

Améliorer l'accès des patients canadiens aux soins : le rôle d'une assurance maladie privée duplicative

Par Conrad Eder,
avec la collaboration
d'Emmanuelle B. Faubert

JUILLET 2026



IEDM

Des idées
pour une société
plus prospère

Pour beaucoup, « attente » est le mot qui caractérise le mieux leur expérience du système de santé canadien. Il faut parfois patienter des semaines pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste, des mois pour subir une intervention chirurgicale, voire des années pour trouver un médecin de famille. Ces difficultés croissantes pour accéder aux soins ont ravivé le débat sur l'aptitude du modèle actuel de système de santé à remplir sa mission.

Souvent, par contre, le débat s'enlise en raison d'une confusion entre l'objectif d'universalité, selon lequel tous les résidents bénéficient d'une couverture pour un ensemble défini de services, et le modèle du payeur unique, dans lequel un assureur public prend en charge l'ensemble des services couverts. Cette confusion entrave les discussions sur le modèle de financement qui, dans un système de couverture universelle, permettrait le plus efficacement d'assurer un accès rapide aux soins.

La plupart des systèmes de santé universels les plus performants ne reposent pas strictement sur un modèle à payeur unique. Pour gagner en capacité et améliorer l'accès aux soins, des pays comme l'Australie et le Danemark combinent une couverture publique avec une assurance privée duplicative, permettant la couverture de services déjà couverts par le régime public. Ces pays permettent également aux médecins d'exercer la pratique mixte, leur donnant ainsi la possibilité d'offrir leurs services aux patients des régimes publics et privés.



Le Canada peut suivre cette voie. En levant les interdictions qui frappent l'assurance maladie privée duplicative et la pratique mixte (des restrictions qui n'ont pas amélioré la situation), le Canada pourrait stimuler les investissements privés visant à accroître la capacité du système de santé et étendre l'accès à des parcours de soins privés accélérés et, ce faisant, désengorger le système public tout en améliorant l'accès aux soins pour l'ensemble des patients.

LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS PERSISTENT MALGRÉ DES DÉPENSES DE SANTÉ RECORDS

Le système de santé canadien se caractérise par une capacité inférieure à la demande : en 2025, les Canadiens attendaient pour 1,4 million d'interventions¹. À cette date, 17 % d'entre eux n'avaient pas de fournisseur de soins primaires et, parmi ceux qui en avaient un, 74 % ne pouvaient pas obtenir un rendez-vous le jour même ou le lendemain². Le délai médian entre l'orientation et le traitement était de 28,6 semaines en 2025³. Durant cette année, 23 746 patients sont décédés en attendant des soins⁴.

La plupart des systèmes de santé universels les plus performants ne reposent pas strictement sur un modèle à payeur unique.

Les dépenses publiques à elles seules n'ont pas permis de résoudre ces problèmes. Malgré des hausses annuelles de 6,5 % en 2023, de 6,6 % en 2024 et de 3,9 % en 2025⁵, l'augmentation du financement étatique ne s'est pas traduite par l'accroissement des capacités du système de santé ni par les améliorations de l'accès aux soins. Le Canada affiche déjà l'un des ratios des dépenses de santé sur le PIB les plus élevées de l'OCDE⁶, y ayant consacré quelque 399 milliards de dollars en 2025, soit 9626 \$ par Canadien et 12,7 % du PIB⁷ (voir la Figure 1).

ACCROÎTRE LES CAPACITÉS GRÂCE AUX INVESTISSEMENTS PRIVÉS

Une assurance maladie privée duplicative offre une couverture partielle ou totale pour des services de santé déjà assurés par le régime public

d'assurance maladie, tels que les consultations, les interventions et les chirurgies. Ces services sont proposés, souvent, mais pas exclusivement, dans des hôpitaux ou cliniques privés par divers fournisseurs de soins de santé. Les personnes bénéficiant de cette couverture ont accès plus rapidement aux soins et disposent d'un plus grand choix de prestataires. Cependant, les avantages ne se limitent pas aux titulaires d'un contrat. À l'échelle du système, une assurance maladie privée duplicative peut améliorer l'accès aux soins pour l'ensemble des patients.

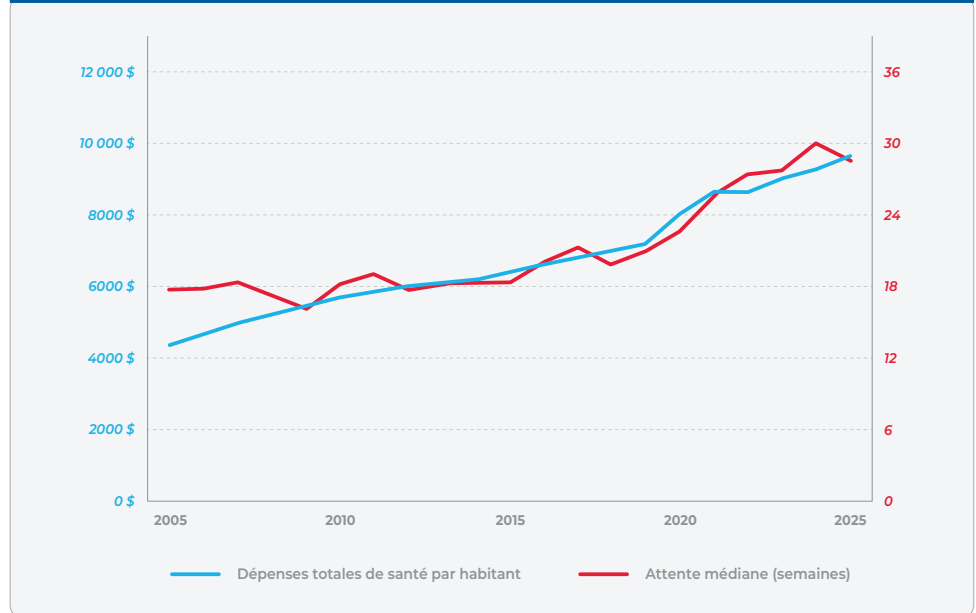
Un marché de l'assurance duplicative, où la couverture est largement accessible et abordable, crée les conditions nécessaires pour que les fournisseurs privés puissent renforcer la capacité globale du système de santé. En mutualisant les risques et en prélevant des primes prévisibles, un assureur privé réduit le coût des soins privés et permet à un bien plus grand nombre de patients d'y accéder. Les cliniques, établissements chirurgicaux et centres de diagnostic privés doivent dès lors répondre à une demande en hausse, et la construction, la dotation en personnel et l'équipement d'infrastructures privées deviennent viables commercialement.

Le délai médian entre l'orientation et le traitement était de 28,6 semaines en 2025.

La concurrence renforce ces effets, car, pour attirer plus de clients, les compagnies d'assurance ont intérêt à proposer des produits personnalisables à différents niveaux de prix. En concurrence pour attirer les patients et jugés sur la qualité et la rapidité de leur travail, les fournisseurs de soins sont encouragés dans le même

FIGURE 1

Dépenses totales de santé par habitant et délais d'attente médians au Canada



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Tendances des dépenses nationales de santé, 2025 : Tableaux de données – Séries C, Tableau C.1.3.a, 27 novembre 2025; Mackenzie Moir et Nadeem Esmail, *Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada*, rapport 2025, Institut Fraser, décembre 2025.

temps à innover en matière d'offre, d'organisation et de prestation de soins. À terme, les innovations initiées dans le secteur privé et ayant fait leurs preuves peuvent se diffuser dans le système public et engendrer des gains de capacité à l'échelle du système qui bénéficient à l'ensemble des patients⁸.

La pratique mixte renforce cette dynamique en favorisant le transfert de connaissances et de bonnes pratiques entre les secteurs, les cliniciens exerçant à la fois dans les milieux publics et privés. Elle leur permet par ailleurs de répondre à la demande de soins privés des personnes assurées en augmentant leur volume d'heures cliniques au-delà de leurs engagements dans le secteur public, sans qu'ils aient à quitter complètement le système public⁹. En outre, la possibilité de facturer simultanément le régime public et les assureurs privés augmenterait le nombre de médecins disposés à accepter l'assurance privée duplicative comme mode de paiement et, par conséquent, le nombre d'établissements (publics et privés) où les patients pourraient utiliser leur couverture pour accéder aux soins. L'assurance privée deviendrait ainsi plus largement accessible et contribuerait à

créer les conditions nécessaires à la mise en place d'un marché privé viable¹⁰.

En proposant des soins financés par des fonds privés, les établissements privés absorbent une demande qui, autrement, engorgerait les infrastructures publiques. Ils peuvent ainsi réduire les délais de prise en charge dans le système public¹¹. Ces établissements peuvent également faire office de soupape de sécurité. Lorsque la demande des patients assurés par le régime public dépasse la capacité du système public, les gouvernements peuvent conclure des ententes avec des établissements privés et mobiliser des infrastructures financées par le secteur privé pour traiter ces patients plus rapidement.

L'expansion des infrastructures privées a également des répercussions importantes sur le nombre de professionnels de la santé au Canada. Malgré la pénurie persistante de médecins, les gouvernements limitent les inscriptions dans les facultés de médecine, notamment parce que les postes de résidence, nécessaires à l'obtention du permis d'exercice, sont restreints par la capacité des établissements à les accueillir et à les superviser. Quand leur nombre augmente, les établissements financés par des capitaux privés peuvent créer des sites de formation¹² et rehausser de fait le plafond du nombre de postes de résidence et des admissions dans les écoles de médecine. Ainsi peuvent-ils contribuer à la croissance et à la durabilité de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

L'EXPÉRIENCE INTERNATIONALE

Australie

L'Australie est un bon exemple de coexistence entre un système de santé universel financé par les impôts et un système privé robuste de financement et de prestation des soins de santé. Outre le régime d'assurance publique (Medicare), qui couvre les soins hospitaliers, les services médicaux et les consultations de spécialistes, de nombreux Australiens choisissent de souscrire une assurance duplicative privée, connue comme la couverture hospitalière¹³. Environ 45 % de la population bénéficiaient d'une telle couverture en 2025¹⁴. En 2026, le montant des primes mensuelles était compris entre 88 et 306 \$A (entre 84 et 293 \$CA)¹⁵.

Le secteur privé joue un rôle important dans l'expansion des capacités du système. En 2024, les 647 hôpitaux privés du pays affichaient une capacité totale de plus de 36 000 lits¹⁶ complétant les ressources publiques (voir la Figure 2). La même année, ces établissements ont accueilli 5,1 millions d'Australiens, soit 40 % des admissions à l'hôpital¹⁷ alors qu'ils ne représentaient que 35 % du nombre de lits¹⁸. Lorsque les temps d'attente dans le système public dépassent les seuils recommandés, les gouvernements font appel aux hôpitaux privés pour traiter plus rapidement les patients du système public¹⁹.

Un assureur privé réduit le coût des soins privés et permet à un plus grand nombre de patients d'y accéder.

Il convient de noter que le développement de l'assurance privée en Australie n'a pas entraîné d'augmentation substantielle de la fréquentation globale des hôpitaux. En orientant vers des établissements privés des patients qui auraient autrement été soignés dans des hôpitaux publics²⁰, l'assurance privée réduit la pression sur les infrastructures publiques, ce qui s'est traduit par des réductions modestes des délais d'attente dans les hôpitaux publics, associées à l'essor de l'assurance privée duplicative²¹.

Danemark

Le modèle danois est tout aussi inspirant. Il repose également sur une couverture universelle financée par les impôts pour l'ensemble ou une partie de la plupart des traitements médicaux, et sur un marché de l'assurance privée duplicative en pleine expansion. Environ 32 % des Danois²² bénéficient d'une telle couverture, généralement dans le cadre d'avantages sociaux offerts par leur employeur. Le montant des primes mensuelles est compris entre 300 et 600 DKK (entre 65 \$CA et 129 \$CA)²³.

Bien que de taille relativement modeste, le secteur privé danois apporte une contribution précieuse. En 2021, parmi les 19 hôpitaux privés danois, les établissements à but lucratif ont fourni 354 lits et les établissements à but non

lucrative 633, soit près de 7 % des lits d'hôpitaux à l'échelle nationale²⁴. Le gouvernement danois tire parti de cette capacité supplémentaire en confiant aux hôpitaux privés les soins financés par les fonds publics lorsque le système public ne peut pas s'en charger dans les délais recommandés²⁵.

Entre 2001 et 2011, l'accroissement du recours à l'assurance privée et aux hôpitaux privés, et d'autres réformes, notamment l'instauration du financement par activité, ont coïncidé avec une réduction de 36,7 % des temps d'attente moyens pour les interventions chirurgicales au Danemark²⁶. On a également constaté que l'assurance duplicative permettait de désengorger le système public, l'assurance maladie payée par l'employeur ayant réduit de 10 % le recours total aux hôpitaux publics²⁷.

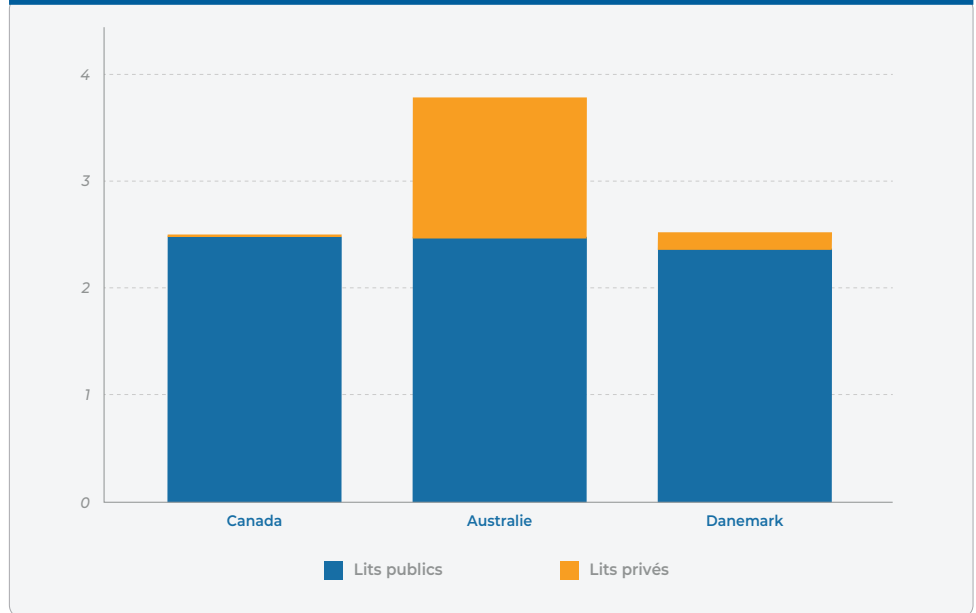
UNE VOIE À SUIVRE POUR LE CANADA

Le Canada, l'Australie et le Danemark ont des fondements économiques et institutionnels similaires et sont tous trois engagés en faveur de l'universalité des soins de santé. Un élément majeur les distingue toutefois : alors que le Canada interdit en grande partie les assurances privées duplicatives et la pratique mixte, l'Australie et le Danemark y recourent pour accroître la capacité de leur système de santé et permettre à tous les patients d'accéder plus rapidement aux soins.

Il existe au Canada un marché bien établi de l'assurance maladie privée. De fait, environ deux Canadiens sur trois bénéficient d'une couverture privée supplémentaire, souvent dans le cadre d'avantages en milieu de travail, par exemple pour les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires et les soins de la vue. De ce fait, une grande partie des infrastructures nécessaires au fonctionnement d'un marché de l'assurance privée duplicative existent déjà. Dans l'ensemble, les systèmes administratifs sont en place, les acteurs sont familiers avec le cadre réglemen-

FIGURE 2

Nombre total de lits d'hôpitaux publics et privés, par 1000 habitants



Sources : Explorateur des données de l'OCDE, DSD_HEALTH_REAC_HOSP@DF_HOSP and DF_BEDS_SECT, 2023; Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), Hospitals at a glance, 2023-24; Australian Department of Health and Aged Care, « Private Hospital Financial Viability Health Check – Summary », octobre 2024, p. 2; U.S. International Trade Administration, Healthcare Resource Guide – Denmark, U.S. Department of Commerce, 2021; Explorateur des données de l'OCDE, DSD_HEALTH_REAC_HOSP@DF_BEDS_SECT / Eurostat, 2021; Statistique Canada, Estimations démographiques du Canada au 1er juillet 2023; Australian Bureau of Statistics, Estimated Resident Population, 2024; Statistics Denmark, StatBank FOLK1A, 2021.

taire et les assureurs ont les capacités de répondre à la demande, ce qui fait des interdictions imposées par les gouvernements le principal obstacle.

Ces restrictions provinciales visant les assurances maladie privées duplicatives vont au-delà des exigences de la Loi canadienne sur la santé.

Six provinces interdisent de fait les assurances maladie privées duplicatives : la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario, le Québec²⁸ et l'Île-du-Prince-Édouard. Les quatre autres provinces (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse et Saskatchewan) ne les interdisent pas officiellement. Cependant, aucun véritable marché de l'assurance privée duplicative ou des soins privés ne s'y est développé en

raison d'autres obstacles réglementaires, notamment les restrictions visant la pratique mixte, mais aussi à cause de la faible population de ces régions, qui réduit la viabilité du marché²⁹.

Ces restrictions provinciales visant les assurances maladie privées duplicatives vont au-delà des exigences de la *Loi canadienne sur la santé*. En plus de les supprimer, il serait possible d'envisager des mesures complémentaires pour assurer une répartition aussi large que possible des avantages de l'assurance et des soins privés. Cela pourrait prendre la forme de politiques d'inscription ouverte qui permettent aux personnes de souscrire une assurance, quel que soit leur état de santé, d'un système de tarification communautaire où les primes sont fixées uniformément pour l'ensemble d'une population³⁰, ou encore d'aides ciblées au paiement des primes³¹.

Parallèlement, les restrictions visant la pratique mixte devraient être remplacées par des garde-fous clairs qui garantissent que l'activité privée des médecins complète leurs engagements dans le système public³². Cette souplesse instaurée, les cliniciens pourraient répondre à la demande en tirant parti des capacités supplémentaires fournies par les infrastructures privées soutenues par l'assurance privée.

La souscription d'une assurance privée serait volontaire et les régimes d'assurance maladie publics financés par les impôts resteraient en place. Une fois ces interdictions levées, la demande des patients et les intérêts des assureurs détermineraient si et comment un marché de l'assurance duplicative se développe. Si l'adoption est faible, la législation aura simplement supprimé une restriction inutile au choix individuel. Si le marché se développe comme cela a été le cas en Australie et au Danemark, les Canadiens bénéficieront d'un système de santé plus réactif et plus performant.

Le modèle restrictif du Canada n'a pas permis d'atteindre le niveau d'accès attendu par les patients ni d'instaurer l'équité qu'il était censé garantir. Les passe-droits et l'accès préférentiel sans justification clinique, révélés par les audits des systèmes de santé provinciaux³³, mettent en lumière l'influence du statut social et des réseaux sur l'accès aux soins. On estime en outre que 105 000 Canadiens ont voyagé à l'étranger pour se faire soigner en 2025³⁴. De fait, ceux qui en ont les moyens peuvent obtenir, et obtiennent effectivement, un accès rapide à des soins de qualité à l'étranger.

Le modèle restrictif du Canada n'a pas permis d'instaurer l'équité qu'il était censé garantir.

Permettre à une assurance duplicative de couvrir les services médicaux nécessaires fournis par le secteur privé, loin de créer des inégalités, formaliserait et étendrait un accès rapide aux soins tout en facilitant les investissements dans les infrastructures privées, augmentant ainsi la capacité globale du système de santé. Les principaux bénéficiaires d'une telle réforme ne seraient ni les riches ni les personnes favorisées par leurs relations, qui trouvent déjà des solutions au pays comme à l'étranger, mais les nombreux Canadiens qui n'ont d'autre choix que de patienter sans recours pendant des mois, voire des années.

Cette Note économique a été préparée par **Conrad Eder**, chercheur associé à l'IEDM, en collaboration avec **Emmanuelle B. Faubert**, économiste à l'IEDM. La Collection Santé de l'IEDM vise à examiner dans quelle mesure la liberté de choix et l'entrepreneuriat permettent d'améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé pour tous les patients.



RÉFÉRENCES

1. Mackenzie Moir et Nadeem Esmail, *Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada*, rapport 2025, Institut Fraser, décembre 2025, p. 11.
2. Institut canadien d'information sur la santé, Accès aux soins primaires et virtuels : visites à l'urgence pour des conditions propices aux soins primaires – Accès aux soins primaires : de nombreux Canadiens rencontrent des difficultés, 5 décembre 2024.
3. Mackenzie Moir et Nadeem Esmail, *op. cit.*, note 1, p. 5.
4. SecondStreet.org, « Died on a Waiting List », édition 2025, exposé de politique, novembre 2025, p. 6.
5. Institut canadien d'information sur la santé, Tendances des dépenses nationales de santé, 2025 : Tableaux de données – Séries C, 27 novembre 2025.
6. Institut canadien d'information sur la santé, Tendances des dépenses nationales de santé, 2025, sommaire de la publication, 27 novembre 2025.
7. Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 5.
8. A. Scott Carson, *The Role of the Private Sector in Canadian Healthcare: Accountability, Strategic Alliances, and Governance*, livre blanc, Smith School of Business, Université Queen's, 2014, p. 7.
9. Karolina Socha et Mickael Bech, « Dual Practitioners Are as Engaged in Their Primary Job as Their Senior Colleagues », *Danish Medical Journal*, vol. 59, no 2, février 2012, p. 2, 5.
10. Maria Lily Shaw, « Lever l'interdiction touchant l'assurance maladie privée duplicative au Québec », IEDM, Note économique, janvier 2023, p. 5, 7.
11. Qu Qian, *Private Health Service, Public Waiting Time and Patient Welfare: Theoretical Modeling and Empirical Evidence*, Université de la Colombie-Britannique, 2012, p. 25-28.
12. Ministère australien de la Santé, du Handicap et du Vieillessement, *Évaluation du programme Private Hospital Stream*, Health Q Consulting, janvier 2026, p. 1, 52.
13. L'assurance maladie privée se décline en couverture hospitalière (traitement des patients privés à l'hôpital), couverture complémentaire (services tels que les soins dentaires, l'optique et la physiothérapie) et couverture ambulancière (transport d'urgence et soins en ambulance). L'assurance hospitalisation est duplicative, tandis que les assurances complémentaire et ambulancière couvrent des services que le régime public ne couvre pas ou ne couvre que partiellement. PrivateHealth.gov.au, What is covered by private health insurance?, 2023, consulté le 25 mai 2026.
14. Private Healthcare Australia, rapport annuel 2024-2025, 2025, p. 4.
15. Calculs des auteurs. Banque du Canada, Convertisseur de devises – Taux de change quotidiens, dollar canadien en dollar australien, période du 1^{er} janvier au 1^{er} mai 2026; Money.com.au, How Much Does Private Health Insurance Cost in 2026?, avril 2026, site consulté le 13 mai 2026.
16. Australian Department of Health and Aged Care, « Private Hospital Financial Viability Health Check – Summary », octobre 2024, p. 2.
17. Australian Institute of Health and Welfare, Hospitals at a glance, Admitted patient care activity, consulté le 15 mai 2026; Australian Department of Health and Aged Care, « Private Hospital Financial Viability Health Check – Summary », octobre 2024, p. 2.
18. Calculs de l'auteur. Australian Institute of Health and Welfare, Hospitals at a glance, Australian Government, site consulté le 25 mai 2026.
19. Mackenzie Moir et Bacchus Barua, *The Role of Private Hospitals in Australia's Universal Health Care System*, Institut Fraser, 2024, p. 11-13.
20. Damien S. Eldridge et al., *The Impact of Private Hospital Insurance on the Utilization of Hospital Care in Australia*, Working Paper, 2013, p. 26.
21. Ou Yang, Jongsay Yong et Yuting Zhang, « Effects of private health insurance on waiting time in public hospitals », *Health Economics*, vol. 33, no 6, juin 2024, p. 1192-1210.
22. Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe et Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, *Aperçu du système de santé danois 2024*, 2024, p. 3.
23. Compare Expat Plans, Danemark – assurance maladie pour les expatriés, consulté le 15 mai 2026. Calculs de l'auteur basé sur le taux de change 1.00 DKK = 0.21511517 \$CA.
24. U.S. International Trade Administration, Healthcare Resource Guide – Denmark, U.S. Department of Commerce, 2021, consulté le 25 mai 2026; Eurostat, Lits d'hôpital par propriété d'hôpital, Danemark, site consulté le 15 mai 2026.
25. Association internationale du barreau, *Healthcare Financing and Reimbursement Survey – Denmark*, 2025, p. 2.
26. Luigi Siciliani, Michael Borowitz et Valerie Moran, *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions de l'OCDE, 2013, p. 115, 119, 121, 127-128.
27. Rikke Søgaard, Morten Saaby Pedersen et Mickael Bech, « To what extent does employer-paid health insurance reduce the use of public hospitals? », *Health Policy*, vol. 113, no 1-2, novembre 2013, p. 61-68.
28. Le Québec autorise les compagnies d'assurance à proposer une assurance maladie duplicative pour trois interventions : l'arthroplastie totale de la hanche, l'arthroplastie totale du genou et l'extraction de la cataracte avec implantation d'un cristallin artificiel.
29. Maria Lily Shaw, *op. cit.*, note 10, p. 4-5.
30. Private Healthcare Australia, Private Health Insurance Community Rating System, site consulté le 15 mai 2026.
31. Australian Taxation Office, Private Health Insurance Rebate, site consulté le 15 mai 2026.
32. Conrad Eder, « Faire profiter les patients de l'Alberta des avantages de la pratique mixte : les leçons de l'Europe », IEDM, Note économique, 2026, p. 4-5.
33. CBC News, « Manitoban Reaction MRI Auditor General », avril 2017; CBC News, « Queue-jumping a fact, Alberta medical inquiry finds », août 2013.
34. Mackenzie Moir, Nadeem Esmail et Yanick Labrie, *Significant number of Canadians travel abroad to pay for health care*, Institut Fraser, janvier 2026.

L'IEDM est un think tank indépendant sur les politiques publiques, avec des bureaux à Montréal, Calgary et Ottawa. Par ses publications, ses apparitions dans les médias et ses services consultatifs aux décideurs politiques, il stimule les débats et les réformes des politiques publiques en se basant sur les principes établis de l'économie de marché et sur l'entrepreneuriat. Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'IEDM ou des membres de son conseil d'administration. La présente publication n'implique aucunement que l'IEDM ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit. Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales à condition de mentionner la source. IEDM © 2026

910, rue Peel, bureau 600, Montréal (Québec) H3C 2H8 T 514.273.0969
150, 9^e Avenue SW, bureau 2010, Calgary (Alberta) T2P 3H9
170, avenue Laurier Ouest, bureau 716, Ottawa (Ontario) K1P 5V5