



CIRANO

Allier savoir et décision



LE PRIVÉ EN SANTÉ AU QUÉBEC : REVUE DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

ANTOINE RONDEAU
OLIVIER JACQUES

PR

2026PR-10
POUR RÉFLEXION

Les documents **Pour Réflexion** sont des documents publiés pour susciter échanges et commentaires et s'appuient sur des résultats de recherche. Ces documents sont sous la seule responsabilité des auteurs.

Reflection Papers are documents published to stimulate discussion and commentary, based on research findings. These documents are the sole responsibility of their authors.

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du gouvernement du Québec, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Quebec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the government of Quebec, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO – CIRANO Partners

Partenaires Corporatifs - Corporate Partners

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque Nationale du Canada
Bell Canada
BMO Groupe financier
La Caisse
Énergir
Hydro-Québec
Intact Corporation Financière
Mouvement Desjardins
Power Corporation du Canada
Pratt & Whitney Canada
VIA Rail Canada

Partenaires gouvernementaux - Governmental partners

Ministère des Finances du Québec
Ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie
Innovation, Sciences et Développement Économique
Canada
Ville de Montréal

Partenaires universitaires - University Partners

École de technologie supérieure
École nationale d'administration publique
HEC Montréal
Institut national de la recherche scientifique
Polytechnique Montréal
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval
Université McGill

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.
CIRANO collaborates with many centers and university research chairs; list available on its website.

© Septembre 2026. Antoine Rondeau. Olivier Jacques. Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©. *Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.*

Les idées et les opinions émises dans cette publication sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas les positions du CIRANO ou de ses partenaires. *The observations and viewpoints expressed in this publication are the sole responsibility of the authors; they do not represent the positions of CIRANO or its partners.*

Le privé en santé au Québec : Revue de la recherche scientifique*

Antoine Rondeau[†], Olivier Jacques[‡]

Résumé

Bien qu'il soit souvent présenté comme public et universel, le réseau de la santé du Québec repose sur une participation beaucoup plus importante du secteur privé que ce qui est généralement véhiculé dans l'espace public. Cette étude poursuit deux objectifs complémentaires: d'une part, définir et quantifier la place qu'occupe présentement le secteur privé dans le réseau de la santé du Québec et, d'autre part, analyser la performance de ce secteur dans une perspective comparative. Les principaux résultats indiquent que le financement et la prestation privés des soins sont plus développés au Canada que dans les pays comparables, et que le niveau de prestation privée est plus élevé au Québec que dans les autres provinces canadiennes. Ce rapport effectue une revue des études sur l'impact du développement du réseau privé sur les coûts, l'attente, l'accessibilité et la qualité des soins de santé. Au regard de notre évaluation de la recherche scientifique, il est difficile d'établir que le secteur privé soit plus efficace, de meilleure qualité ou moins coûteux que le secteur public. En revanche, le développement du secteur privé comporte des risques importants, notamment une augmentation des temps d'attente au public, une augmentation des coûts et une diminution de l'accessibilité et de l'équité. Nous concluons le rapport par une série de pistes de solutions pour réduire la prestation et le financement privé de soins et préserver le modèle public québécois.

Abstract

Although it is often presented as a public and universal system, Quebec's healthcare system relies on significantly greater private-sector involvement than is generally conveyed in the public sphere. This study pursues two complementary objectives: first, to define and quantify the role currently played by the private sector in Quebec's healthcare system and, second, to assess the performance of this sector from a comparative perspective. The main findings indicate that private financing and provision of healthcare services are more developed in Canada than in comparable countries, and that the level of private provision is higher in Quebec than in other Canadian provinces.

This report reviews existing studies on the impact of the development of the private healthcare sector on healthcare costs, wait times, accessibility, and quality of care. Based on our assessment of the scientific literature, it is difficult to establish that the private sector is more efficient, provides higher-quality care, or is less costly than the public sector. By contrast, the expansion of the private sector entails significant risks, including longer wait times in the public system, increased costs, and reduced accessibility and equity.

* Cette étude a été commandée et financée par le Collège des Médecins du Québec en 2026. Elle ne représente toutefois pas les positions du Collège et n'engage que ses auteurs. Antoine Rondeau et Olivier Jacques remercient Emmanuelle Arpin pour ses commentaires sur une version précédente du rapport. Les auteurs tiennent à remercier Marco Laverdière pour ses observations sur les différentes lois régissant la désaffiliation des médecins au Canada.

[†] Enseignant en sciences économiques, Collège Montmorency

[‡] Professeur adjoint, École de santé publique de l'Université de Montréal, Chercheur CIRANO et Chercheur au Centre de recherche en santé publique (CRéSP)

The report concludes by outlining a series of potential solutions aimed at reducing the private provision and financing of healthcare services while preserving Quebec's public healthcare model.

Pour citer ce document / To quote this document

Rondeau, A. et Jacques, O. (2026). Le privé en santé au Québec (2026PR-10, CIRANO).

<https://doi.org/10.54932/NKMQ5296>

Table des matières

Résumé exécutif	2
Introduction	5
Définitions	5
Le système de santé au Québec et au Canada en perspective historique et comparée	7
La non-participation des médecins au régime public au Québec et dans les autres provinces canadiennes.....	12
Comparaison du financement privé entre les provinces	18
Le privé et la performance du système de santé	23
<i>Efficacité, performance et contrôle des coûts</i>	24
<i>Interactions entre le privé et le public</i>	26
<i>Temps d'attente</i>	27
<i>Accessibilité et équité</i>	28
<i>Effet de la privatisation sur la qualité</i>	30
Recours aux centres médicaux spécialisés	32
Conclusion	35
Bibliographie.....	37

Liste des tableaux

Tableau 1. Exemple de financement et de prestation public et privé au Québec	6
Tableau 2. Comparaison du financement et de la prestation publics et privés entre les pays	9
Tableau 3. Proportion de non-participation des médecins spécialistes et omnipraticiens, 2023-2025	15
Tableau 4. Nombre de médecins non participants par province, 2023-2024	16

Liste des graphiques

Graphique 1. Dépenses de soins de santé du Canada par rapport à celles d'autres pays comparables, 2022	10
Graphique 2. Dépenses de santé par type de financement, pays de l'OCDE, 2023.	11
Graphique 3. Nombre de médecins spécialistes et omnipraticiens non participants et désengagés et taux de variation annuel, Québec, 2000-2025	13
Graphique 4. Part des dépenses de santé privée, tous secteurs confondus, en pourcentage des dépenses totales de santé, Québec, Ontario et moyenne canadienne, 1975-2025	19
Graphique 5. Part des dépenses en médecins provenant du secteur privé (1975- 2024)	20
Graphique 6. Part des dépenses hospitalières provenant du secteur privé (1975-2024)	21
Graphique 7. Part des dépenses en médicaments provenant du secteur privé (1975- 2024)	22

Résumé exécutif

Contexte et pertinence

Le réseau de la santé québécois est confronté depuis plusieurs années à des problèmes structurels qui limitent sa capacité à répondre aux besoins de la population en plus de générer des pressions importantes sur les finances publiques. Parmi ces enjeux largement documentés figurent les délais importants pour l'accès à certaines chirurgies, le temps d'attente aux urgences, la pénurie de main-d'œuvre et le manque d'accès aux médecins de famille. Malgré plusieurs tentatives de réformes du gouvernement du Québec, ces problèmes persistent et certains ont même été accentués par la pandémie de COVID-19. Confrontés à des délais importants pour obtenir des soins dans le réseau public, de plus en plus de Québécois font le choix d'avoir recours au secteur privé pour obtenir des soins. En 2025, environ une personne sur quatre avait consulté un médecin au privé.¹ Ce développement rapide du réseau privé au Québec soulève de nombreux enjeux notamment sur les coûts du réseau, les délais d'attente ainsi que sur l'équité et l'accessibilité des soins pour la population dans un réseau à deux vitesses. Le développement rapide du réseau privé dans les dernières années fait en sorte que le système québécois est à la croisée des chemins. Si le gouvernement du Québec souhaite légiférer pour restreindre le développement du réseau privé, il devra le faire dans un avenir rapproché.

Question de recherche et démarche

Les trois principales questions de recherche de ce rapport sont :

1. Quelle est l'évolution de la désaffiliation des médecins au Québec et comment se situe-t-elle par rapport aux tendances observées dans les autres provinces canadiennes?
2. À quel niveau s'élève le financement privé des soins de la santé au Québec et comment se compare-t-il avec les autres provinces canadiennes et les pays de l'OCDE?
3. Quel est l'effet de la privatisation sur les coûts, le volume, le temps d'attente, la qualité et l'accessibilité des soins dans divers systèmes de santé à travers le monde et comment ces constats s'appliquent-ils au Québec?

¹ Collège des médecins du Québec, « Sondage SOM-Collège des médecins du Québec sur l'accès aux soins », 17 mars 2025, <https://www.cmq.org/fr/actualites/sondage-som-cmq-acces>.

Ces questions de recherches sont séparées en deux volets, soit définir et quantifier la place qu'occupe actuellement le secteur privé dans le réseau de la santé du Québec et analyser la performance du secteur privé dans une perspective comparée.

Pour le premier volet, nous avons :

- Compilé et analysé les données nécessaires pour comparer la privatisation du financement et de la prestation des soins entre les diverses provinces canadiennes.
- Analysé les études scientifiques pertinentes pour expliquer les différences entre provinces.

Pour le deuxième volet, nous avons :

- Réalisé une revue des études sur les effets des réformes de privatisation dans les pays de l'OCDE sur les coûts, le volume, le temps d'attente, la qualité et l'accessibilité des soins.
- Évaluer les avantages du remboursement des soins offerts au privé, notamment dans les Centres médicaux spécialisés.

Principaux résultats et signification

Sur le premier volet de l'étude concernant l'état de la privatisation au Québec :

- Le nombre de médecins désaffilié du réseau public est en forte augmentation au Québec. Avec **831 médecins non participants**, le Québec en compte plus que l'ensemble des provinces canadiennes réunies. Les autres provinces canadiennes ont très peu de médecins désaffiliés, c'est l'Ontario qui en compte le plus avec 11.
- Malgré le haut niveau de désaffiliation des médecins, **la part privée des dépenses en santé au Québec est de 26,5%**, ce qui est plus faible que la moyenne canadienne.
- À cause de la couverture limitée de l'assurance publique, environ **30% des dépenses en santé au Canada sont privées**, ce qui est plus élevé que dans les pays d'Europe occidentale. Environ 15% du financement total des soins de la santé est assumé directement par les usagers, ce qui est plus élevé qu'aux États-Unis.

Sur le deuxième volet de l'étude concernant la performance du système de santé privé :

- La prestation des soins est **généralement moins coûteuse au public** et le secteur privé n'est pas nécessairement plus efficace.
- L'interaction entre le public et le privé peut mener à une hausse du volume de soins et des coûts qui n'améliore pas le niveau de santé et peut mener dans certains cas à **une augmentation du temps d'attente**.
- Le développement des soins privé nuit généralement à l'accessibilité et l'équité des soins et il n'existe pas de preuves convaincantes que les soins privés sont de meilleure qualité que ceux du public.

Introduction

Définitions

Il importe de distinguer entre deux dimensions de la privatisation des soins de la santé : la prestation et le financement. La prestation de soins porte sur la nature de la relation de travail des employés du secteur de la santé (sont-ils des employés du secteur public, des travailleurs autonomes ou employés du secteur privé?) et sur la propriété des cliniques médicales et des hôpitaux (appartiennent-ils à l'État ou non?).² Quant au financement privé des soins, il réfère à des dépenses de santé qui sont effectuées directement par des particuliers ou par des compagnies d'assurances privées et qui ne sont pas remboursées par un régime d'assurance public comme la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) au Québec. À l'international, les systèmes de santé des pays de l'OCDE affichent différentes combinaisons de financement et prestation publics et privés.³

Le Tableau 1 présente des exemples des possibilités de financement et de prestation privés illustrées par le cas québécois. Les soins fournis dans un centre local de services communautaires (CLSC) sont à prestation⁴ et financement public parce que les professionnels de la santé sont employés par l'État et les soins sont remboursés par la RAMQ. Une consultation d'un patient dans un groupe de médecine familiale (GMF) représente une prestation privée, puisque le GMF est une entreprise privée et le prestataire est un médecin travailleur autonome, avec financement public, puisque le soin est remboursé par la RAMQ. Une consultation faite chez un médecin non-participant au régime public qui facture des frais directement au patient combine prestation et financement privé. Finalement, bien que ce cas n'existe pas au Québec, on pourrait concevoir un soin à prestation publique et à financement privé : par exemple, un soin offert dans un CLSC remboursé par une assurance privée pour un patient non-couvert par la RAMQ.

² Katharina Böhm et al., « Five Types of OECD Healthcare Systems: Empirical Results of a Deductive Classification », *Health Policy* 113, n° 3 (2013): 258-69, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.003>.

³ Raisa Deber et Catherine Mah, « Case Studies in Canadian Health Policy and Management », *University of Toronto Press*, 2014.

⁴ Sauf si ces soins sont fournis par un médecin travailleur autonome.

Tableau 1. Exemple de financement et de prestation public et privé au Québec

Financement	Prestation	Exemple	Description
Public	Public	CLSC	Employés salariés Remboursé par la RAMQ
Public	Privé	GMF	Médecins travailleurs autonomes Remboursé par la RAMQ
Privé	Public	N'existe pas au Québec	Services publics facturés aux usagers
Privé	Privé	Clinique privée	Médecins désaffiliés Facturation aux usagers

Pour mieux comprendre la différence entre la privatisation du financement et de la prestation, il est pertinent de comparer les GMF aux cliniques privées. Les premiers groupes de médecine familiale ont été établis en 2002 dans le but d'améliorer l'accès aux soins par la prise en charge globale des patients avec différentes spécialités de première ligne offertes au même endroit. Le GMF permet certaines économies d'échelles par le partage des ressources humaines et administratives.⁵ Les médecins qui pratiquent dans un GMF sont des travailleurs autonomes. Le financement des soins est public puisqu'il provient du régime de financement administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Le niveau de financement du GMF est déterminé par le gouvernement selon le niveau de services qu'il offre à ses patients.⁶ Les patients recevant des soins dans un GMF n'ont pas besoin de déboursier de leur poche ou de souscrire à une assurance privée. Au contraire, dans une clinique privée où pratiquent des médecins non participants, les frais sont facturés aux patients ou à une assurance privée (pour certains services de santé prédéfinis dans la loi)⁷. Or, au Québec, il n'y a pas de développement significatif des assurances privées duplicatives, c'est-à-dire assurant des services déjà couverts par la RAMQ, de sorte que la majorité du

⁵ Anne Gauthier, « Évaluation de l'implantation et des effets des premiers Groupes de médecine de famille au Québec », *Ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2009.

⁶ « Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF) », *Ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2022.

⁷ Katherine Fierlbeck, « The Scope and Nature of Private Healthcare in Canada », *SSRN Electronic Journal*, advance online publication, 2024, <https://doi.org/10.2139/ssrn.4705799>.

financement par assurances privées concerne les soins de santé qui ne sont pas couverts par la RAMQ, comme les soins dentaires par exemple.

Le système de santé au Québec et au Canada en perspective historique et comparée

Le système de santé canadien est composé d'un ensemble de régimes publics d'assurance maladie indépendants administrés par les provinces avec un appui financier du gouvernement fédéral. Dans la constitution canadienne, les soins de santé sont de compétence provinciale. Ces dernières sont responsables « des règles régissant l'exercice de la médecine, de la formation des professionnels de la santé, de la réglementation de la profession médicale, de l'assurance hospitalisation, de l'assurance maladie ainsi que de la santé et de la sécurité au travail. »⁸ Bien que la majorité du financement de la santé provienne des provinces, le gouvernement fédéral encadre le régime public avec la *Loi canadienne sur la santé* de 1984 et fixe des critères qui doivent être respectés pour que les provinces obtiennent leur part de financement fédéral à travers le *Transfert canadien en santé*.

En 1947, la Saskatchewan est la première province canadienne à se doter d'un régime d'assurance publique de santé pour assurer la gratuité des soins hospitaliers pour les patients. Dans ce premier régime de santé provincial, la prestation des soins demeure privée. Les hôpitaux et les médecins conservent un niveau d'autonomie élevé tout en facturant au régime public. La réforme initiale prévoyait une deuxième phase pour intégrer la prestation des soins au réseau public qui n'a finalement jamais été mise en place.⁹

Le Québec se dote d'une assurance maladie publique le 1^{er} novembre 1970 fondée sur les principales recommandations du rapport Castonguay-Nepveu de 1967. Avant la mise en place du régime d'assurance maladie, la médecine au Québec était considérée comme une profession libérale et les médecins pratiquaient « de manière entièrement autonome et privée ».¹⁰ En plus d'instaurer un « régime complet et universel d'assurance-maladie »¹¹, le rapport recommandait

⁸ Marlisa Tiedemann, « La loi canadienne sur la santé: un aperçu », *Bibliothèque du Parlement* 2019-54-f (2019).

⁹ Danielle Martin et al., « Canada's Universal Health-Care System: Achieving Its Potential », *The Lancet* 391, n° 10131 (2018): 1718-35, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30181-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30181-8).

¹⁰ David Benatia et al., *Évolution récente de l'offre de services médicaux et de la rémunération des médecins au Québec* (Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques, 2025).

¹¹ Claude Castonguay et Gérard Nepveu, *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social* (Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1967).

également « que, parallèlement à la négociation d'un système de rémunération à l'acte, l'État procède à la négociation d'un niveau de salaire ». Cette recommandation ne fut jamais appliquée puisqu'en réponse à une forte opposition des médecins spécialistes à la mise en place initiale du régime d'assurance publique, le gouvernement décida de maintenir la rémunération à l'acte ainsi que le statut de travailleur autonome plutôt que d'instaurer un régime de salariat¹². L'ancien ministre de la Santé Claude Castonguay fit d'ailleurs remarquer que, « s'il n'avait pas établi le salariat ou un autre mode de rémunération fixe pour les médecins au moment de la mise en place de sa réforme en 1972, c'est qu'il en avait déjà plein les bras politiquement avec les autres résistances qu'il devait rencontrer. »¹³

En effet, les négociations sont tendues entre l'État et les fédérations médicales lors de la création de l'assurance maladie du Québec. Le gouvernement veut imposer un régime de payeur unique qui proscrit les assurances privées, alors que les médecins cherchent à garder leur statut de travailleur autonome, la rémunération à l'acte ainsi que le droit de pratique hors du régime public, une demande explicite de la fédération des Médecins spécialistes du Québec (FMSQ). Le gouvernement propose alors de limiter le droit à la désaffiliation à un maximum 3% des médecins dans chaque région, ce que FMSQ refuse, considérant la désaffiliation comme un « droit fondamental », entraînant une grève de 17 jours qui paralyse le système de santé de la province. La grève se règle alors que la crise d'octobre 1970 entraîne l'imposition de la loi des mesures de guerre. Ainsi, le droit à la désaffiliation est une concession offerte par le gouvernement pour imposer un régime de payeur unique aux médecins qui s'y opposaient.¹⁴

Ainsi, la prestation privée des soins par des médecins qui sont des travailleurs autonomes dans le cadre d'un régime financé par une assurance publique unique représente une particularité du régime canadien. En effet, le cas canadien diffère de celui du modèle de service de santé national (*National Health Services*), dans lequel la prestation et le financement des soins sont publics.¹⁵ Les systèmes du Royaume-Uni et de plusieurs autres pays européens, notamment les pays scandinaves, ont le même modèle de financement et de prestation publics. Or, le Canada se situe plutôt dans la

¹² Anne-Marie Savard, « Les médecins comme travailleurs autonomes au sein du système public de santé au Québec: le passage d'une autonomie professionnelle à une imputabilité sociale », *Les Cahiers de droit* 58(4) (2017): 749-87.

¹³ Jean-Pierre Bélanger, « De la Commission Castonguay à la Commission Rochon... Vingt ans d'histoire de l'évolution des services de santé et des services sociaux au Québec », *Service social* 41, n° 2 (2005): 49-70, <https://doi.org/10.7202/706569ar>.

¹⁴ Savard, Op.cit.

¹⁵ Böhm et al., « Five Types of OECD Healthcare Systems », *Health Policy* 113(3) (2013): 258-269.

catégorie des systèmes dits d'assurance nationale de santé (*National Health Insurance*)¹⁶, des modèles mixtes où la prestation est privée et le financement est public, comme le montre le Tableau 2.¹⁷

Tableau 2. Comparaison du financement et de la prestation publics et privés entre les pays

	Prestation publique	Prestation privée
Financement public	Service de santé national (Danemark, Finlande, Islande, Norvège, Suède, Portugal, Espagne, Royaume-Uni)	Système d'assurance nationale de santé (Canada, Australie, Irlande, Nouvelle-Zélande, Italie)
Financement privé	Frais d'utilisation pour les services publics (Central dans aucun pays)	Régime privé (États-Unis)

Bien que le financement du système public de santé soit universel au Québec et ailleurs au Canada, la couverture de l'assurance publique reste limitée, dans la mesure où elle a été conçue dans les années 1960 pour couvrir les services offerts par les médecins et ceux dispensés en milieu hospitalier. Des obstacles institutionnels, notamment liés au fédéralisme, ont été évoqués pour expliquer pourquoi les systèmes de santé au Canada ont été particulièrement difficiles à réformer¹⁸. Cette non-adaptation du système à l'émergence de nouveaux risques pour la santé a conduit à sa « privatisation passive »¹⁹, de sorte que la part des dépenses de santé privées par rapport aux dépenses totales de santé demeure relativement élevée au Canada (environ 30 %) par rapport aux pays d'Europe occidentale (entre 20 et 15%). C'est ce que montre le Graphique 1 tiré de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).²⁰ La dépense totale de santé inclut non seulement les

¹⁶ Böhm et al., « Five Types of OECD Healthcare Systems: Empirical Results of a Deductive Classification », *Health Policy* 113, n° 3 (2013): 258-69.

¹⁷ Deber, « Case Studies in Canadian Health Policy and Management » *University of Toronto Press* (2014).

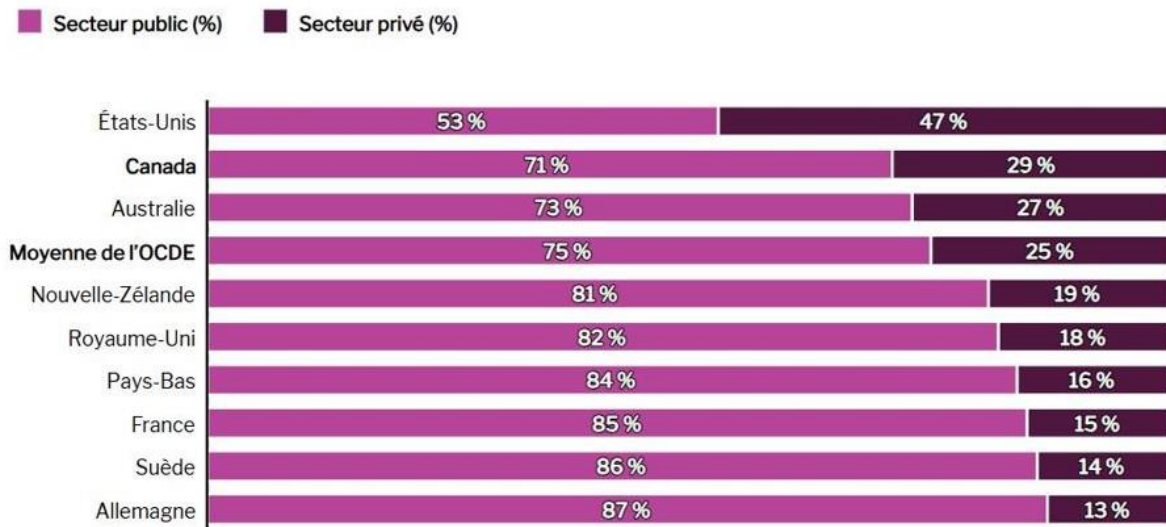
¹⁸ Harvey Lazar et al., « Paradigm freeze: why it is so hard to reform health care in Canada », *McGill-Queen's Press-MQUP* 179 (2013).

¹⁹ Jacob S. Hacker, « Dismantling the Health Care State? Political Institutions, Public Policies and the Comparative Politics of Health Reform », *British Journal of Political Science* 34, n° 4 (2004): 693-724.

²⁰ *Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 — analyse éclair*, Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 — analyse éclair (Institut canadien d'information sur la santé, 2024).

soins médicaux et hospitaliers, mais aussi les autres professionnels de santé (dentistes, optométristes, etc.), les médicaments, les soins de santé offerts dans d'autres institutions (comme les soins de longue durée), la recherche en santé, la santé publique et les frais administratifs.

Graphique 1. Dépenses de soins de santé du Canada par rapport à celles d'autres pays comparables, 2022.



Source : Institut canadien d'information sur la santé. (2024). *Tendances des dépenses nationales de santé, analyse éclair*.

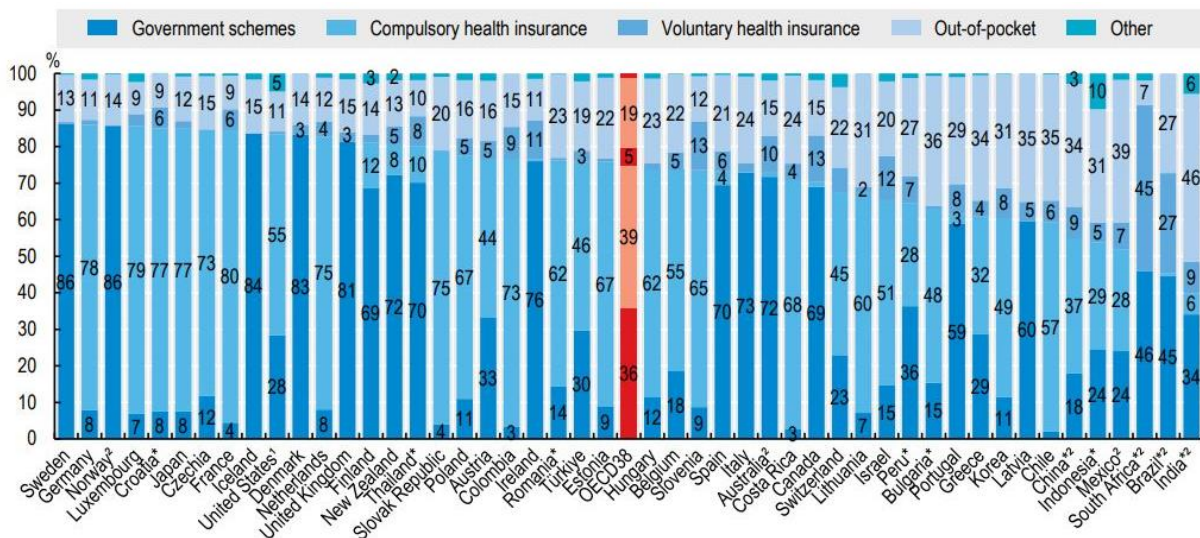
Cette part relativement élevée des dépenses privées au Canada est due aux lacunes dans la couverture de nombreux services qui ne sont pas fournis par les médecins, tels que les produits pharmaceutiques, l'optométrie, la santé mentale (psychothérapie) et la physiothérapie. Par exemple, le Canada est le seul pays doté d'un système de santé universel dans lequel les médicaments sur ordonnance ne font pas partie de la couverture de base offerte par l'assurance publique, sauf au Québec.²¹ Le Graphique 2, tiré directement des données de l'OCDE, montre les différentes composantes du financement de la santé dans différents pays en 2023. Alors que la part publique du financement de la santé se situait à 69%²², on observe que 15% du financement total des soins de santé au Canada est payé directement par les usagers. C'est une proportion plus élevée que celle

²¹ Gregory Marchildon, « The single-tier universality of Canadian medicare », Dans Béland, D., Marchildon, G. P. et Prince, M. J. (eds) *Universality and social policy in Canada*, 209apr. J.-C., 49-62.

²² La pandémie de COVID-19 a fait fluctuer légèrement la part publique des dépenses de santé.

assumée par les assurances privées (13%), parce que plusieurs employeurs n'offrent pas d'assurance privée ou parce que l'assurance offerte ne couvre pas l'ensemble des soins exclus de l'assurance publique. Ces frais aux usagers élevés peuvent mener à des besoins de santé non comblés. Ainsi, cette proportion de frais assumée directement par les usagers est plus élevée qu'aux États-Unis (11%), mais moindre que la moyenne des 38 pays de l'OCDE (19%), une moyenne qui est toutefois tirée par le haut par les pays moins riches de l'OCDE. Il est pertinent de noter que les dépenses totales de santé sont de 11,3% du PIB au Canada, ce qui est supérieur à la moyenne de l'OCDE qui est de 9,3%. Cependant, le niveau de dépenses publiques de santé est en dessous de la moyenne de l'OCDE. En bref, contrairement aux idées reçues, le Canada se distingue par la prestation privée des soins médicaux exclus du panier universel et par une part élevée de soins de santé financés par le privé. Les prochaines sections se pencheront sur une comparaison interprovinciale, d'abord de la non-participation des médecins, puis du financement privé.

Graphique 2. Dépenses de santé par type de financement, pays de l'OCDE, 2023.



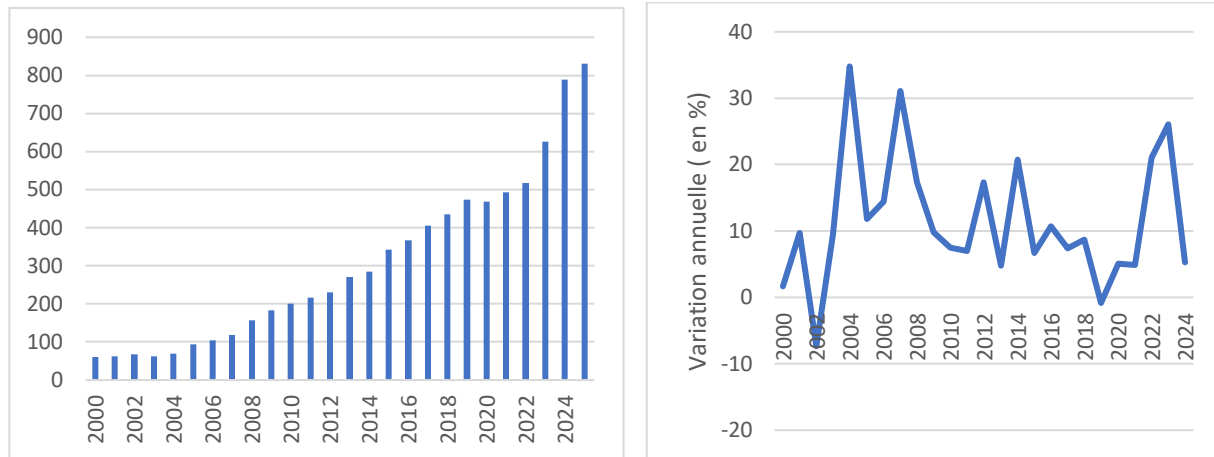
Source: OECD (2025), *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, figure 7.14, p.167.

La non-participation des médecins au régime public au Québec et dans les autres provinces canadiennes

Le Graphique 3 présente l'évolution historique et annuelle des médecins spécialistes et omnipraticiens non participants et désengagés de la RAMQ, compilée à partir des publications de la gazette officielle et des archives de la RAMQ. Techniquement, un médecin pourrait être désengagé, c'est-à-dire exercer hors du réseau public, tout en facturant directement aux patients, mais aux mêmes tarifs que ceux déterminés par la RAMQ qui rembourserait ensuite les patients. Il s'agit d'un statut extrêmement rare au Québec. Ainsi, les médecins qui quittent le système public peuvent facturer leurs patients à des tarifs plus élevés que ceux imposés par la RAMQ.²³ En 2000, il y avait seulement 61 médecins non participants et désengagés du réseau. Ce nombre atteint 201 en 2010. À partir de 2010, la croissance est plus marquée. En 10 ans, le nombre de médecins non participants et désengagés augmente de plus du double pour atteindre 469 en 2020. C'est toutefois à partir de la pandémie qu'on enregistre les augmentations les plus marquées, particulièrement pour les années 2023 et 2024 avec des augmentations annuelles de 21% et 26% respectivement. En 2025, le nombre de médecins non participants est de 831.

²³ Amélie Quesnel-Vallée et al., « Cause or Symptom of Quebec Health System Privatization? », *University of Ottawa Press*, 2020, 93-121.

Graphique 3. Nombre de médecins spécialistes et omnipraticiens non participants et désengagés et taux de variation annuel, Québec, 2000-2025 ²⁴



Source : Gouvernement du Québec, « Gazette officielle du Québec (2000-2012) », Éditeur officiel du Québec, et Régie de l'assurance maladie du Québec, « Liste des médecins désengagés », document PDF archivé (Wayback Machine).

Selon Contandriopoulos et Law (2021), deux moments importants ont accéléré la tendance vers la désaffiliation des médecins québécois : le jugement Chaoulli et la réglementation des frais accessoires²⁵. En 2005, le jugement Chaoulli a décomplexé le discours concernant le privé en santé, qui devient perçu comme une manière d'améliorer un réseau public qui lui, nuirait à la sécurité des patients²⁶. Le jugement Chaoulli ne porte pas directement sur la question de la désaffiliation des médecins, mais remet en question l'interdiction des assurances privées duplicatives. Il ne s'applique qu'au Québec, puisque c'est la Charte québécoise des droits et libertés qui est interprétée par la Cour suprême du Canada²⁷.

Pour donner suite au jugement, le gouvernement du Québec met en place la loi 33 en 2006 qui entraîne la création des Centres médicaux spécialisés (CMS), des organisations privées, qui, dans leur variante participative, effectuent des interventions chirurgicales remboursées par la RAMQ suivant la mode des partenariats public-privé. La loi 33 permet aux patients de se tourner

²⁴ Gouvernement du Québec, « Gazette officielle du Québec (2000-2012) », Éditeur officiel du Québec, s. d.; Régie de l'assurance maladie du Québec, « Liste des médecins désengagés », document PDF archivé (Wayback Machine), s. d.

²⁵ Plusieurs parties de cette section sont inspirés directement du chapitre de livre suivant : Jacques, Olivier et Marion (Drs.). À paraître. "L'exceptionnalisme québécois en matière de médecine privée." Dans Robert Bernier et Stéphane Paquin. *Les nouveaux défis de l'État québécois*. Druides édition. 101-120.

²⁶ Bhatia, Vadna. "Social rights, civil rights, and health reform in Canada." *Governance*, 23(1), (2010) 37-58.

²⁷ Marie-Pascale Pomey et al., « Stakeholder Views on Privatization of the Quebec Health Care System », *Canadian Public Policy* 42, n° 3 (2016): 324-36, <https://doi.org/10.3138/cpp.2015-056>.

vers des cliniques privées lorsque le temps d'attente au public est trop long pour une cinquantaine de types de chirurgies différents²⁸. Or, la présence de CMS participatifs limite la croissance des CMS non participatifs dont les frais seraient remboursés par les patients eux-mêmes ou par leur assurance privée. Ainsi, bien qu'elles soient légalisées par la loi 33, le marché des assurances privées duplicatives ne croît pas suite au jugement Chaoulli²⁹.

Toutefois, la loi 33 entraîne indirectement des désaffiliations en empêchant les cliniques d'employer des médecins participants et non participants en même temps³⁰. De plus, la loi 33 génère d'importants investissements dans les CMS participatifs qui facturaient des frais accessoires aux patients (des frais aux usagers pour l'utilisation de certains services de la clinique) puisque leurs coûts d'opération étaient plus élevés que les remboursements offerts par la RAMQ. Face à la pression du public et d'Ottawa, le gouvernement du Québec interdit les frais accessoires en 2017, ce qui nuit au modèle d'affaires de ces cliniques et incite plusieurs médecins à transférer leurs opérations vers le privé non participatif³¹. Finalement, il importe de considérer la crise de la COVID-19 comme un moment charnière qui a poussé plusieurs médecins à se désaffilier. En effet, la crise secoue le réseau de la santé, nuit au moral des prestataires de soins et impose des conditions de travail difficiles. On passe ainsi de 469 médecins désaffiliés en 2020 à 831 en 2025.

À partir du nombre de médecins spécialistes et omnipraticiens qui pratiquent avec la RAMQ³², il est possible de calculer le pourcentage de médecins non participants au Québec. Le Tableau 3 montre qu'en 2024-2025, 3,3 % des médecins étaient non participants au réseau. On peut également constater que les médecins omnipraticiens (4,9%) sont davantage non-participants que les médecins spécialistes (2,1%). Selon *Médecins québécois pour le réseau public (2024)*³³, en 2005, seuls 0,48% et 0,53% des médecins de famille et des spécialistes travaillaient respectivement

²⁸ Ibid. En 2006 le nombre de chirurgies admissibles était beaucoup plus faible, il fut allongé en 2008 pour favoriser la viabilité financière des CMS.

²⁹ Quesnel-Vallée, A., McKay, R., & Farmanara, N. (2020). Chaoulli v Quebec : Cause or Symptom of Quebec Health System Privatization. In C. M. Flood & B. Thomas (Eds.), *Is Two-Tier Health Care the Future?* (pp. 93-121). Ottawa University Press

³⁰ Amélie Quesnel-Vallée et al., « Chaoulli v Quebec : Cause or Symptom of Quebec Health System Privatization », dans . . In C. M. Flood & B. Thomas (Eds.), *Is Two-Tier Health Care the Future?*, Ottawa University Press (2020).

³¹ Damien Contandriopoulos et Michael R. Law, « Policy Changes and Physicians Opting out from Medicare in Quebec: An Interrupted Time-Series Analysis », *Canadian Medical Association Journal* 193, n° 7 (2021): E237-41, <https://doi.org/10.1503/cmaj.201216>.

³² « La RAMQ en quelques chiffres », 2025, <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/donnees-statistiques/ramq-quelques-chiffres>.

³³ Médecins québécois pour le réseau public, *Guide d'autodéfense intellectuelle contre la privatisation du réseau de la santé*, 2024.

dans le secteur privé. Il est intéressant de noter que lors de la création de l'assurance maladie du Québec en 1970, le gouvernement avait tenté d'imposer un maximum de 3% des effectifs médicaux de chaque spécialité et de chaque région pouvant exercer au privé, une clause jugée inacceptable à l'époque par la *Fédération des médecins spécialistes du Québec* (FMSQ) qui considérait que le désengagement était un « droit fondamental »³⁴. Ce seuil est maintenant dépassé pour les omnipraticiens à l'échelle du Québec.³⁵

Tableau 3. Proportion de non-participation des médecins spécialistes et omnipraticiens, 2023-2025.

	2023-2024	2024-2025
Médecins spécialistes à la RAMQ	12 373	12 635
Médecins spécialistes non participants	251	267
Total médecins spécialistes	12 624	12 902
Pourcentage des spécialistes non participants	2.0%	2.1%
Médecins omnipraticiens à la RAMQ	10 914	10 958
Médecins omnipraticiens non participants	538	564
Total médecins omnipraticiens	11 452	11 522
Pourcentage des omnipraticiens non participants	4.7%	4.9%
Total médecins à la RAMQ	24 997	25 537
Total médecins non participants	789	831
Pourcentage non-participants spécialistes et omnipraticiens	3.2%	3.3%

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec (2025), *La RAMQ en quelques chiffres. Comparaison de la non-participation des médecins entre les provinces*

Le Tableau 4 utilise les données du rapport annuel de la *Loi canadienne sur la Santé*³⁶ pour montrer qu'avec 789 médecins non participants en 2023-2024, le Québec compte beaucoup plus de médecins exerçant hors du réseau public que les autres provinces canadiennes. L'Ontario est la

³⁴ Savard, « Les médecins comme travailleurs autonomes au sein du système public de santé au Québec: le passage d'une autonomie professionnelle à une imputabilité sociale ».

³⁵ Il nous est impossible de connaître la distribution régionale de la non-participation.

³⁶ *Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel 2023-2024*, no. 250058 (Santé Canada, 2024).

deuxième province qui en compte le plus après le Québec avec 11. Cinq des dix provinces n'ont aucun médecin non participant et la Colombie-Britannique et la Saskatchewan n'en ont qu'un seul.

Tableau 4. Nombre de médecins non participants par province, 2023-2024

	Nombre de médecins participants	Nombre de médecins non participants
Terre-Neuve-et-Labrador	1 295	0
Île-du-Prince-Édouard	535	0
Nouvelle-Écosse	3 022	0
Nouveau-Brunswick	1 878	0
Ontario	36 224	11
Manitoba	3 071	0
Saskatchewan	2 907	1
Alberta	11 435	6
Colombie-Britannique	12 983	1
Québec*	24 997	789

Source : Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel 2023-2024, no. 250058 (Santé Canada, 2024)

En 2004, l'Ontario devient la seule province à interdire formellement aux médecins de se désaffilier du réseau public. La province a toutefois offert une clause de droits acquis, ce qui explique qu'il reste des médecins non participants en Ontario. Dans les autres provinces, les gouvernements remboursent les patients qui vont consulter des médecins désaffiliés aux tarifs convenus entre les gouvernements provinciaux et les fédérations médicales pour les secteurs publics, sauf au Nouveau-Brunswick et en Alberta. Dans ces deux provinces, les consultations ne sont pas remboursées, mais les frais sont plafonnés au niveau du public. En somme, cinq des neuf provinces qui permettent la désaffiliation n'ont aucun médecin non participant, parce que dans ces provinces, les médecins ne peuvent pas facturer aux patients des frais plus élevés qu'au public, ce qui limite significativement leurs incitatifs à se désaffilier. À part le Québec, l'Île-du-Prince-Édouard et la Saskatchewan permettent aux médecins désaffiliés de facturer des frais plus élevés

qu'au public, mais il semble que la petite taille de la population de ces provinces limite la viabilité d'un marché médical privé comme au Québec³⁷.

La loi 83 votée par le gouvernement du Québec en 2025 représente un rare moment où l'enjeu de la désaffiliation est mis à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale, alors que le nombre de médecins désaffiliés croît exponentiellement dans les années qui suivent la crise de la COVID-19 et que le Collège des médecins du Québec se positionne contre la désaffiliation. Le gouvernement propose un compromis entre l'équipe du ministre de la Santé Christian Dubé, qui perçoit les risques du privé et le caucus de la CAQ, largement favorable au privé en santé³⁸. La loi 83 interdit aux nouveaux médecins de pratiquer au privé pendant 5 ans et demande jusqu'en 2027 aux médecins d'obtenir une autorisation de Santé Québec afin de pratiquer au privé. En prenant sa décision, Santé Québec tient compte des conséquences que le départ d'un médecin vers le privé pourrait avoir sur l'accessibilité des soins. Il semble que cette directive ait permis d'empêcher un nombre significatif de désaffiliations vers le privé suite à l'adoption de la loi 2 en octobre 2025 qui a généré énormément de mécontentement chez les médecins en changeant leur mode de rémunération, en gelant leurs salaires et en imposant notamment des cibles de performance³⁹. Or, cette directive n'est valide que pour 2 ans et son efficacité pour prévenir les départs vers le privé demeure à démontrer.

Ainsi, la réglementation de la non-participation est plus permissive au Québec. Or, force est de constater qu'il existe davantage de contraintes sur la pratique médicale et que ces contraintes pourraient inciter les médecins à sortir du réseau public. En effet, les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) qui exigent certains nouveaux médecins à s'installer en région, les plans d'effectifs médicaux des établissements et les activités médicales particulières (AMP), c'est-à-dire travailler en CHSLD ou à l'urgence un minimum de 12h par semaine pendant les 15 premières années de pratique, réduisent l'incitation des médecins à pratiquer dans le régime public au Québec. En devenant non-participant, un médecin s'échappe à ces contraintes qui ne s'appliquent qu'au réseau public de santé. Cet état de fait pourrait inciter les fédérations médicales à négocier des lois plus permissives sur la médecine privée que celles des autres provinces et les médecins à se désaffilier davantage. En effet, le fait que la désaffiliation des médecins augmente significativement lors de la crise de la COVID et suite à la régulation des frais accessoires suggère que les médecins

³⁷ Fierlbeck, Op. Cit.

³⁸ Mailhot, P., & Sioui, M. M. *L'indomptable mammoth*. (2025) Somme toute, Le Devoir.

³⁹ Sioui, M. M. Santé Québec bloque la voie à des médecins qui veulent passer au privé. (2025) *Le Devoir*

deviennent non-participants pour s'échapper aux contraintes imposées par le gouvernement sur leur pratique⁴⁰. Dans les autres provinces canadiennes, l'équivalent des PREM prend la forme d'incitatifs financiers plutôt que d'obligations et les AMP n'existent pas⁴¹, ce qui crée moins d'incitatifs à se désaffilier pour éviter des contraintes pour les médecins des autres provinces.

Comparaison du financement privé entre les provinces

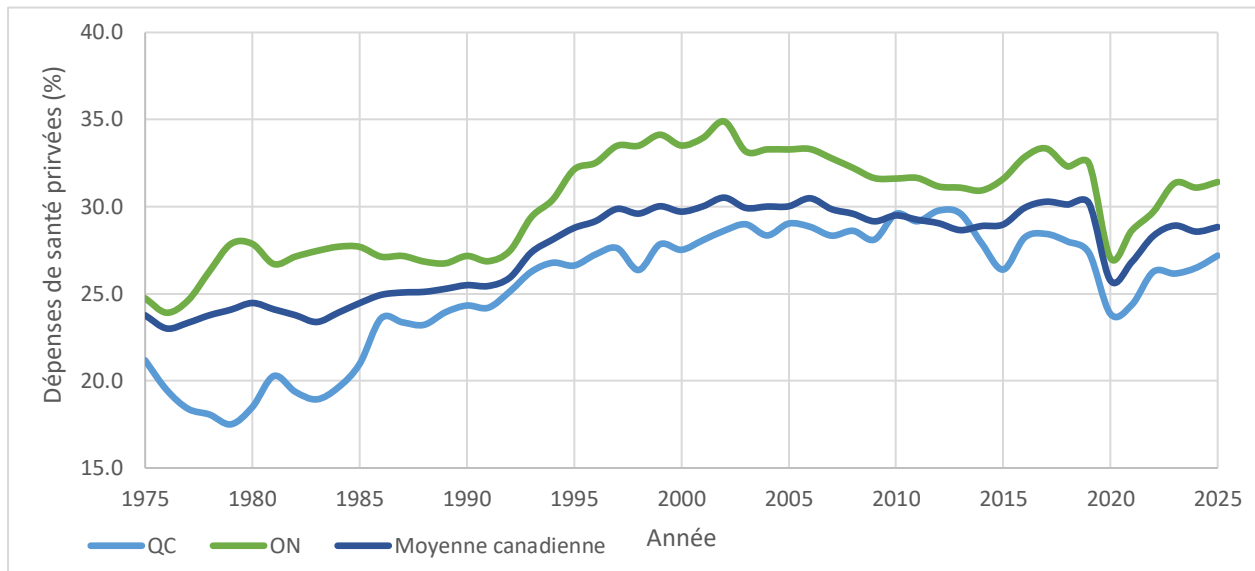
Malgré la non-participation significativement plus élevée des médecins québécois, la part du financement privé des soins de la santé est généralement inférieure à la moyenne canadienne, tel que le montre le Graphique 4. En 2024, la part privée des dépenses de santé atteint 26,5% au Québec, contre 31% en Ontario, la province où le financement privé est le plus développé, et 28,6% en moyenne au Canada.⁴² En proportion du total des dépenses, 4 provinces ont un financement privé moins élevé que le Québec, soit l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, la Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador. Cependant, puisque ces provinces maintiennent des dépenses de santé plus élevées que le Québec, la dépense privée par personne est plus faible au Québec que dans les autres provinces. Le Graphique 4 révèle par ailleurs que malgré l'augmentation significative du nombre de médecins non participants au Québec, la part des dépenses privées en santé a cessé d'augmenter au 21^e siècle, tant au Québec que dans le reste du Canada. La privatisation des systèmes de santé au Canada, en termes d'augmentation de la part privée dans les dépenses totales, est un phénomène qui caractérisait surtout les années 1980-90.

⁴⁰ Quesnel-Vallée et al. Op.cit.

⁴¹ Laberge, M., & Gaudreault, M. (2019). Promoting access to family medicine in Québec, Canada: Analysis of bill 20, enacted in November 2015. *Health Policy*, 123(10), 901-905. Lee, G. E., & Quesnel-Vallée, A. (2019). Improving access to family medicine in Québec through quotas and numerical targets. *Health Reform Observer—Observatoire des Réformes de Santé*, 7(4).

⁴² Canadian Institute for Health Information, « National Health Expenditure Trends, 2025: Data Tables — Series B », 2025.

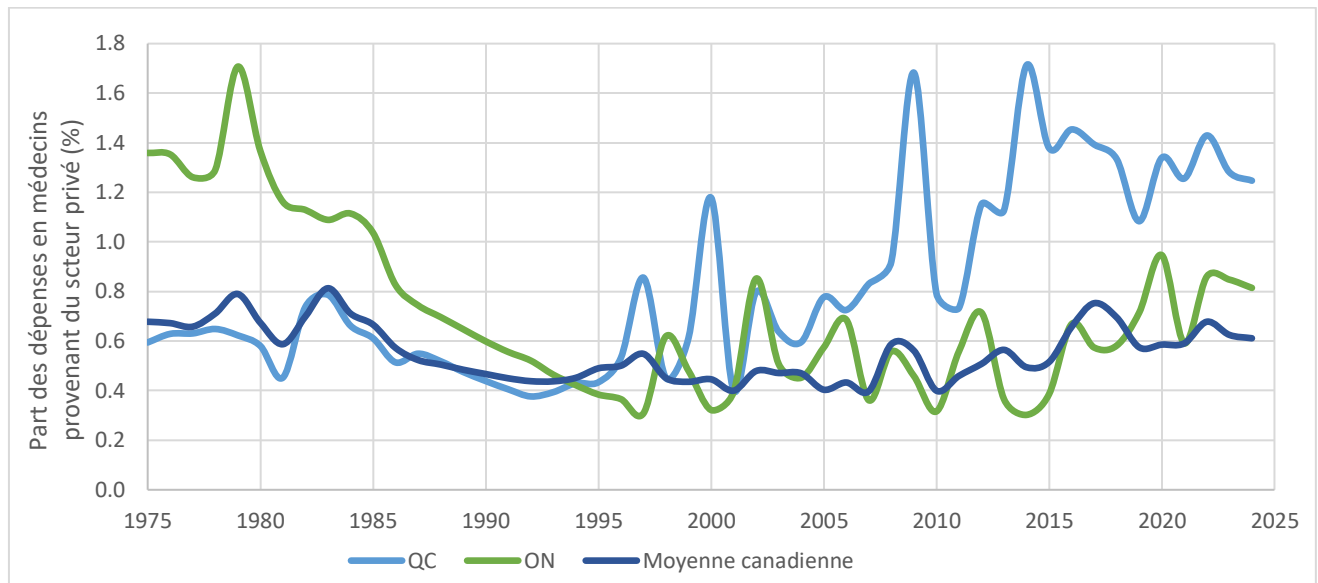
Graphique 4. Part des dépenses de santé privée, tous secteurs confondus, en pourcentage des dépenses totales de santé, Québec, Ontario et moyenne canadienne, 1975-2025



Source: Canadian Institute for Health Information, « National Health Expenditure Trends, 2024: Data Tables — Series D2 », 2024.

Pourquoi le financement privé demeure-t-il relativement faible au Québec malgré le nombre élevé de médecins non participants? D’abord, la part des dépenses privées pour les médecins au Québec est plus élevée que pour la moyenne des autres provinces canadiennes. Comme le montre le Graphique 5, en 2022, 1,2% des dépenses pour les médecins était privées au Québec, comparativement à 0,9% pour l’Ontario et 0,6% pour la moyenne canadienne. Il y a une baisse du financement privé au Québec à partir de 2017, probablement associée à l’interdiction des frais accessoires et une hausse à partir de 2005 suivant le jugement *Chaoulli*. La part du financement privé des médecins était très proche de la moyenne canadienne jusqu’à la fin des années 1990.

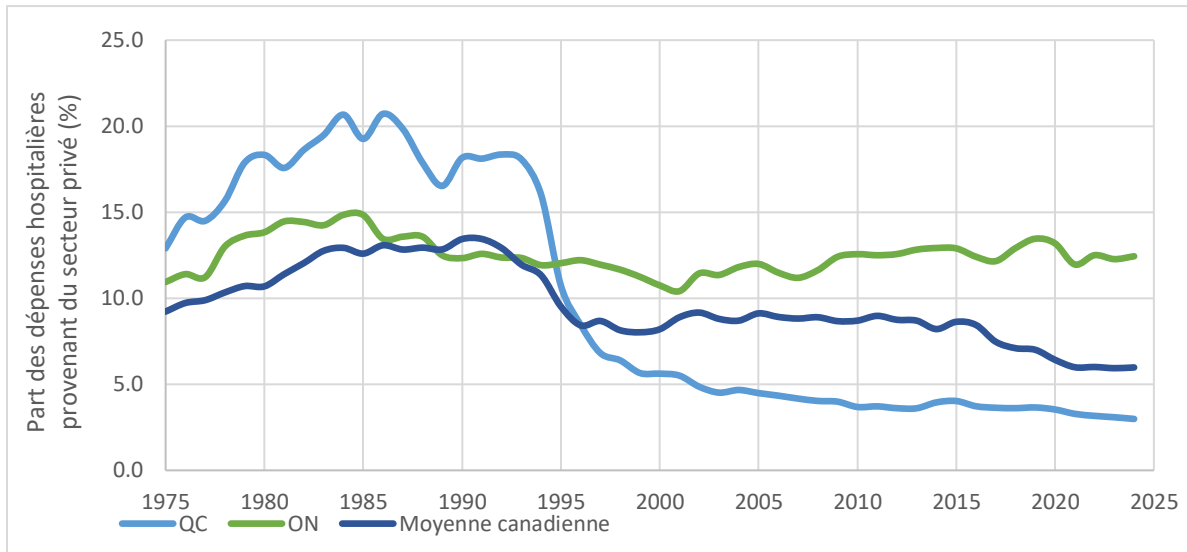
Graphique 5. Part des dépenses en médecins provenant du secteur privé (1975-2024)



Source: Canadian Institute for Health Information, « National Health Expenditure Trends, 2024: Data Tables — Series D2 ».

Concernant la part des dépenses privées dans le secteur hospitalier, le Québec est sous la moyenne canadienne. Pour 2022, 3% des dépenses hospitalières du Québec étaient privées, alors que la moyenne canadienne était de 6%. Le financement privé hospitalier en Ontario est très élevé, soit 12,5% des dépenses hospitalières pour 2022. Le financement hospitalier privé au Québec diminue de manière importante à partir de 1993, comme le montre le Graphique 6.

Graphique 6. Part des dépenses hospitalières provenant du secteur privé (1975-2024)

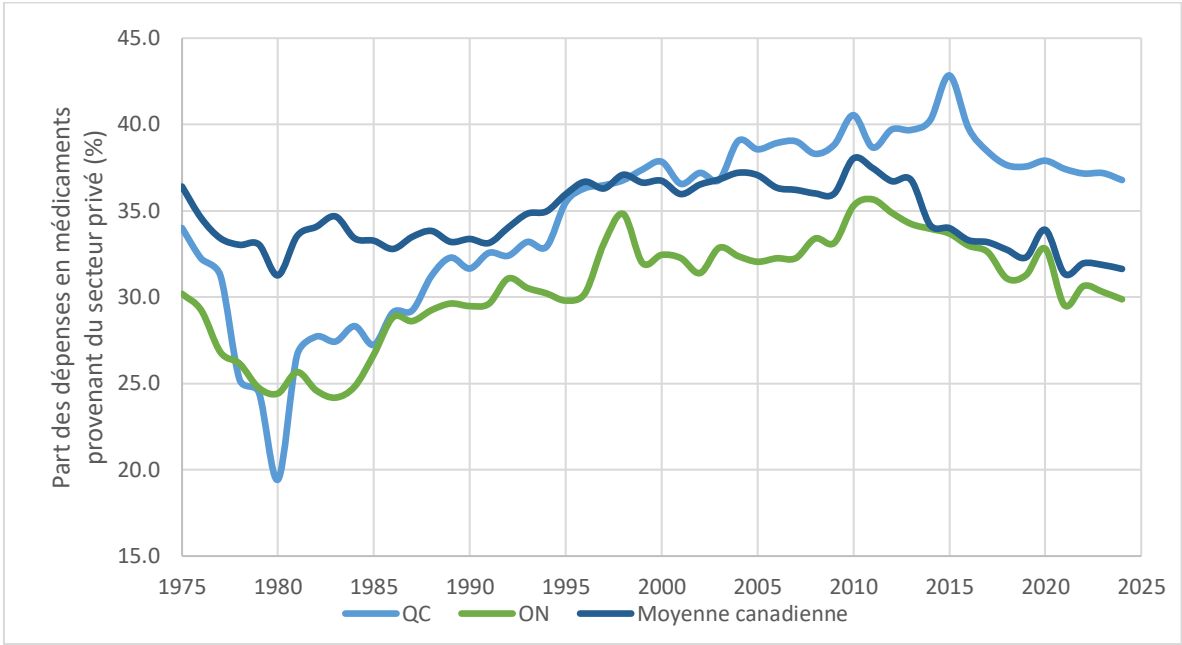


Source: Canadian Institute for Health Information, « National Health Expenditure Trends, 2024: Data Tables — Series D2 ».

Pour ce qui est du financement des médicaments, il est davantage privé au Québec à 37,2% pour 2022 que pour la moyenne canadienne à 32% ou pour l'Ontario à 30,6%, comme le montre le graphique 7. Le régime d'assurance-médicaments du Québec est mixte. Il oblige les résidents à être couverts par l'assurance-médicaments publique s'ils ne sont pas couverts par une assurance privée. Il oblige aussi les assurances privées à couvrir un panier de médicaments au moins équivalent à celui de l'assurance-médicaments publique, les assureurs privés n'ayant pas le droit d'être moins généreux que l'assureur public. Ceci contribue à une hausse de la dépense privée et fait en sorte que les Québécois paient davantage de dépenses directes en médicaments d'ordonnance que les résidents des autres provinces canadiennes et des pays comparables. Dans la mesure où ces dépenses sont régressives, elles imposent un fardeau disproportionné aux ménages à faible revenu et compromettent l'équité du système.⁴³ En bref, le financement privé des médecins et des médicaments est plus élevé que la moyenne canadienne au Québec, mais significativement plus faible pour les hôpitaux.

⁴³ Steven G. Morgan et al., « Evaluating the Effects of Quebec's Private–Public Drug Insurance System », *Canadian Medical Association Journal* 189, n° 40 (2017): E1259-63, <https://doi.org/10.1503/cmaj.170726>.

Graphique 7. Part des dépenses en médicaments provenant du secteur privé (1975-2024)



Source: Canadian Institute for Health Information, « National Health Expenditure Trends, 2024: Data Tables — Series D2 ».

Le privé et la performance du système de santé

Cette section présente une revue de la littérature scientifique sur la performance du secteur privé en santé dans une perspective comparée. L'objectif est d'établir un bilan de l'effet de la privatisation du financement et de la prestation des soins sur les coûts d'opération, le volume, le temps d'attente, la qualité et l'accessibilité des soins dans divers systèmes de santé à travers le monde pour en tirer des constats applicables au Québec. Il importe toutefois de mentionner que ces études scientifiques demeurent généralement observationnelles et sont rarement causales. Les biais à l'inférence causale sont importants puisqu'il est impossible d'imposer un essai aléatoire randomisé de l'impact de la privatisation dans un système de la santé et que la décision de privatisation est souvent endogène à des conditions préexistantes qui pourraient influencer les résultats de la privatisation. Les analystes de politiques publiques et les économistes de la santé ont développé plusieurs techniques pour approximer des relations causales, mais des biais persistent. De plus, il est souvent difficile de transférer les résultats des études d'une juridiction à l'autre tant les systèmes de santé diffèrent. Une réforme qui fonctionne dans un pays peut dépendre de la structure institutionnelle de cette juridiction et implanter la même réforme ailleurs pourrait mener à des résultats contraires.

La recherche des articles pour la revue de littérature de ce rapport a été effectuée principalement à partir du moteur de recherche Google Scholar. Les recherches ont été menées à partir de combinaisons de mots-clés adaptés à chaque thématique de recherche et en fonction des sections du rapport, par exemple : « healthcare privatization », « public/private », « efficiency », « cost », « wait times », « quality of care », « meta-analysis », « systematic review », etc. Une fois les études les plus importantes identifiées dans chaque section, l'outil de recherche Connected Papers a été utilisé pour trouver d'autres articles en lien avec celles-ci. Connected Papers est un outil de recherche qui regroupe graphiquement les articles partageant les mêmes références et qui sont généralement cités ensemble, ce qui permet d'illustrer et de cartographier les principaux articles sur un sujet. L'objectif de cette revue de littérature est de compiler, pour chacun des thèmes, des études scientifiques de qualité comportant un haut niveau de preuve, plutôt que de réaliser une revue exhaustive de toutes les études.

Pour sélectionner les études, nous avons priorisé les méta-analyses et les revues systématiques qui nous permettent de bénéficier d'une synthèse des études sur un enjeu spécifique.

En 2^e lieu, nous avons sélectionné les études multi-pays reposant sur des données de panel : étudier de multiples pays en même temps facilite la généralisation alors que les données de panel sont nécessaires pour observer l'impact d'une réforme dans le temps. Finalement, nous nous sommes contentés d'études de cas unique lorsqu'il n'existait pas d'autres études disponibles. Les études recensées proviennent essentiellement de revues scientifiques avec évaluation par les pairs, complétées au besoin par des rapports de recherche d'organismes reconnus. Les données statistiques présentées dans les tableaux et graphiques proviennent quant à elles de sources officielles telles que l'Institut canadien d'information sur la santé, la Régie de l'assurance maladie du Québec et l'OCDE.

Efficacité, performance et contrôle des coûts

Dans les dernières années, plusieurs pays occidentaux, notamment l'Allemagne, la Norvège et le Royaume-Uni, ont mis en place des réformes afin de donner une place plus importante au secteur privé dans leurs réseaux de la santé, principalement dans l'espoir de contrôler les coûts et d'améliorer la performance. De nombreuses études se sont intéressées à ces réformes et permettent d'analyser les effets de la privatisation sur les coûts et la performance des réseaux de la santé. Dans ce contexte, la performance se mesure en termes d'efficacité économique, soit la quantité de soins produits à partir d'une quantité donnée de ressources. La littérature scientifique distingue deux types d'efficacité : l'efficacité technique qui consiste à produire un certain niveau de soins en minimisant les ressources utilisées, et l'efficacité allocative, qui consiste à répondre le mieux possible aux besoins des patients en fonction des ressources disponibles.

Une méta-analyse de 21 études sur la productivité et les coûts de 80 hôpitaux en Allemagne, aux États-Unis, à Taiwan, en Belgique, en Italie et en Espagne n'a pas trouvé de preuves empiriques justifiant l'hypothèse que les hôpitaux privés ont des coûts d'opération plus faibles que les publics. L'étude conclut plutôt que les hôpitaux publics produisent généralement à moindre coût que les hôpitaux privés, mais que ces derniers sont, dans certains cas, plus efficaces techniquement.⁴⁴ Ce dernier résultat est mitigé, puisqu'une autre méta-analyse, colligeant les résultats de 17 études portant sur 5 500 hôpitaux en Europe, montre que les hôpitaux publics sont généralement plus

⁴⁴ Germ Bel et Marc Esteve, « Is Private Production of Hospital Services Cheaper than Public Production? A Meta-Regression of Public Versus Private Costs and Efficiency for Hospitals », *International Public Management Journal* 23, n° 1 (2020): 1-24, <https://doi.org/10.1080/10967494.2019.1622613>.

performants que les privés, mais qu'il est difficile d'obtenir des résultats significatifs sur l'efficacité des hôpitaux publics et privés sans prendre en compte la qualité des soins qui peut varier de manière significative d'un établissement à l'autre.⁴⁵ Dans une autre revue systématique de la performance des hôpitaux publics et privés dans l'Union européenne, les auteurs trouvent que dans la majorité des cas, les hôpitaux publics sont au moins aussi efficaces, voire plus efficaces que les hôpitaux privés.⁴⁶ Globalement, malgré certains résultats mitigés, la littérature scientifique montre que la prestation des soins est généralement moins coûteuse au public et que le secteur privé n'est pas nécessairement plus efficace.

Concernant l'impact de la privatisation du financement, une étude sur l'effet des réformes qui augmentent la part privée du financement public de la santé dans 20 pays de l'OCDE montre que ce type de réforme peut mener à une réduction des coûts totaux de la santé à court terme, mais que les économies dégagées diminuent rapidement pour être presque nulles après cinq ans. Selon les auteurs, les économies initiales des réformes sont dues à une baisse de la demande de soins, qui serait particulièrement marquée chez les patients à faibles revenus, qui ne peuvent s'offrir les soins financés par le privé. Ainsi, cette réduction de la demande de soins risque d'avoir des effets négatifs à moyen terme sur la santé de cette tranche de la population, de sorte qu'à long terme, la hausse du financement privé pourrait avoir l'effet inverse et augmenter les coûts en raison de l'aggravation de certaines conditions ce qui se traduit par une augmentation de la demande de soins.⁴⁷

⁴⁵ Liina-Kaisa Tynkkynen et Karsten Vrangbæk, « Comparing Public and Private Providers: A Scoping Review of Hospital Services in Europe », *BMC Health Services Research* 18, n° 1 (2018): 141, <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2953-9>.

⁴⁶ Florian M. Kruse et al., « Do Private Hospitals Outperform Public Hospitals Regarding Efficiency, Accessibility, and Quality of Care in the European Union? A Literature Review », *The International Journal of Health Planning and Management* 33, n° 2 (2018), <https://doi.org/10.1002/hpm.2502>.

⁴⁷ Steffen Eriksen et Rasmus Wiese, « Policy Induced Increases in Private Healthcare Financing Provide Short-Term Relief of Total Healthcare Expenditure Growth: Evidence from OECD Countries », *European Journal of Political Economy* 59 (2019): 71-82, <https://doi.org/10.1016/j.ejpoleco.2019.02.001>.

Interactions entre le privé et le public

Dans un système de santé mixte où cohabitent de réseaux publics et privés, les deux réseaux ne fonctionnent pas en vase clos ; il existe des interactions qui peuvent engendrer des coûts supplémentaires et nuire à l'allocation efficace des ressources. Plus précisément, le secteur privé peut contribuer à créer une demande de soins superflue. Dans le réseau public, la première ligne et les médecins de famille effectuent un triage qui permet d'orienter les patients vers les bonnes ressources et d'éviter de prodiguer des soins non nécessaires ou injustifiés. Dans le réseau privé, où la prestation de soins est déterminée par des incitatifs financiers, l'absence de première ligne de triage peut mener à des consultations inutiles et une utilisation sous-optimale des ressources. Par exemple, un patient qui assume personnellement les frais pour une consultation avec un spécialiste pourrait obtenir une consultation qui n'aurait autrement pas été recommandée par un médecin de famille dans le réseau public.⁴⁸ Un prestataire de soins privé pourrait également pousser des patients à faire des consultations ou des tests qui n'auraient autrement pas été recommandés par le système de triage du réseau public, puisque le prestataire de soins privé est incité à offrir plus de soins pour augmenter sa rémunération.

Ainsi, l'interaction entre le privé et le public peut mener à une augmentation du volume de soins qui exerce une pression financière sur le réseau public sans bénéfice pour la santé de la population. Une étude sur la Nouvelle-Zélande, qui possède un système mixte public et privé, a pu quantifier ce transfert de coûts du privé vers le public. Les auteurs se sont intéressés aux patients initialement traités au privé qui ont nécessité des suivis dans le réseau public à la suite de complications. En 2013-2014, approximativement 2% des interventions privées ont été suivies d'une hospitalisation au public, représentant des coûts totaux de 11.5 millions de dollars néo-zélandais, soit un coût médian de 2800 NZ\$ par patient. Ainsi, une faible proportion des soins privés a nécessité une prise en charge subséquente au public, mais ce dernier a toutefois dû supporter des coûts importants.⁴⁹

⁴⁸ Colleen M. Flood et Bryan Thomas, *Is Two-Tier Health Care the Future?*, University of Ottawa Press (2020).

⁴⁹ Erin Penno et al., « Private Choices, Public Costs: Evaluating Cost-Shifting between Private and Public Health Sectors in New Zealand », *Health Policy* 125, n° 3 (2021): 406-14, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.008>.

Temps d'attente

La principale motivation des patients pour avoir recours au réseau privé est de réduire leur temps d'attente pour obtenir des soins. En effet, un manque d'accès aux soins et une insatisfaction envers le système public de santé sont fortement corrélés à une opinion favorable envers le système privé au Canada comme ailleurs.⁵⁰ Les personnes insatisfaites du système de public santé, notamment en raison d'un manque d'accès, risquent d'exiger des alternatives privées et devient politiquement difficile pour un gouvernement de limiter ces alternatives si l'accès aux soins dans le public est un problème vécu par la population.

La demande pour les soins privés est fortement liée au revenu des patients. Plus ils sont élevés, plus les patients sont susceptibles de se tourner vers la médecine privée.⁵¹ Toutefois, lorsque le nombre de patients traités au privé est trop élevé, le temps d'attente peut y augmenter. À partir d'observations sur le réseau de la santé mixte public privé de Hong Kong, des chercheurs ont établi qu'il existe pour les différents réseaux de la santé mixtes à travers le monde une proportion maximale des patients qui peuvent être traités au privé sans y faire augmenter le temps d'attente. Au-delà de ce point, l'interaction entre les deux réseaux fait en sorte que le temps d'attente peut augmenter dans le secteur privé. Lorsque la différence entre le temps d'attente au public et au privé diminue, cela réduit grandement l'attrait du privé pour les patients.⁵² De manière similaire, d'autres études, notamment réalisées avec des données du système de la santé australien, ont établi que le temps d'attente au public augmente lorsque l'activité du secteur privé est élevée.⁵³

Une revue des études sur l'efficacité des politiques publiques mises en place par différents pays pour réduire le temps d'attente mentionne quelques cas ciblés où le recours à la prestation privée a permis de réduire les temps d'attente à court terme⁵⁴. Ce sont principalement des cas de recours à de petites cliniques privées qui offrent des soins limités et qui peuvent être mises sur pied plus rapidement et de manière plus flexible qu'au public. Toutefois, dans la majorité des cas, le

⁵⁰ Martinussen, P. E., & Magnussen, J. (2019). Is having private health insurance associated with less support for public healthcare? Evidence from the Norwegian NHS. *Health Policy*, 123(7), 675-680. Nadeau, R., Bélanger, É., Pétry, F., Soroka, S. N., & Maioni, A. (2014). *Health care policy and opinion in the United States and Canada*. Routledge.

⁵¹ Flood et Thomas, *Is Two-Tier Health Care the Future?*

⁵² Yiran Zou et Junqiao Chen, « The Feedback Loop Between the Demand for Voluntary Private Insurance and the Burden of Healthcare System: An Explanatory System Dynamics Model of Hong Kong », *International Journal of Health Policy and Management*, 2022, 1, <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6738>.

⁵³ Stephen Duckett, « Private Care and Public Waiting », *Australian Health Review* 29, n° 1 (2005): 87-93.

⁵⁴ S. A. Kreindler, « Policy Strategies to Reduce Waits for Elective Care: A Synthesis of International Evidence », *British Medical Bulletin* 95, n° 1 (2010): 7-32

recours au privé n'a pas donné lieu à une réduction à long terme du temps d'attente. Les auteurs pointent plutôt vers l'investissement proactif et ciblé dans le réseau public comme mesure efficace pour contrôler les temps d'attentes à long terme. À moyen et à long terme, le recours à la prestation privée peut augmenter le temps d'attente au public. L'étude recense des cas où l'augmentation du nombre de médecins non participants peut engendrer un cercle vicieux qui réduit les ressources humaines disponibles au public et augmente le temps d'attente pour les soins. Le constat est similaire pour le financement privé des soins. Les données de pays comme l'Australie, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande montrent que le financement privé parallèle au public ne réduit pas le temps d'attente.⁵⁵ En contexte de pénurie de main-d'œuvre, comme c'est le cas au Québec, les professionnels de la santé qui sont déplacés vers le réseau privé ne sont pas toujours remplacés dans le réseau public. Le nombre d'heures totales travaillées n'augmente pas nécessairement à mesure que le privé se développe, de sorte qu'il peut se créer une compétition pour les mêmes ressources humaines entre les réseaux, ce qui peut nuire à l'offre globale de soins⁵⁶. Bref à long terme, les interactions entre les réseaux privé et public peuvent mener, dans certains cas, à l'augmentation des coûts et du temps d'attente.

Accessibilité et équité

Dans un régime couvert uniquement par une assurance publique, les soins ont une apparence de gratuité du point de vue du patient, puisqu'il n'a pas besoin de déboursier de l'argent pour être soigné. Plutôt que de reposer sur un mécanisme d'allocation par les prix, dans un système public de santé, c'est le temps d'attente nécessaire pour obtenir des soins qui sert de mécanisme d'allocation des ressources. Dans un régime mixte, où les mêmes soins peuvent être couverts en parallèle par le régime public et le régime privé, la dynamique est différente. La possibilité de payer pour obtenir des soins plus rapidement peut mener à des problèmes d'équité et d'accessibilité dans le réseau de la santé, puisque les patients fortunés y sont nécessairement avantagés. La décision

⁵⁵ Carolyn Hughes Tuohy et al., « How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations », *Journal of Health Politics, Policy and Law* 29, n° 3 (2004): 359-96, <https://doi.org/10.1215/03616878-29-3-359>.

⁵⁶ S. A. Kreindler, « Policy Strategies to Reduce Waits for Elective Care: A Synthesis of International Evidence », *British Medical Bulletin* 95, n° 1 (2010): 7-32, <https://doi.org/10.1093/bmb/ldq014>.

des patients d'avoir recours à des soins privés est principalement motivée par le temps d'attente pour obtenir des soins au public et par la capacité de payer pour se faire soigner au privé.⁵⁷

Dans le système public, le temps d'attente est relatif à la sévérité de la maladie des patients. Le système de triage fait en sorte que les patients atteints de maladies graves, dont les conséquences d'un temps d'attente trop long sont importantes, sont traités plus rapidement que les autres. Le mécanisme de sélection des patients au privé est différent. Un prestataire privé est libre de sélectionner les patients qu'il veut traiter en fonction de ses incitatifs financiers et peut refuser de traiter des patients avec des complications jugées trop sévères ou lorsque les coûts qui y sont associés sont trop élevés. Il y a donc un certain écrémage de la part du privé, puisqu'il peut sélectionner les patients qu'il veut traiter, soit généralement les cas moins graves et moins dispendieux.⁵⁸ En utilisant les données du NHS au Royaume-Uni, des chercheurs ont pu établir que le lien entre la probabilité de se faire soigner au public et le nombre de comorbidités retient une courbe en forme de «U», plus concrètement, cela signifie que les patients qui ont peu et beaucoup de comorbidités, donc de complications, vont davantage au public que les patients ayant un niveau moyen de comorbidités qui sont davantage portés vers le privé. Les auteurs constatent également que les patients qui sont couverts par des assurances privées utilisent quand même le réseau public, surtout quand ils sont très malades.⁵⁹ De manière plus globale, une revue des études sur la privatisation de la santé dans les pays riches montre que les hôpitaux privés tendent à sélectionner les patients plus profitables, soit ceux qui nécessitent des soins moins compliqués et moins coûteux en plus de réduire une partie de l'offre de soins.⁶⁰ Une autre étude, portant uniquement sur la privatisation des hôpitaux aux États-Unis, a établi un constat similaire : la sélection des patients suite à la privatisation des soins nuit fortement à l'accessibilité, et ce, particulièrement chez les patients à faibles revenus.⁶¹ En bref, le réseau privé a tendance à exercer une forme de sélection de certains patients, laissant les plus malades et les plus coûteux au réseau public.

⁵⁷ Flood et Thomas, *Is Two-Tier Health Care the Future?*

⁵⁸ Kreindler, « Policy Strategies to Reduce Waits for Elective Care ».

⁵⁹ Pau Olivella et Marcos Vera-Hernández, « Prioritisation, Risk Selection, and Illness Severity in a Mixed Healthcare System », *Journal of Health Economics* 104 (2025): 103072, <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2025.103072>.

⁶⁰ Benjamin Goodair et Aaron Reeves, « The Effect of Health-Care Privatisation on the Quality of Care », *The Lancet* 9, n° 3 (2024): e199-206.

⁶¹ Mark Duggan et al., « The Impact of Privatization: Evidence Form the Hospital Sector », *NBER WORKING PAPER SERIES*, s. d.

Une autre étude, cette fois sur l'effet des réformes privatisant les systèmes de la santé de 36 pays européens entre 1989 et 2019, montre que ces réformes de privatisation mènent à des besoins en soins non comblés à long terme. Les besoins en soins non comblés sont une mesure de l'accessibilité des soins de la santé qui capture l'effet des obstacles à l'obtention de soins, comme les coûts, le déplacement ou le temps d'attente. Les auteurs constatent que l'augmentation du financement privé des soins de la santé est liée à une baisse de l'accessibilité des soins et une hausse des inégalités socioéconomiques.⁶² Le réseau privé étant payant, il n'est pas accessible aux patients plus vulnérables, de sorte que la privatisation tend à augmenter les inégalités sociales en santé en entraînant des besoins de santé non comblés chez les tranches de la population moins nantie. À l'inverse, les soins du réseau public ont un effet redistributif qui tend à réduire les inégalités sociales : une étude sur le réseau de la santé canadien conclut que les bénéfices du financement public des soins sont équivalents à une réduction de l'écart de revenu entre les groupes les plus élevés et les plus faibles de l'ordre de 16 %.⁶³ Parce que la privatisation réduit l'accès aux soins pour une partie de la population à cause des coûts qu'elle entraîne, une étude autre étude reposant sur les mêmes pays européens montre que la privatisation tend à diminuer la satisfaction du public envers le système de santé à moyen terme⁶⁴.

Effet de la privatisation sur la qualité

Un système de santé performant repose notamment sur la qualité des soins qui y sont offerts. C'est toutefois un paramètre plus difficile à quantifier et à évaluer de manière objective que les autres indicateurs comme le coût, l'accessibilité ou l'équité. Pour la qualité des soins, il peut être difficile d'établir un lien causal entre un traitement donné et l'amélioration du niveau de santé d'un patient. Par exemple, des soins identiques prodigués à des patients différents peuvent donner lieu à des résultats de santé complètement divergents selon les caractéristiques individuelles des patients. L'asymétrie d'information dans le réseau de la santé est également un obstacle à l'évaluation objective de la qualité des soins. Ce problème découle du fait que la qualité des soins

⁶² Alexandru D. Moise et Tamara Popic, « Political Determinants of Health: Health Care Privatization and Population Health in Europe », *Journal of Health Politics, Policy and Law* 49, n° 5 (2024): 769-82, <https://doi.org/10.1215/03616878-11257024>.

⁶³ Lisa Corscadden et al., « Publicly Financed Healthcare and Income Inequality in Canada », *Healthcare Quarterly* 17, n° 2 (2014): 7-10, <https://doi.org/10.12927/hcq.2014.23886>.

⁶⁴ Popic, T., & Moise, A. D. (2025). A bitter aftertaste? The effects of privatisation reforms on evaluations of health systems across Europe. *Journal of European public policy*, 1-26.

et le niveau de santé sont difficiles à évaluer adéquatement et de manière objective, parce qu'ils nécessitent une expertise avancée dans des domaines spécifiques de la médecine. Les patients connaissent généralement mal leurs besoins en termes de santé et sont donc de mauvais juges de la qualité des soins qu'ils reçoivent. Bien qu'imparfaits, les indicateurs objectifs de qualité des soins utilisés dans la littérature scientifique sont le taux de mortalité et le taux de réadmission à la suite d'une hospitalisation.

Une récente méta-revue des études internationales sur l'effet de la privatisation des hôpitaux sur la qualité des soins a trouvé que les hôpitaux privatisés ont tendance à réduire leur nombre d'employés et à sélectionner les patients les plus profitables. Parmi les articles compilés, la majorité observe une baisse de la qualité des soins en termes de mortalité évitable et aucun article n'a constaté une amélioration marquée de la santé des patients suivant la réforme de privatisation.⁶⁵ Une autre étude portant uniquement sur la privatisation aux États-Unis trouve des résultats semblables pour la réduction de la main-d'œuvre et la sélection des patients. Les chercheurs ont constaté une hausse du taux de mortalité chez les patients de plus de 65 ans ainsi que chez les 55-64 ans à faibles revenus, ce qui suggère une baisse de la qualité des soins. En moyenne, la privatisation des 258 établissements étudiés est liée à une hausse de 920 décès par année.⁶⁶ Finalement, une étude longitudinale sur le réseau de la santé norvégien a pu mesurer la qualité des soins selon le taux de réadmission dans les 30 jours suivant les chirurgies de la hanche et du genou. Les résultats montrent que les hôpitaux privés ont un taux de réadmission légèrement plus faible que les établissements publics, suggérant une qualité supérieure. Toutefois, lorsqu'on prend en compte que les hôpitaux privés traitent des cas moins complexes et des patients plus jeunes qu'au public, les auteurs considèrent que la différence de qualité entre les institutions publiques et privées est faible.⁶⁷

En bref, il n'existe pas de mesure objective de la qualité de soins de la santé. L'effet de la privatisation des soins sur la qualité est mitigé et dépend de la mesure utilisée. À partir de la littérature scientifique, on peut tout de même conclure qu'il n'y a pas de preuves établies que la qualité des soins est nécessairement supérieure dans les établissements privés.

⁶⁵ Goodair et Reeves, « The Effect of Health-Care Privatisation on the Quality of Care ».

⁶⁶ Duggan et al., « The Impact of Privatization: Evidence Form the Hospital Sector ».

⁶⁷ Geir Hiller Holom et Terje P. Hagen, « Quality Differences between Private For-Profit, Private Non-Profit and Public Hospitals in Norway: A Retrospective National Register-Based Study of Acute Readmission Rates Following Total Hip and Knee Arthroplasties », *BMJ Open* 7, n° 8 (2017): e015771, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015771>.

Recours aux centres médicaux spécialisés

Tel que mentionné brièvement dans la section sur les médecins non-participants et désengagés, les centres médicaux spécialisés (CMS) sont des organisations privées qui ont été introduites dans le réseau de la santé en 2006 à la suite du jugement Chaouilli. On distingue deux types de CMS : les CMS participatifs, qui sont des sous-traitants du gouvernement et remboursés par la RAMQ et les CMS non participatifs qui sont financés par des fonds privés. Au Québec, les chirurgies en CMS sont réalisées dans quatre cas de figure distincts : les interventions non couvertes par la RAMQ comme la chirurgie esthétique, lorsque les patients d'autres juridictions sont opérés au Québec, dans des situations où les délais d'attente sont trop longs pour une chirurgie au public et lorsque le réseau public utilise les capacités de chirurgie des CMS. C'est ce dernier cas qui nous intéresse puisque le gouvernement du Québec réfléchit à élargir leur pratique.⁶⁸

Confronté à une augmentation du temps d'attente pour plusieurs chirurgies dues aux effets persistants du délestage chirurgical lors de la pandémie COVID-19, le ministère de la Santé du Québec a envisagé à l'été 2025 de recourir davantage aux « (CMS) non participatifs » pour profiter de leurs « temps d'attente généralement très courts ». Ainsi, lorsque le délai d'attente dépasse un an, les chirurgies pourraient être effectuées en milieu extrahospitalier et seraient alors remboursée par Santé Québec.⁶⁹ L'allongement du temps d'attentes pour les chirurgies s'explique principalement par un important manque de ressource humaine dans les blocs opératoires qui sont le résultat de l'exode des travailleurs des blocs opératoires du public lors de la pandémie. Ce manque de ressources humaines est un enjeu crucial pour le réseau de la santé. En 2024, 33% des postes étaient non comblés dans le milieu chirurgical et le nombre de salles d'opération en fonction a diminué à 383, alors qu'il y en avait 470 avant la pandémie.⁷⁰

Il existe des modèles équivalents aux CMS québécois dans au moins cinq provinces canadiennes. En Alberta, Colombie-Britannique et Saskatchewan l'équivalent du CMS est le *non-hospital surgical facilities* (NHSF) et en Ontario les *independent health facilities* (IHF). La

⁶⁸ Nadia Benomar et al., « Portrait des tendances et des pratiques de la chirurgie ambulatoire : Le recours aux CMS au Québec », *Pôle Santé HEC Montréal*, 2021.

⁶⁹ Christian Dubé, « Mémoire au conseil des ministres du gouvernement du Québec », *Gouvernement du Québec*, 8 juillet 2025.

⁷⁰ Gouvernement du Québec, *Analyse d'impact réglementaire : Projet de règlement modifiant le Règlement sur les traitements spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2024).

réglementation encadrant ces institutions varie grandement d'une province à l'autre. Par exemple, le Québec exige que les CMS soient détenus et gérés par des médecins pratiquant, alors qu'en Ontario une partie des IHF est détenue par des entreprises. En Colombie-Britannique et en Saskatchewan, les NHSF ne peuvent pas appliquer des tarifs plus élevés que ceux du régime d'assurance publique.⁷¹ Malgré l'existence de ces institutions depuis un certain nombre d'années, il n'existe pas, à notre connaissance, d'études empiriques sur leur efficacité, leur accessibilité ou la qualité des soins offerts au Québec ou dans les autres provinces canadiennes. Le gouvernement du Québec avait pourtant lancé en 2016 un projet pilote sur trois centres de chirurgies privés dans l'optique d'évaluer leur efficacité. À notre connaissance, aucun rapport sur les conclusions de ce projet pilote n'a encore été publié. Des données partielles obtenues par *Le Devoir* grâce à une demande d'accès à l'information suggèrent que les coûts des chirurgies étaient plus élevés dans les centres privés que dans le réseau public.⁷² De plus, le projet de garanties de traitement en CMS non participatifs pour les chirurgies en attente de plus de un an évoqué par Christian Dubé ne s'est pas matérialisé à l'été 2026, puisque Santé Québec n'a conclu aucun contrat avec des cliniques privées, possiblement parce que faire ces opérations dans un CMS non participant coûterait 35% plus cher que de les réaliser au public.⁷³

Des études existent toutefois à l'international, alors que plusieurs pays ont utilisé une approche similaire à celle proposée par le MSSS pour augmenter la capacité du réseau public à partir de centres privés. L'Angleterre a adopté cette stratégie au début des années 2000 dans l'optique de réduire le temps d'attente pour les chirurgies dans le réseau public. Des chercheurs ont analysé cette politique à partir de données de 2006 à 2019 couvrant environ 3 millions d'opérations dans le système public de santé et environ 500 000 avec des prestataires du secteur privé incluant 18 types de chirurgies, comme remplacement de genoux, de hanches, de hernies ombilicales et ventrales, dents de sagesse, etc. Les résultats de l'étude suggèrent que les chirurgies pratiquées dans les établissements privés ont généralement entraîné une durée d'hospitalisation plus courte et des taux de réadmission plus faibles que celles dispensées dans les hôpitaux publics.⁷⁴ Ces résultats

⁷¹ Sara Allin et al., *Public management and regulation of contracted health services*, Rapid Review 23 (North American Observatory on Health Systems and Policies, s. d.).

⁷² Jean-Louis Bordeleau, « Jusqu'à 150% plus cher pour une chirurgie au privé », *Le Devoir*, 24 juin 2023.

⁷³ Isabelle Porter, « Effectuer une opération au privé coûte 35% plus cher qu'au public », *Le Devoir*, 30 juillet 2025.

⁷⁴ Hannah Crothers et al., « Outcomes for Surgical Procedures Funded by the English Health Service but Carried out in Public versus Independent Hospitals: A Database Study », *BMJ Quality & Safety* 31, n° 7 (2022): 515-25, <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-013522>.

sont toutefois à nuancer, puisqu'ils peuvent être affectés par le biais de sélection discuté précédemment voulant que le secteur privé ait tendance faire de l'écroulement en traitant surtout les patients en meilleure santé. Une autre étude anglaise portant uniquement sur les remplacements de la hanche et du genou entre 2016 et 2019 ne trouve pas de différence significative pour la qualité des soins entre les hôpitaux publics et les centres de soins privés.⁷⁵ Finalement, une méta-revue plus exhaustive de plusieurs pays développés montre que les temps d'attente pour les chirurgies sont effectivement plus faibles dans les centres de chirurgies privés que dans les hôpitaux publics. L'étude soulève toutefois plusieurs nuances : les centres de chirurgies privés ont tendance à sélectionner leurs patients, ce qui accroît les coûts dans le réseau public, réduit l'accessibilité pour certains groupes de patients, accroît les inégalités du réseau et n'offre pas un avantage clair au niveau des coûts pour le public.⁷⁶

Dans l'ensemble, il semble que la mesure proposée par le MSSS pourrait contribuer à diminuer le temps d'attente pour certaines chirurgies à court terme, mais pourrait contribuer à augmenter les risques liés au réseau privé. La couverture des CMS est d'ailleurs limitée à quelque type de chirurgies. Selon l'ancien ministre de la Santé Christian Dubé, « *les chirurgies oncologiques et cardiaques ne peuvent être réalisées en CMS. Ces milieux cliniques ne disposent pas des ressources spécialisées requises pour prendre en charge ces interventions. Leur champ d'activité se limite souvent à des chirurgies peu complexes, réalisées chez des patients présentant peu ou pas de comorbidités.* »⁷⁷ Ultimement, c'est la disponibilité de la main-d'œuvre, et non la nature publique ou privée des établissements, qui détermine la capacité opératoire du Québec. Étant donné la pénurie actuelle de personnel dans le milieu chirurgical et l'augmentation marquée du nombre de médecins désaffiliés du réseau public, le recours accru aux chirurgies dans les CMS pourrait contribuer à aggraver la pénurie de personnel dans le réseau public, en plus d'augmenter le recours aux médecins non participants, déjà en forte hausse.

⁷⁵ Michael Anderson et al., « Patient Outcomes, Efficiency, and Adverse Events for Elective Hip and Knee Replacement in Private and NHS Hospitals: A Population-Based Cohort Study in England », *The Lancet Regional Health - Europe* 40 (mai 2024): 100904, <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100904>.

⁷⁶ Ilke Akpinar et al., « A Systematic Review of the Accessibility, Acceptability, Safety, Efficiency, Clinical Effectiveness, and Cost-Effectiveness of Private Cataract and Orthopedic Surgery Clinics », *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 39, n° 1 (2023): e47, <https://doi.org/10.1017/S0266462323000120>.

⁷⁷ Dubé, « Mémoire au conseil des ministres du gouvernement du Québec ».

Conclusion

En résumé, ce rapport a établi que le financement privé des soins de la santé au Canada est plus élevé que dans la plupart des pays comparables. Le Québec, bien que sous la moyenne canadienne en termes de financement privé de la santé, compte nettement plus de médecins non participants que toutes les autres provinces canadiennes. Les études scientifiques sur la privatisation des soins dans d'autres pays établissent que le privé n'est pas systématiquement moins cher, plus efficace ou de meilleure qualité que l'équivalent dans le réseau public. Ces études identifient toutefois des risques importants au développement du réseau privé tels que : une hausse des coûts à long terme, une diminution de l'accessibilité et de l'équité des soins ainsi qu'une hausse du temps d'attente dans certains cas.

Avec un marché privé aussi développé que celui du Québec, des groupes d'entreprises se mettent en place pour militer contre des réformes qui nuiraient au réseau privé et pour développer un discours en faveur du privé en santé. Ceci crée les conditions politiques pour la perpétuation du réseau privé, surtout à mesure que la croissance du privé phagocyte les ressources du public et qu'un nombre grandissant l'électeur fait appel au privé pour éviter les longues listes d'attente au public. Ainsi, plus le réseau privé croît, plus il devient politiquement difficile à réglementer. Plus le nombre d'utilisateurs du réseau privé augmente, plus les compagnies d'assurances privées voudront proposer des polices pour couvrir les frais encourus dans le réseau privé, augmentant d'autant plus son attrait pour une clientèle aisée. Bien que les assurances duplicatives ne se soient pas encore développées, le fait qu'elles soient permises par la loi rend possible leur développement futur. La présence de telles assurances achèvera la création d'un véritable réseau à deux vitesses où l'accès diffère significativement entre les riches et les pauvres.

Les auteurs proposent quelques pistes de solution : d'abord, concernant la désaffiliation des médecins, le Québec doit mettre en place des mesures existantes dans d'autres provinces. D'abord, le gouvernement pourrait interdire la pratique privée des médecins, comme l'Ontario l'a fait en 2004. Comme en Ontario, cette interdiction devrait être accompagnée d'une clause de droits acquis pour les non-participants actuels en vue de limiter les conséquences de cette mesure sur leurs patients. En effet, selon un sondage réalisé par un des auteurs de ce texte en collaboration avec le CIRANO et la firme Léger en mars 2025 auprès de 1000 Québécois, seulement 35% des répondants sont en faveur d'interdire aux médecins de pratiquer dans le secteur privé, contre 37%

qui s'y opposent, de sorte que l'opposition publique face à une telle mesure devrait être amoindrie par une clause de droits acquis. Ensuite, pour inciter les bénéficiaires de cette clause de droits acquis à réintégrer le réseau public, le gouvernement devrait imiter plusieurs autres provinces en régulant les frais facturés par les médecins non-participants au même niveau que les actes remboursés par la RAMQ, ce qui devrait inciter les médecins non-participants restants à rejoindre progressivement le réseau public. Notre sondage montre que l'appui à la régulation des frais exigés au privé est très élevé, avec 72% des répondants en faveur et 9% contre. Cette solution est donc populaire et réaliste. Elle doit être imposée rapidement avant que le réseau privé ne devienne trop gros pour être régulé.

Par ailleurs, si le réseau public de santé n'était pas en pénurie de main-d'œuvre, la présence d'un réseau privé parallèle entraînerait beaucoup moins d'impacts négatifs sur le réseau public. Ainsi, il importe de réfléchir collectivement à des manières de réduire la pénurie de main d'œuvre dans le réseau public de santé. Une main-d'œuvre plus abondante pourrait augmenter l'accès aux soins. Un manque d'accès aux soins est fortement corrélé avec une insatisfaction des individus envers le réseau public de santé et une demande accrue pour le réseau privé. Cela peut entraîner un cercle vicieux, alors que le développement du réseau privé réduit les ressources humaines disponibles au public et la satisfaction envers le système public de santé⁷⁸, ce qui entraîne encore plus de demandes pour le privé. L'amélioration de la satisfaction du public, notamment en favorisant l'accès aux soins primaires, doit être une priorité.

⁷⁸ Popic, T., & Moise, A. D. "A bitter aftertaste?"

Bibliographie

- Akpınar, Ilke, Erin Kirwin, Lisa Tjosvold, Dagmara Chojecki, et Jeff Round. « A Systematic Review of the Accessibility, Acceptability, Safety, Efficiency, Clinical Effectiveness, and Cost-Effectiveness of Private Cataract and Orthopedic Surgery Clinics ». *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 39, n° 1 (2023): e47. <https://doi.org/10.1017/S0266462323000120>.
- Allin, Sara, M. Sherar, M. Church Carson, M. Jamieson, Amélie Quesnel-Vallée, et Gregory Marchildon. *Public management and regulation of contracted health services*. Rapid Review 23. North American Observatory on Health Systems and Policies, s. d.
- Anderson, Michael, Rocco Friebe, Laia Maynou, Ilias Kyriopoulos, Alistair McGuire, et Elias Mossialos. « Patient Outcomes, Efficiency, and Adverse Events for Elective Hip and Knee Replacement in Private and NHS Hospitals: A Population-Based Cohort Study in England ». *The Lancet Regional Health - Europe* 40 (mai 2024): 100904. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100904>.
- Bhatia, Vadna. "Social rights, civil rights, and health reform in Canada." *Governance*, 23(1), (2010) 37-58
- Bel, Germ, et Marc Esteve. « Is Private Production of Hospital Services Cheaper than Public Production? A Meta-Regression of Public Versus Private Costs and Efficiency for Hospitals ». *International Public Management Journal* 23, n° 1 (2020): 1-24. <https://doi.org/10.1080/10967494.2019.1622613>.
- Bélanger, Jean-Pierre. « De la Commission Castonguay à la Commission Rochon... Vingt ans d'histoire de l'évolution des services de santé et des services sociaux au Québec ». *Service social* 41, n° 2 (2005): 49-70. <https://doi.org/10.7202/706569ar>.
- Benatia, David, Nicholas-James Clavet, Bernard Fortin, Josette Rosine Aniwuvi Gbeto, et Pierre-Carl Michaud. *Évolution récente de l'offre de services médicaux et de la rémunération des médecins au Québec*. Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques, 2025.
- Benomar, Nadia, Marie-Hélène Jobin, Ariane-Hélène Fortin, et Denis Chênevert. « Portrait des tendances et des pratiques de la chirurgie ambulatoire : Le recours aux CMS au Québec ». *Pôle Santé HEC Montréal*, 2021.
- Böhm, Katharina, Achim Schmid, Ralf Götze, Claudia Landwehr, et Heinz Rothgang. « Five Types of OECD Healthcare Systems: Empirical Results of a Deductive Classification ». *Health Policy* 113, n° 3 (2013): 258-69. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.003>.
- Bordeleau, Jean-Louis. « Jusqu'à 150% plus cher pour une chirurgie au privé ». *Le Devoir*, 24 juin 2023.

- Canadian Institute for Health Information. « National Health Expenditure Trends, 2024: Data Tables — Series D2 ». 2024.
- Canadian Institute for Health Information. « National Health Expenditure Trends, 2025: Data Tables — Series B ». 2025.
- Castonguay, Claude, et Gérard Nepveu. *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1967.
- Collège des médecins du Québec. « Sondage SOM-Collège des médecins du Québec sur l'accès aux soins ». 17 mars 2025. <https://www.cmq.org/fr/actualites/sondage-som-cmq-acces>.
- Contandriopoulos, Damien, et Michael R. Law. « Policy Changes and Physicians Opting out from Medicare in Quebec: An Interrupted Time-Series Analysis ». *Canadian Medical Association Journal* 193, n° 7 (2021): E237-41. <https://doi.org/10.1503/cmaj.201216>.
- Corscadden, Lisa, Sara Allin, Michael Wolfson, et Michel Grignon. « Publicly Financed Healthcare and Income Inequality in Canada ». *Healthcare Quarterly* 17, n° 2 (2014): 7-10. <https://doi.org/10.12927/hcq.2014.23886>.
- Crothers, Hannah, Adiba Liaqat, Katharine Reeves, et al. « Outcomes for Surgical Procedures Funded by the English Health Service but Carried out in Public versus Independent Hospitals: A Database Study ». *BMJ Quality & Safety* 31, n° 7 (2022): 515-25. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-013522>.
- Deber, Raisa, et Catherine Mah. « Case Studies in Canadian Health Policy and Management ». *University of Toronto Press*, 2014.
- Dubé, Christian. « Mémoire au conseil des ministres du gouvernement du Québec ». *Gouvernement du Québec*, 8 juillet 2025.
- Duckett, Stephen. « Private Care and Public Waiting ». *Australian Health Review* 29, n° 1 (2005): 87-93.
- Duggan, Mark, Atul Gupta, Emilie Jackson, et Zachary S. Templeton. « The Impact of Privatization: Evidence Form the Hospital Sector ». *NBER WORKING PAPER SERIES*, s. d.
- Eriksen, Steffen, et Rasmus Wiese. « Policy Induced Increases in Private Healthcare Financing Provide Short-Term Relief of Total Healthcare Expenditure Growth: Evidence from OECD Countries ». *European Journal of Political Economy* 59 (2019): 71-82. <https://doi.org/10.1016/j.ejpoleco.2019.02.001>.
- Fierlbeck, Katherine. « The Scope and Nature of Private Healthcare in Canada ». *SSRN Electronic Journal*, advance online publication, 2024. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4705799>.

- Flood, Colleen M., et Bryan Thomas. *Is Two-Tier Health Care the Future?* University of Ottawa Press. 2020.
- Gauthier, Anne. « Évaluation de l'implantation et des effets des premiers Groupes de médecine de famille au Québec ». *Ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2009.
- Goodair, Benjamin, et Aaron Reeves. « The Effect of Health-Care Privatisation on the Quality of Care ». *The Lancet* 9, n° 3 (2024): e199-206.
- Gouvernement du Québec. *Analyse d'impact réglementaire : Projet de règlement modifiant le Règlement sur les traitements spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2024.
- Gouvernement du Québec. « Gazette officielle du Québec (2000-2012) ». Éditeur officiel du Québec, s. d.
- Hacker, Jacob S. « Dismantling the Health Care State? Political Institutions, Public Policies and the Comparative Politics of Health Reform ». *British Journal of Political Science* 34, n° 4 (2004): 693-724.
- Holom, Geir Hiller, et Terje P. Hagen. « Quality Differences between Private For-Profit, Private Non-Profit and Public Hospitals in Norway: A Retrospective National Register-Based Study of Acute Readmission Rates Following Total Hip and Knee Arthroplasties ». *BMJ Open* 7, n° 8 (2017): e015771. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015771>.
- Jacques, Olivier et Marion Perrot. À paraître. "L'exceptionnalisme québécois en matière de médecine privée." Dans Robert Bernier et Stéphane Paquin (dirs.). *Les nouveaux défis de l'État québécois*. Druides édition. 101-120.
- Kreindler, S. A. « Policy Strategies to Reduce Waits for Elective Care: A Synthesis of International Evidence ». *British Medical Bulletin* 95, n° 1 (2010): 7-32. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldq014>.
- Kruse, Florian M., Niek W. Stadhouders, Eddy M. Adang, Stef Groenewoud, et Patrick P. T. Jeurissen. « Do Private Hospitals Outperform Public Hospitals Regarding Efficiency, Accessibility, and Quality of Care in the European Union? A Literature Review ». *The International Journal of Health Planning and Management* 33, n° 2 (2018). <https://doi.org/10.1002/hpm.2502>.
- « La RAMQ en quelques chiffres ». 2025. <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/donnees-statistiques/ramq-quelques-chiffres>.
- Laberge, M., & Gaudreault, M. (2019). Promoting access to family medicine in Québec, Canada: Analysis of bill 20, enacted in November 2015. *Health Policy*, 123(10), 901-905.

- Lazar, Harvey, Lavis John, Pierre-Gerlier Forest, et John Church. « Paradigm freeze: why it is so hard to reform health care in Canada ». *McGill-Queen's Press-MQUP* 179 (2013).
- Lee, G. E., & Quesnel-Vallée, A. Improving access to family medicine in Québec through quotas and numerical targets. (2019) *Health Reform Observer–Observatoire des Réformes de Santé*, 7(4).
- Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel 2023-2024*. No. 250058. Santé Canada, 2024.
- Mailhot, Pascal, & Marie-Michèle Sioui. *L'indomptable mammoth*. (2025) Somme toute, Le Devoir.
- Marchildon, Gregory. « The single-tier universality of Canadian medicare ». *Dans Béland, D., Marchildon, G. P. et Prince, M. J. (eds) Universality and social policy in Canada*, 209apr. J.-C., 49-62.
- Martin, Danielle, Ashley P. Miller, Amélie Quesnel-Vallée, Nadine R. Caron, Bilkis Vissandjée, et Gregory P. Marchildon. « Canada's Universal Health-Care System: Achieving Its Potential ». *The Lancet* 391, n° 10131 (2018): 1718-35. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30181-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30181-8).
- Martinussen, P. E., & Magnussen, J. (2019). Is having private health insurance associated with less support for public healthcare? Evidence from the Norwegian NHS. *Health Policy*, 123(7), 675-680.
- Médecins québécois pour le réseau public. *Guide d'autodéfense intellectuelle contre la privatisation du réseau de la santé*. 2024.
- Moise, Alexandru D., et Tamara Popic. « Political Determinants of Health: Health Care Privatization and Population Health in Europe ». *Journal of Health Politics, Policy and Law* 49, n° 5 (2024): 769-82. <https://doi.org/10.1215/03616878-11257024>.
- Morgan, Steven G., Marc-André Gagnon, Mathieu Charbonneau, et Alain Vadeboncoeur. « Evaluating the Effects of Quebec's Private–Public Drug Insurance System ». *Canadian Medical Association Journal* 189, n° 40 (2017): E1259-63. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170726>.
- Nadeau, R., Bélanger, É., Pétry, F., Soroka, S. N., & Maioni, A. (2014). *Health care policy and opinion in the United States and Canada*. Routledge.
- Olivella, Pau, et Marcos Vera-Hernández. « Prioritisation, Risk Selection, and Illness Severity in a Mixed Healthcare System ». *Journal of Health Economics* 104 (2025): 103072. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2025.103072>.

- Penno, Erin, Trudy Sullivan, Dave Barson, et Robin Gauld. « Private Choices, Public Costs: Evaluating Cost-Shifting between Private and Public Health Sectors in New Zealand ». *Health Policy* 125, n° 3 (2021): 406-14. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.008>.
- Pomey, Marie-Pascale, Raymond Hudon, Nicolas Van Schendel, Elisabeth Martin, et Pierre-Gerlier Forest. « Stakeholder Views on Privatization of the Quebec Health Care System ». *Canadian Public Policy* 42, n° 3 (2016): 324-36. <https://doi.org/10.3138/cpp.2015-056>.
- Popic, T., & Moise, A. D. "A bitter aftertaste? The effects of privatisation reforms on evaluations of health systems across Europe." *Journal of European public policy*, (2025) 1-26.
- Porter, Isabelle « Effectuer une opération au privé coûte 35% plus cher qu'au public », *Le Devoir*, 30 juillet 2025.
- Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF). *Ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2022.
- Quesnel-Vallée, Amélie, Rachel McKay, et Noushon Farmanara. « Cause or Symptom of Quebec Health System Privatization? » *University of Ottawa Press*, 2020, 93-121.
- Quesnel-Vallée, Amélie, Rachel McKay, et Noushon Farmanara. « Chaoulli v Quebec : Cause or Symptom of Quebec Health System Privatization ». Dans . . In C. M. Flood & B. Thomas (Eds.), *Is Two-Tier Health Care the Future?*, Ottawa University Press. 2020.
- Régie de l'assurance maladie du Québec. « Liste des médecins désengagés ». Document PDF archivé (Wayback Machine), s. d.
- Savard, Anne-Marie. « Les médecins comme travailleurs autonomes au sein du système public de santé au Québec: le passage d'une autonomie professionnelle à une imputabilité sociale ». *Les Cahiers de droit* 58(4) (2017): 749-87.
- Sioui, M. M. Santé Québec bloque la voie à des médecins qui veulent passer au privé. (2025) *Le Devoir*
- Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 — analyse éclair*. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 — analyse éclair. Institut canadien d'information sur la santé, 2024.
- Tiedemann, Marlisa. « La loi canadienne sur la santé: un aperçu ». *Bibliothèque du Parlement* 2019-54-f (2019).
- Tuohy, Carolyn Hughes, Colleen M. Flood, et Mark Stabile. « How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations ». *Journal of Health Politics, Policy and Law* 29, n° 3 (2004): 359-96. <https://doi.org/10.1215/03616878-29-3-359>.

Tynkkynen, Liina-Kaisa, et Karsten Vrangbæk. « Comparing Public and Private Providers: A Scoping Review of Hospital Services in Europe ». *BMC Health Services Research* 18, n° 1 (2018): 141. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2953-9>.

Zou, Yiran, et Junqiao Chen. « The Feedback Loop Between the Demand for Voluntary Private Insurance and the Burden of Healthcare System: An Explanatory System Dynamics Model of Hong Kong ». *International Journal of Health Policy and Management*, 2022, 1. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6738>.