénéfices privés et sociaux des projets ou des programmes en tenant compte des dimensions "consommation" et "investissement" impliquées dans les problèmes de santé. Les études particulières qui existent déjà (3) pourront constituer la base de travaux empiriques majeurs dans l'avenir.

Pour le moment cependant un travail plus restreint demeure possible. Les grandes dimensions du problème ont été établies et une problématique du genre de celle que nous avons proposée ici, proprement fondée sur une élucidation des dictées de l'intérêt général, pourra nous permettre d'indiquer certaines caractéristiques d'une production et d'un financement optimal. Le travail de Rothenberg donne une bonne idée des possibilités de ce genre d'analyse. (4)

(1) J. Wiseman, "Cost-benefit analysis and health service policy", *Scottish Journal of Political Economy*, Feb. 1963, p. 132 ss.

(2) Voir à ce propos J.M. Buchanan & M.Z. Kafoglis, "A note on public goods supply", *American Economic Review*, June 1963.

(3) Mentionnons à titre d'exemple l'étude de Klarman "Syphilis control programs", dans le livre de Robert Dorfman (ed), Measuring benefits of government investments, Washington 1965.

(4) J. Rothenberg, op. cit. (Voir note 5, page 11)

Il restera alors aux législateurs et aux administrateurs à pondérer, à qualifier et à donner vie à ces "inférences théoriques".

CHAPITRE III

MATERIAUX POUR LA DEFINITION DE L'INTERET GENERAL EN MATIERE DE SANTÉ AU QUEBEC.

Il faut bien établir au départ les prétentions et la vocation de ce chapitre. Loin de nous l'idée d'une définition formelle de l'intérêt général. Ainsi que nous l'avons montré dans notre premier chapitre, un tel but nous semble hors de portée. Nous nous contenterons plus simplement d'établir un certain nombre de faits, de préférences, d'ordres qui, tous à divers degrés, aideront à cerner le monde des desiderata en matière de santé au Québec.

A la fin de cette courte exploration nous pourrons alors présenter un ensemble de faits et de contraintes qui vont nous aider à établir les possibilités dans le secteur de la santé au Québec.

Les préférences des Québécois.

Au départ il fallait cependant s'assurer qu'il était significatif de parler du Québec comme une unité qui ait des fondements propres et qui puisse être considérée comme une entité homogène significative du point de vue des valeurs et des préférences. Sur ce point, une enquête récente nous rassure:

"Il semble que la société canadienne-française forme de plus en plus un milieu homogène soumis à un même système de valeurs et de normes. Les différences culturelles entre milieu rural et milieu urbain ou entre groupes d'occupation sont en voie de disparaître si elles ne sont pas déjà disparues complètement. Seul le revenu qui permet une participation plus ou moins grande à une culture de masse demeure un facteur important de la différenciation sociale" (I)

(I) M.A. Tremblay & G. Fortin, Etude des conditions de vie, des besoins et des aspirations des familles salariées canadiennes-françaises, Centre de recherches sociales, Laval, tome I, Ch. III, p. 20 - cité par J. Dofny & H. David, "Les aspirations des travailleurs de la métallurgie à Montréal", Recherches Sociographiques, VI, I, 1965, p. 82.

Il semble donc que l'on puisse parler de façon significative d'un milieu canadien-français qui est culturellement homogène et donc que la recherche d'un intérêt général du Canada français puisse être fondée. Reste à examiner les différences de vues en matière de santé en tenant compte de la variation revenu et de certaines motivations des groupes en présence.

Il a été question plus haut (I) de l'élasticité de la consommation médicale par rapport au revenu et nous avons mentionné à ce propos que cette mesure, appliquée au Québec et à l'Ontario, donne des résultats qui diffèrent de façon significative. Un tel résultat confirme que l'on est fondé de chercher certaines caractéristiques du comportement des Québécois. L'interprétation de tels résultats n'est pas simple cependant. Palda a été en mesure d'établir que non seulement l'élasticité de la consommation médicale par rapport au revenu disponible, mais encore l'élasticité par rapport aux dépenses totales de ce poste, diffèrent de façon significative de l'Ontario au Québec, et ceci après correction pour tenir compte des disparités dans la composition des familles.

Or ce qui est vrai en particulier pour les dépenses médicales est aussi vrai pour les autres postes de la classification des dépenses de consommation suggérées par Palda. On est donc forcé de conclure avec lui qu'il y a des différences significatives que l'on peut observer entre les structures de dépenses de consommation du Québec et de l'Ontario lesquelles révèlent des structures de goûts et de préférences différents d'une province à l'autre.

Sources utilisées dans la définition des préférences des Québécois.

Cette constatation nous met en garde dès l'abord contre les moyennes nationales dans les discussions de problèmes pertinents au secteur de la santé et nous amène aussi à chercher des témoignages qui pourraient fournir une base empirique et aider à définir ces préférences québécoises. Nous avons examiné à cet effet un certain nombre de mémoires soumis à la Commission Hall ainsi qu'une masse hétéroclite de discours, plaidoyers, et articles présentés par des représentants des parties en cause dans ce qui doit être considéré comme un dialogue sur les problèmes de la santé au Québec. Il faut bien se rendre compte que cette moisson ne donne qu'une vue incomplète sinon "biaisée" du problème.

Sans entrer dans des détails qui nous entraîneraient trop loin, il faut rappeler que les participants dans cet échange au sujet de l'univers de la santé au Québec ne sont intéressés qu'à

(I) Voir note 2 page 43

des degrés divers et que certains groupes diffus comme les consommateurs de soins par exemple, qui ne se sont pas donné de cadres, n'apporteront que peu d'eau au moulin. Par ailleurs la profession médicale intéressée au plus haut point par ces discussions et qui possède des cadres, va contribuer de façon continue aux débats. Il n'est pas surprenant d'observer cette apathie rationnelle des consommateurs dont en moyenne une très faible portion des ressources est drainée par la consommation médicale, face au dynamisme rationnel et intéressé des médecins. (I)

Mais une telle observation nous amène à conclure que notre discussion à partir des sources mentionnées plus haut va exhiber un "biais" pro-producteur. On ne saurait nier que les consommateurs seront représentés par les unions ouvrières et certaines associations non-partisanes mais il demeure qu'ils le seront à un degré moindre.

Les préférences des consommateurs.

Du côté de la consommation, ainsi que nous l'avons mentionné plus haut, nous devons faire face la plupart du temps à une apathie rationnelle, concrétisée par le fait que les consommateurs n'ont pas jugé important de fonder une action commune. Ceci ne veut pas dire cependant que la voix des consommateurs n'est pas entendue, il est seulement très difficile de trouver des représentants attitrés de ce groupe. Deux groupes ont cependant voulu parler au nom des consommateurs en matière de santé: ce sont les centrales syndicales et les associations privées et bénévoles. Dans ce dernier cas, l'intérêt (2) des témoignages de ces associations est moindre à cause des aspects plus particuliers de leurs préoccupations.

Plus importante, nous semble-t-il, est l'action et l'opinion des centrales syndicales. L'action de ces groupes tant au Québec que par tout le Canada a été déterminante et, pour ce qui est du problème qui nous intéresse ici, leur activité donne à penser que les centrales syndicales ont senti le désir et le besoin de se faire les interprètes des aspirations des "classes populaires" et de stimuler l'expression d'opinions d'autres corps inter-

-
- (I) Toute une théorie qu'il nous faudrait examiner pour les besoins de notre note a été élaboré par A. Downs, An Economic theory of democracy, New York 1957. Les problèmes de "biais" que nous avons soulevés en passant y sont longuement analysés.
- (2) Nous serons les derniers à nier l'intérêt humain de ces témoignages mais il faut se rappeler que ces associations et ligues ont pour seul but de promouvoir la croisade contre la maladie X à peu près exclusivement.

mediaires. (I) Ceci nous autorise à donner une pondération importante aux opinions que la C.S.N. et la F.T.Q., par exemple, ont proposées quant aux normes selon lesquelles le régime de soins devrait être élaboré.

Prenons à titre d'exemple la position de la C.S.N. Dans son mémoire à la Commission Hall, cette centrale syndicale reconnaît que la santé est un bien non-privé (2) et que la consommation médicale a donc une composante publique et une composante privée. Mais le mémoire insiste sur le fait que "l'Etat doit payer directement le coût total à même ses revenus". (3) Cette position devait être confirmée dans une communication récente de M. Marcel Pépin, le président général de la C.S.N. (4) Dans ce dernier document, la C.S.N. a établi très clairement ses revendications qui n'ont pas changé depuis 1962, période où elle présentait son mémoire à la Commission Hall.

"Ce que la C.S.N. revendique, c'est un régime d'assurance-santé universel, complet et étatique. Universel c'est-à-dire s'appliquant à tous les citoyens; complet, c'est-à-dire visant tous les services de santé assurables, y compris les soins dentaires, les produits pharmaceutiques, etc.; étatique c'est-à-dire administré et financé par l'Etat". (5)

La prise de position pour l'universalité du régime d'assurance-maladie est bien appuyée, qu'elle soit faite au nom de la justice économique ou au nom de l'efficacité administrative. Quant aux deux autres caractéristiques que devrait avoir le régime il n'en est pas tout à fait de même. Une lecture attentive du texte

-
- (I) Rappelons que le C.T.C. a été l'instigateur de cette conférence sur les services de santé qui réunissait à Ottawa, fin novembre 1965, quelques 250 représentants du 21 groupements sociaux, économiques et religieux qui représentaient près de la moitié de la population canadienne. (Le Devoir, 30 nov. 1965) Que dire aussi du "Front Populaire" que veulent former la C.S.N., la F.T.Q. et l'U.C.C. face à certains problèmes comme celui qui nous occupe (émission AUJOURD'HUI, 10 déc. 1965) Marcel Pépin parle au nom des "classes populaires" dans sa Communication au 1er Congrès des Affaires Québécoises, (21 octobre 1965).
- (2) "Si la santé est un bien précieux pour l'individu, elle est aussi bénéfique pour toute la société", Mémoire de la C.S.N. à la Commission Hall, 9 avril 1962, p. 3.
- (3) Mémoire de la C.S.N. à la Commission Hall, 9 avril 1962, p. 8.
- (4) M. Pépin, "L'Assurance-Santé", Communication présentée au 1er Congrès des Affaires Québécoises, 21 oct. 1965 (MIMEO).
- (5) M. Pépin, op. cit. p. 6.

de M. Pépin montre qu'il parle de "tous les services de santé assurables" mais qu'il définit en dernière instance le problème de la couverture en termes de coûts uniquement. Donc, le problème des soins en serait un auquel la population, ou tout au moins les "classes populaires" seraient prêtes à donner priorité. (1)

Quant à savoir si l'on peut aller jusqu'à dire que ce système complet de soins est plus important que l'éducation gratuite, ainsi que le suggérerait le professeur Madden, (2) nous n'avons aucune donnée précise qui nous permette d'établir les préférences des Québécois avec un tel degré de précision. Il nous faut nous contenter d'insister sur le fait que la prise en considération des coûts implique que la couverture complète du régime ne saurait être considérée comme un absolu.

Tout aussi complexe est le problème du financement du régime. En effet, si la C.S.N. reconnaît qu'il est une composante privée et une composante publique dans la consommation médicale, il est difficile de comprendre pourquoi d'autre part elle insiste pour que l'Etat prenne à charge le complet financement de l'opération assurance-maladie. Il nous semble qu'il s'agit là d'un 'non sequitur' qui n'a de sens que dans le cas où le choix est réduit à un mode de financement par primes seulement ou par la fiscalité seulement. La C.S.N. a seulement insisté sur l'impossibilité de raisonner purement en termes du principe de l'assurance. (3) Nous pouvons donc inférer que la C.S.N. n'aurait pas d'objection à un mode de financement mixte acceptable qui préserverait toute la latitude de l'Etat dans son rôle de définisseur d'une politique d'ensemble de la santé.

(1) M. Pépin, op. cit. p. 12.

(2) J.J. Madden dans sa communication du 30 novembre 1965 aux délégués à la Conférence sur les Services de Santé tenue à Ottawa. (Voir note 1 page 21), The Ottawa Citizen, 1 décembre 1965.

(3) "En outre ce serait tronquer gravement le problème que de raisonner comme si, lorsqu'on parle d'assurance-santé, il s'agissait strictement d'un problème d'assurance proprement dit. A cet égard la Commission royale d'enquête sur les services de santé, ou Commission Hall, a dégagé une fois pour toutes d'admirables perspectives, avec une telle force et une telle logique, qu'il n'est guère plus possible aujourd'hui de penser assurance-santé dans les cadres du principe pur et simple de l'assurance. Il s'agit en vérité de prévoir un régime de santé considéré comme un tout indivisible dont les éléments sont interdépendants et dont l'ordonnance doit relever d'une politique d'ensemble." M. Pépin, op. cit. p. 14.

Les préférences des producteurs.

Du côté de la production, il nous faut d'abord constater que, comme on pouvait s'y attendre, on a été plus loquace mais aussi beaucoup plus circonspect. Alors que du côté des consommateurs on ne pouvait constater que le manque d'organisation, au contraire nous sommes ici en face d'une multitude de corps bien organisés parmi lesquels il est souvent difficile de choisir celui qui est représentatif. Ceci est vrai pour le corps médical proprement dit mais aussi pour l'ensemble des services de santé. Pour les fins de notre étude nous n'avons retenu que certains aspects du problème que nous ne pouvions laisser du côté à cause même de notre problématique proposée au chapitre II. Cela nous a conduit à examiner sommairement les positions de l'industrie pharmaceutique et de l'industrie hospitalière, puisqu'avec l'industrie médicale proprement dite, ces deux industries sont au coeur du problème que nous avons à analyser.

Les médecins.

Dans les annales de l'action collective, les exploits des associations médicales ont une place de choix. Le livre classique d'Oliver Garceau (1) sur l'Association médicale américaine a bien démontré la puissance de cette institution, le rôle de la coercition et les formes subtiles qu'elle a prises entre les mains des associations professionnelles et la véritable menace économique qui plane sur le médecin déviationniste. Reuben Kessel a corrigé plus récemment l'impression qu'il pouvait s'agir d'histoires appartenant à un passé révolu. (2) Mais il n'est pas sûr du tout que l'on puisse attribuer un pouvoir analogue aux associations professionnelles canadiennes. D'abord dans le cas du Québec, au moins quatre organisations se partagent la direction de la profession: le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, les deux fédérations syndicales (celle des omnipraticiens et celle des spécialistes) la division du Québec de l'Association médicale canadienne et la filiale du Québec de l'Association des médecins de langue française du Canada.

Aucune étude n'a encore établi les conduites et le degré d'influence du Collège. Il ne saurait donc être question d'imputer au Collège les conduites que Garceau ou Kessel ont observées aux Etats-Unis. Il est légitime cependant de penser que les déclarations d'une organisation du type GUILDE comme le Collège peuvent être interprétées comme représentant l'opinion des producteurs de soins médicaux qui la composent. Pour ce qui est des

(1) O. Garceau, The Political Life of the American Medical Association, Cambridge, Mass. 1941.

(2) R. Kessel, op. cit. (voir note 1 page 10).

syndicats médicaux, leur influence, pour récente qu'elle soit, semble être très importante. L'instauration imminente d'un régime d'assurance-maladie a certainement accéléré la syndicalisation des membres de la profession qui considèrent, semble-t-il, leur syndicat comme leur agent de revendication, de négociation et même de participation au sein du régime.

C'est à partir des documents en provenance du Collège et des dirigeants syndicaux, plus un certain nombre d'autres documents soumis à la Commission Hall par les autres organismes représentatifs de l'opinion des médecins du Québec que nous tenterons de définir certaines des normes selon lesquelles, dans l'esprit des médecins, notre régime d'assurance-maladie devrait être construit.

Il est intéressant de constater qu'il n'y a pas d'opposition entre les producteurs et les représentants des consommateurs quant à la demi-faillite de l'assurance privée dans son effort pour assumer la sécurité médicale à la population québécoise. (1) Les différences apparaissent quand on se demande de part et d'autre comment on pourrait combler cette lacune.

La profession médicale s'est arrêtée à deux types de problèmes: d'abord les exigences minima qu'elle aura en face d'un régime d'assurance-maladie et ensuite les mécanismes administratifs par lesquels elle gardera comme entité, un contrôle sur le régime tout en donnant à ses membres un maximum de liberté.

Au regard du premier problème, les paragraphes 226 et suivants du Mémoire du Collège à la Commission Hall sont très explicites. Le régime devra être "accessible", complet (tout au moins en ce qui a trait aux soins médicaux) tout en demeurant largement privé si l'on peut dire. (2) En effet le Collège recommande que l'on crée une régie autonome de l'assurance-maladie qui verrait à l'application de la loi, mais ne considère le problème que sous l'angle de l'assurance. Le rôle du gouvernement est strictement supplétif et les gouverneurs du Collège doivent avouer au tout dernier paragraphe du mémoire qu'ils n'ont pu faire l'unanimité sur la nature (facultative ou obligatoire) du régime souhaitable. Ceci remet en question l'universalité du régime qu'ils proposent: le Collège met l'accent sur l'accessibilité de l'assurance-maladie pour tous mais n'est pas unanime quand vient le temps d'exiger la participation obligatoire. (3) On doit cependant noter

-
- (1) Une comparaison de la communication de M. Pépin (p. 9ss) avec le Mémoire du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec à la Commission Hall (p. 109 ff) convaincra les plus difficiles.
 - (2) Le Mémoire dit "accessible à tous" (p. 115). De plus le rôle supplétif de l'Etat est bien défini et est limité au paiement de la prime des assistés sociaux (p. 118).
 - (3) Mémoire du Collège, op. cit, p. 123.

que dans son dernier mémoire sur l'assurance-maladie, présenté en septembre 1964 au gouvernement de la province, le Collège ne fait aucune allusion au caractère facultatif ou obligatoire du régime pour ce qui est des assurés. On peut alors supposer que le Collège attache maintenant moins d'importance à ce problème et serait peut-être prêt à accepter l'une ou l'autre option.

Quand au second problème, le Collège y touche moins et s'est contenté d'exprimer certains principes généraux. Au paragraphe 228 de son mémoire de 1962 à la Commission Hall il réclame "de façon exclusive tous les pouvoirs qu'il déteint présentement"; de plus il demande que la régie soit composée au tiers de membres de la profession médicale nommés par lui et au tiers de représentants des sociétés d'assurance. Le dernier tiers, obligatoirement minoritaire, sera composé de représentants du gouvernement. Nous sommes en face d'un mécanisme où l'Etat n'interviendrait que pour payer la prime des miséreux. Les mêmes arguments et les mêmes positions sont proposés dans le mémoire de la division du Québec de l'Association médicale canadienne (1) et dans celui de l'Association médicale canadienne. (2) Dans son mémoire de 1964 au gouvernement le Collège réitère que: "Une fois le régime établi, les mécanismes administratifs et légaux régissant le système d'assurance devront assurer une représentation adéquate à la profession médicale, à tous les paliers où des décisions affectant la pratique médicale peuvent être prises."

Les relations entre les médecins et l'Etat ont été examinées attentivement depuis 1962 et il semble d'une part que la profession médicale ait accepté l'idée de la négociation collective avec le gouvernement. (3) En effet, en 1964, dans son mémoire au gouvernement provincial, le Collège des médecins demandait que le tarif utilisé soit déterminé par convention et que des mécanismes de négociation soient mis sur pied pour permettre à la profession d'être présente à toutes les étapes de l'établissement du système. D'autre part certains témoignages récents tendent à mon-

-
- (1) Le mémoire présenté par la division du Québec de l'Association médicale canadienne ouvrait cependant des possibilités plus grandes à l'intervention de l'Etat (voir ce mémoire p. 17).
 - (2) Un coup d'oeil au mémoire de l'Association médicale canadienne (paragraphe 174 et suivants) convaincra le lecteur que la position de l'Association est similaire à celle du Collège avec une teinte plus "réactionnaire".
 - (3) Cette idée qui semblait s'imposer théoriquement (voir T.J. Boudreau, "Le marché des soins médicaux et l'organisation de la profession médicale", Relations Industrielles, juillet 1964) a été acceptée en fait par les médecins. Voir mémoire du Collège des médecins au gouvernement de la province de Québec, septembre 1964, p. 12, recommandation no 14 et Gérard Hamel, "Socialisation de la médecine", Communication présentée au 1er Congrès des Affaires Québécoises, 22 oct. 1965, (MIMEO) p. 13.

trer que la profession médicale s'est ralliée à l'idée d'un régime complet et où l'Etat aurait une part plus grande que celle que lui réservait le Memoire de 1962 et même celui de 1964. (1) Entre 1962 et 1965, la profession médicale s'est donc rendu compte qu'il "n'est pas impossible de dépersonnaliser le financement tout en personnalisant l'oeuvre". (2) Cela a permis à la profession médicale d'accepter des modes de financement où l'Etat aurait une plus grande part. L'option du financement par primes ou par fiscalisation a même été explicitement ouverte par la profession médicale. (3)

L'évolution assez substantielle dans les positions défendues par la profession médicale dans les dernières années consoli- de une série d'exigences assez précises mais, chose importante, la volonté de dialogue n'est pas exclue. En un sens la position extrême des associations médicales en 1962 s'est assouplie quelque peu et l'idée d'une composante publique et d'une composante privée dans la consommation médicale (laquelle était présentée dans les Memoires de l'Association canadienne des optométristes - paragraphe 92 - et dans le mémoire de la Canadian Pharmaceutical Association sections 12 et 13) est maintenant admise. L'attitude des administrateurs d'hôpitaux à l'intérieur de ce cadre paraît plus conservatrice (4) mais il se peut que dans ce secteur les opinions aient évolué depuis 1962.

Financement.

Ainsi que l'on pouvait s'y attendre, le financement de l'assurance-maladie a été discuté dans des termes qui ne révèlent tout au moins à la première lecture, aucun consensus. Un examen rapide des mémoires soumis à la Commission Hall par les Services de Santé du Québec et par la Canadian Health Insurance Association montre bien les divergences fondamentales de positions. Le premier groupe réclame l'assurance-maladie obligatoire "mixte" financée par primes (avec participation du gouvernement dans le cas des miséreux) et tendant à devenir de plus en plus complète. Le second insiste dans ses deux mémoires à la Commission Hall sur l'assurance-maladie facultative et privée, s'en remettant en complète quie-

(1) Gérard Hamel, op. cit. p. 11.

(2) Gérard Hamel, op. cit. p. 12.

(3) "Nous croyons qu'une étude approfondie devrait précéder le choix de l'une ou l'autre méthode, (financement par primes ou par fiscalisation)" G. Hamel, op. cit. p. 10. Il faut admettre que dès les paragraphes suivants des préférences pour la première solution sont révélées.

(4) Memoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé par l'Association des administrateurs d'hôpitaux de la province de Québec, avril 1962.

tude au marché pour les opérations de l'assurance-maladie, sauf pour le cas des indigents qui se verraient remettre sur demande une carte leur permettant d'acquiescer en tout ou en partie l'assurance de leur choix d'une compagnie autorisée. (1)

La seconde position, pour inacceptable qu'elle puisse paraître à certains qui auront compris que les services de santé ne sont pas des biens purement privés, est tout au moins logique et doit être jugée à partir d'un examen des "performances" du marché dans le cas de la santé. Il serait plus facile d'accepter la position des Services de Santé au Québec qui, à toutes fins pratiques, réclament une forme d'entreprise "mixte" pour le financement de la consommation d'un bien non-privé. (2)

Autres éléments de la réalité québécoise dans le domaine de la santé.

Un certain nombre d'autres faits peuvent être relevés au passage. Ils permettront de mieux poser le problème de la définition d'une politique de la santé au Québec.

D'abord il faut noter la levée de boucliers contre certaines mesures très précises comme le ticket modérateur. Et les médecins et les consommateurs semblent s'y opposer avec une vigueur égale. (3) Un autre fait intéressant est le fait qu'on ait pu réunir une conférence à Ottawa dont "le but officiel . . . était de réaffirmer la volonté populaire d'un régime universel d'assurance-santé". (4) Face à l'apathie canadienne un tel déploiement n'est pas sans signification profonde.

(1) "The Financing of medical care for the Canadian people deserves a dynamic atmosphere quickly susceptible of constructive change & progress. No one company, no government can provide this. The market place can." Paragraphe 43 de la "Supplementary submission of the Canadian Health Insurance Association" à la Commission Hall.

(2) Le Mémoire de "Les Services de Santé du Québec" est explicite à ce propos. Il réfère à la santé comme "bien personnel aussi un actif social" (p. 6) et perçoit les faiblesses de l'entreprise privée face à un problème de ce genre (p. 4). Le ch. V sur le financement est l'une des plus sérieuses discussions du problème que nous ayons rencontrée dans les Mémoires soumis à la Commission Hall.

(3) Voir Mémoire de la C.S.N. à la Commission Hall (p. 6); aussi G. Hamel, op. cit. p. 7-8 où le ticket modérateur devient une "mesure antisociale".

(4) Le Devoir, 2 décembre 1965. Le juge Emmett Hall a même souligné le fait que le débat sur les services de santé semblait révéler un certain degré d'unité canadienne - The Ottawa Citizen, 29 novembre 1965.

Un autre point sur lequel il faudrait insister est le consensus qui semble établi en faveur d'un régime "complet". Les consommateurs semblent le réclamer, et chaque profession reliée au monde de la santé semble croire que le service qu'elle dispense devrait être couvert "lui aussi". Même les mutuelles d'assurance favorisent une couverture des risques qui devrait aller toujours grandissante. On trouve même dans le Rapport du Comité sur les effectifs médicaux du Collège des médecins cette déclaration éner-
gique:

"Par ailleurs, il ne semble plus faire de doute que le Québec, à l'instar de d'autres provinces, aura éventuellement un régime universel d'assurance contre les frais médicaux qui aura pour effet d'éliminer en bonne partie, sinon en entier, l'influence de la variable "revenu" sur la consommation médicale." (1)

Face à l'insécurité, il semblerait donc que la population réclame une couverture complète des risques comme un absolu. Le Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec a pu dire, parlant de la recherche d'une sécurité minimum:

"Tous les biens et services considérés comme indispensables au développement physique et intellectuel normal de l'être humain doivent être accessibles à tous. Tel est le principe qui sous-tend toutes les demandes de mesures sociales." (2)

Mais les médecins, en particulier, devant ces demandes ont invoqué comme argument décisif le fait que la qualité des soins pourrait fort bien décroître devant ces demandes accrues. Or il semble que cette possibilité doit être réduite à des proportions plus modestes que celles que les médecins veulent lui donner. D'abord, il s'agit d'un intangible dont on peut dire qu'il n'est pas certain qu'il ne soit pas complètement éliminé par d'autres intangibles comme les économies externes inhérentes à une plus vaste distribution des soins. En effet, le changement technologi-

(1) Rapport du Comité d'Etude sur les Effectifs Médicaux, Collège des médecins, Montréal, février 1965, p. 40.

(2) Mémoire du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec à la Commission Hall, avril 1962, paragraphe 210; G. Hamel, op. cit. propose même l'argument de la vanité des épargnes qu'amènerait la non-couverture des "petits risques", p. 8.

que semble parfois mal interprété par les médecins (1) ou encore tout simplement oublié. (2) Une autre explication pourrait être la volonté des médecins de maintenir leur revenu.

Nous arrêterons ici cet examen trop succinct de la réalité québécoise en face de l'univers de la santé. Nous sommes en présence d'une société pleinement consciente qu'elle vit dans une ère de "consommation de masse" au coeur d'un continent riche. Pour cette population l'insécurité est devenue un "mal public" qu'il faut réduire complètement et à tout prix. Ceci, les gouvernements l'ont senti qui parlent de nos politiques socio-économiques (bien-être, santé, travail, éducation) comme de la nouvelle priorité. (3) En même temps il semble que les "définisseurs de situation" prennent plaisir à poser bien clairement que l'économie est "assez forte pour subvenir aux besoins de l'éducation et de la santé..." (4) ce qui ne peut que soulever davantage les grandes ferveurs. A l'intérieur de ce monde, les professions de la santé perçoivent elles aussi que la conjoncture leur est favorable. On assiste alors à un effort d'ajustement de la part des professions de la santé qui envisagent la possibilité d'établir à court terme les fondements d'un régime qui leur permettrait de préserver leur situation économique actuelle.

-
- (1) G. Hamel érige en loi générale que "les progrès techniques élèvent le prix des biens et services", op. cit. p. 4.
 - (2) Le docteur Arnold Swanson a pu déclarer dans sa conférence prononcée dans le cadre du récent meeting sur les services de santé à Ottawa que "The number of patients increased considerably following medicare (il parlait de la Saskatchewan) with no increase in the rate of cost. This probably indicates a lack of gain in quality of hospital care following the introduction of medicare". The Ottawa Citizen, 30 novembre 1965.
 - (3) Manchette à propos d'un discours de M. Lesage, Le Devoir, 29 nov. 1965.
 - (4) Remarque du juge Emmet Hall: Le Devoir, 29 nov. 1965.

CHAPITRE IV

MATERIAUX POUR LA DEFINITION D'UNE POLITIQUE DE LA SANTE AU QUEBEC

La notion de politique socio-économique n'a pas une signification technique précise. On pourra cependant la définir avec T.H. Marshall comme "the policy of governments with regard to action having a direct impact on the welfare of the citizens, by providing them with services or income". (1) Cette définition n'est pas spécialement bonne mais elle permet tout au moins de se rendre compte que la politique de la santé n'est qu'un des éléments à l'intérieur de cet ensemble que nous avons nommé "politique socio-économique". Ces politiques socio-économiques ne sont d'autre part qu'une sous-section des politiques gouvernementales. Il semble donc que les politiques socio-économiques qui vont consommer certaines des ressources mises à la disposition des gouvernements soient justiciables du même type d'analyse que celle employée pour examiner les politiques fiscales, monétaire etc...

Cette équivalence a cependant été mise en doute par certains chercheurs qui ont voulu isoler en quelque sorte ces problèmes socio-économiques, leur donner un "statut particulier". (2) Cela évite en effet au chercheur l'odieux de certains "trade-offs" et l'inéluctable obligation de soumettre les décisions en ce domaine au test de la raison. Il nous semble qu'il s'agit là d'une position indéfendable, ce qui nous amène évidemment à nous demander avec Macbeath si les politiques sociales peuvent être rationnellement fondées? (3) Il s'agit là d'une question à laquelle on n'a donné que peu de temps et d'efforts parce que, ainsi qu'on l'a montré au chapitre I, les économistes ont trop facilement accepté que les valeurs qui fondaient leur recherche étaient hors du domaine de la raison économique. Nous avons objecté à de telles propositions que le problème était important, même si difficile, et nous avons tenté de définir une stratégie qui nous permette de faire avancer le débat.

Dans les chapitres II et III, nous avons établi les bases d'une discussion rationnelle de la politique de la santé au Québec

(1) T.H. Marshall, Social Policy, London 1965, p. 7.

(2) Voir par exemple, W. Hagenbuch, Social Economics, Cambridge, (England) 1958.

(3) C'est le titre d'une plaquette de A. Macbeath, Can Social Policies be rationally Tested?, London 1957.

en définissant d'une façon un peu plus précise la nature des soins dont il allait être question pour ensuite tenter d'établir de façon maladroite et partielle ce que désiraient les Québécois. Il ne nous reste qu'à montrer comment ces éléments une fois réunis, nous aideront à proposer des réponses à ces deux questions fondamentales, à savoir la quantité de ressources qui devraient être allouées au secteur des soins d'une part, et la nature du mécanisme d'allocation approprié, d'autre part.

On peut dire qu'avec la nourriture et le logement, la santé est l'un des biens les plus importants. Il n'est donc pas surprenant de voir l'insistance des Québécois et des Canadiens en général à vouloir considérer les soins comme biens prioritaires. D'autre part tout gouvernement moderne se doit d'accepter la responsabilité de la santé de ses administrés. (1) Mais ceci ne permet pas de déterminer quel pourcentage du produit national brut devrait être alloué aux soins ni de décider si le gouvernement doit prendre en mains la responsabilité de pourvoir lui-même et directement aux besoins de tous les citoyens en matière de santé. Comme le dit Marshall c'est par un processus plus complexe qu'une société arrive à définir ce qui doit constituer un niveau approprié de services étant donné son niveau de civilisation. Encore que cet équilibre demeure précaire et à la merci d'un changement dans les préférences qui va faire que ce qui avait été considéré comme adéquat devient tout bonnement nettement insuffisant. (2)

Quant à la division du travail entre l'Etat et le secteur privé, elle dépend évidemment de facteurs idéologiques (3) mais aussi de la nature même du bien ou du service dont il est question, ainsi que nous l'avons mentionné au chapitre II. Mais il demeure que ce dernier facteur joue de façon considérable non seulement au Québec mais dans tout l'univers des pays dits développés. C'est ainsi qu'une étude assez récente (4) montrait que l'augmentation dans le pourcentage du produit national brut alloué aux services de santé via la sécurité sociale (et ce pour 22 pays étudiés) semble être "expliquée" statistiquement à peu près exclusivement par le nombre de décennies depuis l'introduction de la première mesure d'assurance sociale. Ces résultats tendent à démontrer que les forces agissant sur l'importance des dépenses pour la sécurité sociale ont un certain degré d'autonomie. (5) De plus ils semblent indiquer qu'un processus de rattrapage est déclenché si certains programmes de sécurité sociale ont paru avec du retard

(1) T.H. Marshall, op. cit. ch. 10

(2) idem.

(3) S.E. Harris, *The economics of American medicine*, New York 1964, ch. 2.

(4) H.J. Aaron, *Social Security in an Expanding Economy*, Unpublished Ph. D. Thesis, Harvard University, May 1963.

(5) H.J. Aaron, op. cit. pp. 201-205.

par rapport aux autres catégories. (1) Ce dernier point semble se vérifier si l'on examine les dépenses du gouvernement du Québec depuis dix ans. (2)

Une autre variable significative pour l'explication de l'importance des dépenses en matière de santé semble être l'importance du financement gouvernemental. (3) On peut donc résumer assez bien la situation en disant que les forces autonomes et de rattrapage, le financement gouvernemental et le revenu sont les forces déterminantes dans l'évolution du pourcentage du produit national brut alloué au poste santé.

A ces forces qui jouent du côté de l'offre, il faut ajouter celles, toutes subjectives souvent, qui jouent du côté de la demande; mentionnons: le changement de certaines valeurs fondamentales au Québec au cours de la dernière décennie, la constatation de certains retards, l'utilisation du gouvernement comme instrument de rattrapage, la récente évolution de la notion de "niveau satisfaisant", dans presque tous les domaines.

Il nous semble ressortir des mémoires québécois à la Commission Hall que le Québec, venu plus tard à la sécurité sociale, est devenu conscient d'un retard. On a fait des compilations (médecins, lits d'hôpital par milliers d'habitants) et des comparaisons avec l'Ontario en particulier pour confirmer cette impression de retard.

En même temps on assiste à une révolution dans les esprits et dans les anticipations qui fait que le gouvernement prend une plus grande part aux affaires de la province et que la population devient plus exigeante. Le processus de rattrapage est en cours mais si l'allocation des ressources entre les divers secteurs doit être déterminée par les préférences des consommateurs, il semble que l'on puisse dire qu'il y a sous-consommation de soins au Québec. Cette sous-consommation doit être considérée comme normale cependant au niveau actuel d'intervention, si l'on accepte de voir ces soins comme des biens non-privés. Il n'y a pas de raisons pour que les consommateurs soient prêts à dépenser leur argent pour des biens dont ils sont incapables de s'approprier tous les avantages.

On peut s'attendre cependant à ce que la participation ac-

(1) Il semble possible de relier ici le mécanisme sous-jacent à ce processus de rattrapage à l'importance du financement gouvernemental souligne plus bas.

(2) Etude statistique des dépenses du Gouvernement du Québec, Bureau de la Statistique du Québec, Ministère de l'Industrie et du Commerce, Québec, mars 1964, Ch. III.

(3) Ibid.

crue du gouvernement fasse que la proportion du produit national brut qui sera allouée à la santé augmente.

Une autre raison de croire que la consommation de soins au Québec est trop basse est que la consommation réelle est bien plus basse que la consommation mesurée en termes monétaires. Une partie de l'accroissement relatif de ce poste dans les dernières années nous semble devoir être expliquée par un accroissement plus que proportionnel des prix de soins par rapport aux indices de revenu et de prix des autres types de services. (Ceci demeure une hypothèse à vérifier). Une troisième raison est (et ceci nous ramène au premier point) que presque toute la consommation est à ce stade curative et que l'on ne peut s'attendre à ce que les consommateurs achètent sûrement des services de santé pour prévenir la maladie.

Les ressources allouées au secteur "santé".

Il faut donc davantage. Mais jusqu'où faut-il aller? Pour répondre à cette question, il nous faudrait procéder à une analyse en termes de bénéfices et coûts de toutes les politiques qui entraînent une utilisation des fonds publics. Il s'agit en effet de la technique d'analyse qui s'impose logiquement pour l'examen des politiques impliquant les biens non-privés. Mais nous savons aussi qu'un tel travail dépasse grandement les cadres de cette étude et les cadres mêmes du problème de la santé. Est-ce que la population du Québec est d'accord avec les préférences du Professeur Madden qui dit que la santé est plus importante que l'éducation gratuite? Alors faut-il arrêter le programme de construction d'écoles (ou tout au moins le freiner) pour pouvoir investir dans un système de services de santé complets. A quel moment peut-on dire qu'un dollar de plus investi dans le secteur des services de santé aurait pu être mieux utilisé "pour l'intérêt général" dans le secteur de l'éducation? Pour pouvoir répondre à cette question il nous faudrait d'abord pouvoir établir les coûts et bénéfices directs et indirects des soins à la lumière des desiderata de la société et des caractéristiques technologiques (externalités, etc...) de ces biens. Or ceci est impossible pour le moment. (I)

(I) Le lecteur qui voudra mesurer les difficultés d'un tel travail pourra consulter R.N. McKean, Efficiency in government through systems analysis, New York 1958 ou encore J.V. Krutilla & O. Eckstein, Multiple purpose River Development, Baltimore, 1958 ou encore R. Dorfman (ed), Measuring benefits of government investments, Washington, 1965.

Le même problème, pourra-t-on dire, va se poser au moment de décider de l'allocation entre les divers services de santé, des ressources "votées" au secteur santé. Mais il ne faut pas oublier ici que nous avons déjà établi un certain nombre de contraintes qui vont jouer et rendre un certain nombre d'options plus faciles. Ainsi il nous semble clair que, tout au moins pour la prochaine décennie, la population du Québec va réclamer que la consommation des soins demeure libre et privée. D'autre part, on ne saurait mettre en question pour le moment le caractère privé de la production des soins en général.

Il reste donc au gouvernement une seule voie d'accès, soit la sphère du financement des services de santé. Si l'on accepte que l'intervention gouvernementale demeure un sujet de controverses à l'intérieur de la population québécoise, on ne nie plus la nécessité d'un rôle de l'Etat. Mais certains insistent encore sur le fait que l'Etat ne doit pas avoir un rôle autre que supplétif.

Que dire par conséquent de ce qu'on attend de l'Etat dans le domaine de la santé? Sans aucun doute:

- a.- qu'il supplémente le marché lorsque celui-ci est déficient;
- b.- qu'il agisse de façon à tirer parti des externalités présentes dans le secteur des services sanitaires;
- c.- qu'il corrige à l'occasion des structures de consommation périmées;
- d.- qu'il rappelle constamment à la population ce que ses demandes veulent dire en termes de ressources pour la société;
- e.- qu'il utilise la contrainte aussi peu que possible mais autant que nécessaire afin que, dans l'intérêt général, (ou pour le bien commun comme disent les Mémoires) une allocation optimale des ressources entre les secteurs de la santé et les autres secteurs et à l'intérieur du secteur de la santé soit réalisée aux moindres coûts en argent et en personnel. (I)

Ces quelques propositions qui nous semblent ressortir clairement comme un consensus, conjuguées à nos discussions plus précises des deux derniers chapitres, devraient nous permettre de poser certains jalons d'une politique de la santé au Québec: ceci fait

(I) Nous n'avons pas tenté de définir explicitement le fondement de chacune de ces propositions, ce qui nous aurait forcé à revenir sur le matériel couvert dans les chapitres antérieurs. Voir F. Perroux, "Les macrodécisions", Economie Appliquée, no 4, 1949.

que si nous devons avouer qu'il nous est impossible de dire combien devrait être alloué au secteur des services sanitaires, il est possible cependant d'une part de dire qu'il y a de fortes présomptions pour que la consommation globale de soins au Québec soit relativement trop faible et d'autre part que nos analyses des chapitres II et III nous permettent à tout le moins de déterminer certaines caractéristiques du mécanisme qui devrait être mis sur pied pour réduire cet écart.

Les mécanismes d'allocation.

Nous allons discuter ce problème en trois temps.

a) Les formes de participation.

Il faut d'abord décider de la participation publique et privée dans les divers secteurs de l'univers de la santé. Cette participation sera différente selon que l'on s'occupera de la prévention de la maladie ou de la guérison et de la réhabilitation du malade. En fait la prévention constitue une portion infime des budgets de consommation des soins médicaux. Il s'agit, dans le cas de maladies contagieuses, de soins dont les externalités sont extrêmement grandes, et ce fait a déjà été accepté implicitement par les autorités qui ont mis sur pied des services de dépistage et des mécanismes d'hospitalisation obligatoires. En fait, les économies externes sont telles que l'on n'a pas hésité à organiser, à l'intérieur du secteur public, les services nécessaires à cette consommation publique. Il nous semble que l'on devrait étendre à toute la médecine préventive, tout au moins, des mesures de ce genre.

Dans le cas de la médecine curative (à l'exclusion des maladies contagieuses) nous avons vu que les parties en présence, i. e. les consommateurs et les producteurs, ont insisté sur un certain degré de liberté. Il se peut fort bien cependant que les mécanismes du marché fassent que des quantités suboptimales de ces soins soient consommées. Il est douteux en effet que les consommateurs soient prêts à sacrifier aux soins une portion de leur revenu qui soit un tant soit peu élevée. L'incertitude même qui caractérise l'incidence de la maladie fait que la consommation de soins est assez peu maniable comme variable (il ne saurait être question de traiter tout le monde pour tout, par exemple, sans égard pour le fait qu'ils soient malades ou non).

D'un autre côté les producteurs de soins insistent sur le caractère sacré de "leurs droits fondamentaux". Il ne reste alors au secteur public qu'à intervenir au niveau du financement. Une telle intervention a d'ailleurs été acceptée à la fois par les consommateurs et par les producteurs. Il n'est pas de raisons cependant pour que cette intervention soit uniforme à travers le champ des services sanitaires parce que, ainsi que nous l'avons dit, le secteur public est justifié d'intervenir pour suppléer à

un marché défaillant ou déficient. C'est du moins le cas à ce stade-ci de notre évolution socio-politique.

L'un des problèmes soulevés par une intervention de ce type est qu'elle s'insère dans un univers technique assez complexe à analyser. On sait que la guérison va être fonction de la conjugaison de soins médicaux proprement dits, de soins dentaires, de soins hospitaliers et de produits pharmaceutiques. Encore que cette liste puisse fort bien ne pas convenir au spécialiste. Or les deux questions qui se posent en face de ces secteurs sont les suivantes: quelle est l'importance de la composante publique de chacun? Quel contrôle un secteur public qui subventionnera la consommation et la production de ces soins doit-il avoir sur ces secteurs?

Nous serions tenté de poser comme hypothèse que le rangement en termes d'importance décroissante de la composante publique serait: soins hospitaliers, soins médicaux, soins dentaires, soins paramédicaux, produits pharmaceutiques. Mais il ne s'agit là, faut-il le rappeler, que d'un arrangement plausible et en fonction de nos préoccupations à ce stade de notre travail. Ceci tendrait donc à supporter les tendances à ce jour de notre politique de la santé qui a procédé à l'organisation des soins hospitaliers, financés totalement à même la fiscalité, pour ensuite s'attaquer au problème des soins médicaux.

Mais l'intervention dans le domaine des soins médicaux devra être différente, et la création d'une médecine conventionnée nous amène à poser la question du degré de contrôle qu'aura le secteur public sur celle-ci. Nous avons mentionné plus haut ce qui semble être une politique de maintien du revenu que semblerait suggérer la profession médicale. Il nous semble que telle ne pourrait être la base de négociations fructueuses entre le secteur public et la profession médicale. Les conditions d'admission à l'exercice de la médecine et le caractère de profession fermée conférés par l'organisation corporative n'ont jamais été analysés. Or il nous semble qu'on ne saurait demander à l'Etat de rémunérer les membres d'une profession qui serait libre de fixer ses prix à un niveau non-concurrentiel.

Restera à décider des formes de cette participation publique. Puisque nous sommes en face de soins qui sont non-privés, le financement approprié en serait un qui aurait une composante publique et privée. Nous savons déjà que le gouvernement fédéral s'est engagé à payer 50% de la moyenne du coût national des soins médicaux sous forme d'une subvention per capita financée par la fiscalité. Il nous semble qu'une façon intelligente de financer la balance serait de préférer un impôt de sécurité sociale qui serait progressif jusqu'à un plafond de revenu. La moitié du coût serait alors financée par la fiscalité et l'autre moitié par cette cotisation spéciale. Cette proposition pourrait être amendée de façon à ce qu'un pourcentage inférieur à 50% du coût national moy-

en soit porté par la prime si l'on croit que la composante publique de cet ensemble de soins qui seraient couverts est plus élevée qu'il n'a été assumé. Cette approche aurait comme avantage de laisser la portion "cotisation" varier pour absorber les fluctuations dans les dépenses à ce poste, ce qui ferait en sorte de rendre la population sensible aux coûts additionnels créés par une demande excessive de soins.

Il doit être clair dans l'esprit du lecteur que nous ne croyons pas que cette sensibilité collective puisse remplacer complètement les mécanismes de l'intérêt personnel tels qu'on les observe dans les marchés de biens privés. C'est tout au plus un pas dans la bonne direction.

b) La couverture.

Il nous faut en arriver en second lieu à définir ce qui devrait être couvert dans un régime financé par le mécanisme que nous avons décrit plus haut. Nous avons mentionné qu'il était possible de diviser les composantes du processus de guérison en cinq sous-groupes. Or il nous semble que les deux premiers sous-groupes (hôpital, soins médicaux) ne posent pas de problèmes sérieux si ce n'est dans les modalités que l'intervention publique doit prendre, et dans les politiques parallèles qui, nous semble-t-il, devront être adoptées. Tel n'est pas le cas des trois dernières catégories: soins dentaires, soins para-médicaux et produits pharmaceutiques.

La première de ces catégories nous apparaît presque comme un cas marginal des soins médicaux. Comme les soins médicaux, les soins dentaires sont à l'heure actuelle consommés en très grande partie pour des fins curatives. (I) Comme pour les soins médicaux également ces soins sont dispensés par une profession "autonome", qui fait appel à un certain nombre de groupes "para-dentaires" pour l'assister.

En fait ce qui probablement contribue le plus à distinguer les soins dentaires des soins médicaux est la priorité qu'il semble nécessaire d'accorder aux enfants dans le premier cas. La fréquence des affections dentaires (en particulier la carie) au moment de la croissance et le haut rendement des soins dentaires en termes de bien-être et de niveau de santé général des enfants semblent imposer une certaine priorité à ces soins.

(I) Il existe dans le domaine des soins dentaires, un certain nombre de mesures préventives possédant une composante publique très importante et qui ne peuvent être organisées que par les autorités publiques. Nous rangeons dans cette catégorie la fluoruration des eaux dont le rendement par rapport aux coûts semble spectaculaire.

Par ailleurs, la pénurie relative de personnel dentaire ne permettrait peut-être pas le fonctionnement efficace d'un régime qui offrirait immédiatement les soins dentaires à tous.

La seconde de ces catégories pose nettement un problème d'identification. Or il ne semble pas dans l'intérêt général de définir arbitrairement lesquels parmi ces groupes qui gravitent autour du médecin dans son travail et qui effectuent un travail complémentaire au sien, sont des aides précieux, lesquels sont des fournisseurs de soins de luxe et lesquels enfin sont des charlatans représentant un mal public. Or si l'on inclut un de ces groupes sans inclure les autres, on fait jouer une discrimination qui peut fort bien manquer de fondement. Seule une recherche très sérieuse menée par un ensemble de chercheurs qualifiés empruntés aux divers groupes intéressés et à d'autres pourra établir les normes d'acceptabilité de ces services à l'intérieur de l'assurance-maladie. De plus il faudra bien s'entendre sur le sens d'une telle recherche qui tendra à établir l'utilité et l'importance de la composante publique des soins offerts par ces divers groupes.

L'inclusion des produits pharmaceutiques ainsi que toute la gamme des prothèses, pose aussi des difficultés sérieuses. Nous ne toucherons ici que le cas des médicaments qui est patent.

Il est en effet très difficile de déterminer l'importance de la composante publique des produits pharmaceutiques. En effet cette composante publique varie énormément d'un produit à l'autre. Qu'il suffise en fait de considérer que certains vaccins peu coûteux ont un rendement extrêmement considérable, alors qu'on a déjà vu certains médicaments s'avérer après un certain temps des dangers publics. Par ailleurs, la structure actuelle de cette industrie et de ses marchés de distribution commande la prudence et incite à éviter tout mouvement trop précipité et trop global dans les circonstances actuelles. Aucune étude sérieuse, à notre connaissance, n'a été faite de l'industrie et du marché des médicaments au Canada. Mais les travaux faits aux Etats-Unis, dans une société donc qui a une industrie semblable à la nôtre, sont probant. (I) La confusion cependant reste grande puisque les médicaments, malgré tout, ont contribué à réduire substantiellement

(I) S.E. Harris, The Economics of American Medicine, New York 1964 Ch. 4. Ces résultats cependant demeurent partiels et Klarman dans The Economics of Health n'a que peu à dire à ce propos si ce n'est "that an analysis of the economics of the drug industry would yield a substantial pay-off" (p. 76). Klarman dit un mot de l'effet des médicaments sur la productivité du médecin. (p. 153 ss).

les coûts de guérison en réduisant par exemple la durée des séjours à l'hôpital, même si ces travaux ont révélé dans cette industrie des profits très considérables, des pratiques monopolistiques et une publicité qui ne fait qu'augmenter la différenciation artificielle de produits identiques quand elle n'est pas tout simplement malhonnête. Le dépistage du pour ou du contre reste donc à faire et ne pourrait être établi que par une étude sérieuse de cette industrie. Pour le moment, les informations manquent toujours et il ne nous semble pas possible de définir des "politiques parallèles" qui assureraient que les subsides du secteur public vont se matérialiser sous forme de gains réels maxima pour le consommateur.

Il est important de noter que ces exclusions ne vont pas sans créer des difficultés. En effet les soins hospitaliers, médicaux, dentaires, paramédicaux et les produits pharmaceutiques sont tous des facteurs dans le processus de guérison, et tous ces soins sont, jusqu'à un certain point, des produits substitués. Nous avons mentionné plus haut par exemple que les médicaments avaient réduit la longueur des séjours à l'hôpital.

De la même manière, le fait d'inclure les soins médicaux sans inclure les médicaments (même en partie) tendra peut-être à créer des distortions dans le processus de guérison. On peut s'attendre, "ceteris paribus", à une efficacité moindre des soins médicaux et probablement à une plus grande demande pour ces derniers. En somme l'exclusion de ces soins risque de produire une allocation des ressources qui ne sera pas optimum.

c) Certains ajustements particuliers.

Enfin, à partir de ces éléments, il faut procéder à toute une série d'ajustements. Nous n'avons pas l'intention de faire une liste exhaustive de ces ajustements mais plutôt d'en suggérer quelques uns qui viennent immédiatement à l'esprit après nos chapitres I et II.

Ainsi il semblerait qu'il y ait consensus des producteurs et des consommateurs de soins médicaux quant à l'élimination des frais dissuasifs. Cependant, comme le démontrent certains travaux du Comité, il y a au Québec certaines habitudes de consommation qui peuvent avoir pour conséquence de réduire la productivité des médecins à la disposition de la population. Ainsi, la demande plus forte de visites à la maison, par rapport aux demandes dans les autres provinces canadiennes, peut fort bien constituer un trait qu'il y aurait peut-être lieu de modifier. Ceci pourrait possiblement être fait en imposant un ticket modérateur sur les visites du médecin à la maison. Il s'agit en effet pour la société de prendre toutes les mesures nécessaires pour une utilisation

rationnelle des ressources médicales. Dans le même ordre d'idées, des mécanismes devront être mis au point pour décourager les exagérations, surtout dans les débuts du régime.

Un grand nombre de décisions devront être prises aussi en fonction des mécanismes mis sur pied pour administrer le régime québécois d'assurance-maladie. En effet, le fonctionnement d'un tel régime implique une certaine centralisation des instruments économiques et des pouvoirs de décision. De ce fait, ces instruments et ces pouvoirs deviennent des moyens qui peuvent être utilisés pour orienter le fonctionnement du régime et l'utilisation des ressources qui y sont impliqués de la façon la plus rationnelle possible. Parmi les problèmes que de tels mécanismes peuvent aider à solutionner par le simple jeu des incitations économiques, mentionnons celui de la structure de la consommation des soins, des abus de consommation, de la participation des professions, des politiques de main d'oeuvre professionnelle et technique, du contrôle des pratiques monopolistiques etc.

ANNEXE TECHNIQUE AU CHAPITRE I SUR

LA RECHERCHE DE L'INTERET GENERAL.

La question à laquelle nous essaierons de répondre ici est la suivante:

Quelle norme doit-on utiliser pour déterminer ou pour mesurer si une allocation donnée des ressources entre secteurs et à l'intérieur d'un secteur (e.g. la santé) est la meilleure allocation possible?

Cette norme, nous espérons la trouver à la fin de cette discussion des modes de définitions de l'intérêt général. Il ne saurait être question évidemment de découvrir au terme de cette discussion un étalon de mesure universel qui soit tout à la fois simple et satisfaisant pour tous les intéressés. L'économiste a beaucoup moins de prétention. La société poursuit des fins multiples, complexes et changeantes qu'il n'est pas toujours possible de percevoir sans équivoque, alors que la science économique, à laquelle on voudrait pouvoir s'en rapporter pour déchiffrer cette énigme s'est depuis toujours contentée d'analyses menées en fonction d'objectifs uniques. (I)

Mais le législateur ou le "définisseur de situations" ne peut se contenter d'ignorer le problème. Il a besoin de savoir quels sont les desiderata de la société s'il veut pouvoir orienter son action dans le sens du bien commun. Il devra soumettre à l'économiste et aux technocrates mieux que des fins nébuleuses, de vagues critères ou de vagues priorités, s'il veut obtenir des techniciens des recommandations précises quant aux moyens efficaces pour atteindre ces fins. Or, cela pose le problème de savoir comment l'on pourra construire un indicateur valable de ce que nous nommons l'intérêt général.

Le problème n'est pas récent mais il a pris une dimension nouvelle avec l'importance accrue de l'Etat dans la vie économique et sociale. Or si personne ne songe à nier ou l'importance ou la difficulté du problème, il demeure que l'on a trop souvent choisi de l'ignorer à cause du fait même que la pression n'est pas venue du côté des technocrates qui, particulièrement mal équipés pour développer des analyses en termes d'un pluralisme d'objectifs, ont souvent trouvé refuge ou alibi, face à la critique ou à l'inanité de leurs suggestions, dans l'ambiguïté et le vague des fins qu'on leur avait proposées. Dorénavant la pression se fera plus fortement sentir tout au moins du côté des économistes

(I) T.W. Hutchison, Positive economics and policy objectives, London, 1964, ch. IV.

qui, forts des travaux récents qui dépassent explicitement ce monisme d'objectif dans l'analyse économique des politiques gouvernementales, voudront utiliser ces instruments d'analyse même rudimentaires et imparfaits.

D'autre part l'on peut s'attendre à ce que le législateur, à l'âge de la planification, se voie de plus en plus forcé à définir des buts ou objectifs proches et lointains. Ceci établit bien les deux niveaux où se pose l'importance de la recherche d'une mesure de l'avantage collectif.

En effet, au Québec, la définition de l'avantage collectif est importante à deux points de vue: au plan de la justice économique et au plan de la politique économique. (1)

Le problème de la justice économique est posé par les situations de conflits qui sont parties intégrantes de la vie sociale, et, ainsi que le note Scott Gordon (2), les problèmes de valeurs vont s'insérer dans l'univers économique soit par exemple par une pondération donnée au problème de la distribution du revenu, soit plus fondamentalement par la prise en considération des besoins et desirs des unités économiques composantes. Gordon n'est toutefois pas optimiste à la fin de son examen des divers critères et des diverses idées de justice économique et, forcé d'admettre que la notion de justice économique nous échappe, il doit se rabattre sur le fait qu'au moins l'on perçoit l'injustice et qu'on peut l'identifier lorsqu'elle est assez grande, en faisant appel à l'une ou l'autre des idées de justice économique qu'il a suggérées. D'autre part ces critères de justice économique sont eux mêmes des composantes d'un mélange culturel qui aura à être démêlé "hic et nunc" (3). Il semble donc que la considération de l'idée de justice économique renvoie à la définition de l'intérêt général.

Spécificité de la fonction d'avantage collectif.

Cette étude a aussi un intérêt indéniable pour le technocrate. Le Québécois n'a pas nécessairement les mêmes goûts et intérêts que ses congénères nord américains. Or il est important que l'on se penche sur la définition de ces éléments de son avantage

-
- (1) Ces deux dimensions recoupent assez bien celles retenues par V.W. Bladen dans son analyse de certains aspects économiques de l'éducation. Voir Financing higher education in Canada, Toronto 1965, Ch. V.
 - (2) H.S. Gordon, "Ideas of economic justice", *Daedalus*, Summer 1963, pp. 433-446.
 - (3) idem. "The various ideas of economic justice - exchange, desert, equality, merit, needs, expectation - are simply the components of a cultural compound", p. 446.

collectif si l'on veut être en mesure d'élaborer des politiques adéquates et bien orientées.

Certains travaux préliminaires semblent confirmer l'impression que la structure des goûts des Québécois (telle que révélée par la structure des dépenses de consommation ventilées en catégories assez grossières) diffère de façon significative (statistiquement parlant) de celle des Ontariens. (1) L'intérêt plus spécifique d'une étude comme celle du professeur Palda, pour notre propos, réside dans le fait que celle-ci examine certains paramètres de comportement en relation avec l'agrégat "dépenses de consommation pour soins médicaux", à partir des données fournies par le relevé des dépenses des familles urbaines du Bureau fédéral de la statistique. (2) Ces calculs ont amené Palda à conclure à la fin de son mémoire qu'on ne devrait pas être aussi sceptique à propos des différences culturelles auxquelles il est devenu normal de faire allusion au Québec. Si de telles différences existent, il pourrait être très maladroit de s'en tenir à l'utilisation de certains paramètres pan-canadiens au moment de définir une politique de la santé au Québec. Là encore le problème renvoie à la définition d'indicateurs valables de l'intérêt général pour le Québec.

Obstacles à la détermination de l'avantage collectif.

Cependant l'importance de cette notion d'avantage collectif n'assure pas qu'on puisse le définir sans difficultés. En fait ce sont ces difficultés diverses qui ont souvent dicté aux chercheurs leurs solutions de compromis. Dans la suite de ce chapitre nous tenterons d'identifier brièvement certains niveaux de difficultés qui nous apparaissent importants, pour ensuite examiner certaines tentatives des chercheurs pour élucider le problème des fondements d'une stratégie de l'action.

D'abord il faut bien réaliser que nous sommes ici en face d'un problème que nous pourrions nommer de second ordre; car si nous avons besoin d'une fonction d'avantage collectif pour définir rationnellement une stratégie d'action, le choix même de cette norme demeure un problème de décision pour le législateur. Or quels seront les fondements de ce choix? Nous ne sommes plus dans l'ordre de la décision mais peut-être dans celui de la méta-déci-

(1) Voir par exemple l'étude de Kristian Palda, "A comparison of consumer expenditures in Quebec and Ontario", (MIMEO) 1965.

(2) A partir des données du D.B.S., Urban family expenditure survey, 1959, (62-521 Occasional) Ottawa 1960, Palda établit qu'il existe une différence substantielle Ontario-Québec dans l'élasticité par rapport au revenu disponible des dépenses pour les soins médicaux même après ajustement pour tenir compte des disparités dans la dimension des ménages: Québec . 653 et Ontario . 458.

sion. Or il n'existe pas de formule optimale pour la recherche des procédures optimales. (1) Pour trancher cette question, deux voies sont ouvertes: faire une sélection sur la base d'une préférence arbitraire, ou encore relâcher quelques-uns des postulats rigoureux sur lesquels le problème a été érigé. L'une et l'autre voies ont été utilisées, quoiqu'il puisse sembler difficile de légitimer l'emploi de la première.

Une possibilité intéressante suggérée par la seconde voie ferait qu'on pourrait se contenter d'adopter un comportement tendant à l'obtention d'un certain niveau de satisfaction, à la Simon, (2) dans cette recherche de la formule optimale à l'un ou l'autre niveau ou aux deux. Un tel changement abolit évidemment bien des prétentions puisqu'il implique qu'au lieu de croire être en mesure d'atteindre l'optimum, on accepte qu'il vaut mieux chercher à satisfaire un certain niveau d'aspiration jugé convenable. Le chercheur réduit par là l'ampleur de son travail en ce qu'il n'a plus besoin maintenant que de définir certains seuils. Mais le prix qu'il doit payer pour cette réduction de travail, c'est la perte de l'optimum probablement.

Un autre obstacle sérieux dans le processus de définition de l'avantage collectif est cette tendance à considérer comme plus claire l'idée qui nous sert le plus souvent. Cela conduit à valoriser certaines idées dont le seul mérite a été d'avoir été annoncées depuis trop longtemps. Il s'agit là évidemment d'un problème qui dépasse de beaucoup le cadre de nos préoccupations. Bachelard (3) a examiné très longuement les obstacles épistémologiques créés pour l'enquête scientifique par les expériences premières, les connaissances générales et la connaissance pragmatique sans parler des métaphores et des conceptions naïves. Sans reprendre la discussion de Bachelard, nous suggérons que la conception en stages (évaluatif et empirique) du processus de décision (4) et la réduction du problème de la définition de l'avantage collectif au stage évaluatif ont contribué à donner une importance considérable à ces facteurs d'inertie et de confusion dans un monde où l'on confond encore axiologie et éthique.

Un troisième problème, qui n'est peut-être qu'un cas parti-

-
- (1) R. Radner, "Mathematical specification of goals for decision problems", Ch. 11, in M.W. Shelly & G.L. Bryan (eds) Human judgments & optimality, Wiley 1964.
 - (2) H.A. Simon, "Theories of decision-making in economics", American Economic Review, vol. 49, pp. 253-283.
 - (3) G. Bachelard, La formation de l'esprit scientifique, Paris, 1957.
 - (4) D. Braybrooke & C.E. Lindblom, A strategy of decision, New York 1963, p. 57.

culier du second, mais sur lequel il est important de s'arrêter, se retrouve dans toute tentative de définition de l'avantage collectif. Il s'agit de cette prédilection pour les rangements (ranking) à partir d'un seul indice. Non seulement sommes-nous en face d'un travers important de la théorie économique conventionnelle, ainsi que nous le notions plus haut avec Hutchison, mais il nous faut admettre qu'il s'agit là d'un travers que nous retrouverons un peu partout dans les activités humaines que nous devons sonder pour obtenir une définition de l'intérêt général. (1) Ce travers va limiter non seulement l'utilité des modèles économiques conventionnels qui ne reconnaissent pas l'existence d'un pluralisme de buts, mais va toujours s'interposer entre l'informateur et le chercheur, quand ce dernier va tenter de définir à partir de certains témoignages une conception de l'intérêt général. Nous verrons plus loin les biais impliqués par ce biais simplificateur.

Diverses techniques de détermination de l'avantage collectif.

A toutes ces difficultés, les chercheurs ont réagi de diverses façons. (2) Il y a d'abord eu ceux qui ont tranché la question en insérant arbitrairement dans la discussion certaines valeurs, élevées, du fait même qu'elles avaient été choisies, au rang de critères. C'est la méthode des critères naifs. La sagesse conventionnelle en science économique a utilisé certains ensembles de valeurs de ce type. Il demeure que l'on ne peut facilement comprendre ou l'origine, ou l'importance, données à ces valeurs postulées. D'autres valeurs pourraient sembler tout aussi importantes à un autre observateur. Une telle approche peut avoir un certain intérêt pour les besoins d'une connaissance toute descriptive, mais elle ne saurait fonder aucune action. La simplification est devenue simplisme, et la difficulté n'est pas résolue, elle est simplement niée par l'insertion d'un jugement arbitraire. Si le plus souvent cet ensemble de critères naifs a été tout au plus vaguement mentionné, c'est que ces valeurs sans fondement n'étaient que vaguement liées aux actions qu'elles devaient fonder. Le caractère informe de cet ensemble arbitraire a été le premier à choquer. Certains ont dû insister sur des pondérations diverses de ces divers éléments à divers moments afin de légitimer même vaguement certaines politiques. Il est devenu clair que les divers buts ou les diverses valeurs directrices n'étaient en rien égaux.

Puisque ces buts n'étaient pas égaux, il fallait en établir clairement la hiérarchie. C'est la méthode des priorités. Cer-

(1) C.B. deSoto, "The predilection for single orderings", *Journal of Abnormal Social Psychology*, 62, 1961, pp. 16-23.

(2) Le paragraphe qui suit doit beaucoup au travail de D. Braybrooke & C.E. Lindblom, op. cit., Part I.

tains ont simplement posé un ordre sur ces multiples buts. D'autres ne se sont pas contentés de tels rangements et ont préféré établir une structure complexe de fins premières et secondes, (1) dont on peut dire que si elle semble plausible, elle demeure tout aussi arbitraire que les éléments qui la composent.

Plus récemment enfin, certains chercheurs qui avaient des préférences pour les études empiriques ont voulu et pu établir des estimations quantitatives des "trade-offs" entre les divers buts de la politique économique. Ces études ont l'avantage de bien faire voir les coûts alternatifs de toute action tendant à favoriser certains buts au dépens d'autres.

Il devient possible de calculer un certain nombre de "trade-offs" ex post ou ex ante, explicites ou implicites, dans les politiques de certains agents au plan macro-économique par exemple. (2) Cependant, encore une fois, il ne peut être question que de mesurer très imparfaitement des "trade-offs" entre certaines variables ou valeurs-indices qui supposément représentent certains buts qui reflètent jusqu'à un certain point l'intérêt général. Mais qu'est-ce qui fonde leur utilisation comme indicateur de l'avantage collectif?

Ce besoin d'un fondement plus sérieux à donner aux normes utilisées pour prendre la mesure des politiques, certains l'ont senti qui ont tenté à partir de principes premiers reconnus comme fondement de l'ordre social d'inférer l'ensemble de politiques structurelles puis qualificatives et quantitatives qu'on pourrait considérer comme optimal. (3) C'est dans cette perspective qu'apparaît la notion de fonction d'avantage collectif.

Cette notion qui, au plan théorique, pourrait apparaître acceptable est cependant ambiguë et cette ambiguïté est révélée par une dichotomie qu'utilise Massé, (4) PLAN DE L'ETAT, PLAN DE LA NATION. Cette distinction pose une question: est-ce que le critère doit être un intérêt général défini à partir des visées particulières des éléments composant la société, ou alors doit-il être défini directement par l'Etat au nom d'un bien commun qui soit différent de la somme des biens particuliers. La première possibilité ne conduit nulle part si ce n'est à la seconde. Ar-

(1) Par exemple, D.S. Watson, Economic Policy, Houghton-Mifflin 1960, Ch. 5.

(2) Voir G.L. Reuber, "The objectives of Canadian monetary policy 1949-1961: empirical trade-offs and the reaction curve of the authorities", Journal of Political Economy, April 1964.

(3) Voir J. Tinbergen, Economic policy: principles and design, Amsterdam 1956.

(4) P. Massé. Le plan ou l'anti-hasard, Paris 1965.

row (I) a montré qu'il n'était pas possible de construire un ordre total cohérent à partir d'ordres partiels cohérents, si ce n'est en introduisant la coercition. La seconde possibilité peut éviter la coercition par le biais de la participation, mais on peut dire que jamais on a réussi à construire une telle fonction d'avantage collectif et que, pour notre part, sans nier l'intérêt théorique d'une telle fonction, nous ne sommes pas en mesure de l'implanter dans la réalité socio-économique.

Notre méthode.

En face de ces approches qui toutes semblent mener à une impasse, nous voudrions consolider une approche un peu différente qui soit fondée sur trois propositions importantes. D'abord nous insisterons pour donner un fondement empirique aux valeurs directives qui vont sous-tendre les choix en matière de santé publique. C'est dire que nous nous efforcerons d'utiliser à peu près strictement des indices par lesquels les Québécois ont révélé leurs préférences.

Deuxièmement, afin d'éviter le cul-de-sac, nous allons réduire nos prétentions à définir l'optimum à de plus modestes proportions. En effet s'il n'est pas possible d'agréger en un indice unique fonctionnellement défini et pondéré à partir des différentes valeurs assumées par un groupe donné, il se peut que l'on doive se contenter ou bien de spécifier un niveau satisfaisant pour tous les buts sauf un (se contentant de maximiser la réalisation de ce but à l'intérieur des contraintes technologiques, de marché, des minima définis pour les autres buts, etc.) ou bien de spécifier un niveau satisfaisant pour chacun des buts et de rechercher simplement l'ensemble des actions qui vont satisfaire toutes ces contraintes. Dans ce dernier cas on pourra alors, procédant par itération, redéfinir les "niveaux considérés comme satisfaisants" à la lueur des possibles. (2)

Ceci nous amène à notre troisième proposition qui insistera sur l'interaction entre les valeurs et les politiques. On pourra même dire que ce à quoi nous voudrions tendre c'est un processus d'adaptation réciproque des aspects évaluatifs et empiriques du processus de décision. A la suite de Braybrooke et Lindblom (3) nous aborderons le problème de la définition d'une stratégie de l'action par une approche marginaliste et adaptative.

Mais avant de pouvoir définir empiriquement certaines pré-

(1) K.J. Arrow, Social choice and individual values, Wiley 1951.

(2) F.E. Balderston, "Optimal and feasible choice in organizations having multiple goals" (MIMEO) Feb. 1960.

(3) D. Braybrooke & C.E. Lindblom, op. cit., Ch. 5-6.

férences des Québécois, avant de chercher des niveaux considérés comme satisfaisants pour des indicateurs valables, avant de chercher à comprendre l'interaction des valeurs et de la réalité, même pour un domaine aussi restreint que celui de la santé, il va être essentiel de prendre la mesure du champ que nous allons explorer. Comme notre propos est plus spécialement de répondre à certaines questions quant à ce que devrait être un bon régime de soins, nous nous sommes efforcés au chapitre III de définir un cadre de référence qui nous permette d'analyser le problème de la santé au Québec. Cependant cette incursion dans l'univers de la santé ne devrait pas nous faire perdre de vue que nous ne pouvons ni ne voulons isoler ce secteur dans notre système de vases communicants. Au moment d'allouer ses ressources, une société n'a pas les moyens de cajoler beaucoup d'absolus. Plus de soins peut vouloir dire moins d'éducation. Après avoir exploré en profondeur le monde de la santé, nous devons tenter de l'intégrer dans cet univers plus vaste.

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION.....	3
CHAPITRE I : LA RECHERCHE DE L'INTERET GENERAL.....	5
CHAPITRE II : UNE PROBLEMATIQUE.....	7
CHAPITRE III : MATERIAUX POUR LA DEFINITION DE L'INTERET GENERAL EN MATIERE DE SANTE AU QUEBEC.....	18
CHAPITRE IV : MATERIAUX POUR LA DEFINITION D'UNE POLITIQUE DE SANTE AU QUEBEC.....	30
ANNEXE TECHNIQUE AU CHAPITRE I.....	41



