



JUILLET 2017

LA CENTRALISATION EN SANTÉ : UNE RECETTE VOUÉE À L'ÉCHEC

Par Germain Belzile, avec la collaboration de Jasmin Guénette

Depuis trente ans, le système de santé québécois connaît de multiples problèmes systémiques, en particulier des temps d'attente importants dans les urgences des hôpitaux et pour des chirurgies. Non seulement le ministère n'arrive-t-il pas à planifier le développement à long terme du réseau pour mettre fin une fois pour toutes à ces problèmes ; il semble aussi incapable d'allouer les ressources efficacement dès qu'un imprévu se manifeste.

Ainsi, l'arrivée précoce de la vague de grippe hivernale en 2000 crée une situation chaotique dans les urgences. Selon la porte-parole de la ministre de la Santé de l'époque, Pauline Marois, « c'est la première fois qu'un débordement survient lors des Fêtes, quand le personnel est en vacances. D'habitude, l'épidémie de grippe arrive plus tard »¹. Cette année, c'est l'arrivée de l'été qui a pris les gestionnaires de cours : « Cela s'annonce assez mal un peu partout. La situation est pire que l'an dernier, car le recrutement n'a pas été autorisé pour l'été »².

On peut se demander comment le ministre Gaétan Barrette peut prétendre connaître le nombre requis de futurs médecins une décennie à l'avance³, alors que ses gestionnaires n'arrivent pas à planifier l'allocation des ressources humaines pour quelque chose d'aussi prévisible que le passage des saisons.

Les commissions, groupes d'étude, injections de fonds additionnels et réformes structurelles du système de santé québécois se sont multipliés au cours des dernières décennies (voir le Tableau 1), sans amélioration notable de la situation. La dernière réforme en date est le projet de loi 130, qui prévoit une centralisation accrue des décisions dans les mains du ministre.

Pourtant, d'autres secteurs économiques ne semblent pas aux prises avec les mêmes problèmes récurrents. Il n'y a normalement pas de longs délais d'attente pour voir un dentiste, un comptable ou un coiffeur,

Tableau 1

Rapports, réformes et lois visant à régler les problèmes du système de santé, 1988-2017	
1988	Rapport Rochon
1990	Réforme Côté
1991	Adoption de la Loi 120
1995	Virage ambulatoire
1998	Adoption de la Loi 404
1999	Rapport Arpin
2001	Rapport Clair
2002	Rapport Romanow (pancanadien)
2003	Adoption des Lois 25 et 30
2005	Arrêt <i>Chaoulli</i> – Adoption de la Loi 83
2006	Adoption de la Loi 33
2008	Rapport Castonguay
2014	Adoption de la Loi 10
2015	Adoption de la Loi 20
2017	Dépôt du projet de loi 130

Sources : Assemblée nationale; Ministère de la Santé et des Services sociaux; Cour suprême du Canada.

et la plupart des biens et services qu'on peut acheter ne sont pas en rupture de stock à certains moments précis de l'année. Qu'y a-t-il donc de si particulier avec le secteur de la santé et existe-t-il des solutions ?

LA THÉORIE HAYÉKIENNE

Les économistes savent depuis longtemps que pour planifier la production de biens ou de services, beaucoup d'information est nécessaire. En santé par exemple, quelles sont les caractéristiques de la population desservie ? Quelle maladie doit-on soigner le plus souvent ? Combien de patients se

rendent chaque semaine à l'urgence ? Lorsqu'on planifie la prestation de soins pour huit millions de Québécois, le problème devient rapidement compliqué.

Friedrich Hayek (1899-1992), lauréat Nobel d'économie en 1974, nous aide à comprendre ces questions. Dans un article publié en 1945 et devenu un classique de la science économique⁴, Hayek explique que, s'il ne s'agissait que de collecter une information facilement disponible, le problème de la coordination économique pourrait être résolu par un grand nombre de calculs faits par des gestionnaires particulièrement compétents. Mais pour lui, le problème est plus fondamental.

Dans le cas d'un système complexe à grande échelle, la quantité d'information nécessaire afin de prendre de bonnes décisions par une planification centralisée est extraordinairement élevée. Et surtout, une grande partie de cette information n'est pas accessible, car connue seulement par les millions d'acteurs individuels, et seulement lorsqu'ils prennent des décisions et agissent. Étant donné qu'il n'existe pas de mécanisme central pour découvrir cette information, il est impossible pour des bureaucrates à la tête d'une organisation vaste et complexe de tout contrôler de façon efficiente.

À l'opposé de la planification, le marché permet une allocation efficace des ressources sans qu'il soit nécessaire de centraliser cette information. Les innombrables interactions entre les agents individuels dans les marchés produisent des prix, qui sont des signaux qui transmettent l'information sur les besoins et désirs des participants, la disponibilité des ressources, la valeur des utilisations alternatives de celles-ci, etc. Les prix indiquent à chacun ce qu'il doit faire afin de bien utiliser les ressources existantes et procurent les bonnes incitations pour assurer une coordination efficace.

En bref, la planification centralisée oblige le planificateur à être omniscient s'il veut atteindre les objectifs qu'il se donne, alors que le marché ne nous oblige pas à tout connaître, mais demande seulement aux acteurs de réagir aux prix.

COMMENT RÉFORMER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Ce n'est donc pas un hasard si les systèmes de santé qui fonctionnent mieux que le nôtre, comme celui

de la Suède⁵, sont généralement plus décentralisés. Cette décentralisation permet aux acteurs qui sont sur le terrain et qui voient les besoins, ainsi que la disponibilité des ressources, de faire les arbitrages nécessaires.

Une mesure reliée consiste à recourir davantage aux prix de marché comme mécanisme de coordination. Ces prix pourraient émerger dans un système qui s'appuie sur le choix du patient et la concurrence entre des prestataires de soins publics et privés, plutôt que sur un monopole public. La concurrence joue elle-même un rôle essentiel dans la découverte d'information, comme Hayek l'a d'ailleurs aussi expliqué⁶.

Afin de créer des incitations qui s'apparentent davantage à celles résultant d'un mécanisme de prix, il faudrait également modifier le système de financement des hôpitaux en instaurant le financement à l'activité⁷.

La méthode actuelle de budgets globaux ne permet pas d'allouer efficacement les ressources et mène inévitablement à un rationnement des soins. Un hôpital qui gère ses ressources efficacement est en effet pénalisé par une diminution de son budget subséquent. Au contraire, le financement à l'activité encourage les hôpitaux à comprimer les dépenses inutiles et à innover pour réduire les temps d'attente, répondant ainsi beaucoup mieux aux besoins des patients.

Même dans un système de santé universel mixte où l'État finance la majeure partie des soins, il est possible d'éviter les principaux écueils de la planification centralisée. Selon les enseignements d'Hayek, au lieu de centraliser davantage la gestion pour résoudre les problèmes récurrents, c'est le contraire qu'il faudrait faire.

RÉFÉRENCES

1. Marie-Claude Malboeuf, « Les urgentologues indignés par cette nouvelle crise. La mauvaise planification expliquerait les débordements », *La Presse*, 7 janvier 2000.
2. Johanne Roy, « L'été s'annonce mal aux urgences », *Le Journal de Québec*, 14 mai 2017.
3. Le ministre a annoncé au début juillet une réduction du nombre d'étudiants admis en médecine pour éviter que certains se retrouvent au chômage lorsqu'ils quitteront l'université dans une décennie. Hugo Duchaine, « Gaétan Barrette coupe le nombre de futurs médecins », *Le Journal de Montréal*, 8 juillet 2017.
4. Friedrich Hayek, « The Use of Knowledge in Society », *American Economic Review*, vol. 35, no 4, septembre 1945, p. 519-530.
5. Jasmin Guénette et Johan Hjertqvist, « Les soins de santé en Suède : décentralisés, autonomes, concurrentiels et universels » Point, IEDM, juin 2017.
6. Friedrich Hayek, « Competition as a Discovery Procedure », *Quarterly Journal of Austrian Economics*, vol. 5, no 3, été 2002.
7. Yanick Labrie, « Le financement des hôpitaux à l'activité : l'attente a assez duré », Note économique, IEDM, mai 2012.



Ce Point a été préparé par **Germain Belzile**, chercheur associé senior à l'IEDM, en collaboration avec **Jasmin Guénette**, vice-président aux opérations de l'IEDM. La *Collection Santé* de l'IEDM vise à examiner dans quelle mesure la liberté de choix et l'initiative privée permettent d'améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé pour tous les patients.

L'Institut économique de Montréal est un organisme de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Par ses publications, ses interventions et ses conférences, l'IEDM alimente les débats sur les politiques publiques au Québec et partout au Canada en proposant des réformes créatrices de richesse et fondées sur des mécanismes de marché. Il n'accepte aucun financement gouvernemental.