



LES CAHIERS
DE RECHERCHE

OCTOBRE 2025

MANIFESTE POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ RÉSOLUMENT CONCURRENTIEL ET CENTRÉ SUR LE PATIENT

Par Marcel Boyer, Ph. D., O. C., C. Q., Fellow SRC



910, rue Peel, bureau 600
Montréal (Quebec)
H3C 2H8, Canada
Téléphone: 514-273-0969
Télécopieur: 514-273-2581

150, 9^e Avenue SW, bureau 2010
Calgary (Alberta)
T2P 3H9, Canada

170, avenue Laurier Ouest,
bureau 716
Ottawa (Ontario)
K1P 5V5, Canada

iedm.org

L'Institut économique de Montréal (I EDM) est un organisme de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Par ses études et ses conférences, l'I EDM 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.

Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'I EDM ou des membres de son conseil d'administration. La présente publication n'implique aucunement que l'I EDM ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit.

Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales à condition de mentionner la source.

©2025 Institut économique de Montréal
ISBN 978-2-925043-35-5

Dépôt légal : 4^e trimestre 2025
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
Imprimé au Canada

Marcel Boyer

Manifeste pour un système de santé résolument concurrentiel et centré sur le patient

Institut économique de Montréal

Octobre 2025



I EDM

Des idées
pour une société
plus prospère

TABLE DES MATIÈRES

POINTS SAILLANTS 5

INTRODUCTION 9

CHAPITRE 1 - RENDRE LE SYSTÈME DE SANTÉ
PERFORMANT 13

CHAPITRE 2 - DÉFIS À SURMONTER ET ERREURS
À ÉVITER 19

CONCLUSION 29

À PROPOS DE L'AUTEUR..... 30



POINTS SAILLANTS

Ce Cahier vise à esquisser les contours d'un système de santé qui mettrait en symbiose la place centrale du patient, un recentrage des rôles respectifs des pouvoirs publics et d'un secteur indépendant, et la mise en concurrence de différents prestataires de soins. Le caractère universel du système de santé n'exige aucunement que la prestation des soins soit assurée par un quasi-monopole gouvernemental, légalement protégé contre toute concurrence potentielle. La création de nouvelles façons de prodiguer les soins, potentiellement plus efficaces et efficaces, repose sur la capacité du système à mettre au rancart celles qui sont devenues désuètes. Une destruction créatrice trop faible se traduit, au contraire, par une incapacité à penser hors des sentiers battus pour imaginer des solutions aux problèmes qui affligent le système de santé.

Chapitre 1 – Rendre le système de santé performant

- Les réformes proposées mettent l'accent sur la protection des citoyens, des patients et des contribuables, et non sur celle des fournisseurs, des groupes de pression ou des pouvoirs publics.
- Avec la nouvelle configuration du système de santé proposée ici, les principales responsabilités des pouvoirs publics sont d'identifier les besoins des citoyens, d'arbitrer entre biens et services et entre groupes, concevoir les formules de financement, et gérer les contrats et les partenariats.
- Les principales responsabilités du secteur indépendant concurrentiel sont de produire et de dispenser les biens et services de santé de la manière la plus efficace et efficiente possible, en mobilisant les meilleures technologies, ressources humaines et structures organisationnelles.
- Cette répartition des rôles entre pouvoirs publics et secteur concurrentiel permet d'éviter les conflits d'intérêts qui nuisent à l'efficacité et à l'efficacéité du système de santé actuel.
- Le Canada fait bande à part avec son application inutilement rigoureuse de la *Loi canadienne sur la santé*, car plusieurs pays avec

une culture politique sociale-démocrate comptent bien plus d'hôpitaux privés à but lucratif et de lits dans ces établissements que le Canada.

- L'émergence de marchés concurrentiels pour les contrats de fourniture de services de santé exige qu'un nombre suffisant d'organisations du domaine de la santé participent au processus d'appel d'offres.
- L'innovation, tant technologique qu'organisationnelle, doit reposer sur un processus explicite par lequel l'expérimentation et le changement deviennent normaux.
- Le niveau d'acceptabilité sociale des changements souhaitables dépendra de l'existence d'institutions permettant aux individus, aux organisations et aux différents niveaux de gouvernement de gérer les risques et les opportunités liés à l'évolution constante de l'environnement socioéconomique.

Chapitre 2 – Défis à surmonter et erreurs à éviter

- Le premier défi est la mise en œuvre des processus permettant de concrétiser les nouveaux rôles des secteurs gouvernementaux et concurrentiels. La résistance des syndicats de travailleurs et de professionnels à un tel réaménagement de leur rôle constituera un obstacle difficile, mais pas impossible à surmonter.
- Le rôle du secteur concurrentiel doit être encadré par des contrats conclus avec l'État, clairement définis et assortis d'incitations à la performance. Dans ce cadre, le deuxième défi à relever consiste à concevoir des contrats incitatifs appropriés et résistants à la capture.
- Le troisième défi est la collecte d'informations pertinentes permettant d'évaluer avec justesse la performance des prestataires du secteur concurrentiel dans la fourniture des biens et services de santé conformément à leurs contrats respectifs.
- Le quatrième défi est la mise en place d'une intensité de concurrence appropriée dans l'ensemble du système des biens et services de

santé. Cela demandera un effort de communication fort et convaincant sur les fondements et les principes de la concurrence.

- Il faut bien comprendre et comptabiliser le coût social du capital et des infrastructures afin de corriger l'idée erronée selon laquelle les entreprises à but lucratif produiraient à des prix plus élevés que les entreprises publiques ou sans but lucratif en raison de la contrainte de profit.
- Il est important de bien comprendre les différentes formes d'organisation qui composent le secteur concurrentiel. La présence, réelle ou potentielle, de ces divers types d'entreprises constitue la base du pouvoir concurrentiel.
- Dans le contexte des appels d'offres publics, il est important de s'assurer que l'ensemble des prestataires de soins du secteur concurrentiel – de divers types, formes et structures, qu'ils soient à but lucratif ou non lucratif – puissent concourir pour obtenir des contrats de fourniture de biens et services de santé.
- Le développement social et la croissance économique peuvent être entravés par la force d'inertie du *statu quo*. Il est important de comprendre pour quelles raisons et de quelle manière, et aussi comment la concurrence peut contribuer à le remettre en cause, lorsque cela s'avère nécessaire ou souhaitable.

Ce projet de réforme du système de santé vise avant tout à consolider, solidifier et renforcer le pouvoir public au service des citoyens. Les institutions et les mécanismes nécessaires à une concurrence saine au service des citoyens sont bien connus. Les dirigeants politiques craindront, avec raison, que la mise en œuvre de réformes exigeantes à court terme ne suscite une réaction négative et ne compromette leur réélection. Il faudra pouvoir compter sur un fort mouvement populaire en faveur des dirigeants politiques qui feront preuve de courage et de leadership en s'attaquant aux véritables causes de la sous-performance de notre système de santé.

.

« En matière de santé, tous les pays occidentaux, en dépit de traditions socioculturelles diverses, sont confrontés à des défis communs. Le vieillissement démographique, le coût croissant des technologies médicales, le bouleversement du marché du travail et le déficit de la branche maladie conjugués à l'exigence de la population de se voir garantir un bon voire très bon accès aux soins de santé constituent des tendances lourdes. Tous les pays s'efforcent, en engageant des réformes, de concilier des objectifs parfois contradictoires : la recherche de la qualité, l'efficacité, et l'égalité des soins tout en préservant la viabilité du système dans un contexte de restrictions budgétaires.

Les remèdes proposés, qui prennent des formes nationales différenciées, combinent l'introduction de mécanismes de concurrence, une diminution du niveau de la prise en charge, et une décentralisation plus ou moins poussée.

Le système hospitalier est au cœur de la problématique. Pour accroître l'efficacité et l'efficience de ce système, certains pays ont décidé d'ouvrir la porte au secteur privé et aux mécanismes de marché. Le débat souvent idéologique entre les partisans et les opposants à cette stratégie fait rage dans bien des juridictions»¹.

– Marcel Boyer, 2008

« En témoignent les fortes réactions qui ont suivi récemment la publication du rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé, présidé par Claude Castonguay², auquel certains reprochent de suggérer, comme piste de solution aux problèmes du système de santé, une participation plus importante de prestataires privés³ »⁴.

– Marcel Boyer et Yanick Labrie, 2008

1. Marcel Boyer, *La présence du secteur privé dans un système hospitalier public : France et pays nordiques*, CIRANO, février 2008, p. 1.

2. Claude Castonguay, Joanne Marcotte et Michel Venne, *En avoir pour notre argent*, Rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé, février 2008.

3. CSN, « Rapport Castonguay : le privé n'est pas une pilule dorée », Bulletin spécial d'information no 5, hiver 2008; Louise-Maude Rioux-Soucy, « Levée de boucliers à gauche », *Le Devoir*, 20 février 2008, p. A3.

4. Marcel Boyer et Yanick Labrie, « Le secteur privé dans un système de santé public : l'exemple français », Note économique, IEDM, avril 2008, p. 1.



INTRODUCTION⁵

Malgré d'importants efforts de réforme et de nombreux travaux d'analyse économique, politique et scientifique, publiés depuis des décennies entre autres par l'IEDM, le constat dressé en 2008 dans la citation en exergue concernant la nécessaire réforme du système de santé au Québec demeure inchangé en 2025.

Ce Cahier vise à ouvrir la voie à une telle réforme et à esquisser, dans l'esprit d'un véritable manifeste, les contours d'un système de santé qui mettrait en symbiose :

1. la place centrale du patient
2. un recentrage des rôles respectifs des pouvoirs publics, d'une part, et d'un secteur indépendant, privé et concurrentiel, d'autre part, dans la fourniture des biens et services de santé
3. le droit de contester les fournisseurs de soins grâce à la mise en concurrence des différents prestataires (à but lucratif et non lucratif) de soins de santé de divers types⁶.

En dépit d'une volonté affirmée de préserver la qualité de notre système de santé, celle-ci s'effrite au point que cette volonté est devenue synonyme de maintien du statu quo, plutôt que de préservation des droits des citoyens, usagers-patients et contribuables.

Par ailleurs, les nombreuses difficultés rencontrées par notre système de santé ne doivent pas nous faire oublier que nous bénéficions toujours de l'un des meilleurs systèmes de santé au monde. Face au besoin de réformer le système, il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain.

On peut consulter à ce sujet les résultats du projet Grands repères du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) qui affirme : « À l'heure actuelle, le système de santé fait face à des défis majeurs qui menacent sa viabilité et freinent l'amélioration de sa performance. Les solutions pour les relever sont connues, mais on tarde à les

implanter »⁷. Le CSBE ajoute souhaiter « outiller la population et les instances décisionnelles pour favoriser un débat éclairé et soutenir l'amélioration continue de notre système de santé et de services sociaux »⁸.

Mais si on veut préserver, voire améliorer, les caractéristiques souhaitées de notre système de santé – accessibilité, universalité, abordabilité, efficacité (soit fournir les soins au meilleur coût possible) et efficacité (atteindre au mieux les objectifs poursuivis) – il faudra accepter de changer radicalement nos façons de faire⁹.

Ce Cahier montre l'un des chemins potentiels à suivre pour y arriver : garder en tête les objectifs poursuivis, être conscient des enjeux soulevés par l'allocation de ressources limitées, et accepter de remettre en question le statu quo, jusque dans nos pratiques organisationnelles, afin de sortir des sentiers battus.

En dépit d'une volonté affirmée de préserver la qualité de notre système de santé, celle-ci s'effrite au point que cette volonté est devenue synonyme de maintien du statu quo.

Une mise en garde s'impose : ce Cahier n'est pas le résultat d'une commission d'enquête avec un budget de plusieurs millions de dollars, mais plutôt une réflexion informée sur notre système de santé, sur la base d'une compréhension acquise au fil des décennies des enjeux et défis auxquels nous sommes confrontés. Il ne cherche pas à tout mesurer ni à tout chiffrer, mais plutôt à mieux cerner ces enjeux et défis à la source, en faisant abstraction des contraintes d'un statu quo qui s'est

5. Je tiens à remercier Emmanuelle B. Faubert pour sa relecture attentive de ce Cahier.

6. Ce cahier s'inspire de *Manifeste pour une social-démocratie et un capitalisme de concurrence*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2024.

7. Gouvernement du Québec, Commissaire à la santé et au bien-être, consulté le 24 septembre 2025.

8. Gouvernement du Québec, Commissaire à la santé et au bien-être, Grands repères, Faits saillants, consulté le 24 septembre 2025. Au sujet d'un débat éclairé, voir Marcel Boyer, « Pour un débat éclairé sur la place du privé en santé – Favoriser la compétence et la capacité d'innovation », *La Presse+*, 22 août 2023; Marcel Boyer, « Pour un débat éclairé sur la place du privé en santé – L'exemple de la France », *La Presse+*, 23 août 2023.

9. Une affirmation inspirée de Tomasi di Lampedusa, *Le Guépard*, 1958, dans lequel un jeune aristocrate soucieux de protéger ses privilèges affirme : « Si nous voulons que les choses restent telles qu'elles sont, tout devra changer ».

développé de manière plus ou moins cohérente et informée depuis la création du système.

Si, comme le souligne le CSBE, notre système de santé « fait face à des défis majeurs qui menacent sa viabilité et freinent l'amélioration de sa performance », il nous faut prendre du recul pour revenir à ses fondements et le repenser sur la base de mécanismes plus viables et générateurs de performance.

Ainsi, le caractère universel du système de santé n'exige aucunement que la prestation des soins soit assurée par un quasi-monopole gouvernemental, légalement protégé contre toute concurrence potentielle. Au Canada, ce quasi-monopole fait en sorte que nos systèmes de santé souffrent cruellement de la puissance de groupes d'intérêts politiques, professionnels, corporatistes et syndicaux, qui freinent la recherche efficace des meilleures pratiques et la véritable reddition de comptes, et ce, au détriment des citoyens, tant patients que contribuables¹⁰.

De multiples facteurs peuvent influencer leurs structures, leurs coûts et leurs résultats. Des facteurs sociaux, politiques, économiques et culturels doivent être pris en compte. Raquel Fonseca (UQAM), Pierre-Carl Michaud (HEC Montréal) et leurs co-auteurs ont montré dans une récente publication académique¹¹ que les différences dans les parts des dépenses de santé dans le PIB et dans les niveaux de santé des citoyens entre les États-Unis et l'Europe s'expliquent en grande partie par des différences marquées dans les facteurs de risque, exogènes en bonne partie.

Les soins de santé couverts par les régimes publics varient d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre, et plusieurs soins en sont exclus. Mais, selon les données les plus récentes de l'OCDE, la part de l'ensemble des coûts de santé, tous soins compris, assumée par les patients au-delà des couvertures d'assurance publique et privée, a atteint 9,3 % en France, 11,1 % en Allemagne, 14,0 % au Danemark, 23,6 % en Italie, 13,0 % en Suède,

15,2 % au Canada, 14,6 % au Royaume-Uni et 10,9 % aux États-Unis.¹²

À l'instar des pratiques au cœur de quasiment tous les domaines de notre vie publique et privée, deux éléments sont primordiaux : d'abord, la clarification des rôles respectifs des citoyens-consommateurs, des citoyens-fournisseurs et des gouvernements (réglementation, protection et surveillance); ensuite, la mise en concurrence des producteurs et fournisseurs de biens et services.

Si on veut préserver, voire améliorer, les caractéristiques souhaitées de notre système de santé – accessibilité, universalité, abordabilité, efficience et efficacité – il faudra accepter de changer radicalement nos façons de faire.

La réforme en santé à entreprendre aujourd'hui doit réaffirmer la poursuite d'un système social véritablement respectueux des citoyens et reposant non pas sur un ensemble de structures, mais sur un ensemble de services (éducation, santé et sécurité sociale).

Plusieurs phénomènes sociaux, économiques, politiques et médicaux sont à l'œuvre et requièrent les importants changements proposés ci-dessous dans le but, encore une fois, de conserver, voire d'améliorer, l'équilibre complexe entre l'accessibilité, l'universalité, l'abordabilité, l'efficience et l'efficacité du système.

- D'abord, les biens et services de santé mobilisent d'importantes ressources humaines et matérielles, ainsi que du capital pour l'investissement, l'entretien et le maintien des infrastructures, notamment hospitalières. Ces ressources pourraient être autrement affectées à d'autres biens prisés par la population, ce qui en augmente la valeur et donc le coût d'opportunité. Non seulement le coût des bâtiments et équipements de santé (développement et maintien) est plus élevé, mais celui du personnel – médecins, infirmiers, gestionnaires et employés de soutien – a aussi augmenté.

10. Par exemple, le Collège des médecins du Québec a déposé un mémoire en février 2025 proposant d'interdire la pratique privée dans la province. Emmanuelle B. Faubert, « Réponse à la proposition du Collège des médecins du Québec d'interdire la pratique privée », Point, IEDM, avril 2025.

11. Raquel Fonseca *et al.*, « Understanding Cross-Country Differences in Health Status and Expenditures: Health Prices Matter », *Journal of Political Economy*, vol. 131, no 8, août 2023, p. 10.

12. OCDE, Explorateur de données de l'OCDE, Dépenses de santé et financement, consulté le 15 octobre 2025.

Ainsi, on ne peut continuer à prodiguer les soins que la population demande dans le cadre d'un système conçu pour une autre époque. Bien que notre système de santé ait pu être bien adapté aux besoins de la population dans le passé, quand il a été mis en place, sa performance dans le monde d'aujourd'hui pose de sérieux problèmes.

- Ensuite, les progrès de la médecine au cours des dernières décennies font en sorte qu'on peut maintenant soigner considérablement plus de pathologies qu'auparavant. La demande de soins augmente d'autant, et ce pratiquement sans limites.
- Enfin, les gens vivent plus longtemps en bonne santé, sans que les années ajoutées augmentent les ressources humaines disponibles pour fournir des biens et services de santé, entre autres. Au contraire, l'âge de la retraite a eu tendance à diminuer plutôt qu'à augmenter. Le pourcentage de la population active a diminué, augmentant la pression sur les ressources disponibles pour satisfaire les besoins d'une population âgée grandissante¹³.

Les deux derniers phénomènes ci-dessus, à savoir plus de pathologies soignables et plus de gens à soigner avec des ressources limitées, ont favorisé l'émergence d'une « tragédie des communs »¹⁴ : les ressources communes accessibles gratuitement ou à faible prix, car subventionnées, finiront toujours par être surexploitées.

Dans un contexte de commun, plusieurs ayants droit sont dotés d'un privilège d'utiliser une ressource donnée, et personne n'a le droit d'exclure un autre ayant droit. Lorsque trop d'ayants droit détiennent ces privilèges d'utilisation, la ressource est susceptible d'être surexploitée et donc gaspillée, ce qui conduit à la tragédie des communs. L'épuisement des ressources halieutiques, le surpâturage des champs et la pollution (utilisation)

de l'air sont des exemples classiques de cette tragédie bien connue.

Par ailleurs, un statu quo bien ancré, puissant et rigide empêche la mise en place de façons de faire différentes et potentiellement plus efficaces et efficaces, et mène à une tragédie des « anticommuns »¹⁵ : les ressources communes encadrées par trop de droits acquis (droits de veto) finiront toujours par être sous-exploitées et donc gaspillées. La propriété, dans un contexte d'anticommun, peut être considérée comme l'image inversée de la propriété dans un contexte de commun.

Le caractère universel du système de santé n'exige aucunement que la prestation des soins soit assurée par un quasi-monopole gouvernemental, légalement protégé contre toute concurrence potentielle.

Dans un contexte d'anticommun, plusieurs ayants droit ont chacun le droit d'exclure les autres de l'utilisation d'une ressource rare, ou d'empêcher toute modification de son usage, et personne ne dispose d'un privilège d'utilisation effectif. Lorsque trop d'ayants droit détiennent de tels pouvoirs – droits de veto ou droits de prévenir tout changement dans l'utilisation de la ressource – cette dernière est susceptible d'être sous-utilisée (à l'abri d'utilisations concurrentes potentiellement plus efficaces et efficaces) et donc gaspillée, ce qui définit une tragédie de sous-utilisation ou une tragédie des anticommuns.

Un contexte d'anticommun peut apparaître chaque fois que les gouvernements définissent de nouveaux droits de veto ou droits de regard absolus ou puissants sur l'utilisation d'une ressource. Une fois qu'un tel contexte apparaît et se stabilise, redéfinir les droits en les regroupant en ensembles de droits utilisables (expropriation, redéfinition du droit de gouvernance, abolition des droits de veto) peut être lent et difficile, exigeant

13. Pour une mesure alternative du vieillissement de la population, voir Marcel Boyer et Sébastien Boyer, « The Main Challenge of Our Times: A Population Growing Younger », Institut C.D. Howe, 24 juillet 2013. En mesurant l'âge des gens à partir de leur espérance de vie, on s'aperçoit que la population rajeunit, ce qui pose de nouveaux et sérieux défis de gouvernance et de politique publiques.

14. Garrett Hardin, « The Tragedy of the Commons », *Science*, vol. 162, no 3859, 1968, p. 1243-1248. L'exemple traditionnel du pâturage accessible gratuitement aux éleveurs de chèvres et de moutons devient dans le présent contexte un système de santé accessible gratuitement à l'ensemble des citoyens, entraînant une surexploitation chronique.

15. Michael A. Heller, « The Tragedy of the Anticommons – Property in the Transition from Marx to Markets », *Harvard Law Review*, vol. 111, no 3, janvier 1998, p. 677.

des responsables politiques une vision et un courage malheureusement trop souvent absents¹⁶.

Une gestion publique protégée de toute forme de concurrence, qu'elle soit contrainte par les multiples intervenants-décideurs syndicaux et corporatistes ou menée conjointement avec eux, comme c'est le cas dans notre système de santé actuel, favorise une gouvernance centralisée exacerbée et un trop faible niveau de modularité et d'innovation. Le manque, voire l'absence, de flexibilité dans la découverte et l'expérimentation de meilleures pratiques empêche, ou retarde indûment, les gains d'efficacité et d'efficacité, donc de productivité. Le potentiel – ressources humaines, équipements, établissements et investissements – du système de santé est ainsi gaspillé, donnant lieu à une tragédie des anticommons.

Une gestion publique protégée de toute forme de concurrence favorise une gouvernance centralisée exacerbée et un trop faible niveau de modularité et d'innovation.

La création de nouvelles façons de prodiguer les soins, potentiellement plus efficaces et efficaces, repose sur la capacité du système à mettre au rancart celles qui sont devenues désuètes. Une destruction créatrice trop faible se traduit, au contraire, par une incapacité à penser hors des sentiers battus pour imaginer des solutions aux problèmes qui affligent le système de santé.

Comment alors rendre notre système plus performant (chapitre 1)? Et si l'on s'engage dans cette voie de réforme, quels défis faut-il relever et quelles confusions ou erreurs faut-il éviter (chapitre 2)?

16. Un exemple de cette tragédie est discuté par Martin Boyer et Nicolas Legendre, « The Political Economy of Pollution Remediation on Public Lands », SSRN, 18 septembre 2025. Les auteurs examinent « comment les investissements dans la réduction et la remédiation de la pollution par divers contaminants diffèrent selon les types de terres fédérales au Canada. En s'appuyant sur un ensemble de données sur quelque 157 017 sites potentiellement contaminés, [ils isolent] les territoires autochtones – ou « réserves » dans la *Loi sur les Indiens* – et constat[ent] que, par rapport à d'autres types de terres fédérales, les territoires autochtones sont 19,8 % plus susceptibles d'être contaminés et progressent plus lentement vers la décontamination. Les investissements dans le processus d'assainissement des sites contaminés sur les territoires autochtones sont en moyenne 77,3 % inférieurs à ceux réalisés sur les autres terres fédérales. [Les auteurs proposent] diverses explications possibles de [leurs] résultats, notamment la tragédie des anticommons et les inefficacités associées à la gouvernance à plusieurs niveaux. » (Notre traduction.)

CHAPITRE 1

Rendre le système de santé performant

Notre système de soins de santé doit subir une mutation profonde grâce à l'adoption d'un modèle alternatif plus ouvert à la concurrence, et ce afin de lui donner les moyens d'être plus performant. La nouvelle configuration du système de santé proposée ici représente un changement fondamental, mais en même temps réalisable et pragmatique, dans la fourniture des soins de santé. Car les réformes proposées mettent l'accent sur la protection des citoyens, des patients et des contribuables, et non sur celle des fournisseurs, des groupes de pression ou des pouvoirs publics.

Les réformes proposées mettent l'accent sur la protection des citoyens, des patients et des contribuables, et non sur celle des fournisseurs, des groupes de pression ou des pouvoirs publics.

Parmi les conditions nécessaires pour que ces biens et services de santé optimisent le bien-être de tous, deux sont indispensables : ils doivent i) répondre aux besoins de la population et ii) être fournis de manière efficiente et efficace. La première condition fait référence au processus politique et la seconde à un recours systématique aux processus concurrentiels, qu'ils soient anciens et familiers, ou nouveaux et encore à imaginer et à créer.

De telles réformes ne sont pas des rêves utopiques : ce qu'elles cherchent à accomplir a été réalisé partiellement dans de nombreux autres pays. En réalité, le Canada est le seul pays parmi ses pairs où les systèmes publics de santé sont omniprésents au niveau provincial, et où les processus concurrentiels sont absents.

On entend quotidiennement de nombreux commentateurs et politiciens affirmer que les problèmes du secteur des soins de santé pourraient être résolus par une simple injection de fonds

supplémentaires¹⁷. Les propositions présentées ici vont dans une autre direction. Les difficultés de notre système de santé ne tiennent pas tant à un manque de ressources matérielles et financières qu'à une inefficacité organisationnelle.

Il est nécessaire de réformer le modèle actuel, qui repose, dans le cas du Québec notamment, en grande partie sur une cogestion négociée entre les gouvernements successifs et les syndicats de travailleurs ou de professionnels. Leurs intérêts respectifs priment, qu'on le veuille ou non, sur ceux des patients. La gouvernance se caractérise souvent par des mécanismes d'incitation à la performance faibles, voire inexistantes ou même contre-productifs, et par une allocation inefficace des ressources, ce qui entraîne inévitablement, à moyen et long terme, un gaspillage de ressources et une dégradation de la qualité des soins.

Mais pour que le modèle alternatif proposé ici soit pleinement opérationnel, il faudra consacrer des ressources importantes à la conception de processus explicites. Ceux-ci s'appuieront sur quatre principes fondamentaux – la rationalité individuelle, le pouvoir des incitations, l'efficacité des processus concurrentiels et la liberté d'expérimenter de nouvelles façons de faire – ainsi que sur cinq politiques publiques présentées succinctement ci-dessous.

17. En 2025, Léonie Blanchette et Catherine Pigeon, du Centre canadien de politiques alternatives, ont déclaré que « Santé Québec a pour mission de réduire les listes d'attente, qui comptent actuellement quelque 160 000 personnes en attente d'une chirurgie, dont 11 000 depuis plus d'un an. Atteindre cet objectif sans compromettre la qualité des soins exigera des ressources considérables, et non des réductions de coûts ». (notre traduction) Voir : Léonie Blanchette et Catherine Pigeon, « Unpacking Quebec's major healthcare reform », Centre canadien de politiques alternatives, 6 mars 2025. En 2025, l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) « appelle à la fin des mesures d'austérité et à des investissements à la hauteur des besoins criants du réseau public. Face à une crise systémique exacerbée par un sous-financement chronique », elle recommande « un bouclier budgétaire qui protégerait des fluctuations économiques les fonds attribués à la santé et aux services sociaux ». Voir : Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux, « Budget du Québec 2025-2026 | L'APTS présente ses attentes pour la santé et les services sociaux », 25 mars 2025. La question de savoir si le système est sous-financé ou inefficace reste sans réponse. Comme d'habitude, la solution simpliste souvent proposée consiste à dépenser davantage et à augmenter les impôts des plus riches. Mais là encore, ces impôts plus élevés, qui ont leur propre coût social, pourraient possiblement être mieux utilisés ailleurs qu'en santé, par exemple en éducation ou en infrastructures : les besoins sont nombreux, mais les ressources limitées.

Tableau 1-1

Compétences clés, État vs secteur concurrentiel	
ÉTAT	SECTEUR CONCURRENTIEL
Identifier les besoins Arbitrer entre biens/services, groupes Concevoir les formules de financement Gérer les contrats et les partenariats	Mobiliser les meilleures : • technologies • ressources humaines • structures organisationnelles Produire et dispenser les biens et services de santé de manière efficace et efficiente

1.1 Définir clairement les compétences clés de l'État et du secteur concurrentiel

Les principales responsabilités des pouvoirs publics sont :

1. identifier les besoins des citoyens en matière de biens et services de santé, tant en ce qui concerne leur quantité que leur qualité, et en déterminer les caractéristiques;
2. arbitrer, le cas échéant, entre différents papiers de ces biens et services et entre différents groupes de la population (jeunes, personnes âgées, hommes, femmes, enfants, etc.) en fonction des ressources disponibles;
3. concevoir la ou les formules de financement des biens et services retenus, avec ou sans tarification partielle ou ticket modérateur; et
4. gérer les contrats et les partenariats pour la production et la fourniture du panier retenu de biens et services par le secteur concurrentiel.

Les principales responsabilités du secteur indépendant concurrentiel – défini au sens large, et comprenant des entreprises privées, des coopératives, des organisations non gouvernementales ainsi que d'autres acteurs tels que les organismes sans but lucratif de la société civile et de l'économie dite sociale – sont de produire et de dispenser les biens et services de santé de la manière la plus efficace et efficiente possible, en mobilisant les meilleures technologies, ressources humaines et structures organisationnelles (voir le Tableau 1-1).

Cette répartition des rôles entre pouvoirs publics et secteur concurrentiel permet d'éviter les conflits d'intérêts qui nuisent à l'efficacité et à l'efficacé du système de santé actuel, au sein duquel la conception, le financement, la fourniture et l'évaluation des fournisseurs de soins relèvent généralement d'une seule entité : l'État.

Cette répartition des rôles entre pouvoirs publics et secteur concurrentiel permet d'éviter les conflits d'intérêts qui nuisent à l'efficacité et à l'efficacé du système de santé actuel.

Ces conflits d'intérêts sont endémiques dans le modèle actuel et créent un climat propice aux arrangements de connivence, au manque de transparence et à l'octroi d'avantages indus à diverses parties prenantes aux dépens des patients et des contribuables. La séparation des rôles et des responsabilités entre secteurs gouvernemental et concurrentiel devrait permettre le déploiement de mécanismes crédibles de responsabilisation et d'incitation à la performance.

Cette approche peut fournir des incitations adéquates à la performance dans l'intérêt supérieur des patients et des contribuables, tant en amont (investissement) qu'en aval (prestation de services)¹⁸. La quantité et la qualité des services

18. Marcel Boyer, « Défis et embûches dans l'évaluation des PPP : Pour un secteur public efficace et efficient », CIRANO, avril 2020.

Tableau 1-2

Hôpitaux selon leur statut (public, privé à but lucratif et privé sans but lucratif), 2023							
	Nombre total	HÔPITAUX PUBLICS		HÔPITAUX PRIVÉS			
		#	%	But lucratif #	But lucratif %	Sans but lucratif #	Sans but lucratif %
BELGIQUE	163	39	24 %	0	0 %	124	76 %
CANADA	708	701	99 %	7	1 %	0	0 %
FRANCE	2965	1330	45 %	978	33 %	657	22 %
ALLEMAGNE	2953	739	25 %	1331	45 %	883	30 %
ISRAËL	87	38	44 %	23	26 %	26	30 %
ITALIE	1060	422	40 %	638	60 %	0	0 %
CORÉE DU SUD	4234	220	5 %	0	0 %	4014	95 %
ESPAGNE	753 ^P	328 ^P	44 %	307 ^P	41 %	118 ^P	16 %
ROYAUME-UNI	1850 ^E	1850 ^E	100 %	0	0 %	0	0 %
ÉTATS-UNIS (2022)	6120	1374	22 %	1596	26 %	3150	51 %

Note : E = estimation; P = valeur provisoire.

Source : OCDE, Explorateur des données de l'OCDE, consulté le 24 septembre 2025.

rendus doivent être mesurées de manière indépendante, et la compensation versée au partenaire du secteur concurrentiel devra être partiellement une fonction des résultats de cette évaluation.

Les nouvelles responsabilités confiées aux pouvoirs publics représentent un changement majeur par rapport à la situation actuelle, car de nouvelles compétences doivent être développées, acquises et maîtrisées par l'État. Ce changement mènera à une réduction significative de la taille de la fonction publique. La plupart des fonctionnaires et autres intervenants actuels du secteur de la santé – souvent sous contrats syndicaux ou corporatistes avec le secteur public – deviendront des employés ou des contractuels à l'emploi des entités de production et de fourniture de soins du secteur concurrentiel, désormais liés à l'État par des contrats incitatifs.

Plusieurs pays d'obédience social-démocrate comptent bien plus d'hôpitaux privés à but lucratif et de lits dans ces établissements que le Canada.

Les Tableaux 1-2 et 1-3 montrent que le Canada fait bande à part avec son application inutilement rigoureuse de la *Loi canadienne sur la santé*. Le système de santé est quasi entièrement microgéré par le secteur public, ce qui constitue une source majeure de gaspillage, non pas par manque de compétences, mais en raison d'un manque généralisé d'incitations à la performance. On observe, par exemple, que plusieurs pays d'obédience social-démocrate comptent bien plus d'hôpitaux privés

Tableau 1-3

Nombre de lits par secteur, 2023								
	Nombre total	Par 1000 habitants	HÔPITAUX PUBLICS		HÔPITAUX PRIVÉS			
			#	%	But lucratif #	But lucratif %	Sans but lucratif #	Sans but lucratif %
BELGIQUE	63 507	5,39	16 857	27 %	0	0 %	46 650	73 %
CANADA	100 007	2,49	99 363	99 %	644	1 %	0	0 %
FRANCE	369 363	5,40	225 229	61 %	90 315	24 %	53 819	15 %
ALLEMAGNE	638 354	7,66	252 440	40 %	204 980	32 %	180 934	28 %
ISRAËL	29 041	3,01	19 047	66 %	3579	12 %	6415	22 %
ITALIE	179 372	3,04	117 327	65 %	62 045	35 %	0	0 %
CORÉE DU SUD	652 710	12,62	61 650	9 %	0	0 %	591 060	91 %
ESPAGNE	139 286 ^P	2,88 ^P	96 594 ^P	69 %	25 768 ^P	19 %	16 924 ^P	12 %
ROYAUME-UNI	166 296 ^{E,D}	2,44 ^{E,D}	166 296 ^{E,D}	100 %	0	0 %	0	0 %
ÉTATS-UNIS (2022)	916 752	2,75	193 224	21 %	159 859	17 %	563 669	61 %

Note : D = définition différente; E = estimation; P = valeur provisoire.
Source : OCDE, Explorateur des données de l'OCDE, consulté le 24 septembre 2025.

à but lucratif et de lits dans ces établissements que le Canada¹⁹. Même feutrée, la concurrence créée par le secteur privé favorise une meilleure performance.

19. Les données de l'OCDE font abstraction de certains aspects marginaux des systèmes nationaux. Par exemple, pour le Royaume-Uni, les données sur le secteur privé en santé sont difficiles à obtenir et à vérifier. Dans ce système de santé qui a servi historiquement de modèle au nôtre, il existe un réseau marginal d'opérateurs privés (hôpitaux et cliniques) en santé. Sur un nombre total de lits d'hôpitaux d'environ 160 000, moins de 5 % (ou 8000) relèveraient du secteur indépendant concurrentiel, principalement privé à but lucratif et non-intégré au service de santé public (National Health Service - NHS). Au sein de ce secteur privé, Circle Health, le plus important réseau privé au Royaume-Uni, opèrerait quelque 54 hôpitaux avec environ 2000 lits; Spire Healthcare possèderait 38 hôpitaux dont le nombre de lits est inférieur à 100 et souvent à 30; et Ramsay Santé UK opèrerait 34 hôpitaux avec quelque 1200 lits. John Puntis, « Myth of spare capacity in private health care sector straining to help the NHS », *Keep Our NHS Public*, 5 juin 2024; James Neeves, « Are there private hospitals in the UK? », *Equity Health*, 19 février 2024; Ramsay Health Care, About, Our businesses, Ramsay UK.

1.2 Soutenir l'émergence de prestataires indépendants capables de répondre aux appels d'offres

L'émergence de marchés concurrentiels pour les contrats de fourniture de services de santé exige qu'un nombre suffisant d'organisations du domaine de la santé participent au processus d'appel d'offres – comme on le constate dans les pays comparables au Canada présentés dans les Tableaux 1-2 et 1-3.

Il incombe à l'État de veiller à ce que les processus d'attribution des contrats soient à l'abri des pressions déstabilisatrices exercées par les syndicats et les groupes de pression dans le processus politique. Les prestataires du secteur concurrentiel doivent être en mesure de soumettre des offres crédibles en réponse aux appels d'offres gouvernementaux, dans un cadre purgé de tout favoritisme

et centré sur la satisfaction des besoins du patient.

Afin d'atteindre le plus haut niveau d'efficacité possible, il est préférable que le gouvernement favorise explicitement l'émergence d'entreprises privées indépendantes, sans intervenir directement dans les processus d'attribution des contrats. À long terme, une telle politique serait beaucoup plus rentable que d'essayer de faire pencher la balance en faveur d'une organisation privilégiée bénéficiant des faveurs politiques du moment.

L'objectif ici est de favoriser la découverte et la mise en œuvre continues de meilleures pratiques grâce à un niveau adéquat de modularité, de flexibilité et d'expérimentation, permettant de remplacer les pratiques désuètes, inefficaces ou inefficaces par de meilleures solutions – un processus de destruction créatrice essentiel à l'amélioration du système.

1.3 Promouvoir l'émergence de prix et de mécanismes concurrentiels

Pour que les mécanismes concurrentiels dans l'attribution des contrats de fourniture (production, distribution) de biens et services de santé soient universellement adoptés, il faut déployer un effort soutenu pour mieux expliquer et faire comprendre le rôle de la concurrence et des incitations dans l'économie.

L'émergence, puis l'omniprésence, de prix et de processus concurrentiels dans l'ensemble des secteurs des services publics de base, comme celui de la santé, sont essentielles pour éviter le gaspillage et favoriser l'apparition de solutions innovantes aux problèmes et aux défis. C'est pourquoi ces mécanismes sont considérés comme essentiels à la mise en place du nouveau modèle. Pour réussir cette transformation, les contrats doivent être attribués au moyen de processus ouverts et transparents, sans favoritisme ni comportements prédateurs. Les prestataires indépendants du secteur concurrentiel doivent être placés sur un pied d'égalité; si certaines organisations participantes doivent bénéficier d'un avantage quelconque, celui-ci doit être connu et quantifié dès le départ.

Les mécanismes concurrentiels sont les meilleurs « outils » de politique publique pour permettre aux citoyens et aux organisations de faire des choix éclairés, sur la base d'informations pertinentes.

En revanche, en envoyant des signaux et des indicateurs déformés sur les coûts relatifs et la rareté des biens et des services, les manipulations de prix sont devenues, dans le système actuel, une source majeure de gaspillage social et économique. Ces manipulations entraînent de mauvaises décisions de consommation, de production et d'investissement. Elles conduisent également les entreprises et les organisations de tous les secteurs, y compris celui de la santé, à faire des choix de production, de recherche et développement et d'investissement correspondant davantage aux intérêts particuliers des autorités politiques et de groupes d'intérêt bien organisés, plutôt qu'aux besoins réels des usagers et des consommateurs.

L'innovation, tant technologique qu'organisationnelle, doit reposer sur un processus explicite par lequel l'expérimentation et le changement deviennent normaux.

Face à de bons signaux (issus de processus concurrentiels ou de leurs équivalents), les individus ainsi que les organisations peuvent adapter leurs activités – y compris leurs investissements en capital humain (portefeuille de compétences), en recherche et développement, et en innovation – à la valeur sociale relative qui en découle. Dans certains cas, une prise de décision bien informée nécessitera la création de marchés concurrentiels plutôt qu'une prise de décision traditionnelle de la part de bureaucrates, dont les intérêts finissent systématiquement par l'emporter sur ceux de la population.

L'innovation, tant technologique qu'organisationnelle, doit reposer sur un processus explicite par lequel l'expérimentation et le changement deviennent normaux, pour ne pas dire fréquents ou continus. Afin de réduire les coûts de développement, de sélection et de déploiement des innovations en santé, le secteur public doit élaborer une politique explicite d'approvisionnements multi-source lors de l'attribution des contrats de fournitures de biens et services. Les conditions entourant l'attribution de ces contrats peuvent être conçues de manière à ce qu'aucune organisation du secteur concurrentiel ne puisse monopoliser ou dominer une part importante de la fourniture de ces biens et services.

En favorisant explicitement les approvisionnements multisource, le secteur gouvernemental peut soutenir un niveau approprié de modularité et d'expérimentation dans la fourniture des biens et services de santé et, ce faisant, stimuler la recherche et la découverte des meilleures pratiques. Concurrence et modularité sont les deux facteurs les plus susceptibles de bonifier la quantité et la qualité des services aux citoyens et d'assurer un contrôle adéquat des coûts.

1.4 Favoriser le développement de mécanismes et d'institutions pour aider les individus et les organisations à mieux s'adapter aux changements causés par la destruction créatrice en santé

Une source majeure d'opposition au changement socioéconomique, même lorsqu'il apparaît souhaitable du point de vue du bien-être social, est l'absence de mécanismes ou d'institutions pour aider les individus et les organisations à réduire leurs coûts directs d'adaptation. Lorsque la société doit faire face à des changements dans son environnement socioéconomique, la capacité d'adaptation des citoyens et des organisations devient cruciale pour maintenir ou accroître le bien-être collectif. La résistance au changement est trop souvent un mauvais substitut à l'adaptation.

L'existence d'un filet social est une condition nécessaire, mais non suffisante à l'adaptation. Il faut aussi, grâce à des mécanismes d'incitation suffisamment puissants, amener les individus et les organisations à adapter leurs compétences, ce qui peut poser des défis importants. Dans la mesure où la nature des emplois et des opportunités d'affaires évolue, relever ces défis devient une condition *sine qua non* de l'amélioration du bien-être social.

C'est pourquoi l'adaptabilité, dans un environnement en mutation, doit être une caractéristique de tous les secteurs qui offrent des biens et services, qu'ils soient privés, publics ou sociaux, y compris les biens et services de santé. La flexibilité permet de lutter contre l'inertie, souvent alimentée par la peur du changement. Si les citoyens n'en comprennent pas les raisons et ne disposent pas des outils nécessaires pour y faire face, ils résisteront à toute évolution économique ou politique.

Par conséquent, le niveau d'acceptabilité sociale des changements souhaitables dépendra de l'existence d'institutions (outils, organisations et marchés) permettant aux individus, aux organisations et aux différents niveaux de gouvernement de gérer les risques et les opportunités liés à l'évolution constante de l'environnement socioéconomique, en particulier dans le domaine des biens et services de santé²⁰.

Si les citoyens n'en comprennent pas les raisons et ne disposent pas des outils nécessaires pour y faire face, ils résisteront à toute évolution économique ou politique.

Un ensemble approprié d'institutions publiques et privées pour gérer les risques associés au changement constitue une condition préalable à une société flexible, c'est-à-dire une société où l'innovation, tant technologique qu'organisationnelle, peut prospérer.

20. Configurer, voire imaginer ce type d'institutions pose des défis importants. Mais des exemples existent. Voir en particulier la section « Social risk management as a growth factor » dans Marcel Boyer *et al.*, *Méthodes avancées d'évaluation d'investissement / Advanced Methods of Investment Evaluation*, Monographie CIRANO Monograph (2 tomes), Hiver/Winter 2017, p. 583-586. Voir aussi la section « Valeur, profits et confiance » dans Marcel Boyer, *Manifeste pour une social-démocratie et un capitalisme de concurrence*, Presses de l'Université de Montréal, octobre 2024, p. 46-54. Voir enfin, pour d'autres exemples, Robert Shiller, *The New Financial Order: Risk in the 21st Century*, Princeton University Press, 2013.

CHAPITRE 2

Défis à surmonter et erreurs à éviter

Un premier grand défi à relever : faute de compréhension, de leadership et de volonté de sortir des sentiers battus, l'État pourrait ne pas réussir à mettre en œuvre en temps voulu les mécanismes de gouvernance nécessaires à l'émergence d'un système de santé performant.

D'autres défis majeurs apparaîtront, par exemple : le processus par lequel se concrétiseront les nouveaux rôles des secteurs gouvernementaux et concurrentiels; la conception de contrats incitatifs résistants à la capture par des prestataires; la collecte d'informations adéquates pour évaluer la performance des prestataires de soins; ou encore la mise en place d'une intensité appropriée de concurrence dans l'ensemble du système de biens et de services de santé.

Le style de gestion descendante et le modèle monopolistique unique qui régissent la production et la fourniture des biens et services de santé dans le système actuel se révèlent particulièrement dommageables.

Ces défis méritent d'être analysés plus en détail, car à défaut de les relever, nous assisterons à la perte progressive d'aspects essentiels dans la fourniture des biens et services de santé. Peut-être pas en ce qui concerne leur quantité, mais certainement en ce qui concerne leur qualité. Dans de nombreux pays, notamment au Canada, la qualité des biens et services de santé continue de se détériorer, même si les dépenses publiques augmentent. Et ce, malgré le fait que ces sociétés sont devenues plus riches, plus éduquées et mieux à même de faire face aux défis – comme si une nouvelle tragédie des communs était en train de se jouer.

De plus en plus de personnes se disputent des ressources limitées dans le secteur des soins de santé, ainsi que dans d'autres secteurs de biens et de services publics et sociaux. Le bien commun

est relégué au second plan, et trop d'individus et de gouvernements demeurent attachés à la protection et au maintien d'un monde révolu. Le style de gestion descendante et le modèle monopolistique unique qui régissent la production et la fourniture des biens et services de santé dans le système actuel se révèlent particulièrement dommageables. On dépense de plus en plus, mais les listes d'attente s'allongent et l'accès ne s'améliore pas; au contraire, la situation empire.

Les moyens efficaces par lesquels les biens et services de santé devraient être fournis à l'avenir différeront de ceux du passé. Comme nous l'avons suggéré plus haut, ces moyens devront s'adapter aux changements culturels ainsi qu'à l'évolution du niveau d'éducation, et devront mobiliser davantage les capacités entrepreneuriales et les développements technologiques.

Le modèle de biens et services de santé proposé ici rend cette adaptation à la fois continue et explicite, grâce à un portefeuille modulaire et diversifié de mécanismes permettant d'accroître l'efficacité du système et de se rapprocher des objectifs poursuivis. Jusqu'à récemment, la concurrence et la modularité étaient perçues comme des anathèmes dans le système des biens et services de santé. Aujourd'hui, les citoyens sont mieux éduqués et plus riches, donc capables – et peut-être prêts – à assumer une plus grande part de responsabilité en tant que fournisseurs et bénéficiaires de ces biens et services.

2.1 Concrétiser les nouveaux rôles de l'État et des prestataires indépendants

Le premier défi, à savoir la mise en œuvre des processus permettant de concrétiser les nouveaux rôles des secteurs gouvernementaux et concurrentiels, demeure fondamentalement politique. Cela signifie concrètement qu'un parti politique doit se présenter devant l'électorat en proposant ces changements et, une fois élu, les mettre en œuvre de manière ordonnée. Les réformes seront exigeantes, mais elles présentent les avantages de la clarté et de la faisabilité opérationnelle.

La résistance des syndicats de travailleurs et de professionnels à un tel réaménagement de leur rôle constituera un obstacle difficile, mais pas impossible à surmonter : de simples bénéficiaires

d'une rémunération garantie (salaire global et avantages sociaux), ils devront devenir des partenaires actifs, appelés à collaborer avec d'autres parties prenantes dont le sort dépend des efforts et de la coopération de tous.

Un autre obstacle, de taille, sera la rationalisation de la bureaucratie publique. La plupart des fonctionnaires seront invités à intégrer des organisations du secteur concurrentiel, chargées de fournir des biens et services de santé dans le cadre d'un contrat avec l'État. Des programmes de transition pourraient faciliter cette conversion des fonctionnaires de leur rôle actuel vers leurs nouvelles fonctions.

Aucun de ces obstacles n'est toutefois insurmontable.

2.2 Concevoir des contrats incitatifs

Le rôle du secteur concurrentiel doit être encadré par des contrats conclus avec l'État, clairement définis et assortis d'incitations à la performance.

Dans ce cadre, le deuxième défi à relever consiste à concevoir des contrats incitatifs appropriés et résistants à la capture, une tâche plus technique et, sous certains aspects, plus difficile. Mais des contrats de ce type – qui parfois pourront s'apparenter de facto à des partenariats public-privé – ont déjà été conclus avec succès, notamment au sein de chaînes et de réseaux d'approvisionnement dans différents domaines et contextes, tant publics que privés²¹.

Il n'y a aucune raison de penser que le nouveau secteur public, dont l'une des principales missions sera de concevoir et de gérer de tels contrats, ne serait pas en mesure de relever le défi dans le domaine de la santé.

Certains pourraient craindre que de tels contrats soient, dans certains cas, *trop* complexes et faire valoir que des personnes auparavant productives – par exemple des médecins – pourraient être absorbées par la seule gestion de ces contrats. Mais la probabilité d'un tel scénario est faible, voire inexistant, étant donné que la rémunération des parties prenantes dépendra, en partie, de la performance de l'organisation. Les meilleurs professionnels

médicaux, en tant que partenaires essentiels à cette performance, resteront très probablement dans des fonctions cliniques, tandis que les gestionnaires professionnels assureront la gestion de l'organisation.

On peut aussi redouter que la détermination par l'État des objectifs du système de santé ainsi que de la production et de la prestation des biens et services de santé – avec des critères de performance bien définis – s'avère difficile à implanter. Cette difficulté pourrait s'accroître avec la mise en place de mécanismes d'appels d'offres ouverts à toutes les organisations se disant aptes à satisfaire les exigences prévues. Si toutes les réponses à ces appels d'offres dépassent nettement la capacité de payer de l'État sans hausse importante des impôts, que pourrait-il faire?

La résistance des syndicats de travailleurs et de professionnels à un tel réaménagement de leur rôle constituera un obstacle difficile, mais pas impossible à surmonter.

En réalité, le gouvernement doit tenir compte de ses contraintes budgétaires lorsqu'il fixe ses objectifs et les niveaux de performance attendus. Comme c'est l'usage dans ce type de contrats, il doit aussi prévoir la possibilité qu'aucune soumission ne réponde à ces exigences. Il faut alors revoir les objectifs peut-être trop ambitieux ou les niveaux de performance trop exigeants. Ces situations sont bien connues et peuvent être gérées grâce aux mécanismes et modalités habituellement employés dans ces situations et contextes.

Enfin, certains s'inquiètent que le remplacement de prestataires entraîne des difficultés de transition entre prestataires, se traduisant par des ruptures de services importantes, voire catastrophiques. Ainsi, on peut craindre que, si un prestataire de services ne respecte pas les objectifs de performance et voit son contrat résilié, la prestation de soins soit interrompue, entraînant la fermeture de l'hôpital. On évoque également le risque que la propriété des bâtiments ou la nature des contrats de travail accentuent la difficulté de congédier un prestataire non performant et de le remplacer par un autre.

21. Marcel Boyer, *op. cit.*, note 18; Maria Lily Shaw et Emmanuelle B. Faubert, *Les conditions gagnantes pour les mini-hôpitaux*, Cahier de recherche, IEDM, juin 2023.

Mais de telles inquiétudes sont plus théoriques que réelles. Dans un contrat incitatif bien conçu, de telles situations ne se produisent pas, car le contrat est structuré de manière à ce qu'il soit dans l'intérêt du prestataire non performant de respecter ses obligations et d'assurer sa collaboration durant le processus de remplacement, à défaut de quoi il perdrait une part importante de sa rémunération globale, présente et future.

Malgré ces dispositifs de contrôle et de reddition de comptes, il est toujours possible que certains mécanismes incitatifs se dérèglent. Malheureusement, aucun système n'est parfaitement à l'abri de la fraude²². L'enjeu n'est pas d'éliminer toute erreur, mais de disposer de processus efficaces pour les corriger lorsqu'elles surviennent. Un tel processus est beaucoup plus réactif quand le patient, placé au centre de l'évaluation de la performance, dispose d'une réelle liberté de choix entre des prestataires en concurrence, plutôt que dans le système actuel, où il fait face à un monopole public et ne bénéficie d'aucun choix dans la fourniture de soins.

Il y a également toutes les raisons de croire que l'expertise en gestion et en négociation contractuelle, éprouvée depuis de nombreuses années dans divers domaines à travers le monde, sera à la hauteur du défi, tant du côté gouvernemental que concurrentiel.

2.3 Assurer une collecte adéquate d'informations pour l'évaluation des performances

Le troisième défi, celui de la collecte d'informations pertinentes permettant d'évaluer avec justesse la performance des prestataires du secteur concurrentiel dans la fourniture des biens et services de santé conformément à leurs contrats respectifs, est un élément clé.

Les exemples d'évaluation du niveau de santé et du suivi des patients dans différents contextes médicaux sont nombreux²³.

Dans le contexte des biens et services de santé, le secteur public définira le niveau de soins attendu pour les différentes pathologies à différents stades de santé des patients. Ces exigences mesurables du suivi et de l'évolution de l'état de santé des patients feront partie intégrante du contrat conclu avec le prestataire de soins concurrentiel responsable de leur prise en charge.

Le gouvernement doit tenir compte de ses contraintes budgétaires lorsqu'il fixe ses objectifs et les niveaux de performance attendus.

L'évaluation elle-même sera réalisée par des experts indépendants. Les résultats obtenus détermineront la rémunération des prestataires, telle que définie dans le contrat, en fonction de leurs performances.

Bien que l'indépendance de l'entité chargée de l'évaluation soit cruciale, elle ne devrait pas poser de difficulté particulière. Néanmoins, le secteur public doit s'assurer que cette indépendance soit réelle. En outre, les informations recueillies grâce à ces évaluations dans l'ensemble des biens et services de santé devraient permettre de repérer les meilleures pratiques, dans le cadre d'une forme d'expérimentation de terrain. L'organisation responsable de l'évaluation pourrait être explicitement mandatée pour mener de telles expériences de terrain, sous diverses formes.

22. La récente crise financière des *subprimes* de 2007-2010 constitue une expérience historique significative de systèmes d'incitations défectueux et de leurs effets destructeurs sur la confiance. Pour une telle analyse de la crise, voir « Growing out of Crises and Recessions: Regulating Systemic Financial Institutions and Redefining Government Responsibilities » dans Marcel Boyer *et al.*, *Méthodes avancées d'évaluation d'investissements / Advanced Methods of Investment Evaluation*, *op. cit.*, note 20.

23. Shelley Farrar *et al.*, « Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis », *BMJ*, vol. 339, août 2009; Gina Bravo *et al.*, « Does regulating private long-term care facilities lead to better care? A study from Quebec, Canada », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 26, no 3, juin 2014; Marzia Lazzarini *et al.*, « Rates of instrumental vaginal birth and cesarean and quality of maternal and newborn health care in private versus public facilities: Results of the IMAGINE EURO study in 16 countries », *Gynecology & Obstetrics*, vol. 159, no 1, décembre 2022; Craig Brown *et al.*, « Assessment of Potentially Preventable Hospital Readmissions After Major Surgery and Association With Public vs Private Health Insurance and Comorbidities », *JAMA Netw Open*, vol. 4, no 4, avril 2021; Rajesh Reddy *et al.*, « Postpartum readmission and uninsurance at readmission for Medicaid vs privately insured births », *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 4, no 2, mars 2022.

2.4 Mettre en œuvre une intensité de concurrence suffisante grâce à l'abolition des monopoles publics

Le quatrième défi, à savoir la mise en place d'une intensité de concurrence appropriée dans l'ensemble du système des biens et services de santé, consistera à remettre en question les exceptions actuelles à l'exigence de concurrence, encore largement présentes dans le domaine des services publics ainsi que dans le domaine du monde syndical et corporatiste. En effet, les systèmes de santé actuels relèvent généralement de monopoles publics protégés par la loi, et les syndicats sont eux aussi, typiquement, des monopoles qui échappent à toute concurrence.

Dans le modèle de santé proposé ici, ces exemptions seraient abolies. En clair, ces abolitions – qui visent à protéger les citoyens contre les abus de pouvoir sur le marché et à leur donner le moyen de contester ou de remplacer les prestataires jugés déficients grâce à des institutions et à des marchés concurrentiels – seront combattues bec et ongles par ceux qui profitent de ces protections aux dépens des citoyens, des patients et des contribuables.

Le défi que poseront ces résistances relèvera principalement d'un effort de communication fort et convaincant sur les fondements et les principes de la concurrence.

2.5 Bien comprendre et comptabiliser le coût social du capital et des infrastructures

On affirme souvent que les entreprises privées doivent réaliser des bénéfices en plus de couvrir leurs coûts, et que, par conséquent, les prix de leurs biens et services seraient nécessairement plus élevés que ceux qu'une entreprise publique appliquerait en l'absence de cet objectif de profit. C'est faux. L'analyse qui suit peut sembler technique, voire difficile à suivre, mais elle est

essentielle pour bien comprendre la notion de création de valeur²⁴.

L'erreur dans l'affirmation ci-dessus réside dans la confusion entre profit comptable et profit économique. Le profit comptable correspond à la différence entre les recettes et les coûts, y compris les charges d'intérêt sur la dette, mais à l'exclusion du coût des capitaux propres. Le profit économique – parfois appelé rente économique – est la différence entre les recettes et l'ensemble des coûts, y compris ceux des capitaux propres. Ces deux notions coïncident uniquement lorsqu'une entreprise est financée à 100 % par la dette.

Les informations recueillies grâce à ces évaluations dans l'ensemble des biens et services de santé devraient permettre de repérer les meilleures pratiques.

Si l'entreprise appartient au secteur public et est, par conséquent, financée par les impôts ou par une dette garantie par l'État – et donc par les citoyens contribuables – elle doit être en mesure de verser une rémunération juste, équitable et concurrentielle à tous ses facteurs de production : travail, ressources, capital et autres. Cela vaut même lorsque certains de ces services – juridiques, financiers, économiques ou d'ingénierie – ne sont pas comptabilisés, car offerts gratuitement au sein d'une autre organisation publique.

La raison de cette erreur tient au fait que la rémunération de certains facteurs n'est pas comptabilisée adéquatement. C'est souvent le cas pour le

24. Plusieurs exemples d'affirmations similaires, toutes fausses, sont discutés dans: Marcel Boyer, « A Pervasive Economic Fallacy in Assessing the Cost of Public Funds », *Canadian Public Policy*, vol. 48, no 1, décembre 2021; et Marcel Boyer, « Erreurs méthodologiques dans l'évaluation des projets d'investissement », *Revue Française d'Économie*, vol. 33, no 4, 2018. Un exemple encore plus récent est fourni par l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) qui affirme, dans une lettre adressée au gouvernement du Québec, que la déprivatisation des services de santé permettrait que « les 10, 15, 20 ou 30 cents attribués aux profits des entreprises pour chaque dollar dépensé par notre gouvernement » soient dépensés plutôt dans le système de santé, permettant ainsi d'offrir davantage de soins. Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux, « A Strong Public System : What If We Dared to Do It? », consulté le 24 septembre 2025. L'erreur de l'APTS, plutôt élémentaire, tient au fait que certains coûts ne sont pas adéquatement comptabilisés, notamment le coût social du capital public ou privé, commodément balayé sous le tapis.

capital investi dans les entreprises publiques ou sans but lucratif : puisque l'État et les contribuables ont supporté les coûts du capital et des infrastructures, ces entreprises peuvent offrir des prix plus bas pour leurs prestations de soins que les prestataires privés, qui doivent les supporter eux-mêmes²⁵.

Cette comptabilisation adéquate doit absolument être prise en compte dans les contrats du système de santé proposé ici. Ces contrats doivent prévoir une rémunération aux prestataires concurrentiels couvrant l'ensemble de leurs coûts, y compris les coûts de capital et ceux des immobilisations ou des infrastructures, qu'il s'agisse de prestataires à but lucratif ou non lucratif. La distinction entre une entité sans but lucratif et une entité à but lucratif est superficielle : les deux doivent créer de la valeur ajoutée, éviter les gaspillages et les pertes, et donc rémunérer adéquatement tous les facteurs utilisés dans la prestation de soins. Pour que les contrats soient équitables pour tous, il faut tenir compte de tous les coûts, y compris ceux du capital et des infrastructures, quel que soit le statut du prestataire de soins.

Ainsi, l'affirmation selon laquelle les entreprises à but lucratif produiraient à des prix plus élevés que les entreprises publiques ou sans but lucratif en raison de la contrainte de profit est fausse – persistante, mais fausse.

2.6 Bien comprendre les différences pertinentes entre les diverses formes d'entreprises prestataires de soins de santé

La discussion du concept de profit ci-dessus conduit directement à celle du rôle des entreprises, des entrepreneurs et de la concurrence. Il est important de bien comprendre les différentes formes d'organisation qui composent le secteur concurrentiel. La présence, réelle ou potentielle, de ces divers types d'entreprises constitue la base

du pouvoir concurrentiel, un élément central de la réforme du système de santé envisagée ici.

Une entreprise prestataire de soins de santé peut être comprise comme une institution qui mobilise différents facteurs de production pour générer des biens et services de santé utiles aux patients et aux usagers, de sorte que la valeur totale (sociale) de ces soins ne soit pas inférieure au coût total (social) de tous les facteurs utilisés. Lorsque c'est le cas, l'entreprise devient une véritable source de valeur nette, de richesse et de bien-être.

L'affirmation selon laquelle les entreprises à but lucratif produiraient à des prix plus élevés que les entreprises publiques ou sans but lucratif en raison de la contrainte de profit est fausse.

La différence entre la valeur totale des biens et services de santé et la valeur totale de tous les facteurs utilisés – le profit économique – varie dans le temps : elle peut être positive ou négative. Comment l'équilibre entre les revenus et les coûts est-il réalisé? En définissant les parties prenantes prioritaires, c'est-à-dire celles qui sont rémunérées en premier, et la partie prenante résiduelle, rémunérée par la valeur résiduelle (le profit comptable) égale au total des revenus moins le total des coûts des facteurs prioritaires. Cette compensation sera nécessairement parfois positive et parfois négative. Dans le cas des soins de santé offerts gratuitement aux patients et donc financés par l'État – par les impôts ou l'emprunt public – les revenus de l'entreprise prestataire proviennent du gouvernement plutôt que des usagers ou patients.

Pour comprendre plus clairement et concrètement le rôle des entreprises – et, par ricochet, celui des entrepreneurs et de la concurrence – considérons-en quatre types : l'entreprise capitaliste (à capital privé ou public), l'entreprise coopérative, l'entreprise de travailleurs et l'entreprise de propriété intellectuelle (PI). Les quatre types discutés ici sont abstraits et génériques; dans la réalité, les entreprises peuvent en combiner les caractéristiques de diverses manières.

La caractéristique essentielle qui différencie ces types d'organisations est la détermination de la

25. Une autre erreur fréquemment avancée veut que le coût du capital public soit égal au coût d'emprunt du gouvernement. Les fonds publics ainsi levés peuvent être sans risque pour les prêteurs, mais non sans risque pour les citoyens, qu'ils soient bénéficiaires ou contribuables. Si le gouvernement peut emprunter à un taux faible, c'est parce qu'il peut offrir aux prêteurs un contrat financier sans risque, disposant toujours de l'option d'augmenter les impôts et/ou de réduire la quantité ou la qualité de ses services, si nécessaire, pour rembourser ces prêteurs. Cette « option financière » est coûteuse pour les citoyens – bénéficiaires et contribuables – mais son coût n'est généralement pas pris en compte.

partie prenante rémunérée en dernier et du pouvoir de décision qui y est associé. Cette partie prenante est rémunérée à partir de la valeur résiduelle générée par les activités de l'entreprise – parfois positive, parfois négative – valeur qui est souvent partiellement accumulée au fil du temps pour assurer une certaine prévisibilité de sa rémunération. L'identité de cette partie prenante est déterminée par la nature de l'entreprise : le capital financier ou les fonds propres (entreprise capitaliste, privée ou publique), les coopérateurs (entreprise coopérative), le travail ou capital humain (entreprise ouvrière) et le capital intellectuel (entreprise de PI). Le montant versé pour chaque facteur (travail, ressources, PI, capital) à la partie prenante qui le fournit, ainsi que la valeur de ses meilleures utilisations alternatives, devra tenir compte du coût du risque encouru dans le système de compensation. Pour un facteur de production donné, une rémunération plus certaine sera, en moyenne, inférieure à une rémunération plus risquée.

L'entreprise capitaliste rémunère en priorité tous les facteurs autres que les fonds propres – qu'ils soient privés ou publics – lesquels sont rémunérés en dernier lieu par la valeur résiduelle (le profit comptable). Cette valeur résiduelle peut être positive ou négative et varier dans le temps, mais elle doit, en moyenne, être équivalente à la valeur espérée de ces capitaux propres dans leur meilleure utilisation alternative possible (le coût d'opportunité des capitaux propres, privés ou publics). Dans le cas d'une entreprise publique, la rémunération des fonds propres peut n'être que virtuelle, mais elle doit néanmoins être intégrée au calcul des coûts.

Le même principe s'applique aux autres types d'entreprise.

2.7 Favoriser une ouverture réelle des appels d'offres

Dans le contexte des appels d'offres publics, il est important de s'assurer que l'ensemble des prestataires de soins du secteur concurrentiel – de divers types, formes et structures, qu'ils soient à but lucratif ou non lucratif – puissent concourir pour obtenir des contrats de fourniture de biens et services de santé.

Au cours du processus d'appel d'offres, les différentes organisations pourront proposer le niveau de budget qu'elles jugent nécessaire pour

atteindre les objectifs fixés. La concurrence entre ces entreprises de nature variée, toutes soumises à des contrats incitatifs à la performance, garantira que le secteur public, en tant que représentant des citoyens – fournisseurs en amont et utilisateurs en aval – obtienne la meilleure offre ou le meilleur partenariat possible²⁶.

Les appels d'offres ne sont pas exempts d'erreurs : un prestataire de soins peut se tromper, adopter un comportement irrationnel ou se révéler incompétent. Les exemples de ce genre sont nombreux. Il est important de reconnaître que, dans le monde réel, les meilleures pratiques ne sont pas toujours observées ni correctement mises en œuvre. Quelle que soit la solidité des arguments, il existera toujours des exceptions, des erreurs ou des fautes²⁷.

Il est important de s'assurer que l'ensemble des prestataires de soins du secteur concurrentiel puissent concourir pour obtenir des contrats de fourniture de biens et services de santé.

Néanmoins, l'ouverture effective des appels d'offres à tous les prestataires – et la concurrence qui en découle – incite l'ensemble des entreprises, actives ou potentielles, à résoudre les problèmes d'organisation de la production et de gestion de la main-d'œuvre, à faire les bons choix d'investissement, à gérer efficacement les chaînes d'approvisionnement et à assurer le développement ainsi que la gestion de la propriété intellectuelle. L'objectif est de produire des biens et services de santé dont la valeur dépasse les coûts d'opportunité de tous les facteurs fournis par les différents intervenants ou parties prenantes. Si ce n'est pas le cas, les entreprises en place doivent – et finiront par – être remplacées par d'autres. Le développement des meilleures pratiques est un processus d'essais et d'erreurs, encouragé par la concurrence et par des marchés ouverts et concurrentiels à tous les niveaux.

26. Marcel Boyer, *op. cit.*, note 18, p. 31.

27. Voir par exemple Emma Woolacott, « Lessons from history's worst CEOs », *CEO Magazine*, 18 juillet 2018.

2.8 Résister à la puissance du *statu quo*

Le développement social et la croissance économique peuvent être entravés par la force d'inertie du *statu quo*. Il est important de comprendre pour quelles raisons et de quelle manière. Il est également essentiel de comprendre comment la concurrence peut contribuer à le remettre en cause, lorsque cela s'avère nécessaire ou souhaitable.

Pour illustrer concrètement le caractère profondément enraciné du *statu quo*, considérons deux régions comparables sur les plans socioéconomique et politique : le Québec et la France. Examinons aussi deux domaines majeurs d'interaction sociale : l'éducation et les soins de santé.

On peut raisonnablement affirmer que les deux territoires partagent un héritage culturel commun : une langue similaire, des traditions sociales-démocrates comparables en matière de services publics, des orientations économiques semblables fondées sur les marchés concurrentiels et un rôle important de l'État, ainsi que des niveaux de développement proches. Dans les deux cas, les secteurs de la santé et de l'éducation sont dominés par des prestataires publics sous un contrôle gouvernemental fort. Mais ils se distinguent sensiblement dans leur perception des interactions entre le secteur public et le secteur privé à but lucratif.

Domaine de la santé

Au Québec, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ne rembourse pas les frais de traitement encourus dans les cliniques privées, même lorsqu'un traitement similaire est entièrement couvert dans les établissements publics²⁸. Il est également interdit aux compagnies d'assurance privées de proposer des contrats couvrant des soins déjà pris en charge par le régime public d'assurance maladie²⁹. En fait, les prestataires de soins de santé privés à but lucratif sont généralement considérés comme le diable incarné!

En France, les prestataires de soins de santé privés à but lucratif opèrent dans le cadre de conventions avec la Sécurité sociale (l'homologue de la RAMQ) et représentent une composante importante du

système de santé public. La Sécurité sociale rembourse les dépenses engagées par un citoyen qui a choisi de se faire soigner dans un hôpital privé à but lucratif selon des modalités essentiellement équivalentes à celles applicables dans un hôpital public³⁰.

Les établissements privés à but lucratif jouent un rôle essentiel dans le paysage hospitalier français : ils représentent environ 32,9 % de l'ensemble des établissements de santé disposant d'une capacité hospitalière et 24,5 % des lits. Ces proportions sont même plus élevées qu'aux États-Unis, où les établissements privés à but lucratif représentent environ 26,1 % des hôpitaux et 17,5 % des lits³¹ (voir le Tableau 2-1).

Le développement des meilleures pratiques est un processus d'essais et d'erreurs, encouragé par la concurrence et par des marchés ouverts et concurrentiels à tous les niveaux.

Les établissements de santé privés à but lucratif en France sont principalement spécialisés dans la chirurgie et les soins aigus. Ils sont responsables de 55 % de l'ensemble des opérations chirurgicales, de 42 % des soins médicaux et de réadaptation, de 22 % des hospitalisations en psychiatrie, de 75 % de la chirurgie ambulatoire, de 40 % des

30. En France, l'Assurance maladie prend en charge 80 % du tarif conventionnel des frais d'hospitalisation (100 % après 30 jours consécutifs) en hôpital public ou en clinique privée conventionnée, hormis le forfait hospitalier (20 € par jour pour les frais d'hébergement et d'entretien) et les suppléments pour confort personnel. L'Assurance maladie paie la totalité des frais d'hospitalisation et du forfait hospitalier pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. Pour plus de détails, voir République française, Service public, « Déroulement d'une hospitalisation et prise en charge par l'Assurance maladie », 13 février 2024.

31. Sur le système de santé américain, voir Marcel Boyer et Molivann Panot, « Obamacare : Enjeux économiques et constitutionnels », CIRANO, novembre 2020. Ces pourcentages ont quelque peu changé depuis 20 ans. En 2005-06, les établissements privés à but lucratif représentaient 37 % de l'ensemble des établissements de santé disposant d'une capacité d'hospitalisation et 21 % des lits en France, soit plus qu'aux États-Unis, où les établissements privés à but lucratif représentaient environ 15 % de tous les hôpitaux et 12 % des lits. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles (France), *Les établissements de santé : un panorama pour l'année 2005*, p. 15; National Center for Health Statistics, U.S. Department of Health and Human Services, *Health, United States with Chartbook on Trends in the Health of Americans*, 2007, p. 364.

28. Régie de l'assurance maladie du Québec, « Foire aux questions sur les frais facturés », 21 janvier 2021, p. 1.

29. Maria Lily Shaw, « Lever l'interdiction touchant l'assurance maladie privée duplicative au Québec », Note économique, IEDM, janvier 2023.

Tableau 2-1

Pourcentage d'hôpitaux et de lits par secteur, France (2023) et États-Unis (2022)				
	HÔPITAUX		LITS	
	France	États-Unis	France	États-Unis
Public	45,0 %	22,5 %	61,0 %	21,1 %
Privé (total)	55,0 %	77,5 %	39,0 %	78,9 %
Privé à but lucratif	32,9 %	26,1 %	24,5 %	17,5 %
Privé sans but lucratif	22,1 %	51,5 %	14,6 %	61,5 %

Sources : Tableaux 1-2 et 1-3.

prises en charge de patients atteints de cancer et de 25 % des accouchements³².

En matière de prise en charge des cas graves, l'activité des hôpitaux privés est comparable à celle des hôpitaux publics, à l'exception des hôpitaux universitaires. Depuis 2000, une couverture médicale universelle (CMU), redéfinie depuis 2024 sous le nom d'assurance complémentaire santé solidaire (CSS), s'applique aux personnes à faibles revenus (décile inférieur) sans ticket modérateur. Il s'avère que plus de 30 % des bénéficiaires choisissent de se faire soigner dans le secteur privé à but lucratif³³.

Domaine de l'enseignement universitaire

Intéressons-nous maintenant aux systèmes d'enseignement universitaire et à leur relation avec le secteur privé. Au Québec, toutes les universités sollicitent activement les donateurs privés pour financer non seulement les chaires et les centres de recherche, mais aussi les infrastructures (bâtiments, laboratoires, etc.). Il est courant que les universités attribuent à de grandes entreprises ou à de généreux donateurs le nom de leurs bâti-

ments ou salles de cours³⁴. Les conseils d'administration des universités publiques comprennent généralement des cadres supérieurs d'entreprises privées, et sont parfois même présidés par ces derniers. Par conséquent, les liens entre les universités publiques et le secteur privé sont étroits et bien établis.

En France, les prestataires de soins de santé privés à but lucratif représentent une composante importante du système de santé public.

En France, ces liens sont quasiment inexistants au sein des universités³⁵. Le financement privé et les cadres supérieurs du secteur privé y sont largement perçus comme indésirables, voire presque tabous! Cette perception s'est légèrement atténuée au fil des ans, mais elle demeure dominante.

32. Fédération de l'Hospitalisation Privée, Accueil, La Fédération, Nos chiffres clés, consulté le 24 septembre 2025.
33. Cour des comptes, Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité, octobre 2023.

34. Louise Leduc, « Quand la salle St-Hubert devient la salle Vilnius », La Presse+, 19 septembre 2023.
35. Claire Calvel et Victor Chareyron, « Le Financement de l'Enseignement Supérieur en France. Une synthèse bibliographique des effets des politiques de financement de l'Enseignement Supérieur depuis le début des années 2000 », Initiative pour le droit à l'éducation (RTE), UNESCO, 4 mai 2023, p. 6; Banque de France, « Les partenariats public-privé (PPP) », mai 2021, p. 2.

Comment deux sociétés, par ailleurs similaires, peuvent-elles avoir des visions aussi tranchées et contrastées du secteur privé? Ce qui est considéré comme inadmissible dans une société – les hôpitaux privés à but lucratif au Québec et le financement privé des universités en France – est parfaitement normal dans l'autre. De plus, l'enracinement profond de ces positions dans chaque région en fait un pilier du *statu quo*, ce qui rend très difficile toute initiative ou même toute suggestion d'adopter les caractéristiques de l'autre région.

Ce qui est considéré comme inadmissible dans une société – les hôpitaux privés à but lucratif au Québec et le financement privé des universités en France – est parfaitement normal dans l'autre.

Il n'y a rien de naturel, a priori, dans l'une ou l'autre de ces traditions. Comme pour les goûts et les habitudes au niveau individuel³⁶, les caractéristiques du *statu quo* au niveau social ou politique se cristallisent lentement au fil du temps, dans un processus continu, jusqu'à devenir la règle perçue comme immuable et inaltérable. Le problème que pose ce *statu quo* est qu'il crée un attachement quasi religieux au système local, freinant ainsi diverses améliorations possibles dans les systèmes d'éducation ou de santé.

Le message à retenir est que la recherche des meilleures pratiques est sérieusement entravée par la force d'inertie du *statu quo* et les préjugés sur lesquels il repose. De tels blocages à la recherche de meilleures pratiques sont destructeurs de valeur. Il faut permettre aux idées concurrentes d'émerger, de prospérer et de remettre en question les préjugés qui empêchent le changement³⁷.

36. Marcel Boyer, « A Habit Forming Optimal Growth Model », *International Economic Review*, vol. 19, no 3, octobre 1978; Marcel Boyer, « Rational Demand and Expenditures Patterns under Habit Formation », *Journal of Economic Theory*, vol. 31, no 1, octobre 1983; Gary Becker et Kevin Murphy, « A Theory of Rational Addiction », *Journal of Political Economy*, vol. 96, no 4, août 1988.

37. Le contrôle des prix et la gestion de l'offre sont deux autres bons exemples : une fois en place depuis quelques années, il devient pratiquement impossible de revenir en arrière. La force d'inertie du *statu quo* constitue un puissant levier de gaspillage socio-économique.



CONCLUSION

Le projet de réforme du système de santé, trop brièvement présenté dans ce Cahier, vise avant tout à consolider, solidifier et renforcer le pouvoir public au service des citoyens. En précisant le rôle de l'État ou du secteur public comme (i) concepteur du cadre et des contours du système de santé, (ii) financeur principal des biens et services de santé, en particulier pour les plus démunis de notre société, (iii) rédacteur et gestionnaire des contrats de fourniture de ces biens et services, incitatifs à la performance (efficacité et efficacité), avec les prestataires concurrentiels et (iv) promoteur du droit des citoyens de contester et, le cas échéant, de remplacer les prestataires non performants, la réforme proposée confère à l'État un leadership fort et crédible pour faire du système de santé un véritable moteur du bien-être de la population.

Il faut mettre sur pied un important programme d'information sur la réforme pour convaincre les citoyens d'appuyer les politiciens qui auront le courage de l'entreprendre.

La capacité de l'État à mobiliser les meilleures ressources humaines, matérielles, financières, technologiques et autres ne doit pas être sous-estimée, pour autant qu'il dispose, au sein de la fonction publique, des compétences nécessaires – ce qui ne devrait pas poser de difficulté majeure.

La mise en concurrence des prestataires peut être adéquatement encadrée pour éviter la capture du secteur par des groupes avides de pouvoir de marché et assurer un remplacement fluide et harmonieux des prestataires non performants. Les institutions et les mécanismes nécessaires à une concurrence saine au service des citoyens sont bien connus. L'État doit avoir la vision et le courage nécessaires à la poursuite et à la réalisation de cette réforme. Dans ce contexte, un écueil particulièrement dangereux devra être évité : la malédiction de Juncker.

Cette expression fait référence à une déclaration de l'ancien président de la Commission européenne, Jean-Claude Juncker, selon laquelle : « Nous savons tous ce qu'il faut faire, mais nous ne savons pas comment nous faire réélire une fois que nous l'aurons fait³⁸ ». Juncker évoquait la lutte contre les changements climatiques, mais sa déclaration s'applique parfaitement à une réforme du système de santé aussi profonde que celle proposée dans ce Cahier. Pour contrecarrer cette malédiction, il faut mettre sur pied un important programme d'information sur la réforme pour convaincre les citoyens d'appuyer les politiciens qui auront le courage de l'entreprendre. Cela est plus facile à dire qu'à faire.

Amener les citoyens à se demander pourquoi notre précieux système de santé n'a pas encore été réformé et pourquoi les politiques nécessaires tardent à être mises en œuvre est une tâche titanesque. Les dirigeants politiques craindront, avec raison, que la mise en œuvre de réformes exigeantes à court terme ne suscite une réaction négative et ne compromette leur réélection. Pour surmonter cette malédiction, il faudra pouvoir compter sur un fort mouvement populaire en faveur des dirigeants politiques qui feront preuve de courage et de leadership en s'attaquant aux véritables causes de la sous-performance de notre système de santé.

38. Jean-Claude Juncker, Prime Minister of Luxembourg and President of the Eurogroup, « The Quest for Prosperity », *The Economist*, 15 mars 2007.

À PROPOS DE L'AUTEUR



MARCEL BOYER, Ph. D., O.C., C.Q., Fellow SRC

Marcel Boyer est professeur émérite de sciences économiques à l'Université de Montréal, membre du Comité d'orientation scientifique des Chaires en Finance Durable et Investissement Responsable de l'Association française de gestion financière (AFC, Paris), membre associé de la Toulouse School of Economics et de son Sustainable Finance Center, ainsi que de l'Institute for Advanced Study in Toulouse (IAST). Il est également chercheur associé émérite à l'IEDM, fellow du CIRANO (Montréal) et du C.D. Howe Institute (Toronto – Membre du Comité sur la politique de la concurrence), ainsi qu'affilié académique du Groupe d'analyse (Boston, Montréal).

Il est chevalier de l'Ordre national du Québec, Officier de l'Ordre du Canada, lauréat du prix Léon-Gérin (prix du Québec) et Fellow de la Société royale du Canada (Académies des arts, des lettres et des sciences du Canada).

Il a été PDG du CIRANO, membre du conseil d'administration du National Bureau of Economic Research (NBER, États-Unis), du Conseil national de la statistique du Canada, de l'Institut de finance mathématique de Montréal (IFM₂) et de l'Agence des partenariats public-privé du Québec. Il a aussi agi comme économiste expert auprès de nombreuses organisations, entreprises et organismes gouvernementaux, tant au Canada qu'à l'étranger, et a été appelé à témoigner à plusieurs reprises comme expert devant divers comités, commissions, régies et tribunaux.



Institut économique de Montréal

910, rue Peel, bureau 600, Montréal (QC) H3C 2H8 - T 514.273.0969

150, 9^e Avenue SW, bureau 2010, Calgary (AB) T2P 3H9

170, avenue Laurier Ouest, bureau 716, Ottawa (ON) K1P 5V5

iedm.org

ISBN 978-2-925043-35-5