

# Pour une saine cohabitation du privé et du public en santé

---

*Comment en tirer parti sans affaiblir la mission publique*

**BILLET 01 | Clinique Recherche Innovation / Marc Dionne**

Septembre 2026

**Question centrale — Le Québec dispose déjà d'un système de santé mixte. L'enjeu n'est donc pas de choisir abstraitement entre le public et le privé, mais de déterminer les règles qui permettent d'utiliser les capacités des deux secteurs tout en protégeant l'équité, la continuité des soins, les ressources humaines et la responsabilité publique.**

## Une démarche pour réfléchir autrement à notre système de santé

Depuis plusieurs mois, la Clinique Recherche Innovation mène une démarche de réflexion sur l'amélioration du système de santé québécois. Elle a conduit à une proposition plus générale pour relancer le système, puis à un plaidoyer visant à faire connaître les principales orientations qui en découlent. L'idée centrale est de faire des équipes de soins la composante de base de notre système : des équipes identifiables, responsables d'une mission et d'une clientèle, disposant de l'autonomie et des moyens nécessaires pour agir.

Différentes interventions, dont la production de billets sur des enjeux spécifiques, prolongeront cette démarche. Ils examineront, un à un, certains enjeux qui se posent dans notre système de santé et chercheront à voir comment ils pourraient être abordés à la lumière de cette orientation générale, sans pour autant transformer chaque sujet en démonstration de l'ensemble de la proposition.

Le présent billet porte sur la cohabitation du privé et du public. Pour l'alimenter, nous avons aussi utilisé l'intelligence artificielle (CHATGPT) comme outil de recherche et de comparaison afin d'explorer la façon dont d'autres pays organisent cette cohabitation. Ces expériences étrangères ne sont pas présentées comme des modèles à reproduire. Elles permettent plutôt de repérer des façons de faire, des règles et des mécanismes qui peuvent éclairer les choix québécois.

## Le privé est déjà bien installé dans notre système de santé

Le Québec a déjà un système mixte, c'est-à-dire un système dans lequel le financement, la propriété des organisations et la prestation des services ne relèvent pas tous du même secteur. Une part importante des soins est financée publiquement mais fournie par des professionnels ou des organisations privées; d'autres services sont directement payés par les patients ou leurs assurances. Cette combinaison du public et du privé se retrouve, sous des formes très différentes, dans de nombreux systèmes de santé comparables.

La présence du privé au Québec prend plusieurs formes. Une grande partie des soins médicaux est donnée par des médecins qui ne sont pas salariés de l'État, même lorsqu'ils sont rémunérés par le régime public. Les pharmacies communautaires sont des entreprises privées qui jouent un rôle essentiel dans la distribution des médicaments et, de plus en plus, dans l'offre de services cliniques. Des laboratoires, des services d'imagerie, des résidences pour personnes âgées, des ressources d'hébergement, des entreprises

de soins à domicile et de nombreux fournisseurs de technologies ou d'équipements appartiennent également au secteur privé.

À cela s'ajoutent des cliniques médicales privées qui offrent des services de première ligne aussi bien que des soins très spécialisés, des groupes privés qui acquièrent ou regroupent des cliniques et des GMF, ainsi que les cliniques de nombreux autres professionnels de la santé qui exercent principalement hors du financement direct de la RAMQ.

Ce portrait nous amène à distinguer un cas particulier : celui des services assurés par la RAMQ. Il concerne principalement les services médicaux, mais pas exclusivement les médecins. Certains services rendus notamment par des optométristes, des pharmaciens ou des dentistes peuvent aussi donner lieu à une rémunération ou à un remboursement par la RAMQ dans les circonstances prévues par le régime public.

Il ne s'agit donc pas de décider s'il faut introduire le privé dans le système : il y est déjà bien installé. La question utile est de savoir quelles formes de cohabitation sont souhaitables, lesquelles comportent des risques et quelles règles permettent d'en maximiser les avantages tout en limitant les effets indésirables.

## **Les enjeux généraux d'une cohabitation public-privé**

Un système mixte peut offrir des avantages. Une capacité privée peut ajouter des services, introduire de nouvelles façons d'organiser le travail, accélérer certaines innovations, offrir de la souplesse et permettre au système public d'utiliser une capacité qu'il ne possède pas lui-même.

Mais cette coexistence comporte aussi des risques qui ne sont pas propres au Québec.

- L'équité d'accès : lorsque certains services peuvent être achetés directement, les personnes qui ont les moyens de payer peuvent accéder à des parcours différents ou plus rapides.
- La concurrence pour la main-d'œuvre : le public et le privé recrutent souvent dans le même bassin de médecins, d'infirmières, de technologues et d'autres professionnels.
- La sélection des activités : le privé peut être naturellement attiré par les actes programmables et relativement simples, alors que le public conserve les urgences, les cas complexes, les gardes, l'enseignement et les complications.
- La continuité : lorsque plusieurs organisations interviennent dans un même parcours, l'information et la responsabilité peuvent se fragmenter.
- Le coût réel pour la collectivité : un acte privé peut sembler moins coûteux s'il sélectionne des patients moins complexes et n'assume pas les mêmes infrastructures ni les mêmes responsabilités que le public.
- La gouvernance : une réglementation trop faible peut laisser se développer des effets indésirables; une réglementation trop centralisée ou discrétionnaire peut, à l'inverse, empêcher l'innovation et éloigner les décisions du terrain.

Les travaux de l'OMS Europe sur l'achat de soins auprès de fournisseurs privés insistent précisément sur cet équilibre : le recours au privé peut accroître la capacité et le choix, mais il doit s'accompagner de contrats solides, d'accès à des données communes, de règles d'admissibilité, d'un suivi des résultats et de mécanismes permettant d'éviter la sélection des patients et le déplacement des risques vers le secteur public.

## Au Québec, ces enjeux prennent des formes très concrètes

### 1. Un marché privé payé directement par les patients

Des cliniques médicales privées offrent aujourd'hui au Québec des consultations de première ligne, des bilans, de l'imagerie, des interventions et des soins spécialisés directement payés par les patients ou leurs assurances. Dans le cas des médecins non participants au régime public, les honoraires sont déterminés par le médecin, sous réserve des règles professionnelles et déontologiques, et ne sont pas remboursés par la RAMQ.

Ce marché peut répondre à une demande réelle. Il soulève toutefois un enjeu d'équité lorsque la capacité de payer donne accès à des services plus rapidement, et un enjeu de capacité lorsque les professionnels qui y travaillent proviennent du même bassin que celui dont dépend le réseau public.

Pour les services assurés par la RAMQ, le Québec a choisi depuis avril 2025 de contrôler davantage le passage des médecins vers la non-participation : un médecin qui souhaite devenir non participant doit obtenir une autorisation de Santé Québec. La loi demande notamment de considérer les effets possibles sur l'accessibilité et la capacité du réseau.

La préoccupation est compréhensible : dans certains milieux, le départ d'un professionnel peut fragiliser un service essentiel. Mais on peut se demander si la meilleure réponse consiste à décider au cas par cas qui peut exercer au privé, ou plutôt à établir des règles générales, transparentes et équivalentes pour tous, avec des exceptions clairement définies lorsqu'un service essentiel est réellement menacé.

**Piste à explorer — Établir des règles du jeu connues et équivalentes pour tous. Les restrictions individuelles devraient demeurer exceptionnelles et servir à protéger des services essentiels clairement identifiés.**

### 2. Le privé peut ajouter de la capacité... ou simplement la déplacer

Un nouveau bloc opératoire privé, une clinique ou une offre supplémentaire de consultations ne créent pas automatiquement une capacité nouvelle pour le Québec. Si les professionnels qui y travaillent réduisent d'autant leur présence dans le public, une partie du gain apparent peut n'être qu'un déplacement.

L'Angleterre a inscrit cette préoccupation dans son accord de 2025 entre le NHS et le secteur indépendant pour les soins électifs. La capacité destinée au NHS doit être additionnelle et pouvoir être dotée en personnel sans effet matériel sur la main-d'œuvre locale du NHS. L'accord prévoit aussi une collaboration en matière de planification et de formation.

**Une question simple à poser — Lorsque le réseau public achète ou encourage une capacité privée, combien de services nouveaux ajoute-t-elle réellement au Québec une fois pris en compte les professionnels qu'elle peut retirer au réseau public?**

### 3. Le privé choisit plus facilement certaines activités; le public conserve les missions lourdes

Les consultations planifiées, l'imagerie, les cataractes, la chirurgie d'un jour et d'autres interventions relativement standardisées se prêtent bien à des organisations spécialisées. Les urgences, les patients complexes, les complications, les gardes, l'enseignement et les services disponibles en permanence sont beaucoup plus difficiles à isoler dans un modèle commercial.

Cette spécialisation peut améliorer l'efficacité. Elle devient problématique si l'on compare simplement le coût d'un acte privé à celui d'un acte public sans tenir compte des patients traités et des responsabilités assumées. L'Australie illustre bien cette coexistence : elle dispose explicitement d'un système public et

privé, et les gouvernements des États ou territoires peuvent aussi conclure des contrats avec des hôpitaux privés pour y traiter des patients publics.

Les contrats publics devraient donc préciser qui prend en charge les cas complexes, les complications, le suivi et les coûts qui en découlent. Le privé ne devrait pas être rémunéré comme s'il assumait l'ensemble de la mission lorsqu'il n'en prend qu'une partie.

#### 4. Le professionnel choisit aussi son milieu de travail

La concurrence entre le public et le privé ne porte pas uniquement sur les ressources financières. Les milieux privés mettent souvent de l'avant des éléments très concrets : soutien infirmier et administratif, outils disponibles, horaires plus prévisibles, autonomie, rapidité des décisions, temps consacré aux patients et meilleur contrôle de l'organisation du travail. Les professionnels choisissent aussi un environnement dans lequel ils estiment pouvoir mieux exercer leur métier.

Plusieurs pays cherchent à agir sur cet équilibre plutôt que de s'en remettre uniquement à des interdictions. L'Irlande a créé un contrat destiné aux médecins spécialistes qui choisissent une pratique publique dans les hôpitaux publics; il combine une règle claire sur la pratique avec une rémunération revalorisée, des horaires plus flexibles et du soutien à la formation et à la recherche. L'Angleterre, lorsqu'elle achète des services au secteur indépendant, demande aussi que celui-ci collabore à la planification de la main-d'œuvre et à la formation. L'Australie, pour sa part, assume ouvertement la coexistence de deux secteurs hospitaliers et encadre les établissements privés par des mécanismes de licence, d'accréditation et de financement distincts.

Ces exemples ne règlent pas toutes les difficultés de recrutement et de rétention. Ils montrent cependant qu'un gouvernement peut intervenir à la fois sur les règles de coexistence et sur les conditions offertes dans le secteur public. Pour le Québec, la réponse à la croissance du privé ne peut donc pas être seulement de rendre les départs plus difficiles. Elle doit aussi rendre le travail dans le réseau public suffisamment intéressant, efficace et professionnellement satisfaisant pour que les personnes aient envie d'y rester.

**La meilleure protection du réseau public ne sera pas seulement réglementaire. Elle dépendra aussi de sa capacité à offrir aux professionnels les conditions nécessaires pour bien soigner et pour avoir envie d'y travailler.**

#### De l'analyse aux solutions : organiser la cohabitation plutôt que la subir

Ces situations suggèrent qu'une politique québécoise de cohabitation public-privé devrait éviter deux extrêmes : laisser se développer deux systèmes qui se concurrencent sans règles communes, ou tenter de contrôler depuis le sommet chacune des décisions professionnelles et organisationnelles.

Une voie intermédiaire consiste à fixer clairement les responsabilités de chacun. L'État demeure responsable de l'accès équitable aux soins médicalement nécessaires, de la qualité, de la sécurité et de la protection des missions essentielles. Il établit les règles générales. Les établissements et les équipes disposent ensuite d'une marge de manœuvre réelle pour utiliser les ressources disponibles afin de répondre aux besoins des patients.

#### Une capacité privée peut devenir une ressource du parcours public

Lorsqu'un fournisseur privé offre des services directement payés par les patients, l'État agit surtout comme régulateur : il protège la sécurité, la qualité, l'information du patient et les règles professionnelles. La situation change lorsque le même fournisseur veut recevoir des fonds publics pour traiter des patients du réseau.

Le réseau devient alors l'acheteur du service. Il peut décider ce qu'il veut acheter, à quel prix, pour quels patients et selon quelles conditions. Il peut exiger des standards de qualité, la transmission des informations cliniques, la mesure des résultats, la continuité du suivi et une responsabilité claire en cas de complication. Il peut également tenir compte de l'effet du contrat sur la main-d'œuvre et sur les capacités que le réseau doit lui-même maintenir.

Autrement dit, l'utilisation du privé avec des fonds publics ne devrait pas être un simple achat d'actes. Elle devrait être une façon organisée de compléter les capacités du réseau lorsqu'elle apporte un avantage réel aux patients et au système.

### S'assurer que l'équipe responsable du patient reste impliquée

Une cohabitation bien organisée suppose que le patient ne soit pas laissé seul lorsqu'il passe d'une organisation à une autre. Si une équipe chirurgicale, un GMF ou une autre équipe responsable doit recourir à une capacité extérieure, publique ou privée, elle devrait rester impliquée dans l'organisation et le suivi du parcours.

Prenons une équipe chirurgicale qui connaît sa liste d'attente et la priorité de chacun de ses patients. Si ses propres salles ne lui permettent pas de traiter tous les patients dans un délai acceptable, une capacité privée qualifiée et sous contrat peut être utilisée. La priorité clinique demeure celle de l'équipe. Le résultat revient dans le dossier. Le suivi et les complications sont organisés. Le patient n'a pas à reconstruire lui-même son parcours.

Cette façon de faire est cohérente avec une organisation où les équipes de soins constituent l'unité de base de la responsabilité clinique, mais elle ne dépend pas d'une transformation complète préalable du système : elle peut être appliquée progressivement dans les milieux capables de l'assumer.

### Assurer la circulation de l'information

Plus le système utilise des capacités provenant d'organisations différentes, plus la circulation de l'information devient importante. Les fournisseurs privés qui participent à une mission financée publiquement devraient transmettre rapidement aux équipes responsables les informations nécessaires au suivi clinique, à la qualité et à l'évaluation des résultats.

Les registres de clientèle, les dossiers médicaux électroniques et, à terme, un dossier personnel de santé permettant au patient et aux équipes de disposer d'une information cohérente deviennent alors des outils essentiels pour éviter les ruptures de parcours.

### Décentraliser l'utilisation du privé dans le respect d'un cadre commun

La coexistence public-privé n'exige pas que toutes les décisions soient prises au niveau national. Le niveau central devrait déterminer les règles communes : équité, services assurés, normes de qualité, conditions de contractualisation, exigences de données, règles applicables aux médecins participants et non participants et protections de la capacité publique.

Les établissements et les structures territoriales devraient pouvoir organiser les capacités nécessaires à leur population, conclure ou soutenir les ententes appropriées et corriger les déséquilibres. Les équipes qui assument concrètement une clientèle devraient disposer de la latitude nécessaire pour organiser les parcours et mobiliser les ressources disponibles dans le respect de ce cadre.

**Principe de gestion — Plus une décision concerne directement l'organisation des soins d'un patient ou d'une clientèle, plus elle devrait être prise près de ceux qui en assument la responsabilité, dans le respect de règles communes assurant l'équité.**

## Des mesures pour tirer le meilleur parti de cette cohabitation et en réduire les risques

Les expériences étrangères que nous avons examinées nous offrent des modèles d'organisation et de fonctionnement intéressants. Il ne s'agit pas de les implanter tels quels au Québec, mais d'en retenir les mécanismes qui peuvent nous aider à mieux organiser notre propre système.

- Maintenir un accès relativement ouvert à l'exercice privé, avec des règles générales, transparentes et équivalentes pour tous; réserver les restrictions individuelles aux situations où un service essentiel serait réellement menacé.
- Distinguer clairement le marché privé payé par le patient du privé qui reçoit des fonds publics. Dans le second cas, exiger davantage en matière de prix, de qualité, de données, de continuité et de reddition de comptes.
- Avant d'acheter une capacité privée importante, vérifier qu'elle ajoute réellement des services au système et qu'elle ne repose pas simplement sur le transfert de professionnels qui travaillaient déjà dans le public.
- Adapter les contrats au niveau réel de responsabilité assumé par le fournisseur privé et éviter que les complications, les cas complexes ou le suivi soient automatiquement reportés sur le public sans compensation.
- Prévenir les conflits d'intérêts et les mécanismes qui pourraient inciter à déplacer artificiellement des patients ou des ressources du public vers le privé.
- Exiger la circulation des informations cliniques pertinentes lorsqu'un fournisseur privé participe à un parcours financé publiquement.
- Laisser aux établissements et aux équipes une marge de manœuvre pour mobiliser des capacités privées qualifiées dans le respect des règles communes, plutôt que multiplier les autorisations opérationnelles au sommet.
- Renforcer parallèlement l'attractivité du réseau public : autonomie professionnelle, soutien, équipements, stabilité des équipes, gestion de proximité, formation et possibilité d'innover.

## Ce que cela implique pour le patient

Pour le patient, l'objectif n'est pas de savoir si le soin sera donné dans un bâtiment public ou privé. Il est de savoir qu'une équipe demeure responsable de lui, que sa priorité repose sur son besoin clinique, que le service peut être obtenu dans un délai acceptable et que l'information suit son parcours.

Lorsqu'une capacité privée est achetée par le régime public, elle devrait pouvoir être utilisée sans que le patient ait à payer pour obtenir sa place. Celui qui souhaite acheter avec ses propres moyens un service privé qui n'est pas mobilisé par le régime public pourrait continuer de le faire dans un marché transparent et régi par des règles générales.

Cette distinction permet de préserver une place au choix individuel tout en évitant que la capacité de payer devienne le mécanisme normal d'accès aux services médicalement nécessaires.

## Conclusion — Faire cohabiter plutôt qu'opposer

Le Québec possède déjà un système mixte. Il gagnerait donc moins à poursuivre un débat abstrait pour ou contre le privé qu'à définir clairement les conditions de sa coexistence avec le public.

Le privé peut ajouter de la capacité, de la souplesse et des façons différentes d'organiser les services. Il peut aussi accentuer les inégalités, déplacer la main-d'œuvre, fragmenter les parcours et laisser au public

les missions les plus lourdes. La politique publique doit chercher à maximiser les premiers effets et à réduire les seconds.

Quelques principes se dégagent de cette analyse : des règles du jeu claires et équivalentes pour tous; une vérification de la capacité réellement ajoutée lorsque le public achète des services privés; des responsabilités précises pour le suivi et les complications; une circulation de l'information qui évite les ruptures de parcours; et des décisions opérationnelles prises le plus près possible des équipes et des patients.

Il faut surtout agir sur les deux côtés de l'équation : mieux encadrer la cohabitation avec le privé lorsqu'elle touche la mission publique, et rendre le réseau public suffisamment performant et stimulant pour conserver les professionnels dont il a besoin.

**Le privé ne devrait être ni un adversaire à éliminer ni une solution à laquelle on abandonne le patient. Il devrait être une composante d'un système dont la responsabilité demeure publique et dont les capacités, publiques ou privées, sont organisées autour des besoins des patients.**

## Sources et repères documentaires

*Les comparaisons internationales servent à repérer des façons de faire et des mécanismes susceptibles d'éclairer les choix québécois. Elles ne supposent pas qu'un modèle étranger puisse être transposé tel quel au Québec.*

- Québec — Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux, RLRQ c. E-20.002
- RAMQ — Je décide de participer ou non au régime d'assurance maladie du Québec
- RAMQ — Professionnels offrant des services couverts : participants, désengagés et non participants
- Collège des médecins du Québec — renseignements sur les frais médicaux et la médecine privée
- Gouvernement du Québec — Autorisation pour exploiter un centre médical spécialisé (CMS)
- OMS Europe — Purchasing health care from the private sector: a primer, 2025
- OMS Europe — Contracting private providers for health care requires balance, 14 avril 2025
- OCDE — Health at a Glance 2025 : organisation et financement des systèmes de santé
- NHS England — Elective recovery: partnership agreement with the independent sector, 6 janvier 2025
- Government of Ireland — Public-Only Consultant Contract et bilans de mise en œuvre
- Australian Government — The Australian health system
- Australian Government — Private hospitals
- Australian Institute of Health and Welfare — Hospitals at a glance