



CIRANO

Allier savoir et décision



ENTRE PUBLIC ET PRIVÉ : LE SYSTÈME DE SANTÉ DU QUÉBEC À LA CROISÉE DES CHEMINS

LISA BELLEMARE

JANI BOYER

YASMINE BENZIDANE

EMMANUELLE ARPIN

FRANÇOIS CASTONGUAY

OLIVIER JACQUES

PR

2025PR-10
POUR RÉFLEXION

Les documents Pour Réflexion... visent à proposer, par l'entremise de résultats de recherche appliquée ou de documents de réflexion, des actions à privilégier pour accélérer la reprise, assurer une croissance économique durable, dynamiser les régions du Québec et résorber le déficit budgétaire à venir tout en maintenant un financement adéquat pour la santé et l'éducation. Ces documents sont sous la seule responsabilité des auteurs.

The papers For Reflection... aim to propose, through applied research results or discussion documents, actions to be taken to accelerate recovery, ensure sustainable economic growth, energize Quebec's regions and reduce the future budget deficit while maintaining adequate funding for health and education. These documents are the sole responsibility of the 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
Caisse de dépôt et placement du Québec
Énergir
Hydro-Québec
Intact Corporation Financière
Investissements PSP
Manuvie
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
de Montréal
HEC Montreal
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.*

© Sept 2025. Lisa Bellemare, Jani Boyer, Yasmine Benzidane, Emmanuelle Arpin, François Castonguay et 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.*

Entre public et privé : le système de santé du Québec à la croisée des chemins

Synthèse critique du colloque Jean Yves Rivard 2025

Lisa Bellemare¹, Jani Boyer², Yasmine Benzidane³, Emmanuelle Arpin⁴, François Castonguay⁵, Olivier Jacques⁶

Résumé/ Abstract

Le 42e Colloque Jean-Yves Rivard, tenu le 1er mai 2025, avait pour thème « Entre public et privé : le système de santé du Québec à la croisée des chemins ». Cette journée de réflexion a réuni chercheurs et professionnels autour de conférences et tables rondes portant sur les soins dentaires, les soins psychologiques et le financement du système de santé. Les discussions ont mis en lumière les tensions croissantes entre logiques publiques et privées, notamment en raison du sous-financement chronique de certains secteurs et de l'essor du marché privé des soins. L'analyse de l'opinion publique révèle une population attachée à la valeur de l'universalité, mais sensible aux enjeux d'accès. Les panélistes ont plaidé pour un meilleur arrimage entre initiatives publiques et pratiques privées, ainsi qu'un investissement accru dans la prévention, la planification territoriale et l'équité d'accès aux soins. Ce rapport brosse un portrait critique et interdisciplinaire des réformes en cours et des pistes de transformation du système québécois.

The 42nd edition of the Jean-Yves Rivard Colloquium, held on May 1, 2025, had the theme "Between Public and Private: Québec's Health System at a Crossroads." This day of reflection brought together researchers and professionals for keynote presentations, panel discussions and roundtables focused on dental care, psychological services, and health system financing. The discussions shed light on the growing tensions between public and private approaches, particularly due to chronic underfunding in certain sectors and the expansion of private healthcare markets. Analysis of public opinion reveals a population deeply committed to universality yet increasingly concerned about access issues. Panelists called for stronger alignment between public initiatives and private practices, as well as increased investment in prevention, territorial planning, and equitable access to care. This report offers a critical and interdisciplinary overview of ongoing reforms and possible avenues for transforming Québec's health system.

Pour citer ce document / To quote this document

Bellemare, L., Boyer, J., Benzidane, Y., Arpin, E., Castonguay, F., & Jacques, O. (2025). Entre public et privé : le système de santé du Québec à la croisée des chemins (2025PR-10, Pour réflexion, CIRANO.)

<https://doi.org/10.54932/UVCQ3769>

¹ Étudiante au doctorat en santé publique, École de santé publique de l'Université de Montréal

² Étudiante à la maîtrise en santé publique, École de santé publique de l'Université de Montréal

³ Étudiante à la maîtrise en santé publique, École de santé publique de l'Université de Montréal

⁴ Professeure adjointe, École de santé publique de l'Université de Montréal, Chercheuse CIRANO

⁵ Professeur adjoint, École de santé publique de l'Université de Montréal, Chercheur CIRANO

⁶ Professeur adjoint, École de santé publique de l'Université de Montréal, Chercheur CIRANO

Table des matières

Introduction	2
Idées, Intérêts et Institutions	2
L'opinion publique sur le privé en santé : résultats de nouveaux sondages	6
Le financement privé des soins médicaux au Québec	6
L'opinion publique sur l'expansion de la couverture publique des soins de santé au Québec	7
Le sondage international: <i>Priorities in Health Policy and the Welfare State</i>	8
Les soins psychologiques	10
Les soins en santé mentale selon les psychologues	10
Le court historique des réformes en santé mentale au Québec	11
La marginalisation historique de la santé mentale	11
Le portrait de la couverture des soins de santé mentale au Québec	12
Les facteurs endogènes et exogènes du (non-) financement des soins en santé mentale au Québec	13
Les problèmes actuels du système de soins psychologiques	13
L'économie politique des soins psychologiques	14
La prévention en santé mentale	15
Répondre aux besoins primaires : un levier fondamental pour la santé mentale	16
Conclusion	16
Les soins dentaires	18
Introduction : Organisation du système dentaire québécois et canadien	18
Le rôle du système public dans les soins dentaires	20
La place du privé dans les soins dentaires	21
Le rôle de la prévention dans les soins dentaires	22
Conclusion	24
Les avantages et les inconvénients du financement et de la prestation de soins privés	25
Les avantages et les désavantages de la privatisation	26
Conclusion	30
Conclusion du 4 ^e Colloque Jean-Yves-Rivard	31
Références	33

Introduction

Conférence : L'État de la situation : La place du privé dans la santé au Québec et au Canada en perspective comparée.

La panéliste :

- **Antonia Maioni**, Professeure au *Department of Equity, Ethics and Policy* de l'Université McGill.

À l'animation :

- **Nathalie De Marcellis-Warin**, Professeure titulaire à Polytechnique Montréal et PDG du CIRANO.



La première conférence de la journée, présentée par Pre Maioni, fut une introduction à l'histoire politique du système de santé canadien. Le système de santé est le résultat d'interactions complexes entre courants idéologiques, intérêts opposés et de l'influence d'institutions canadiennes clés dans le développement de politiques de santé. Lorsque les décisions sont prises, qu'il s'agisse de compromis politiques, de réformes institutionnelles ou de choix budgétaires, l'orientation du système se précise, limitant progressivement les possibilités de changement. Ce phénomène, que l'on désigne par le concept de dépendance de trajectoire, sera au cœur de l'analyse de Pre Maioni. Elle expliqua les idées, les intérêts et les institutions qui ont façonné les fondations du système canadien. Ensuite, elle décrit les principes de la *Loi canadienne sur la santé*, avant de mettre en lumière certaines décisions politiques majeures qui influencèrent et continuent d'influencer, encore aujourd'hui, l'organisation des soins. À travers cette démarche, Pre Maioni démontra pourquoi le système de santé canadien conserve une structure mixte, marquée par une tension constante entre les logiques publique et privée.

Idées, Intérêts et Institutions

Idées – Deux influences majeures ont marqué l'organisation du système de santé canadien. D'abord, la social-démocratie canadienne, incarnée notamment par le CCF (*Cooperative Commonwealth Federation*) et, plus tard, le Nouveau Parti démocratique (NPD), a joué un rôle central dans la mise en place des premiers programmes d'assurance hospitalière et médicale. Ensuite, au Québec, le nationalisme québécois a inspiré une volonté de prendre en charge les institutions sociales comme projet national durant la Révolution tranquille, ce qui a influencé la construction d'un système de santé distinct.

Intérêts – La dynamique conflictuelle entre les intérêts de l'État et les intérêts des professions médicales ont grandement façonné le développement du système de santé. L'exemple emblématique de cette tension est la grève des médecins en Saskatchewan en 1962, qui portait sur si les médecins devaient rester travailleur autonome ou devenir employés de l'état. Cette même problématique s'est manifestée au Québec lors de la grève de 1970, où les médecins revendiquaient le droit de facturer des honoraires supérieurs à ceux proposés par l'État, en particulier pour les

spécialistes. Ces grèves ont toutefois échoué, et les médecins ont dû accepter une certaine tutelle de l'État, notamment en ce qui concerne la rémunération. Ce compromis historique a donné lieu à une formule qui résume bien l'essence du système canadien : « *private practice, public payment* », c'est-à-dire une pratique privée financée par des fonds publics.

Institutions – Parmi les nombreuses institutions ayant eu un rôle dans le développement du système de santé canadien, la Saskatchewan joua le rôle de pionnier pour un système de santé universel. Ce modèle fut repris à l'échelle fédérale, en partie sous l'impulsion du Parti Libéral du Canada. Le fédéralisme canadien a agi comme un « laboratoire » et un « diffuseur » d'innovation. En revanche, le fédéralisme fiscal constitua, et constitue toujours, un frein budgétaire, en grande partie dû au déséquilibre entre les responsabilités constitutionnelles des provinces en matière de santé et leurs capacités fiscales limitées.

Face à ces limites, une autre institution canadienne a joué et joue encore un rôle déterminant dans l'évolution du système de santé : le pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral, qui lui permet de financer des programmes même dans des domaines hors des compétences fédérales. Le pouvoir de dépenser s'exerce notamment à travers la *Loi canadienne sur la santé*, qui encadre les transferts fédéraux aux provinces et impose des conditions. Deux principes clés sont mis de l'avant : l'intégralité, selon laquelle tous les services fournis par les hôpitaux et médecins doivent être assurés, et l'accessibilité, qui exige que les modalités d'accès aux soins ne soient pas entravées par des frais imposés aux assurés. Il est également important de noter que les tickets modérateurs sont illégaux au Canada.

Financement du système de santé : entre responsabilités provinciales et influence fédérale

Depuis l'adoption de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* au Québec en 1971, les soins hospitaliers y sont financés par des budgets dits « globaux », comme dans le reste du Canada. Il convient de rappeler que la santé relève d'une compétence provinciale, bien que le gouvernement fédéral conserve un pouvoir important par le biais de son pouvoir de dépenser.

Toutefois, il n'existe pas de définition précise du panier de services couverts, et le système public ne prend en charge qu'environ 70 % des dépenses totales en santé. Le reste, soit 30 %, provient du secteur privé, que ce soit par des assurances privées ou par des paiements directs effectués par les citoyens. En 2025, le Canada se situe au-dessus de la moyenne de l'OCDE en matière de dépenses de santé par habitant, avec environ 8 000 \$ par personne.

La *Loi canadienne sur la santé* est l'une des nombreuses lois façonnant le système de santé. De plus, au cours des années, des décisions judiciaires découlant de différentes lois ont continué d'influencer notre système de santé.

Le jugement Chaoulli, rendu par la Cour suprême du Canada en 2005, est l'une de ces décisions ayant modifié la trajectoire du système de santé du Québec. Ce jugement a statué que l'interdiction légale au Québec de souscrire une assurance privée pour des services déjà couverts par l'État contrevient à la *Charte des droits et libertés de la personne* lorsque les délais d'attente

sont trop longs. En réponse au jugement Chaoulli, la Loi 33 de 2006 a permis l'ouverture du marché aux assurances privées pour certains soins, notamment pour les diagnostics, et a autorisé l'existence de cliniques médicales privées. Plus récemment, la Loi 83 propose de resserrer le contrôle sur la désaffiliation des médecins en exigeant une autorisation de Santé Québec, sur la base de critères précis.

Influence entre privé et public aux États-Unis

Aux États-Unis, la compétition entre les systèmes public et privé tend à accroître les coûts. Au Canada, les soins de santé sont divisés en plusieurs catégories : les soins publics (comme les hôpitaux, médecins, diagnostics), les soins financés par l'État, mais fournis par le privé (comme certaines chirurgies ou cliniques sans rendez-vous), et les soins privés (comme plusieurs médicaments, les services de physiothérapie, de dentisterie et de psychologie).

Depuis le jugement Chaoulli, le rôle du secteur privé dans le système de santé évolue constamment au Québec et ailleurs au Canada. Par exemple, bien que les médecins aient toujours eu la possibilité de pratiquer dans des cliniques privées au Québec, ce phénomène demeurerait marginal. Or, ces dernières années, la tendance à exercer exclusivement dans le secteur privé s'est accentuée, atteignant un sommet en 2025. Un nouveau phénomène émerge : celui de la mobilité entre les secteurs public et privé.

Au Québec, les médecins ne peuvent être actifs simultanément dans les deux systèmes. Toutefois, ils peuvent alterner entre les deux, en quittant temporairement le secteur public pour exercer dans le privé, puis revenir au régime public par la suite. Cette flexibilité, plus grande qu'ailleurs au Canada, facilite la désaffiliation temporaire de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), notamment pour les médecins qui choisissent de pratiquer dans des cliniques privées. À l'inverse, certaines provinces comme l'Ontario interdisent ce type de va-et-vient entre les deux secteurs. Les efforts de régulation de la pratique des médecins au privé sont donc différents d'une province à l'autre.

Parallèlement aux efforts provinciaux visant à encadrer la pratique médicale dans le secteur privé, le gouvernement fédéral a lancé de nouvelles initiatives de financement public pour des soins traditionnellement pris en charge par le secteur privé, élargissant ainsi le champ d'intervention de l'État dans le domaine de la santé. Deux mesures récentes illustrent cette expansion du financement public : le régime canadien de soins dentaires, destiné aux personnes âgées, aux enfants, aux personnes en situation de handicap et aux ménages à faibles revenus ; ainsi qu'un projet de loi sur l'assurance médicaments, visant à couvrir certains produits essentiels tels que l'insuline et les contraceptifs.

Par ailleurs, on observe une normalisation croissante de la présence du secteur privé dans le système de santé. Cette évolution se manifeste par une augmentation des soins financés par l'État mais dispensés dans des cliniques privées, ainsi qu'une acceptation grandissante de cette réalité au sein de l'opinion publique.

Cette normalisation de la présence du privé, mentionnée par Pre Maioni à la fin de sa présentation, est très visible dans les réformes et nouveaux programmes gouvernementaux au niveau fédéral et provincial. Comment l'opinion publique voit-elle la présence du privé en santé fut l'une des questions de Pre Maioni, question à laquelle Pr Olivier Jacques s'attaqua dans la deuxième conférence de la journée.

L'opinion publique sur le privé en santé : résultats de nouveaux sondages

Conférence : Les préférences du public sur le rôle du public et du privé au Québec: dévoilement d'un nouveau sondage.

Le panéliste :

- **Olivier Jacques**, Professeur au Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'Université de Montréal.

À l'animation :

- **Nadia Sourial**, Professeure adjointe au Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'Université de Montréal.



Selon le Pr Jacques, il est important d'étudier l'opinion publique, car:

- Les partis politiques sont réactifs à l'opinion publique; après tout, l'opinion publique provient des électeurs qui décideront du destin politique des candidats aux élections;
- Les partis politiques élaborent et promeuvent des politiques publiques conçues pour forger une coalition solide, essentielle à la réalisation de leurs ambitions idéologiques et électorales ;
- La durabilité des réformes de politiques publiques peut reposer sur l'appui de l'opinion publique ;
- Il faut comprendre quels groupes soutiennent et ceux qui sont contre une réforme.

Comprendre l'opinion publique est d'autant plus important dans le débat sur la place et le rôle du privé en santé; c'est une représentation du conflit fondamental entre la gauche et la droite. Afin de mieux caractériser l'opinion publique sur le rôle du privé en santé, Pr Jacques et son équipe de recherche ont effectué deux grandes séries de sondage, au Québec en 2025 et à l'international en 2024. Les résultats des sondages démontrent le conflit entre la gauche et la droite en santé, mais le portrait global est beaucoup plus complexe.

Le financement privé des soins médicaux au Québec

La première partie des résultats présentés étaient dans le cadre du projet de loi 83 (PL83) du gouvernement de François Legault (Coalition Avenir Québec, CAQ) à l'hiver 2025. Le PL83 a pour but de diminuer la désaffiliation des médecins du Québec au système de santé public.

Qu'est-ce que la désaffiliation des médecins à la RAMQ?

Pour qu'un soin médical donné par un médecin soit remboursé par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, le médecin doit être inscrit sur la liste des médecins de la RAMQ. Un médecin peut volontairement se retirer de cette liste. Ce médecin, désormais hors de la RAMQ, peut continuer à exercer la médecine et facturer ces frais directement à ses patients.

Depuis 2019, le nombre de médecins désaffilié, et donc pratiquant au privé, est passé de 500 à 800. Ces médecins hors réseau peuvent facturer des frais plus élevés à leur patientèle que les médecins du public peuvent facturer au gouvernement. Cette désaffiliation des médecins peut aussi contribuer à la pénurie de main-d'œuvre du réseau public et mener à une augmentation des inégalités d'accès.

D'abord, en réponse au projet de loi 83 sur la désaffiliation des médecins, une majorité des répondants appuie un meilleur encadrement des frais au privé, sans toutefois souhaiter interdire totalement la pratique privée. Les répondants étaient plutôt en accord pour que les gens ayant les moyens financiers de s'offrir des soins au privé puissent le faire.

Ensuite, Pr Jacques a analysé les déterminants individuels influençant l'appui à un contrôle des frais au privé et l'interdiction de la pratique privée. En général, le manque d'accès aux soins, être plus âgé et être un homme sont des facteurs associés à l'appui à l'interdiction du privé en santé et au contrôle des frais par les médecins au privé. À l'inverse, les personnes plus à droite et considérer que le privé a une place dans les soins médicaux sont des facteurs associés à moins d'appui à l'interdiction du privé et au contrôle des frais. Fait surprenant : la satisfaction envers le système, l'état de santé, le revenu et l'éducation n'ont pas d'effet sur le soutien au privé dans le système de santé, tel que souligné dans le sondage du Pr Jacques.

L'opinion publique sur l'expansion de la couverture publique des soins de santé au Québec

Dans le cadre du sondage de 2025, Pr Jacques et son équipe ont mesuré l'appui des répondants à l'expansion de la couverture publique des soins de santé au Québec. L'assurance autonomie est la priorité la plus importante selon les répondants, suivi de très près par les soins dentaires. La psychologie, l'optométrie et la physiothérapie suivent, dans l'ordre. Une plus grande proportion de répondants sont prêts à payer plus d'impôt pour les soins à domicile et les soins dentaires, mais moins acceptent de payer plus d'impôts pour augmenter la couverture en soins psychologiques, en optométrie et en physiothérapie.

Ils ont ensuite mesuré l'impact de différentes caractéristiques des répondants. En général, être plus âgé est associé à vouloir plus payer pour l'assurance autonomie, mais non les autres types de soins. Les gens possédant une assurance privée et étant insatisfaits des soins de santé au Québec ne soutiennent pas une expansion de la couverture publique des soins de santé. Avoir moins de confiance envers le système est donc relié à moins d'allocation de ressources. Il y a peu ou pas de différence quant aux préférences d'expansion de la couverture des soins en physiothérapie, dentaires ou en optométrie.

L'appui envers la santé mentale est différent des autres types de soins. En effet, la stigmatisation de la santé mentale est liée au fait de ne pas vouloir étendre la couverture publique aux soins de santé mentale. De plus, le niveau d'éducation a un impact positif sur le soutien de payer les soins en santé mentale.

Finalement, le sondage de 2025 comportait des questions similaires à des sondages de 2002 et 2022, au Québec et au Canada¹, effectués respectivement par le Centre de recherche et d'information sur le Canada (CRIC) et Environics Institute, ce qui permet de comparer l'évolution temporelle de l'opinion publique des Québécois et des Canadiens sur le privé en santé. La question, sur le plan normatif, est de savoir si l'ajout de services privés au système de santé public québécois et canadien permettrait de préserver ce dernier. Depuis 2002, le soutien des Canadiens et des Québécois vis-à-vis le privé en santé a diminué. Les nombreuses coupes de la fin des années 90 pour l'atteinte du déficit zéro amena une très grande insatisfaction envers le système public, augmentant le soutien pour le système privé au début des années 2000. Cependant, les Québécois ont un plus grand soutien au privé en santé que le reste du Canada. Pr Jacques mentionne qu'en général, l'identité canadienne est fortement associée au système de santé public, en grande partie comme facteur de différenciation avec les États-Unis. Au Québec, quel que soit le rapport des Québécois au nationalisme, le système de santé universel ne constitue pas un élément central de l'identité québécoise, contrairement à la langue française ou à d'autres programmes sociaux, par exemple.

Finalement, entre 2022 et 2025, l'appui à la dépense publique en santé a diminué, mais les niveaux de soutien à dépenser dans le système de santé public sont toujours plus élevés que ceux de 2002.

Le sondage international: *Priorities in Health Policy and the Welfare State*²

Ce sondage international de 2024 visait à mesurer l'appui à des réformes de politiques sociales dans cinq juridictions : l'Allemagne, la Suisse, l'Angleterre, le Québec et l'Ontario. Huit mille réponses furent comptabilisées, avec 1000 réponses au Québec et 1000 réponses en Ontario. Au Québec, l'appui envers un système de santé public était très fort : moins de 3 % des réponses furent que ce n'était pas au gouvernement d'organiser les soins de santé.

La deuxième question touchait les réformes du système de santé : quoi faire pour réformer les systèmes de soins? À travers les quatre pays, couper la promotion de la santé était une solution très populaire, au grand désarroi des chercheurs en santé publique.

De plus, Pr Jacques a regardé au niveau du Québec et de l'Ontario pour trouver des différences et des similitudes sur l'opinion face aux réformes. En Ontario, la politisation partisane sur quoi faire pour réformer le système de santé est très grande, avec une opposition gauche-droite qui divise l'opinion publique. Cette division partisane ne se trouve pas au Québec, ce qui pousse

¹ Les sondages *Confederation of Tomorrow (2022)* et *Portraits of Canada 2002* sont les sondages utilisés pour la comparaison temporelle.

² Pour consulter les résultats complets du sondage, le rapport CIRANO : *Priorités à la santé : les préférences des Québécois en perspective comparée*, <https://doi.org/10.54932/HISH3220>

le Pr Jacques à émettre l'hypothèse que les grandes réformes en santé pourraient être plus consensuelles qu'en Ontario, vu la moins grande fragmentation de l'opinion publique.

En conclusion, le soutien au privé et au financement public varie selon l'intérêt personnel, le genre, l'idéologie et la satisfaction envers le système. Les Québécois supportent plus de régulation du privé en santé, mais pas son interdiction. L'intérêt personnel de chaque Québécois influence son support au financement et à l'organisation des soins de santé. Il y a aussi une différence de supports selon le genre. Finalement, il y a un auto-renforcement de l'insatisfaction envers les soins : ceux qui sont satisfaits souhaitent plus d'investissement, alors que les autres penchent pour le désengagement, ce qui peut créer un cercle vicieux. De plus, ceux qui bénéficient d'une assurance privée appui davantage le privé en santé.

Les soins psychologiques

Table ronde I : Vers une expansion de la couverture publique des soins psychologiques ? Défis et perspectives.

Table ronde : Vers une expansion de la couverture publique des soins psychologiques ? Défis et perspectives.

Les panélistes :

- **Morgane Gabet**, Professeure au Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'Université de Montréal.
- **Christine Grou**, Psychologue et présidente de l'Ordre des psychologues du Québec.
- **Isabel Perera**, Professeure au *Department of Government* de l'Université Cornell.

À l'animation :

- **François Castonguay**, Professeur au Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'Université de Montréal.



Ensemble, les panélistes expliquent pourquoi les soins psychologiques demeurent aussi difficiles d'accès, alors que la santé mentale gagne en visibilité dans l'espace public. Elles montrent comment ces soins restent marqués par un financement instable et une reconnaissance institutionnelle partielle, malgré leur rôle essentiel pour le bien-être individuel et collectif. À travers une analyse à plusieurs niveaux : historique, politique, économique et organisationnel, elles mettent en lumière les dynamiques de marché et de pouvoir qui influencent leur structuration et leur accessibilité. En toile de fond, cette réflexion invite à repenser les réformes en santé mentale au Québec, la place des déterminants sociaux et le rôle des professionnels dans la transformation du système.

Les soins en santé mentale selon les psychologues

Selon Dre. Christine Grou, présidente de l'Ordre des psychologues du Québec, le champ d'exercice des psychologues comprend l'évaluation de l'état psychologique d'une personne ainsi que la mise en œuvre d'interventions visant à favoriser son bien-être mental. Ces interventions, comme la psychothérapie, sont des traitements psychologiques destinés à réduire la détresse mentale en apportant des changements et vont au-delà d'un simple soutien ou de conseils pour faire face aux difficultés courantes. Ce sont des traitements basés sur des données probantes.

Le court historique des réformes en santé mentale au Québec

La Pre Morgane Gabet présenta l'histoire des réformes en santé mentale au Québec. Le système de santé mentale est marqué par une série de transformations profondes, amorcées dès le début des années 1960 avec ce qu'on appelle la première vague de désinstitutionnalisation. C'est à cette époque que la psychiatrie communautaire commence à prendre forme, posant les bases d'un mouvement visant à sortir les personnes vivant avec des troubles mentaux des établissements psychiatriques pour favoriser leur intégration dans la communauté.

Dans les années 1970, une deuxième vague de désinstitutionnalisation prend forme, soutenue notamment par la Réforme Castonguay-Nepveu en 1971 avec de profondes répercussions sur le réseau des services de santé et des services sociaux. C'est dans ce contexte qu'émerge, en 1983, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), né d'un mouvement citoyen non biomédical axé sur l'entraide et la participation collective.

Un jalon important est franchi en 1989 avec la publication de la première politique officielle de santé mentale du Québec. Cette politique pose les bases d'une reconnaissance gouvernementale des enjeux liés à la santé mentale. L'année suivante, en 1990, marque le début du virage ambulatoire. Ce changement introduit de nouvelles méthodes d'intervention plus axées sur le communautaire. Ce virage s'accompagne aussi d'une reconfiguration importante du réseau de soins.

En 2005, le premier Plan d'action en santé mentale (PASM 2005-2010) est publié et met l'accent sur la collaboration intersectorielle et favorise une approche coordonnée entre les différents intervenants du réseau. En 2012, le Commissaire de la santé et du bien-être (CSBE) publie un rapport qui vient alimenter la réflexion et les orientations futures.

Dans cette continuité, le PASM 2015-2020 confirme le rôle central des organismes communautaires, en les reconnaissant explicitement comme partenaires incontournables dans la prestation de services. Plus récemment, le PASM 2022-2026 adopte une perspective interministérielle, visant à renforcer la synergie entre les différents secteurs pour mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec des enjeux de santé mentale.

La marginalisation historique de la santé mentale

Selon Pre Morgane Gabet, malgré ces avancées au Québec, la santé mentale demeure encore aujourd'hui en marge du système public de santé. La santé mentale a longtemps été perçue comme une responsabilité relevant du domaine privé, confiée à la charité, à la famille, aux institutions religieuses ou communautaires, plutôt que comme une mission de l'État ou du système public. Cette marginalisation historique s'est accompagnée d'une stigmatisation persistante, contribuant à une sous-reconnaissance sociale et politique des soins psychologiques, souvent relégués derrière les soins physiques. Au Québec, la santé mentale a longtemps occupé une place secondaire dans les politiques publiques. Ce retard est notamment visible dans la constatation que la couverture obligatoire des soins de santé physique n'a pas été étendue à la majorité des soins en santé mentale.

Encore aujourd'hui, les provinces et territoires canadiens ne sont pas tenus de garantir un financement équivalent pour les services en santé mentale, ce qui perpétue un sous-financement chronique et des listes d'attente prolongées pour les usagers.

Le portrait de la couverture des soins de santé mentale au Québec

Au Québec, tous les établissements publics de santé et de services sociaux offrent gratuitement des soins et des services en santé mentale dans les hôpitaux, les Centres locaux de services communautaires (CLSC) et les Groupes de médecine familiale (GMF). En parallèle, pour ceux qui détiennent une assurance privée, la couverture des services psychologiques varie selon les assureurs : certaines remboursent un nombre fixe de séances, d'autres un montant maximum par séance. Malheureusement, lorsqu'une personne souffre d'un problème de santé mentale, ce n'est souvent pas la nature ou la gravité du problème qui détermine le nombre de séances suivies, mais bien la générosité de la couverture offerte par son assurance.

Parmi les 9437 psychologues enregistrés auprès de l'Ordre des psychologues du Québec, 8397 sont actifs. De ceux-ci, 42 % travaillent exclusivement en pratique privée, 19 % combinent pratique privée et emploi salarié, 22 % œuvrent dans le réseau public de la santé et des services sociaux (RSSS), et 8 % en milieu scolaire. La psychologie clinique constitue le principal secteur de pratique, regroupant environ 69 % des psychologues.

Selon une consultation menée auprès de 730 psychologues en pratique privée, moins de 25 % de leur clientèle paie les services de leur poche, tandis que plus de 75 % obtiennent un remboursement partiel ou total des services psychologiques par une compagnie d'assurance. Moins du quart des clients reçoivent des services de psychothérapie couverts par un tiers payeur, comme le bureau d'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST), la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou le ministère des Anciens Combattants du Canada.

Selon cette même consultation, le coût d'une séance de psychothérapie se situe généralement entre 120 \$ et 180 \$, avec un taux horaire moyen de 132,64 \$ (médian de 130 \$)³. Près de 60 % des psychologues offrent une tarification modulée selon la situation financière du client. Quant à la durée moyenne de l'épisode de soins, une forte majorité des répondants indiquent que les suivis psychothérapeutiques s'échelonnent en moyenne entre 6 mois et 2 ans.

On voit donc ici que la situation du financement de la santé mentale au Québec est complexe. Certains soins ne sont offerts qu'au privé, d'autres au public, et le remboursement par le public est souvent dépendant de l'évènement qui a causé le problème de santé mentale. Par exemple, quelqu'un qui souffre d'un problème après un accident de voiture sera couvert par la SAAQ. Qu'est-ce qui cause ce casse-tête de financement de la santé mentale au Québec ?

³ Les résultats proviennent d'un sondage de 2023. Les résultats sont disponibles ici : <https://www.ordrepsy.qc.ca/web/ordre-des-psychologues-du-quebec/-/retour-sur-les-consultations-estivales>

Les facteurs endogènes et exogènes du (non-) financement des soins en santé mentale au Québec

Pre Morgane Gabet explique qu'il existe des facteurs endogènes et exogènes qui structurent le financement des soins en santé mentale au Québec. Du côté des facteurs endogènes, la nature des troubles psychologiques diffère de celle des troubles physiques en raison de leur chronicité et de la difficulté à les évaluer de manière objective.

Par ailleurs, la multiplicité des acteurs impliqués, comme les psychologues, les médecins et les organismes communautaires, ainsi que la diversité des modes de prestation, fragmente les parcours de soins et rendent leur financement plus difficile à structurer. Par exemple, 54 % des psychologues disent devoir encore faire face à des situations de crise comparables à celles vécues pendant la pandémie de COVID-19. L'ensemble de ces éléments contribue à complexifier la lisibilité et la stabilité des trajectoires de soins, ce qui freine l'implantation de modèles de financement mieux adaptés.

La succession de réformes, empilées les unes sur les autres, à l'image d'un mille-feuille administratif, rend le financement difficile à stabiliser dans le temps. À cela s'ajoutent des tensions entre l'approche institutionnelle et le développement de la santé mentale en communauté, qui tirent le système dans des directions parfois contradictoires. Finalement, la présence d'un financement privé dans le domaine de la santé mentale ajoute une couche de complexité. L'existence d'une offre privée, qui satisfait une partie de la population, affaiblit le plaidoyer pour un système public universel avec remboursement des soins psychologiques.

Les problèmes actuels du système de soins psychologiques

La multitude d'intervenants présents en santé mentale au Québec cause bien des problèmes, en particulier de l'ordre de l'accessibilité des services. Dre Christine Grou souligne d'ailleurs plusieurs enjeux préoccupants liés à l'accès aux services en santé mentale. Elle rappelle que le fardeau repose trop souvent sur les personnes qui demandent de l'aide : « il faut être en forme pour naviguer dans le système, ce qui en fait un véritable parcours du combattant ». Elle invite à une réflexion critique sur les critères d'exclusion en vigueur dans le réseau de la santé, surtout dans une société qui se veut inclusive. Elle dénonce également la lourdeur bureaucratique du système, et s'interroge sur la volonté réelle d'y investir en santé mentale. Enfin, elle appelle à penser autrement, à sortir des cadres traditionnels, à oser, et à injecter plus de rigueur, au-delà des considérations corporatives.

Dre Christine Grou aborde les défis du recrutement en psychologie et la collaboration interprofessionnelle avec les travailleurs sociaux. Elle souligne que ces derniers sont présents en première ligne dans les services, mais que peu d'entre eux détiennent un permis de psychothérapie. Du côté des psychologues, le recrutement demeure difficile, notamment en raison des conditions de pratique et des salaires peu attrayants dans le secteur public. Selon Dre Christine Grou, plusieurs facteurs expliquent l'attrition des psychologues dans le réseau public depuis les réformes. Parmi

ceux-ci, la difficulté de travailler avec des gestionnaires qui ne comprennent pas bien la nature de leur pratique constitue un frein important. Elle souligne également le manque d'occasions de développement professionnel et la perte d'autonomie liée à l'espace réservé au jugement clinique. Les gestionnaires sont eux-mêmes soumis à une pression liée aux indicateurs de performance et aux objectifs quantitatifs. Elle mentionne enfin une problématique interprofessionnelle, où la collaboration entre les professions n'est pas toujours optimale.

Finalement, un autre problème d'accessibilité aux soins de santé mentale est la tarification au privé. Le fait qu'aucun plafond tarifaire ne soit imposé en pratique privée soulève assurément des enjeux d'accessibilité, mais plutôt que d'imposer un tarif maximal, la Dre Grou suggère de renforcer l'attractivité du réseau public, qui offre des conditions sécurisantes à long terme et la stabilité d'un emploi salarié. En comparaison, le travail en privé implique de trouver sa propre clientèle et de gérer sa pratique comme une entreprise. Elle met également de l'avant le travail d'équipe comme un atout distinctif du secteur public.

L'économie politique des soins psychologiques

Ayant maintenant fait le portrait de la situation, pourquoi les soins en santé mentale sont-ils si difficiles à financer et à rendre accessibles ?

Selon la Pre Isabel Perera, la principale barrière au financement généreux et à l'accessibilité des soins en santé mentale réside dans la structure actuelle de l'économie politique. Cette notion désigne l'interaction entre l'État et le marché : la manière dont les gouvernements influencent l'économie, et comment le marché façonne à son tour les décisions politiques. Appliquée à la santé mentale, cette perspective permet de mieux comprendre les dynamiques de marché du secteur, ainsi que l'influence des facteurs politiques sur l'offre de soins.

Le marché de la santé mentale est particulièrement atypique. D'un côté, la clientèle, souvent composée de personnes vivant avec des troubles chroniques et sévères, a rarement les moyens de financer ses soins. En effet, les personnes en situation de handicap psychique peinent à intégrer le marché du travail, ce qui limite leurs revenus et leur capacité à assumer des frais privés. De l'autre, l'offre de soins est coûteuse : elle exige des interventions à long terme, souvent pluridisciplinaires, mobilisant beaucoup de personnel qualifié sur plusieurs mois, voire années. Cette combinaison, soit des soins coûteux et une clientèle à faibles revenus, rend indispensable le financement public.

Les données présentées par Pre Perera démontrent une forte corrélation entre les dépenses publiques et l'offre de soins en santé mentale, particulièrement les soins en établissement. Alors que les dépenses publiques n'expliquent qu'environ 6 % de l'offre en soins de santé généraux, elles prédisent près de 40 % de l'offre en soins psychiatriques hospitaliers. Le même lien s'observe aussi pour les soins communautaires. Ainsi, plus un pays investit dans la santé mentale, plus l'offre de soins, qu'elle soit hospitalière ou ambulatoire, est élevée.

Fait important : cette variation entre pays persiste malgré un effort global de désinstitutionnalisation depuis le 20^e siècle. Même si les patients sont aujourd'hui moins nombreux

à vivre dans des hôpitaux psychiatriques, les pays qui offrent encore un niveau élevé de soins en établissement sont souvent aussi ceux qui offrent les meilleurs services en communauté, comme les Pays-Bas, la Finlande et la France. Ce constat réfute l'idée qu'une réduction des soins hospitaliers mènerait automatiquement à une meilleure offre communautaire.

Alors pourquoi certains pays parviennent-ils à maintenir une bonne offre, tandis que d'autres peinent à répondre aux besoins ? La réponse, encore une fois, réside dans l'économie politique. En l'absence de clients puissants, c'est-à-dire de patients capables de se mobiliser politiquement, l'expansion du système repose largement sur les professionnels de la santé mentale. Ce sont eux qui, par leurs mobilisations et alliances, peuvent influencer les politiques publiques et contribuer à la mise en place de réformes durables.

Un autre enjeu est celui de la polarisation du marché, illustrée par le dilemme YAVIS (*Young, Attractive, Verbal, Intelligent, Successful*). Cette clientèle, souvent plus favorisée, peut se payer des services privés de psychothérapie, laissant croire que le marché se porte bien. Cette illusion complique la mobilisation politique pour un système universel, car elle masque les besoins criants des personnes vivant avec des troubles plus lourds, souvent sans voix dans le débat public.

Pour remédier à ces déséquilibres, Pre Perera suggère des stratégies de mobilisation du côté de l'offre. Les professionnels doivent jouer un rôle actif : proposer des mécanismes de financement concrets, former des coalitions, sensibiliser les décideurs et structurer un plaidoyer coordonné. Une telle approche pourrait permettre la construction d'un système de santé mentale plus équitable, plus stable et politiquement soutenable.

La prévention en santé mentale

Selon les trois intervenantes, la santé mentale nécessite une approche globale, ancrée dans la prévention, l'accessibilité et la qualité des services. Pourtant, contrairement à d'autres domaines de la santé, il est souvent plus difficile pour les décideurs de faire des liens clairs entre un problème spécifique et le traitement requis. Cette ambiguïté est renforcée par une faible littératie de la population à l'égard du système de santé, ce qui limite la capacité des citoyens à naviguer efficacement dans les services disponibles.

Il est essentiel de dépasser le cadre strict du traitement pour aborder les véritables enjeux de santé publique : les causes sous-jacentes des détresses psychologiques. Miser uniquement sur les soins curatifs ne permettra pas de résoudre durablement les problèmes de santé mentale.

Cela implique de soutenir des initiatives concrètes telles que :

- la promotion de l'autosoin dès le jeune âge ;
- la mise en œuvre de programmes de prévention dans les écoles ;
- le développement d'outils permettant aux individus de mieux comprendre et gérer leur santé mentale ;
- l'amélioration de l'accès aux soins ;

- et l'augmentation de la continuité des services, notamment pour les personnes neurodivergentes.

Parmi les pistes de solutions, les intervenantes ont souligné qu'il est urgent de reconnaître la prévention comme pilier fondamental, d'augmenter l'accès à la psychothérapie tout en s'assurant de la qualité des services offerts, et d'investir dans des approches systémiques qui outillent véritablement la population.

Les sociétés où l'accès aux services en santé mentale est meilleur sont aussi celles où la prévention est plus efficace. Les gens y consultent plus tôt, avant que les difficultés ne deviennent aiguës. Cela permet de traiter les problèmes à un stade moins avancé, d'en réduire l'impact et de prévenir leur aggravation. À l'inverse, dans les sociétés où l'accès est limité, les personnes hésitent à demander de l'aide, se disant qu'elles n'y auront pas accès. Résultat : les problèmes s'aggravent avant d'être pris en charge, ce qui complique les interventions et alourdit le fardeau collectif.

Répondre aux besoins primaires : un levier fondamental pour la santé mentale

Le logement, l'éducation, l'emploi et l'alimentation ne relèvent pas directement du domaine de la santé mentale, mais ils en constituent néanmoins des déterminants majeurs. Impossible de parler de prévention efficace sans considérer ces besoins de base. Lorsqu'ils ne sont pas comblés, le stress, l'insécurité et l'exclusion s'installent, compromettant le bien-être psychologique.

Penser la prévention en santé mentale, c'est donc élargir notre regard : elle ne se limite pas à des interventions cliniques. Elle passe aussi par la justice sociale, l'équité et des politiques publiques qui favorisent des milieux de vie dignes et inclusifs. Par exemple, dans les pays industrialisés, le développement de l'empathie à l'école est un acte fort de prévention. Apprendre à reconnaître ses émotions, à écouter l'autre, à coopérer plutôt qu'à performer : voilà aussi des actions concrètes de prévention en santé mentale.

Conclusion

En conclusion, les soins psychologiques au Québec doivent être reconnus comme un pilier essentiel du système de santé, notamment en raison des inégalités persistantes d'accès, du sous-financement chronique et de la place encore marginale qu'ils occupent dans les politiques publiques. Leur financement et leur accessibilité demeurent aujourd'hui limités par des obstacles structurels importants. D'une part, Pre Gabet souligne que les facteurs endogènes liés à la nature même des troubles psychologiques, souvent chroniques et difficiles à évaluer objectivement, compliquent leur prise en charge. D'autre part, les facteurs exogènes, tels que la succession de réformes fragmentées et la coexistence d'une offre privée partiellement satisfaisante, nuisent à la cohérence du système et affaiblissent les revendications pour un accès universel et équitable.

Dans ce contexte, l'analyse de la Pre Perera rappelle que ces difficultés s'ancrent dans la structure de l'économie politique, où l'interaction entre l'État et le marché influence directement l'organisation des soins. En l'absence de mobilisation citoyenne forte, ce sont les professionnels

de la santé mentale qui portent la responsabilité de faire avancer les politiques publiques. Leur engagement est crucial : ils doivent proposer des solutions concrètes de financement, établir des coalitions solides et formuler un plaidoyer coordonné pour bâtir un système plus juste et plus durable.

Cette transformation ne pourrait être complète selon les panélistes sans une véritable approche préventive. Il est impératif d'élargir notre conception de la santé mentale au-delà des interventions cliniques, pour inclure les déterminants sociaux, tels que le logement, l'alimentation, l'emploi ou l'éducation. Miser sur la prévention, c'est investir dans des politiques publiques ancrées dans la justice sociale et l'équité, qui permettent à chacun de vivre dans un environnement digne, inclusif et propice au bien-être psychologique.

Les soins dentaires

Table ronde : Comment assurer des soins dentaires accessibles et de qualité à l'aulne d'un nouveau programme fédéral.

Les panélistes :

- **Dr Paul Allison**, Faculté de médecine dentaire et des sciences de la santé buccodentaire, l'Université McGill.
- **Pre Emmanuelle Arpin**, Professeure au Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'Université de Montréal.
- **Dre Lilliane Malczewski**, Dentiste et présidente de l'Ordre des dentistes du Québec.

À l'animation :

- **Francesco Montani**, Professeur au Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'Université de Montréal.



Introduction : Organisation du système dentaire québécois et canadien

Au Québec comme ailleurs au Canada, les soins dentaires sont généralement exclus du panier de services de santé universels, comme a rappelé Pre Emmanuelle Arpin. Elle poursuit en précisant que cette exclusion est bien ancrée dans les politiques publiques qui encadrent le système de santé, reflétant une vision historique selon laquelle la santé buccodentaire relève de la responsabilité individuelle. Cette perspective a notamment été formulée dès les années 1960 par la Commission Hall. Bien qu'elle ait reconnu l'ampleur préoccupante des maladies dentaires au Canada, la commission a choisi de ne pas recommander l'intégration des soins dentaires au panier de services universels. Elle a plutôt proposé une couverture publique ciblée pour certaines populations vulnérabilisées, notamment les enfants, les femmes enceintes et les personnes bénéficiaires de l'assistance sociale (Marchildon, 2023). En outre, le gouvernement du Canada a plutôt favorisé des approches de promotion de la santé, telles que la fluoruration de l'eau ou l'éducation au brossage des dents.

La dépendance de trajectoire et la place prépondérante du financement privé pour les soins dentaires.

La théorie de dépendance de trajectoire telle qu'élaborée par Pierson (2000) explique que les choix passés influencent les choix futurs. Une fois en place, une politique est difficile à modifier en raison d'effets de rétroaction. Plusieurs mécanismes expliquent justement ces effets de rétroaction, soit les coûts techniques, politiques et normatifs contre le changement. Par exemple, l'instauration d'un nouveau programme social va créer des prestataires, et ces derniers voudront désormais défendre ce programme social. Le désengagement de ces programmes devient alors plus difficile face à l'opposition des bénéficiaires.

Par ailleurs, Pre Arpin explique que d'après l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les soins dentaires représentaient en 2022 environ 5 % des dépenses totales en santé au Canada. De cette proportion, 95 % provenaient de source privée, soit par des paiements directs ou des assurances privées. Selon l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, en 2023, environ 70 % de la population canadienne détenait une forme d'assurance privée, principalement pour les soins dentaires et les médicaments. Toutefois, ces assurances demeurent souvent partielles, impliquant des frais directs pour les patients. Ce fardeau financier notable constitue une barrière importante à l'accès aux soins, particulièrement pour les populations vulnérabilisées. De fait, selon Statistique Canada, environ 22 % de la population canadienne rapporte avoir évité des soins dentaires en raison des coûts.

Pour pallier cette exclusion du système universel, plusieurs programmes publics provinciaux et fédéraux ciblent certaines populations vulnérabilisées. Comme c'est souvent le cas dans le contexte du fédéralisme canadien, les couvertures provinciales en matière de soins dentaires varient considérablement d'une province à l'autre, notamment selon la population couverte, les services inclus, les montants couverts et les modalités de paiement. Toutefois, ces programmes exigent généralement que les soins soient dispensés par des dentistes inscrits au régime public, ce qui peut limiter l'accès réel.

Il existe un petit nombre de dentistes qui ont des contrats avec la RAMQ, qui sont donc des employés de l'État, mais ces derniers sont très rares. Leurs contrats, c'est-à-dire leurs salaires et frais, sont négociés entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec et la RAMQ, et ont des conditions très variables entre les praticiens.

Enfin, un nouveau programme fédéral a été lancé en 2022 par le gouvernement Justin Trudeau (Parti Libéral du Canada, PLC) pour offrir une couverture dentaire aux populations les plus vulnérabilisées. Cette initiative découle de l'entente entre le NPD et le PLC, conclue en mars 2022. Lors de son annonce dans le budget fédéral de 2023, le Régime canadien de soins dentaires a reçu un investissement initial de 13 milliards de dollars sur cinq ans, à compter de 2023-2024, suivi d'un financement annuel récurrent de 4,4 milliards de dollars par la suite pour soutenir son fonctionnement à long terme. Avant la mise en place du programme dentaire fédéral, le Canada figurait parmi les pays de l'OCDE offrant le moins de soins dentaires publics. Bien qu'il représente un pas vers une approche plus équitable, ce programme demeure non universel, puisque l'accès dépend du revenu et d'autres caractéristiques sociales. De plus, contrairement à une approche centralisée où les dentistes seraient des employés de l'État, aucun dentiste n'est embauché par le fédéral dans le cadre du programme, et ce dernier rembourse plutôt les dentistes existants pour les soins offerts. Ainsi, la réussite du programme dépend de la participation volontaire des dentistes au régime public, ce qui constitue un autre enjeu d'accessibilité.

Pouvoir de dépenser du fédéral vs responsabilité provinciale en santé

Le projet d'assurance dentaire fédéral soulève plusieurs défis. D'une part, le fédéralisme canadien complique l'instauration de nouvelles politiques en santé. Effectivement, certaines provinces auraient préféré recevoir des fonds via le transfert en santé plutôt que de participer au programme dentaire fédéral, arguant que leurs priorités sont ailleurs. De plus, plusieurs provinces ont déjà leurs propres régimes de soins dentaires, rendant l'harmonisation complexe. Certaines envisagent de se retirer du programme fédéral, comme l'Alberta et le Québec, tandis que d'autres dénoncent des allocations moindres, puisqu'elles offrent déjà des régimes provinciaux généreux, comme la Nouvelle-Écosse (Lamoureux, 2024 ; Osman, 2023). Au Québec, seulement 15 % des dentistes ont adhéré au programme fédéral en 2024, jugeant les montants trop faibles et les délais de paiement trop longs. Cela crée un déséquilibre : les dentistes favorisent les patients assurés au privé, souvent plus rentables, laissant les patients publics, souvent les plus vulnérables, de côté. Comme la santé relève des compétences provinciales, un programme fédéral a du mal à imposer des normes aux professionnels régis par le droit provincial, malgré le pouvoir fédéral de dépenser.

Le rôle du système public dans les soins dentaires

L'opinion publique semble de plus en plus favorable à une implication accrue de l'État dans les soins dentaires, en écho à un besoin clinique manifeste et à une forte demande populationnelle. En effet, comme mentionné ci-haut, beaucoup de Canadiens évitent encore les soins dentaires pour des raisons de coût, révélant un écart persistant entre l'offre et les besoins réels.

Dre. Liliane Malczewski, présidente de l'Ordre des dentistes du Québec, prit la parole pour discuter du rôle du public dans les soins dentaires. Le secteur privé, bien qu'il puisse s'avérer efficace pour desservir une grande partie de la population, ne parvient pas à rejoindre adéquatement les personnes marginalisées, notamment en raison de considérations économiques et structurelles. En effet, les personnes vulnérabilisées ont généralement plus de maladies, de besoins particuliers et de contraintes les rendant moins rentables qu'un client en santé dans un contexte de soins privés. De fait, ces patients prennent généralement plus de temps à soigner. Cela vient s'ajouter à la liste de freins à l'accès aux soins pour cette population. Elle est donc d'avis qu'il devrait être du ressort du régime public d'assurer les soins à ces personnes vulnérabilisées.

Dans ce contexte, plusieurs voix appellent à un renforcement du rôle public dans le domaine dentaire. Cependant, comme l'a souligné le Dr Paul Allison, il faut prendre garde à ne pas adopter une opposition systématique au privé. Il faut plutôt rechercher un équilibre entre le public et le privé pour un système garantissant l'équité d'accès à la santé buccodentaire tout en offrant une qualité des soins.

Pre. Arpin explique que le nouveau régime fédéral lancé en 2022 illustre cette volonté d'élargir la portée publique dans l'offre de soins dentaires. Bien que ce programme soit non universel et conditionné au revenu, il présente tout de même des avantages significatifs, notamment en tentant de réduire certaines frictions administratives. Par exemple, les procédures d'adhésion au programme et de réclamation sont relativement simples. En effet, une lettre est automatiquement envoyée aux personnes admissibles au programme pour que celles-ci puissent rapidement bénéficier de cette couverture. Toutefois, des défis persistent, puisqu'il faut avoir une adresse fixe

et avoir produit une déclaration de revenus pour recevoir cette lettre, ce qui exclut certaines personnes précaires. De plus, un patient éligible doit tout de même trouver un dentiste participant au programme.

En effet, la participation des dentistes au régime fédéral demeure un enjeu crucial. L'adhésion des professionnels se fait sur une base volontaire, ce qui peut restreindre l'offre dans certaines régions. De plus, la coordination avec les programmes provinciaux, déjà existants, mais disparates, et celui fédéral, pose la question de la hiérarchie entre régimes, puisque chaque province applique des règles différentes sur la priorité des couvertures. Ce manque d'harmonisation soulève des défis pour les usagers et les professionnels, appelant à une meilleure intégration des niveaux de gouvernance.

Enfin, la question de l'accès géographique aux soins est centrale. De fait, Dre. Malczewski estime que moins de 10 % des dentistes pratiquent en région éloignée, alors que d'autres ressources, comme les hygiénistes dentaires sont plus présentes dans ces milieux. Des solutions comme une meilleure répartition de la main-d'œuvre ou l'intégration d'autres professionnels de la santé dans la prestation de soins de base sont évoquées. Cependant, il est souligné que les mécanismes existants de répartition de la main-d'œuvre, comme les Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) appliqués chez les médecins au Québec, sont souvent impopulaires et suscitent d'importantes controverses.

Enfin, Dre Malczewski a présenté deux modèles internationaux de financement des soins dentaires : le modèle suédois, entièrement public, et le modèle français, de type hybride, où 70 % des soins de base sont couverts par l'État, le reste étant assumé par des assurances privées complémentaires. Elle a suggéré qu'il pourrait être pertinent d'étudier d'autres modèles de succès afin d'évaluer lequel serait le plus adapté à reproduire au Québec.

La place du privé dans les soins dentaires

Bien que le secteur privé occupe une place centrale dans l'organisation actuelle des soins dentaires, il présente des limites structurelles importantes en matière d'équité. Pour contrer ce phénomène, Dre Malczewski propose de mettre en place des tarifs qui seraient octroyés aux dentistes prenant en charge des patients plus vulnérables. Ces montants seraient établis en fonction de la complexité des cas, puisqu'effectivement, un patient plus vulnérabilisé demande plus de temps de soins au praticien, et sont souvent peu ou pas rentables. Elle rappelle également qu'il existe plusieurs types de populations vulnérabilisées, par exemple les personnes en perte de mobilité, neurodivergentes ou autochtones. Ce groupe, représentant 10 % de la population selon Dre Malczewski, tombe trop souvent entre les mailles du filet de soins.

Le libre marché permet toutefois une certaine adaptabilité et favorise l'émergence d'initiatives novatrices, notamment à travers des cliniques à vocation sociale ou le déploiement de services mobiles. Ces initiatives peuvent cibler les populations les plus vulnérables. Parmi elles, on retrouve le programme Bouche B de l'Ordre des dentistes du Québec, qui déploie des hygiénistes et des dentistes en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) afin d'offrir des soins buccodentaires quotidiens aux résidents (Fondation de l'Ordre des dentistes du Québec, 2025). Les services de soins dentaires mobiles visent les personnes qui ne peuvent se

déplacer en clinique. Si le modèle traditionnel, où tous les patients se rendent au cabinet du dentiste, fonctionne bien pour la majorité, il ne convient pas à une partie de la population plus isolée ou vulnérable. Enfin, la clinique Sourires solidaires propose un modèle hybride basé sur l'économie sociale : les patients qui en ont les moyens paient tandis que ceux qui ne peuvent pas sont pris en charge gratuitement (Sourires solidaires, 2025). Grâce à un important travail de financement communautaire, ce modèle durable fonctionne bien et permet de soigner un grand nombre de patients.

Les 5300 dentistes exerçant actuellement au Québec répondent généralement bien aux besoins de leur patientèle, qui en est largement satisfaite, affirme Dre Malczewski. Cette réalité doit être prise en considération dans la réflexion entourant l'évolution du système de soins dentaires. Par exemple, il apparaît peu réaliste d'imaginer que l'ensemble de ces professionnels devienne soudainement salarié de l'État dans le cadre d'une réforme axée sur une expansion du secteur public. Une telle transition impliquerait des coûts considérables et une transformation majeure du modèle actuel. Il faut plutôt mettre à contribution ce réseau existant déjà efficient et encourager ces dentistes à prendre en charge des patients vulnérabilisés. Elle estime que cela pourrait être une solution pour atteindre une symbiose entre le public et le privé pour les soins dentaires.

Cependant, la logique de marché atteint rapidement ses limites, précise Dr. Allison. En pratique, on observe une concentration disproportionnée de dentistes dans les quartiers aisés. Par exemple, une grande concentration des cliniques se retrouve entre Westmount et Outremont, qui sont des quartiers aisés à Montréal, alors que les secteurs moins nantis, où les besoins sont pourtant criants, sont moins bien desservis. Les soins dentaires, au-delà de leur dimension clinique, relèvent aussi d'un modèle d'affaires. Cette réalité montre la nécessité de renforcer le rôle du secteur public afin d'assurer une couverture suffisante pour les populations les plus vulnérabilisées, qui cumulent les barrières et présentent une charge de morbidité plus élevée.

Enfin, Dre Malczewski souligne que de nombreux dentistes œuvrant dans le secteur privé consacrent bénévolement du temps pour soigner des personnes vulnérabilisées. Animés par un profond sens du devoir social, ces professionnels contribuent à répondre, en partie, aux besoins non comblés. Toutefois, ce modèle fondé sur le bénévolat demeure limité et difficilement soutenable à long terme. Miser uniquement sur l'engagement individuel des praticiens ne peut constituer une réponse structurelle aux inégalités d'accès. Si le secteur privé a un rôle à jouer, il est impératif de renforcer sa complémentarité avec un secteur public plus solide, afin d'assurer un accès équitable et universel aux soins buccodentaires.

Le rôle de la prévention dans les soins dentaires

Malgré son rôle crucial, la prévention demeure trop souvent négligée dans les politiques de santé buccodentaire au Canada et au Québec. Or, la santé dentaire est fondamentalement de nature préventive : les maladies buccodentaires, notamment la carie et les maladies parodontales, peuvent être largement évitées par des gestes simples, comme une bonne hygiène buccale, une alimentation faible en sucre et un suivi régulier.

L'un des enjeux majeurs réside dans le rôle diffus de la promotion de la santé. Qui en est responsable ? Comme mentionné, nos systèmes de santé sont plutôt des systèmes de maladie où la prévention reste souvent cantonnée à la marge, mal financée, et peu valorisée dans les modes de rémunération. Dans un modèle de soins majoritairement privé, il est difficile d'inciter les professionnels à consacrer du temps à des activités non rémunérées essentielles à la mission de prévention, comme l'éducation, le repérage social ou l'intervention précoce. Même les cliniques ayant une mission sociale, comme Sourires solidaires, doivent composer avec le fait que la prévention n'est que partiellement, voire pas du tout, couverte par les assureurs publics et privés.

Par ailleurs, la prévention dentaire implique une compréhension large des déterminants sociaux de la santé. Dre. Malczewski souligne l'enjeu de la forte consommation de sucre, largement présente dans les aliments ultra-transformés, qui occupent à eux seuls le tiers du volume total des achats alimentaires selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2023), est directement liée à la carie dentaire. Or, cette dernière constitue un bon indicateur du risque de développer d'autres maladies non transmissibles. Selon le Dr. Allison, une solution qu'il faudrait absolument mettre en place dans une optique de prévention de la carie est une stratégie nationale de lutte contre le sucre, similaire à celle déployée au Québec pour le tabac.

Autrement dit, Dre. Malczewski avance que l'état de la bouche est un indicateur précoce de déséquilibres sociaux plus profonds, notamment en matière de pauvreté et de nutrition. Ainsi, un enfant avec plusieurs caries peut signaler un environnement familial en difficulté, où l'accès à des aliments sains ou à des soins de base est limité. Une véritable approche préventive doit donc aller au-delà de l'éducation individuelle pour transformer les environnements sociaux et économiques dans lesquels ces comportements prennent racine.

Un autre enjeu relatif à la prévention de la santé buccodentaire rapporté par Dre. Malczewski est celui du vieillissement de la population. De fait, il est essentiel de réfléchir dès aujourd'hui à la manière dont la santé buccodentaire des aînés sera soutenue dans ce contexte. Autrefois, de nombreux aînés portaient des dentiers, ce qui limitait les besoins de suivi dentaire. Or, les tendances ont évolué, et les gens conservent davantage leurs dents naturelles. Les personnes âgées ont ainsi de plus en plus recours à des soins, comme les couronnes ou les implants, et ces traitements ont une durée de vie limitée. Ces derniers nécessitent donc des remplacements ou des suivis réguliers. Comment assurer ces suivis auprès de personnes qui vivent avec une perte d'autonomie ou un déclin cognitif ? De plus, le besoin sera important considérant le vieillissement de la population. Il est impératif qu'une planification soit établie considérant les ressources, les services et les structures nécessaires pour répondre à cette réalité.

Pour être efficace, la prévention nécessite aussi une réorganisation du travail dans les milieux cliniques. Il ne s'agit pas uniquement de visiter le dentiste une fois par an, mais d'impliquer d'autres professionnels, comme les hygiénistes dentaires, les infirmières ou même les travailleurs sociaux, dans une logique interdisciplinaire. Ces approches permettent d'agir plus en amont et plus près des milieux de vie. Toutefois, leur mise en œuvre exige une reconnaissance institutionnelle, un financement adéquat, et surtout, un changement de paradigme.

En somme, la prévention dentaire constitue un levier incontournable pour réduire les inégalités de santé. À condition d'en faire une priorité réelle, elle peut contribuer à transformer le système buccodentaire actuel, trop souvent curatif, en un système véritablement centré sur la santé.

Conclusion

L'organisation actuelle des soins dentaires au Québec et au Canada repose sur une prédominance du privé, entraînant d'importantes inégalités d'accès, particulièrement pour les populations vulnérabilisées. Si le nouveau programme fédéral marque un pas vers une plus grande équité, il demeure limité par son caractère non universel et les tensions entre les gouvernements provinciaux et fédéral qu'il suscite. Dans ce contexte, il devient impératif de mieux arrimer les efforts publics et privés, d'intégrer les principes d'équité dans la formation et la pratique professionnelle, et de miser sur la prévention comme pilier central de la santé buccodentaire. Pour transformer durablement le système, il faut dépasser les approches curatives et adopter une vision de santé publique inclusive, axée sur la prévention.

Les avantages et les inconvénients du financement et de la prestation de soins privés

Table ronde : Les avantages et les inconvénients du financement et de la prestation de soins privés.

Les panélistes :

- **François Béland**, Professeur émérite au Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'Université de Montréal.
- **Isabelle Leblanc**, Médecin et présidente de Médecins Québécois pour le réseau public.
- **Michel Poitevin**, Professeur au Département de sciences économiques de l'Université de Montréal.
- **Hugo Viens**, Chirurgien orthopédiste.

À l'animation :

- **Roxane Borgès da Silva**, Professeure au Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'Université de Montréal.



La première question de la table ronde fut adressée à Pr François Béland : devrait-on augmenter le financement public, privé ou les deux en santé ?⁴

Pr Béland a présenté deux perspectives concernant l'augmentation ou non de la privatisation en santé :

- Perspective sociale
 - La santé et les soins et un accès universel sont-ils une priorité dans la société ?
- Perspective gouvernementale
 - La santé est une part importante des dépenses des gouvernements. Est-ce que l'augmentation de la part du privé en santé permettrait de réduire le budget gouvernemental en santé ?

Pr Béland précisa que le débat sur l'apport du privé en santé date de très loin, en citant *La loi inverse des soins de santé* parut dans le Lancet dans les années 70 et toujours d'actualité aujourd'hui.

⁴ Une liste de lecture proposée par Pr Béland sur le financement des systèmes de santé se retrouve dans la section *Référence*.

Qu'est-ce que la *Loi inverse des soins de santé* ?^{5,6}

« The availability of good medical care tends to vary with the need for it in the population served. This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so where such exposure is reduced. »

La disponibilité de soins de qualité varie inversement aux besoins de la population. Cette loi s'amplifie dès que la santé est soumise aux lois du marché et à la privatisation et diminue lorsqu'on réduit la présence du marché dans un système de santé. Les plus vulnérables trouvent alors un accès réduit, tandis que ceux qui en tirent le plus de bénéfices captent les avantages.

Les avantages et les désavantages de la privatisation

Pr Béland continua en parlant des avantages et des désavantages de la privatisation en santé. Les désavantages de l'augmentation du privé en santé sont la diminution de l'accès aux soins pour les plus vulnérabilisés, l'augmentation de l'iniquité en santé et l'augmentation de l'hétérogénéité de la qualité des soins. Une conséquence, plus cachée, est l'impact sur la trajectoire historique de l'augmentation du privé en santé. En effet, une fois implanté, il est difficile de sortir le privé du système de santé.

La dépendance de trajectoire et l'implantation du privé en santé

Dans son ouvrage phare de 1998, Hacker⁷ montre que les décisions politiques du passé créent un effet de rétroaction sur les nouvelles politiques. Une fois un choix fait, comme introduire plus de privé dans un système de santé, par exemple, il devient très difficile de retirer ces options. Le secteur privé se développe, des acteurs bénéficient de l'ajout du privé et modifie les attentes sociales face au système de santé. Il devient donc difficile d'un point de vue politique et organisationnel de diminuer ou retirer le secteur privé, car une certaine partie de la population bénéficie de l'apport du privé dans le système de santé.

Pour plusieurs, , les avantages sont nombreux pour l'augmentation du privé dans le système de santé québécois. En effet, une plus grande présence du privé entraîne une augmentation de la concurrence, ce qui pourrait mener à des gains d'efficacité. Une augmentation dans l'offre d'assurances privées et de prestataires de soins mène à une augmentation des choix et de liberté individuelle. Finalement, la concurrence et la privatisation en santé sont souvent associées à une augmentation de l'innovation et à l'utilisation de méthodes à la fine pointe de la technologie, afin d'augmenter l'efficacité, mais aussi pour offrir des soins différents de ceux des concurrents.

⁵ Hart (1971). The Inverse Care Law. The Lancet. 1971;297(7696):405-12. doi [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X).

⁶ The Lancet. (2021). 50 years of the inverse care law. The Lancet 397 (10,276): 767.

⁷ Hacker (1998). The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U.S. Medical Policy. Studies in American Political Development. 1998;12(1):57-130. doi 10.1017/S0898588X98001308.

En revanche, citant de nombreuses études provenant de plusieurs pays, dont les Pays-Bas, Pr Béland souligne que, même dans une augmentation de la privatisation du système de santé, il est nécessaire d'avoir une forte régulation par l'État. Par exemple, aux États-Unis, l'État assure 40 % à 60 % du financement, directement par certains programmes, comme Medicare ou indirectement via le financement d'assurances privées, et ce, malgré le fait que le système de santé américain soit un système privé.

Finalement, il ne faut pas oublier que l'un des rôles centraux du système de santé universel est la redistribution des ressources des plus riches vers les plus pauvres. En augmentant la place du privé en santé, cela diminuerait la redistribution des ressources et augmenterait l'iniquité dans la société. Les plus pauvres seraient donc doublement pénalisés par une augmentation du financement privé de la santé, car les soins coûteraient plus cher et ils recevraient une redistribution moindre.

Pr Béland termina sa présentation en posant trois questions fondamentales devant orienter les discussions présentes et futures sur le financement du système de santé et l'augmentation de la présence du privé ou non :

1. La privatisation du financement et de la prestation des soins améliore-t-elle réellement la santé des populations ?
2. L'entrepreneur privé peut-il concilier ses objectifs de plan d'affaires avec les buts d'un système de santé public ?
3. Quel rôle joue l'information (coûts, procédures, résultats) dans l'équilibre entre le marché et la santé ?

Pr Michel Poitevin souligna ensuite qu'une des particularités de la santé est les risques, qu'il catégorisa en deux : les petits risques et les grands risques. Les « petits risques », comme une otite, peuvent facilement être couverts par des assurances privées. Cependant, quand on passe aux maladies chroniques, ou les « grands risques », il devient difficile d'assurer sans marché public, d'où le rôle du gouvernement. Il amène aussi le concept de droit à la santé, où tous devraient avoir accès aux soins de santé, peu importe leurs conditions financières. Il rappelle cependant que le fait de rendre l'ensemble des soins gratuits pour tous bénéficierait proportionnellement plus aux riches qu'aux plus pauvres, car les riches auraient pu se permettre de payer ces soins à leur frais.

Finalement, Pr Poitevin conclut que les dépenses en santé, qui augmentent sans fin, ont un impact direct sur le budget alloué à la maintenance des infrastructures publiques. Par exemple, il est possible de couper dans les dépenses aux infrastructures pour plus financer en santé. Certains partenariats public-privé, bien conçus, pourraient aider à soutenir le financement continu des infrastructures, y compris en santé.

La prochaine intervention fut celle du Dr Hugo Viens. Il rappelle qu'il faut distinguer la couverture du système de santé de deux manières : la largeur et la profondeur du panier de services. La largeur correspond au nombre de personnes couvertes par le système public. Au Québec, le

panier est très large, car le système public de soins couvre tous les citoyens. La profondeur du panier représente les actes médicaux couverts par le système de soins.

Un système universel ne peut pas avoir une largeur infinie, c'est-à-dire couvrir tous les types de soins médicaux, précise le Dr Viens. La profondeur, elle, fait référence à l'étendue de la couverture financière pour les soins qui sont inclus. C'est là que le privé intervient. Cela dit, au fil des dernières années, les cliniques de médecine spécialisée (CMS) se sont développées comme un système parallèle, reflétant les limites du système public à offrir un accès universel à certains soins nécessaires. Dr Viens mentionne que l'innovation est beaucoup plus facile à mettre en place dans ces cliniques privées vu l'absence de la bureaucratie du système de santé. À contrario, la Dre Isabelle Leblanc souligne que ces cliniques privées privent le système public de médecins et aggravent les difficultés d'accès pour ceux dont les soins sont exclus ou différés.

Pour réconcilier efficacité de gestion et principes d'équité, Dr Viens suggère d'autoriser la prestation privée de ces chirurgies et de permettre le remboursement par le système public en utilisant un modèle contractuel, modèle qui existe déjà et commence à se répandre tranquillement au Québec. En contrepartie, Dre Leblanc souligna les problèmes de cette approche, qui mène à un écrémage de la clientèle : les cas les plus légers sont vus au privé, alors que les cas les plus lourds sont redirigés vers le public, ce qui peut augmenter encore plus l'iniquité d'accès aux soins de santé. D'ailleurs, Pr. Poitevin le mentionne à quelques reprises : les assureurs et les entrepreneurs privés se retireront du marché pour les cas les plus lourds où les interventions médicales qui ne peuvent pas être rentables financièrement.

Dre Leblanc intervient sur les propos de Pr. Poitevin et Dr Viens et comment intégrer le privé au système public. Elle conteste la privatisation même de la santé : les soins de santé sont-ils vraiment un bien de consommation qu'on doit soumettre aux lois du marché ? Pourquoi passer à un système assurantiel, qui a lui-même ses restrictions et ses limites ? Dre Leblanc souligne aussi qu'au Québec et au Canada, la prestation des soins en première ligne est déjà majoritairement privée : les médecins pratiquent selon leurs préférences et envoient une facture au gouvernement à fins de remboursement. Elle déplore d'ailleurs la commercialisation déjà existante des soins primaires, où certains GMF sont détenus par des entités à but lucratif et ferment boutique si la clinique n'est pas rentable. Cette gestion privée des soins primaires a très peu d'imputabilité, en partie due au mode de rémunération à l'acte en vigueur au Québec. En revanche, Dr Viens souligna le mammoth qu'est le système de santé, en précisant que les médecins au public n'ont aucun incitatif à contrôler les dépenses, alors qu'au privé, les revenus des médecins et des cliniques sont directement reliés aux actions des médecins, ce qui les incite à surveiller les dépenses et à être plus innovateurs afin d'être plus compétitifs.

Pr Poitevin pousse la réflexion du rôle du privé en santé en se tournant vers la dentisterie, principalement pratiquée au privé : si les soins dentaires sont rendus plus accessibles, en les rendant gratuits, par exemple, sera-t-il plus difficile d'obtenir des soins rapidement, comme dans le système de santé actuel ? Il espère que le système de soins dentaires ne se complexifiera pas en lui donnant plus d'accès. Dre Leblanc souligne qu'une grande partie de sa patientèle n'a pas les moyens

d'obtenir des soins dentaires. Pr. Poitevin ajoute qu'il faut pousser la réflexion pour trouver des moyens d'augmenter l'accessibilité sans compliquer et alourdir le système.

Pr Béland décrit une « privatisation douce » qui se déploie en deux étapes. D'abord, adapter les lois pour ouvrir le champ à l'acteur privé. Ensuite, mettre en place une véritable offre de prestation privée. Il se demande si cette dynamique ne finira pas par créer un marché suffisamment puissant pour lever des capitaux et construire, puis exploiter, des hôpitaux privés. Il précise qu'en affaires, il faut que l'argent investi génère des profits. C'est donc un changement des objectifs du système de santé : on passe d'améliorer la santé des populations à un but qu'il faut « couvrir » et rentabiliser ses investissements.

L'exemple australien illustre ce changement : les compagnies d'assurance hospitalière financent des établissements privés, tout en réclamant des subventions étatiques pour stabiliser leurs bilans. La question se pose : jusqu'où et selon quel modèle faut-il privatiser ? Dr Viens rappelle que, face à un assureur privé, l'État peut moduler et offrir des contrats de construction et d'exploitation à des promoteurs. Cependant, dans les dernières années, aucune entreprise n'accepte ces offres sans garantie publique, faute de rentabilité immédiate.

Dre Leblanc veut le souligner : il faut aussi penser à ce qu'un système de santé public pourrait devenir. Comment serait-il possible d'améliorer le système de santé ? Est-ce que la seule manière d'améliorer le système de santé est en laissant plus de place au secteur privé ?

La dernière question du panel est ensuite posée par Pre Borgès Da Silva : quels sont les moyens pour augmenter l'offre de services dans le système québécois ?

Les quatre intervenants remettent en question la proposition de l'animatrice. Selon Dr Viens, l'offre de soins médicaux est déjà très grande au Québec et les Québécois sont très exigeants et demandent toujours plus de soins et d'interventions médicales. Pr Poitevin souligne que l'offre des soins est inégale parmi les différentes clientèles et qu'il faut surtout trouver comment répartir les ressources de manière plus équitable, sans nécessairement augmenter l'offre de services.

Dre Leblanc souligne que l'un des grands problèmes d'accessibilité est dû à l'attente aux soins secondaires et aux spécialistes. Elle mentionne qu'il ne faut pas augmenter l'offre de services offerts par les médecins. Selon elle, c'est surtout l'accès à des professionnels de la santé qui ne sont pas médecins, comme des physiothérapeutes, que l'on doit augmenter, ce qui permettrait de rendre les médecins en première ligne plus accessible.

Finalement, Pr Béland abonde dans le même sens que les trois autres intervenants : l'offre de services ne doit pas être augmentée. Il faut surtout augmenter la fluidité du système, diminuer les silos de financement et adapter les soins à la clientèle. Par exemple, les personnes âgées n'ont pas les mêmes besoins que les jeunes. Pr Béland conclut en disant que 1 % des patients consomment 20 % des soins, mais que ce 1 % varie à travers les années ; quelqu'un peut être très en santé une année, mais malade l'année suivante.

Conclusion

Le débat sur les avantages et inconvénients du privé en santé révèle une tension fondamentale entre efficacité économique et équité sociale. Les interventions des experts soulignent que, bien que le secteur privé puisse offrir des gains d'innovation et de performance, son expansion risque d'aggraver l'iniquité d'accès et de compromettre la fonction redistributive du système public. Les motivations économiques du domaine privé pourraient mener au désengagement des cliniques privées face aux cas les plus complexes. Le défi est donc de garantir un encadrement rigoureux par l'État afin de maintenir le système universel.

Conclusion du 4^e Colloque Jean-Yves-Rivard

Le débat sur la place du privé en santé ne s'arrêtera pas de sitôt. Depuis la création du système de santé universel au Canada et au Québec, qui devrait payer, qui offre les soins remboursés et qui en bénéficie sont des questions au cœur même du débat public.

En ouverture de journée, Pre. Maioni a partagé plusieurs réflexions essentielles sur la place du secteur privé au Québec, dont les échos ont résonné tout au long des échanges du Colloque Jean-Yves-Rivard. Le secteur privé occupe une place particulière dans le système de santé québécois par rapport aux autres provinces, illustrant une fois de plus la singularité du Québec au sein de la fédération canadienne. L'une des spécificités québécoises est la facilité avec laquelle les médecins peuvent passer du privé au public et vice-versa, situation impossible dans les autres provinces. De plus, le jugement Chaoulli et le recours à des assurances privées pour certains traitements ont accru la visibilité du secteur privé en santé au Québec, bien qu'il ne représente encore qu'une faible part des soins. Ces éléments contribuent progressivement à normaliser sa présence, surtout dans un contexte de baisse marquée de la satisfaction envers le système de santé public québécois. Pr. Jacques l'a bien montré avec les résultats des sondages : le soutien des Québécois envers le privé en santé est plus grand que celui dans l'ensemble de la fédération canadienne.

Le Québec fait donc face à un moment charnière quant à la place du privé en santé. L'influence de la social-démocratie, le rôle du nationalisme québécois, les compromis entre l'État et les médecins, ainsi que les contraintes du fédéralisme fiscal ont contribué à établir un modèle original de soins de santé, fondé sur la pratique privée et le financement public. Une fois certaines décisions prises, comme le compromis entre pratique privée et financement public, ou la distribution des compétences entre le gouvernement fédéral et les provinces, les options futures sont limitées et les réformes potentielles sont orientées vers certaines directions. Comprendre cette dynamique historique permet non seulement d'expliquer les limites actuelles du système, mais aussi d'éclairer les pistes de réformes à envisager dans un cadre institutionnel qui continue de peser lourdement sur les décisions politiques possibles.

Comme l'ont montré les différents intervenants, le secteur privé est déjà présent dans plusieurs domaines du système de santé au Québec, et est même normalisé dans plusieurs disciplines, comme la dentisterie. Cependant, la proportion de la dépense totale de santé assumée par le privé se maintient autour de 30% au Québec et au Canada, quoiqu'elle pourrait augmenter sans intervention gouvernementale. Si la société veut maintenir un système de santé universel accessible à tous, il faudra prendre des mesures dès maintenant. Une fois le privé installé en santé, il est difficile de l'en déloger.

Plusieurs questions, soulignées par les intervenants, demeurent à la suite de cette journée de discussion sur la place du privé en santé au Québec. La multiplication des acteurs en santé et l'augmentation de l'offre de services privés doit-elle être encadrée? Comment s'assurer que tous les reçoivent les soins pertinents dont ils ont besoin? Comment s'assurer du financement approprié

des systèmes de santé sans négliger les infrastructures, l'éducation et les autres missions de l'État? Quels mécanismes de régulation doivent être mis en place pour encadrer le privé en santé?

L'augmentation de la présence du secteur privé en santé génère des bénéfices pour certains groupes, ce qui contribue à l'intérêt croissant qu'il suscite. Mais la majorité des intervenants l'ont mentionné au cours de la journée : les personnes en situation de vulnérabilité, dont ceux vivant sous le seuil de pauvreté, les personnes âgées, et les enfants, sont ceux qui souffriront le plus d'une augmentation de la place du privé en santé. À la lumière des discussions sur l'organisation du système de santé québécois et de son évolution historique, une question centrale émerge : dans quelle mesure ce système répond-il aux besoins des populations vulnérabilisées ?

En conclusion, il faut, en tant que citoyens, chercheurs et société, définir les cadres clairs de la place du privé en santé afin de préserver l'accessibilité, la qualité et la viabilité du système de santé, pour s'assurer que tous bénéficieront de manière équitable du système de santé québécois.

Références

Association médicale canadienne (AMC). *Soins de santé publics et privés au Canada : Que révèlent les données probantes?*. Ottawa : L'Association; 2024 juin. Accessible ici : <https://digitallibrary.cma.ca/link/infotheque125> (consulté le 14 juill. 2025).

Association médicale canadienne (AMC). *Les soins de santé publics-privés : Pouvons-nous trouver le bon équilibre?*. Ottawa : L'Association; 2024 juin. Accessible ici : <https://digitallibrary.cma.ca/link/infotheque126> (consulté le 14 juill. 2025).

Association médicale canadienne (AMC). *Compte rendu des discussions : conversation nationale sur les soins de santé publics et privés au Canada*. Ottawa : L'Association; 2024 juin. Accessible ici : <https://digitallibrary.cma.ca/link/infotheque128> (consulté le 14 juill. 2025).

Duckett, S and Nemet, K. (2019). The history and purposes of private health insurance. Grattan Institute.

Duckett S. Commentary: Fixing Fraying? A Response to Milinkovic and Hurley. *Healthc Policy*. 2025;20(2):41-3. doi 10.12927/hcpol.2025.27562.

Evans R (2016), User fees for health care: Why a bad idea keeps coming back (or what's health got to do with it?)_Barer M & Stoddart G, An undisciplined economist: Robert G. Evans, McGill-Queen's University Press, Montréal & Kingston.

Fondation de l'Ordre des dentistes du Québec. (2025). *Initiatives pro bono*. Consulté le 23 juillet 2025, sur <https://fodq.ca/initiative-pro-bono>.

Gruber J. Financing Health Care Delivery. *Annual Review of Financial Economics*. 2022;14(Volume 14, 2022):209-29. doi <https://doi.org/10.1146/annurev-financial-111620-112740>.

Hacker JS. The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U.S. Medical Policy. *Studies in American Political Development*. 1998;12(1):57-130. doi 10.1017/S0898588X98001308.

Himmelstein DU, Campbell T, Woolhandler S. Health Care Administrative Costs in the United States and Canada, 2017. *Ann Intern Med*. 2020;172(2):134-42. doi 10.7326/m19-2818.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2023). *Les achats alimentaires et la consommation d'aliments ultra-transformés au Québec* (Publication No. 2487). https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2487_achat_aliments_ultra_transformes.pdf

Lamoureux, I. (2024). Alberta rejects federal dental plan 2026. *The National Courier*, https://tnc.news/2024/06/28/alberta-rejects-federal-dental-plan-2026/?utm_source=chatgpt.com

Lapidus J. Indirect and Invisible Regulations Set in Stone: A Driving Force behind the Rise of Private Health Insurance in Sweden. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*. 2020;691(1):243-57. doi 10.1177/0002716220964426.

Li N, Milagros Palacios M & Esmail N (2024). *The Price of Public Health Care Insurance*, Vancouver, FRASER RESEARCH BULLETIN

Marchildon, G. P. (2023). *Toward a Universal Dental Care Plan: Policy Options for Canada*. https://www.researchgate.net/profile/Gregory-Marchildon/publication/371807168_Toward_a_Universal_Dental_Care_Plan_Policy_Options_for_Canada/links/6495f7d78de7ed28ba4ef326/Toward-a-Universal-Dental-Care-Plan-Policy-Options-for-Canada.pdf

Milinkovic D, Hurley J. The Fraying at the Edges of the Public Healthcare System in Canada. *Healthc Policy*. 2025;20(2):31-40. doi 10.12927/hcpol.2025.27538.

Osman, L. (2023). Federal kids dental benefit plan: What you need to know. *Global News*, https://globalnews.ca/news/9795549/federal-kids-dental-benefit-plan/?utm_source=chatgpt.com

Perera, I. M. (2025). *The Welfare Workforce: Why Mental Health Care Varies Across Affluent Democracies*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009499866>

Pierson, P. (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review*, 94(2), 251–267. <https://doi.org/10.2307/2586011>
<https://www.cambridge.org/core/journals/american-political-science-review/article/increasing-returns-path-dependence-and-the-study-of-politics/AC2137B913363E33D97FC5CEC17CC75D>

Shoo K. Lee BHR, Sukhy KM. Increased Private Healthcare for Canada: Is That the Right Solution? *Healthcare Policy*. 2021;16(3):30-42.

Sourires Solidaires. (2025). *Accueil*. Consulté le 23 juillet 2025, sur https://souriressolidaires.com/?gad_source=1&gad_campaignid=17816034462&gclid=Cj0KCQjwkILEBhDeARIsAL--pjxsqmEpzYUugkEbmM4uPsBG9I-IIMixylmhHjbtNOA2hPyx0kIenmsaAovUEALw_wcB

The Lancet. (2021). "50 years of the inverse care law." *The Lancet* 397(10276): 767.

Tudor Hart J. THE INVERSE CARE LAW. *The Lancet*. 1971;297(7696):405-12. doi [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X).